



**HAL**  
open science

# La formation au sevrage tabagique des officinaux : état des lieux et perspectives via une enquête sur Grenoble

Caroline Gros

► **To cite this version:**

Caroline Gros. La formation au sevrage tabagique des officinaux : état des lieux et perspectives via une enquête sur Grenoble. Sciences pharmaceutiques. 2017. dumas-01684627

**HAL Id: dumas-01684627**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01684627>**

Submitted on 16 Jan 2018

**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 SID de Grenoble :  
[bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.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>



UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

UFR DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année : 2017

**LA FORMATION AU SEVRAGE TABAGIQUE DES OFFICINAUX : ETAT DES LIEUX ET  
PERSPECTIVES VIA UNE ENQUETE SUR GRENOBLE**

THÈSE  
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE  
DIPLOME D'ÉTAT

Caroline GROS

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Le 21/12/2017

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

Monsieur le Professeur Christophe RIBUOT, Professeur des Universités

Membres :

Monsieur le Docteur Jean-Marc PLASSART, Responsable de l'Unité de Coordination de Tabacologie du CHU de Grenoble (Directeur de thèse)

Monsieur le Professeur Benoît ALLENET, Professeur des Universités et Pharmacien Hospitalier (Tuteur de thèse)

Madame le Docteur Catherine GILLY, Docteur en Pharmacie et Maître de Conférences en chimie thérapeutique

*L'UFR de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

**ENSEIGNANTS A L'UFR DE PHARMACIE**

STATUT	NOM	PRENOM	DEPARTEMENT*	LABORATOIRE
MCU	ALDEBERT	Delphine	D4	LAPM - UMR CNRS 5163
PU-PH	ALLENET	Benoit	D5	THEMAS TIMC-IMAG UMR CNRS 5525
PU	BAKRI	Aziz	D5	TIMC-IMAG CNRS UMR 5525
MCU	BATANDIER	Cécile	D1	LBFA - INSERM U1055
MCU-PH	BEDOUCHE	Pierrick	D5	THEMAS TIMC-IMAG UMR CNRS 5525
MCU	BELAIDI-CORSAT	Elise	D5	HP2 - INSERM U1042
MAST	BELLETT	Béatrice	D5	-
ATER	BOUCHERLE	Benjamin	D2	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
PU	BOUMENDJEL	Ahcène	D3	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
DCE	BOURDIER	Guillaume	D5	
MCU	BOURGOIN	Sandrine	D1	IAB - CRI INSERM UJF U823
MCU	BRETON	Jean	D1	L.C.I.B. - UMR E3 CEA UJF
MCU	BRIANCON-MARJOLLET	Anne	D5	HP2 - INSERM U1042
MCU	BUDAYOVA SPANO	Monika	D4	IBS - UMR 5075 CEA CNRS UJF
PU	BURMEISTER	Wim	D4	UVHCI - UMI 3265 UJF EMBL CNRS
MCU-PH	BUSSER	Benoit	D1	IAB - CRI INSERM UJF U823
Professeur Emérite	CALOP	Jean	D5	-
MCU	CAVAILLES	Pierre	D1	LAPM – UMR 5163 CNRS UJF
AHU	CHANOINE	Sébastien	D5	THEMAS TIMC-IMAG UMR CNRS 5525
MCU	CHOISNARD	Luc	D2	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
AHU	CHOVELON	Benoit	D2	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
PU-PH	CORNET	Murielle	D4	THEREX – TIMC IMAG UMR 5525 CNRS UJF
PU-PH	DANEL	Vincent	D5	SMUR SAMU
PU	DECOUT	Jean-Luc	D2	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	DELETRAZ- DELPORTE	Martine	D5	Equipe SIS -EAM 4128 UCB
MCU	DEMEILLIERS	Christine	D1	LBFA - INSERM U1055

STATUT	NOM	PRENOM	DEPARTEMENT*	LABORATOIRE
PU	DROUET	Christian	D4	AGIM - CNRS 3405
PU	DROUET	Emmanuel	D4	UVHCI - UMI 3265 UJF-EMBL- CNRS
MCU	DURMORT - MEUNIER	Claire	D1	I.B.S – UMR 5075 CEA UJF CNRS
PU-PH	FAURE	Patrice	D1	HP2- INSERM U1042
PRCE	FITE	Andrée	D6	-
AHU	GARNAUD	Cécile	D4	LAPM - UMR CNRS 5163
PRAG	GAUCHARD	Pierre-Alexis	D3	-
MCU-PH	GERMI	Raphaëlle	D4	UVHCI, UMI 3265 UJF-EMBL- CNRS
MCU	GEZE	Annabelle	D2	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	GILLY	Catherine	D3	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
PU	GODIN-RIBUOT	Diane	D5	HP2- INSERM U1042
PRCE	GOUBIER MATHYS	Laurence	D6	-
Professeure Émérite	GRILLOT	Renée	D4	-
MCU	GROSSET	Catherine	D2	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	GUIEU	Valérie	D2	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	HININGER-FAVIER	Isabelle	D1	LBFA - Inserm U1055
MCU	JOYEUX-FAURE	Marie	D5	HP2- INSERM U1042
MCU	KHALEF	Nawel	D5	TIMC-IMAG CNRS UMR 5525
ATER	KOTZKI	Sylvain	D5	HP2- INSERM U1042
MCU	KRIVOBOK	Serge	D3	LCBM, IRTSV CEA
PU	LENORMAND	Jean Luc	D1	THEREX, TIMC-IMAG
DCE	LUNVEN	Laurent		
DCE	MARILLIER	Mathieu		
PU	MARTIN	Donald	D1	TIMC-IMAG, UMR 5525 UJF CNRS
MCU	MELO DE LIMA	Christelle	D4	L.E.C.A – UMR CNRS 5553
PU	MOINARD	Christophe		LBFA - Inserm U1055
DCE	MONTEMAGNO	Christopher		
PU-PH	MOSSUZ	Pascal	D4	THEREX - TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS
MCU	MOUHAMADOU	Bello	D3	L.E.C.A – UMR CNRS 5553
DCE	MOULIN	Sophie		
DCE	NGUYEN	Kim-Anh		
MCU	NICOLLE	Edwige	D3	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	OUKACINE	Farid	D2	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	PERES	Basile	D3	DPM- UJF/CNRS UMR 5063

D1 : Département « Mécanismes Biologiques des Maladies et des Traitements (DMBMT) »  
D2 : Département «Bases Physicochimiques du Médicament»  
D3 : Département «Origine, Obtention et Optimisation des Principes Actifs des Médicaments»  
D4 : Département « Bases immunologiques, Hématologiques et Infectieuses des Maladies et Médicaments associés »  
D5 : Département « Médicaments et Produits de Santé »  
D6 : Département « Anglais »

Document mis à jour le 04/09/2017

STATUT	NOM	PRENOM	DEPARTEMENT*	LABORATOIRE
DCE	PERONNE	Lauralie		
DCE	PETIT	Pascal		
MCU	PEUCHMAUR	Marine	D3	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
PU	PEYRIN	Éric	D2	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	RACHIDI	Walid	D1	L.C.I.B - UMR E3 CEA/UJF
MCU	RAVELET	Corinne	D2	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
PU	RIBUOT	Christophe	D5	HP2- INSERM U1042
PAST	RIEU	Isabelle	D5	-
Professeure Émérite	ROUSSEL	Anne -Marie	D1	-
PU-PH	SEVE	Michel	D1	CR INSERM / UJF U823 Institut Albert Bonniot
MCU	SOUARD	Florence	D3	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
ATER	TAHMASEBI	Faezeh		TIMC-IMAG
MCU	TARBOURIECH	Nicolas	D4	UVHCI, UMR 3265 UJF-EMBL- CNRS
DCE	TODOROV	Zlatomir		
DCE	TRABOULSI	Wael		-
PAST	TROUILLER	Patrice	D5	-
DCE	VACHEZ	Yvan		
MCU	VANHAVERBEKE	Cécile	D2	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
DCE	VERNET	Céline		
DCE	VRAGNIAU	Charles		
PU	WOUESSIDJEWÉ	Denis	D2	DPM –UMR 5063 UJF CNRS

ATER : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches  
 CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
 CIB : Centre d'Innovation en Biologie  
 CRI : Centre de Recherche INSERM  
 CNRS : Centre National de Recherche Scientifique  
 DCE : Doctorants Contractuels Enseignement  
 DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire  
 et de Cognition et Ontogénèse »  
 HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire  
 IAB : Institut Albert Bonniot,  
 IBS : Institut de Biologie Structurale  
 JR : Jean Roget  
 LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogénèse des Microorganismes  
 LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée  
 LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux  
 LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie  
 LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine  
 LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques

MCU : Maître de Conférences des Universités  
 MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers  
 PAST : Professeur Associé à Temps Partiel  
 PRAG : Professeur Agrégé  
 PRCE : Professeur certifié affecté dans l'enseignement  
 PU : Professeur des Universités  
 PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers  
 TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation  
 UMR : Unité Mixte de Recherche  
 UVHCI : Unit of Virus Host Cell Interactions

D1 : Département « Mécanismes Biologiques des Maladies et des Traitements (DMBMT) »  
 D2 : Département « Bases Physicochimiques du Médicament »  
 D3 : Département « Origine, Obtention et Optimisation des Principes Actifs des Médicaments »  
 D4 : Département « Bases Immunologiques, Hématologiques et Infectieuses des Maladies et Médicaments associés »  
 D5 : Département « Médicaments et Produits de Santé »  
 D6 : Département « Anglais »

Document mis à jour le 04/09/2017

## **REMERCIEMENTS**

**Au Professeur Christophe RIBUOT**, pour me faire l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail et de présider le jury de cette thèse.

**Au Docteur Jean-Marc PLASSART**, pour avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour votre disponibilité, vos conseils, pour le temps que vous avez consacré à la relecture et votre aide précieuse tout au long de la rédaction de ce travail. Merci de m'avoir permis d'assister à vos consultations au sein du service de tabacologie du CHU de Grenoble.

**Au Professeur Benoît ALLENET**, pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail et vos conseils. Merci d'avoir accepté de juger cette thèse.

**Au Docteur Catherine GILLY**, pour avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Merci pour votre disponibilité et votre gentillesse.

Aux pharmaciens et aux préparateurs en pharmacie d'officine qui ont accepté de répondre au questionnaire de l'enquête.

**A mes parents**, pour votre soutien et vos encouragements tout au long de mes études. Merci de ne jamais avoir douté de mes capacités à réaliser des études de pharmacie et pour tout ce que vous faites pour moi.

**A ma sœur Stéphanie et mon frère Julien**, pour votre soutien et votre aide depuis toujours, que ce soit durant toutes mes années d'études et surtout pendant la rédaction de cette thèse que dans ma vie personnelle et professionnelle. Vous êtes toujours de bons conseils. Merci Ju pour toutes tes bonnes idées et Stéph pour tes nombreuses relectures et corrections.

**A Gaëtan**, pour ton aide, ton soutien, ta patience et ton amour. Merci d'avoir supporté mes sautes d'humeur pendant cette longue année de thèse. Merci de partager ma vie, chaque jour passé à tes côtés me rend heureuse.

**A ma famille**, et plus particulièrement à mes tantes **Yvonne, Odette** et **Alice** et mon oncle **Régis**. Merci de m'avoir encouragé pendant toutes ces années.

**A Caroline**, pour ta présence dans les bons comme les mauvais moments. Merci d'avoir toujours cru en moi, de m'avoir motivé et soutenu pendant toutes mes études. A nos 11 ans d'amitié.

**A mes amies de fac Anaïs, Sarah, Lucie, Elodie, Nelly et Laurie**, pour tous les moments partagés ensemble et tous ceux qui restent à venir. J'ai passé de très belles années à vos côtés. Merci de m'avoir soutenu et aidé pendant toutes ces années de fac.

## **TABLE DES MATIERES**

<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....	9
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	11
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	12
<b>INTRODUCTION</b> .....	13
<b>PREMIERE PARTIE : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, HISTORIQUES ET PEDAGOGIQUES</b> .....	16
<b>I. LE TABAGISME EN FRANCE</b> .....	17
<b>I.1 La prévalence du tabac dans la population générale en France</b> .....	17
<b>I.1.1 La prévalence du tabac chez les hommes</b> .....	18
<b>I.1.2 La prévalence du tabac chez les femmes</b> .....	19
<b>I.1.3 La prévalence du tabac chez les jeunes</b> .....	20
<b>I.1.4 La prévalence du tabac chez les femmes enceintes</b> .....	21
<b>I.2 La consommation de tabac chez les Français</b> .....	21
<b>I.2.1 La consommation de tabac dans la population générale</b> .....	21
<b>I.2.2 La consommation de tabac chez les jeunes</b> .....	22
<b>I.2.3 La consommation de tabac chez la femme enceinte</b> .....	22
<b>I.3 Morbidité et mortalité liées au tabac en France</b> .....	22
<b>I.4 Evolution de la consommation du tabac</b> .....	23
<b>I.5 Problème spécifique de la cigarette électronique</b> .....	23
<b>II. HISTOIRE ET GRANDES ETAPES DE LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME EN FRANCE</b> .....	26
<b>II.1 Découverte des méfaits du tabac</b> .....	26
<b>II.2 La législation française : les grandes lois</b> .....	26
<b>II.3 La politique de santé publique française</b> .....	30
<b>II.3.1 La Conférence de Consensus</b> .....	30
<b>II.3.2 Les plans addictions</b> .....	30
<b>II.3.3 Les plans cancers</b> .....	31
<b>III. DIFFERENTES FORMATIONS EXISTANTES A GRENOBLE</b> .....	33
<b>III.1 Pour les pharmaciens</b> .....	34
<b>III.1.1 Les enseignements dispensés à la faculté de Pharmacie de Grenoble</b> .....	34
<b>III.1.2 Le diplôme interuniversitaire de tabacologie</b> .....	34
<b>III.2 Pour les préparateurs en pharmacie</b> .....	36
<b>III.3 Pour l'équipe officinale</b> .....	36
<b>III.3.1 Tabac-info-service.fr</b> .....	36
<b>III.3.2 OCP Formation</b> .....	37
<b>III.3.3 UTIP</b> .....	40

<b>DEUXIEME PARTIE : METHODE D'AIDE A L'ARRET ET PRISE EN CHARGE D'UN SEVRAGE TABAGIQUE A L'OFFICINE.....</b>	<b>41</b>
<b>I. LE SEVRAGE TABAGIQUE A L'OFFICINE .....</b>	<b>42</b>
<b>I.1 L'abord du fumeur à l'officine.....</b>	<b>42</b>
<b>I.1.1 La pré-intention .....</b>	<b>43</b>
<b>I.1.2 L'intention.....</b>	<b>44</b>
<b>I.1.3 La préparation .....</b>	<b>44</b>
<b>I.1.3.1 Les traitements nicotiniques de substitution.....</b>	<b>45</b>
<b>I.1.3.2 Les thérapies cognitivo-comportementales.....</b>	<b>54</b>
<b>I.1.3.3 Varénicline (Champix®) .....</b>	<b>57</b>
<b>I.1.3.4 Chlorhydrate de bupropion (Zyban® LP 150 mg) .....</b>	<b>60</b>
<b>I.1.3.5 Autres méthodes d'aide à l'arrêt du tabac : cigarette électronique, hypnose, homéopathie, acupuncture.....</b>	<b>62</b>
<b>I.1.3.6 Aide au sevrage à distance : Tabac Info Service.....</b>	<b>70</b>
<b>I.1.4 L'action.....</b>	<b>75</b>
<b>I.1.4.1 Gestion de la dépendance physique.....</b>	<b>75</b>
<b>I.1.4.2 Gestion de la dépendance psychologique et comportementale.....</b>	<b>87</b>
<b>I.1.4.3 Prise en charge des effets secondaires de l'arrêt du tabac .....</b>	<b>89</b>
<b>I.1.5 Le maintien .....</b>	<b>93</b>
<b>I.2. La rechute .....</b>	<b>93</b>
<b>TROISIEME PARTIE : ENQUETE AUPRES DES OFFICINAUX DE GRENOBLE SUR LEUR BESOIN DE FORMATION AU SEVRAGE TABAGIQUE.....</b>	<b>96</b>
<b>I. INTRODUCTION .....</b>	<b>97</b>
<b>II. OBJECTIFS.....</b>	<b>99</b>
<b>III. MATERIEL ET METHODE .....</b>	<b>100</b>
<b>III.1 Le questionnaire .....</b>	<b>100</b>
<b>III.1.1 Elaboration du questionnaire .....</b>	<b>100</b>
<b>III.1.2 Explications et analyse du questionnaire.....</b>	<b>101</b>
<b>III.2 La méthodologie.....</b>	<b>109</b>
<b>IV. RESULTATS ET DISCUSSION.....</b>	<b>110</b>
<b>IV.1 Exploitation des résultats .....</b>	<b>110</b>
<b>IV.2 Résultats .....</b>	<b>111</b>
<b>IV.3 Discussion .....</b>	<b>126</b>
<b>IV.3.1 Discussion des résultats .....</b>	<b>126</b>
<b>IV.3.2 Discussion sur l'enquête .....</b>	<b>135</b>
<b>IV.3.3 Perspectives .....</b>	<b>138</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>141</b>

<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	144
<b>ANNEXES</b> .....	152
<b>SERMENT DE GALIEN</b> .....	179
<b>RÉSUMÉ</b> .....	180

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ARS : Agence Régionale de Santé

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

Cespharm : Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française

CFES : Comité Français d'Education pour la Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMU-C : Couverture Médicale Universelle Complémentaire

CO : Monoxyde de carbone

DIU : Diplôme interuniversitaire

DPC : Développement Professionnel Continu

DU : Diplôme Universitaire

ESCAPAD : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation A la défense

FGSP : Formation Générale en Sciences Pharmaceutiques

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

HTA : Hypertension artérielle

IMC : Indice de Masse Corporelle

IMT : Institut des Métiers et des Techniques

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

IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé

LP : Libération Prolongée

mg : milligramme

ml : millilitre

OCP : Office Commercial Pharmaceutique

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la santé

ORL : Oto-rhino-laryngologique

pH : potentiel Hydrogène

PIB : Produit Intérieur Brut

Ppm : Partie par million

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TIS : Tabac Info Service

TNS : Traitement Nicotinique de Substitution

UTIP : Union Technique Inter Pharmaceutique

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I : Indications des substituts pour débiter un sevrage tabagique, d'après le programme Nicomède .....	76
Tableau II : Déroulement du traitement en trois périodes dans le cas des patchs .....	79
Tableau III : Schéma simplifié d'aide à la décision pour la thérapeutique en fonction des résultats au test de Fagerström (à adapter selon chaque patient) .....	80
Tableau IV : Déroulement du traitement en trois étapes dans le cas des comprimés à sucer.....	83
Tableau V : Moyenne et Médiane d'âge des officinaux interrogés (n=71).....	113
Tableau VI : Contexte dans lequel les officinaux interrogés ayant répondu « Oui » à la question précédente ont participé à des formations .....	122
Tableau VII : Regroupement des réponses données à la question 2 .....	165
Tableau VIII : Regroupement des réponses données à la question 3 sur l'absence d'innocuité et le risque d'être dépendant ou non aux substituts nicotiniques .....	166
Tableau IX : Raisons données par les officinaux sondés qui déconseillent ou non la consommation de cigarettes sous traitement par patch nicotinique (n=64) .....	168
Tableau X : Regroupement des réponses données à la question 5 .....	170
Tableau XI : Interprétation du score obtenu au test de Fagerström par les officinaux interrogés (n=63) .....	171
Tableau XII : Regroupement des réponses données à la question 7 (n=66).....	173
Tableau XIII : Description du conseil minimal lorsque la réponse à la question «Connaissez-vous le conseil minimal » est « Oui » (n=17).....	174
Tableau XIV : Classement par ordre de priorité du relationnel que pensent devoir adopter les officinaux interrogés (n=68).....	175
Tableau XV : Ressentis d'un fumeur lors de son sevrage qui sont cités par les officinaux interrogés	176
Tableau XVI : Levier motivationnel sur lequel l'équipe officinale pense pouvoir s'appuyer pour aider un fumeur dans sa démarche de sevrage .....	176

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Evolution du statut tabagique entre 2010 et 2014 (en %), d'après Baromètre santé 2014.	18
Figure 2 : Evolution de la prévalence du tabagisme régulier chez les hommes entre 2005 et 2014, par tranche d'âge (15-75 ans), d'après Baromètre santé 2014 .....	19
Figure 3 : Evolution de la prévalence du tabagisme régulier chez les femmes entre 2005 et 2014, par tranche d'âge (15-75 ans), d'après Baromètre santé 2014 .....	20
Figure 4 : Statut tabagique des vapoteurs, d'après Baromètre santé 2014 .....	24
Figure 5 : Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente, d'après la HAS .....	43
Figure 6 : Principe de fonctionnement d'une cigarette électronique, d'après Rapport et avis d'experts sur l'e-cigarette .....	64
Figure 7 : Graphique représentant le statut au sein de l'équipe officinale des personnes interrogées (n=71) .....	111
Figure 8 : Graphique représentant la répartition Homme-Femme de l'échantillon (n=54) .....	112
Figure 9 : Graphique représentant le statut tabagique des officinaux interrogés (n=68) .....	112
Figure 10 : Graphique représentant la proportion des officinaux interrogés déconseillant ou non la consommation de cigarettes sous traitement par patch nicotinique (n=70) .....	114
Figure 11 : Graphique représentant les réponses données par les officinaux interrogés concernant le nombre de morts par an en France à cause du tabac (n=69) .....	117
Figure 12 : Graphique illustrant la proportion des officinaux sondés connaissant ou non le conseil minimal (n=62) .....	118
Figure 13 : Graphique illustrant les ressentis d'un fumeur lors de son sevrage qui sont cités par les officinaux interrogés .....	119
Figure 14 : Graphique représentant le levier motivationnel sur lequel l'équipe officinale pense pouvoir s'appuyer pour aider un fumeur dans sa démarche de sevrage (n=68).....	120
Figure 15 : Graphique illustrant les connaissances des officinaux interrogés en matière de sevrage tabagique (n=63) .....	121
Figure 16 : Graphique illustrant la proportion des officinaux interrogés ayant participé à des formations, des enseignements ou des réunions d'information sur le sevrage tabagique (n=70) ....	122
Figure 17 : Graphique représentant le contexte dans lequel les officinaux interrogés ayant répondu « Oui » à la question précédente ont participé à des formations .....	123
Figure 18 : Graphique illustrant la date de la dernière formation, enseignement ou réunion d'information sur le sevrage tabagique des officinaux interrogés (n=70).....	124
Figure 19 : Graphique représentant la proportion des officinaux interrogés ayant le besoin d'une formation supplémentaire (n=69).....	124
Figure 20 : Graphique illustrant le type de formation que les officinaux sondés souhaiteraient avoir .....	125

## INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère que le tabac est l'une des principales causes de décès, de maladie et d'appauvrissement dans le monde. Elle estime le nombre de personnes qui meurent tous les ans à cause de la consommation de tabac à plus de 7 millions dans le monde. Ce chiffre pourrait atteindre plus de 8 millions de décès annuels d'ici 2030 (1,2).

Dans le cadre de la lutte anti-tabac, l'OMS organise chaque année le 31 mai la Journée mondiale sans tabac qui s'articule autour d'un thème visant à souligner les risques pour la santé liés au tabagisme et de plaider en faveur de politiques efficaces pour réduire la consommation de tabac.

La campagne de 2017 a pour thème « Le Tabac, une menace pour le développement ». En effet, la journée mondiale sans tabac 2017 est axée sur le développement durable avec trois principaux objectifs qui se dégagent de cette campagne.

Le premier objectif est de promouvoir la santé en luttant contre le tabagisme et ses méfaits sur la santé.

Le deuxième objectif concerne l'économie en réduisant la pauvreté dans chaque pays. Le coût du tabac pour les sociétés, qui correspond à l'ensemble des coûts supportés par les collectivités (dépense de santé, campagnes de prévention, perte de revenus et de production, etc.), s'élève à 1,8 % du Produit Intérieur Brut (PIB) mondial en 2012 et le montant des dépenses de santé dues aux maladies imputables au tabagisme totalise 5,7 % des dépenses mondiales consacrées à la santé, ce qui représente une part importante des dépenses de santé.

Enfin, le troisième objectif s'intéresse à l'écologie en limitant les conséquences néfastes du tabac sur l'environnement. Outre les dégâts sur la santé, le tabac engendre également de la pollution à cause de sa culture, sa fabrication, son commerce et sa consommation (1,3).

En France, le tabac est la première cause de mortalité évitable, ce qui en fait un véritable enjeu de santé publique. En effet, on dénombre près de 16 millions de fumeurs et on estime que le tabac est responsable de plus de 78000 décès chaque année (4–6).

Afin de combattre ce fléau, les pouvoirs publics n'ont cessé de prendre des dispositions concernant la lutte contre le tabagisme avec notamment trois grandes lois, la loi Veil du 9 juillet 1976 qui interdit de fumer dans certains lieux publics à usage collectif et impose la mention « Abus dangereux » sur les paquets de cigarettes, la loi Evin du 10 janvier 1991 qui interdit de fumer dans les locaux à usage collectif, augmente le prix des cigarettes et interdit de vendre du tabac aux mineurs ainsi que le décret Bertrand du 15 novembre 2006, applicable depuis le 1<sup>er</sup> février 2007, qui renforce la loi Evin en étendant l'interdiction de fumer à d'autres lieux à usage collectif tels que tous les lieux publics fermés et couverts, les lieux de travail, les établissements de santé, les transports en commun, les enceintes des établissements scolaires (écoles, collèges, lycées) (7).

Récemment, en 2016, le Ministère des Solidarités et de la Santé a adopté plusieurs mesures pour renforcer la lutte anti-tabac telles que le conditionnement neutre, uniformisé des produits du tabac et l'augmentation du remboursement des substituts nicotiques passant de 50 euros par an et par personne à 150 euros par an et par bénéficiaire pour tous ceux qui souhaitent arrêter de fumer (8–10).

Le 26 janvier 2016 est promulguée la loi de modernisation de notre système de santé (11) qui accroît la lutte contre le tabagisme en interdisant l'utilisation de la cigarette électronique dans les établissements scolaires et les établissements destinés à l'accueil, à la formation et à l'hébergement des mineurs ; les moyens de transport collectif fermés et les lieux de travail fermés et couverts à usage collectif. Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2017, le décret (12) issu de la loi de modernisation de notre système de santé est entré en vigueur et précise les modalités d'application de l'interdiction de vapoter concernant les lieux de travail.

Les acteurs de la santé publique se mobilisent également à travers plusieurs campagnes internationales et nationales afin de sensibiliser la population sur le sevrage tabagique.

Outre la Journée mondiale sans tabac, qui permet aux professionnels de santé de promouvoir l'arrêt du tabac et de venir en aide aux fumeurs, le Ministère des Affaires sociales et de la Santé et Santé Publique France en partenariat avec l'Assurance Maladie, les

Instances Régionales d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS) et les Agences Régionales de Santé (ARS) ont organisé une campagne nationale d'aide à l'arrêt du tabac « Moi(s) sans tabac » durant le mois de novembre 2016, renouvelée pour la deuxième fois en novembre 2017 (voir affiche annexe 1).

Cette campagne s'inspire de la campagne « Stoptober » que les services de santé anglais, Public Health England, ont mis en place en 2012 afin de lutter contre le tabagisme. Cette opération a permis d'augmenter de 50 % le nombre de tentatives d'arrêt du tabac pendant le mois d'octobre (13–15).

En France, les données relatives à l'efficacité de cette opération n'ont pas encore été publiées. Cependant, la première édition de « Moi(s) sans tabac » a montré un intérêt de la part des fumeurs avec près de 180 000 personnes inscrites sur le site [tabac-info-service.fr](http://tabac-info-service.fr), plus de 620 000 kits d'aide à l'arrêt du tabac distribués et 17 000 pharmacies qui ont participé à cette opération d'après Santé publique France (16).

Les fumeurs pouvaient se procurer gratuitement les kits d'aide à l'arrêt du tabac dans les pharmacies. Ce qui fait de la pharmacie d'officine un lieu privilégié pour venir en aide aux fumeurs désireux d'arrêter de fumer ou tout simplement demandeurs d'informations sur le sevrage tabagique. Le pharmacien peut, grâce à ce genre d'opération, saisir cette opportunité d'initier un dialogue avec les fumeurs et par la suite proposer un accompagnement personnalisé à chaque fumeur dans son sevrage tabagique.

Ainsi, le pharmacien est un acteur de santé qui occupe une place centrale dans la démarche de sevrage tabagique. C'est la raison pour laquelle nous pouvons nous demander quels sont les moyens actuels dont disposent les pharmaciens pour aborder le patient fumeur et l'accompagner dans son sevrage tabagique ? Cette question nous amène à la problématique des besoins de formation, est-ce que l'équipe officinale, pharmaciens et préparateurs en pharmacie, est suffisamment formée pour aider un fumeur à arrêter de fumer ? Quels sont les besoins en formation ?

**PREMIERE PARTIE : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, HISTORIQUES ET  
PEDAGOGIQUES**

## **I. LE TABAGISME EN FRANCE**

### **I.1 La prévalence du tabac dans la population générale en France**

Pour rappel, la prévalence est le nombre de cas de maladies ou tout autre évènement (dans notre situation il s'agit du nombre de fumeurs) observés dans une population déterminée et englobant aussi bien les nouveaux cas que les anciens cas, à un instant donné (17).

Nous verrons plus loin la consommation de tabac chez les Français (voir 1<sup>ère</sup> partie I.2) qui est qualifiée de plusieurs manières :

- L'expérimentation : au moins un usage au cours de la vie ;
- L'usage occasionnel : au moins un usage dans l'année ;
- L'usage régulier/quotidien : tabagisme quotidien (18).

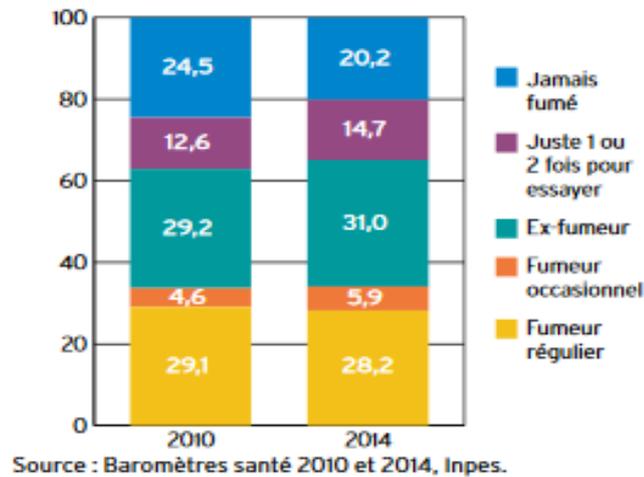
D'après l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), la France compte environ 38,2 millions d'expérimentateurs (au moins un usage au cours de la vie) de tabac en 2014 (6).

Près de quatre personnes sur cinq (79,8 %) ont expérimenté le tabac chez les 15-75 ans, d'après le Baromètre santé 2014. Un tiers (34,1 %) sont des fumeurs actuels (personnes qui déclarent fumer du tabac au moins une fois au cours de l'année), soit 16 millions d'utilisateurs, 28,2% sont des fumeurs réguliers (fumeurs qui déclarent fumer tous les jours ou qui déclarent un nombre de cigarettes fumées par jour), soit 13,3 millions d'utilisateurs et environ un tiers (31,0 %) sont des ex-fumeurs (personnes qui déclarent ne pas fumer mais avoir déjà fumé au moins occasionnellement au cours de leur vie) (6,19).

Après avoir observé une hausse de la prévalence du tabagisme parmi les 15-75 ans entre 2005 et 2010 (de 31,4 % à 33,7 %), nous pouvons constater que celle-ci semble s'être stabilisée entre 2010 (33,7%) et 2014 (34,1 %).

Nous pouvons également remarquer que la part de fumeurs réguliers apparaît en légère baisse entre 2010 et 2014 (de 29,1 % à 28,2 %) et que la proportion d'ex-fumeurs est en augmentation par rapport à 2010 (de 29,2 % à 31,0 %). En revanche, la part de personnes n'ayant jamais fumé est en baisse entre 2010 et 2014 (de 24,5 % à 20,2 %) (19).

Figure 1 : Evolution du statut tabagique entre 2010 et 2014 (en %), d'après Baromètre santé 2014 (19)



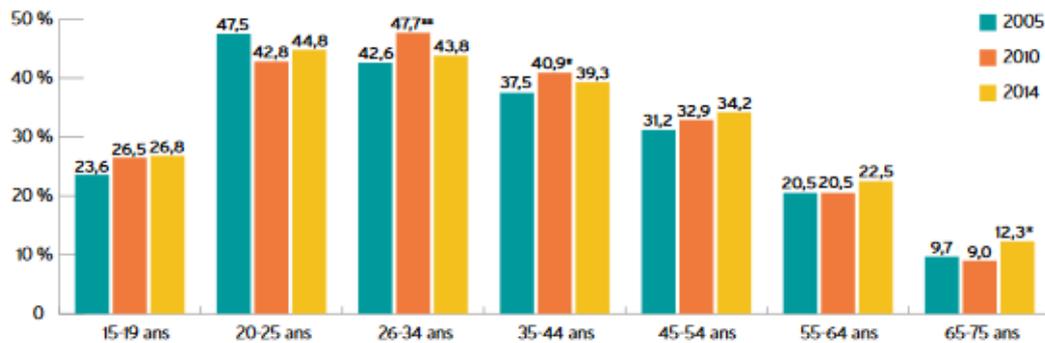
### I.1.1 La prévalence du tabac chez les hommes

En 2014, le tabagisme reste plus fréquent chez les hommes (38 %) que chez les femmes (30%). Cependant, l'écart avec le tabagisme féminin se réduit avec le temps.

La prévalence du tabagisme régulier chez les hommes demeure stable entre 2010 et 2014 (de 32,4 % à 32,3 %).

Plus de 40 % des 20-44 ans sont fumeurs réguliers en 2014. Nous pouvons également observer que parmi les hommes, seule la tranche d'âge des 65-75 ans montre une augmentation significative de la prévalence du tabagisme régulier entre 2010 et 2014 (de 9,0 % à 12,3 %) (19,20).

Figure 2 : Evolution de la prévalence du tabagisme régulier chez les hommes entre 2005 et 2014, par tranche d'âge (15-75 ans), d'après Baromètre santé 2014 (19)



Source : Baromètres santé 2005, 2010 et 2014, Inpes.

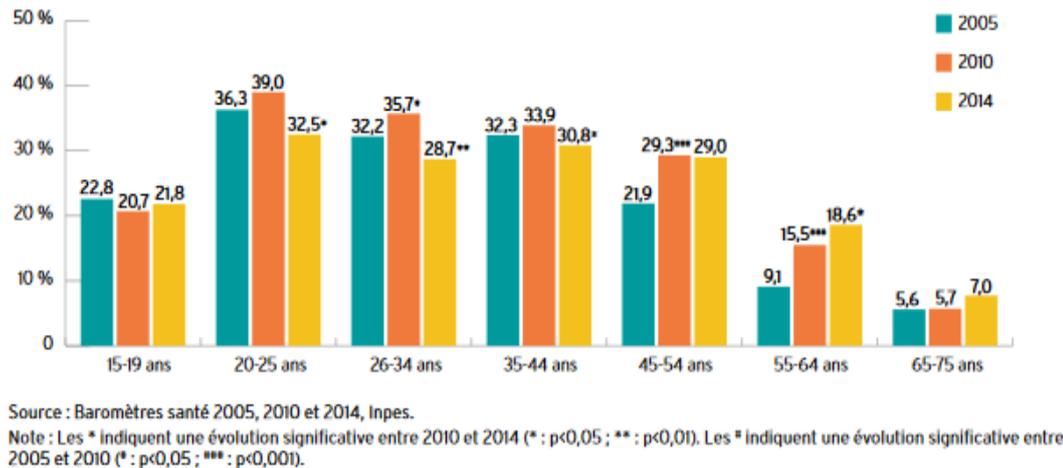
Note : Les \* indiquent une évolution significative entre 2010 et 2014 (\* :  $p < 0,05$ ). Les \*\* indiquent une évolution significative entre 2005 et 2010 (\*\* :  $p < 0,01$ ).

### I.1.2 La prévalence du tabac chez les femmes

La prévalence du tabagisme régulier est en baisse chez les femmes entre 2010 et 2014 (de 26,0 % à 24,3 %). Cette tendance est surtout significative parmi les fumeuses quotidiennes âgées de 20 à 44 ans. Toutefois, la proportion de femmes âgées de 55 à 64 ans qui fument régulièrement continue d'augmenter, prolongeant ainsi la tendance observée en 2010 chez les femmes de la tranche d'âge des 45-64 ans.

La part d'ex-fumeurs est en augmentation chez les femmes uniquement, passant de 25,7 % à 28,8 % entre 2010 et 2014 (19,20).

Figure 3 : Evolution de la prévalence du tabagisme régulier chez les femmes entre 2005 et 2014, par tranche d'âge (15-75 ans), d'après Baromètre santé 2014 (19)



### I.1.3 La prévalence du tabac chez les jeunes

D'après la dernière enquête ESCAPAD (Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation A la Défense), menée auprès des jeunes garçons et jeunes filles âgés de 17 ans, près de 7 adolescents sur 10 ont déjà fumé une cigarette (68,4 %) en 2014. L'expérimentation du tabac est plus fréquente parmi les filles (70,1 % contre 66,8 % parmi les garçons).

Cette enquête révèle également une augmentation de la prévalence du tabagisme régulier chez les jeunes depuis 2008, passant de 29,0 % en 2008 à 31,5 % en 2011 et 32,4 % en 2014. Alors que celle-ci avait nettement diminué entre 2000 et 2008 (de 41,1 % à 28,9 %).

Cette augmentation de la prévalence du tabagisme est notamment due à la hausse de la consommation régulière de tabac chez les filles, passant de 30,2 % à 31,9 % tandis qu'elle continue à être stable à 33,0 % chez les garçons (21).

#### **I.1.4 La prévalence du tabac chez les femmes enceintes**

Selon le Baromètre santé 2010, 27,5 % des femmes fument pendant leur grossesse. Parmi ces 27,5 %, 24,3 % des femmes enceintes affirmaient fumer quotidiennement (au moins une cigarette par jour) et 3,2 % occasionnellement (c'est-à-dire qui ne fumaient pas tous les jours). Alors qu'elles étaient 20,8 % à fumer quotidiennement et 2,9 % occasionnellement en 2005. Ainsi nous pouvons constater une augmentation de la consommation de tabac parmi les femmes enceintes entre 2005 et 2010.

Toujours d'après le Baromètre santé 2010, la prévalence tabagique semble nettement plus faible à partir du 2<sup>ème</sup> trimestre de grossesse. En effet, suivant le mois de grossesse, les femmes enceintes ont un comportement tabagique qui diffère. De ce fait, elles ne sont plus que 19,6 % à fumer quotidiennement et 3,6 % occasionnellement lorsqu'elles ont connaissance de leur grossesse depuis plus de trois mois.

Bien que, un tiers des femmes enceintes parvient à cesser la consommation de tabac durant leur grossesse, la France reste le pays européen qui présente la plus forte prévalence tabagique chez les femmes enceintes (22).

### **I.2 La consommation de tabac chez les Français**

#### **I.2.1 La consommation de tabac dans la population générale**

Nous pouvons déceler une légère baisse de la quantité de tabac fumée entre 2010 et 2014, passant de 11,9 à 11,3 cigarettes par jour, parmi l'ensemble des fumeurs. Cependant, celle-ci ne s'observe pas chez les fumeurs quotidiens qui fument en moyenne 13,5 cigarettes par jour, soit 14,6 cigarettes chez les hommes et 12,0 cigarettes chez les femmes. Ainsi le nombre moyen de cigarettes fumées demeure stable chez les fumeurs quotidiens. La consommation quotidienne de tabac peut varier entre 5 et 15 cigarettes par jour.

Plus du tiers des fumeurs actuels (35,0 %) déclarent avoir diminué leur consommation de tabac par rapport à 2010, 22,1 % avoir augmenté leur consommation et 42,8 % indiquent qu'elle est restée stable (19,23).

### **I.2.2 La consommation de tabac chez les jeunes**

En 2010, le nombre moyen de cigarettes fumées est en hausse chez les jeunes de 15 à 25 ans, autant chez les filles que chez les garçons, bien que les filles présentent un tabagisme nettement moins considérable que celui des garçons.

Selon la tranche d'âge, le nombre moyen de cigarettes quotidiennes diffère chez les fumeurs réguliers. Parmi la tranche d'âge des 15-17 ans, les garçons consomment en moyenne 10,5 cigarettes par jour et les filles fument en moyenne 8,3 cigarettes par jour. Chez les 18-19 ans, les hommes et les femmes fument en moyenne, respectivement, 12,8 et 10,5 cigarettes par jour. Enfin, parmi les 20-25 ans, les hommes consomment en moyenne 13,1 cigarettes par jour et les femmes consomment en moyenne 11,4 cigarettes par jour (24).

### **I.2.3 La consommation de tabac chez la femme enceinte**

Le nombre moyen de cigarettes fumées par jour est de 7,4 parmi les femmes enceintes, selon le Baromètre santé 2010. Et la part de fumeuses intensives, c'est-à-dire de plus de dix cigarettes par jour, est de 8,4 % chez les femmes enceintes (22).

## **I.3 Morbidité et mortalité liées au tabac en France**

En France, le tabac est la première cause de mortalité évitable. Le tabagisme est responsable d'un grand nombre de pathologies comme les cancers dont les cancers du poumon, les cancers des voies aérodigestives supérieures, les cancers de l'œsophage, etc. ainsi que de maladies respiratoires telles que les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) et de maladies cardio-vasculaires (25).

Le tabac entraîne également des complications lors de la grossesse. En effet, les femmes enceintes exposées au tabac ont plus de risques de faire une fausse couche et d'accoucher prématurément. Le tabagisme peut avoir de graves conséquences sur le fœtus telles qu'un retard de croissance intra-utérin et donc un faible poids à la naissance, ainsi que sur l'enfant après la naissance qui est davantage sujet aux infections respiratoires basses, aux otites à répétition et aux crises d'asthme (26).

En 2010, le nombre annuel de décès attribuables au tabagisme a été estimé en France à 78 000. La mortalité liée au tabac est principalement masculine, bien que celle des femmes augmente très fortement. On compte environ 59 000 décès chez les hommes et 19 000 décès chez les femmes qui seraient imputables au tabac, le plus souvent par cancers (47 000 dont 60 % du poumon) (6).

#### **I.4 Evolution de la consommation du tabac**

D'après le Baromètre santé 2014, 70,7 % des fumeurs réguliers de 15 à 75 ans ont déjà arrêté de fumer volontairement pendant au moins une semaine.

Le nombre de fumeurs réguliers ayant fait une tentative d'arrêt dans l'année est en hausse, ils sont 29,0 % parmi la tranche d'âge des 15-75 ans en 2014 contre 25,2 % en 2010.

Cette augmentation est particulièrement importante chez les 15-24 ans, 53,6 % en 2014 contre 40,6 % en 2010. Le désir d'arrêter chez les fumeurs réguliers est stable et concerne 59,5 % d'entre eux. En somme, 69,1 % des fumeurs réguliers affirment vouloir arrêter de fumer ou ont essayé d'arrêter dans l'année (19,20).

Entre 2010 et 2014, nous pouvons constater que le nombre de cigarettes fumées par jour a diminué. Est-ce dû à un nouveau mode de consommation avec l'apparition de la cigarette électronique ?

#### **I.5 Problème spécifique de la cigarette électronique**

La cigarette électronique ou e-cigarette, qui a fait son apparition en France dès la fin des années 2000, a connu une expansion croissante.

