THESE

PRESENTEE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTE DE PHARMACIE DE MARSEILLE

LE 28 JUIN 2019

PAR

Monsieur Michel BARSOUM

Né(e) le 01/09/1993 à Marseille

EN VUE D'OBTENIR

LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

EVOLUTION DU ROLE DES PROFESSIONNELS DE SANTE DANS LE SEVRAGE TABAGIQUE : STRATEGIES MARKETING ET BENEFICES DE SANTE PUBLIQUE

JURY :

Président : Pr Laurence CAMOIN JAU

Membres : Dr Pascal PRINDERRE

Pr Thierry AUGIER

Dr Batoul EL HARAKE

Pr Laurence CAMOIN JAU

Université d'Aix-Marseille – Faculté de Pharmacie – 27 bd Jean Moulin – CS 30064 - 13385 Marseille cedex 05 - France
Tél. : +33 (0)4 91 83 55 00 - Fax : +33 (0)4 91 80 26 12

Faculté de Pharmacie
Aix-Marseille Université

27 Boulevard Jean Moulin – 13385 MARSEILLE Cedex 05
Tel. : 04 91 83 55 00 – Fax : 04 91 80 26 12

ADMINISTRATION :

Doyen :	Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
Vice-Doyens :	M. Jean-Paul BORG, M. François DEVRED, M. Pascal RATHELOT
Chargés de Mission :	Mme Pascale BARBIER, M. David BERGE-LEFRANC, Mme Manon CARRE, Mme Caroline DUCROS, Mme Frédérique GRIMALDI
Conseiller du Doyen :	M. Patrice VANELLE
Doyens honoraires :	M. Jacques REYNAUD, M. Pierre TIMON-DAVID, M. Patrice VANELLE
Professeurs émérites :	M. José SAMPOL, M. Athanassios ILIADIS, M. Jean-Pierre REYNIER, M. Henri PORTUGAL
Professeurs honoraires :	M. Guy BALANSARD, M. Yves BARRA, Mme Claudette BRIAND, M. Jacques CATALIN, Mme Andrée CREMIEUX, M. Aimé CREVAT, M. Bernard CRISTAU, M. Gérard DUMENIL, M. Alain DURAND, Mme Danielle GARÇON, M. Maurice JALFRE, M. Joseph JOACHIM, M. Maurice LANZA, M. José MALDONADO, M. Patrick REGLI, M. Jean-Claude SARI
Chef des Services Administratifs :	Mme Florence GAUREL
Chef de Cabinet :	Mme Aurélie BELENGUER
Responsable de la Scolarité :	Mme Nathalie BESNARD

DEPARTEMENT BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE
Responsable : Professeur Philippe PICCERELLE

PROFESSEURS

BIOPHYSIQUE	M. Vincent PEYROT M. Hervé KOVACIC
GENIE GENETIQUE ET BIOINGENIERIE	M. Christophe DUBOIS
PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE, BIOPHARMACIE ET COSMETIQUE	M. Philippe PICCERELLE

MAITRES DE CONFERENCES	
BIOPHYSIQUE	M. Robert GILLI Mme Odile RIMET-GASPARINI Mme Pascale BARBIER M. François DEVRED Mme Manon CARRE M. Gilles BREUZARD Mme Alessandra PAGANO
GENIE GENETIQUE ET BIOTECHNOLOGIE	M. Eric SEREE-PACHA Mme Véronique REY-BOURGAREL
PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE, BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE	M. Pascal PRINDERRE M. Emmanuel CAUTURE Mme Véronique ANDRIEU Mme Marie-Pierre SAVELLI
NUTRITION ET DIETETIQUE	M. Léopold TCHIAKPE

A.H.U.	
THERAPIE CELLULAIRE	M. Jérémy MAGALON

ENSEIGNANTS CONTRACTUELS	
ANGLAIS	Mme Angélique GOODWIN

DEPARTEMENT BIOLOGIE PHARMACEUTIQUE
Responsable : Professeur Philippe CHARPIOT

PROFESSEURS	
BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE	M. Philippe CHARPIOT
BIOLOGIE CELLULAIRE	M. Jean-Paul BORG
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Françoise DIGNAT-GEORGE Mme Laurence CAMOIN-JAU Mme Florence SABATIER-MALATERRE Mme Nathalie BARDIN
MICROBIOLOGIE	M. Jean-Marc ROLAIN M. Philippe COLSON
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE	Mme Nadine AZAS-KREDER

MAITRES DE CONFERENCES	
BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE	Mme Dominique JOURDHEUIL-RAHMANI M. Thierry AUGIER M. Edouard LAMY Mme Alexandrine BERTAUD Mme Claire CERINI Mme Edwige TELLIER M. Stéphane POITEVIN
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Aurélie LEROYER M. Romaric LACROIX Mme Sylvie COINTE
MICROBIOLOGIE	Mme Michèle LAGET M. Michel DE MEO Mme Anne DAVIN-REGLI Mme Véronique ROUX M. Fadi BITTAR Mme Isabelle PAGNIER Mme Sophie EDOUARD M. Seydina Mouhamadou DIENE
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE	Mme Carole DI GIORGIO M. Aurélien DUMETRE Mme Magali CASANOVA Mme Anita COHEN
BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne-Catherine LOUHMEAU
A.H.U.	
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	M. Maxime LOYENS

DEPARTEMENT CHIMIE PHARMACEUTIQUE
Responsable : Professeur Patrice VANELLE

PROFESSEURS	
CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine BADENS
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Philippe GALLICE
CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE – CHIMIE THERAPEUTIQUE	M. Pascal RATHELOT M. Maxime CROZET
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE	M. Patrice VANELLE M. Thierry TERME
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE, HOMEOPATHIE	Mme Evelyne OLLIVIER

MAITRES DE CONFERENCES

BOTANIQUE ET CRYPTOGAMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne FAVEL Mme Joëlle MOULIN-TRAFFORT
CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine DEFOORT M. Alain NICOLAY Mme Estelle WOLFF Mme Elise LOMBARD Mme Camille DESGROUAS
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. David BERGE-LEFRANC M. Pierre REBOUILLON
CHIMIE THERAPEUTIQUE	Mme Sandrine FRANCO-ALIBERT Mme Caroline DUCROS M. Marc MONTANA Mme Manon ROCHE
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE HYDROLOGIE	M. Armand GELLIS M. Christophe CURTI Mme Julie BROGGI M. Nicolas PRIMAS M. Cédric SPITZ M. Sébastien REDON
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE, HOMEOPATHIE	M. Riad ELIAS Mme Valérie MAHIOU-LEDDET Mme Sok Siya BUN Mme Béatrice BAGHDIKIAN

MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Anne-Marie PENET-LOREC
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Cyril PUJOL
DROIT ET ECONOMIE DE LA PHARMACIE	M. Marc LAMBERT
GESTION PHARMACEUTIQUE, PHARMACOECONOMIE ET ETHIQUE PHARMACEUTIQUE OFFICINALE, DROIT ET COMMUNICATION PHARMACEUTIQUES A L'OFFICINE ET GESTION DE LA PHARMAFAC	Mme Félicia FERRERA

A.H.U.

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	M. Mathieu CERINO

ATER

CHIMIE ANALYTIQUE	M. Charles DESMARCHELIER
CHIMIE THERAPEUTIQUE	Mme Fanny MATHIAS

DEPARTEMENT MEDICAMENT ET SECURITE SANITAIRE
Responsable : Professeur Benjamin GUILLET

PROFESSEURS	
PHARMACIE CLINIQUE	Mme Diane BRAGUER M. Stéphane HONORÉ
PHARMACODYNAMIE	M. Benjamin GUILLET
TOXICOLOGIE GENERALE	M. Bruno LACARELLE
TOXICOLOGIE DE L'ENVIRONNEMENT	Mme Frédérique GRIMALDI

MAITRES DE CONFERENCES	
PHARMACODYNAMIE	M. Guillaume HACHE Mme Ahlem BOUHLEL M. Philippe GARRIGUE
PHYSIOLOGIE	Mme Sylviane LORTET Mme Emmanuelle MANOS-SAMPOL
TOXICOCINETIQUE ET PHARMACOCINETIQUE	M. Joseph CICCOLINI Mme Raphaëlle FANCIULLINO Mme Florence GATTACECCA
TOXICOLOGIE GENERALE ET PHARMACIE CLINIQUE	M. Pierre-Henri VILLARD Mme Caroline SOLAS-CHESNEAU Mme Marie-Anne ESTEVE