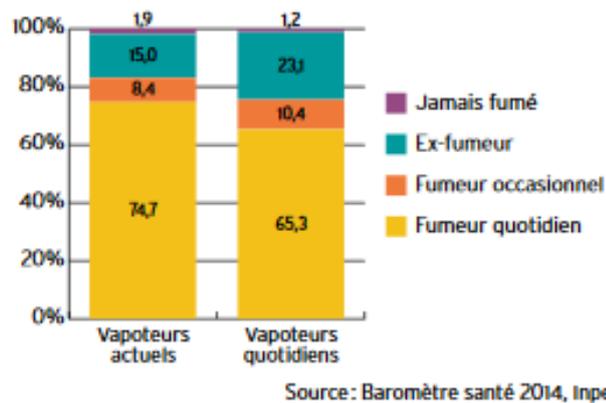
On dénombre des taux d'expérimentation de cigarette électronique très élevés parmi les fumeurs réguliers et occasionnels, respectivement 60,0 % et 47,6 %.

Chez les non-fumeurs (ex-fumeurs et ceux n'ayant jamais fumé), ces taux sont largement inférieurs, respectivement 12,3 % et 5,6 %. Ces données montrent que la cigarette électronique est principalement utilisée par les fumeurs. De plus, 24 % des fumeurs n'ayant jamais utilisé la cigarette électronique indiquent avoir l'intention de l'utiliser à l'avenir.

Parmi les vapoteurs, 83,1 % sont des fumeurs, 74,7 % sont des fumeurs réguliers, 8,4 % des fumeurs occasionnels et 15 % d'anciens fumeurs (Figure 4).

Ainsi, près de 98 % des vapoteurs sont ou ont été fumeurs.

Figure 4 : Statut tabagique des vapoteurs, d'après Baromètre santé 2014 (27)



La répartition des vapoteurs quotidiens est de trois quarts de fumeurs (réguliers ou non) et un quart d'anciens fumeurs.

Selon Baromètre santé 2014, il est possible d'estimer le nombre de Français ayant arrêté le tabac, au moins temporairement, avec la cigarette électronique, à 0,9 % des 15-75 ans soit environ 400 000 personnes.

En outre, les fumeurs vapoteurs sont 69,4 % à affirmer avoir envie d'arrêter de fumer contre 54,2 % des fumeurs non-vapoteurs.

Ainsi, la cigarette électronique est considérée comme une aide à l'arrêt du tabac par les fumeurs vapoteurs, 82 % d'entre eux estiment qu'elle leur a permis de réduire leur consommation de tabac. La diminution moyenne est de 8,9 cigarettes par jour (20,28).

Cependant, son usage semble s'essouffler depuis peu. En effet, d'après le Baromètre cancer 2015, le niveau d'expérimentation de la cigarette électronique s'avère en baisse chez les 15-75 ans, passant de 25,6 % en 2014 à 23,3 % en 2015. De même, la prévalence de l'usage actuel de la cigarette électronique (c'est-à-dire l'usage quotidien et l'usage occasionnel) était de 4,0 % contre 5,9 % en 2014, ce qui indique une baisse significative par rapport à 2014,

mais l'usage quotidien demeurait stable à 3,0 %. Ainsi, la diffusion de la cigarette électronique paraît nettement ralentie (28).

De plus, comme le souligne l'OFDT dans son bilan annuel du tableau de bord tabac en 2015, le marché de la cigarette électronique semble être moins dynamique que les années précédentes avec la fermeture de nombreuses boutiques spécialisées et une baisse de 10 % du chiffre d'affaires (29).

Par ailleurs, bien que le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) considère que la cigarette électronique constitue un outil de réduction des risques du tabagisme, il révèle dans un avis du 22 février 2016 relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique les risques liés d'une part à la nicotine et d'autres parts aux produits composants les e-liquides. En effet, la nicotine est connue pour être addictogène, anxiogène et stressogène, dépressogène sur le long terme chez l'humain. Quant aux produits composants les e-liquides, une étude d'Allen et *al.* (2015) citée par le HCSP montre la présence de diacétylène dans les composants chimiques servant à la fabrication des arômes d'e-liquide. Le diacétylène est un composant alimentaire dont l'ingestion ne présente aucune toxicité particulière mais qui est à l'origine de pathologies du système respiratoire pouvant aller jusqu'à nécessiter une transplantation pulmonaire lorsqu'il est inhalé après avoir été chauffé (30).

En somme, nous pouvons nous demander si l'évolution de la consommation de la cigarette électronique qui tend à la baisse est due à une réelle prise de conscience de la part des consommateurs du risque pour la santé de la e-cigarette ou est-ce que la cigarette électronique en tant qu'outil d'aide au sevrage tabagique ne suffit pas amenant ainsi à la reprise du tabac ?

## **II. HISTOIRE ET GRANDES ETAPES DE LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME EN FRANCE**

### **II.1 Découverte des méfaits du tabac**

Les méfaits du tabac ont d'abord été évoqués par des épidémiologistes allemands Franz H. Müller en 1939, et Eberhard Schairer et Erich Schöniger en 1943. Ils ont été les premiers à avoir utilisé la méthode épidémiologique des cas-contrôle pour démontrer le lien entre cancer du poumon et la consommation de tabac (31,32).

Dans les années 1950, les premières études épidémiologiques mettent en évidence la nocivité du tabac : les américains Robert Schrek, Lyle A. Baker et al. montrèrent qu'il y avait de fortes preuves indirectes que la cigarette était un facteur étiologique dans les cancers des voies respiratoires (33), le britannique Richard Doll établit le lien direct entre cancer du poumon et tabagisme (34). Ultérieurement, de nombreuses études scientifiques confirmeront cette toxicité.

En France, les premières études prouvant le rôle du tabac dans les cancers broncho-pulmonaires ont été menées par les professeurs Daniel Schwartz et Pierre Denoix en 1957 (35).

### **II.2 La législation française : les grandes lois**

Bien que la toxicité du tabac fût découverte dans les années 1950, aucune politique antitabac n'a été mise en place en France. Ce n'est qu'une vingtaine d'années plus tard, en 1976, que Simone Veil, alors ministre de la Santé, engage une politique de lutte contre le tabagisme et fait voter la première loi visant à contrôler le tabagisme. La loi Veil du 9 juillet 1976 interdit toute publicité en faveur du tabac (notamment sur certains supports tels que la télévision, le cinéma, la radio, les affichages, la presse pour enfants) et le parrainage lors de manifestations sportives, elle interdit également de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif où cette pratique peut avoir des conséquences dangereuses pour la santé. Cette loi impose que chaque unité de conditionnement de tabac doit comporter la mention « abus dangereux » (36).

Le 10 janvier 1991, le ministre des affaires sociales et de la solidarité, Claude Evin, étend ces mesures en votant la loi Evin relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme (37).

Cette loi interdit :

- Toute propagande ou publicité, directe ou indirecte, en faveur du tabac.
- Toute distribution gratuite de tabac.
- Toute opération de parrainage liée au tabac.
- De fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, notamment scolaire, et dans les moyens de transport collectif, sauf dans les emplacements expressément réservés aux fumeurs.
- De prendre en compte le prix du tabac pour le calcul des indices de prix à la consommation, favorisant ainsi l'augmentation du prix du tabac.

Elle exige que chaque paquet de cigarettes doit porter la mention «Nuit gravement à la santé».

Elle fixe au 31 mai la date de la manifestation annuelle intitulée «Jour sans tabac».

Ainsi, la loi Evin a pour dessein d'améliorer l'information et la protection des fumeurs et des non-fumeurs.

Le 30 novembre 1999, un arrêté modifie celui du 22 février 1990, portant exonération à la réglementation des substances vénéneuses destinées à la médecine humaine. Cet arrêté permet le délistage des substituts nicotiques (gomme à mâcher 4 mg, comprimé sublingual 2 mg, cartouche pour inhalation 10 mg, dispositifs transdermiques 15 mg/16h ou 21 mg/24h) et donc leur mise en vente libre dans les pharmacies d'officine (38).

L'arrêté du 28 mai 2001 puis l'arrêté du 7 janvier 2005 modifient l'arrêté du 30 novembre 1999 en augmentant la dose limite par unité de prise de nicotine dans les comprimés sublinguaux, passant de 2 mg à 4 mg (39).

Le 31 juillet 2003, la loi n° 2003-715 visant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes est votée (40). Cette loi interdit de vendre ou d'offrir gratuitement, dans les débits de tabac et tous commerces ou lieux publics, des produits du tabac à des mineurs de moins de 16 ans. Dans le cadre de l'éducation à la santé, la loi prévoit la mise en place de séances de sensibilisation au risque tabagique dans les classes de l'enseignement primaire et secondaire.

Le 5 mars 2003, un arrêté relatif aux teneurs maximales en goudron, nicotine et monoxyde de carbone des cigarettes ainsi qu'aux modalités d'inscription des avertissements de caractère sanitaire sur les unités de conditionnement des produits du tabac (41) oblige l'apposition d'avertissements sanitaires :

- Un avertissement général sur l'une des faces : « Fumer tue » ou « Fumer nuit gravement à votre santé et à celle de votre entourage »
- Un avertissement spécifique, parmi 14, sur l'autre face : « Les fumeurs meurent prématurément », « Fumer provoque le cancer mortel du poumon », « Fumer provoque le vieillissement de la peau » etc.

Le 15 novembre 2006, Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, signe le décret Bertrand fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif et permettant ainsi de lutter contre le tabagisme passif (42).

A compter du 1<sup>er</sup> février 2007, ce décret étend l'interdiction de fumer :

- Dans tous les lieux fermés et couverts qui accueillent du public ou qui constituent des lieux de travail.
- Dans les moyens de transport collectif.
- Dans les espaces non couverts des écoles, collèges et lycées publics et privés, ainsi que des établissements destinés à l'accueil, à la formation ou à l'hébergement des mineurs.
- Dans les établissements de santé.

A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008, ce décret est applicable aux débits permanents de boissons à consommer sur place, casinos, cercles de jeu, débits de tabac, discothèques, hôtels et restaurants.

Le 21 juillet 2009, la loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires étend l'interdiction de vente des produits du tabac aux moins de 18 ans, oblige l'apposition, dans les débits de tabac, d'une affichette mentionnant cette interdiction et prévoit la possibilité pour le buraliste de demander une pièce d'identité du client en cas de doute sur l'âge de l'acheteur et de refuser la vente s'il ne fait pas la preuve de sa majorité, dans l'intention de renforcer la protection des mineurs (43).

Le 15 avril 2010, un arrêté relatif aux modalités d'inscription des avertissements de caractère sanitaire sur les unités de conditionnement des produits du tabac complète celui du 5 mars 2003 en obligeant l'apposition de photographies en couleurs, choisies parmi une liste de 14 images choc (par exemple des poumons ou des dents noircis), sur le verso des paquets de cigarettes en plus des avertissements généraux et spécifiques (44).

Le 26 janvier 2016, la loi de modernisation de notre système de santé est promulguée (11). Parmi les mesures prises afin de renforcer la prévention et la promotion de la santé figure la lutte contre le tabagisme.

Cette loi interdit :

- Toute publicité, directe ou indirecte, en faveur des dispositifs de vapotage.
- De vendre des dispositifs électroniques de vapotage ou des flacons de recharge qui leur sont associés à des mineurs de moins de 18 ans.
- De vapoter dans les établissements scolaires et les établissements destinés à l'accueil, à la formation et à l'hébergement des mineurs, les moyens de transport collectif fermés, les lieux de travail fermés et couverts à usage collectif.
- De fumer à tous les occupants d'un véhicule en présence d'un enfant de moins de 18 ans.

Le 21 mars 2016, le décret relatif au paquet neutre des cigarettes et de certains produits du tabac est adopté et entre en vigueur le 20 mai 2016 dans le but de rendre moins attractif les paquets de cigarettes (45). Ce décret définit les conditions de neutralité et d'uniformisation des conditionnements de certains produits du tabac et du papier des cigarettes et du tabac à rouler.

Le 1<sup>er</sup> octobre 2017 entre en vigueur le décret du 25 avril 2017 fixant les conditions d'application de l'interdiction de vapoter dans certains lieux à usage collectif (12) (voir annexe 2). Le décret a pour objet de préciser les modalités d'application de l'interdiction concernant les lieux de travail. Les lieux de travail soumis à l'interdiction de vapoter sont les locaux recevant des postes de travail situés ou non dans les bâtiments de l'établissement, fermés et couverts, et affectés à un usage collectif, à l'exception des locaux qui accueillent du public. En outre, il rend obligatoire une signalisation apparente qui rappelle le principe de

l'interdiction de vapoter et, le cas échéant, ses conditions d'application dans l'enceinte des lieux concernés.

## **II.3 La politique de santé publique française**

### **II.3.1 La Conférence de Consensus**

Les 8 et 9 octobre 1998 s'est tenue, à Paris, la Conférence de Consensus consacrée à l'arrêt de la consommation du tabac (46). La conférence s'est fixée pour objectifs d'accroître le taux d'arrêt chez les fumeurs pour diminuer les effets du tabagisme sur la santé, de préciser les indications respectives des méthodes médicamenteuses et non médicamenteuses d'aide à l'arrêt, d'élaborer des recommandations d'aide à l'arrêt de la consommation du tabac et de définir les conditions de leur mise en place auprès des professionnels de santé.

Les recommandations élaborées visent donc à informer tous les professionnels de santé sur les thérapies médicamenteuses et non médicamenteuses ; elles veulent aussi atteindre l'opinion publique à travers les professionnels de santé en contribuant à lutter contre le découragement et la désillusion de beaucoup de fumeurs ; elles s'adressent enfin aux autorités de santé publique pour la mise en place d'une politique nationale favorisant l'arrêt de la consommation du tabac.

### **II.3.2 Les plans addictions (47)**

- Le plan triennal 1999-2002 de lutte contre les drogues et de prévention des dépendances qui intègre la lutte contre le tabagisme et vise ainsi à informer la population, à renforcer la protection des non-fumeurs et à faciliter le sevrage tabagique.
- Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 qui a pour objectifs d'empêcher ou de retarder la première cigarette, d'inciter et d'aider les fumeurs à arrêter de fumer et réduire le tabagisme passif à travers des campagnes d'information et de communication.
- Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011.

### II.3.3 Les plans cancers

- Plan cancer 2003-2007 :

Le premier plan cancer a été lancé le 24 mars 2003. L'un de ses objectifs était de mettre en place une stratégie complète de lutte contre le tabagisme en prenant plusieurs mesures(48):

- Rendre de plus en plus difficile l'accès au tabac en augmentant significativement et régulièrement le prix de vente du tabac, en interdisant la vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans.
- Faire appliquer l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs.
- Mettre en place des opérations « Ecole sans tabac » : mise en place de programme de prévention et d'éducation à la santé, faire respecter l'interdiction de fumer dans l'ensemble des établissements scolaires pour les élèves et les adultes.
- Mobiliser les associations dans la lutte contre le tabac
- Aider à l'arrêt du tabac par des actions volontaristes d'éducation à la santé en expérimentant et en évaluant l'intérêt d'une prise en charge partielle par l'Assurance Maladie de substituts nicotiques dans le cadre d'un protocole d'arrêt, en s'engageant à ce que chaque département dispose d'une consultation hospitalière antitabac, en intégrant dans le tronc commun de première année des études médicales un module prévention et éducation à la santé, comportant notamment un volet tabac.
- Lutter contre le tabagisme des femmes enceintes : information dans les maternités, sensibilisation du personnel soignant, accès aux consultations de sevrage.
- Financer des campagnes grand public.

Parmi les mesures prises durant ce premier plan cancer pour lutter contre le tabagisme, deux ont eu un impact important (49) : l'augmentation des prix de 2003 à 2004, qui a eu un effet dissuasif sur la consommation et donc qui a rendu possible la diminution de la consommation de tabac, et le décret du 15 novembre 2006 relatif à la lutte contre le tabagisme passif qui a permis une baisse importante de l'exposition à la fumée du tabac dans les lieux collectifs. Il a également permis d'interdire la vente de tabac à des mineurs de moins de 16 ans (loi du 31 juillet 2003) et de mettre en place, en février 2007, un système de

prise en charge partielle, à hauteur de 50 euros par an, des substituts nicotiques par l'Assurance Maladie (50).

- Plan cancer 2009-2013 :

Le deuxième plan cancer avait pour objectifs de (51) :

- Réduire l'attractivité des produits du tabac en mettant en œuvre les avertissements sanitaires graphiques.
- Renforcer la politique d'aide au sevrage tabagique en développant l'accès aux substituts nicotiques pour les femmes enceintes et les personnes bénéficiaires de la couverture médicale universelle complémentaire, notamment en portant le forfait de prise en charge à 150 euros par an, en développant des campagnes d'information sur les risques du tabagisme et en améliorant la qualité de l'aide à l'arrêt par de nouvelles recommandations professionnelles.
- Mettre en œuvre les mesures de protection des mineurs face au tabagisme en assurant l'effectivité de l'extension de l'interdiction de vente du tabac aux mineurs de 16 à 18 ans.

Ce plan cancer a permis l'apposition des avertissements sanitaires graphiques (arrêté du 15 avril 2010, en vigueur depuis avril 2011 pour les paquets de cigarettes), de tripler le remboursement des substituts nicotiques à partir de septembre 2011 seulement pour les femmes enceintes (de 50 à 150 euros), le lancement d'une campagne d'information et de communication sur le tabac par l'Inpes en 2012 et en 2013, ciblée sur les motivations pour arrêter de fumer, sous forme de spots TV, d'affiches et d'informations à destination des professionnels de santé, et enfin, d'interdire la vente de tabac aux mineurs de moins de 18 ans (52).

- Plan cancer 2014-2019 :

Le troisième plan cancer a été présenté en février 2014 et s'est fixé comme objectifs de réduire le tabagisme avec l'élaboration du programme national de réduction du tabagisme qui s'articule autour de quatre axes (53) :

- Protéger les enfants et les jeunes pour éviter l'entrée dans le tabagisme en visant à garantir l'effectivité de l'interdiction de la vente aux mineurs et de fumer dans les lieux fréquentés par les jeunes et à réduire l'attractivité des produits du tabac.
- Inciter et aider les fumeurs à arrêter de fumer en renforçant l'implication des professionnels de santé dans la démarche d'arrêt du tabagisme, en rationalisant l'organisation des moyens d'information et d'orientation des fumeurs qui souhaitent arrêter de fumer et en triplant le montant pris en charge du forfait de sevrage tabagique de 50 à 150 euros pour les jeunes de 20 à 30 ans, les bénéficiaires de la CMU-C et les patients atteints de cancer.
- Agir sur l'économie du tabac en faisant de la politique des prix du tabac un outil au service de la santé publique et en augmentant les prix de vente des produits du tabac.
- Impliquer les buralistes.

### **III. DIFFERENTES FORMATIONS EXISTANTES A GRENOBLE**

La formation continue est une obligation pour les pharmaciens et les préparateurs en pharmacie. Le Développement Professionnel Continu (DPC) a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques (11).

Nous allons énumérer ci-dessous, de manière non exhaustive, les enseignements, les diplômes interuniversitaires (DIU) ainsi que les formations disponibles à Grenoble pour les pharmaciens et les préparateurs en pharmacie d'officine.

### **III.1 Pour les pharmaciens**

#### **III.1.1 Les enseignements dispensés à la faculté de Pharmacie de Grenoble**

Le sevrage tabagique est enseigné à la faculté de Pharmacie de Grenoble (54) au cours de la Formation Générale en Sciences Pharmaceutiques 3<sup>ème</sup> année au sein de l'unité d'enseignement « Troubles respiratoires » sous la forme d'un cours magistral sur la dépendance tabagique et d'une séance de travaux dirigés sur le sevrage tabagique qui durent chacun une heure et demie. Le sujet de cette séance est le premier abord du fumeur à l'officine. Cinq points sont traités durant la séance :

- Le conseil minimal
- Les substituts nicotiques, le test de Fagerström
- La Varénicline (Champix®) : commentaires d'ordonnances (modalité de prescription, indication, contre-indications...)
- Le Bupropion (Zyban® LP 150 mg) : commentaires d'ordonnances (modalité de prescription, effets indésirables...)
- Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) : carnet de suivi, respiration en créneau, exploration de l'ambivalence, technique des 4 R (Recontextualiser, Reformuler, Résumer, Renforcer)

Le sevrage tabagique est de nouveau abordé au cours de la Formation Approfondie en Sciences Pharmaceutiques 5<sup>ème</sup> année au sein de l'unité d'enseignement « Prise en charge du patient à l'officine ».

#### **III.1.2 Le diplôme interuniversitaire de tabacologie**

Le DIU Tabacologie et aide au sevrage tabagique (55) dure un an. Il se compose d'un enseignement théorique de 53 heures et d'un enseignement pratique de 75 heures. Durant cette année de DIU, un stage professionnel d'une durée de 20 heures devra être effectué ainsi qu'un travail personnel avec la réalisation d'un mémoire sous la supervision d'un tuteur et la rédaction d'un travail bibliographique (mini mémoire).

Le DIU Tabacologie et aide au sevrage tabagique a pour objectifs de participer au développement professionnel continu des professionnels de santé en apportant un ensemble de connaissances, de méthodes et de savoir-faire permettant de contribuer efficacement aux actions de santé vis-à-vis du tabagisme, tant sur le plan collectif (prévention, éducation pour la santé, dépistage) que sur le plan individuel (prise en charge somatique et psychologique des patients et de leur entourage, mise en œuvre des moyens thérapeutiques : aide à l'arrêt du tabac).

Le programme comprend quatre modules :

- **Le module « dimensions de santé publique – méthodes d'intervention préventives » :**

Indicateurs de santé, état de la santé en France, notion de risques, niveaux de prévention, méthodologie et éducation pour la santé, rôles des professionnels, aide et accompagnement aux changements de comportement.

- **Le module « Histoire et sociologie du tabagisme » :**

Histoire naturelle du fumeur : versants physiologique, clinique, psychologique, typologies des fumeurs.

- **Aide à l'arrêt du tabac :**

Physiopathologie, méthodes d'aide (médicamenteuses et comportementales), consultations, structures d'aide.

Prévention : acteurs, organismes, actions

Avenir du tabagisme

- **Aspects de pratiques professionnelles :**

Analyse de cas cliniques, échange de pratiques, ateliers de méthodologie, jeux de rôle, mise en situation clinique, méthodologie/ prise en charge de groupes...

Thérapies Cognitivo-Comportementales

Séminaire « synthèse clinique et thérapeutique »

La validité du DIU dépend de l'assiduité et de la validation du travail personnel. Un examen écrit et la soutenance du mémoire permettent également de valider le DIU.

Il faut compter environ 680 euros de frais d'inscription dans le cas d'une formation initiale et 900 euros dans le cas d'une formation continue.

### **III.2 Pour les préparateurs en pharmacie**

A Grenoble, les préparateurs en pharmacie sont sous contrat d'apprentissage alternant formation théorique un jour et demi par semaine à l'Institut des Métiers et des Techniques (IMT) et formation pratique à l'officine. D'après un responsable de l'IMT, le sevrage tabagique est traité de manière rapide et superficielle durant les études de préparateur en pharmacie. Par ailleurs, lorsque nous consultons le Référentiel du Préparateur en Pharmacie, le sevrage tabagique n'est jamais mentionné dans le programme (56). Nous pouvons en déduire que la seule formation dont dispose le préparateur lors de ses études est celle qu'il reçoit lors de sa formation pratique à l'officine.

### **III.3 Pour l'équipe officinale**

#### **III.3.1 Tabac-info-service.fr**

Le site tabac-info-service (57) a un espace adressé aux professionnels de santé. Il met à disposition des professionnels de santé des outils de consultation et des documents patients pour renforcer leurs conseils et aider les patients fumeurs dans leur démarche d'arrêt.

L'espace professionnels de santé comprend cinq parties :

- « Je m'informe » :
  - La consommation de tabac en France
  - Les conséquences du tabagisme
  - Les bénéfices du sevrage
  - L'impact du conseil d'arrêt donné par un professionnel de santé
  - Repères pour la prise en charge en premier recours
- « Je dépiste et conseille l'arrêt »
- « J'accompagne »
- Tous les documents
- Situations particulières (Grossesse, périopératoire...)

L'espace professionnels de santé du site tabac-info-service est très complet et s'inscrit dans une démarche de formation personnelle.

### **III.3.2 OCP Formation**

OCP Formation (58) propose aux pharmaciens et aux préparateurs en pharmacies des programmes de formation continue et de DPC. Parmi les thèmes développés, le sevrage tabagique est abordé en deux parties sous forme de e-learning.

L'objectif de la première formation est d'apporter les bases de connaissances sur la tabacologie et les éléments principaux qui permettent à l'équipe officinale de mieux comprendre, donc de mieux répondre aux questions des patients et ainsi mieux les conseiller.

Cette formation a pour but de mieux connaître le tabac, la fumée (ce qu'elle fait, ce qu'elle contient) et le fumeur (ses dépendances et le chemin à parcourir pour arrêter de fumer), savoir quand orienter vers une consultation médicale, donner les moyens de prendre en charge le fumeur lorsqu'il a décidé d'arrêter (psychologie du fumeur, compensation nicotinique, conseils lors de la délivrance de médicaments contre le tabac).

La formation sevrage tabagique Partie I comprend quatre unités :

- **Unité 1 :**        **Chapitre 1 - Le tabac**
  - 1.1 L'histoire du tabac
  - 1.2 La plante
  - 1.3 L'industrie du tabac**Chapitre 2 - La fumée : ce qu'elle contient**
  - 2.1 La nicotine
  - 2.2 Le monoxyde de carbone
  - 2.3 Les goudrons et les irritants
  
- **Unité 2 :**        **Chapitre 3 - La fumée : ce qu'elle provoque**
  - 3.1 La dépendance
  - 3.2 Les effets cardiovasculaires

- 3.3 Les effets pulmonaires
- 3.4 Les autres effets
- 3.5 Grossesse et tabac
- 3.6 Bilan
- **Unité 3 :**     **Chapitre 4 - Le fumeur**
  - 4.1 Son histoire
  - 4.2 Les dépendances
  - 4.3 Les changements de comportement
- **Unité 4 :**     **Chapitre 5 - L'équipe officinale face au fumeur**
  - 5.1 Identifier l'état de motivation du fumeur
  - 5.2 Adapter son attitude et son discours
  - 5.3 Exemples de situations

La deuxième formation fait suite à la formation « Sevrage tabagique partie I ». L'objectif de cette formation est de donner l'essentiel à retenir sur les différents traitements, d'apprendre également à évaluer les différents stades du fumeur pour adapter notre conseil en vue d'un sevrage. Cette formation est axée sur le conseil à l'officine avec de nombreuses mises en situation.

La formation sevrage tabagique Partie II comprend également quatre unités :

- **Unité 1 :**     **Chapitre 1 - La compensation nicotinique**
  - 1.1 Les dispositifs transcutanés
  - 1.2 Les formes orales
  - 1.3 Les formes inhalées
- **Unité 2 :**     **Chapitre 2 - Les autres médicaments**
  - 2.1 Le bupropion (Zyban LP®)
  - 2.2 La varénicline (Champix®)
- **Unité 3 :**     **Chapitre 3 - Les autres méthodes**
  - 3.1 La cigarette électronique
  - 3.2 L'homéopathie
  - 3.3 La phytothérapie
  - 3.4 Les thérapies cognitives et comportementales (TCC)

- **Unité 3 :**      **Chapitre 4 - Le fumeur à l'officine**
  - 4.1 Le patient vient d'une consultation de tabacologie
  - 4.2 Le patient a une ordonnance du médecin généraliste
  - 4.3 Le patient vient de lui-même
  
- **Unité 4 :**      **Chapitre 5 - Questions / réponses à l'arrêt du tabac**
  - 5.1 Faut-il avoir peur de la nicotine ?
  - 5.2 Comment gérer certaines difficultés d'ordre pratique de la compensation nicotinique ?
  - 5.3 Comment conseiller une femme enceinte qui souhaite arrêter de fumer ?
  - 5.4 Peut-on envisager une compensation nicotinique chez un patient sous traitement cardiovasculaire ?
  - 5.5 Quelle attitude adopter face à des troubles du sommeil lors du sevrage ?
  - 5.6 Comment gérer une réaction cutanée sous patch nicotinique ?
  - 5.7 Comment gérer la durée de la compensation nicotinique ?
  - 5.8 Quelle attitude adopter face à un ex-fumeur qui se sent dépressif ?
  - 5.9 L'arrêt du tabac est-il systématiquement associé à une prise de poids?

Chacune des deux formations débute par une évaluation initiale puis se termine par une évaluation finale.

Il faut compter environ 3h30 pour effectuer chaque formation.

Une formation coûte 190 euros. Les deux formations sont prises en charge par un fonds d'assurance formation (Fonds Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux) pour les titulaires d'officine et par un Organisme Paritaire Collecteur Agréé des Professions Libérales (ACTALIANS) pour tous les salariés.

Ces deux formations sont éligibles au DPC.

### III.3.3 UTIP

L'UTIP association (59), Union Technique Inter Pharmaceutique, est une association de pharmaciens d'officine titulaires et adjoints dédiée à l'information, notamment en organisant des soirées d'information, et à la formation pour les pharmaciens ainsi que les préparateurs en pharmacie.

L'UTIP association comprend deux organismes Form'UTIP et UTIP Innovations. Form'UTIP propose des formations continues sous la forme de formations présentielles et en ligne. UTIP Innovations soutient le Développement Professionnel Continu des pharmaciens en proposant des formations continues en ligne (e-learning).

Nous avons contacté UTIP association à deux reprises afin d'obtenir davantage d'information sur les soirées d'information et la formation au sevrage tabagique des officinaux dans la région Rhône-Alpes et plus particulièrement en Isère. Lors du premier appel, ils nous ont conseillés de nous tourner vers Form'UTIP ainsi que UTIP Innovations mais qu'ils se renseigneraient auprès du référent de la région Rhône-Alpes et nous contacteraient s'ils avaient plus d'information. Nous avons donc appelé Form'UTIP qui nous ont répondu « qu'ils ne pouvaient pas nous aider ni répondre à notre demande ». Puis nous avons essayé de joindre UTIP Innovations, cependant après plusieurs appels nous n'avons pas réussi à les joindre. Nous avons contacté une seconde fois UTIP association qui nous a expliqué qu'il n'y avait pas de soirées UTIP sur le sevrage tabagique prévues pour l'année 2017-2018 dans la région Rhône-Alpes et qu'aucune formation n'était retrouvée dans les archives.

Après avoir fait des recherches sur internet, nous avons trouvé uniquement la formation « Pharmacien et fumeur » (60) organisée entre Octobre 2000 et Décembre 2001 par l'Ordre des Pharmaciens en partenariat avec le Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (Cespharm), le Comité Français d'Education pour la Santé (CFES, devenu INPES) et l'Union Technique Inter Pharmaceutique (UTIP) suite au délistage de l'ensemble des substituts nicotiques en décembre 1999. Cette formation avait pour but de donner aux pharmaciens les moyens d'intervenir à l'officine dans l'abord du fumeur, l'initiation du sevrage, le suivi pharmaceutique et l'accompagnement psychologique de la personne qui arrête de fumer.

**DEUXIEME PARTIE : METHODE D'AIDE A L'ARRET ET PRISE EN CHARGE D'UN  
SEVRAGE TABAGIQUE A L'OFFICINE**

## I. LE SEVRAGE TABAGIQUE A L'OFFICINE

### I.1 L'abord du fumeur à l'officine

Afin d'accompagner un fumeur dans son sevrage tabagique ainsi que d'effectuer une prise en charge adaptée, il est important de prendre en compte le stade de changement de comportement dans lequel il se trouve grâce au cycle de Prochaska.

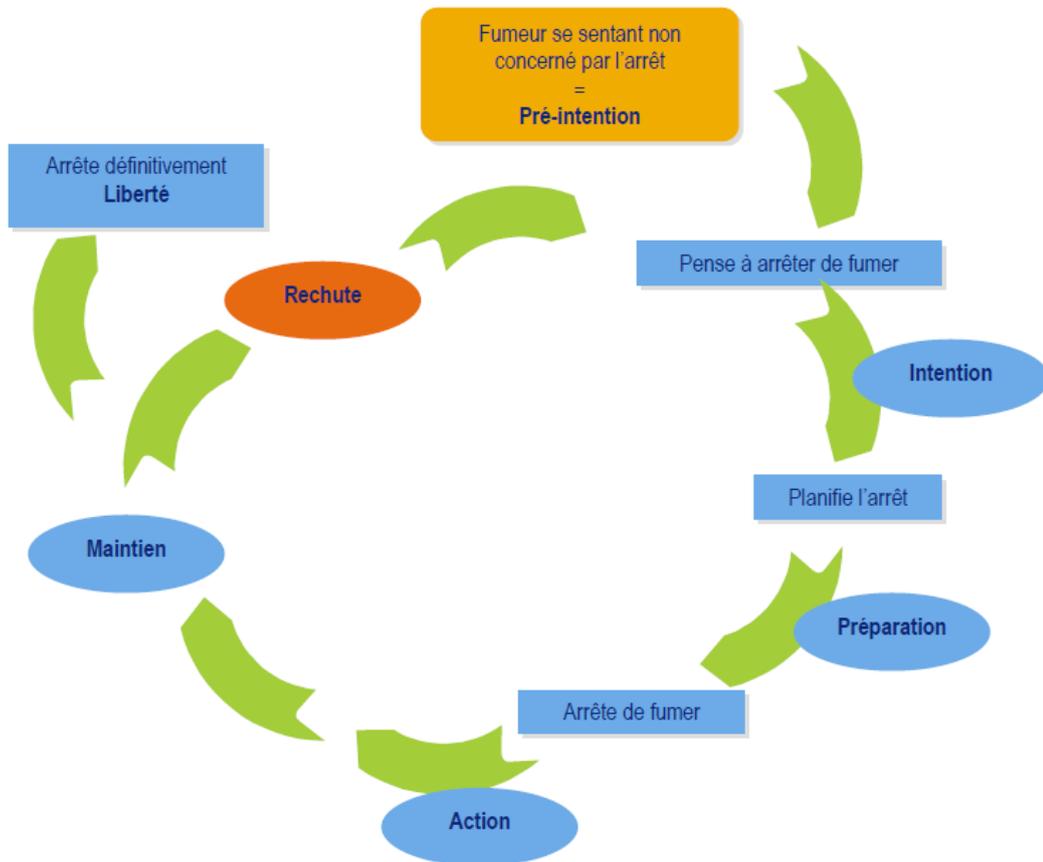
En effet, d'après le modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente, un fumeur passe par différentes étapes de motivation avant de s'occuper d'arrêter de fumer (61).

Les étapes de changement décrites par Prochaska et DiClemente, que nous détaillerons ci-dessous, sont les suivantes :

- **La pré-intention** : le fumeur n'envisage pas encore d'arrêter de fumer.
- **L'intention** : il pense à arrêter de fumer.
- **La préparation** : il prend la décision d'arrêter de fumer et il planifie son sevrage tabagique.
- **L'action** : il est activement engagé dans le changement, il arrête de fumer.
- **Le maintien/ la liberté** : il a fait des changements mais il reconnaît qu'il doit rester vigilant en cas de rechute.

Ainsi, lors de toute demande d'aide au sevrage tabagique, il est essentiel d'évaluer la motivation à l'arrêt ainsi que le stade où se situe le fumeur à l'aide du cycle de Prochaska afin de déterminer des modes d'intervention adaptés.

Figure 5 : Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente, d'après la HAS (61)



### I.1.1 La pré-intention

Le stade de pré-intention concerne les patients qui n'envisagent pas d'arrêter de fumer. Dans ce cas, le pharmacien peut réaliser le conseil d'arrêt qui consiste à indiquer à un fumeur qu'il est bénéfique pour sa santé d'arrêter de fumer selon les recommandations de bonne pratique de la HAS. Le conseil d'arrêt s'adresse à tous les fumeurs, qu'ils soient prêts ou non à arrêter de fumer. Il a été montré que le conseil d'arrêt augmente de plus de 50 % la possibilité de sevrage tabagique et l'abstinence à long terme (plus de 6 mois) (62).

Le pharmacien peut également proposer au fumeur d'évaluer son niveau de dépendance. L'évaluation de la dépendance à la cigarette est réalisée à l'aide du test de Fagerström (voir annexes 3 et 4). Le pharmacien peut utiliser soit le test de Fagerström en deux questions soit celui en six questions. Dans chaque cas, selon le score obtenu, le pharmacien peut interpréter le niveau de dépendance.

D'autres critères permettent d'identifier un fumeur dépendant tels que la rechute suite à une tentative d'arrêt, un patient qui continue de fumer malgré les conséquences de son tabagisme sur sa santé ou malgré les risques encourus dans certaines situations (par exemple lors d'une grossesse ou d'une intervention chirurgicale).

Il est possible également de suggérer la réduction de la consommation de tabac chez les personnes ne désirant pas ou n'arrivant pas à arrêter de fumer. Cette démarche peut être considérée comme une étape intermédiaire vers l'objectif principal qui est le sevrage tabagique total et elle doit être accompagnée d'un soutien thérapeutique (63).

Enfin, le pharmacien peut remettre au fumeur une brochure ou un dépliant sur l'arrêt du tabac.

### **I.1.2 L'intention**

Au stade de l'intention, le fumeur pense à arrêter de fumer. A ce stade, le pharmacien peut réaliser un entretien motivationnel. Celui-ci permet d'aider le fumeur à identifier les avantages qu'il retire de son tabagisme et les inconvénients ainsi que ses craintes et ses freins à l'arrêt du tabac. Il permet également d'aider le fumeur à exprimer les bénéfices qu'il pourrait tirer de l'arrêt du tabac et de renforcer et évaluer ses motivations (63).

### **I.1.3 La préparation**

Le stade de la préparation correspond à la prise de décision du fumeur d'arrêter de fumer et à la planification de son sevrage tabagique. A ce stade, le rôle du pharmacien est d'élaborer avec le patient un plan de changement afin de définir des objectifs concrets et les stratégies les mieux adaptées pour le sevrage tabagique. Afin d'aider le patient à préparer ce changement, il convient au patient de choisir une date précise pour arrêter de fumer.

Lors de l'étape de la préparation, le pharmacien peut informer le patient sur les différents traitements disponibles (63).

### **I.1.3.1 Les traitements nicotiniques de substitution (TNS)**

Les TNS sont les traitements médicamenteux de première intention. Ils permettent d'augmenter l'abstinence à 6 mois. Par ailleurs, il est recommandé que la prise en charge par TNS soit accompagnée par un professionnel de santé afin d'améliorer l'efficacité du traitement (63).

L'objectif du traitement par substitut nicotinique est de réduire significativement l'envie de fumer et d'améliorer le confort dans l'arrêt en limitant la sensation de manque (64).

Les TNS permettent de délivrer de la nicotine de manière beaucoup plus lente et régulière contrairement aux pics que procure la cigarette afin d'atténuer les symptômes de sevrage à la nicotine. Avec une dose adaptée à son tabagisme, ils permettent au fumeur de se libérer progressivement de la dépendance physique et lui évitent par ailleurs l'inhalation de toutes les autres substances toxiques contenues dans le tabac (65). Ils doublent le taux d'arrêt à un an (64).

Le patient doit être rassuré sur les traitements, il n'est pas plus dangereux de fumer avec un patch que sans patch. Le fait de penser qu'il est dangereux de fumer avec un patch constitue un frein majeur au sevrage tabagique et le patient arrêtera ainsi le traitement nicotinique dès la première cigarette reprise.

Le principe est d'expliquer au patient que le but pour la santé est de ne plus fumer du tout mais il est possible de passer par des étapes intermédiaires de diminution du tabagisme avec l'aide des traitements avant d'arriver à ne plus avoir besoin de cigarettes du tout.

Si le patient fume quelques cigarettes au cours du traitement, cela augmente le risque de reprise du tabac, mais cela n'est pas plus dangereux que de fumer. Le patient peut, en revanche, ressentir des signes de surdosage à la nicotine tels que des nausées, maux de tête, bouche pâteuse, tachycardie, signes qui sont semblables à ce que peut ressentir un fumeur qui fume trop dans une soirée (66).

La durée du traitement doit être suffisamment longue, en moyenne 3 mois (64). Cependant, selon les personnes et la formulation, cette durée peut être prolongée, si besoin, jusqu'à 6 mois en cas d'utilisation des patchs et du spray buccal et jusqu'à 12 mois lors de l'utilisation

des gommes, comprimés et de l'inhaleur (67). Les doses du traitement doivent être diminuées progressivement, par paliers sur 8 à 12 semaines lorsqu'il s'agit d'un traitement par patch (68).

Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2016, l'Assurance Maladie prend en charge, sur prescription, les traitements par substituts nicotiques (patch, gomme, pastille, inhaleur...) à hauteur de 150 euros par année civile et par bénéficiaire (10).

Afin de bénéficier de cette prise en charge, les substituts nicotiques doivent être prescrits sur une ordonnance consacrée exclusivement à ces produits par un médecin, une sage-femme, un médecin du travail, un chirurgien-dentiste, un infirmier ou un masseur kinésithérapeute. Les sages-femmes peuvent également les prescrire à l'entourage de la femme enceinte ou accouchée. Les substituts nicotiques doivent figurer sur la liste des substituts nicotiques pris en charge par l'Assurance Maladie (69).

Le pharmacien d'officine délivrera les substituts nicotiques qui ont été prescrits. Le patient devra faire l'avance des frais, le tiers payant n'étant pas prévu dans le cadre de ce dispositif. Il peut acheter le traitement prescrit en plusieurs fois. Pour que le patient soit remboursé, le pharmacien transmet directement, via la carte Vitale, une feuille de soins électronique à la caisse d'Assurance Maladie du patient ou il délivre une feuille de soins papier que le patient enverra à sa caisse d'Assurance Maladie. Il faut savoir que les substituts nicotiques peuvent éventuellement être pris en charge par la mutuelle ou l'assurance complémentaire santé si le contrat souscrit le prévoit.

Il existe trois types de substituts nicotiques : les formes transdermiques telles que les patches, les formes orales telles que les gommes à mâcher, les comprimés sublinguaux, les comprimés à sucer, les pastilles à sucer, l'inhaleur, le spray buccal et une forme nasale telle que le spray nasal (non disponible en France).

- **Les formes transdermiques :**

- *Les patchs :*

Mécanisme d'action : les patchs délivrent par voie transdermique une quantité contrôlée de nicotine à travers la peau (68). Dès que le patch est collé sur la peau, la nicotine commence à traverser la barrière cutanée avant d'atteindre la circulation veineuse. Ainsi, ils permettent de maintenir une nicotémie stable au cours de la journée (64).

Pharmacocinétique : l'absorption de la nicotine se fait lentement. L'effet commence à être perceptible au bout de trente minutes environ et se poursuit tout au long de la journée. Le plateau de nicotémie recherché est obtenu 2 heures après la pose du premier patch (68). La diffusion de nicotine est proportionnelle à la surface du patch et au temps de pose sur la peau (70).

Dosages : il existe des patchs pouvant être portés durant 24 heures qui délivrent une dose de 7, 14 ou 21 mg de nicotine par jour et des patchs pouvant être portés 16 heures qui délivrent une dose de 10, 15 ou 25 mg de nicotine par jour (67).

L'intérêt du patch 24 heures est la persistance d'une nicotémie matinale qui peut aider le fumeur dépendant dont le besoin de fumer dès le réveil se révèle important. L'inconvénient du patch est d'entraîner, chez certaines personnes, des troubles du sommeil (activité onirique renforcée, réveils nocturnes plus fréquents) dus à l'action de la nicotine la nuit (64,68). Ceux-ci peuvent être atténués en retirant le patch au coucher ou en utilisant un patch 16 heures.

Effets secondaires : les patchs peuvent être à l'origine de réactions cutanées locales (intolérance, allergie) et de troubles du sommeil (activité onirique renforcée, réveils nocturnes plus fréquents) (64).

Conseils d'utilisation : le patch doit être appliqué sur une peau saine et sèche et où la pilosité est rare, par exemple l'omoplate, la hanche, la face externe du bras (71,72). Il doit être laissé en place pendant 16 ou 24 heures.

Afin d'éviter la survenue d'effets secondaires tels qu'une réaction cutanée locale, il est recommandé de changer le site d'application du patch quotidiennement (67) et de ne pas replacer le patch au même endroit pendant quelques jours. Le patch peut être maintenu en place lors d'une douche courte en évitant de diriger le jet de la douche dessus. S'il s'agit d'un bain de mer ou en piscine prolongé, soit il faut retirer le patch avant le bain et le replacer sur son support. Il pourra être recollé sur une peau bien séchée. Soit il faut recouvrir le patch d'un pansement adhésif étanche pendant la durée du bain (71).

Les patchs présentent une grande facilité d'utilisation permettant ainsi une meilleure observance (73).

- **Les formes orales :**

- *Les gommes à mâcher*

Mécanismes d'action : la nicotine délivrée par les gommes à mâcher est absorbée par la muqueuse buccale (68).

Pharmacocinétique : les gommes à mâcher libèrent lentement une partie de la nicotine qui se diffuse dans la circulation sanguine avant d'atteindre le cerveau (70). L'absorption de la nicotine à travers la muqueuse buccale permet de soulager le manque au bout de quelques minutes. La gomme doit être conservée dans la bouche pendant 20 à 30 minutes (68).

Dosages : il existe deux dosages de gommes à mâcher : 2 et 4 mg. La dose de nicotine libérée est en moyenne de 1 mg pour les gommes de 2 mg et de moins de 2 mg pour les gommes de 4 mg (67).

Arômes : menthe, menthe fraîche, fruits, fruits exotiques.

Effets secondaires : les gommes à mâcher peuvent provoquer des brûlures d'estomac, des maux de gorge et des hoquets. Ces effets secondaires résultent fréquemment d'une mauvaise utilisation de la gomme à mâcher (67).

Conseils d'utilisation : l'efficacité de la nicotine libérée par la gomme est optimale lors de la mastication et non lors de la déglutition. Il est donc important de préciser au patient que la gomme ne doit pas être utilisée comme un chewing-gum mais être mâchée très lentement en faisant des pauses et que la salive ne doit pas être déglutie trop rapidement. Si le patient mastique trop vite la gomme, il pourra présenter les effets indésirables cités ci-dessus (67). La gomme doit être mâchée jusqu'à ce que le goût devienne intense puis elle doit être placée entre la gencive et la joue pendant environ 10 minutes. Lorsque le goût s'est estompé, il faut recommencer à mâcher lentement la gomme. Pendant 20 à 30 minutes, il faut alterner entre les mastications et les pauses.

La gomme doit être utilisée dès que l'envie de fumer se fait ressentir. La dose initiale devrait être d'une gomme toutes les 1 à 2 heures. La dose habituelle est de 8 à 12 gommes par jour sans dépasser 30 gommes de 2 mg ou 15 gommes de 4 mg.

Dans les 15 minutes précédant la prise d'une gomme à mâcher, la prise de boisson acide, telle que du soda ou du café, est à éviter. En effet, celle-ci diminue l'absorption et par conséquent l'efficacité de la gomme à mâcher (72,74).

- *Les comprimés sublinguaux, les comprimés à sucer, les pastilles à sucer*

Mécanisme d'action : la nicotine est absorbée à travers la muqueuse buccale (67).

Pharmacocinétique : ils ont une cinétique d'absorption comparable à la gomme à mâcher (68). Ces formes orales libèrent progressivement la nicotine. L'effet est perceptible en deux ou trois minutes (70).

Dosages : il existe un dosage de 2 mg pour les comprimés sublinguaux, des dosages de 1 ; 1,5 ; 2 et 4 mg pour les comprimés à sucer, et des dosages de 1,5 et 2,5 mg pour les pastilles à sucer (71,72,74,75).

Une pastille de 2 mg libère environ 2 mg de nicotine et celle de 4 mg libère environ 4 mg de nicotine (67).

Arômes : citron, menthe intense, menthe fraîcheur, réglisse-menthe, eucalyptus, menthe.

Effets secondaires : les comprimés à sucer peuvent être responsables d'une irritation de la gorge, d'une hypersalivation (notamment au début du traitement), de hoquets dus à la déglutition d'une trop grande quantité de nicotine dans la salive, de dyspepsies, de brûlures gastriques. Ces effets secondaires peuvent être atténués en suçant le comprimé plus lentement (67).

Conseils d'utilisation :

Concernant les comprimés sublinguaux, il est important de laisser fondre les comprimés sous la langue sans les croquer ni les sucer. La posologie varie en fonction du degré de dépendance, d'un seul comprimé par prise dès que l'envie de fumer se fait sentir, toutes les 1 à 2 heures et jusqu'à 8 à 12 comprimés par jour pour les fumeurs faiblement ou moyennement dépendants à deux comprimés par heure pour les fumeurs très dépendants et jusqu'à 16 à 24 comprimés par jour sans dépasser 30 comprimés par jour (72).

Concernant les comprimés et pastilles à sucer, ils doivent, dans un premier temps, être sucés jusqu'à ce que le goût devienne fort puis ils doivent être placés entre la gencive et la joue. Lorsque le goût s'est estompé, il faut recommencer à sucer le comprimé ou la pastille. Ils doivent être régulièrement déplacés d'un côté de la bouche à l'autre. Ces étapes doivent être répétées pendant environ trente minutes jusqu'à ce que le comprimé ou la pastille à sucer soient complètement dissous (74).

Ces deux formes orales ne doivent pas être croquées, mâchées ou avalées. La prise de boisson ou d'aliments est à éviter dans les 15 minutes précédant la prise du comprimé ou de la pastille à sucer et lorsqu'ils sont dans la bouche (71,74).

La posologie est d'une pastille à sucer dès que l'envie de fumer apparaît. Le nombre de pastille à sucer dosées à 1,5 mg ou 2,5 mg se situe entre 8 et 12 par jour sans dépasser 30

pastilles par jour pour le dosage à 1,5 mg ou 15 pastilles par jour pour le dosage à 2,5 mg (71).

Pour les comprimés à sucer, la posologie est d'un comprimé toutes les 1 à 2 heures sans dépasser 15 comprimés par jour pour les dosages à 1,5 et 2 mg ou 11 comprimés par jour pour les dosages à 4 mg (72,75).

- *L'inhaleur*

Mécanisme d'action : l'inhaleur se présente sous la forme d'un embout en plastique blanc qui s'ouvre en deux pour recevoir une cartouche qui contient un tampon imprégné de nicotine.

L'utilisateur aspire par l'embout l'air chargé de microgouttelettes de nicotine. Ainsi, lors de chaque inhalation, de petites doses calibrées de nicotine sont aspirées (72). L'absorption de la nicotine aspirée par le fumeur se fait par les muqueuses buccales (68).

Pharmacocinétique : la nicotine est lentement absorbée par la muqueuse buccale.

Dosage : une cartouche contient 10 mg de nicotine (67).

Effets secondaires : l'inhaleur peut occasionner une irritation buccale locale, une toux, une rhinite (67).

Conseils d'utilisation : l'inhaleur est à utiliser chaque fois que l'envie de fumer apparaît. L'utilisateur prend une bouffée de la même manière qu'avec une cigarette.

La fréquence des aspirations (plus ou moins répétée) ainsi que leur intensité sont à adapter en fonction des besoins du patient. Le nombre de cartouches à utiliser est généralement de 6 à 12 par jour sans dépasser 12 cartouches par jour.

La durée d'utilisation d'une cartouche peut varier de 20 minutes en une seule utilisation intensive et continue à 4 fois 20 minutes si l'utilisation est peu intensive et discontinuée. La cartouche est à utiliser dans les 12h après ouverture car la quantité de nicotine diminue dès son ouverture par évaporation (67,72).

- *Le spray buccal*

Mécanisme d'action : la nicotine délivrée par le spray buccal est absorbée par la muqueuse buccale (72).

Pharmacocinétique : avec le spray buccal, la nicotine est absorbée plus rapidement à travers la muqueuse buccale (67).

Dosage : chaque pulvérisation permet de délivrer 1 mg de nicotine. Un flacon délivre 150 doses.

Arôme : menthe

Effets secondaires : le spray buccal peut entraîner des hoquets, des maux de tête, des nausées, des sensations de brûlure au niveau de la bouche et des lèvres, une sécheresse de la bouche ou de la gorge, une hypersalivation, des dyspepsies.

Conseils d'utilisation : lors de l'utilisation du spray buccal, il faut placer l'embout du pulvérisateur le plus près possible de la bouche. Puis, il faut appuyer sur la partie supérieure du pulvérisateur pour libérer une dose à l'intérieur de la joue en évitant les lèvres.

Il est possible de prendre 4 pulvérisations maximum par heure, sans dépasser 2 pulvérisations par prise, et 64 pulvérisations par tranche de 24 heures soit 4 pulvérisations par heure pendant 16 heures.

L'utilisation du spray buccal se fait aux moments habituels de consommation du tabac ou lorsque l'envie de fumer se fait sentir. A ce moment précis, il faut commencer par une pulvérisation et si l'envie de fumer est toujours présente après quelques minutes, une deuxième pulvérisation peut être administrée. En général les fumeurs utilisent environ 1 ou 2 pulvérisations toutes les 30 minutes à 1 heure.

Lors de la pulvérisation, il est recommandé de ne pas inhaler afin que le produit n'entre pas dans les voies respiratoires. Il est préconisé d'éviter de déglutir pendant les quelques secondes qui suivent la pulvérisation. Il est également conseillé de s'abstenir de manger et

de boire lors de la pulvérisation buccale. Au cours du traitement par spray buccal, il faut impérativement s'abstenir de fumer (67,72).

- **Forme nasale :**

- *Le spray nasal (76–78)*

Le spray nasal n'est pas commercialisé en France mais dans d'autres pays comme les Etats-Unis et certains pays européens.

Mécanisme d'action : des quantités contrôlées de nicotine sont absorbées très rapidement par le nez et se diffusent dans la circulation sanguine avant d'arriver au cerveau, procurant ainsi un soulagement rapide des envies de cigarettes et des symptômes de sevrage.

Pharmacocinétique : le pic d'action est atteint rapidement en 5 à 10 minutes.

Dosage : le spray nasal se présente sous la forme d'un flacon de 10 ml qui contient 100 mg de nicotine soit environ 200 doses. Chaque pulvérisation libère 0,5 mg de solution nicotinique et chaque dosage consiste en une pulvérisation dans chaque narine, soit un total de 1 mg de nicotine.

Effets secondaires : irritation de la muqueuse nasale, épistaxis, rhinorrhée, éternuement, larmolement, toux.

Conseils d'utilisation : il faut incliner légèrement la tête en arrière et introduire l'embout du spray dans l'une des narines. Puis il faut appuyer fermement et rapidement sur l'embout. Si besoin, une autre pulvérisation peut être réalisée dans la seconde narine. Si le patient éternue, a le nez qui coule ou a les yeux larmoyants, ces symptômes devraient diminuer après les premiers jours (2 à 3 jours).

La posologie est de 1 à 2 pulvérisations dans chaque narine par heure, maximum 3 pulvérisations par heure et jusqu'à 15 à 40 pulvérisations maximum de 1 mg par jour pendant 8 à 12 semaines puis réduire sur 4 à 12 semaines.

La durée du traitement est de 2 à 3 mois sans dépasser 6 mois maximum.

Le spray nasal entraîne une absorption plus rapide de nicotine et donc se rapproche de l'effet bolus de la cigarette avec un pic de nicotine. Par conséquent, il existe un risque de dépendance important avec cette forme de substitut nicotinique. Cependant, une étude (77) comparant le spray nasal associé à un conseil intensif à un placebo associé à un conseil intensif montre des taux d'abstinence de 23,9 % contre 11,8 % à 6 ou 12 mois après le début du traitement. Une autre étude (79) comparant le spray nasal à un placebo indique des taux d'abstinence de 25,5 % contre 14,1 % à 3 semaines, 19,2 % contre 9 % à 6 semaines, 15,4 % contre 6,7 % à 3 mois.

En somme, les TNS constituent un traitement de premier choix pour soulager les symptômes de sevrage. De plus, ils sont plus efficaces dans l'arrêt du tabac que l'absence de traitement. Ils permettent d'augmenter les taux d'abstinence à long terme de 50 à 70 %. L'association d'un patch transdermique avec une forme orale de TNS est plus efficace qu'une forme unique de TNS (80). Ainsi, pour une meilleure prise en charge, il est nécessaire de proposer un traitement à base de patchs, adapté au besoin en nicotine du patient, associé à une ou plusieurs formes orales, pour la gestion rapide des envies de fumer, persistantes malgré le patch (66).

### **I.1.3.2 Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)**

Les TCC ont pour objectif de promouvoir un changement de fonctionnement dans un certain nombre de situations. Elles ont pour objectif d'aider à modifier les pensées que les patients élaborent, lorsqu'ils sont dépendants, pour justifier les comportements d'addiction, dans les habitudes comme dans les rechutes. Ces pensées sont désignées comme pensées dysfonctionnelles.

Les changements cognitifs concernent les pensées et les croyances responsables des émotions ressenties par les patients. L'objectif est de modifier ces pensées et ces croyances pour les remplacer par des pensées adaptées.

Les changements comportementaux concernent les actes, les réactions, et les attitudes des patients.

L'abord des patients fumeurs devra donc tenir compte des trois versants cognitifs, comportementaux et émotionnels pour une prise en charge globale de l'addiction.

La TCC nécessite un suivi régulier du patient et un thérapeute formé (63).

Les TCC ont un intérêt dans le sevrage tabagique et interviennent aux diverses étapes successives de l'arrêt du tabac : la préparation, l'arrêt, la prévention des récurrences lors du maintien de l'abstinence (81).

Les TCC ont pour objectif l'apprentissage de stratégies permettant de faire face aux situations à haut risque, aux envies de fumer, et éventuellement à un faux pas. La connaissance, puis la maîtrise de ces stratégies ont pour effet d'augmenter la confiance que le sujet a en ses capacités à atteindre son objectif.

Les situations à haut risque peuvent être liées à l'environnement (repas, alcool, fumeurs, fêtes) ou à des émotions (colère, tristesse, ennui). D'autres situations déclenchantes, plus spécifiques selon l'individu, sont la conséquence des différents conditionnements qui se sont constitués au fil de la carrière du fumeur (café, téléphone, voiture...).

La préparation à l'arrêt du tabac peut démarrer par une phase d'auto-observation qui permet de repérer un certain nombre de situations déclenchantes, systématiquement associées à la prise d'une cigarette. Le thérapeute peut alors éventuellement proposer une période de dissociation entre le stimulus et la réponse comportementale (allumer une cigarette). C'est également avant l'arrêt du tabac que l'on commence à organiser et renforcer le soutien social.

Après l'arrêt du tabac, les différentes stratégies pour faire face concernent les envies de fumer (contrôle du stimulus, stratégies cognitives, stratégies comportementales). Au-delà des envies de fumer, qui sont des phénomènes ponctuels répondant le plus souvent à une situation déclenchante, il arrive que le patient développe des pensées liées au tabac, plus insidieuses et chroniques. Ces stratégies reposent sur une première phase de reconnaissance du processus cognitif, puis de mise en place de stratégies cognitives et comportementales spécifiques.

Les envies de fumer (ou besoins impérieux, ou pulsions) sont un phénomène normal, maximal au début de l'abstinence, et s'estompant incomplètement par la suite. Les envies de fumer sont le plus souvent liées à des situations déclenchantes. Les symptômes sont physiques (sensations thoraciques) et psychologiques (nervosité, agitation). Le point essentiel est que ces envies de fumer vont le plus souvent par vagues, les sensations augmentant rapidement jusqu'à une phase d'intensité maximale, pour ensuite diminuer et disparaître. Le plus souvent, les envies de fumer sont brèves (1 à 2 minutes).

Une première façon de gérer les envies de fumer est de contrôler les stimuli. Il est évidemment nécessaire de bien connaître d'avance les situations déclenchantes : voir un paquet de cigarettes, voir des personnes fumer, les situations auparavant associées au tabac, les émotions, fatigue, tension...

Les différentes stratégies de contrôle du stimulus sont l'évitement (éviter le contact des fumeurs ou les fêtes dans un premier temps), la substitution (un apéritif alcoolisé par un apéritif non alcoolisé) et le changement (modifier la situation déclenchante : prendre son café dans un autre endroit, dans une autre tasse, et à un autre moment).

Un certain nombre d'opérations cognitives permettent de contrôler, de réduire l'intensité et la durée des envies de fumer :

- se souvenir que les envies vont par vagues et sont brèves, et que par conséquent cela ne va pas durer ;
- dédramatiser ;
- se répéter la liste de ses motivations (bénéfices liés à l'abstinence, inconvénients de fumer) ;
- penser à autre chose de plaisant (vacances, enfants...) ;
- auto-encouragement.

Les stratégies comportementales sont également variées :

- changer de contexte ; les envies de fumer étant liées aux situations déclenchantes, le changement de contexte doit permettre un certain contrôle ;

- s'engager dans une activité brève (tâches ménagères brèves, brossage des dents...) ; cela est d'autant plus efficace que l'activité est plaisante (boire une boisson fraîche, prendre un fruit...)
- les activités physiques sont particulièrement efficaces pour réduire (et même prévenir) les envies de fumer ;
- la prise d'une forme orale de substitut nicotinique donne un sentiment de contrôle de la situation ;
- faire des exercices de relaxation respiratoire.

Une gestion réussie de la situation à haut risque ou du faux pas induit un renforcement de l'abstinence par augmentation de la confiance en soi et l'amélioration de ses compétences (68).

En somme, les TCC sont des techniques utiles pour le patient dans l'optimisation et la personnalisation de la prise en charge, notamment dans la prévention de la rechute. Elles sont complémentaires de la prise en charge pharmacologique dans la prévention des symptômes de sevrage. Le plus souvent, les patients bénéficient d'un traitement de substitution nicotinique associé.

L'efficacité des TCC a été démontrée par de nombreuses études. L'utilisation des TCC permet de multiplier par deux le taux d'abstinence tabagique six mois après l'arrêt, par rapport aux groupes contrôles (82).

Ainsi, les TCC constituent également un traitement de première intention de l'aide à l'arrêt du tabac et de prévention des rechutes en association avec un traitement pharmacologique tel que les TNS.

### **I.1.3.3 Varénicline (Champix®)**

La varénicline a obtenu une autorisation de mise sur le marché (AMM) en septembre 2006 et est commercialisée en France depuis le 12 février 2007 (62). La varénicline est indiquée dans le sevrage tabagique chez l'adulte (83).

Pharmacodynamie : la varénicline est un agoniste partiel des récepteurs nicotiniques neuronaux à l'acétylcholine  $\alpha 4\beta 2$  qui sont responsables de la plupart des effets centraux de la nicotine (84).

La varénicline possède une affinité et une sélectivité élevées aux récepteurs nicotiniques neuronaux à l'acétylcholine  $\alpha 4\beta 2$ . Ainsi, lorsque la varénicline se lie aux récepteurs nicotiniques neuronaux à l'acétylcholine  $\alpha 4\beta 2$ , elle permet la stimulation partielle de ces récepteurs qui déclenche une libération partielle de dopamine ce qui entraîne un soulagement des symptômes de besoin impérieux et de manque. Il s'agit ici de l'effet agoniste de la varénicline.

Lors de sa liaison aux récepteurs nicotiniques neuronaux à l'acétylcholine  $\alpha 4\beta 2$ , la varénicline induit le blocage de ces récepteurs qui exerce un blocage de la stimulation par la nicotine ce qui a pour conséquence une réduction des effets de récompense et de renforcement du tabagisme en empêchant la liaison de la nicotine aux récepteurs. Il s'agit dans ce cas de l'effet antagoniste de la varénicline (83).

Dosages : la varénicline existe en deux dosages : 0,5 mg et 1 mg.

Posologie (66,83) : il s'agit d'un traitement où l'on augmente progressivement les doses. La posologie initiale est d'un comprimé à 0,5 mg une fois par jour les trois premiers jours, puis un comprimé à 0,5 mg deux fois par jour les quatre jours suivants, puis un comprimé à 1 mg deux fois par jour jusqu'à la fin du traitement.

La posologie recommandée est de 1 mg de varénicline deux fois par jour après une semaine d'augmentation posologique.

Le patient doit fixer une date pour arrêter de fumer. L'administration de varénicline doit habituellement débiter une à deux semaines avant cette date. Les patients doivent être traités par varénicline pendant 12 semaines.

Pour les patients ayant réussi à arrêter de fumer à la fin des 12 semaines, une cure supplémentaire de traitement de 12 semaines par varénicline à 1 mg deux fois par jour peut être envisagée pour le maintien de l'abstinence.

Une approche progressive du sevrage tabagique par varénicline doit être envisagée chez les patients qui ne parviennent pas à arrêter de fumer brutalement ou qui ne le souhaitent pas.

Les patients doivent diminuer leur consommation de tabac pendant les 12 premières semaines de traitement et arrêter à la fin de la période de traitement. Les patients doivent ensuite continuer à prendre varénicline durant 12 semaines supplémentaires pour atteindre une durée totale de traitement de 24 semaines.

La posologie pourra être réduite à 0,5 mg deux fois par jour de façon temporaire ou permanente chez les patients qui ne peuvent tolérer les effets indésirables de varénicline.

Mode d'administration : les comprimés de varénicline doivent être avalés entiers avec de l'eau et peuvent être pris au cours ou en dehors des repas.

Contre-indications : hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients, insuffisance rénale grave.

Mises en garde et précautions d'emploi :

Des modifications du comportement ou pensée anormale, de l'anxiété, une psychose, des sautes d'humeur, un comportement agressif, une dépression, des idées et comportements suicidaires et des tentatives de suicide, ont été rapportés chez des patients au cours de tentatives de sevrage tabagique avec varénicline.

Des cas de crises convulsives ont été rapportés chez des patients traités par varénicline présentant ou non des antécédents de crises convulsives. Varénicline doit être utilisé avec précaution chez les patients présentant des antécédents de crises convulsives ou d'autres affections qui abaissent potentiellement le seuil épileptogène.

A la fin du traitement, l'arrêt de la varénicline a été associé à une augmentation de l'irritabilité, de l'envie de fumer, de la dépression, et/ou de l'insomnie pour tout au plus 3 % des patients.

Effets indésirables (les plus fréquents) : troubles gastro-intestinaux (nausées, vomissements, constipation, diarrhée), troubles du sommeil (rêves anormaux, insomnie), rhinopharyngite, bronchite, sinusite, prise de poids, diminution de l'appétit, augmentation de l'appétit, céphalées, somnolence, sensations vertigineuses, dysgueusie, dyspnée, toux, fatigue.

Le taux de réussite d'arrêt du tabac est multiplié par deux voire trois avec la varénicline comparé au placebo (85). La varénicline est supérieure au placebo pour l'arrêt du tabagisme à 6 mois, et au bupropion pour l'arrêt du tabagisme à 12 semaines. Cependant, la varénicline n'a pas montré de supériorité par rapport aux TNS et notamment aux patchs nicotiniques ni à une combinaison de TNS (62).

#### **I.1.3.4 Chlorhydrate de bupropion (Zyban® LP 150 mg)**

Le bupropion a obtenu une autorisation de mise sur le marché (AMM) en août 2001, en France, dans l'indication d'aide au sevrage tabagique accompagné d'un soutien de la motivation à l'arrêt du tabac chez les patients présentant une dépendance à la nicotine (86). L'arrêt du tabac s'accompagne également d'une augmentation du risque de dépression chez le fumeur. Les neurones dopaminergiques appartiennent au système de récompense et un dysfonctionnement des neurones dopaminergiques a été proposé dans la dépression. Ainsi, il est possible que la nicotine puisse chez certains sujets posséder un effet antidépresseur. Cette propriété pourrait faciliter la dépendance à la nicotine chez des sujets prédisposés (87).

Pharmacodynamie : Le bupropion est un antidépresseur inhibiteur sélectif de la recapture neuronale des catécholamines : la dopamine et la noradrénaline (66).

En effet, la dopamine est un neurotransmetteur impliqué dans le circuit cérébral de la récompense et permet de définir à chaque instant l'état de satisfaction physique et psychique dans lequel se trouve un individu. La dopamine libérée dans le noyau accumbens participe aux effets renforçants de la nicotine et favoriserait le comportement de recherche de cette substance (87).

Ainsi, la stimulation de la libération de la dopamine procure la sensation de plaisir. La stimulation du système noradrénergique est responsable de l'éveil (en association avec le système cholinergique), de la suppression de l'appétit et de la régulation de l'humeur (en association avec le système sérotoninergique) (84).

Or, la nicotine exerce son effet en stimulant la libération des neurotransmetteurs tels que la dopamine, la noradrénaline et la sérotonine. La nicotine augmente la libération de

dopamine dans le noyau accumbens ainsi que la libération et la synthèse de noradrénaline (87). Cela se traduit par les effets cliniques suivant : amélioration de l'humeur, des performances cognitives, de l'éveil, le plaisir, la diminution de l'anxiété (84).

Ainsi, l'inhibition de la recapture de la noradrénaline permet de réduire les symptômes physiques de manque et l'inhibition partielle de la recapture de la dopamine permet de soulager le besoin psychique de fumer (66).

Posologie (86): il est recommandé de débiter le traitement avant l'arrêt effectif du tabac et de décider d'une date précise d'arrêt au cours des deux premières semaines de traitement par bupropion (de préférence au cours de la deuxième semaine).

La posologie initiale est de 150 mg par jour pendant les six premiers jours, puis de 300 mg par jour en deux prises quotidiennes espacées d'au moins 8 heures à partir du 7<sup>ème</sup> jour.

La posologie maximale est de 150 mg par prise, et de 300 mg par jour. Elle ne doit en aucun cas être dépassée.

Afin d'éventuellement réduire l'insomnie qui est un effet indésirable très fréquent, la prise de bupropion est à éviter à l'heure du coucher à condition de bien respecter un intervalle d'au moins 8 heures entre les prises.

La durée du traitement est de 7 à 9 semaines.

Mode d'administration : les comprimés de bupropion doivent être avalés entiers. Ils ne doivent pas être écrasés ni mâchés car cela peut augmenter le risque d'effets indésirables y compris de convulsions. Bupropion peut être pris au cours ou en dehors des repas.

Contre-indications : trouble convulsif, tumeur du système nerveux central, sevrage alcoolique ou de benzodiazépine en cours (risque de convulsions), anorexie, boulimie, trouble bipolaire, insuffisance hépatique sévère, association du bupropion aux inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO).

Mises en garde et précautions d'emploi :

La posologie recommandée de bupropion ne doit en aucun cas être dépassée compte tenu du risque dose-dépendant de convulsions. Bupropion ne doit pas être administré chez les patients présentant des facteurs de risque qui abaissent le seuil épiléptogène, sauf en cas de

nécessité absolue et si le bénéfice attendu du sevrage tabagique l'emporte sur le risque de survenue de convulsions, dans ce cas, la dose maximale à utiliser durant tout le traitement est de 150 mg par jour chez ces patients. Bupropion doit être interrompu et ne doit plus être repris chez les patients qui présenteraient des convulsions sous traitement.

Des cas de dépression et de comportements suicidaires ont été rapportés lors de l'utilisation du bupropion, ceux-ci se produisant généralement en début de traitement.

Des cas d'hypertension artérielle, parfois sévères et justifiant d'un traitement spécifique, ont été rapportés chez des patients lors du traitement par bupropion seul ou associé à un TNS, que ces patients présentent ou non une hypertension artérielle préexistante. En cas d'augmentation cliniquement pertinente de la pression artérielle, l'arrêt de bupropion devra être envisagé.

Effets indésirables (les plus fréquents): insomnie, agitation, anxiété, troubles de la concentration, céphalées, vertiges, nausées, vomissements, constipation, sueurs.

Le bupropion augmente la probabilité qu'une tentative d'arrêt du tabac soit réussie après au moins 6 mois. Le bupropion apparaît comme supérieur au placebo pour l'arrêt du tabagisme à 6 mois. Cependant il n'est pas supérieur au TNS (88).

Ainsi, au vu de leurs effets indésirables, les traitements par bupropion et varénicline sont recommandés en seconde intention, après échec des traitements nicotiniques de substitution (63).

#### **I.1.3.5 Autres méthodes d'aide à l'arrêt du tabac : cigarette électronique, hypnose, homéopathie, acupuncture**

D'autres méthodes thérapeutiques sont utilisées comme alternatives thérapeutiques contre la dépendance au tabac. L'hypnose, l'homéopathie et l'acupuncture sont les alternatives thérapeutiques les plus utilisées et plus récemment la cigarette électronique apparaît

comme une méthode d'aide au sevrage tabagique. Cependant, leur efficacité n'est pas établie.

- La cigarette électronique

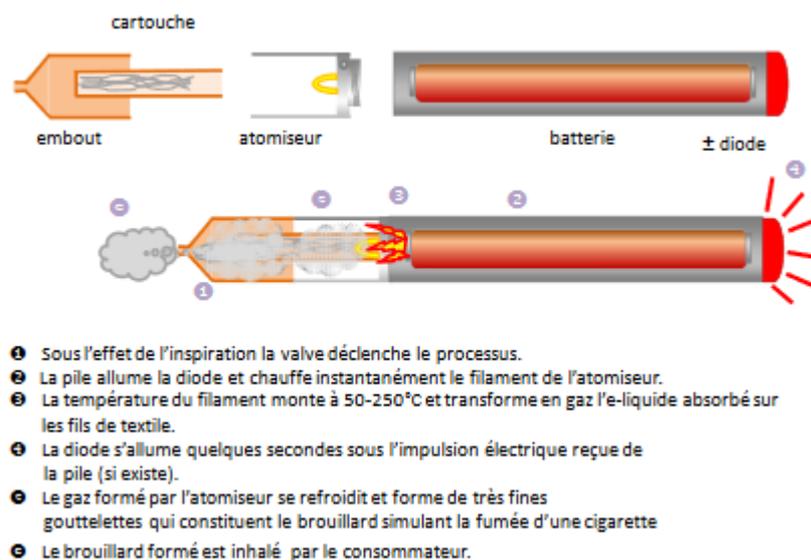
La cigarette électronique ne dispose pas d'une autorisation de mise sur le marché et ne peut pas être vendue en pharmacie car elle ne figure pas sur la liste des produits dont la délivrance y est autorisée. Dans la recommandation de bonne pratique : « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours » (octobre 2014) (63), la HAS ne recommande pas la cigarette électronique dans le sevrage tabagique ou la réduction du tabagisme en raison de l'insuffisance de données sur la preuve de son efficacité et de son innocuité. A la suite d'un rapport de 2015 du *Public Health England* (89) plutôt favorable à la cigarette électronique, le HCSP a actualisé en 2016 son avis du 25 avril 2014 relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique étendus en population générale (30) et considère que la cigarette électronique peut être considérée comme une aide au sevrage tabagique pour les populations fumeuses désireuses d'arrêter leur consommation de tabac ou comme une aide à la réduction du tabagisme. Toutefois, la HAS dans son avis du 4 novembre 2015 (90) sur la nécessité d'actualiser la recommandation de bonne pratique : « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours » (octobre 2014) suite à ce rapport, constate que les données de la littérature sur l'efficacité et l'innocuité de la cigarette électronique sont encore insuffisantes pour la recommander dans le sevrage tabagique et par conséquent, elle considère qu'il n'est pas nécessaire de l'actualiser.

Bien que la cigarette électronique ne soit pas validée par l'HAS, elle est considérée comme une aide à l'arrêt du tabac par les fumeurs vapoteurs, 82 % d'entre eux déclarent qu'elle leur a permis de réduire leur consommation de tabac et le nombre d'ex-fumeurs ayant arrêté le tabac avec la cigarette électronique est estimé à 0,9 % des 15-75 ans soit environ 400 000 personnes (voir 1<sup>ère</sup> partie I.5).

Mécanisme d'action (91) : la cigarette électronique est un dispositif inerte en dehors de toute inspiration de l'utilisateur ou de pression sur un contacteur. En inspirant (ou sur certains systèmes en actionnant un petit contacteur), l'utilisateur déclenche la création d'un

aérosol simulant la fumée et, sur certains modèles jetables, l'allumage d'une diode le plus souvent de couleur rouge ou bleue. Sous l'effet de l'inspiration une valve déclenche le processus qui produit la bouffée. Une pile allume une diode et chauffe instantanément le filament de l'atomiseur. La montée rapide en température (de 50°C à 250°C) de la résistance de l'atomiseur qui reçoit le courant électrique de la pile fait passer de l'état liquide à l'état gazeux le liquide (parfois absorbé par un textile) présent dans la cartouche. L'e-liquide à l'état gazeux se condense en fines gouttelettes qui forment un aérosol simulant la fumée de cigarette. Cet aérosol va être inhalé, venir frapper l'arrière-gorge et être en partie absorbé plus profondément dans les voies respiratoires.

*Figure 6 : Principe de fonctionnement d'une cigarette électronique, d'après Rapport et avis d'experts sur l'e-cigarette (91)*



E-liquides : la dénomination d'e-liquide désigne l'ensemble des liquides utilisés dans les cigarettes électroniques. Ils contiennent tous :

- du propylène glycol qui est un agent humectant qui agit en capturant l'eau. Il est utilisé pour produire l'effet de « fumée » par les fines gouttelettes liquides formées. C'est également un exhausteur d'arôme.
- ou du glycérol qui permet également de produire une « vapeur ». Il est plus efficace que le propylène glycol pour produire l'aérosol, mais c'est un exhausteur d'arôme beaucoup moins puissant.

- des arômes qui sont d'origine naturelle ou artificielle et qui permettent de procurer des sensations agréables aux vapoteurs. Il existe de nombreux arômes tels que tabac, fruits, menthe fraîche, vanille, chocolat.
- des colorants
- de la nicotine (pas toujours présente)

Pharmacocinétique de la nicotine : elle dépend de la présence de nicotine dans la cartouche et de la quantité émise. Les données actuelles ne permettent pas de savoir avec certitude où est absorbée la nicotine inhalée de la cigarette électronique. Si la nicotine avec l'e-cigarette est absorbée lentement par la muqueuse buccale avec un pH neutre ou alcalin, sa cinétique est alors voisine de celle de l'inhalateur et des autres substituts nicotiniques. Si la nicotine inhalée avec l'e-cigarette a un pH acide et est absorbée sans délai par le poumon pour atteindre le cerveau en 7-8 secondes, elle produit un renforcement de l'addiction, comparable à celle d'une cigarette. La réalité pourrait être une combinaison de ces hypothèses, donnant un pic de nicotine intermédiaire entre les deux. Avec l'e-cigarette, la nicotine est délivrée rapidement au cerveau. Les cigarettes électroniques les plus récentes sont de meilleure qualité et délivrent le plus souvent dans la bouche du consommateur plus de 50 % de la nicotine contenue dans la cartouche. Ainsi les cigarettes électroniques modernes sont capables de délivrer en moins de 5 minutes des quantités de nicotine du même ordre de grandeur que les cigarettes (1 mg de nicotine).

Concentration de nicotine : le contenu en nicotine est apposé sur les étiquettes des cartouches soit en volume (ml), soit en milligramme (mg) contenu dans la cartouche, soit en mg/ml, soit en pourcentage d'e-liquide. Le taux de nicotine des cartouches commercialisées en France est actuellement inférieur ou égal à 20 mg/ml (92). De même, le volume des réservoirs ou des cartouches pré-remplis ne peut excéder 2 ml et le volume des flacons de recharge ne peut excéder 10 ml. Le taux maximum par cartouche proposé par l'ANSM est de 10 mg.

Effets indésirables : la « vapeur » des e-cigarettes peut dessécher et irriter la gorge et la bouche, picotement, nausée, maux de tête, toux sèche (93).

Bien que la cigarette électronique puisse être considérée comme un outil d'aide au sevrage tabagique, nous ne connaissons pas ses effets à long terme. De plus, la cigarette électronique peut induire et entretenir une dépendance à la nicotine. Sa forme et sa gestuelle similaire à la cigarette sont aussi des facteurs qui pourraient contribuer à entretenir la dépendance. Ainsi, des recherches sur les effets de l'exposition à long terme et sur l'efficacité de la cigarette électronique dans le sevrage tabagique ou la réduction du tabagisme sont nécessaires.

- L'hypnose

Description : d'après l'Académie Nationale de Médecine, l'hypnose est une technique de psychothérapie (94) qui a montré son efficacité dans certaines pathologies, notamment l'état de stress post-traumatique. Elle est de plus en plus largement utilisée comme thérapie complémentaire. L'hypnose est un état d'attention focalisée et « d'absorption interne » avec suspension partielle de l'éveil, assez comparable à l'absorption dans certaines pensées lors d'actions de type automatique comme la conduite automobile. Cet état est considéré comme doté de vertus réparatrices et susceptibles de faciliter secondairement, spontanément ou par suggestion, une meilleure homéostasie et un meilleur aménagement des relations de l'organisme avec son milieu. Le point d'appui de l'hypnose, comme de la relaxation, est la suggestion qui permet d'induire grâce à des exercices à la fois corporels et psychiques une sorte de déconnexion mentale et physique, aboutissant à un isolement relatif de l'organisme par rapport à son milieu. En pratique, l'état hypnotique est induit par fixation du regard sur un point lumineux ou fixation auditive par écoute d'un son continu.

Profil des patients qui consultent en hypnothérapie pour le sevrage tabagique :

Dans son mémoire « Mieux connaître le fumeur qui consulte en hypnose » de fin d'année 2017 du DIU de tabacologie et aide au sevrage tabagique, Loréna Pol, psychologue et hypnose, a établi un profil des patients qui se dirigent vers l'hypnose pour un sevrage tabagique.

La méthode utilisée dans son cabinet repose sur les éléments traditionnels de l'hypnose Ericksonienne (état de conscience modifié) :

- 1) Induction en position assise ou demie-allongée dans un fauteuil.
- 2) Phase de relaxation, de lâcher prise, de pesanteur.

### 3) Suggestions thérapeutiques/métaphores :

- a. Valorisantes : avoir en soi les capacités d'aller puiser dans ses ressources.
- b. Aversives.
- c. Modifiant le comportement : les gestes, les images, les pensées, les associations.
- d. Renforçatrices : redécouvrir le plaisir de vivre.

### 4) Eveil.

### 5) Débriefing.

Il ressort de son travail, concernant l'aspect psychologique, que la cigarette a un rôle de convivialité (92 % des patients interrogés), occupationnel (78 %) et anti-stress (67 %). Le manque apparaît comme le premier motif de peur à l'arrêt (47 %). A propos de l'aspect comportemental, les situations pour fumer sont l'après-repas (89 %) puis le café (76 %) et la pause (73 %). La santé (70 %) apparaît comme la principale motivation à l'arrêt.

Par ailleurs, les raisons qui ont poussé les patients à choisir l'hypnose sont des témoignages de réussite (un proche le plus souvent) et leur attente vis-à-vis de l'hypnose est la recherche d'aide pour arrêter. Ainsi, toujours d'après le mémoire de Loréna Pol, sur l'échantillon observé, les patients qui consultent en hypnothérapie sont très proches de ceux qui consultent en tabacologie traditionnelle, ont une dépendance tabagique similaire et ne sont pas nécessairement sensibles aux médecines alternatives. Loréna Pol conclut que l'hypnothérapie est un outil supplémentaire. La dépendance au tabac est une dépendance complexe, nourrie de ce qui se joue sur un plan physique, comportemental et psychologique.

### Données de la littérature :

Selon une étude de 2010 (95), les preuves sont insuffisantes pour pouvoir recommander l'hypnose comme un traitement spécifique pour le sevrage tabagique. En effet, il n'y a pas un plus important bénéfice à long terme de l'hypnose par rapport à d'autres interventions ou non. De plus, il n'y a pas de différences significatives du taux d'arrêt à 6 mois.

D'après une étude de 2012 (96), l'hypnose peut aider les fumeurs à arrêter de fumer. Cependant, les auteurs affirment qu'il est nécessaire d'avoir des preuves supplémentaires pour pouvoir déterminer si des interventions alternatives sont aussi efficaces ou plus efficaces que les pharmacothérapies pour aider les fumeurs à arrêter de fumer.

D'après une autre étude de 2012 (97), les preuves sont insuffisantes pour recommander l'utilisation de l'hypnose en tant que traitement pour le sevrage tabagique. Ainsi, l'hypnose n'a pas démontré d'efficacité dans le sevrage tabagique. Les auteurs de cette étude recommandent d'utiliser d'autres choix thérapeutiques qui ont prouvé leur efficacité pour le sevrage tabagique.

Ainsi, l'HAS en 2013 conclut qu'il n'y avait pas de preuve de l'efficacité de l'hypnothérapie dans l'aide à l'arrêt du tabagisme, les études étant limitées en termes de quantité et de qualité (62).

Cependant, une étude de 2014 (98) montre que l'hypnothérapie est plus efficace qu'un traitement de substitution nicotinique pour améliorer le sevrage tabagique chez des patients hospitalisés pour une pathologie liée au tabac. L'hypnothérapie pourrait être un atout dans les programmes de sevrage tabagique post-hospitalisation.

L'hypnose pourrait être employée dans le sevrage tabagique, associée ou non à des traitements médicamenteux ou non médicamenteux, chez un certain type de patients ayant un profil comportemental, émotionnel et psychologique particulier (46).

- Homéopathie

Principes de la thérapeutique homéopathique (46): les trois principes qui caractérisent la thérapeutique homéopathique sont le principe de similitude, le principe d'infinitésimalité et le principe de totalité et individualité.

- *Le principe de similitude* : le remède administré au malade est choisi pour sa capacité à développer chez un sujet sain à concentration pondérale (signes toxiques) ou sous forme de dilutions hahnemanniennes (pathogénésie) des symptômes semblables (similitude) à ceux observés chez le malade.
- *Le principe d'infinitésimalité* : utilisation de doses infinitésimales du remède, préparées sous forme de dilutions sériées au 1/10 ou décimales hahnemanniennes (DH) ou au 1/100 ou centésimales hahnemanniennes (CH). A chaque dilution, la préparation est dynamisée par une forte agitation verticale de chaque tube.
- *Le critère de totalité* : dans le vivant, tout interagit, le psychique avec le somatique, l'organisme avec son environnement, le sujet évolue selon son passé. Cette

dimension du vivant est fondamentalement prise en compte par l'homéopathie, par l'analyse de la réaction de l'individu dans son ensemble aussi bien dans son présent que dans son passé.

#### Données de la littérature :

D'après l'étude de Becerra et al. parue en 2012 (97), il n'y a pas de preuve qui justifie l'utilisation de l'homéopathie comme traitement pour l'arrêt du tabac.

Bien qu'il n'y ait pas de preuve d'efficacité de l'homéopathie dans le traitement pour le sevrage tabagique, l'homéopathie peut néanmoins aider au sevrage tabagique avec la prise de Tabacum 5 CH (99). D'autres souches homéopathiques peuvent également aider à diminuer certains symptômes rencontrés lors d'un sevrage tabagique tels que Ignatia 15 CH contre l'anxiété, Lobelia 7 CH pour calmer l'envie de fumer, Nux vomica 15 CH contre l'irritabilité et les insomnies et Staphysagria 15 CH contre la frustration (100).

- Acupuncture

Description : d'après l'Académie Nationale de Médecine, le principe de l'acupuncture tient à la théorie du yin et du yang (94). Dans cette conception, chacun des organes, ensembles anatomiques, fonctions et substances, est spécifiquement de nature yang ou yin et les changements pathologiques sont compris comme l'effet d'un déséquilibre yin/yang, par excès ou déficit de l'un ou de l'autre. L'objet de l'acupuncture est de réguler le yin et le yang de tel ou tel élément du corps par manipulation de l'énergie qui régit et contrôle toutes les activités vitales, en un ou plusieurs sites spécifiques dits « points d'acupuncture ». En pratique, l'acupuncteur utilise des aiguilles qui sont insérées au niveau des points d'acupuncture afin de les stimuler.

#### Données de la littérature :

L'étude de Tahiri et al. en 2012 (96) suggérait que l'acupuncture augmentait considérablement l'arrêt du tabac par rapport au placebo (acupuncture factice). Cependant, les auteurs affirment qu'il est nécessaire d'avoir des preuves supplémentaires pour pouvoir

déterminer si des interventions alternatives sont plus efficaces que les pharmacothérapies pour aider les fumeurs à arrêter de fumer.

Toujours d'après l'étude de Becerra et al. parue en 2012 (97), l'acupuncture ne permet pas d'améliorer le taux d'abstinence comparé au placebo.

Ainsi, aucune étude scientifique ne peut actuellement valider l'efficacité de ces méthodes. D'autres études sont nécessaires afin de déterminer l'efficacité de ces méthodes dans l'aide à l'arrêt du tabac.

Ces approches qui bénéficient d'un certain recul, n'ont pas montré à ce jour de risque majeur. Lorsqu'un patient est désireux d'utiliser une de ces méthodes, le professionnel de santé peut le comprendre et doit avoir conscience de l'intérêt de l'effet placebo. Il doit signaler au patient que si cette prise en charge ne réussissait pas, une prise en charge dont l'efficacité a été établie pourra lui être proposée (63).

#### **I.1.3.6 Aide au sevrage à distance : Tabac Info Service**

Le dispositif national Tabac Info Service (TIS) existe depuis 1998 (101). L'objectif de TIS est d'offrir un accompagnement personnalisé aux fumeurs souhaitant se sevrer et de répondre à toute question sur le tabac, ses risques, les bénéfices de l'arrêt, les solutions pour arrêter de fumer, etc. Des tabacologues accompagnent les fumeurs pendant l'arrêt et répondent à leurs questions.

En 2015, TIS décline ses services sous trois formes : une ligne téléphonique (39 89), un site internet ([www.tabac-info-service.fr](http://www.tabac-info-service.fr)) et une application mobile.

- La ligne téléphonique 39 89

La ligne téléphonique TIS a été créée en 1998. C'est la première ligne téléphonique de prévention gérée et financée par l'Inpes. Le dispositif téléphonique est accessible de 8h à 20h, du lundi au samedi.

Un premier niveau d'accueil est assuré par une équipe de conseillers. Il permet de répondre à des questions simples sur le tabagisme, d'envoyer de la documentation et de prendre des rendez-vous avec le second niveau.

Le second niveau fait intervenir une équipe de tabacologues. Il propose un accompagnement au sevrage tabagique, de la prise de décision à la prévention de la rechute et permet un suivi

ainsi qu'une aide répartie sur plusieurs entretiens. L'aide est gratuite pour l'appelant puisque le service est basé sur des rendez-vous téléphoniques avec appels sortants réalisés par les tabacologues. Le suivi peut être complété par des conseils nutritionnels, assurés par des tabacologues qui sont également nutritionnistes.

- Le site internet [www.tabac-info-service.fr](http://www.tabac-info-service.fr)

Le site internet a été créé le 31 mai 2005 à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac. Cette adaptation du service téléphonique propose de l'information sur le tabac, son histoire, ses conséquences pour la santé, les traitements efficaces pour s'arrêter, les politiques de lutte contre le tabagisme. Le site propose également des tests, un outil de mesure de ses économies, des brochures à télécharger. Dès sa création, un programme d'accompagnement personnalisé (coaching) par courriel est proposé. Après avoir rempli un bref formulaire d'inscription, l'internaute reçoit des courriels avant et après sa date d'arrêt du tabac. Ils ont pour objectif de renforcer sa motivation, sa confiance à modifier les habitudes avec le tabac et à éviter la reprise.

En 2009, le programme de coaching a évolué dans le sens d'une plus grande personnalisation. 14 profils ont été créés afin de prendre en compte l'âge, les modes de consommation, le niveau de dépendance ainsi que le degré de motivation des personnes inscrites. L'objectif de cette personnalisation est de délivrer des conseils plus pointus, adaptés au profil de la personne suivie et de répondre aux questions spécifiques des femmes enceintes, des plus de 50 ans, des adolescents, des jeunes femmes, des fumeurs très dépendants, sur leur consommation de tabac et la manière de gérer leur arrêt.

Les utilisateurs du site peuvent également bénéficier de services tels qu'un module de questions/réponses (l'internaute a la possibilité de poser une question à laquelle un tabacologue apporte une réponse personnalisée en 48 heures maximum sur tous les sujets liés à l'arrêt du tabac) ; un espace de témoignage (destiné aux fumeurs qui songent à l'arrêt ou qui ont déjà arrêté de fumer et à leur entourage) qui permet le partage de conseils, d'encouragements ; une cartographie des consultations de tabacologie dans les établissements médicosociaux et les services hospitaliers.

- L'application mobile

Depuis janvier 2015, TIS existe aussi sur mobile. Lancée début 2015, l'application TIS pour « smartphones » et tablettes est téléchargeable depuis le site [www.tabac-info-service.fr](http://www.tabac-info-service.fr) et depuis les plateformes de téléchargement. L'application s'organise autour d'un service de coaching personnalisé (102). Une fois le formulaire rempli, et le profil défini, l'utilisateur reçoit des messages personnalisés pendant sa préparation et son arrêt. L'application est construite autour de 5 onglets :

- « Activités » : il comptabilise les jours sans tabac, les cigarettes non fumées, le pourcentage de récupération respiratoire et les économies réalisées.
- « Questions-réponses » : il donne accès aux questions traitées par les tabacologues et permet de leur poser sa propre question.
- « Témoignages » : il permet de lire les témoignages ou de donner le sien.
- « Trophées » : il consiste en un système de récompenses qui rythme les progrès de l'utilisateur.
- « Passe-temps » : un jeu pour passer les 2 à 3 minutes que dure l'envie d'une cigarette.

A tout moment, l'utilisateur peut recevoir un conseil pour faire passer une envie de cigarette, partager avec son entourage ses progrès sur les réseaux sociaux et contacter le 39 89 pour prendre un rendez-vous avec un tabacologue.

L'efficacité de TIS (son utilisation optimise les chances de réussite du sevrage) a été démontrée par deux enquêtes : le « Rappel à six mois » et « Stamp » (pour Sevrage tabagique assisté par mailing personnalisé). La première a été menée d'avril 2013 à janvier 2015 auprès de 13325 personnes ayant eu recours à TIS. Depuis novembre 2012, tous les bénéficiaires d'un entretien avec un tabacologue de TIS sont rappelés 6 mois après leur premier entretien. Ce rappel permet de mesurer l'efficacité de l'accompagnement proposé (taux d'abstinence tabagique) et la satisfaction des appelants, et d'inciter les fumeurs à renouveler leur tentative d'arrêt si la première n'a pas abouti. La deuxième est un essai contrôlé randomisé réalisé entre 2011 et 2014 auprès de 2478 fumeurs de plus de 18 ans. Ceux-ci ont été répartis aléatoirement dans deux groupes, l'un bénéficiant du coaching par courriel, l'autre (groupe contrôle) recevant la brochure « J'arrête de fumer » (103). Tous ont

été suivis pendant une année au cours de laquelle ils ont répondu à trois questionnaires, 3, 6 et 12 mois après inclusion dans l'étude. L'objectif était de comparer le taux d'abstinence tabagique dans les deux groupes et essayer de comprendre les points forts et les points faibles du service d'accompagnement au sevrage testé.

Par ailleurs, le nombre d'inscriptions au coaching en ligne, le nombre d'appels au 39 89 et le nombre de téléchargements de l'application mobile sont des indicateurs suivis par les concepteurs du service.

L'enquête « Rappel à six mois » et l'enquête « Stamp » montrent que :

- 22 % des bénéficiaires d'au moins un entretien téléphonique avec un tabacologue de TIS sont non-fumeurs 6 mois après leur premier entretien.
- 27 % des bénéficiaires du coaching en ligne déclarent être non-fumeurs 3 mois après leur inscription.
- 73 % des utilisateurs du service estiment que le soutien téléphonique prodigué par TIS les a aidés dans leur démarche d'arrêt du tabac (93 % pour ceux qui se déclarent devenus non-fumeurs et 69 % pour ceux qui se déclarent fumeurs).

En Suisse, le dispositif d'aide à distance Stop-tabac.ch existe depuis 1997 (104). Il offre une aide sur mesure et gratuite à ceux qui veulent en finir avec le tabac. Le partage et le dialogue avec d'autres fumeurs sont encouragés grâce au forum, aux blogs et aux témoignages. Stop-tabac délivre une information détaillée et de qualité sur les médicaments et substituts nicotiques destinés à faciliter l'arrêt. Il donne également des conseils pour arrêter de fumer, pour gérer le manque et le poids et pour prévenir la rechute. Il expose également les risques et les maladies engendrées par les méfaits du tabagisme.

Les objectifs du site sont :

- d'aider à arrêter de fumer
- de renforcer la motivation à arrêter de fumer
- de prévenir la rechute
- d'informer sur le tabagisme, ses conséquences et ses traitements
- de faciliter l'échange entre les fumeurs et ex-fumeurs
- de réaliser des projets de recherche sur le tabagisme

Tout comme son homologue français, le dispositif Stop-tabac se présente également sous la forme d'une ligne téléphonique (0848 000 181) qui propose des informations et des entretiens approfondis dans plusieurs langues et d'une application mobile qui propose gratuitement des conseils personnalisés.

En 2004, Stop-tabac.ch est considéré comme l'un des cinq meilleurs sites mondiaux liés à l'arrêt du tabac (105). D'après l'étude américaine de Beth Bock et al. (106) qui a passé en revue plus de 200 sites internet consacrés à l'arrêt du tabac, [www.stop-tabac.ch](http://www.stop-tabac.ch) se classe parmi les cinq premiers en terme de qualité, avec trois sites basés aux Etats-Unis et un site au Canada. Ces sites se distinguent par leur niveau élevé d'interactivité, d'accessibilité et de validité scientifique du contenu.

Selon le responsable du site, Jean-François ETTER, le fait que la plupart du site soit disponible en plusieurs langues a joué en leur faveur. La principale raison de ce bon classement est un questionnaire en ligne que les internautes peuvent remplir plusieurs fois au cours de leur tentative de sevrage ou dans les mois qui suivent. Chaque fois, les internautes reçoivent en retour un bilan personnalisé, généré automatiquement par ordinateur, qui donne des conseils précis pour la suite du processus. Toujours selon Jean-François ETTER, c'est cet aspect interactif, combiné avec un contenu strictement contrôlé par une équipe de chercheurs formés à la tabacologie, qui est à la base du succès.

Une enquête (107) a également été réalisée auprès des utilisateurs du site stop-tabac.ch entre le 9 avril 2010 (mise en ligne sur le site d'un questionnaire) et le 17 juin 2010 (recueil des réponses). L'objectif principal est l'enquête d'opinions auprès des usagers de Stop-tabac.ch afin qu'ils évaluent le site. 103 questionnaires ont été exploités. De cette étude, il ressort que le site Stop-tabac.ch est une aide au sevrage tabagique, il apporte un soutien important et donne des informations pertinentes sur le tabac et le sevrage. Les internautes accordent une grande importance aux témoignages. 70 % des internautes ont trouvé de l'aide durant leur sevrage. En outre, Stop-tabac.ch est jugé très utile par les internautes.

#### **I.1.4 L'action**

Après avoir pris la décision d'arrêter de fumer et de planifier son sevrage tabagique lors du stade de la préparation, le patient est activement engagé dans le changement et arrête de fumer lors du stade de l'action.

Ainsi, à cette étape, il convient de mettre en place une prise en charge adaptée. Celle-ci consiste à soutenir et accompagner le patient dans un premier temps, puis, si nécessaire, à proposer un TNS.

L'accompagnement du patient dans l'aide au sevrage tabagique peut se faire sous différentes formes, du simple soutien psychologique basé sur l'empathie et la confiance aux thérapies cognitivo-comportementales. Ces dernières nécessitent une formation thérapeutique spécifique validée et donc elles doivent être réalisées par un thérapeute formé.

La prise en charge consiste également à aider le patient à gérer la dépendance comportementale et physique, ainsi qu'à anticiper les difficultés telles que le faux pas et la rechute et élaborer avec le patient des solutions aux problèmes qu'il pense pouvoir rencontrer. Il est important également de proposer et d'assurer des consultations de suivi étalées dans le temps, sur une durée de 6 mois à un an, afin d'accroître les chances de réussite du patient. De plus, elles permettent de valoriser les bénéfices du sevrage, d'aider à gérer les difficultés rencontrées et de prévenir les rechutes (108).

Après avoir exposé au patient les différents traitements disponibles lors du stade de la préparation, il peut décider d'avoir recours à un TNS afin de soulager les symptômes de sevrage, réduire son envie de fumer et prévenir les rechutes (63).

##### **I.1.4.1 Gestion de la dépendance physique**

Dans les semaines qui suivent l'arrêt du tabac, une pulsion irrésistible de fumer peut survenir fréquemment, brutalement et de manière très intense. Il s'agit d'un *craving* qui est l'un des signes les plus intenses retrouvés en cas de sevrage (108). Les sensations physiques qui l'accompagnent peuvent être violentes : malaise, sueurs, « boule dans la gorge », « nœud dans l'estomac » etc. En général un épisode de *craving* ne dure que 2 à 3 minutes.

Afin de gérer ces envies impérieuses de cigarette, il faut prévoir à ce moment-là une solution pour ne pas « craquer ». Le patient peut, par exemple :

- inspirer et expirer profondément 3 à 5 fois
- sortir
- boire un grand verre d'eau
- manger un fruit
- se laver les dents
- prendre un substitut nicotinique (gommes, comprimés...)
- éviter au début du sevrage les endroits et les activités qui donnent envie de fumer
- pratiquer une activité, faire autre chose pour s'occuper l'esprit.

Le choix de la dose des substituts nicotiques constitue un facteur important du succès. Les taux de succès sont améliorés si les substituts nicotiques apportent une quantité de nicotine proche de celle que le fumeur retirait de sa consommation de cigarettes.

La dose initiale est définie en fonction du score obtenu au test de la dépendance à la nicotine de Fagerström simplifié en deux questions : « combien de cigarettes fumez-vous par jour ? » et « combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ? » (68).

Le tableau I montre un exemple de posologie proposée selon ces deux questions.

*Tableau I : Indications des substituts pour débuter un sevrage tabagique, d'après le programme Nicomède (68)*

Fume	10-19 cig/j	20-30 cig/j	>30 cig/j
Pas tous les jours	Rien ou FO		
Pas le matin	Rien ou FO	FO	Grand patch
< 60 min après le lever	FO	Grand patch	Grand patch +/- FO
< 30 min après le lever	Grand patch	Grand patch +/- FO	Grand patch +/- FO
< 5 min après le lever	Grand patch +/- FO	Grand patch +/- FO	Grand + moyen +/- FO

FO : Formes orales

La posologie est souvent fixée empiriquement en utilisant l'équivalence qu'une cigarette délivre en moyenne 1 mg de nicotine. Ainsi, à titre d'exemple, un patient fumant 30 cigarettes par jour recevra un patch de 21 mg/j et un patch moyen de 10 mg/j associés à des formes orales à la demande. Un patient fumant 20 cigarettes par jour recevra un patch de 21 mg/j associé à des formes orales à la demande. Un patient fumant 15 cigarettes par jour recevra un patch de 14 mg/j associé à des formes orales à la demande (64).

Si le fumeur consomme un paquet par jour (20 cigarettes par jour), il sera mieux aidé avec un grand patch au début du traitement. S'il fume deux paquets par jour, il sera mieux aidé avec deux patchs pour débiter le sevrage. S'il fume un demi-paquet par jour, un patch moyen devrait suffire (66).

Pour ajuster plus finement le dosage il est recommandé d'associer des formes orales aux patchs, en laissant au fumeur le choix du moment d'utilisation de la forme orale (après les repas, en présence d'autres fumeurs, dans un moment de convivialité) (67,68).

Toutes les formes galéniques de substituts nicotiniques ont une efficacité similaire à dose égale. Le choix peut être fondé sur la sensibilité aux effets indésirables ou la préférence du patient. Les préférences sont très variables d'un fumeur à l'autre. On peut « tester » chaque forme galénique et laisser le choix au patient (68).

La dose initiale est par la suite adaptée en fonction de l'apparition de signes de sous-dosage tels que les troubles de l'humeur, insomnie, irritabilité, frustration, nervosité, anxiété, difficultés de concentration, augmentation de l'appétit, fièvre, persistance des pulsions à fumer, voire prise persistante de cigarettes ou de surdosage tels que des palpitations, céphalées, bouche pâteuse, diarrhée, nausées, lipothymies, insomnie, dégoût du tabac (63).

Les signes de sous-dosage sont les plus fréquemment rencontrés (66). Il est alors nécessaire d'augmenter rapidement la dose de nicotine pour éviter une rechute. Si le patch le plus fortement dosé est utilisé comme dose initiale, on augmente alors la dose par paliers en ajoutant un patch moyen au traitement initial, pour obtenir une aide rapide et efficace au sevrage, puis on peut proposer deux grands patchs si cela ne suffit pas.

Il est possible d'augmenter les doses ainsi progressivement tous les jours, en fonction des signes de manque ressenti par le patient.

La bonne posologie atteinte est celle qui permet au patient de ne plus avoir besoin de fumer sans souffrance du manque de nicotine.

Les doses de substituts nicotiques sont ensuite diminuées progressivement, en douceur, tous les mois, suivant le ressenti du patient. On ne débute la diminution du traitement que si le patient ne fume plus du tout depuis au moins un mois et s'il ressent peu l'envie de fumer. Sinon, on poursuit la dose en cours.

On peut passer d'un patch fort à un patch moyen, puis à un petit patch en fin de traitement. Si l'on débute avec deux patchs, on passe à un grand patch plus un patch moyen au bout d'un mois, voire deux mois, puis on suit le schéma classique de diminution progressive à proposer tous les mois.

- *Dans le cas d'un traitement par les patchs*

Le traitement se déroule en général en trois périodes. Tout d'abord, la phase initiale permet d'obtenir l'arrêt du tabac et dure de 3 à 4 semaines. Puis la phase de suivi du traitement qui consolide l'arrêt du tabac et commence le sevrage tabagique. Enfin, la phase du sevrage thérapeutique qui doit permettre d'arrêter le traitement.

L'ensemble du traitement dure en moyenne 3 mois. La durée du traitement peut cependant varier en fonction de la réponse individuelle. La durée totale du traitement ne doit pas dépasser 6 mois (71).

Si le patient obtient un score de 5 ou plus au test de Fagerström ou s'il fume 20 cigarettes ou plus par jour, il recevra lors de la phase initiale un patch à 21 mg/j durant 3 à 4 semaines. Puis il recevra un patch à 14 mg/j ou 21 mg/j, selon les résultats sur les symptômes de sevrage, pendant 3 à 4 semaines lors du suivi de traitement. Enfin, lors du sevrage thérapeutique qui dure 3 à 4 semaines, il recevra un patch à 7 mg/j ou un patch à 14 mg/j puis un patch à 7 mg/j, toujours selon les résultats sur les symptômes de sevrage.

Si le patient obtient un score inférieur à 5 au test de Fagerström ou s'il fume moins de 20 cigarettes par jour, il recevra lors de la phase initiale un patch à 14 mg/j ou il augmente le patch à 21 mg/j s'il ressent des symptômes de sevrage, durant 3 à 4 semaines. Puis il recevra un patch à 7 mg/j en cas de résultats satisfaisants ou 14 mg/j pendant 3 à 4 semaines lors du suivi de traitement. Enfin, lors du sevrage thérapeutique il recevra un patch à 7 mg/j ou il arrêtera le traitement en cas de résultats satisfaisants (71,74,75).

Tableau II : Déroulement du traitement en trois périodes dans le cas des patchs (71,74,75)

	<b>Phase initiale 3 à 4 semaines</b>	<b>Suivi de traitement 3 à 4 semaines</b>	<b>Sevrage thérapeutique 3 à 4 semaines</b>
Score de 5 ou plus au test de Fagerström ou Fumeurs de 20 cigarettes ou plus par jour	Patch à 21 mg/j	Patch à 14 mg/j ou Patch à 21 mg/j*	Patch à 7 mg/j ou Patch à 14 mg/j puis patch à 7 mg/j*
Score inférieur à 5 au test de Fagerström ou Fumeurs de moins de 20 cigarettes par jour	Patch à 14 mg/j ou Augmentation à 21 mg/j*	Patch à 7 mg/j** ou Patch à 14 mg/j	Arrêt du traitement** ou Patch à 7 mg/j

\*selon les résultats sur les symptômes de sevrage.

\*\* en cas de résultats satisfaisants.

*Tableau III : Schéma simplifié d'aide à la décision pour la thérapeutique en fonction des résultats au test de Fagerström (à adapter selon chaque patient)*

Score obtenu au test de Fagerström	Niveau de dépendance	Conseil de patch	Ajustement en fonction des symptômes ressentis par le patient	
			Sous-dosage	Surdosage
0-3	Faible dépendance	0 ou 7 mg/24h	↑ 14 mg/24h	Arrêt patch
4-6	Dépendance moyenne	14 mg/24h	↑ 21 mg/24h	↓ 7 mg/24h
7-10	Forte dépendance	21 mg/24h	Ajout d'une forme orale	↓ 14 mg/24h

Pour les patchs à 10 mg/16h, 15 mg/16h et 25 mg/16h, le schéma thérapeutique diffère un peu.

Si le patient est fortement dépendant et obtient un score supérieur ou égal à 7 au test de Fagerström, il recevra lors de la première étape un patch à 25 mg/16h durant 8 semaines. Puis il recevra un patch à 15 mg/16h pendant 2 semaines lors de la deuxième étape. Enfin, lors de la troisième étape, il recevra un patch à 10 mg/16h pendant 2 semaines.

Si le patient est moyennement à faiblement dépendant avec un score de 3 à 6 au test de Fagerström, il passera directement à la deuxième étape et recevra un patch à 15 mg/16h durant 8 semaines puis un patch à 10 mg/16h pendant 4 semaines. Si les symptômes persistent après un à sept jours pour les patients moyennement dépendants, il faudra repasser par la première étape (72).

Si pendant le traitement le patient continue de ressentir des envies irrésistibles de fumer ou qu'il fume des cigarettes, il pourra associer le patch avec une forme orale contenant au maximum 2 mg de nicotine. La forme orale devra être utilisée chaque fois que l'envie irrésistible de fumer apparaît malgré le traitement par un patch. Le nombre à utiliser par jour est variable et dépend des besoins du patient. En général, 5 à 6 par jour sont

suffisantes. Au cours du sevrage, le patient devra réduire progressivement le nombre de formes orales utilisées par jour (109).

- *Dans le cas d'un traitement par les gommes à mâcher (72,74,75)*

Les gommes dosées à 2 mg sont adaptées aux fumeurs faiblement à moyennement dépendants. Les gommes dosées à 4 mg sont adaptées aux fumeurs fortement à très fortement dépendants (score au test de Fagerström de 7 à 10 ou fumant plus de 20 cigarettes par jour).

Dans le cadre d'un arrêt complet et immédiat, le traitement de la dépendance à la nicotine se fait habituellement en deux étapes.

La première étape dure environ 3 mois, cependant elle peut varier en fonction de la réponse individuelle et est donc à adapter selon les besoins du patient. Le patient prend une gomme à chaque fois que l'envie de fumer apparaît. La dose initiale est de 1 gomme toutes les deux heures. Les gommes doivent être utilisées en nombre suffisant, en moyenne 8 à 12 gommes par jour, sans dépasser 30 gommes par jour pour les gommes à mâcher à 2 mg et 15 par jour pour celles dosées à 4 mg. Le traitement doit être poursuivi à pleine dose pendant 3 mois.

La deuxième étape intervient lorsque l'envie de fumer est complètement surmontée. Le patient pourra alors réduire progressivement le nombre de gommes à mâcher quotidiennes et arrêter le traitement quand la consommation est réduite à 1 à 2 gommes à mâcher par jour.

La durée du traitement est en moyenne de 3 mois et ne doit pas excéder 12 mois.

Dans le cadre d'un arrêt progressif (réduction de la consommation de tabac vers l'arrêt complet), le patient peut commencer par réduire sa consommation de tabac en alternant gommes à mâcher et cigarettes et en remplaçant d'abord les cigarettes dont il peut se passer le plus facilement par des gommes à mâcher. Le patient mâche une gomme dès que l'envie de fumer se fait sentir afin de réduire au maximum la consommation de cigarettes et rester aussi longtemps que possible sans fumer. La réduction doit s'effectuer dans les 6

semaines après le début du traitement, avec tentative d'arrêt dans les 6 mois suivant le début du traitement. Si, au-delà de 9 mois après le début du traitement, la tentative d'arrêt complet du tabac a échoué, il est recommandé d'orienter le patient auprès d'un autre professionnel de santé (médecin généraliste, tabacologue).

- *Dans le cas d'un traitement par les comprimés à sucer (72,74,75)*

Les comprimés à sucer dosés à 1 et 2 mg sont adaptés aux fumeurs faiblement à moyennement dépendants (score au test de Fagerström de 3 à 6 ou fumant moins de 20 cigarettes par jour). Les comprimés à sucer dosés à 4 mg sont adaptés aux fumeurs fortement à très fortement dépendants (score au test de Fagerström de 7 à 10 ou fumant plus de 20 cigarettes par jour).

Dans le cadre d'un arrêt complet et immédiat, le traitement de la dépendance à la nicotine se fait habituellement en 3 étapes sur 12 semaines en espaçant progressivement les prises de comprimés à sucer.

La phase initiale du traitement dure environ 6 semaines, cependant elle peut varier en fonction de la réponse individuelle et est donc à adapter en fonction des besoins du patient. Le patient prend un comprimé à sucer dès que l'envie de fumer apparaît. La dose initiale est d'un comprimé à sucer toutes les une à deux heures et au moins 9 comprimés à sucer par jour, sans dépasser 15 comprimés par jour pour les comprimés à sucer à 2 mg et 11 par jour pour ceux dosés à 4 mg. La dose initiale choisie sera maintenue tout au long du traitement. Puis les trois semaines suivantes, il prend un comprimé à sucer toutes les deux à quatre heures.

Enfin, lors des trois dernières semaines, il prend un comprimé à sucer toutes les quatre à huit heures. Afin d'aider à la poursuite du sevrage après les douze semaines, le patient prend un à deux comprimés à sucer par jour seulement en cas de fortes tentations.

La durée du traitement est en moyenne de 3 mois et ne doit pas excéder 6 mois.

*Tableau IV : Déroulement du traitement en trois étapes dans le cas des comprimés à sucer  
(72,74,75)*

	<b>Phase initiale Semaine 1 à 6</b>	<b>Suivi du traitement Semaine 7 à 9</b>	<b>Sevrage tabagique Semaine 9 à 12</b>	<b>Pour aider à la poursuite du sevrage après les 12 semaines</b>
Score de 3 à 6 au test de Fagerström ou Fumeurs de moins 20 cigarettes	1 comprimé à sucer à 1 ou 2 mg toutes les 1 à 2 heures	1 comprimé à sucer à 1 ou 2 mg toutes les 2 à 4 heures	1 comprimé à sucer à 1 ou 2 mg toutes les 4 à 8 heures	1 à 2 comprimés à sucer à 1 ou 2 mg par jour seulement en cas de fortes tentations
Score de 7 à 10 au test de Fagerström ou Fumeurs de plus de 20 cigarettes par jour	1 comprimé à sucer à 4 mg toutes les 1 à 2 heures	1 comprimé à sucer à 4 mg toutes les 2 à 4 heures	1 comprimé à sucer à 4 mg toutes les 4 à 8 heures	1 à 2 comprimés à sucer à 4 mg par jour seulement en cas de fortes tentations

Dans le cadre d'un arrêt progressif, le patient commence par réduire sa consommation de tabac en supprimant d'abord les cigarettes les moins difficiles et en les remplaçant par des comprimés à sucer. Cette étape peut durer jusqu'à 3 semaines.

A la deuxième étape, qui dure également 3 semaines environ, le patient élimine les cigarettes les plus difficiles, toujours en les remplaçant par des comprimés à sucer.

Lors de la troisième étape, le patient est en phase de sevrage tabagique. Cette étape consiste à lutter contre les sensations de manque en prenant un comprimé à sucer dès que l'envie de fumer se fait sentir, durant 3 semaines environ.

Enfin, la dernière étape revient à diminuer progressivement le nombre de comprimés à sucer par jour et arrêter le traitement lorsque l'envie de fumer est complètement surmontée, en général dans un délai de 3 semaines.

Si une réduction de la consommation de cigarettes n'a pas été obtenue au bout de six semaines de traitement, il est recommandé d'orienter le patient auprès d'un autre professionnel de santé (médecin généraliste, tabacologue).

- *Dans le cas d'un traitement par les comprimés sublinguaux (72)*

Les comprimés sublinguaux sont à utiliser dans le cadre d'un arrêt complet et immédiat du tabac.

La posologie d'un seul comprimé sublingual dosé à 2 mg par prise est adaptée aux fumeurs faiblement à moyennement dépendants (score au test de Fagerström de 3 à 6 ou fumant moins de 20 cigarettes par jour). La posologie de deux comprimés sublinguaux dosés à 2 mg par prise est adaptée aux fumeurs fortement à très fortement dépendants (score au test de Fagerström de 7 à 10 ou fumant plus de 20 cigarettes par jour).

Si le patient obtient un score de 3 à 6 au test de Fagerström ou s'il fume moins de 20 cigarettes par jour, il prend un comprimé sublingual toutes les une à deux heures et jusqu'à 8 à 12 comprimés par jour.

Si le patient obtient un score de 7 à 10 au test de Fagerström ou s'il fume 20 cigarettes ou plus par jour, il prend deux comprimés sublinguaux par heure et jusqu'à 16 à 24 comprimés par jour.

Dans les deux cas, le patient doit prendre un nombre suffisant de comprimés sublinguaux sans dépasser 30 comprimés par jour.

Lorsque l'envie de fumer est complètement surmontée, le patient pourra réduire progressivement le nombre de comprimés par jour et arrêter le traitement lorsque la consommation est réduite à un à deux comprimés sublinguaux par jour.

La durée moyenne du traitement est de 2 à 3 mois sans excéder, dans la mesure du possible, 6 mois.

- *Dans le cas d'un traitement par les pastilles à sucer (71)*

Les pastilles à sucer dosées à 1,5 mg sont adaptées aux fumeurs faiblement à moyennement dépendants (score au test de Fagerström de 3 à 6 ou fumant moins de 20 cigarettes par jour). Les pastilles à sucer dosées à 2,5 mg sont adaptées aux fumeurs fortement à très fortement dépendants (score au test de Fagerström de 7 à 10 ou fumant plus de 20 cigarettes par jour).

Dans le cadre d'un arrêt complet et immédiat, le traitement de la dépendance à la nicotine se fait habituellement en deux étapes.

La première étape dure environ 3 mois, cependant elle peut varier en fonction de la réponse individuelle et est donc à adapter selon les besoins du patient. Le patient suce une pastille chaque fois que l'envie de fumer apparaît. Les pastilles à sucer doivent être utilisées en nombre suffisant, en moyenne 8 à 12 pastilles par jour, sans dépasser 30 pastilles par jour pour les pastilles à sucer à 1,5 mg et 15 par jour pour celles dosées à 2,5 mg.

La deuxième étape intervient lorsque l'envie de fumer est complètement surmontée. Le patient pourra alors réduire progressivement le nombre de pastilles sucées par jour et arrêter le traitement quand la consommation est réduite à 1 à 2 pastilles à sucer par jour.

La durée du traitement est en moyenne de 3 mois et ne doit pas excéder 12 mois.

Dans le cadre d'un arrêt progressif (réduction de la consommation de tabac vers l'arrêt complet), le patient peut commencer par réduire sa consommation de tabac en alternant pastilles à sucer et cigarettes et en remplaçant d'abord les cigarettes dont il peut se passer le plus facilement par des pastilles à sucer. Le patient suce une pastille dès que l'envie de fumer se fait sentir afin de réduire au maximum la consommation de cigarettes et rester aussi longtemps que possible sans fumer. Le nombre de pastilles à sucer est variable et dépend des besoins du patient.

La réduction doit s'effectuer dans les 6 semaines après le début du traitement, avec tentative d'arrêt dans les 6 mois suivant le début du traitement. Si, au-delà de 9 mois de

traitement, la tentative d'arrêt complet du tabac a échoué, il est recommandé d'orienter le patient auprès d'un autre professionnel de santé (médecin généraliste, tabacologue).

- *Dans le cas d'un traitement par l'inhaleur (72)*

L'inhaleur dosé à 10 mg est adapté aux patients attachés au geste de la cigarette.

Dans le cadre d'un arrêt complet et immédiat, le patient utilise l'inhaleur à chaque fois que l'envie de fumer apparaît. Le nombre de cartouches à utiliser est en fonction des besoins du patient et est généralement de 6 à 12 par jour sans dépasser 12 cartouches par jour. Le traitement est poursuivi à pleine dose pendant environ 3 mois. Le patient pourra ensuite réduire le nombre de cartouches pendant 6 à 8 semaines.

La durée du traitement est en moyenne de 3 mois et ne doit pas excéder 12 mois.

Dans le cadre d'un arrêt progressif (réduction de la consommation de tabac vers l'arrêt complet), le patient peut commencer par réduire sa consommation de tabac en remplaçant d'abord les cigarettes dont il peut se passer le plus facilement par l'inhaleur. Puis, il continue à réduire le nombre de cigarettes jusqu'à l'arrêt complet du tabac.

La réduction doit s'effectuer dans les 6 semaines après le début du traitement, avec tentative d'arrêt dans les 6 mois suivant le début du traitement. Si, au-delà de 9 mois de traitement, la tentative d'arrêt complet du tabac a échoué, il est recommandé d'orienter le patient auprès d'un autre professionnel de santé (médecin généraliste, tabacologue).

- *Dans le cas d'un traitement par le spray buccal (72)*

Le spray buccal dosé à 1 mg est indiqué pour tous les types de dépendances à la cigarette.

Dans le cadre d'un arrêt complet et immédiat, le traitement de la dépendance à la nicotine se fait habituellement en 3 étapes sur 12 semaines en diminuant progressivement les prises du spray buccal.

La phase initiale du traitement dure environ 6 semaines, cependant elle peut varier en fonction de la réponse individuelle et est donc à adapter en fonction des besoins du patient. Le patient utilise une ou deux pulvérisations aux moments habituels de consommation du tabac ou en cas d'envie irrésistible de fumer une cigarette.

La dose initiale est d'une pulvérisation et si l'envie ne disparaît pas après quelques minutes, il faut renouveler la prise d'une pulvérisation. Si deux pulvérisations sont nécessaires, les doses ultérieures peuvent comporter deux pulvérisations consécutives. La plupart des fumeurs utilisent environ une à deux pulvérisations toutes les trente minutes à une heure sans dépasser deux pulvérisations par prise et quatre pulvérisations par heure. Le nombre de pulvérisations maximales est de 64 par jour, ce qui équivaut à quatre pulvérisations par heure pendant 16 heures.

Puis durant les trois semaines suivantes, le patient commence à réduire le nombre quotidien de pulvérisations. A la fin de la neuvième semaine, le nombre moyen de pulvérisations par jour doit être égal à la moitié de celui de la phase initiale.

Enfin, lors des trois dernières semaines, le patient continue à réduire le nombre quotidien de pulvérisations de manière à atteindre un nombre maximal de quatre pulvérisations par jour à la douzième semaine.

Lorsque le patient n'utilise plus que deux ou quatre pulvérisations par jour et que l'envie de fumer est complètement surmontée, il pourra alors arrêter le traitement.

La durée du traitement est en moyenne de 3 mois et ne doit pas excéder 6 mois.

#### **I.1.4.2 Gestion de la dépendance psychologique et comportementale**

Outre la prise en charge de la dépendance physique par des traitements pharmacologiques tels que les TNS, il est important de lui associer une prise en charge de la dépendance psychologique et comportementale visant à aider le fumeur à désapprendre à fumer, à remplacer son tabagisme par un comportement plus adapté et retrouver un nouvel équilibre. Le fumeur étudie son comportement en précisant les situations de chaque prise, les émotions ressenties, les situations à risque qui peuvent déclencher la pulsion tabagique.

Cette analyse permet de définir des objectifs à la prise en charge et d'anticiper les difficultés que peut rencontrer le patient. L'analyse de toutes les circonstances qui risquent de déclencher des envies de fumer permet de trouver à l'avance des stratégies de résistance. Ainsi, le patient apprend progressivement à utiliser les différents moyens de contrôle du tabagisme en évitant par exemple des situations déclenchant le désir de fumer et à substituer une attitude de remplacement à la prise tabagique (110).

Afin de lutter contre les dépendances comportementales et psychologiques, il est important de prendre en compte l'environnement du patient pour qu'il puisse le maîtriser (81). En effet, l'envie de fumer est liée à des réflexes conditionnés très nombreux, qui ont été acquis progressivement tout au long de la vie du fumeur ; elle survient au début du sevrage, pendant les premiers jours en l'absence de tabac, mais elle est renforcée en présence de la cigarette et de sa disponibilité.

L'environnement personnel est constitué par tous les accessoires du tabac, les cigarettes, les briquets, les allumettes, les cendriers. Il est conseillé de s'en défaire et de ne pas en avoir dans son environnement immédiat. En effet, dès qu'une envie très forte de fumer apparaît, il est plus aisé d'y résister si le patient n'a aucun paquet de cigarette présent à portée de main, dans la voiture, à la maison ou au bureau.

L'environnement extérieur est constitué par tous les autres fumeurs, dont la présence peut suffire à elle seule à faire resurgir l'envie de fumer. Que ce soit à son domicile, sur son lieu de travail ou dans ses loisirs, le patient continuera à rencontrer des fumeurs. C'est la raison pour laquelle pendant quelques semaines, il est préférable d'éviter dans la mesure du possible les rencontres conviviales ou amicales avec d'autres fumeurs, ou mieux de leur demander de ne pas fumer en sa présence. Il n'est évidemment pas question de rompre les relations avec son entourage qui fume ; mais l'ex-fumeur doit se préparer progressivement à affronter toutes les situations pour que le réflexe conditionné s'éteigne.

Les différentes circonstances où s'extériorisent les dépendances comportementale et psychologique peuvent être une source de tentation. Les réflexes conditionnés tels que le besoin du geste manuel ou oral, le goût et l'odeur du tabac, peuvent s'atténuer rapidement en s'aidant de gestes de substitution, par exemple, des bâtonnets, chewing-gums, crayons...à chacun de trouver ce qui lui convient.

En revanche, toutes les situations où le fumeur avait l'habitude de fumer une cigarette constituent des stimuli incitateurs : la cigarette était toujours associée à des sensations de plaisir, de détente (la cigarette après le repas, avec le café, dans un moment de convivialité avec des amis, la cigarette récompense).

D'autres mesures sont susceptibles d'aider le sevrage telles que la réduction de la consommation des excitants comme le café et l'alcool. En effet, parfois l'usage de café ou d'alcool entraîne immédiatement un appel fort de la cigarette. (108)

Le café est habituellement très lié à la cigarette dans la vie du fumeur. Le café et la nicotine auraient un effet psychostimulant potentialisé lorsqu'ils sont utilisés ensemble. Ceci pourrait expliquer le très fort appel de cigarette au moment du café chez des personnes en cours de sevrage. Ainsi, il est conseillé de diminuer la quantité journalière de café.

Enfin, l'association café-cigarette est aussi un réflexe conditionné qui a été entretenu quasi quotidiennement pendant toute la durée du tabagisme. Le patient doit en prendre conscience et mettre en place une stratégie d'évitement, de changement ou de substitution afin d'aider à dénouer ce lien. A titre d'exemple, le patient évitera de prolonger son repas pour se lever et laver la vaisselle, boire une tisane...

Le sevrage donne l'occasion de faire le point sur l'usage d'alcool car les deux consommations vont souvent ensemble. L'absorption importante d'alcool risque de rendre moins vigilant le patient en cours de sevrage et est source de rechute. C'est la raison pour laquelle, il est conseillé d'éviter, au moins au début, les apéritifs ou les sorties accompagnées de fortes consommations d'alcool. Pour éviter de compenser par une augmentation de boissons alcoolisées, il est conseillé de boire plusieurs boissons non alcoolisées avant d'entamer un verre d'alcool.

#### **I.1.4.3 Prise en charge des effets secondaires de l'arrêt du tabac**

Les effets secondaires sont fréquemment impliqués dans la reprise du tabagisme, il est donc indispensable, dès les premières semaines, d'envisager les compensations possibles (110).

- *La prise de poids*

La prise de poids est fréquente lors du sevrage tabagique, en moyenne 2 à 4 kg chez l'homme et 3 à 6 kg chez la femme dans l'année qui suit l'arrêt. Celle-ci est due au déficit d'apport en nicotine qui a une action lipolytique, accroisse la dépense énergétique à l'exercice et qui a un effet anorexigène. L'augmentation de l'appétit fait partie des signes de sevrage. Cette possible prise de poids doit être expliquée et peut être prévenue par la mise en place de mesures diététiques appropriées.

Ces dernières visent à équilibrer les apports alimentaires en augmentant la consommation de légumes riches en fibres et de fruits, en réduisant celle des graisses et féculents, et à les répartir sur trois repas. On suggérera une nouvelle façon de cuisiner (éviter les fritures, préférer les cuissons à la vapeur), on soulignera l'importance de réduire la consommation d'alcool. Afin de limiter la prise de poids, il est conseillé d'éviter de grignoter, de boire de l'eau régulièrement tout au long de la journée, de ne pas se resservir, de limiter les aliments les plus riches en calories, tels les sucres, les biscuits, les pâtisseries, le beurre et les fromages gras et il est préférable de consommer des viandes maigres, du poisson.

Il ne s'agit pas de faire un régime en même temps que l'arrêt du tabac, car il est impossible de tout faire à la fois, mais simplement de suivre quelques règles diététiques simples. En cas de difficultés, le patient peut recourir aux conseils d'un diététicien ou d'un médecin nutritionniste (81).

D'autres mesures permettent également de limiter la prise de poids telles que l'augmentation de l'activité physique. En effet, elle permet d'accroître les dépenses énergétiques, d'améliorer le transit digestif et d'apporter une détente psychologique (110). Ainsi, la pratique d'exercices physiques au quotidien aide à maîtriser la prise de poids et améliore aussi le bien-être. A titre d'exemple, le patient peut faire de la marche, jardiner, se déplacer en vélo, prendre les escaliers plutôt que les ascenseurs et les escalators (108).

- *Les troubles de la concentration (108)*

Les troubles de la concentration peuvent être très invalidants, entraînant parfois une impossibilité totale à réfléchir : un « blanc ». Des perturbations de l'attention et de la vigilance sont également possibles, il est important d'être prudent en cas de conduite automobile. Ces perturbations sont transitoires et ne durent que quelques jours voire quelques semaines. Elles pourraient être atténuées par la prise de vitamine C.

- *Les troubles du transit digestif*

Une modification du transit intestinal sous forme de constipation peut apparaître ou s'aggraver à l'arrêt du tabac. En effet, la cigarette du matin a souvent un effet laxatif, par l'action de la nicotine sur le péristaltisme du côlon (81). La prévention repose sur des conseils hygiéno-diététiques tels que pratiquer une activité physique journalière, marcher, boire de l'eau, manger des légumes, des fruits et des aliments riches en fibres (lentilles, pois chiches, pain au son...). Si la constipation est gênante et persistante, un traitement est nécessaire (108).

- *Les troubles du sommeil (108)*

Les troubles du sommeil sont fréquents. Le sommeil du fumeur est globalement de moins bonne qualité, plus tardif et plus court que celui du non-fumeur. Les troubles du sommeil sont aussi un symptôme de sevrage chez le fumeur qui arrête seul, sans traitement. Le sevrage tabagique induit en début de processus une réduction de la durée globale du sommeil (environ 30 minutes), une augmentation du nombre et de la durée des éveils nocturnes et une réduction, parfois, de la qualité du sommeil.

Lors du sevrage avec substituts nicotiniques, plusieurs cas de figure peuvent se présenter.

Si le patient utilise un patch 16 heures ou un patch 24 heures qu'il ôte au coucher, il n'a pas d'apport supplémentaire de nicotine la nuit, ce qui correspond au rythme physiologique normal du fumeur. Si le fumeur n'est pas sous-dosé dans la journée, en arrêtant de fumer, il

va souvent mieux dormir, et d'un sommeil plus réparateur, même si le réveil matinal se fait un peu plus tôt en début de sevrage.

Lorsque le patient utilise un patch sur 24 heures, alors qu'il ne fumait pas la nuit, il existe un apport inhabituel, par rapport à la normale, de nicotine la nuit. Dans ce cas, une activité onirique intense peut être observée ainsi que des réveils fréquents et un raccourcissement de la durée du sommeil mais absence de difficulté d'endormissement.

Si l'endormissement est normal, c'est surtout la seconde moitié de la nuit qui est perturbée. Il s'ensuit, au bout de plusieurs jours, un état de fatigue et une nervosité notables, rattachés au manque de sommeil et non pas à un sous-dosage pendant la journée.

- *Le stress (108)*

L'arrêt du tabac est l'occasion d'apprendre ou de réapprendre à bien réagir au stress pour ne pas se laisser submerger. Le patient doit être amené à modifier son comportement face au stress en procédant de la manière suivante :

- mesurer, analyser et identifier les facteurs stressants ;
- modifier ses habitudes émotionnelles ;
- positiver
- apprendre à mieux gérer son temps en ne faisant qu'une seule tâche à la fois ;
- d'autres techniques entraînent une réduction des tensions : bain chaud, musique, livre divertissant, promenades, temps pour soi, exercices de relaxation basés sur la respiration.

Il est aussi conseillé d'adopter une bonne hygiène de vie : alimentation équilibrée, sommeil régulier, activité physique.

La prise en charge du sevrage tabagique a pour objectif l'arrêt effectif de la consommation de tabac et vise à réduire le syndrome de manque par la prise en charge de la dépendance pharmacologique, à permettre au patient de mieux contrôler les envies impérieuses de fumer (*craving*) grâce à la prise en charge des dépendances psychologique et comportementale et enfin, à prévenir ou limiter les effets secondaires de l'arrêt du tabac souvent impliqués dans l'échec de la tentative d'arrêt ou la reprise du tabagisme (110). Ainsi, le sevrage tabagique s'inscrit dans une prise en charge globale en mettant en place toutes

les stratégies indispensables pour combattre ces dépendances et les difficultés rencontrées (81).

### **I.1.5 Le maintien (63)**

Au stade du maintien, le patient a retrouvé sa liberté face à l'addiction. Il a fait des changements mais il reconnaît qu'il doit rester vigilant en cas de rechute. Il s'efforce de prévenir ou d'éviter une rechute et ainsi de consolider les progrès effectués pendant le stade de l'action. A ce stade, le rôle de l'équipe officinale est d'aider le patient à maintenir l'abstinence et prévenir la rechute en élaborant avec lui des stratégies face aux difficultés qu'il peut rencontrer.

### **I.2. La rechute**

Il est nécessaire dans un premier temps de distinguer un faux pas d'une rechute. Le faux pas se définit comme une consommation ponctuelle alors que la rechute se caractérise par une consommation prolongée. Dans les deux cas, il est important de dédramatiser la situation. Une reprise de la cigarette ne doit jamais être considérée comme un échec mais plutôt comme une étape éventuelle vers la réussite (63).

Dans l'arrêt du tabac, les mécanismes comportementaux et psychologiques de la dépendance sont toujours présents (81). Ils peuvent à tout moment être à l'origine de la reprise du tabagisme.

L'envie de fumer résulte toujours de la conjonction de trois facteurs principaux :

- le besoin physique lié au manque de nicotine, qui s'atténue progressivement en quelques semaines ou quelques mois, mais peut réapparaître en particulier après un nouveau contact, même très bref avec le tabac ;
- la dépendance psychologique et comportementale ;
- l'environnement : une situation fortuite, occasionnelle rappelant la cigarette, peut réveiller le besoin de fumer.

En cas de faux pas, il est motivant pour le patient d'être valorisé et soutenu pour persister dans sa démarche de sevrage. Il faut insister sur l'importance de la vigilance et faire le point sur les motivations initiales. Il convient d'accompagner le patient afin de l'aider à surmonter cette épreuve, de le rassurer car il s'agit d'une étape, d'analyser les circonstances qui l'ont poussé à la consommation, de valoriser les efforts déjà réalisés, de vérifier la motivation de la démarche de sevrage, de proposer une nouvelle tentative et d'assurer un suivi (108).

Les raisons de la rechute sont multiples (81). Elle peut être due à la persistance ou à la réapparition de la dépendance physique. Une dépendance physique persistante s'observe essentiellement dans les premiers mois, principalement en cas de traitement nicotinique à doses insuffisantes et surtout si celui-ci a été arrêté trop précocement. Elle implique une reprise des apports de nicotine, en tenant compte de l'expérience passée, avec une posologie et une durée suffisantes. La dépendance physique peut réapparaître des mois, voire des années plus tard, à la suite d'un contact même bref et transitoire avec la nicotine : une seule cigarette ou un séjour de plusieurs heures dans une atmosphère enfumée peut suffire à faire réapparaître le besoin physique.

La perte de la motivation peut être une des causes de rechute.

La prise de poids, lorsqu'elle devient trop importante, est une cause fréquente de rechute.

La survenue d'un événement de vie douloureux (chômage, séparation, deuil, maladie grave...) peut faire resurgir l'envie de fumer quasi immédiatement, car l'ex-fumeur a gardé le souvenir du soulagement très rapide que pouvait apporter la cigarette dans de telles situations.

Les situations de stress avec des contrariétés et des soucis peuvent conduire l'ex-fumeur à « craquer ».

Enfin, à l'inverse des émotions négatives, les sensations positives telles qu'une situation agréable, un événement heureux, une atmosphère de convivialité accompagnée de boissons alcoolisées, de café et des fumeurs alentour, peuvent être également à l'origine de la reprise des cigarettes.

En cas de faux pas ou de rechute, il est nécessaire de réévaluer à quel stade de changement le patient est revenu (63). Il faut chercher à comprendre avec le patient les raisons de la

rechute en analysant le contexte du faux pas ou de la rechute, les facteurs associés et les situations déclenchantes (où, comment, avec qui ?), les conséquences du faux pas ou de la rechute, les bénéfices secondaires de la rechute (effets positifs immédiats de la reprise de la consommation pour le patient), les émotions et les croyances liées à la rechute.

Il faut aider le patient à réengager le processus, en sachant que plusieurs cycles sont parfois nécessaires avant de parvenir à un sevrage définitif.

Dans certains cas tels que des poly-addictions, la nécessité d'un accompagnement psychothérapeutique spécifique, des comorbidités psychiatriques ou lorsque la prise en charge du sevrage tabagique à l'officine s'avère difficile avec notamment des échecs répétés, il est recommandé d'orienter le patient vers un médecin généraliste ou un tabacologue.

Les chances de réussite d'un sevrage tabagique, avec ou sans substituts nicotiques, sont plus grandes si le patient est conseillé et accompagné par un professionnel de santé. L'équipe officinale a donc un rôle essentiel dans l'accompagnement d'un patient fumeur dans son sevrage tabagique. Cependant, l'aide et le suivi d'un patient fumeur lors de son sevrage tabagique nécessitent que l'équipe officinale soit suffisamment formée et donc qualifiée pour assurer une bonne prise en charge du patient.

**TROISIEME PARTIE : ENQUETE AUPRES DES OFFICINAUX DE GRENOBLE SUR  
LEUR BESOIN DE FORMATION AU SEVRAGE TABAGIQUE**

## **I. INTRODUCTION**

Depuis de nombreuses années, plusieurs mesures ont été prises en ce qui concerne le sevrage tabagique et le pharmacien d'officine, notamment en définissant de nouvelles missions pour ce dernier.

La conférence de consensus sur l'arrêt de la consommation de tabac en 1998 considérait le pharmacien d'officine comme un acteur essentiel de santé publique, impliqué dans le sevrage tabagique avec un rôle en matière d'éducation sanitaire, de prévention et d'information.

En 1999, le délistage des substituts nicotiques a permis au pharmacien d'officine de s'impliquer de manière plus forte dans le sevrage tabagique.

En 2009, la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) définit et renforce les missions du pharmacien d'officine. Parmi les missions énoncées dans cette loi, le pharmacien contribue notamment aux soins de premier recours, il participe à la coopération entre professionnels de santé et à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients, il peut, dans le cadre des coopérations, être désigné comme correspondant au sein d'une équipe de soins par le patient.

En 2011, le décret n° 2011-375 relatif aux missions du pharmacien d'officine correspondant, précise certaines missions pouvant être exercées par le pharmacien d'officine dans le cadre des protocoles de coopération entre professionnels de santé.

Ainsi, le pharmacien d'officine occupe une place importante dans la démarche d'accompagnement au sevrage tabagique. En effet, il se positionne dans la chaîne de soins comme étant le premier accès aux soins et disponible sur une large plage horaire. De plus, il est actuellement le seul dispensateur des traitements nicotiques de substitution sur ordonnance ou en vente libre. Ce qui lui procure un rôle clé dans la prévention contre le tabac et dans l'aide au sevrage tabagique en apportant son soutien et en donnant des conseils.

Les officinaux ont-ils un besoin de formation afin d'accompagner le fumeur dans son sevrage tabagique ?

Les enquêtes, de C. PERRIER menée d'avril à juin 2000 et d'E. GIRARDOT menée de mai à juillet 2004 auprès des pharmaciens grenoblois sur l'accompagnement au sevrage tabagique, ont permis de mettre en évidence des lacunes au niveau de la formation des pharmaciens ainsi que la méconnaissance du conseil minimal.

Depuis ces deux enquêtes, a-t-on observé une évolution des pratiques ?

Est-ce que les officinaux ont une meilleure connaissance de la prise en charge du fumeur demandeur d'un sevrage tabagique ?

Quel est le besoin en formation sur le sevrage tabagique des officinaux ?

## **II. OBJECTIFS**

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 (111).

En 2004, la même enquête réalisée par E. GIRARDOT avait pour objectif 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 (112).

L'objectif de notre enquête est de présenter un état des lieux treize ans plus tard afin de constater une possible évolution des connaissances des officinaux sur le sevrage tabagique et dans la prise en charge du fumeur.

Cette enquête n'a pas pour objectif de faire des statistiques précises, ni de faire une comparaison totale avec ces deux enquêtes, mais elle a principalement un but descriptif.

En effet, notre enquête ne comporte pas les mêmes questions et n'a pas été réalisée dans les mêmes conditions que celles de C. PERRIER et d'E. GIRARDOT.

De plus, l'objectif de ce questionnaire n'est pas de juger mais de faire un constat sur la prise en charge du sevrage tabagique du fumeur à l'officine.

Nos objectifs sont donc de :

- Faire un constat des connaissances des officinaux sur la prise en charge et l'accompagnement d'un fumeur dans son sevrage tabagique.
- Cerner les compétences des officinaux et identifier leurs perceptions sur le sevrage tabagique.
- Evaluer les besoins de formation au sevrage tabagique des officinaux
- Proposer des outils de formation tels que la mise en place d'une formation en ligne (e-learning) visant à améliorer l'accompagnement à l'arrêt du tabac à l'officine. Cependant, la mise en place d'un e-learning n'a pas été réalisable dans le cadre de notre travail.

### **III. MATERIEL ET METHODE**

#### **III.1 Le questionnaire**

(Voir annexe 5)

##### **III.1.1 Elaboration du questionnaire**

Le questionnaire a été construit autour de dix points-clés sur le tabac et l'accompagnement d'un fumeur dans son sevrage tabagique. En effet, il nous semblait important que les officinaux, pharmaciens et préparateurs en pharmacie, puissent identifier et connaître ces dix points-clés afin d'aider et accompagner un patient fumeur dans l'arrêt du tabac.

Les dix points-clés que nous avons souhaités mettre en exergue sont :

- Le tabac est un véritable enjeu de santé publique : 78 000 morts par an en France (première cause de mortalité).
- Le professionnel de santé doit adopter un relationnel empathique : différent du dirigiste (ordonnance) ou du pédagogique (documentation informative).
- Exemplarité des professionnels de santé : le pharmacien "premier recours" idéalement placé.
- Ne pas sous-estimer la souffrance et la culpabilité des fumeurs.
- Le conseil minimal
- Le test de Fagerström
- Signes vitaux de base (Poids, tension, tabac) : balance, tensiomètre, COtesteur
- Tabac Info Service 3989 : pour les professionnels comme pour les patients.
- Comprendre que la toxicité (produits dans la fumée) est différente de la toxicomanogénicité (nicotine) : important pour la compliance aux traitements par substitution nicotinique.
- Notions de dépendance (esclavage) et d'indépendance (liberté) sur le fond de la psychologie du fumeur (TCC).

Ces dix points-clés seront détaillés ci-dessous dans la partie explications et analyse du questionnaire.

Ce questionnaire a été validé par le Docteur Jean-Marc PLASSART, responsable de l'Unité de Coordination de Tabacologie du CHU de Grenoble et par le Professeur Benoît ALLENET, Professeur des Universités et Pharmacien Hospitalier.

Enfin, le questionnaire a été testé par un pharmacien et par un préparateur en pharmacie afin d'en évaluer la compréhension. Une question ne semblait pas très claire et a posé des difficultés pour répondre. Cette question concernait le dispositif national d'aide au sevrage tabagique Tabac Info Service. Les personnes interrogées devaient répondre à la question « Vers quel dispositif national d'aide au sevrage tabagique pouvez-vous orienter une personne souhaitant plus d'informations sur le sevrage tabagique ? » en citant les trois services de ce dispositif (la ligne téléphonique 39 89, le site internet tabac-info-service.fr et l'application mobile). Cette question a donc été supprimée.

### **III.1.2 Explications et analyse du questionnaire**

Le questionnaire est composé de 16 questions dont 11 sont des questions fermées et 5 sont des questions ouvertes. Le questionnaire est scindé en trois parties, la première tient compte du profil de la personne interrogée, la deuxième concerne l'abord et la connaissance du fumeur et la dernière partie s'intéresse à la formation des officinaux.

#### **A) Votre profil**

##### **Questions 1, 1-1, 1-2 et 1-3 :**

Cette question a plusieurs objectifs :

- Identifier le profil de la personne sondée, s'il s'agit d'un homme ou d'une femme.
- Savoir si l'âge peut avoir un impact sur la prise en charge d'un fumeur.
- Savoir combien de titulaires, d'adjoints et de préparateurs en pharmacie ont répondu à notre questionnaire.

- Connaître le statut tabagique de l'officinal et donc de savoir si le fait que le pharmacien ou le préparateur soient fumeurs ou pas a une influence sur leurs manières de conseiller et d'aider les fumeurs souhaitant arrêter de fumer.

En effet, selon le statut de pharmacien ou de préparateur en pharmacie et l'âge, le cursus et la formation au sevrage tabagique ne sont pas les mêmes.

## **B) Abord et connaissance du fumeur**

Les questions 2, 3 et 5 sont des questions ouvertes afin d'inciter la réflexion et de ne pas orienter la réponse.

### **Question 2 :**

La première chose à faire lorsqu'un patient fumeur ou son entourage demande de l'aide pour arrêter de fumer, c'est de se poser la question est-ce que la démarche provient du patient, souhaite-t-il vraiment arrêter ou est-ce qu'il s'agit d'une pression familiale ?

Il faut évaluer le degré de motivation en situant le patient sur le cycle de Prochaska et DiClemente. En effet, pour accompagner un patient fumeur dans son sevrage tabagique, il faut tenir compte du stade où il se trouve. La motivation est l'une des composantes majeures d'un sevrage réussi.

### **Question 3 :**

La troisième question souligne un des dix points-clés qui est de comprendre que la toxicité (produits dans la fumée) est différente de la toxicomanogénicité (nicotine). Ceci est particulièrement important pour la compliance aux traitements par substitution nicotinique. En effet, l'absorption de la nicotine dans le corps diffère entre une cigarette et un substitut nicotinique.

Dans le cas de la cigarette, la nicotine est rapidement absorbée par le système artériel pulmonaire et atteint le cerveau en quelques secondes.

Dans le cas des substituts nicotiques, la nicotine se diffuse de manière lente, constante et durable pendant la journée (surtout le cas des patches). Ce qui entraîne peu ou pas de dépendance psychique.

De plus, les substituts nicotiques permettent d'absorber seulement de la nicotine, alors que la fumée du tabac contient, outre la nicotine, quatre mille substances toxiques.

#### **Question 4 :**

Cette question est posée afin de mettre fin aux idées reçues sur le fait qu'il est interdit de fumer une cigarette lorsque l'on met un patch nicotinique.

L'idée reçue est que fumer sous traitement par patch nicotinique peut se révéler dangereux et entraîner un surdosage en nicotine. Hormis peut-être quelques effets indésirables de surdosage (nausées, diarrhée, céphalées, palpitations etc.), il n'y a pas réellement de danger à fumer avec un patch nicotinique mais les risques de reprise du tabagisme sont plus importants car en continuant de fumer avec un patch nicotinique, on rallonge le temps de sevrage car les récepteurs nicotiques du cerveau mettront plus de temps à se fermer. Ce qui est dangereux ce sont les quatre mille autres substances présentes dans la cigarette.

Même s'il est préférable d'arrêter complètement la consommation de tabac et qu'il n'est pas recommandé de fumer sous traitement par patch nicotinique, on peut, dans certains cas, admettre la possibilité que le patient fume quelques cigarettes sous patch nicotinique, notamment les plus difficiles à arrêter, mais toujours dans une démarche d'arrêt complet du tabac.

Cette « règle » sera notamment valable s'il s'agit d'un fumeur fortement dépendant, pour ne pas lui imposer une contrainte supplémentaire et le démotiver dans sa démarche de sevrage tabagique. Il vaut mieux l'autoriser à fumer quelques cigarettes avec le patch nicotinique ou une autre forme de substitut et l'encourager dans sa démarche de sevrage tabagique plutôt que lui interdire toute consommation de cigarettes, ce qui pourrait compromettre sa démarche d'arrêt du tabac.

### **Questions 5 et 6 :**

Ces deux questions sont relatives au test de la dépendance à la nicotine de Fagerström et à son interprétation (voir annexes 3 et 4).

Lorsqu'un fumeur se présente à la pharmacie pour demander un substitut nicotinique, il est indispensable, après avoir déterminé dans un premier temps son degré de motivation, d'évaluer sa dépendance à la nicotine grâce au test de Fagerström afin de proposer au fumeur une aide adaptée.

A chaque question correspond un score de 0 à 3 (selon la question) que l'on additionne afin d'obtenir un résultat final qui permet d'interpréter le niveau de dépendance (113).

Ainsi, un score de 0 à 2 signifie que la personne n'est pas dépendante à la nicotine. Un traitement par substitut nicotinique n'est pas nécessaire. Si toutefois la personne redoute l'arrêt, des conseils utiles de type comportementaux (jeter les cendriers, boire un verre d'eau...) pourront lui être apportés.

Un score de 3 à 4 veut dire que la personne est faiblement dépendante à la nicotine. Un traitement par substitut nicotinique n'est pas nécessaire. Cependant si la personne rencontre des difficultés lors de son sevrage tabagique (irritabilité, manque, envie très forte...), elle peut avoir recours à un traitement par substitut nicotinique par voie orale (pastille, gomme à mâcher, comprimé sublingual...).

Un score de 5 à 6 exprime que la personne est moyennement dépendante à la nicotine. Un traitement par substitut nicotinique pourra lui être proposé afin de l'aider dans sa démarche de sevrage tabagique et d'augmenter ses chances de réussite. Le choix de la galénique devra être adapté à son cas.

Un score de 7 à 10 signale que la personne est fortement voire très fortement dépendante à la nicotine. L'utilisation de traitements pharmacologiques est recommandée. Ce traitement doit être utilisé à dose suffisante et adaptée. En cas de difficulté, orienter le patient vers une consultation spécialisée.

Dans la pratique, pour la thérapeutique, le test de Fagerström et son interprétation sont simplifiés de la manière suivante :

1. Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

- Dans les 5 minutes 3
- 6-30 minutes 2
- 31-60 minutes 1
- Plus de 60 minutes 0

2. Combien de cigarettes fumez-vous en moyenne par jour ?

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

Interprétation : 0-3 : faible dépendance

4-6 : dépendance moyenne

7-10 : forte dépendance

La version simplifiée du test de Fagerström est plus facilement applicable à l'officine. Selon les résultats obtenus au test de Fagerström, plusieurs protocoles peuvent être proposés au patient pour l'aider à arrêter de fumer. Pour la pratique officinale, nous donnons à titre indicatif et de manière non exhaustive des exemples de dose initiale et de galénique à conseiller et à adapter en fonction du niveau de dépendance et du ressenti de chaque patient :

Score entre 0 et 3 Faible dépendance	Score entre 4 et 6 Moyenne dépendance	Score entre 7 et 10 Forte à très forte dépendance
<i>Conseils comportementaux seuls ou formes orales (5 à 6/j) : gommes à 2 mg, pastilles à 1,5 mg, comprimés sublinguaux à 2 mg, comprimés à sucer à 1 ou 2 mg ou patch à 7 mg/24h</i>	<i>Patch à 14 mg/24h +/- formes orales (5 à 6/j) : gommes à 2 mg, pastilles à 1,5 mg ou formes orales seules (8 à 12/j) : gommes à 2 mg, pastilles à 1,5 mg, comprimés sublinguaux à 2 mg, comprimés à sucer à 1 ou 2 mg</i>	<i>Patch à 21 mg/24h + formes orales (5 à 6/j) : gommes à 2 mg, pastilles à 1,5 mg, comprimés sublinguaux à 2 mg, comprimés à sucer à 1 ou 2mg ou formes orales seules : gommes à 4 mg, pastilles à 2,5 mg, spray buccal</i>

Le choix thérapeutique doit être ajusté en fonction des préoccupations du patient, des difficultés et des symptômes (signes de sous-dosage ou surdosage) rencontrés par celui-ci pendant son sevrage.

### **Question 7 :**

Il y a trois signes vitaux de base que l'on peut facilement mesurer : le poids avec l'utilisation de la balance, la tension que l'on évalue avec un tensiomètre et enfin la consommation de tabac avec l'aide notamment d'un COtesteur.

La mesure du monoxyde de carbone (CO) expiré permet d'évaluer approximativement le niveau d'intoxication tabagique récente (108). Les appareils de mesure du CO possèdent des voyants lumineux qui, selon le niveau de CO mesuré, s'affichent en vert (de 0 à 5 ppm : non-fumeur ou fumeur n'ayant pas fumé depuis plus de 24 heures), en orange (de 6 à 10 ppm : fumeur n'ayant pas fumé depuis de nombreuses heures ou non-fumeur ayant séjourné en atmosphère enfumée) ou en rouge (de 11 à plus de 100 ppm : fumeur avec inhalation légère ou très intense selon les niveaux retrouvés). La mesure du CO est un reflet du niveau d'intoxication et est une aide complémentaire pour l'ajustement du dosage des substituts nicotiques en début d'arrêt. La mesure du CO est aussi un élément de renforcement de la motivation du fumeur.

Ainsi, nous pourrions imaginer que les pharmacies se munissent d'un COtesteur afin de proposer une mesure du CO expiré dès le début du sevrage tabagique et ensuite à chaque consultation de suivi du sevrage.

### **Question 8 :**

Le tabac est responsable de 78000 morts par an en France. Ce qui en fait la première cause de mortalité évitable. Il nous paraissait important d'évoquer ce chiffre afin que les officinaux prennent conscience des enjeux de santé publique que représente le tabac et ainsi de ne pas sous-estimer les conséquences du tabac en termes de décès.

### Question 9 :

Tous les professionnels de santé (médecin, dentiste, sage-femme, pharmacien...) doivent appliquer le conseil minimal afin d'encourager les tentatives d'arrêt et soutenir le patient dans sa démarche (114).

Pour aborder la consommation de tabac, le pharmacien dispose du conseil minimal qui consiste à demander à tout patient (115) :

- « Fumez-vous ? » Si oui :

- « Envisagez-vous d'arrêter de fumer ? »

Si non : Ne pas culpabiliser la personne

Lui conseiller d'arrêter de fumer

Evoquer les bénéfices de l'arrêt

Lui remettre une brochure d'information (par exemple le guide pratique « J'arrête de fumer »)

Lui proposer d'en reparler ultérieurement

Si oui : Conseiller d'arrêter de fumer

Remettre une brochure sur les bénéfices de l'arrêt et les aides disponibles

Proposer un entretien plus personnalisé (évaluer la motivation, la dépendance, ...)

Le conseil minimal s'adresse à tous les patients mais il est particulièrement important de le réaliser dans certains contextes tels que (115,116) :

- Lors de la dispensation de médicaments destinés à traiter une pathologie liée et/ou aggravée par le tabac :
  - Médicaments pour des pathologies cardiovasculaires (Hypertension artérielle, angor, infarctus)
  - Médicaments pour des pathologies respiratoires (Asthme, BPCO)
  - Médicaments pour des pathologies ORL (antitussifs)
  - Diabète
  - Médicaments anti-ulcéreux

- La délivrance d'un test de grossesse ou d'un contraceptif oral
- L'annonce d'une grossesse ou d'une intervention chirurgicale programmée
- Une demande d'ordre esthétique visant à atténuer les effets néfastes du tabac (dentifrice pour blanchir les dents, cosmétique pour recouvrer un teint éclatant,...)

Il est important de connaître le conseil minimal car les fumeurs recevant des conseils d'arrêt de la part des professionnels de santé ont plus de chance d'arrêter de fumer que ceux qui ne bénéficient pas de tels messages. Les pourcentages de sevrage supplémentaires obtenus grâce à ces conseils varient entre 2 et 8 %. De plus, le conseil minimal est efficace quel que soit le degré de motivation des fumeurs. Il est donc recommandé pour tous les fumeurs, qu'ils soient prêts ou non à arrêter (108).

#### **Question 10 :**

Le but de cette question est de savoir quelle attitude le pharmacien ou le préparateur en pharmacie considèrent devoir adopter face aux patients fumeurs. Il est recommandé que l'équipe officinale opte pour une relation empathique en étant à l'écoute du patient et en respectant ses choix afin d'instaurer un lien de confiance entre l'équipe officinale et le patient et obtenir une alliance thérapeutique.

#### **Question 11 :**

Il est important que l'équipe officinale ne sous-estime pas les sentiments de souffrance et de culpabilité que peut éprouver un fumeur lors de son sevrage.

#### **Question 12 :**

Un fumeur se sent dépendant et esclave de sa consommation de tabac. En arrêtant de fumer, il retrouve son indépendance et se libère de l'esclavage de la cigarette. Ainsi, l'équipe officinale peut s'appuyer sur le levier motivationnel de la liberté pour l'aider dans sa démarche de sevrage.

## **C) Votre formation**

### **Question 13 :**

Cette question permet de nous renseigner si l'équipe officinale pense que les connaissances dont elle dispose sont suffisantes pour accompagner un fumeur dans son sevrage.

### **Question 14 et 14-1 :**

Il s'agit de savoir si les pharmaciens et les préparateurs en pharmacie ont participé à des formations, des enseignements ou des réunions d'information sur le sevrage tabagique et si oui, dans quel contexte, qui leur a proposé ces formations.

### **Question 15 :**

Cette question nous informe de quand date la dernière formation, enseignement ou réunion d'information sur le sevrage tabagique, de l'équipe officinale.

### **Questions 16 et 16-1 :**

Le but de cette question est de savoir si l'équipe officinale ressent le besoin d'une formation supplémentaire et si oui, sous quelle forme. Ainsi, selon la demande, il serait intéressant de mettre en place des actions afin de répondre à cette demande.

## **III.2 La méthodologie**

Dans un premier temps, nous avons fait le choix de diffuser le questionnaire en ligne, à l'aide du logiciel LimeSurvey version 2.67, aux maîtres de stage de la faculté de Pharmacie de Grenoble. Nous avons réussi à nous procurer une liste de maîtres de stage qui contenait 64 adresses e-mails. L'enquête devait se dérouler du 22 mai 2017 au 22 juillet 2017. Cependant, à la fin de la première semaine, nous avons eu seulement une réponse. Nous avons donc fait une relance le 1<sup>er</sup> juin 2017, qui a déclenché une seule autre réponse. Ainsi, devant le peu de

réponses via le logiciel, nous avons donc décidé de réaliser notre enquête dans 50 pharmacies de Grenoble.

L'enquête s'est déroulée de juin à juillet 2017.

Nous nous sommes donc rendus dans chaque pharmacie pour remettre le questionnaire à un pharmacien (titulaire ou adjoint) et à un préparateur en pharmacie (ou deux pharmaciens lorsque l'équipe officinale ne comportait pas de préparateurs en pharmacie) en leur précisant le sujet de notre enquête et en leur demandant s'il était possible de laisser un questionnaire pour chacun. Nous leur avons expliqué que le questionnaire était anonyme et qu'il était important de répondre de manière spontanée afin que l'interprétation des données ne soit pas biaisée. Enfin, nous leur avons proposé de revenir une semaine plus tard pour récupérer les questionnaires afin de leur permettre d'avoir du temps pour répondre. Au bout de ces sept jours, les questionnaires ont été récupérés qu'ils soient complétés ou non.

Nous avons fait le choix d'adresser ce questionnaire aux pharmaciens ainsi qu'aux préparateurs car dans une pharmacie d'officine les préparateurs sont eux aussi amenés à donner des conseils aux fumeurs.

Le critère d'inclusion est toute personne travaillant dans une pharmacie d'officine de Grenoble titulaire d'un diplôme de docteur en pharmacie ou titulaire d'un brevet professionnel de préparateur en pharmacie ou en étant étudiant en pharmacie.

Le critère d'exclusion est toute personne n'étant pas habilitée à dispenser des médicaments et produits de santé au sein de la pharmacie d'officine (magasinier, rayonniste).

## **IV. RESULTATS ET DISCUSSION**

### **IV.1 Exploitation des résultats**

Sur les 100 questionnaires qui ont été distribués, 71 questionnaires complétés ont été récupérés dont 46 dans le délai de 7 jours et 25 dans un délai supérieur.

Le taux de réponses obtenu lors de cette enquête est de 71 %. Cependant, certaines personnes sondées parmi l'équipe officinale n'ont pas répondu à toutes les questions. Ainsi l'effectif de réponse à la question sera précisé de la manière suivante : (n=X).

Nous avons utilisé le logiciel LimeSurvey version 2.67 ainsi que le logiciel Microsoft Excel 2013 afin d'exploiter les résultats.

Pour les questions à réponses ouvertes, nous avons regroupé les réponses qui revenaient souvent afin de pouvoir les exploiter.

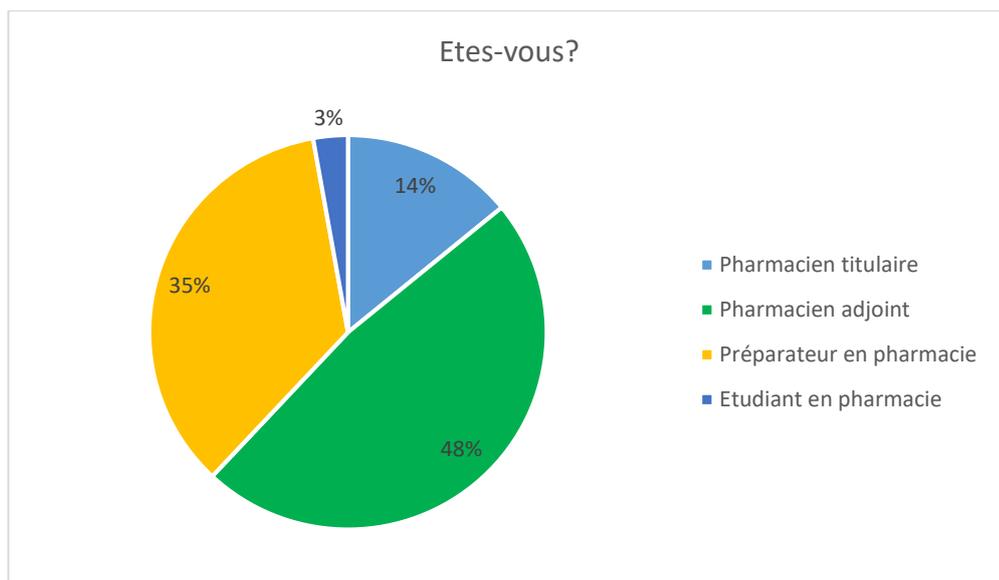
## IV.2 Résultats

### A) Votre profil

#### Questions 1, 1-1, 1-2 et 1-3 :

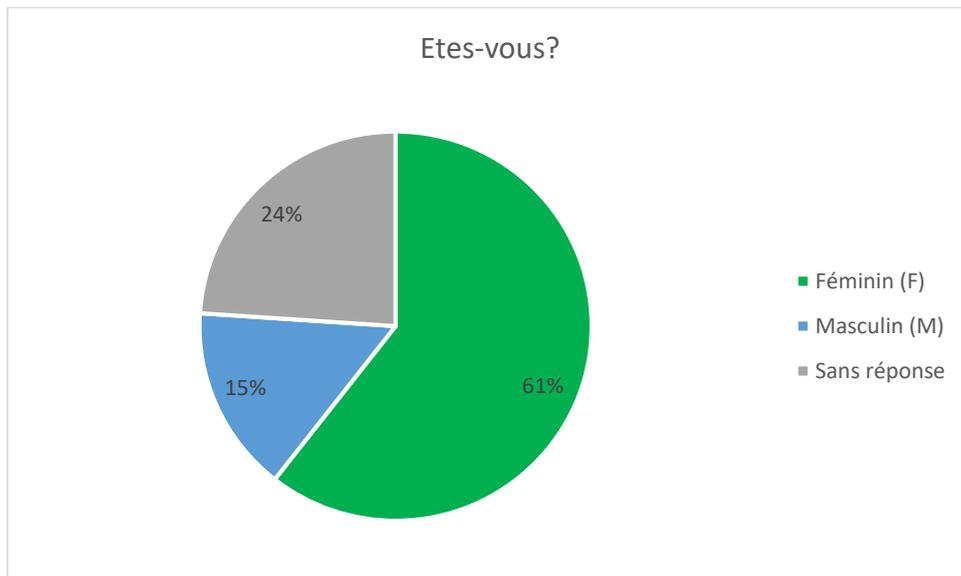
14,08 % de titulaires, 47,89 % d'adjoints, 35,21 % de préparateurs en pharmacie et 2,82 % d'étudiants en pharmacie ont répondu à notre questionnaire.

*Figure 7 : Graphique représentant le statut au sein de l'équipe officinale des personnes interrogées (n=71)*



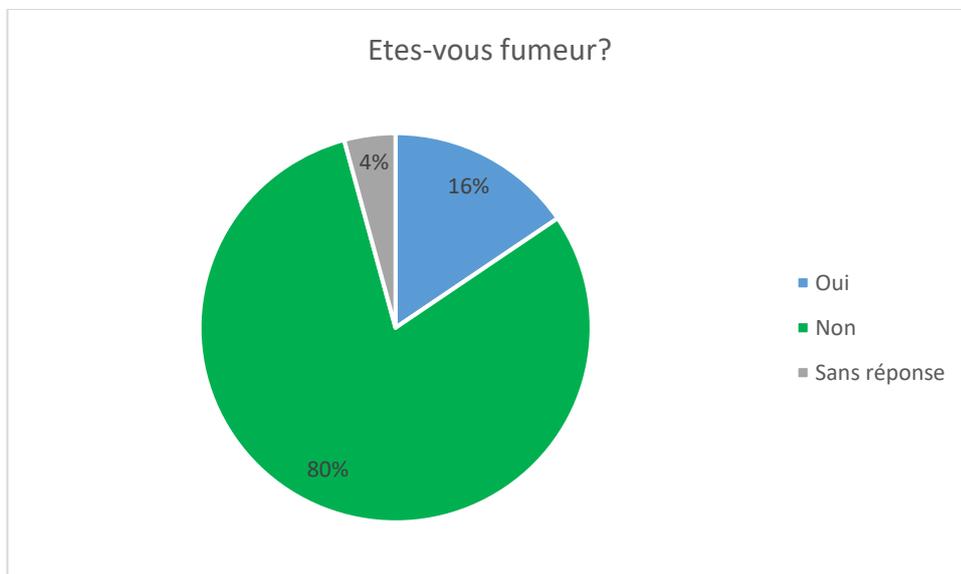
Nous remarquons que notre échantillon est très majoritairement féminin.

Figure 8 : Graphique représentant la répartition Homme-Femme de l'échantillon (n=54)



15,49 % des officinaux interrogés déclarent être fumeurs contre 80,28 %.

Figure 9 : Graphique représentant le statut tabagique des officinaux interrogés (n=68)



L'âge moyen de l'échantillon est de 37 ans. La personne interrogée la plus jeune est âgée de 20 ans et la plus âgée a 65 ans. La médiane concernant l'âge des officinaux ayant répondu est à 33 ans.

Tableau V : Moyenne et Médiane d'âge des officinaux interrogés (n=71)

Age	Moyenne (Ecart-type)	[Min ; Max]	Médiane
En année	37 (10,93)	[20 ; 65]	33

## B) Abord et connaissance du fumeur

### Question 2 : (voir annexe 6 tableau VII)

Parmi les 71 officinaux interrogés, 25 évaluent dans un premier temps le degré de motivation du patient avant d'évaluer sa dépendance à la nicotine et de proposer les différentes solutions pour l'aider à arrêter de fumer. 37 évaluent la dépendance à la nicotine grâce au test de Fagerström ou en posant la question « Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? » dont 12 en ayant déterminé le degré de motivation du patient auparavant et 25 sans déterminer le degré de motivation du patient. 54 présentent les différentes solutions pour aider le patient à arrêter de fumer et proposent une méthode adaptée après avoir soit évalué le degré de motivation et/ou évalué le niveau de dépendance et/ou s'être renseignés sur la consommation du patient et sur ses habitudes.

### Question 3 : (voir annexe 7 tableau VIII)

Parmi les 66 officinaux ayant répondu, 36 ont répondu aux deux problématiques de la question (notion d'innocuité ou non des substituts nicotiques et notion de dépendance), 2 ont répondu uniquement à la problématique de l'innocuité ou non des substituts nicotiques et 28 ont répondu seulement à la problématique du risque d'être dépendant aux substituts nicotiques.

37 des officinaux interrogés évoquent l'absence dans les substituts nicotiques des substances toxiques présentes dans la fumée du tabac.

39 officinaux suggèrent de procéder à un sevrage progressif en diminuant progressivement le dosage des substituts nicotiques afin de se désaccoutumer de la nicotine.

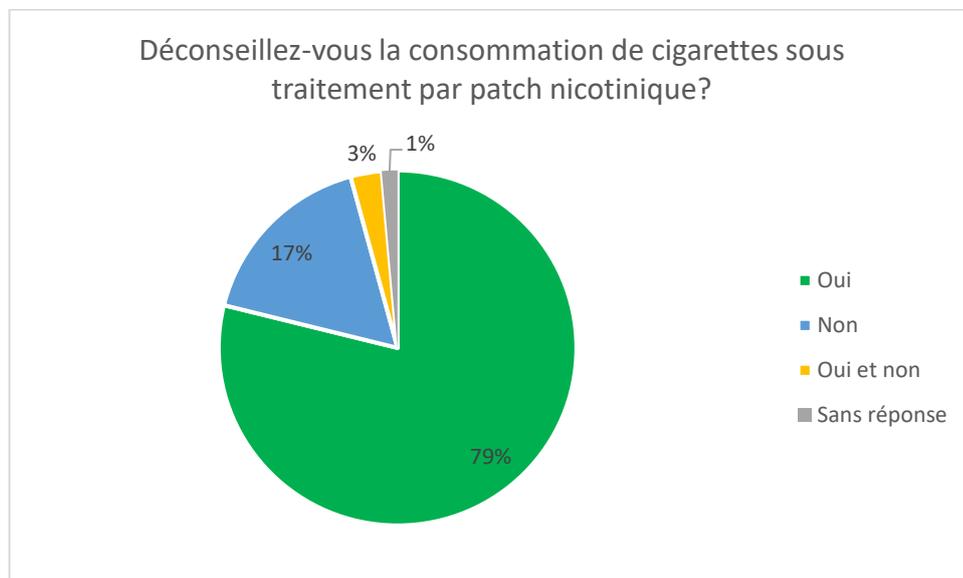
15 officinaux estiment que les substituts nicotiques ont peu ou pas de risque d'entraîner une dépendance.

10 officinaux considèrent qu'il y a un risque de devenir dépendant aux substituts nicotiques.

**Questions 4 et 4-1 :**

79 % des officinaux interrogés (dont 51 % de pharmaciens, 25 % de préparateurs en pharmacie et 3 % d'étudiants) déconseillent la consommation de cigarettes sous traitement par patch nicotinique contre 17 % (dont 10 % de pharmaciens et 7 % de préparateurs en pharmacie) qui ne déconseillent pas la prise de cigarettes avec un patch nicotinique.

*Figure 10 : Graphique représentant la proportion des officinaux interrogés déconseillant ou non la consommation de cigarettes sous traitement par patch nicotinique (n=70)*



« Le risque de surdosage en nicotine avec l'apparition de possibles effets indésirables » est la principale raison évoquée (69,09 % des officinaux sondés) qui pousse les officinaux sondés à déconseiller la consommation de cigarettes sous traitement par patch nicotinique (voir annexe 8 tableau IX). Suivent le « maintien (ou l'augmentation) de la dépendance physique à

la nicotine » (9,09 % des personnes sondées), « l'objectif est un arrêt complet et définitif du tabac » (7,27 %), « si le patient ressent l'envie de fumer c'est que le dosage du patch nicotinique n'est pas adapté (sous-dosage) et ajout d'une forme orale de substitut nicotinique (gommes, pastilles, comprimés) » (7,27 %), le « maintien de la dépendance psychologique et comportementale (habitudes, geste) » (5,45 %), « le sevrage sera plus difficile et risque d'inefficacité de celui-ci » (5,45 %).

Parmi les raisons poussant les officinaux sondés à ne pas déconseiller la consommation de cigarettes sous traitement par patch nicotinique, 33,33 % des officinaux interrogés évoquent qu' « un arrêt brutal de la cigarette peut entraîner un risque d'échec du sevrage (risque de frustration et abandon du traitement) et qu'il est donc possible de diminuer progressivement le nombre de cigarettes fumées par jour », 16,66 % évoquent « la possibilité d'associer les deux », et 8,33 % « le fait de dire non peut freiner une éventuelle envie d'essayer d'arrêter ou de diminuer la cigarette ».

#### **Question 5 :** (voir annexe 9 tableau X)

Parmi les officinaux interrogés, 92,96 % d'entre eux mentionnent qu'ils réalisent le test de Fagerström (ou demandent « Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? ») si un patient vient à la pharmacie pour arrêter de fumer et leur demande des patchs.

En plus d'avoir effectué le test de Fagerström, 63,38 % des officinaux interrogés présentent au patient les différentes solutions pour arrêter de fumer et lui proposent un traitement par substitut nicotinique adapté et avec un dosage approprié.

14,08 % des officinaux interrogés conseillent au patient d'associer une forme orale aux patchs.

7,04 % des officinaux sondés évaluent le degré de motivation du patient en plus de faire le test de Fagerström.

#### **Question 6 :** (voir annexe 10 tableau XI)

Parmi les officinaux ayant répondu, 47 d'entre eux ont interprété seulement le niveau de dépendance (fortement, moyennement ou faiblement dépendant).

8 officinaux ont interprété le niveau de dépendance et la démarche à suivre selon le score obtenu au test de Fagerström (proposition d'un traitement par substitut nicotinique, choix du TNS, orientation vers un médecin spécialiste etc.).

4 officinaux évoquent le type de fumeur (gros, moyen ou petit) sans interpréter le niveau de dépendance.

3 officinaux proposent le type de substituts nicotiques et le dosage qui conviendraient dans chacune de ces trois situations sans interpréter le niveau de dépendance.

Un officinal exprime le nombre de cigarettes consommées selon le score obtenu au test de Fagerström sans interpréter le niveau de dépendance.

En ce qui concerne le score de 5 obtenu au test de Fagerström, 57,75 % des officinaux interrogés interprètent que le patient a une dépendance moyenne à la nicotine. 8,45 % des officinaux interrogés estiment qu'il a une dépendance moyenne et que l'utilisation de substituts nicotiques est propice et permettrait ainsi d'augmenter les chances de réussite du sevrage.

Concernant le score de 8 obtenu au test de Fagerström, 60,56 % des officinaux interrogés considèrent que le patient est fortement voire très fortement dépendant à la nicotine. 4,23 % des officinaux interrogés affirment qu'il a une très forte dépendance et recommandent les substituts nicotiques et si besoin ils orienteraient le patient vers une consultation avec un spécialiste.

Au regard du score de 2 obtenu au test de Fagerström, 66,20 % des officinaux sondés attestent que le patient n'est pas ou peu dépendant à la nicotine. 5,63 % des officinaux sondés déclarent qu'il n'est pas dépendant à la nicotine et qu'il peut arrêter tout seul sans nécessairement avoir recours à des substituts nicotiques.

**Question 7 :** (voir annexe 11 tableau XII)

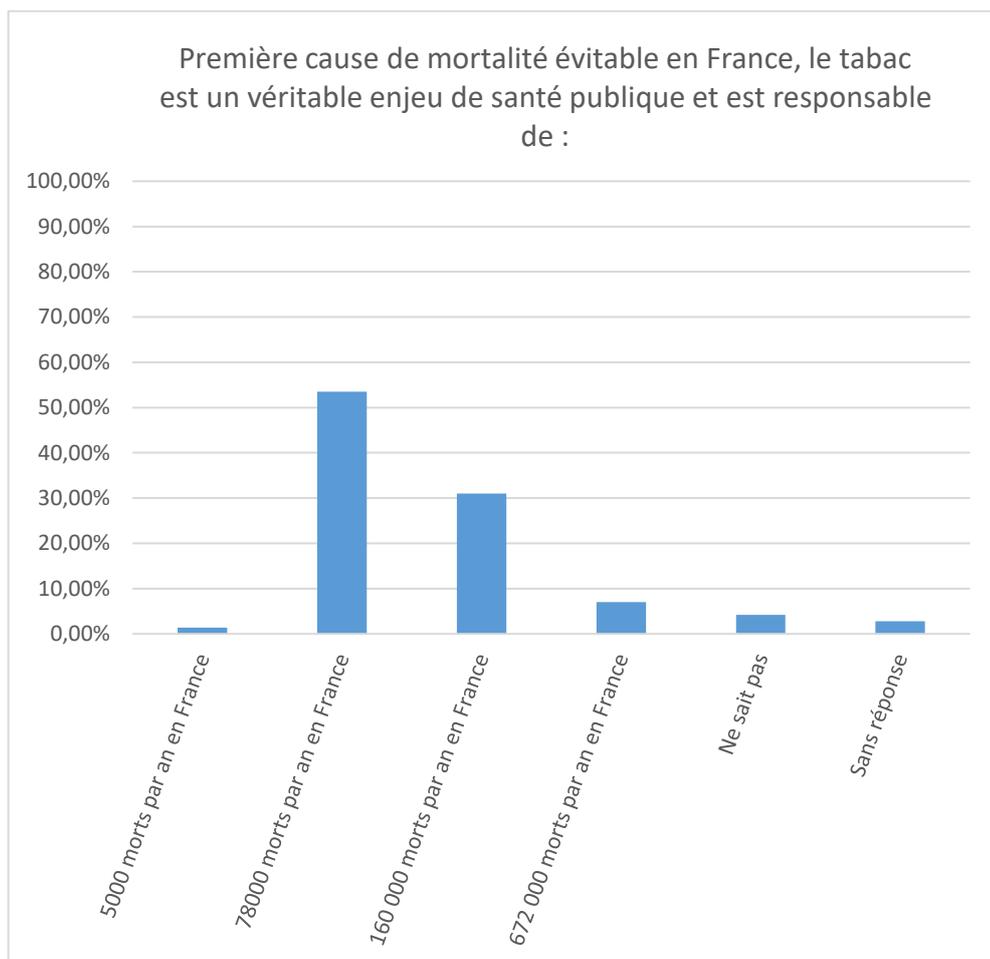
La majorité des officinaux interrogés (45 % dont 27 % de pharmaciens, 17 % de préparateurs en pharmacie et 1 % d'étudiants) citent la tension mesurée grâce à un tensiomètre et la glycémie prise avec un lecteur glycémique comme les deux autres signes vitaux, outre le poids, que nous pouvons mesurer dans une pharmacie.

17 % des officinaux sondés (dont 13 % de pharmaciens, 3 % de préparateurs et 1 % d'étudiants) citent la tension mesurée grâce à un tensiomètre et la température prise avec un thermomètre comme les deux autres signes vitaux, outre le poids, que nous pouvons mesurer dans une pharmacie.

**Question 8 :**

La majorité des officinaux interrogés (53,52 %) considère le nombre de morts par an en France à cause du tabac à 78 000. 30,99 % des officinaux sondés estiment que le tabac est responsable de 160 000 morts par an en France.

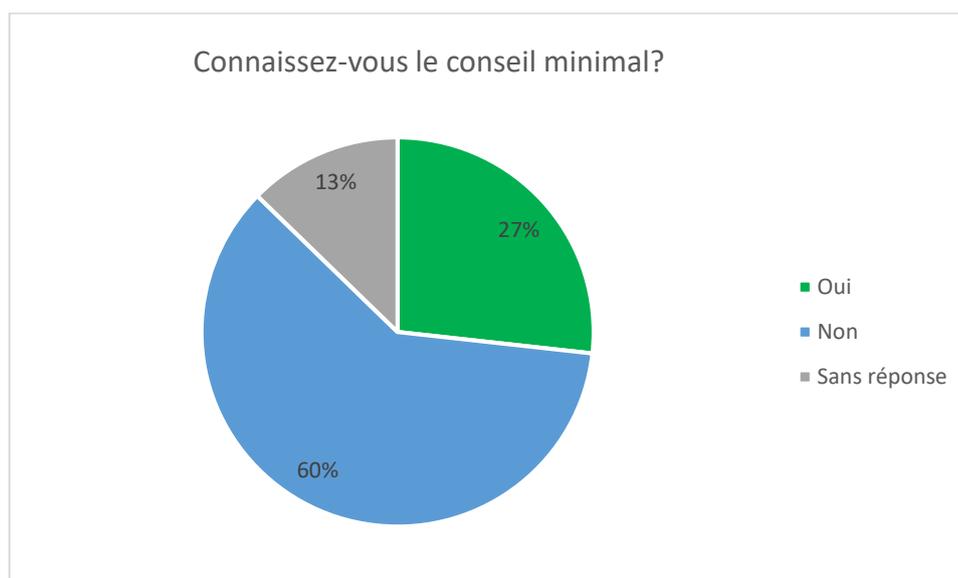
*Figure 11 : Graphique représentant les réponses données par les officinaux interrogés concernant le nombre de morts par an en France à cause du tabac (n=69)*



### Questions 9 et 9-1 :

Parmi les 71 officinaux interrogés, 19 pensent connaître le conseil minimal, ce qui représente 27 % des officinaux interrogés (dont 20 % de pharmaciens, 6 % de préparateurs en pharmacies et 1 % d'étudiants) et 43 admettent ne pas connaître le conseil minimal soit 60 % des officinaux interrogés (dont 35 % de pharmaciens, 24 % de préparateurs en pharmacie et 1 % d'étudiants).

Figure 12 : Graphique illustrant la proportion des officinaux sondés connaissant ou non le conseil minimal (n=62)



Parmi les 19 officinaux interrogés ayant répondu « oui » à la question « Connaissez-vous le conseil minimal ? », seulement 3 ont donné une description complète du conseil minimal (les deux questions « Fumez-vous ? » et « Voulez-vous arrêter de fumer ? » sont posées et une remise de documentation ou une aide sont proposées) (voir annexe 12 tableau XIII), et 6 décrivent le conseil minimal avec seulement les deux questions à poser (« Fumez-vous ? » et « Voulez-vous arrêter de fumer ? »).

**Question 10 :** (voir annexe 13 tableau XIV)

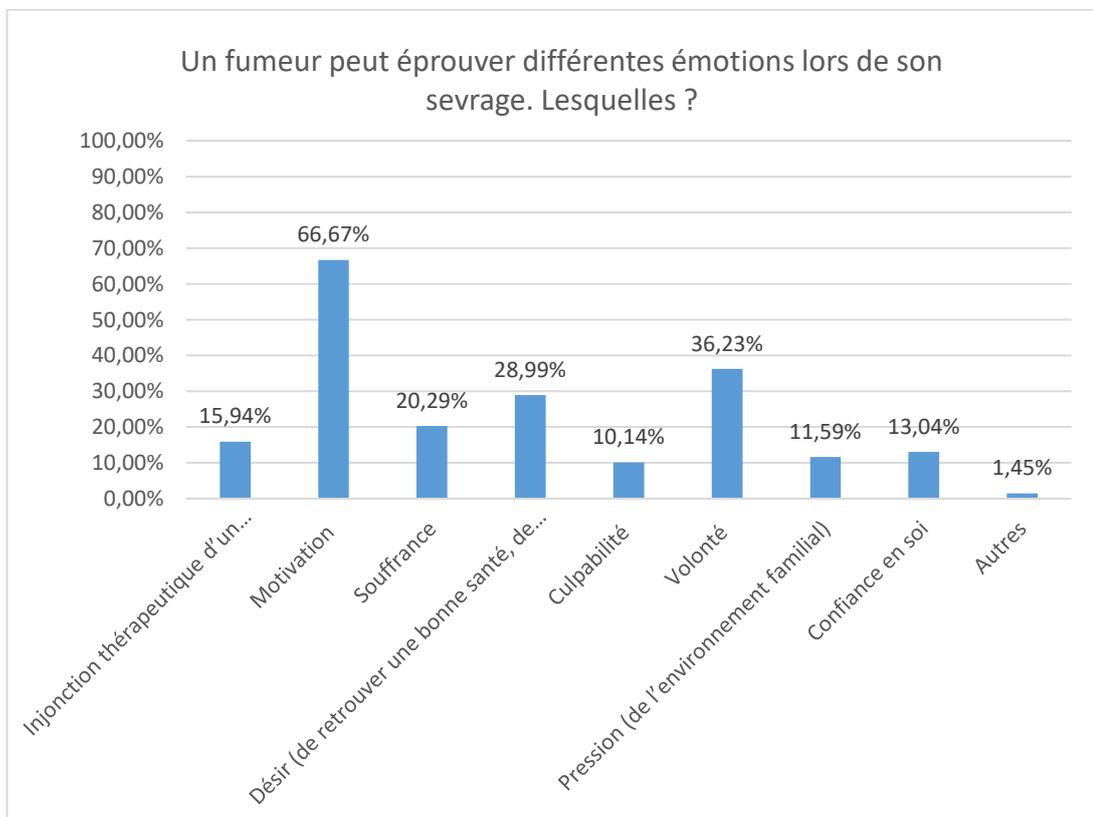
Parmi les officinaux sondés, la plupart d'entre eux (53,5 %) estiment qu'ils doivent tout d'abord adopter une attitude empathique envers le patient fumeur puis une attitude pédagogique et en dernier une attitude dirigiste.

34 % des officinaux interrogés pensent qu'ils doivent avoir dans un premier temps un comportement pédagogique puis un comportement empathique et enfin un comportement dirigiste en dernière position.

**Question 11 :** (voir annexe 14 tableau XV)

Une grande majorité des officinaux interrogés (66,67 %) estiment que la motivation fait partie des ressentis qui sont importants à prendre en compte lors du sevrage d'un fumeur.

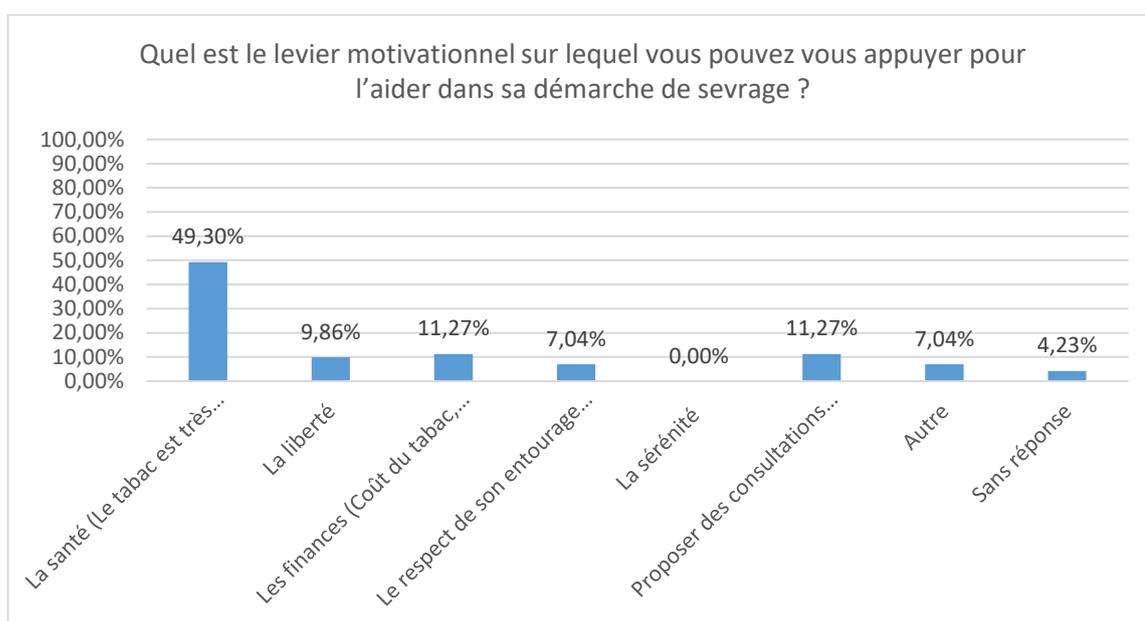
*Figure 13 : Graphique illustrant les ressentis d'un fumeur lors de son sevrage qui sont cités par les officinaux interrogés*



**Question 12 :** (voir annexe 15 tableau XVI)

La majorité des officinaux interrogés (49,30 %) considèrent que la santé est un levier motivationnel sur lequel elles peuvent s'appuyer pour aider un fumeur dans sa démarche de sevrage.

Figure 14 : Graphique représentant le levier motivationnel sur lequel l'équipe officinale pense pouvoir s'appuyer pour aider un fumeur dans sa démarche de sevrage (n=68)



### C) Votre formation

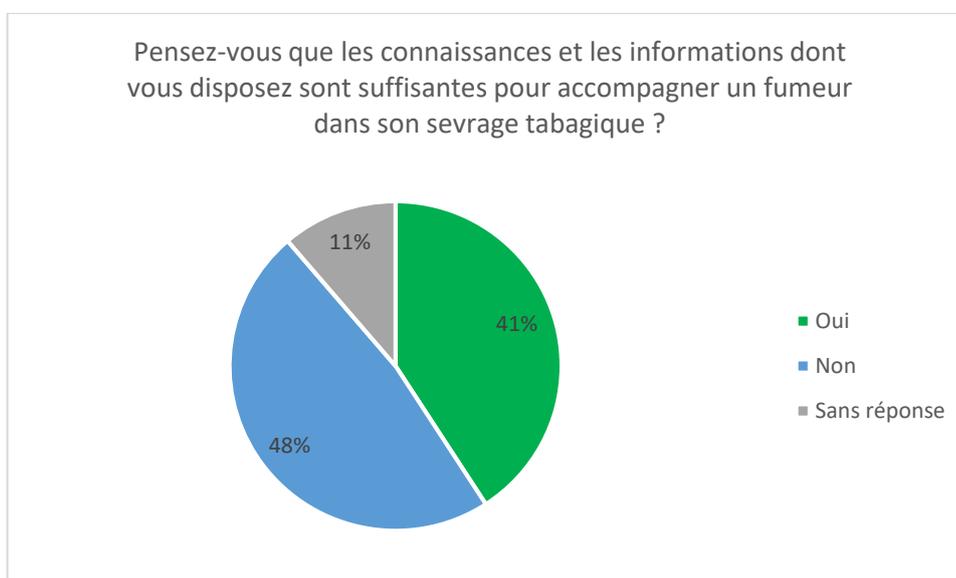
**Question 13 :**

Parmi les officinaux interrogés, un peu plus de la moitié ne pense pas avoir assez de connaissances et d'informations pour accompagner un fumeur dans son sevrage tabagique. Ils sont 47,89 % à le déclarer tandis que 40,85 % (soit 29 officinaux interrogés) pensent avoir assez de connaissances et d'informations.

Parmi les 47,89 % des officinaux ayant répondu « non », les pharmaciens (titulaires et adjoints confondus) sont 31 % à considérer qu'ils n'ont pas suffisamment de connaissances

et d'informations pour accompagner un fumeur dans son sevrage tabagique, les préparateurs sont 15,49 % et les étudiants en pharmacie sont 1,41 % à le penser aussi. Alors que parmi les 41 % des officinaux ayant répondu « oui », les pharmaciens sont 22,54 %, les préparateurs en pharmacies sont 16,90 % et les étudiants en pharmacie sont 1,41 % à juger qu'ils ont suffisamment de connaissances et d'informations pour accompagner un fumeur dans son sevrage tabagique.

*Figure 15 : Graphique illustrant les connaissances des officinaux interrogés en matière de sevrage tabagique (n=63)*



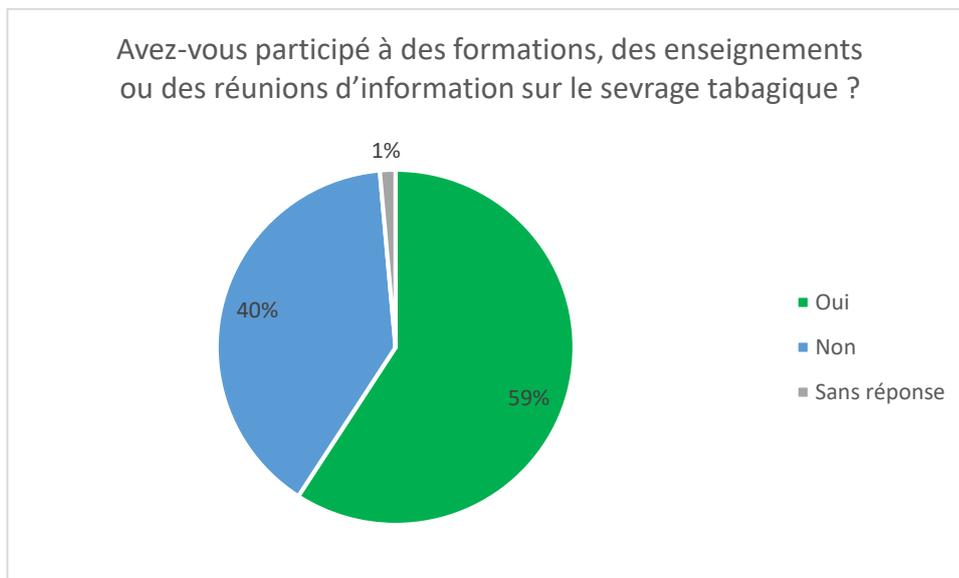
#### **Questions 14 et 14-1 :**

Parmi les officinaux interrogés, 59 % affirment avoir participé à des formations, des enseignements ou des réunions d'information sur le sevrage tabagique.

Parmi les 59 % des officinaux ayant répondu « oui », les pharmaciens (titulaires et adjoints confondus) sont 40 % à avoir assisté à des formations, des enseignements ou des réunions d'information sur le sevrage tabagique, les préparateurs sont 18 % et les étudiants en pharmacie sont 1 % à avoir participé à des formations, des enseignements ou des réunions d'information sur le sevrage tabagique.

Alors que parmi les 40 % des officinaux ayant répondu « non », les pharmaciens sont 23 %, les préparateurs en pharmacies sont 16 % et les étudiants en pharmacie sont 1 % à ne pas avoir pris part à des formations, des enseignements ou des réunions d'information sur le sevrage tabagique.

Figure 16 : Graphique illustrant la proportion des officinaux interrogés ayant participé à des formations, des enseignements ou des réunions d'information sur le sevrage tabagique (n=70)

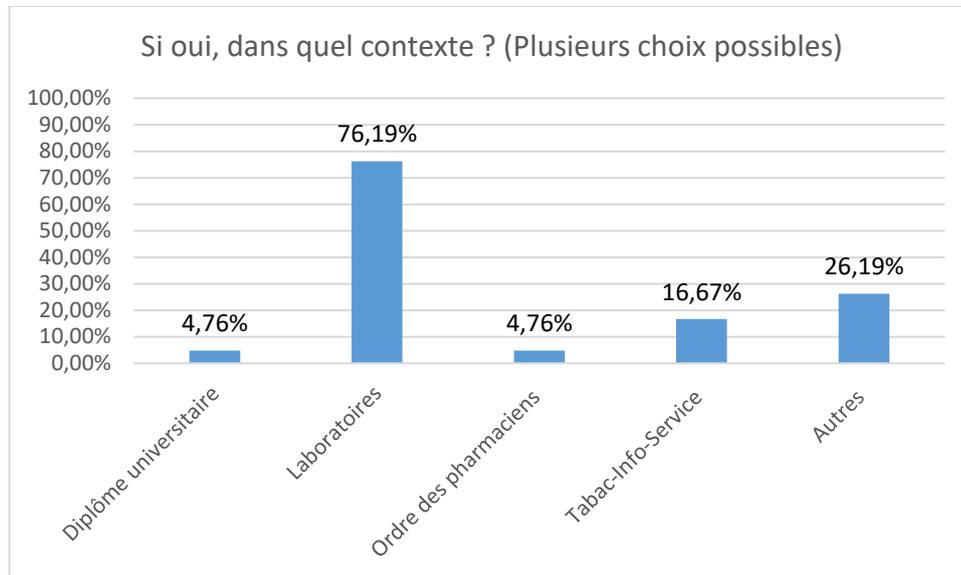


Parmi les propositions de formations faites à l'équipe officinale, la plupart proviennent des laboratoires (76 %).

Tableau VI : Contexte dans lequel les officinaux interrogés ayant répondu « Oui » à la question précédente ont participé à des formations

Si oui, dans quel contexte ?	Effectif
Diplôme universitaire	2
Laboratoires	32
Ordre des pharmaciens	2
Tabac-Info-Service	7
Autres	11
Total	54

Figure 17 : Graphique représentant le contexte dans lequel les officinaux interrogés ayant répondu « Oui » à la question précédente ont participé à des formations



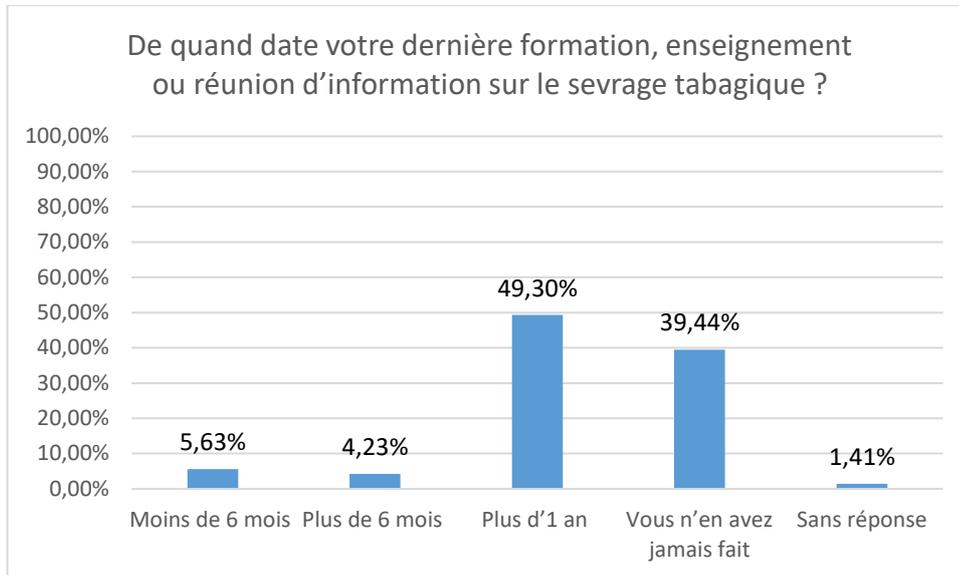
**Question 15 :**

Parmi les 71 officinaux interrogés, pour 5,63 % d'entre eux, la formation date de moins de 6 mois (soit 4 officinaux), pour 4,23 % de plus de 6 mois (soit 3 officinaux), pour 49,30 % d'entre eux de plus d'un an (soit 35 officinaux) et 39,44 % n'ont jamais fait de formations sur le sevrage tabagique (soit 28 officinaux).

Parmi les 49,30 % des officinaux ayant eu une formation datant de plus d'un an, 32,39 % d'entre eux sont des pharmaciens, 15,49 % des préparateurs et 1,41 % des étudiants.

Parmi les 39,44 % des officinaux n'ayant jamais fait de formations sur le sevrage tabagique, 22,54 % d'entre eux sont des pharmaciens, 15,49 % des préparateurs et 1,41 % des étudiants.

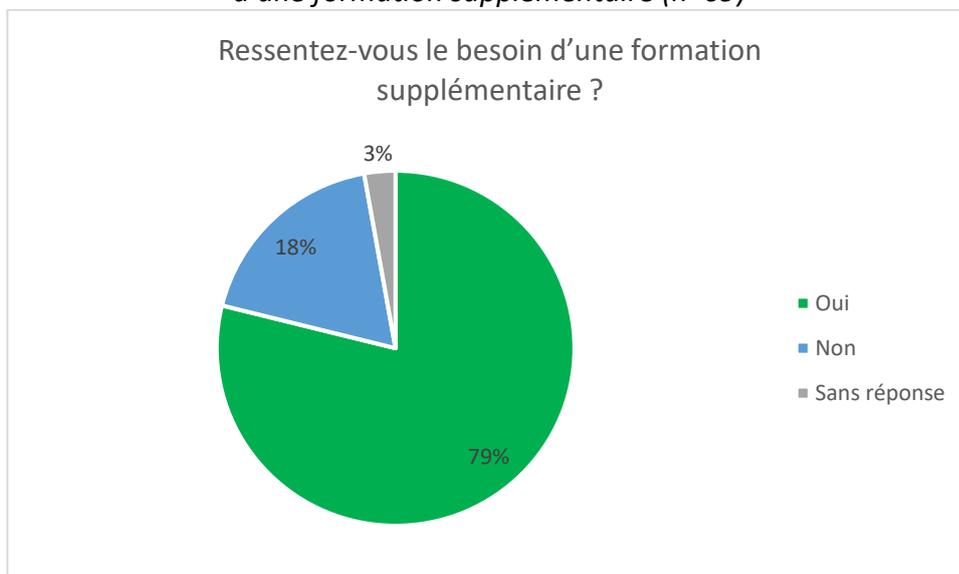
Figure 18 : Graphique illustrant la date de la dernière formation, enseignement ou réunion d'information sur le sevrage tabagique des officinaux interrogés (n=70)



**Questions 16 et 16-1 :**

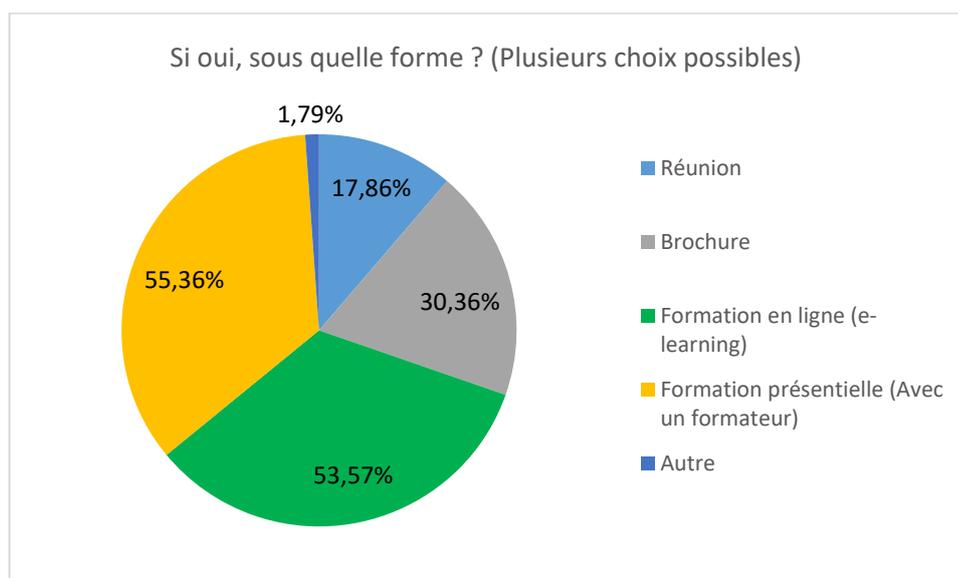
79 % des officinaux interrogés ressentent le besoin d'une formation supplémentaire. Parmi eux, 48 % de pharmaciens (soit 34 pharmaciens) reconnaissent avoir besoin d'une formation supplémentaire, 28 % de préparateurs en pharmacie (soit 20 préparateurs) et 3 % d'étudiants en pharmacie (soit 2 étudiants) éprouvent également le besoin d'une formation supplémentaire.

Figure 19 : Graphique représentant la proportion des officinaux interrogés ayant le besoin d'une formation supplémentaire (n=69)



Parmi les membres de l'équipe officinale souhaitant une formation supplémentaire, 55,4 % (dont 30,4 % de pharmaciens, 23,2 % de préparateurs et 1,8 % d'étudiants en pharmacie) la voudraient sous forme de formation présentielle avec la présence d'un formateur, 53,6 % (dont 41,1 % de pharmaciens et 12,5 % de préparateurs) sont demandeurs de formation sous forme de e-learning (formation en ligne), 30,4 % (dont 16,1 % de pharmaciens, 10,7 % de préparateurs et 3,6 % d'étudiants) la désireraient sous forme de brochure et 17,9 % (dont 12,5 % de pharmaciens, 3,6 % de préparateurs et 1,8 % d'étudiants) sous forme de réunion.

Figure 20 : Graphique illustrant le type de formation que les officinaux sondés souhaiteraient avoir



Sous quelle forme voudriez-vous une formation supplémentaire ?	Effectif
Réunion	10
Brochure	17
Formation en ligne (e-learning)	30
Formation présentielle (avec un formateur)	31
Autre	1
Total	89

## **IV.3 Discussion**

### **IV.3.1 Discussion des résultats**

L'objectif de cette étude descriptive était de faire un état des lieux treize ans après la dernière enquête sur l'évolution des pratiques de prise en charge des patients en sevrage tabagique depuis l'année 2000 réalisée par E. GIRARDOT en 2004 afin de constater une possible évolution des connaissances des officinaux sur le sevrage tabagique et dans la prise en charge et l'accompagnement du fumeur dans son sevrage tabagique, de cerner les compétences des officinaux et identifier leurs perceptions sur le sevrage tabagique et d'évaluer les besoins de formation au sevrage tabagique des officinaux.

L'analyse de nos résultats montre :

#### **Question 1 :**

La moyenne d'âge de l'échantillon est de 37 ans et l'écart-type qui représente la dispersion des âges par rapport à la moyenne est de 10,93 ce qui signifie, compte tenu de la variation de l'âge de notre échantillon qui s'étend de 20 à 65 ans, qu'un large éventail d'âge des officinaux est représenté et donc que l'échantillon est représentatif.

La médiane d'âge, qui correspond à l'âge tel qu'il y a 50 % de l'échantillon en dessous de cet âge et 50 % de l'échantillon au-dessus, est de 33 ans, ce qui indique que la moitié de l'échantillon est âgée de moins de 33 ans, ce qui constitue un échantillon jeune.

#### **Questions 4 et 4-1 :**

Une grande majorité des officinaux déconseille la consommation de cigarettes sous traitement par patch nicotinique en donnant pour principale raison le risque de surdosage en nicotine. Certes, il est préférable de ne pas fumer lorsque le patient utilise un patch nicotinique, cependant comme nous l'expliquions (voir 3<sup>ème</sup> partie III.1.2 question 4) il n'est pas formellement interdit de fumer avec un patch nicotinique.

### **Question 6 :**

La majorité des officinaux parviennent à interpréter le score obtenu au test de Fagerström afin d'évaluer le niveau de dépendance à la nicotine d'un patient fumeur. Néanmoins, la plupart d'entre eux ne poursuivent pas l'interprétation du score notamment en déduisant le type de traitement vers lequel orienter le patient selon le degré de dépendance. En effet, il est important de savoir évaluer le niveau de dépendance à la nicotine afin de proposer un traitement par substitut nicotinique avec un dosage adapté au profil du patient. Le traitement par substituts nicotiniques conditionne en partie la réussite du sevrage tabagique en évitant le risque de sous-dosage qui peut ainsi compromettre le succès du sevrage tabagique.

De plus, le test de Fagerström est facilement disponible sur internet (Tabac-info-service) ainsi que dans des brochures que les laboratoires fournissent.

### **Question 7 :**

La majorité des officinaux interrogés (45 %) évoque la tension et la glycémie outre le poids en tant que signes vitaux que nous pouvons mesurer à l'officine. Aucun d'entre eux n'a mentionné le CO que l'on peut mesurer avec un COtesteur. Pourtant la mesure du CO expiré est une méthode simple, rapide et non invasive pour déterminer le statut tabagique d'un patient c'est-à-dire l'intensité avec laquelle il fume, s'il inhale la fumée et son niveau de dépendance. Il serait intéressant que les pharmacies soient équipées d'appareils pour mesurer le CO expiré et de former l'équipe officinale à leur utilisation. En effet, lorsqu'un patient fumeur vient demander de l'aide pour arrêter de fumer, les pharmaciens ou les préparateurs en pharmacie effectueraient la mesure du CO expiré qui peut s'avérer être un outil important pour l'accompagner en identifiant son mode de consommation et son degré de dépendance, et afin d'évaluer ses besoins en substituts nicotiniques. De plus, la mesure du CO permettrait de suivre l'évolution du taux de CO à chaque consultation de suivi du patient au sein de la pharmacie, de le motiver ainsi que de renforcer sa démarche de sevrage tabagique. Cependant, ces appareils de mesure ont un coût qui varie selon la marque mais il faut compter environ 400 euros (le prix ne prend pas en compte les accessoires tels que les embouts jetables) pour se procurer un appareil de mesure du CO expiré (108). Ainsi, les

pharmaciens peuvent être réticents à l'idée de devoir investir une telle somme pour équiper leur pharmacie d'un appareil de mesure du CO expiré. Néanmoins, cet appareil reste un outil utile et complémentaire pour l'aide au sevrage tabagique.

Par ailleurs, trois pharmaciens ont fait la remarque que le poids n'était pas un signe vital. Toutefois, le surpoids, l'obésité ou à l'inverse l'anorexie mentale peuvent avoir de graves conséquences. En effet, selon l'OMS, la hausse de l'indice de masse corporelle (IMC) est un facteur de risque majeur pour certaines maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires qui étaient la première cause de décès en 2012 (117). De même, l'anorexie mentale peut entraîner des atteintes cardiovasculaires comme une baisse du rythme cardiaque, des troubles du rythme et des hypotensions, ainsi que des complications potentiellement fatales (118). De plus, le poids est un facteur important à prendre en considération dans certaines pathologies telles que les cancers où il est un signe cardinal avec les « 3 A » : anorexie/amaigrissement/asthénie qui correspondent à une altération de l'état général, et dont le suivi est essentiel pour adapter le traitement, dans certaines populations telles que chez les femmes enceintes (importance du suivi du poids pendant leur grossesse), dans les pays en voie de développement dont la population souffre de dénutrition aux conséquences souvent mortelles.

### **Questions 9 et 9-1 :**

Très peu d'officinaux (27 %) pensent connaître le conseil minimal. Ce chiffre se réduit lorsque nous nous intéressons aux réponses données pour le décrire. En effet, parmi les 19 officinaux pensant connaître le conseil minimal, seulement 3 (dont deux pharmaciens et un préparateur en pharmacie) définissent clairement le conseil minimal et 6 (dont 4 pharmaciens et 2 préparateurs en pharmacie) font une description précise mais incomplète du conseil minimal (il manque la remise de documentation), ce qui revient à un total de 9 officinaux qui connaissent le conseil minimal, abaissant ainsi le chiffre à 13 %. Ce qui montre que la connaissance du conseil minimal par les officinaux est faible.

Parmi eux, 6 pharmaciens connaissent le conseil minimal, ce qui représente 14 % des pharmaciens interrogés. Lors de leurs enquêtes, C. PERRIER avait trouvé un seul pharmacien connaissant le conseil minimal, soit 2 % des pharmaciens et E. GIRARDOT en avait trouvé 5

soit 9 % des pharmaciens. Nous pouvons donc constater une augmentation de la connaissance du conseil minimal par les pharmaciens. Toutefois, celle-ci reste insuffisante.

#### **Question 10 :**

Les officinaux sont 53,5 % à penser qu'ils doivent adopter en priorité une attitude empathique envers les patients fumeurs.

Un pharmacien a noté, après avoir répondu que le pharmacien devait être empathique en priorité puis pédagogue et enfin dirigiste, « mais le pharmacien se doit d'être empathique, pédagogue et dirigiste quelque soit le patient et son traitement ». Il ne s'agissait pas dans cette question de déterminer qu'un seul type de relationnel à avoir avec les patients mais d'adopter l'attitude la plus adéquate à chaque situation. Si le pharmacien impose dès le départ à son patient la démarche à suivre pour arrêter de fumer, le patient pourra être réfréné dans son sevrage tabagique.

#### **Question 11 :**

Une grande majorité des officinaux interrogés (66,67 %) estiment que la motivation fait partie des ressentis qui sont importants à prendre en compte lors du sevrage d'un fumeur. Certes, la motivation est un élément primordial à prendre en compte avant de débiter un sevrage tabagique (voir 2<sup>ème</sup> partie I.1.2). Toutefois, il ne faut pas sous-estimer la souffrance et la culpabilité des patients en sevrage tabagique.

Un préparateur en pharmacie, ancien fumeur, ayant répondu « motivation » et « désir (de retrouver une bonne santé, de refaire du sport etc.) » témoigne en disant que ce fut son cas.

#### **Question 12 :**

La majorité des officinaux interrogés (49,30 %) considèrent que la santé est un levier motivationnel sur lequel ils peuvent s'appuyer pour aider un fumeur dans sa démarche de sevrage. Seulement 10 % des officinaux citent la liberté en tant que levier motivationnel pour aider un fumeur à arrêter de fumer.

Plusieurs remarques ont été faites de la part des officinaux, notamment sur la difficulté de choisir qu'un seul levier car le choix se fera en fonction du profil du patient.

### **Question 13 :**

Les officinaux sont nombreux (48 %) à penser que leur niveau de connaissances et d'informations pour accompagner un fumeur dans son sevrage tabagique n'est pas suffisant.

Lors de leurs enquêtes, respectivement en 2000 et en 2004, C. PERRIER et E. GIRARDOT avaient montré que la grande majorité des pharmaciens interrogés pensait avoir assez de connaissances et d'informations pour aider un fumeur au sevrage tabagique (87,5 % en 2000 et 85 % en 2004). Contrairement à leurs résultats, notre enquête révèle que parmi les pharmaciens interrogés, seulement 36 % des pharmaciens pensent avoir des connaissances suffisantes concernant le sevrage tabagique alors que 50 % d'entre eux considèrent ne pas avoir assez de connaissances et d'informations pour aider un fumeur au sevrage tabagique.

Le fait que les pharmaciens jugeaient avoir suffisamment de connaissances et d'informations pour aider un fumeur au sevrage tabagique dans les enquêtes de C. PERRIER et E. GIRARDOT, pourrait s'expliquer par la mise en place de formations sur l'accompagnement au sevrage tabagique suite au délistage des substituts nicotiniques en 1999 et donc à la participation peut-être plus nombreuse des pharmaciens.

Depuis le délistage des substituts nicotiniques, il est possible que le nombre de formations ait diminué. Ainsi, un plus grand nombre de pharmaciens estime ne pas avoir assez de connaissances et d'informations pour accompagner un fumeur dans son sevrage tabagique.

### **Questions 14 et 14-1 :**

Parmi les pharmaciens interrogés, 64 % ont assisté à des formations, des enseignements ou des réunions d'information sur le sevrage tabagique. C. PERRIER et E. GIRARDOT avaient trouvé lors de leurs enquêtes, respectivement, qu'un peu moins de la moitié (47%) des pharmaciens interrogés avaient assisté à des formations ou des réunions d'information et 59 % des pharmaciens interrogés avaient assisté à une formation sur le sevrage tabagique.

Nous pouvons donc constater qu'il y a plus de pharmaciens ayant participé à des formations sur le sevrage tabagique en 2017 qu'en 2000 et 2004. Cependant, les résultats de la question 13 montrent que 50 % des pharmaciens interrogés considèrent ne pas avoir assez de connaissances et d'informations pour aider un fumeur au sevrage tabagique, ce qui pourrait porter à croire à un manque de formation et/ou à une moindre participation des pharmaciens aux formations. Or, nos résultats montrent qu'ils sont plus de la moitié des pharmaciens interrogés à avoir pris part à des formations, des enseignements ou des réunions d'information sur le sevrage tabagique. Est-ce que ce manque de connaissances indique que les formations sont de moins bonne qualité ? Sachant que, parmi les propositions de formations faites aux pharmaciens, elles sont majoritairement réalisées par les laboratoires (41 %), bien souvent rapidement au sein de l'officine lors d'une journée de travail. De plus, comme le soulignait déjà C. PERRIER lors de son enquête en 2000, les laboratoires ciblent leurs formations sur l'utilisation de leurs produits, bien qu'elles soient de bonne qualité, ils n'ont pas pour objectif la formation sur le sevrage tabagique dans son ensemble. D'où notre interrogation sur la qualité de ces formations.

Pour deux pharmaciens, la formation sur le sevrage tabagique provenait de l'Ordre des Pharmaciens. En effet, entre Octobre 2000 et Décembre 2001, l'Ordre des Pharmaciens en partenariat avec le Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (Cespharm), le Comité Français d'Education pour la Santé (CFES, devenu INPES) et l'Union Technique Inter Pharmaceutique (UTIP) a organisé, suite au délistage de l'ensemble des substituts nicotiques en décembre 1999, une formation au sevrage tabagique intitulée « Pharmacien et fumeur » qui avait pour but de donner aux pharmaciens les moyens d'intervenir à l'officine dans l'abord du fumeur, l'initiation du sevrage, le suivi pharmaceutique et l'accompagnement psychologique de la personne qui arrête de fumer (60).

Deux autres pharmaciens mentionnent le Diplôme Universitaire (DU) comme contexte dans lequel ils ont participé à des formations, des enseignements ou des réunions d'information sur le sevrage tabagique. Cependant, lorsque l'on se penche sur ces deux déclarations, nous pouvons remarquer que l'un a répondu « non » à la question 13, ce qui signifie qu'il pense ne pas avoir assez de connaissances concernant le sevrage tabagique, et « oui » à la question 16, ce qui veut dire qu'il ressent le besoin d'une formation supplémentaire. De même, le

deuxième pharmacien a répondu « oui » à la question 16 (il n'a pas répondu à la question 13), ce qui indique qu'il a également besoin d'une formation supplémentaire. Or, s'il s'agit bien du DU de tabacologie dont ils font mention, le DU de tabacologie offre une formation complète sur le sevrage tabagique et donc, bien que les connaissances sont toujours à approfondir, il semblerait que le DU leur ait apporté tous les éléments nécessaires à la prise en charge d'un fumeur en sevrage tabagique. De plus, le croisement des données des inscrits et des professions représentées au DIU de tabacologie de la région Centre-Est (Lyon, Saint-Etienne, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble) indique très peu de pharmaciens et ces dernières années ne montrent pas de pharmaciens du bassin grenoblois parmi les professionnels de santé (kinésithérapeutes, médecins, sages-femmes, psychologues, éducateurs de santé, dentistes).

Par ailleurs, l'intitulé de la proposition n'était peut-être pas assez explicite et par conséquent cela a pu entraîner une confusion avec les enseignements dispensés à la faculté de Pharmacie. Nous aurions dû préciser « Diplôme Universitaire de tabacologie ».

D'autre part, 16,67 % des officinaux interrogés ont consulté le site [www.tabac-info-service.fr](http://www.tabac-info-service.fr) afin de s'informer et se former sur le sevrage tabagique. Cette action permet d'exprimer l'engagement personnel de certains officinaux pour se former et peut témoigner un certain intérêt au sevrage tabagique de ces officinaux. Toutefois ce chiffre paraît faible et représente seulement 7 officinaux au total qui ont utilisé le dispositif internet tabac-info-service. Est-ce que l'outil informatique n'est pas apprécié par les membres de l'équipe officinale ? Gardons en tête que l'un de nos objectifs était de mettre en place un e-learning sur le sevrage tabagique. Est-ce que cela veut dire que les officinaux ne sont pas encore prêts à utiliser l'informatique pour se former ?

Ainsi, peu d'officinaux évoquent tabac-info-service pour se former. Pourtant ce site s'adresse aussi bien aux patients qu'aux professionnels de santé en mettant à disposition les outils et les documents nécessaires afin de permettre de conseiller et d'aider les patients fumeurs dans leur démarche d'arrêt.

Enfin, parmi les deux étudiants en pharmacie ayant répondu à l'enquête, un seul étudiant de 23 ans (ce qui correspondrait à un étudiant de 5<sup>ème</sup> année de pharmacie) a répondu avoir assisté aux cours dispensés à la faculté de Pharmacie. Il semble logique que l'étudiant de 20

ans (ce qui correspondrait à un étudiant de 2<sup>ème</sup> année de pharmacie) ait répondu n'avoir jamais participé à des enseignements à la faculté sachant que dans le cursus de la Formation Générale en Sciences Pharmaceutiques (FGSP) le sevrage tabagique n'est abordé qu'à partir de la troisième année.

#### **Question 15 :**

Parmi les officinaux interrogés, seulement 4 dont 3 pharmaciens et un préparateur ont donc eu une formation récente (moins de 6 mois) sur le sevrage tabagique. Pour une grande majorité d'entre eux (49,30 % dont 32,39 % de pharmaciens et 15,49 % de préparateurs) leur formation date de plus d'un an et 39,44 % des officinaux, dont 22,54 % de pharmaciens et 15,49 % de préparateurs, n'ont jamais assisté à de formations sur le sevrage tabagique.

Lors de son enquête en 2004, E. GIRARDOT faisait également ce constat que peu de pharmaciens avaient eu une formation récente en matière de sevrage tabagique.

Ce constat nous amène à nous poser la question s'il existe un réel manque de formation ou est-ce que les pharmaciens sont-ils moins motivés ? Cette question n'a pas été abordée pendant notre enquête cependant elle l'a été dans l'enquête d'E. GIRARDOT qui révélait que « les pharmaciens étaient confrontés à des propositions de formations sur divers sujets, plusieurs fois par semaine, et qu'il arrivait donc un moment où un choix s'imposait et comme les formations ont lieu en soirée, en dehors des heures de travail, cela impliquait des priorités y alliant leur vie personnelle ».

#### **Questions 16 et 16-1 :**

Une large majorité des officinaux ayant répondu à l'enquête ressent le besoin d'une formation supplémentaire.

Lorsque nous nous intéressons aux pharmaciens, notre enquête révèle que parmi les pharmaciens interrogés, 77 % d'entre eux éprouvent le besoin d'une formation supplémentaire. Au regard des enquêtes de C. PERRIER et E. GIRARDOT, notre enquête montre que les pharmaciens ont un plus grand besoin d'approfondir ainsi que de consolider leurs connaissances. En effet, lors de son enquête en 2000, C. PERRIER avait trouvé que peu de pharmaciens (34 %) ressentaient le besoin d'une information supplémentaire et E.

GIRARDOT dans son enquête en 2004 avait trouvé que 46 % des pharmaciens pensaient avoir besoin d'une formation supplémentaire. Comme nous l'avons remarqué précédemment, au début des années 2000 suite au délistage des substituts nicotiniques, des formations sur le sevrage tabagique ont été organisées afin que les officinaux puissent venir en aide aux fumeurs et les accompagner dans leur démarche d'arrêt du tabac. Par conséquent, les pharmaciens estimaient qu'ils n'avaient pas besoin d'une formation supplémentaire.

Nous pouvons noter que les deux étudiants en pharmacie ressentent le besoin d'une formation supplémentaire. En effet, comme nous l'avons dit précédemment, un des étudiants n'a vraisemblablement pas encore assisté à des enseignements à la faculté de Pharmacie sur le sevrage tabagique d'où son besoin de formation. En revanche, ce résultat semble étonnant pour l'un des étudiants. En effet, il est censé avoir abordé assez récemment le sevrage tabagique lors de son cursus et devrait donc avoir les connaissances nécessaires afin d'aider un fumeur dans son sevrage. Cependant, cet étudiant peut éprouver le besoin d'approfondir ses connaissances en matière de sevrage tabagique bien qu'il ait déjà traité le sujet.

Pour la majorité des officinaux leur choix de formation se reporte dans un premier temps sur la formation présentielle et dans un deuxième temps sur la formation en ligne (e-learning). Les préparateurs en pharmacie sont plus nombreux à vouloir une formation sous forme de formation présentielle alors qu'un plus grand nombre de pharmaciens sont demandeurs d'une formation sous forme de e-learning. Ces deux méthodes de formation semblent être appréciées par les officinaux. En effet, la formation présentielle est réalisée par un professionnel de santé qui est présent afin de répondre aux questions sur lesquelles les officinaux peuvent s'interroger. Le professionnel de santé peut leur apporter des réponses plus précises et adaptées à chacun et à chaque situation. La formation en ligne offre également quelques avantages. En effet, la formation peut se faire à n'importe quel moment de la journée, aussi bien au travail que tranquillement, au repos, à la maison. Ainsi, l'officiel peut choisir le moment qui lui paraît le plus adapté et l'endroit qui lui convient afin de se former.

30,4 % optent pour une formation sous forme de brochure. Cette méthode de formation permet d'apporter des informations de manière claire et concise. De plus, les officinaux peuvent la garder à portée de main et la consulter rapidement en cas de besoin.

En croisant les réponses de la question 13 avec celles de la question 16, nous observons que les 22 pharmaciens ne pensant pas avoir suffisamment de connaissances pour accompagner un fumeur dans son sevrage tabagique ressentent le besoin d'une formation supplémentaire. De même, les 11 préparateurs en pharmacie ne croyant pas avoir assez de connaissances éprouvent le besoin d'une formation supplémentaire. Cette observation permet de montrer que les officinaux reconnaissent leur manque de connaissances concernant le sevrage tabagique mais qu'ils sont soucieux de combler ce manque en se formant dans ce domaine.

Nous pouvons également voir que parmi les 16 pharmaciens estimant avoir assez de connaissances, 62,5 % ressentent quand même le besoin d'une formation supplémentaire. De même, parmi les 12 préparateurs pensant avoir suffisamment de connaissances, 75 % ressentent néanmoins le besoin d'une formation supplémentaire. Cela permet de prouver que les officinaux sont désireux d'améliorer leurs connaissances en matière de sevrage tabagique et de progresser dans ce domaine.

En somme, la majorité des officinaux interrogés ne pensent pas avoir suffisamment de connaissances pour accompagner un fumeur dans son sevrage tabagique et ressentent le besoin d'une formation supplémentaire.

#### **IV.3.2 Discussion sur l'enquête**

La méthodologie de cette étude a certes des limites. Il faut tout d'abord souligner que l'enquête repose sur du déclaratif. De plus, nous n'étions pas présents lorsque les pharmaciens et préparateurs en pharmacie remplissaient le questionnaire puisque nous avons convenu de laisser un délai d'une semaine avant de récupérer les questionnaires afin qu'ils aient le temps de répondre à l'enquête. Ainsi, même si nous avons bien souligné lorsque nous avons remis les questionnaires l'importance de répondre de manière

spontanée afin que l'interprétation des données ne soit pas erronée, certains auraient pu être tentés de trouver des informations dans des ouvrages ou par le biais d'internet ou alors de répondre à plusieurs afin de s'aider et dans l'intention de répondre correctement aux questionnaires. Afin d'éviter un tel biais, il aurait peut-être fallu se mettre d'accord avec l'équipe officinale pour convenir d'un moment où nous pouvions venir et rester auprès d'elle pendant un temps défini pour répondre à l'enquête. Cette étude présente donc un biais de déclaration des pharmaciens d'officine et des préparateurs en pharmacie.

D'autre part, le choix des pharmacies dans lesquelles les membres de l'équipe ont été interrogés n'était pas aléatoire, ce qui constitue un biais lié au mode de recrutement des pharmacies. En effet, les pharmacies sélectionnées pour participer à l'étude devaient être des pharmacies d'officine de la ville de Grenoble.

En outre, la manière dont ont été rédigées certaines questions de l'enquête a fait que celles-ci n'étaient peut-être pas claires voire ont peut-être été mal formulées, ce qui a pu induire une mauvaise compréhension des questions et donc entraîner un biais pour l'interprétation des résultats.

L'enquête comporte des questions ouvertes qui ont rendu l'exploitation des données plus difficile. D'une manière générale, les questions ouvertes ne sont pas beaucoup appréciées par les personnes sondées car celles-ci demandent un temps de réflexion nettement plus long et donc augmente la durée de remplissage du questionnaire, ce qui peut entraîner un comportement d'évitement de la part des officinaux. Certains officinaux (ceux ayant motivé leur refus de répondre à l'enquête ainsi que ceux ayant répondu aux questionnaires) nous ont reprochés le grand nombre de questions présent dans ce questionnaire et notamment la présence de questions ouvertes. Pourtant, au vu de l'effectif de réponse aux questions ouvertes 2, 3, 5, 6 et 7 (respectivement  $n=68$ , 66, 69, 63, 66), nous pouvons voir que finalement celles-ci ont bien été acceptées par les officinaux qui ont fait un effort de réflexion pour répondre à ces questions.

Par ailleurs, nous aurions pu ajouter une question dans l'enquête sur le type de pharmacies d'officine (taille de la pharmacie, localisation de la pharmacie : centre commercial, rurale, urbaine) dans lequel les pharmaciens et préparateurs en pharmacie travaillent ainsi que le type de clientèle (de quartier, de passage) qui fréquente ces pharmacies. En effet, selon le

type de pharmacies et le genre de clientèle d'une pharmacie, la prise en charge et l'accompagnement d'un patient fumeur dans son sevrage tabagique peuvent être différents. Lors de notre passage dans une pharmacie d'officine située dans un quartier populaire de Grenoble, nous avons pu nous entretenir avec le pharmacien titulaire qui nous a fait part de son témoignage en ce qui concerne la formation et le type de pharmacies. En effet, selon la titulaire « La formation dépend de la structure, s'il s'agit d'une petite ou grande pharmacie. De plus, il y a des négociations avec les laboratoires pharmaceutiques pour les prix des substituts nicotiques. Nous avons plus ou moins de remises et donc les substituts nicotiques sont plus ou moins chers. Les ventes dépendent aussi de la population, si elle est défavorisée ou non. ». Elle nous explique également qu'elle et son équipe font la démarche, par exemple pour une ordonnance de coronopathie, mais qu'ils ne vont pas plus loin car les substituts nicotiques sont trop chers donc ils envoient les patients dans d'autres pharmacies notamment celles où ils savent que les substituts nicotiques sont à de meilleurs prix. La titulaire suggère qu'il faudrait un prix de base pour les substituts nicotiques. Enfin, elle conclut notre conversation en soulignant qu'elle n'a pas remarqué d'impact depuis l'aide financière au sevrage tabagique de 150 euros par an de la sécurité sociale.

Néanmoins, nous pouvons relever certains points positifs. Le premier point est le taux de réponses des officinaux qui est de 71 % dans notre étude. Nous pouvons constater que le mode de diffusion des questionnaires a une influence sur le taux de participation. En effet, lorsque le questionnaire a été envoyé par mail au début de notre enquête, le taux de réponses était très faible (3 %) tandis que la diffusion des questionnaires en version papier en main propre aux officinaux s'est révélée être plus fructueuse.

Le deuxième point est le délai d'une semaine accordé aux officinaux pour répondre aux questionnaires. 46 officinaux ont rempli le questionnaire en respectant ce délai. Les officinaux ont été nombreux à préciser le manque de temps pour répondre dans l'immédiat à l'enquête. Le fait de laisser un délai pour répondre aux questionnaires a permis de donner la liberté aux officinaux de choisir le moment le plus propice pour y répondre.

Le troisième point positif est le fait d'apporter et de récupérer les questionnaires directement à la pharmacie. Nous avons pu exposer le but du questionnaire ainsi que

répondre aux interrogations des officinaux sur des questions afin d'éclaircir certains points. Même si très peu d'officinaux ont exprimé le besoin de reprendre le questionnaire ensemble ou de clarifier certains points. De plus, le fait de se déplacer au sein de chaque pharmacie a permis de nous entretenir avec les officinaux et d'apprendre des informations intéressantes et enrichissantes.

### **IV.3.3 Perspectives**

Les résultats de notre enquête nous permettent de formuler des propositions d'actions à mener dans l'intention d'améliorer et consolider les connaissances des officinaux sur le sevrage tabagique afin d'obtenir une meilleure prise en charge du patient fumeur désirant arrêter de fumer ainsi qu'un accompagnement optimal de celui-ci dans son sevrage tabagique.

Notre étude a permis de mettre en évidence certaines lacunes dans les connaissances des officinaux notamment en ce qui concerne le conseil minimal, 13 % seulement des officinaux le connaissent, et le fait de fumer avec un patch nicotinique, 79 % des officinaux déconseillent la consommation de cigarettes sous traitement par patch nicotinique. En cohérence avec ces résultats, un grand nombre d'officinaux (48 %) interrogés dans notre enquête ne pense pas avoir assez de connaissances et d'informations pour accompagner un fumeur dans son sevrage tabagique. De plus, la grande majorité des officinaux (79 %) ayant répondu à l'enquête ressent le besoin d'une formation supplémentaire sous la forme d'une formation présentielle avec la présence d'un formateur et sous la forme d'une formation en ligne.

Ainsi, il serait intéressant d'améliorer la formation des officinaux sur le sevrage tabagique et l'accompagnement du patient fumeur dans son sevrage tabagique en mettant en place dans un premier temps une formation en ligne puis en organisant dans un second temps une formation présentielle animée par des professionnels de santé compétents dans le domaine du sevrage tabagique. A la fin de la présentation, une brochure reprenant les points essentiels du sevrage tabagique pourra être remise à l'assistance.

Une deuxième action serait d'équiper les pharmacies d'officine d'un appareil de mesure du CO expiré. En effet, comme nous l'avons déjà expliqué précédemment (voir 3<sup>ème</sup> partie IV.3.1

question 7), il s'agit d'une mesure facile et rapide que les officinaux pourraient utiliser à chaque fois qu'un fumeur demande de l'aide pour arrêter de fumer ou simplement si un fumeur a besoin d'informations ou de conseils sur le sevrage tabagique sans nécessairement avoir envie d'arrêter de fumer. Les résultats des mesures permettraient d'encourager les fumeurs dans leur démarche d'arrêt du tabac.

Le but ultime de la formation des officinaux sur la prise en charge du sevrage tabagique d'un patient fumeur est de pouvoir mettre en place des consultations de suivi à l'officine afin d'accompagner le fumeur dans son sevrage tabagique. Les officinaux pourraient s'appuyer sur ce qui se fait, par exemple, en consultation de tabacologie au CHU de Grenoble (voir annexes 16 et 17). Lors de la consultation initiale, outre le recueil de données sociodémographiques (âge, sexe, situation professionnelle) et morphologiques (poids, taille) ainsi que des antécédents et maladies et traitements actuels, le tabacologue fait le point sur le tabagisme du patient fumeur notamment en effectuant divers tests (test de la motivation, test de Fagerström) et en l'interrogeant sur le type de fumeur qu'il est (consommation, environnement, arrêts antérieurs), sur ses motivations à l'arrêt du tabac, sur son degré de dépendance au tabac (psychologique, physique) et sur les difficultés éventuelles (santé, anxiété, situation professionnelle...). Le tabacologue réalise également la mesure du CO expiré. Des documents d'aide au sevrage tabagique (conseils diététiques, de relaxation, d'activité physique) sont remis au patient durant la consultation. A l'issue de cette consultation, le tabacologue prescrit des substituts nicotiniques adaptés à chaque cas. Lors des consultations de suivi, volontairement rapprochées au début du sevrage, une fiche « suivi » est instaurée et le tabacologue fait un point sur l'arrêt du tabac (bénéfices, difficultés rencontrées, effets indésirables). Il contrôle également la diminution du taux de CO. Les doses de substituts nicotiniques sont réadaptées et progressivement diminuées.

En Auvergne, un pharmacien d'officine a fait l'expérience de mettre en place des consultations pour la prise en charge et l'accompagnement du patient fumeur dans son sevrage tabagique (119). L'accompagnement se fait sur rendez-vous. Lors du premier rendez-vous, le pharmacien recueille les données sociodémographiques (âge, sexe, catégorie socio-professionnelle), les données morphologiques telles que le poids, la taille et le périmètre abdominal, les antécédents cliniques du patient fumeur. Il prend également la mesure de la tension artérielle ainsi que la mesure du CO expiré. Il s'intéresse également aux

données sur l'histoire et le comportement tabagique du patient fumeur (âge de la première cigarette, nombre de cigarettes par jour, ancienneté tabagique, dépendance, motivation,...). A l'issue du premier rendez-vous, deux choix s'offrent à lui, soit il oriente les patients vers des structures spécialisées si le contexte clinique est particulier, soit il prend en charge à l'officine le patient fumeur. Dans ce cas, il organise l'accompagnement et le suivi du patient (réponses aux questions de celui-ci s'il en a, choix et explication du traitement, explication du calendrier des rendez-vous et date du prochain par écrit, explication et remise d'une fiche de suivi), il assure la délivrance de substituts nicotiniques, il prodigue des conseils hygiéno-diététiques et enfin il remet des brochures informatives adaptées.

De cette expérimentation, il en ressort la faisabilité et l'efficacité de cette pratique (119,120). En effet, le pharmacien a pu observer un taux de sevrage à 6 mois de 31 % (16 patients sur 51) et un taux de sevrage à 12 mois de 18 % (9 patients sur 51).

Ainsi, cette expérience démontre que dans la pratique officinale la prise en charge des patients fumeurs à l'officine est possible à condition d'avoir une équipe officinale formée et motivée.

## **CONCLUSION**

**THÈSE SOUTENUE PAR :** Caroline GROS

**TITRE :** LA FORMATION AU SEVRAGE TABAGIQUE DES OFFICINAUX : ETAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES VIA UNE ENQUETE SUR GRENOBLE

**CONCLUSION :**

Les chances de succès d'un sevrage tabagique sont plus élevées lorsque le patient est conseillé et accompagné par un professionnel de santé. Le pharmacien d'officine et son équipe, acteurs de santé publique accessibles et disponibles, ont donc un rôle important à jouer dans la prise en charge et l'accompagnement d'un fumeur dans son sevrage tabagique. Néanmoins, l'aide et le suivi d'un patient fumeur pendant son sevrage tabagique nécessitent que l'équipe officinale soit suffisamment formée et donc qualifiée pour assurer une bonne prise en charge du patient.

L'enquête menée auprès des pharmaciens d'officine et des préparateurs en pharmacie de Grenoble a pour objectif de présenter un état des lieux de l'évolution des connaissances des officinaux sur le sevrage tabagique et dans la prise en charge du fumeur ainsi que d'évaluer les besoins de formation au sevrage tabagique des officinaux depuis l'enquête de C. PERRIER effectuée d'avril à juin 2000 et celle de E. GIRARDOT réalisée de mai à juillet 2004 dans le cadre d'une thèse pour l'obtention du doctorat en pharmacie.

De juin à juillet 2017, nous nous sommes rendus dans 50 pharmacies de Grenoble afin de remettre le questionnaire à un pharmacien (titulaire ou adjoint) et à un préparateur en pharmacie (ou deux pharmaciens lorsque l'équipe officinale ne comportait pas de préparateurs en pharmacie). Un délai de sept jours était donné aux officinaux pour remplir le questionnaire. Au bout de ces sept jours, les questionnaires ont été récupérés.

L'étude a permis de recueillir un échantillon de 71 réponses.

Les résultats principaux sont les suivants :

Il ressort de cette enquête que très peu d'officinaux interrogés connaissent le conseil minimal. En ce qui concerne la formation, 39 % des officinaux n'ont jamais assisté à une formation sur le sevrage tabagique et peu d'officinaux ont eu une formation récente en matière de sevrage tabagique. De ce fait, les officinaux sont nombreux à reconnaître que

leur niveau de connaissances et d'informations pour accompagner un fumeur dans son sevrage tabagique n'est pas suffisant.

Cette enquête a également mis en évidence qu'une large majorité des officinaux ressent le besoin d'une formation supplémentaire.

La prise en charge du fumeur à l'officine peut être améliorée en formant les officinaux au sevrage tabagique.

Depuis la loi HPST de 2009, les missions du pharmacien d'officine sont renforcées. Il participe à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients ainsi qu'à la coopération entre professionnels de santé. Ainsi, l'implication des officinaux dans le sevrage tabagique est possible notamment en mettant en place des consultations à l'officine pour accompagner le patient dans son sevrage tabagique. Dans la pratique officinale, nous avons pu voir que la prise en charge des fumeurs par le biais de consultations était possible. Il faut pour cela lever certains freins émanant de l'exercice officinal et des officinaux tels que le manque de temps pour la prise en charge des fumeurs, l'absence d'espace de confidentialité, l'absence de rémunération et de valorisation de l'acte officinal, les prix des substituts nicotiniques non harmonisés, le manque de formation et d'intérêt des officinaux pour le sevrage tabagique.

Les officinaux jouent un rôle stratégique dans la lutte contre le tabagisme. La prise en charge et l'accompagnement du fumeur dans son sevrage tabagique à l'officine ne peuvent être établis que si l'équipe officinale est motivée, engagée et formée, en partenariat avec les autres professionnels de santé.

**VU ET PERMIS D'IMPRIMER**

Grenoble, le : 07/12/2017

**LE DOYEN**

Pour la Présidente  
et par délégation  
Le Doyen des Pharmaciens  
Pr. Michel SÈVE



**Pr. Michel SÈVE**

**LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE**



**Pr. Christophe RIBUOT**

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. OMS | Tabagisme [Internet]. [cité 28 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/>
2. OMS | Journée mondiale sans tabac 2017 [Internet]. WHO. [cité 28 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2017/event/fr/>
3. Goodchild M, Nargis N, Tursan d'Espaignet E. Global economic cost of smoking-attributable diseases. *Tob Control*. 30 janv 2017;
4. INPES - Tabac [Internet]. 2014 [cité 28 mai 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/index.asp>
5. Chiffres du tabac / Vos questions / Nos réponses / page d'accueil - tabac-info-service.fr [Internet]. [cité 28 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.tabac-info-service.fr/Vos-questions-Nos-reponses/Chiffres-du-tabac>
6. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Drogues, Chiffre clés [Internet]. 2015 [cité 28 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/dcc2015.pdf>
7. INPES - Tabac - La législation antitabac : les grandes lois françaises [Internet]. 2014 [cité 29 mai 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/legislation/lois-francaises.asp>
8. Transposition de la directive européenne sur le tabac, arrivée du paquet neutre : [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2016 [cité 28 mai 2017]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/transposition-de-la-directive-europeenne-sur-le-tabac-arrivee-du-paquet-neutre>
9. Ordonnance n° 2016-623 du 19 mai 2016 portant transposition de la directive 2014/40/UE sur la fabrication, la présentation et la vente des produits du tabac et des produits connexes- Article 1.
10. Ameli.fr. Arrêt du tabac : quelle prise en charge pour les substituts nicotiques ? [Internet]. [cité 5 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/medicaments-vaccins-dispositifs-medicaux/prise-charge-substituts-nicotiques>
11. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
12. Décret n° 2017-633 du 25 avril 2017 relatif aux conditions d'application de l'interdiction de vapoter dans certains lieux à usage collectif. 2017-633 avril, 2017.
13. Ministère des Solidarités et de la Santé. Moi(s) sans tabac - Un défi collectif pour arrêter de fumer [Internet]. 2016 [cité 28 mai 2017]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-dossiers-de-presse/article/moi-s-sans-tabac-un-defi-collectif-pour-arreter-de-fumer>
14. INPES - Equilibres n°110 - Edito - Lutte contre le tabagisme : « Stoptober », un exemple à suivre [Internet]. 2014 [cité 28 mai 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/equilibre/numeros/110/edito.asp>
15. Brown J, Kotz D, Michie S, Stapleton J, Walmsley M, West R. How effective and cost-effective was the national mass media smoking cessation campaign 'Stoptober'? *Drug and Alcohol Dependence*. févr 2014;135:52-8.

16. Santé publique France - L'opération « Moi(s) sans tabac » a remporté un franc succès auprès des Français [Internet]. 2016 [cité 28 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.santepubliquefrance.fr/Accueil-Presses/Tous-les-communiqués/L-operation-Moi-s-sans-tabac-a-remporte-un-franc-succes-aupres-des-Français>
17. Prévalence d'une maladie [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 14 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/lexique/prevalence-d-une-maladie/>
18. Définition - Consommation de drogues | Insee [Internet]. 2016 [cité 14 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnées/définition/c1168>
19. Guignard R, Beck F, Richard JB, Lermenier A, Wilquin JL, Nguyen-Thanh V. La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes - Evolutions n°31 [Internet]. INPES. 2015 [cité 1 juin 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1623.pdf>
20. INPES - Premiers résultats tabac et e-cigarette - Caractéristiques et évolutions récentes - Résultats du Baromètre santé Inpes 2014 [Internet]. 2015 [cité 1 juin 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/15/dp150224-def.pdf>
21. Spika S, Le Nézet O, Ngantcha M, Beck F. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014. Tendances n°100 [Internet]. OFDT. 2015 [cité 1 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxssv5.pdf>
22. Guignard R, Beck F, Richard JB, Peretti-Watel P. Le tabagisme en France. Analyse de l'enquête Baromètre santé 2010 [Internet]. INPES. 2013 [cité 1 juin 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1513.pdf>
23. INPES - Actualités 2015 - Le tabac en France : nouvelles données du Baromètre santé Inpes 2014 [Internet]. 2015 [cité 2 juin 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2015/013-tabac-données-barometre-2014.asp>
24. INPES - Tabac et jeunes [Internet]. 2014 [cité 2 juin 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/consommation/tabac-jeunes.asp>
25. Lermenier-Jeannet A. Le tabac en France : un bilan des années 2004-2014. Tendances n°92 [Internet]. OFDT. 2014 [cité 1 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxalu5.pdf>
26. OFDT - Morbidité et mortalité liées au tabac et à l'alcool [Internet]. [cité 2 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/dd05mat.pdf>
27. Andler R, Guignard R, Wilquin J-L, Beck F, Nguyen-Thanh V. L'usage de la cigarette électronique en France en 2014 - Évolutions n°33 [Internet]. 2015 [cité 2 juin 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1689.pdf>
28. Andler R, Richard JB, Guignard R, Nguyen-Thanh V, Pasquereau A, Beck F, et al. Consommation de tabac et utilisation d'e-cigarette en France en 2015 : premiers résultats du Baromètre cancer 2015. Bull Epidemiol Hebd. 2016;(30-31):502-7.
29. Lermenier-Jeannet A. Tabagisme et arrêt du tabac en 2015 [Internet]. OFDT. 2016 [cité 15 sept 2017]. Disponible sur: [https://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt\\_15bil.pdf](https://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_15bil.pdf)
30. HCSP. Avis relatif aux bénéfiques-risques de la cigarette électronique pour la population générale [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 févr [cité 15 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=541>

31. Proctor RN. The anti-tobacco campaign of the Nazis: a little known aspect of public health in Germany, 1933-45. *BMJ*. 7 déc 1996;313(7070):1450-3.
32. Molimard R. Historique du tabagisme [Internet]. [cité 4 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.tabac-humain.com/wp-content/uploads/2010/04/Historique-du-tabagisme1.pdf>
33. Schrek R, Baker LA, Ballard GP, Dolgoff S. Tobacco Smoking as an Etiologic Factor in Disease. I. Cancer. *Cancer Res*. 1 janv 1950;10(1):49.
34. Doll R, Hill AB. Smoking and Carcinoma of the Lung. *Br Med J*. 30 sept 1950;2(4682):739-48.
35. Schwartz D, Denoix PF. [French investigations on the etiology of bronchopulmonary cancer; role of tobacco]. *Sem Hopitaux Organe Fonde Par Assoc Enseign Med Hopitaux Paris*. 30 oct 1957;33(62/7):3630-43.
36. Loi n°76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme.
37. LOI n°91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. 91-32 janv 10, 1991.
38. Arrêté du 30 novembre 1999 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 portant exonération à la réglementation des substances vénéneuses destinées à la médecine humaine. *JORF n°282 du 5 décembre 1999* [Internet]. [cité 9 oct 2017]. Disponible sur: [http://bdoc.ofdt.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=23440](http://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=23440)
39. Arrêté du 7 janvier 2005 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 portant exonération à la réglementation des substances vénéneuses destinées à la médecine humaine. *JORF du 22 février 2005* [Internet]. [cité 9 oct 2017]. Disponible sur: [http://bdoc.ofdt.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=4995](http://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=4995)
40. LOI n° 2003-715 du 31 juillet 2003 visant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes. *JORF n°178 du 3 août 2003*. 2003-715 juillet, 2003.
41. Arrêté du 5 mars 2003 relatif aux teneurs maximales en goudron, nicotine et monoxyde de carbone des cigarettes, aux méthodes d'analyse, aux modalités d'inscription de ces teneurs et de vérification de l'exactitude des mentions portées sur les conditionnements ainsi qu'aux modalités d'inscription des avertissements de caractère sanitaire sur les unités de conditionnement des produits du tabac.
42. Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. 2006-1386 nov 15, 2006.
43. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 98. 2009-879 juillet, 2009.
44. Arrêté du 15 avril 2010 relatif aux modalités d'inscription des avertissements de caractère sanitaire sur les unités de conditionnement des produits du tabac.
45. Décret n° 2016-334 du 21 mars 2016 relatif au paquet neutre des cigarettes et de certains produits du tabac.
46. Conférence de Consensus. L'arrêt de la consommation du tabac. EDK. Paris; 1998. 413 p.
47. INPES. Tabac - La législation antitabac : politique de santé publique [Internet]. 2014 [cité 12 oct 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/legislation/politiques-sante-publique.asp>

48. Le Plan cancer 2003-2007 - Les Plans cancer de 2003 à 2013 | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 12 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2003-2007>
49. HCSP. Evaluation du plan cancer 2003-2007 [Internet]. Haut Conseil de la Santé Publique; 2009 janv [cité 12 oct 2017]. Disponible sur: [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_cancer\\_230209.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cancer_230209.pdf)
50. OFDT. Tableau de bord mensuel des indicateurs tabac. Bilan de l'année 2007 [Internet]. [cité 12 oct 2017]. Disponible sur: [https://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt\\_07bil.pdf](https://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_07bil.pdf)
51. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Plan cancer 2009-2013 [Internet]. [cité 12 oct 2017]. Disponible sur: [http://www.cnsa.fr/documentation/plancancer20092013\\_02112009.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/plancancer20092013_02112009.pdf)
52. Plan cancer 2009-2013. Rapport final au Président de la République [Internet]. 2013 Juin [cité 12 oct 2017]. Disponible sur: [www.e-cancer.fr/content/.../file/rapport-integral-bilan-plan-cancer-2009-2013-.pdf](http://www.e-cancer.fr/content/.../file/rapport-integral-bilan-plan-cancer-2009-2013-.pdf)
53. Plan cancer 2014-2019. Guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France [Internet]. [cité 12 oct 2017]. Disponible sur: [http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/action/piece-jointe/2014/07/2014-02-03\\_plan\\_cancer.pdf](http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/action/piece-jointe/2014/07/2014-02-03_plan_cancer.pdf)
54. Faculté de Pharmacie de Grenoble - Université Grenoble Alpes. Livret organisation des études pharmaceutiques Grenoble 2017-2018 au 28-08-2017 [Internet]. [cité 27 sept 2017]. Disponible sur: [http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/cms/sites/pharma/l2/portail/docs/20170926114349/Livret\\_organisation\\_des\\_e\\_tudes\\_pharmaceutiques\\_Grenoble2017.2018\\_.pdf](http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/cms/sites/pharma/l2/portail/docs/20170926114349/Livret_organisation_des_e_tudes_pharmaceutiques_Grenoble2017.2018_.pdf)
55. Université Grenoble Alpes. Diplôme inter-universitaire Tabacologie et aide au sevrage tabagique [Internet]. 2017 [cité 28 sept 2017]. Disponible sur: <http://formations.univ-grenoble-alpes.fr/fr/catalogue/du-diplome-d-universite-DU/sciences-technologies-sante-STS/diplome-inter-universitaire-tabacologie-et-aide-au-sevrage-tabagique-program-diplome-inter-universitaire-tabacologie-et-aide-au-sevrage-tabagique.html>
56. Référentiel des activités professionnelles - Annexe I de l'arrêté du 10 septembre 1997 portant définition et fixant les conditions de délivrance du brevet professionnel de préparateur en pharmacie [Internet]. 2004 [cité 18 oct 2017]. Disponible sur: <http://www2.cndp.fr/archivage/valid/brochadmin/bouton/e059/e059c.pdf>
57. Tabac-info-service. Espace professionnels de santé - INPES [Internet]. [cité 28 sept 2017]. Disponible sur: <http://pro.tabac-info-service.fr/>
58. OCP Formation. Ma Formation Officinale - Sevrage tabagique [Internet]. [cité 28 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.maformationofficinale.com/boutique/formation/sevrage-tabagique>
59. PORTAIL UTIP [Internet]. [cité 9 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.utip.fr/>
60. Cespharm - Formation « Pharmacien et fumeur » [Internet]. 2014 [cité 31 août 2017]. Disponible sur: <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Connaitre-le-Cespharm/Activites/Participation-a-l-elaboration-de-programmes-de-formation/Formation-Pharmacien-et-fumeur>
61. HAS. Outil\_Modèle Prochaska et DiClemente [Internet]. 2014 [cité 4 juill 2017]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil\\_modele\\_prochaska\\_et\\_diclemente.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf)

62. HAS. Argumentaire scientifique : Arrêt de la consommation de tabac [Internet]. 2014 [cité 4 juill 2017]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/argumentaire\\_scientifique-\\_arret\\_de\\_la\\_consommation\\_de\\_tabac.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/argumentaire_scientifique-_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf)
63. HAS. Recommandation de bonne pratique - Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours [Internet]. 2014 [cité 4 juill 2017]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/reco2 clics\\_arret\\_de\\_la\\_consommation\\_de\\_tabac\\_2014\\_2014-11-13\\_10-51-48\\_441.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/reco2 clics_arret_de_la_consommation_de_tabac_2014_2014-11-13_10-51-48_441.pdf)
64. Perriot J. Sevrage tabagique. Conduite du sevrage, Attitude du thérapeute et succès [Internet]. [cité 5 juill 2017]. Disponible sur: [http://www.medical78.com/nat\\_tabac\\_st\\_perriot.pdf](http://www.medical78.com/nat_tabac_st_perriot.pdf)
65. INPES. J'arrête de fumer. Le guide pratique pour y parvenir. 28 p.
66. Adler M. Tabagisme : pharmacologie, dépendance et traitements. EMC - Pathol Prof Environ 2017 1-7 Artic 16-001-G-40 [Internet]. 28 juin 2017 [cité 6 juill 2017]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.gaenomade-2.grenet.fr/article/1124975/resultatrecherche/1>
67. HAS. Outil\_Les\_TNS\_en\_pratique [Internet]. 2014 [cité 5 juill 2017]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil\\_les\\_tns\\_en\\_pratique\\_2014-11-14\\_12-18-51\\_242.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_les_tns_en_pratique_2014-11-14_12-18-51_242.pdf)
68. Borgne A, Aubin HJ, Berlin I. Les stratégies thérapeutiques actuelles du sevrage tabagique [Internet]. 2004 [cité 5 juill 2017]. Disponible sur: [http://www.sante-durable.fr/telechargement/rdp17\\_borgne.pdf](http://www.sante-durable.fr/telechargement/rdp17_borgne.pdf)
69. substituts-nicotiniques\_assurance-maladie.pdf [Internet]. [cité 17 nov 2017]. Disponible sur: [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/3933/document/substituts-nicotiniques\\_assurance-maladie.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/3933/document/substituts-nicotiniques_assurance-maladie.pdf)
70. Ministère de la santé, INPES, OFT. Les substituts nicotiniques [Internet]. [cité 5 juill 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/cfesbases/catalogue/pdf/628.pdf>
71. Pierre Fabre Santé. Nicopatch | Produits pour lutter contre la dépendance à la nicotine [Internet]. [cité 5 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.nicopatch.fr/index.php>
72. Johnson & Johnson Santé Beauté France SAS. Votre diagnostic nicotine : substituts et services associés NICORETTE® | Nicorette® [Internet]. [cité 5 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.nicorette.fr/la-gamme-nicorette>
73. Palmer KJ, Buckley MM, Faulds D. Transdermal Nicotine. A review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties, and therapeutic efficacy as an aid to smoking cessation. *Drugs*. 1 sept 1992;44(3):498-529.
74. GalxoSmithKline. Médicaments de sevrage tabagique | Nicotinell® [Internet]. [cité 5 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.nicotinell.fr/produits-sevrage-tabagique>
75. Laboratoire Omega Pharma France. Les comprimés à sucer NiQuitin® pour arrêter de fumer | NiQuitin.fr [Internet]. [cité 6 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.niquitin.fr/Comprimés.htm>
76. Nicotine Nasal Spray for Cravings | NICORETTE® [Internet]. Nicorette Master. [cité 16 nov 2017]. Disponible sur: <https://www.nicorette.co.uk/products/nasal-spray>
77. Désaccoutumance au tabac [Internet]. [cité 16 nov 2017]. Disponible sur: <https://medicalforum.ch/de/resource/jf/journal/file/view/article/smf.2004.05164/2004-14-022.pdf/>

78. Efficacité et rentabilité des thérapies du sevrage tabagique [Internet]. [cité 16 nov 2017]. Disponible sur: <https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/d20041027302.pdf>
79. Stapleton JA, Sutherland G. Treating heavy smokers in primary care with the nicotine nasal spray: randomized placebo-controlled trial. *Addiction*. 1 avr 2011;106(4):824-32.
80. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 23 janv 2008;(1):CD000146.
81. Lagrue G. Arrêter de fumer ? Odile Jacob. Paris; 2000. 284 p.
82. Guichenez P, Clauzel I, Cungi C, Quantin X, Godard P, Clauzel AM. Apport des thérapies cognitivo-comportementales dans le sevrage tabagique. *Rev Mal Respir*. févr 2007;24(2):171-82.
83. Agence Européenne du médicament. Résumé des caractéristiques du produit [Internet]. [cité 11 juill 2017]. Disponible sur: [http://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2016/20160629135043/anx\\_135043\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2016/20160629135043/anx_135043_fr.pdf)
84. Berlin I. Rationnel physiopathologique de la prise en charge médicamenteuse du sevrage tabagique : développements actuels et futurs | La lettre du Cardiologue n° 416 [Internet]. 2008 [cité 7 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/14435.pdf>
85. Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 9 mai 2016;(5):CD006103.
86. ANSM. Résumé des caractéristiques du produit [Internet]. 2012 [cité 7 juill 2017]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/frames.php?specid=64556383&typedoc=R&ref=R0214809.htm>
87. Inserm. Tabac - Comprendre la dépendance pour agir [Internet]. 2004 [cité 7 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/addictions>
88. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 8 janv 2014;(1):CD000031.
89. Cigarettes\_an\_evidence\_update\_A\_report\_commissioned\_by\_Public\_Health\_England\_FINAL.pdf [Internet]. [cité 17 nov 2017]. Disponible sur: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/457102/Ecigarettes\\_an\\_evidence\\_update\\_A\\_report\\_commissioned\\_by\\_Public\\_Health\\_England\\_FINAL.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/457102/Ecigarettes_an_evidence_update_A_report_commissioned_by_Public_Health_England_FINAL.pdf)
90. a\_2015\_0100\_reponse\_courrier\_dgs\_actualisation\_rbp\_tabac.pdf [Internet]. [cité 17 nov 2017]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-11/a\\_2015\\_0100\\_reponse\\_courrier\\_dgs\\_actualisation\\_rbp\\_tabac.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-11/a_2015_0100_reponse_courrier_dgs_actualisation_rbp_tabac.pdf)
91. Rapport et avis d'experts sur l'e-cigarette [Internet]. [cité 17 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000328.pdf>
92. Arrêté du 19 mai 2016 relatif aux produits du vapotage contenant de la nicotine.
93. Polosa R, Caponnetto P, Morjaria JB, Papale G, Campagna D, Russo C. Effect of an electronic nicotine delivery device (e-Cigarette) on smoking reduction and cessation: a prospective 6-month pilot study. *BMC Public Health*. 11 oct 2011;11:786.
94. Rapport-Thérapies-complémentaires1.pdf [Internet]. [cité 22 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/07/4.rapport-Th%C3%A9rapies-compl%C3%A9mentaires1.pdf>

95. Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 6 oct 2010;(10):CD001008.
96. Tahiri M, Mottillo S, Joseph L, Pilote L, Eisenberg MJ. Alternative Smoking Cessation Aids: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Am J Med.* 2012;125(6):576-84.
97. Astrid Becerra N, Alba LH, Castillo JS, Murillo R, Cañas A, García-Herreros P. Alternative therapies for smoking cessation: clinical practice guidelines review. *Gac Med Mex.* oct 2012;148(5):457-66.
98. Hasan FM, Zagarins SE, Pischke KM, Saiyed S, Bettencourt AM, Beal L, et al. Hypnotherapy is more effective than nicotine replacement therapy for smoking cessation: results of a randomized controlled trial. *Complement Ther Med.* févr 2014;22(1):1-8.
99. Masson J-L. L'homéopathie de A à Z. Marabout. 2003. 223 p.
100. Boiron M, Roux F. Homéopathie et prescription officinale. 42 situations cliniques. Similia. Sainte Foy Lès Lyon; 2008. 42 p.
101. INPES - Aide à distance en santé - Tabac Info Service - Présentation [Internet]. [cité 26 nov 2017]. Disponible sur: [http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/telephonie\\_sante/tis\\_presentation.asp](http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/telephonie_sante/tis_presentation.asp)
102. Un été pour arrêter de fumer grâce à Tabac Info Service [Internet]. [cité 26 nov 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/15/dp150529.pdf>
103. INPES - Aide à distance en santé Tabac Info Service - Évaluation [Internet]. [cité 26 nov 2017]. Disponible sur: [http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/telephonie\\_sante/tis\\_evaluation.asp](http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/telephonie_sante/tis_evaluation.asp)
104. Sur nous - Stop-tabac.ch [Internet]. [cité 28 nov 2017]. Disponible sur: <https://www.stop-tabac.ch/fr/sur-nous>
105. Un des 5 meilleurs sites du monde - Stop-tabac.ch [Internet]. [cité 28 nov 2017]. Disponible sur: <https://www.stop-tabac.ch/fr/135-divers/428-un-des-5-meilleurs-sites-du-monde>
106. Bock B, Graham A, Sciamanna C, Krishnamoorthy J, Whiteley J, Carmona-Barros R, et al. Smoking cessation treatment on the Internet: content, quality, and usability. *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob.* avr 2004;6(2):207-19.
107. [enquete\\_utilisateurs.pdf](https://www.stop-tabac.ch/fr/images/stories/enquete_utilisateurs.pdf) [Internet]. [cité 28 nov 2017]. Disponible sur: [https://www.stop-tabac.ch/fr/images/stories/enquete\\_utilisateurs.pdf](https://www.stop-tabac.ch/fr/images/stories/enquete_utilisateurs.pdf)
108. Le Maître B, Ratte S, Stoebner-Delbarre A. Sevrage tabagique : des clés indispensables pour les praticiens. Rueil-Malmaison, France: Doin, Groupe Liaisons; 2005. 176 p.
109. ANSM. Notice patient - NICOPATCH 7 mg/24 h, dispositif transdermique - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 17 juill 2017]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=69681960&typedoc=N%20Posologie>
110. Perriot J, Llorca P-M, Boussiron D, Schwan R. Tabacologie et sevrage tabagique. Montrouge, France: J. Libbey Eurotext; 2003. 234 p.
111. Perrier C. Accompagnement au sevrage tabagique: moyens actuels, rôles du pharmacien et enquête auprès des pharmaciens d'officine de Grenoble [Thèse d'exercice : Pharmacie : Grenoble 1 : 2001]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2001.
112. Girardot É. Évolution des pratiques de prise en charge des patients en sevrage tabagique depuis l'année 2000: enquête auprès de 59 pharmaciens de Grenoble [Thèse d'exercice : Pharmacie : Grenoble 1 : 2005]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2005.

113. Q1\_Fagerstrom.pdf [Internet]. [cité 24 nov 2017]. Disponible sur: [http://www.tabac-info-service.fr/var/storage/upload/Q1\\_Fagerstrom.pdf](http://www.tabac-info-service.fr/var/storage/upload/Q1_Fagerstrom.pdf)
114. La prise en charge du patient fumeur en pratique quotidienne [Internet]. [cité 24 nov 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/657.pdf>
115. Cespharm - Prise en charge de l'arrêt du tabac : conseiller et accompagner - rôle du pharmacien - brochure [Internet]. [cité 24 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue/Prise-en-charge-de-l-arret-du-tabac-conseiller-et-accompagner-role-du-pharmacien-brochure>
116. Guide-addictologie.pdf [Internet]. [cité 24 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.respadd.org/wp-content/uploads/2015/08/Guide-addictologie.pdf>
117. OMS | Obésité et surpoids [Internet]. [cité 18 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>
118. Inserm. Anorexie mentale [Internet]. 2014 [cité 18 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/anorexie-mentale>
119. Sauvant-Rochat MP, Pojer-Medeville MJ. SFT\_2013\_Sauvant-Rochat\_Pojer-Medeville - Sevrage et Prises en Charge intégrées - Des missions à la pratique en officine [Internet]. 2013 [cité 25 sept 2017]. Disponible sur: [http://www.csft2013.fr/diaporamas-csft-2013/Jeudi%2024%20oct/2\\_Sevrage%20et%20prise%20en%20charge%20int%C3%A9gr%C3%A9es/Des%20missions%20%C3%A0%20la%20pratique%20en%20officine\\_MP%20Sauvant%20Rochat\\_MJ%20Pojer%20Medville.pdf](http://www.csft2013.fr/diaporamas-csft-2013/Jeudi%2024%20oct/2_Sevrage%20et%20prise%20en%20charge%20int%C3%A9gr%C3%A9es/Des%20missions%20%C3%A0%20la%20pratique%20en%20officine_MP%20Sauvant%20Rochat_MJ%20Pojer%20Medville.pdf)
120. Sauvant-Rochat MP. Le pharmacien d'officine et la prise en charge du fumeur | La Lettre du Psychiatre [Internet]. 2017 [cité 25 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/25159.pdf>

**ANNEXES**

Annexe 1 : Exemple d'affiche « Mois sans tabac » édition novembre 2017 (recto-verso)



Mois  
sans  
tabac



Pour vous accompagner dans votre démarche,  
profitez de plusieurs méthodes simples et efficaces.

### Les professionnels de santé Médecins, pharmaciens, sages-femmes...



Ils sauront **vous conseiller les méthodes les plus adaptées** à votre situation. Il existe également des spécialistes de l'arrêt du tabac. Trouvez un tabacologue près de chez vous sur [tabac-info-service.fr](http://tabac-info-service.fr)

### Le 39 89 Le suivi par un tabacologue



Un accompagnement **personnalisé et gratuit** assuré par le même tabacologue tout au long de votre arrêt. Du lundi au samedi, de 8h à 20h.

### La page Facebook Tabac info service



Une **communauté solidaire** d'ex fumeurs et de fumeurs souhaitant arrêter, toujours prête à vous soutenir dans les moments difficiles.

### Le coaching L'appli mobile et le site



Un accompagnement **gratuit et personnalisé**. (<https://coaching.tabac-info-service.fr>)

À télécharger  
gratuitement sur :



### Le kit #Mois sans tabac



Des outils pratiques pour vous préparer à l'arrêt et tenir les 30 premiers jours. À commander gratuitement sur [tabac-info-service.fr](http://tabac-info-service.fr).

RCS Paris 384 984 346 DTN 047-7702 Ne pas jeter sur la voie publique

! Pour rejoindre le mouvement, rendez-vous sur :  
[tabac-info-service.fr](http://tabac-info-service.fr)

3989 Service gratuit  
+ prix appel

## Annexe 2 : Décret n° 2017-633 du 25 avril 2017 relatif aux conditions d'application de l'interdiction de vapoter dans certains lieux à usage collectif

27 avril 2017

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 33 sur 172

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

#### Décret n° 2017-633 du 25 avril 2017 relatif aux conditions d'application de l'interdiction de vapoter dans certains lieux à usage collectif

NOR : AFSPI708424D

**Publics concernés :** employeurs ; salariés ; usagers des établissements scolaires et des établissements destinés à l'accueil, à la formation et à l'hébergement des mineurs ; usagers des moyens de transport collectifs ; personnes responsables de l'organisation de ces établissements et de ces moyens de transports.

**Objet :** conditions d'application de l'interdiction de vapoter dans certains lieux à usage collectif.

**Entrée en vigueur :** le décret entre en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2017.

**Notice :** l'utilisation des cigarettes électroniques (« vapotage ») est interdite dans les établissements scolaires et les établissements destinés à l'accueil, à la formation et à l'hébergement des mineurs, dans les moyens de transport collectif fermés ainsi que dans les lieux de travail fermés et couverts à usage collectif.

Le décret a pour objet de préciser les modalités d'application de l'interdiction concernant les lieux de travail. En outre, il rend obligatoire une signalisation apparente qui rappelle le principe de l'interdiction de vapoter et, le cas échéant, ses conditions d'application dans l'enceinte des lieux concernés. Enfin, il prévoit une contravention de 2<sup>e</sup> classe à l'encontre des personnes qui méconnaissent l'interdiction de vapoter ainsi qu'une contravention de 3<sup>e</sup> classe pour les responsables des lieux où s'applique l'interdiction qui ne mettent pas en place la signalisation.

**Références :** le décret est pris pour l'application de l'article 28 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Les dispositions du code de la santé publique et du code de procédure pénale modifiées par ce décret peuvent être consultées, dans leur rédaction résultant de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code pénal, notamment son article 131-13 ;

Vu le code de procédure pénale, notamment son article R. 48-1 ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 3513-6 ;

Vu le code du travail, notamment ses articles L. 1321-1 et L. 1321-3 ;

Vu l'avis du Conseil national d'évaluation des normes en date du 9 mars 2017 ;

Vu l'avis du Conseil d'orientation des conditions de travail en date du 21 mars 2017 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Après l'article D. 3513-1 de la section 1 du chapitre III du titre I<sup>er</sup> du livre V de la troisième partie du code de la santé publique sont insérés trois articles ainsi rédigés :

« **Art. R. 3513-2.** – Les lieux de travail soumis à l'interdiction de vapoter en application du 3<sup>o</sup> de l'article L. 3513-6 du présent code s'entendent des locaux recevant des postes de travail situés ou non dans les bâtiments de l'établissement, fermés et couverts, et affectés à un usage collectif, à l'exception des locaux qui accueillent du public.

« **Art. R. 3513-3.** – Dans les lieux mentionnés aux 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> et dans les bâtiments abritant les lieux mentionnés au 3<sup>o</sup> de l'article L. 3513-6, une signalisation apparente rappelle le principe de l'interdiction de vapoter et, le cas échéant, ses conditions d'application dans l'enceinte de ces lieux.

« **Art. R. 3513-4.** – Les dispositions des articles R. 3513-2 à R. 3513-3 s'appliquent sans préjudice des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'hygiène et à la sécurité. »

**Art. 2.** – La section 2 du chapitre V du titre I<sup>er</sup> du livre V de la troisième partie du code de la santé publique est complétée par deux articles ainsi rédigés :

« *Art. R. 3515-7.* – Le fait de vapoter dans les lieux mentionnés aux 1<sup>er</sup> à 3<sup>o</sup> de l'article L. 3513-6 en méconnaissance de l'interdiction prévue au même article est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la 2<sup>e</sup> classe.

« *Art. R. 3515-8.* – Le fait, pour le responsable des lieux où s'applique l'interdiction prévue à l'article L. 3513-6, de ne pas mettre en place la signalisation prévue à l'article R. 3513-3 est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la 3<sup>e</sup> classe. »

**Art. 3.** – Le premier alinéa du 6<sup>o</sup> de l'article R. 48-1 du code de procédure pénale est remplacé par les dispositions suivantes :

« 6<sup>o</sup> Contraventions réprimées par le code de la santé publique prévues aux articles R. 3515-2 à R. 3515-8 ; ».

**Art. 4.** – Le présent décret entre en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2017.

**Art. 5.** – La ministre de l'environnement, de l'énergie et de la mer, chargée des relations internationales sur le climat, la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, la ministre des affaires sociales et de la santé, le garde des sceaux, ministre de la justice, la ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, le ministre de l'intérieur, la ministre de la fonction publique et le ministre de la ville, de la jeunesse et des sports sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 25 avril 2017.

BERNARD CAZENÈVE

Par le Premier ministre :

*La ministre des affaires sociales  
et de la santé,  
MARISOL TOURAINE*

*La ministre de l'environnement,  
de l'énergie et de la mer,  
chargée des relations internationales  
sur le climat,  
SÉCILÈNE ROYAL*

*La ministre de l'éducation nationale,  
de l'enseignement supérieur  
et de la recherche,  
NAJAT VALLAUD-BELKACEM*

*Le garde des sceaux,  
ministre de la justice,  
JEAN-JACQUES URVOAS*

*La ministre du travail, de l'emploi,  
de la formation professionnelle  
et du dialogue social,  
MYRIAM EL KHOMRI*

*Le ministre de l'intérieur,  
MATTHIAS FEKL*

*La ministre de la fonction publique,  
ANNICK GIRARDIN*

*Le ministre de la ville,  
de la jeunesse et des sports,  
PATRICK KANNER*

### Annexe 3 : Test de Fagerström

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

#### Test de Fagerström en six questions

1. Le matin, combien de temps après être réveillé(e), fumez-vous votre première cigarette ?
  - a. Dans les 5 minutes 3
  - b. 6 - 30 minutes 2
  - c. 31 - 60 minutes 1
  - d. Plus de 60 minutes 0
2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (ex. : cinémas, bibliothèques)
  - a. Oui 1
  - b. Non 0
3. À quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?
  - a. À la première de la journée 1
  - b. À une autre 0
4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?
  - a. 10 ou moins 0
  - b. 11 à 20 1
  - c. 21 à 30 2
  - d. 31 ou plus 3
5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?
  - a. Oui 1
  - b. Non 0
6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?
  - a. Oui 1
  - b. Non 0

Interprétation selon les auteurs :

- entre 0 et 2 : pas de dépendance ;
- entre 3 et 4 : dépendance faible ;
- entre 5 et 6 : dépendance moyenne ;
- entre 7 et 10 : dépendance forte ou très forte.

Références : Heatherton *et coll.*, 1991, Fagerström 2012.

## Annexe 4 : Interprétation du test de Fagerström pour la thérapeutique

Responsable Unité Médicale Rez-de-Chaussée Haut - Hall Chartreuse Hôpital Albert Michallon CHU DE GRENOBLE BP 217 - 38043 GRENOBLE CEDEX 09 Tel : 04 76 76 89 43	
---	---

### TEST DE DEPENDANCE A LA NICOTINE TEST DE FAGERSTRÖM

1. Le matin, combien de temps après votre réveil, fumez-vous votre 1<sup>ère</sup> cigarette ?
  - dans les 5 min 3
  - 6 - 30 min 2
  - 31 - 60 min 1
  - plus de 60 min 0
2. Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?
  - oui 1
  - non 0
3. A quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ?
  - la première de la journée 1
  - une autre 0
4. Combien de cigarettes fumez-vous en moyenne par jour ?
  - 10 ou moins 0
  - 11 - 20 1
  - 21 - 30 2
  - 31 ou plus 3
5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés en début de matinée que durant le reste de la journée ?
  - oui 1
  - non 0
6. Fumez-vous quand vous êtes malade au point de rester au lit presque toute la journée ?
  - oui 1
  - non 0

Résultat du Test de FAGERSTRÖM :

0-3	peu dépendant
4-6	dépendant
7-10	très dépendant

UCT -Ato / Version mai 2007 = Test de dépendance à la Nicotine - Test de FAGERSTRÖM = Jeune

**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE GRENOBLE**  
B.P. 217 - 38043 Grenoble Cedex 09 Standard 04 76 76 75 75  
[www.chu-grenoble.fr](http://www.chu-grenoble.fr) - N° SIRET : 263.800.302.014 - N° FINESS : 38.07800.80  
POUR TOUTE CORRESPONDANCE, VOUS LEZ RAPPELÉ LE NUMÉRO DE SERVICE ET LE DESTINATAIRE, MERCI.

## Annexe 5 : Questionnaire de l'enquête

### Enquête auprès des officinaux (pharmaciens et préparateurs en pharmacie) sur la formation au sevrage tabagique

#### A) Votre profil

##### Question 1 :

Etes-vous ?

1-1 : Titulaire  Adjoint  Préparateur en pharmacie

1-2 : Homme  Femme

1-3 : Fumeur : Oui  Non

Quel est votre âge ?

#### B) Abord et connaissance du fumeur

##### Question 2 :

Monsieur R., 34 ans, accompagné de sa femme, se présente à la pharmacie avec une ordonnance pour un sirop contre la toux. Sa femme en profite pour vous questionner au sujet du sevrage tabagique, elle aimerait savoir ce que vous pouvez proposer à son mari pour qu'il arrête de fumer.

Que faites-vous ?

##### Question 3 :

Monsieur R. doute de l'innocuité des substituts nicotiques et se demande s'il ne risque pas d'en être dépendant. Que pouvez-vous répondre face à son inquiétude qui pourrait compromettre son adhésion au traitement par substitution nicotique ?

**Question 4 :**

Déconseillez-vous la consommation de cigarettes sous traitement par patch nicotinique ?

Oui  Non

**4-1:** Pourquoi ?

**Question 5 :**

Madame A., 27 ans, vient à la pharmacie parce qu'elle veut arrêter de fumer et vous demande des patchs.

Que faites-vous ?

**Question 6 :**

Madame B, Monsieur D et Monsieur T obtiennent respectivement un score de 5, 8 et 2 au test de Fagerström. Que pouvez-vous en déduire ?

Madame B, score de 5 :

Monsieur D, score de 8 :

Monsieur T, score de 2 :

**Question 7 :**

Il y a 3 signes vitaux de base que l'on peut facilement mesurer dans une pharmacie. Par exemple, pour mesurer le poids on utilise une balance. Pouvez-vous citer les 2 autres signes vitaux? Puis mettre en lien les outils correspondant utilisés ?

<input type="checkbox"/> Le poids	→	<input type="checkbox"/> Balance
<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>

**Question 8 :**

Première cause de mortalité évitable en France, le tabac est un véritable enjeu de santé publique et est responsable de :

- 5000 morts par an en France
- 78000 morts par an en France
- 160 000 morts par an en France
- 672 000 morts par an en France

**Question 9 :**

Connaissez-vous le conseil minimal ? Oui  Non

**9-1 :** Si oui, pouvez-vous le décrire ?

**Question 10 :**

Classer de 1 à 3 par ordre de priorité le relationnel que doit adopter le pharmacien vis-à-vis des patients fumeurs lorsqu'ils se présentent à la pharmacie.

- Que le pharmacien soit dirigiste (Il propose au patient la démarche à suivre pour son sevrage tabagique)
- Que le pharmacien soit pédagogue (Il fournit les informations appropriées au patient pour l'aider à choisir grâce à de la documentation)
- Que le pharmacien soit empathique (Il est à l'écoute du patient et respecte les décisions du patient afin d'obtenir une alliance thérapeutique)

**Question 11 :**

Un fumeur peut éprouver différentes émotions lors de son sevrage. Parmi les ressentis cités ci-dessous, deux d'entre eux sont particulièrement importants à prendre en compte par le pharmacien lorsqu'un fumeur vient lui demander de l'aide pour arrêter, selon vous lesquels ? *(Cochez seulement 2 réponses)*

- Injonction thérapeutique d'un professionnel de santé (spécialiste, médecin)
- Motivation
- Souffrance
- Désir (de retrouver une bonne santé, de refaire du sport)
- Culpabilité
- Volonté
- Pression (de l'environnement familial)
- Confiance en soi
- Autres (citez) :

**Question 12 :**

Un fumeur se sent dépendant et esclave de sa consommation de tabac. Quel est le levier motivationnel sur lequel vous pouvez vous appuyer pour l'aider dans sa démarche de sevrage ? *(Cochez une réponse)*

- La santé (Le tabac est très néfaste)
- La liberté
- Les finances (Coût du tabac, économie d'argent)
- Le respect de son entourage (Tabagisme passif)
- La sérénité
- Proposer des consultations de suivi à l'officine
- Autre (citez) :

### C) Votre formation

#### Question 13 :

Pensez-vous que les connaissances et les informations dont vous disposez sont suffisantes pour accompagner un fumeur dans son sevrage tabagique ?

Oui  Non

#### Question 14 :

Avez-vous participé à des formations, des enseignements ou des réunions d'information sur le sevrage tabagique ?

Oui  Non

**14-1 :** Si oui, dans quel contexte ? (Plusieurs choix possibles)

- Diplôme universitaire
- Laboratoires
- Ordre des pharmaciens
- Tabac-Info-Service
- Autres  Qui ? :

#### Question 15 :

De quand date votre dernière formation, enseignement 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

**Question 16 :**

Ressentez-vous le besoin d'une formation supplémentaire ?

Oui  Non

**16-1 :** Si oui, sous quelle forme ? (Plusieurs choix possibles)

Réunion

Brochure

Formation en ligne (e-learning)

Formation présentielle  
(Avec un formateur)

Autre  Laquelle :

**Annexe 6 : Tableau VII : Regroupement des réponses données à la question 2**

Que faites-vous ?	Effectif
« Evaluer le degré de motivation (a-t-il envie d'arrêter de fumer ?) »	25
« Evoquer la volonté »	2
« Test de Fagerström et/ou les questions « Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? », sur sa consommation »	37
« Questions sur ses habitudes »	4
« Evocation de la prise en charge de 150€/an des substituts nicotiniques par la sécurité sociale »	10
« Présentation, explication des différentes solutions pour arrêter de fumer/ Proposition de substituts nicotiniques adaptés/ Proposition d'une méthode adaptée »	54
« Explication des avantages et des inconvénients des substituts nicotiniques »	1
« Information sur les avantages, les bienfaits de l'arrêt du tabac »	1
« Proposition directement de substituts nicotiniques »	3
« Proposition d'une aide personnalisée/ d'un suivi à l'officine »	4
« Remise de brochures »	5
« Présentation des autres solutions d'aide et d'accompagnement (homéopathie, phytothérapie, aromathérapie, micronutrition) »	9
« Conseiller d'en parler à un médecin/ Conseiller une consultation avec un tabacologue/ Orienter vers un médecin/Suivi médical »	9
« Exploration de la toux/ lien entre toux et tabac »	13
« Rassurer sur les craintes (prise de poids, anxiété) »	1
« Demande s'il y a eu des tentatives pour arrêter de fumer précédemment »	1
Total	179

**Annexe 7 : Tableau VIII : Regroupement des réponses données à la question 3 sur l'absence d'innocuité et le risque d'être dépendant ou non aux substituts nicotiniques**

Que pouvez-vous répondre face à son inquiétude qui pourrait compromettre son adhésion au traitement par substitution nicotinique ?	Effectif
« Evocation de la nocivité des cigarettes, des substances toxiques que contient la cigarette/ Absence dans les substituts de tous les produits nocifs, toxiques présents dans la cigarette (goudrons, CO, additifs cancérigènes...)/ Les substituts nicotiniques restent largement moins dangereux que la cigarette/ Seulement de la nicotine non nocive »	37
« Sevrage progressif/ Diminution progressive du dosage des substituts nicotiniques pour réduire sa dépendance, se désaccoutumer de la nicotine »	39
« Il y a peu ou pas de risque de dépendance/ Les substituts nicotiniques ne rendent pas dépendant/ Il n'existe pas de dépendance aux substituts nicotiniques »	15
« On peut être dépendant aux substituts nicotiniques/ Il existe une dépendance aux substituts/ Il y a un risque de dépendance avec les substituts/ Il pourra peut-être en être dépendant/ Une dépendance peut se créer »	10
« La dépendance aux substituts est toujours inférieure à celle de la cigarette/ Pas plus de dépendance qu'avec la cigarette »	2
« Le patient est déjà dépendant à la nicotine, à la cigarette »	8
« Dépendance psychologique à long terme »	1
« Il vaut mieux être dépendant aux substituts nicotiniques qu'au tabac. Une dépendance au substitut nicotinique sera moins grave qu'une dépendance à la cigarette »	3
« Ce n'est pas la nicotine qui rend dépendant mais tous les composés qui l'entourent et qui sont les plus toxiques »	1
« Je lui explique que la nicotine est elle-même présente dans notre organisme et ce qui est mauvais n'est pas la nicotine en soi mais les composants mêmes de la cigarette »	1
« Les gommes peuvent entraîner une dépendance/ Les gommes seront certainement plus longues à arrêter que les patchs/ On peut devenir légèrement dépendant à la prise de gommes car effet rapide »	4
« Les substituts permettent de se déshabituer du geste, de se sevrer en terme d'habitude de geste et de pratique/ Les patchs permettent de pallier la dépendance au geste »	6
« Les substituts nicotiniques permettent de soulager les symptômes liés au sevrage/ Ils	2

aident à ne pas subir le phénomène de manque »	
« Les substituts nicotiques aident au sevrage »	3
« Les cigarettes délivrent un pic de nicotine, ce pic de nicotine crée la dépendance. Les substituts nicotiques délivrent la nicotine sans ce pic/ La nicotine étant véhiculée jusqu'aux récepteurs par le biais du système sanguin et non plus par inhalation, il n'y aura pas de pic ou "shoot" de nicotine responsable de la dépendance/ Les substituts nicotiques permettent une diffusion progressive de la nicotine/ Leur action est douce et continue (pas de pic comme la cigarette) »	4
« Il n'y a pas que le problème de dépendance à la nicotine mais il y a toute la gestuelle de fumer une cigarette qui intervient aussi. »	1
« Il n'y a évidemment d'innocuité nulle »	1
Total	138

**Annexe 8 : Tableau IX : Raisons données par les officinaux sondés qui déconseillent ou non la consommation de cigarettes sous traitement par patch nicotinique (n=64)**

Pourquoi les officinaux sondés déconseillent la consommation de cigarettes sous traitement par patch nicotinique ?	Effectif
« Risque de surdosage en nicotine et donc d'effets indésirables (nausées, vomissements, maux de tête, palpitations, risque cardiovasculaire important) »	38
« Maintien (ou augmentation) de la dépendance physique à la nicotine »	5
« L'objectif est un arrêt complet et définitif du tabac »	4
« Si le patient ressent l'envie de fumer c'est que le dosage du patch nicotinique n'est pas adapté (sous-dosage) Ajout d'une forme orale de substitut nicotinique (gommes, pastilles, comprimés) »	4
« Maintien de la dépendance psychologique et comportementale (habitudes, geste) »	3
« Sevrage plus difficile et risque d'inefficacité du sevrage tabagique »	3
« Le patient doit prendre l'habitude de prendre un comprimé, une gomme à la place d'une cigarette »	1
« Ne pas apporter plus de nicotine que quand la personne fumait »	1
« Pas de cigarettes sous la main diminue les tentations de fumer »	1
« C'est un non-sens de mettre un patch pour fumer en même temps mais si cela se produit, il faut rassurer le patient et lui dire de ne pas enlever son patch et d'augmenter probablement le dosage »	1
« Surtout si la personne a un fort dosage en patch pour éviter des problèmes de santé encore plus graves »	1
« Les patchs permettent un apport en nicotine régulier pendant 24h et ne créent pas de besoin dans la journée supplémentaire »	1
« On peut fumer une cigarette occasionnellement mais pas conseillé pour une bonne tolérance et un bon suivi pour de bon résultats »	1
« Nous ne pouvons pas contrôler la quantité de cigarettes fumées par jour »	1
« Pour certains la réduction de la consommation est préférable à l'arrêt pur et simple mais dans ce cas je conseillerais plutôt des gommes »	1
« Dose de nicotine journalière moins maîtrisée »	1
Total	67

Pourquoi les officinaux sondés ne déconseillent pas la consommation de cigarettes sous traitement par patch nicotinique ?	
« L'arrêt brutal de la cigarette peut entraîner un risque d'échec du sevrage (risque de frustration et abandon du traitement). Il est donc possible de diminuer progressivement le nombre de cigarettes fumées par jour »	4
« Il est possible d'associer les deux »	2
« Le fait de dire non peut freiner une éventuelle envie d'essayer d'arrêter ou de diminuer la cigarette »	1
« Si la cigarette du café est trop importante, elle pourra être maintenue à condition de réduire les autres »	1
« Si le patient ne se sent pas capable d'arrêter d'un coup, je préfère lui conseiller un patch à plus faible dose pour lui permettre dans un premier temps de réduire la cigarette »	1
« C'est plus facile pour ne pas oublier de prendre le traitement par voie orale »	1
« Il se peut que le dosage ne soit pas adapté du premier coup. Il faut réajuster »	1
Total	11
Deux officinaux ont répondu oui et non	
« Tout dépend du dosage du patch et le besoin du patient. Si moins de 2 cigarettes sur la journée cela passe mais conseiller des pastilles plutôt. »	1
« Le but est d'arrêter, je ne veux pas l'encourager. Je lui conseillerais plutôt de compléter avec des gommes ou des comprimés : ce n'est pas une contre-indication non plus »	1
Total	2

**Annexe 9 : Tableau X : Regroupement des réponses données à la question 5**

Que faites-vous ?	Effectif
« Test de Fagerström et/ou les questions «Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? », sur sa consommation, déterminer le dosage »	66
« Evaluer le degré de motivation »	5
« Questions sur ses habitudes »	4
« Présentation, explication des différentes solutions pour arrêter de fumer/ Proposition de substituts nicotiques adaptés/ Proposer le dosage le plus approprié »	45
« Conseils d'utilisation des substituts nicotiques (endroit où le coller, effets secondaires) »	6
« Evocation de la prise en charge de 150€/an des substituts nicotiques par la sécurité sociale »	7
« Présentation des autres solutions d'aide et d'accompagnement (homéopathie, phytothérapie, aromathérapie, micronutrition) »	6
« Conseiller d'en parler à un médecin/ Conseiller une consultation avec un tabacologue/ Orienter vers un médecin/Suivi médical »	3
« Délivrance d'une fiche de suivi/ Proposition d'un suivi »	3
« Conseils pour les effets secondaires dus à l'arrêt du tabac. »	1
« Est-elle enceinte ? Désir de grossesse ? »	2
« Demande si prise de pilule »	2
« Proposer d'associer avec une forme orale »	10
« Demande s'il y a déjà eu des tentatives pour arrêter de fumer »	4
« Remise d'un dépliant avec n° de téléphone pour aide + conseil/ Remise de documentation »	2
« Conseil »	1
« Programme pour diminuer progressivement + conseils associés »	1
Total	306

**Annexe 10 : Tableau XI : Interprétation du score obtenu au test de Fagerström par les officinaux interrogés (n=63)**

Score obtenu au test de Fagerström	Interprétation	Effectif
Score de 5	« Moyennement dépendant »	41
	« Moyennement dépendant, usage de substituts nicotiques, les substituts nicotiques augmentent les chances de réussite du sevrage »	6
	« Forte dépendance »	2
	« Moyen fumeur »	5
	« Patches 21 mg sur le 1er mois, 14 mg le 2ème mois et 7 mg sur le 3ème mois »	1
	« Dépendance forte - substitution patch »	1
	« Moyennement dépendant à la nicotine : arrêt sans forcément avoir besoin de substitut »	1
	« Patches de 21 ou 14 »	1
	« Faible dépendance »	1
	« Peut essayer d'arrêter de fumer sans substituts nicotiques »	1
	« Moyennement dépendant = patches faiblement dosés »	1
	« Consommation de moins de 10 cigarettes/jour »	1
	« Moyennement dosé »	1
<b>Total</b>		<b>63</b>
Score de 8	« Fortement ou très fortement dépendant, très dépendant »	43
	« Dépendant »	2
	« Très forte dépendance, substituts patches et autres, conseils associés »	1
	« Fortement dépendant, substituts très recommandés + consultation spécialiste (si besoin) »	3
	« Gros fumeur »	4
	« Fortement dépendant peut voir un spécialiste »	1
	« Consulter un tabacologue »	1
	« Patch + gommes »	1

	« Fortement dépendant : Traitement pharmacologique »	1
	« Patches de 21 mg semblent utiles »	1
	« Dépendant à la nicotine. A besoin de substituts. »	1
	« Gros fumeur dépendant, patch + gomme »	1
	« Fortement dépendant : patches fortement dosés »	1
	« Consommation de plus de 20 cigarettes/jour »	1
	« Fortement dosé »	1
Total		63
Score de 2	« Faiblement, peu ou pas dépendant »	47
	« Pas de dépendance, évaluer l'aide psychologique et gestuelle »	1
	« Pas de dépendance, les TNS ne sont pas obligatoires mais peuvent être utilisés si le patient redoute l'arrêt. Conseils +++ »	1
	« Petit fumeur »	4
	« Patches à 14 mg le 1er mois et 7 mg les 2 prochains mois + éventuellement pastilles à 1,5 mg (occasionnellement) »	1
	« Gommages »	1
	« Patches, peut-être que des comprimés ou des gommages seraient plus adaptés »	1
	« Non dépendant à la nicotine, peut arrêter tout seul, sans recours à des substituts, n'a à priori pas besoin de substituts nicotiniques pour arrêter, substitut inutile »	4
	« Peu dépendant = pastilles, éventuellement chewing-gums »	1
	« Consommation faible ou occasionnelle »	1
	« Faiblement dosé »	1
Total		63

**Annexe 11 : Tableau XII : Regroupement des réponses données à la question 7 (n=66)**

Pouvez-vous citer les 2 autres signes vitaux? Puis mettre en lien les outils correspondant utilisés ?	Effectif			
	Pharmaciens	Préparateurs en pharmacie	Etudiants	Total
« La tension = Tensiomètre » « La circonférence abdominale, tour de taille = Mètre, réglette »	1	1		2
« La tension = Tensiomètre » « La glycémie = Lecteur glycémique »	19	12	1	32
« La tension = Tensiomètre » « La température = Thermomètre »	9	2	1	12
« La tension = Tensiomètre » « DEP = Spiromètre »	1			1
« La tension = Tensiomètre » « La taille = Torse »		1		1
« La tension = Tensiomètre » « Souffle, respiration, capacité respiratoire = Débitmètre de pointe/Peak flow »	3	3		6
« La tension = Tensiomètre »	4	3		7
« La tension = Tensiomètre » « Pouls cardiaque/Fréquence cardiaque/Rythme cardiaque = Tensiomètre »	4	1		5
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>23</b>	<b>2</b>	<b>66</b>

**Annexe 12 : Tableau XIII : Description du conseil minimal lorsque la réponse à la question «Connaissez-vous le conseil minimal » est « Oui » (n=17)**

Description du conseil minimal	Effectif
« Le principe consiste à poser les deux questions "Fumez-vous" et "Voulez-vous arrêter?" à son patient. S'il répond oui à la deuxième, on peut engager le processus de conseil et de soutien au sevrage. S'il répond non, on lui repose la question à chaque occasion qui se présente, sans le culpabiliser. »	1
« - Fumez-vous? Oui/Non - Si oui : Souhaitez-vous arrêter? Oui/Non - Si oui : guide pratique "j'arrête de fumer" »	1
« Lors d'une prescription de pilule, ou si on voit un paquet de cigarettes... - Est-ce que vous fumez? - Désirez-vous arrêter de fumer? - Si vous le souhaitez on peut voir ensemble pour vous aider. »	1
« - Fumez-vous? - Voulez-vous arrêter de fumer? »	6
« Il faut poser la question devant certaines ordonnances de bronchites ou autres : "fumez-vous?" »	1
« Est-ce que vous voulez arrêter de fumer ? »	1
« Réduire le tabac puis tenter un sevrage tabagique. »	1
« Pensez-vous à arrêter de fumer? »	1
« Le conseil minimal est un entretien personnalisé qui consiste à encourager le patient à arrêter de fumer et surtout à le soutenir dans sa démarche »	1
« Ne pas fumer »	1
« S'il le souhaite il existe des produits permettant un sevrage. »	1
« Mesurer sa détermination et ne démarrer que si c'est réellement souhaité. En parler avec ses proches, s'entourer. Éviter les pauses et après repas avec les autres fumeurs. Aller à son rythme, étape par étape en réduisant les doses de substituts. Si besoin info-tabac site internet/téléphone Accompagne activité sportive et alimentation équilibrée. »	1

**Annexe 13 : Tableau XIV : Classement par ordre de priorité du relationnel que pensent devoir adopter les officinaux interrogés (n=68)**

Classer de 1 à 3 par ordre de priorité le relationnel que doit adopter le pharmacien vis-à-vis des patients fumeurs lorsqu'ils se présentent à la pharmacie.	Effectif
1. Que le pharmacien soit empathique (Il est à l'écoute du patient et respecte les décisions du patient afin d'obtenir une alliance thérapeutique) 2. Que le pharmacien soit pédagogue (Il fournit les informations appropriées au patient pour l'aider à choisir grâce à de la documentation) 3. Que le pharmacien soit dirigiste (Il propose au patient la démarche à suivre pour son sevrage tabagique)	38
1. Que le pharmacien soit pédagogue (Il fournit les informations appropriées au patient pour l'aider à choisir grâce à de la documentation) 2. Que le pharmacien soit empathique (Il est à l'écoute du patient et respecte les décisions du patient afin d'obtenir une alliance thérapeutique) 3. Que le pharmacien soit dirigiste (Il propose au patient la démarche à suivre pour son sevrage tabagique)	24
1. Que le pharmacien soit pédagogue (Il fournit les informations appropriées au patient pour l'aider à choisir grâce à de la documentation) 2. Que le pharmacien soit dirigiste (Il propose au patient la démarche à suivre pour son sevrage tabagique) 3. Que le pharmacien soit empathique (Il est à l'écoute du patient et respecte les décisions du patient afin d'obtenir une alliance thérapeutique)	3
1. Que le pharmacien soit empathique (Il est à l'écoute du patient et respecte les décisions du patient afin d'obtenir une alliance thérapeutique) 2. Que le pharmacien soit dirigiste (Il propose au patient la démarche à suivre pour son sevrage tabagique) 3. Que le pharmacien soit pédagogue (Il fournit les informations appropriées au patient pour l'aider à choisir grâce à de la documentation)	3
Total	68

**Annexe 14 : Tableau XV : Ressentis d'un fumeur lors de son sevrage qui sont cités par les officinaux interrogés**

Un fumeur peut éprouver différentes émotions lors de son sevrage. Lesquelles ?	Effectif
Injonction thérapeutique d'un professionnel de santé (spécialiste, médecin)	11
Motivation	46
Souffrance	14
Désir (de retrouver une bonne santé, de refaire du sport)	20
Culpabilité	7
Volonté	25
Pression (de l'environnement familial)	8
Confiance en soi	9
Autres	1
Total	141

**Annexe 15 : Tableau XVI : Levier motivationnel sur lequel l'équipe officinale pense pouvoir s'appuyer pour aider un fumeur dans sa démarche de sevrage**

Un fumeur se sent dépendant et esclave de sa consommation de tabac. Quel est le levier motivationnel sur lequel vous pouvez vous appuyer pour l'aider dans sa démarche de sevrage ?	Effectif
La santé (Le tabac est très néfaste)	35
La liberté	7
Les finances (Coût du tabac, économie d'argent)	8
Le respect de son entourage (Tabagisme passif)	5
La sérénité	0
Proposer des consultations de suivi à l'officine	8
Autre	5
Total	68

# Annexe 16 : Fiche patient – CDTNET – Tabacologie

UNITE MEDICALE DE COORDINATION  
DE TABACOLOGIE  
Dr Jean-Marc PLASSART  
Responsable Unité Médicale  
Rez-de-Chaussée Haut - Hall Chartreuse  
Hôpital Albert Michallon - CHU DE GRENOBLE  
BP 217 - 38043 GRENOBLE CEDEX 09  
Tel : 04 76 76 89 43 / Fax : 04 76 76 88 55



## TABACOLOGIE FICHE PATIENT - CDTNET

Tabacologue consultant :

### 1. Etat Civil

Nom, Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél :

Courrier à médecin : Dr

Date de consultation initiale : de groupe :

Sexe : Taille : Poids :

Pour les femmes : Grossesse  Contraception

Sit. Prof : actif , retraité , chômage/RMI , sans activité , en formation/étudiant , Invalidité/Alloc adulte handicapé

Niveau d'étude : sans diplôme , CAP/BEP , Niveau secondaire , Bac , Bac + 2 , sup à Bac + 2

Motif de la consultation :

Si hospitalisation, service :

Personnel hospit: Oui  Non  Rappel 6 mois, 1 an : Oui  Non

### 2 - Maladies et traitements

Facteurs de risque cardio-vasculaires :

Hypertension artérielle  Diabète  Cholestérol

Maladies cardio-vasculaires :

Infarctus du myocarde  AVC  Artérite MI

Maladies respiratoires :

Cancer des voies resp. sup.  Bronchite chronique  Asthme

Prise de psychotropes : - Anxiolytiques : - Antidépresseurs :

- Traitements de substitution :

- Antécédents de dépression nerveuse Oui  Non

Autre :

### 3. Bilan tabagique

Fume tous les jours : Oui  Non

Cigarettes/jour (nombre) : Cigarettes roulées/jour :

Consomme les produits suivants : Cigarillos  Cigare  Pipe

Tabac à mâcher  Snus  Narguilé/Chicha

Nombre de tentative d'arrêt : 1\_2\_3\_4\_5\_6\_7\_8\_9\_10\_+ :

Fagerstöm q1 : 1\_2\_3 Fagerstöm q2 : 1\_2\_3

Fagerström : 1\_2\_3\_4\_5\_6\_7\_8\_9\_10

HONC : 1\_2\_3\_4\_5\_6\_7\_8\_9\_10

### 4. Habitudes de vie

Crainte de prendre poids : Confiance pour ne pas prendre poids :

Activité physique hebdomadaire : 0, -30 mn, 30-60 mn, 1-2 h, 2-4 h, +4 h

Tasses de café/jr (0 à 30) :

Variations importantes de poids : Oui  Non

Verres d'alcool/j (0 à 50) : Test DETA (0 à 4) :

Consommation de cannabis au cours du mois écoulé : 0, 1-2 fois, 3-5, 6-9, 10-19, 20-29, tous les jours.

Consommation au cours des 30 derniers jours :

Score A du HAD :

Score B du HAD :

### 5. Arrêt :

Age début tabagisme :

Age tabagisme actuel :

Importante à l'arrêt (0-10) :

Confiance dans l'arrêt (0-10) :

Motivation à arrêter (selon échelle ci-dessous) :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Craintes à l'arrêt :

### 6. Bilan de la consultation initiale

CO expiré :

Délai de la dernière cigarette :

Tour de Taille :

Cotinine urinaire :

### 7. Traitement

Démarche de réduction : Oui  Non

Traitement de substitution nicotinique :

- Dispositif transdermique : dose pendant

- Gommages :  dose : - Comprimés :  dose :

- Inhalateur :  dose

Traitement pharmacologique d'aide au sevrage tabagique :

- Bupropion Zyban  Varenicline Champix

- Autre \_\_\_\_\_

Traitement psychotrope : Antidépresseurs  Anxiolytiques

Lesquels : \_\_\_\_\_

Thérapie comportementale Oui  Non

Consultation psychologique Oui  Non

Consultation diététique Oui  Non

Autres traitements :

### CONCLUSION :

Annexe 17 : Fiche patient – CDTNET – Consultation de suivi

UNITE MEDICALE DE COORDINATION  
DE TABACOLOGIE  
Dr Jean-Marc PLASSART  
Responsable Unité Médicale  
Rez-de-Chaussée Haut - Hall Chartreuse  
Hôpital Albert Michallon - CHU DE GRENOBLE  
BP 217 - 38043 GRENOBLE CEDEX 09  
Tel : 04 76 76 89 43 / Fax : 04 76 76 88 55



TABACOLOGIE  
FICHE PATIENT - CDTNET  
SUIVI

Consultation de suivi

Date de la consultation : \_\_\_\_\_

Patient en arrêt : Oui  Non

Nombre de jours d'arrêt total : \_\_\_\_\_

Réduction de consommation : Oui  Non

Consommation moyenne quotidienne de tabac : \_\_\_\_\_

CO expiré \_\_\_\_\_ ppm

Temps écoulé depuis la dernière cigarette : \_\_\_\_\_ mn, heure, jour

Poids : \_\_\_\_\_ kg

Nombre de verres d'alcool / jour : \_\_\_\_\_

Nombre de café / jour : \_\_\_\_\_

Test HAD : A =     / 21 B =     / 21

Résumé / Observations :

Traitement :

Consultation psychologique : Oui  Non

Consultation diététique : Oui  Non

## SERMENT DE GALIEN

*Faculté de Pharmacie,  
Université Grenoble Alpes*



# Serment de Galien



« 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(e) 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(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque ».

Caroline GROS

LA FORMATION AU SEVRAGE TABAGIQUE DES OFFICINAUX : ETAT DES LIEUX ET  
PERSPECTIVES VIA UNE ENQUETE SUR GRENOBLE

**RÉSUMÉ**

Les chances de réussite d'un sevrage tabagique sont plus grandes si le patient est conseillé et accompagné par un professionnel de santé. Le pharmacien d'officine et son équipe, acteurs de santé publique accessibles et disponibles, ont donc un rôle important à jouer dans ce domaine. Néanmoins, l'aide et le suivi d'un patient fumeur pendant son sevrage nécessitent que l'équipe officinale soit suffisamment formée et donc qualifiée pour assurer une bonne prise en charge du patient.

Nous avons mené une enquête auprès des officinaux de Grenoble avec comme objectif de présenter un état des lieux de leurs connaissances sur le sevrage tabagique et dans la prise en charge du fumeur ainsi que d'évaluer leur besoin de formation.

Ce travail confirme que très peu connaissent le conseil minimal. Beaucoup d'officinaux n'ont jamais assisté à une formation et très peu d'entre eux en ont eu une récente. Ils sont nombreux à reconnaître que leur niveau de connaissances pour accompagner un fumeur est insuffisant et à ressentir le besoin d'une formation supplémentaire.

Les officinaux jouent un rôle stratégique dans la lutte contre le tabagisme. La mise en place de consultations dans les pharmacies, dont la faisabilité et l'efficacité ont été démontrées, ne peut être établie que si l'équipe officinale est motivée, engagée et formée, en lien avec les autres professionnels de santé.

**MOTS CLÉS** : Tabac, Sevrage, Formation, Officine

**FILIÈRE** : Officine