A.H.U.	
PHARMACIE CLINIQUE	M. Florian CORREARD
PHARMACOCINETIQUE	Mme Nadège NEANT

CHARGES D'ENSEIGNEMENT A LA FACULTE

Mme Valérie AMIRAT-COMBRALIER, Pharmacien-Praticien hospitalier
M. Pierre BERTAULT-PERES, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Marie-Hélène BERTOCCHIO, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Martine BUES-CHARBIT, Pharmacien-Praticien hospitalier
M. Nicolas COSTE, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Sophie GENSOLLEN, Pharmacien-Praticien hospitalier
M. Sylvain GONNET, Pharmacien titulaire
Mme Florence LEANDRO, Pharmacien adjoint
M. Stéphane PICHON, Pharmacien titulaire
M. Patrick REGGIO, Pharmacien conseil, DRSM de l'Assurance Maladie
Mme Clémence TABELE, Pharmacien-Praticien attaché
Mme TONNEAU-PFUG, Pharmacien adjoint
M. Badr Eddine TEHHANI, Pharmacien – Praticien hospitalier
M. Joël VELLOZZI, Expert-Comptable

Mise à jour le 22 février 2018

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Laurence CAMOIN JAU,

Tout d'abord, merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger cette thèse et de présider mon jury, en qualité de responsable de la filière internat. Merci de m'avoir mis en confiance en me laissant la rédiger de la manière dont je l'entendais, mais aussi d'avoir pris le temps de me corriger quand il le fallait. Merci d'avoir été aussi bienveillante et disponible tout au long de ces études que ce soit pour des « conseils de révision », des conseils d'orientation lorsque j'hésitais entre la filière internat et la filière industrie, mais également pour faire visiter le laboratoire d'hématologie à quelques étudiants serbes. A nos longues discussions avant et pendant la rédaction de cette thèse ; en espérant qu'il y en ait encore d'autres à venir. Vous avez été en quelques sortes la marraine que je n'ai pas su trouver dans la promo du dessus.

A Monsieur le Docteur Pascal PRINDERRE,

Merci d'avoir accepté de faire partie de jury, c'est un honneur pour moi de compter parmi les jurés, le responsable de la filière industrie. Merci de m'avoir inculqué le souci du détail et de la précision lors des TP coordonnés de 4ème année, et la synthèse des comprimés d'acide folique. Je garderai de vous le souvenir d'un professeur dur mais juste. J'espère qu'à la lecture de cette thèse vous aurez appris des choses intéressantes sur la cigarette (électronique ?...) et leurs effets.

A Monsieur le Professeur Thierry AUGIER,

Merci de faire partie du jury de cette thèse en tant que responsable de la filière officine. Merci pour votre l'engouement et la passion que vous faisiez transparaître autant en cours qu'en ED. Vous êtes la preuve vivante que l'on peut être Professeur de faculté et avoir de l'humour, même si cet humour peut parfois être un peu (trop ?...) « border ».

A Madame le Docteur Batoul EL HARAKE,

Merci d'avoir pris à cœur de faire partie de ce jury et d'avoir fait les sacrifices nécessaires pour assister à cette thèse. Je ne te remercierai jamais assez, car tu as fait en sorte que je puisse passer cette thèse dans les délais que je m'étais fixé. Même si l'on n'a pas choisi la même filière, tu restes un exemple de réussite, en étant parti de là où tu étais.

A mes parents, j'espère vous rendre fiers après tout le chemin que j'ai parcouru, même si ça a été long, je crois que ça en valait la peine, même si ça n'a pas toujours été tout rose... En tout cas je suis moi-même fier de ce que vous avez fait de moi. Merci pour ce que vous avez fait pour moi et pour les valeurs que vous m'avez inculquées ; elles sont à la base de ma réussite, et représentent le meilleur des héritages que vous auriez pu me laisser. J'espère, un jour, pouvoir en faire autant…

A ma sœur Patricia, toi qui as souvent dû recoller les morceaux quand ça n'allait pas, quel que soit la nature du problème. Toi qui m'as soutenu lors de toutes les épreuves, qui a été la première à m'encourager, qui a su mettre tes intérêts et ta fierté de côté… même si tu restes quand même une Barsoum et que tu ne te laisses pas faire ;) Un grand MERCI !

A ma famille en Egypte, que je n'oublie pas, même s'ils ne tomberont probablement jamais sur ces mots, et même dans ce cas ils n'arriveraient sûrement pas à les lire, je pense très fort à eux.

A ma sœur Marie, tu auras fait vivre de nombreuses émotions diverses et variées à la famille et si tu n'avais pas fait pharma, je pense que je n'en serai pas là aujourd'hui, alors merci (?)
A Vincent C., le plus récent membre de la famille, ou peut-être le deuxième (si au moment où vous lisez ces mots je suis tonton…), merci de prendre sur toi tout ce que ma sœur peut te faire endurer…

A Jean Marc et Sylvie Maltese, merci de m'avoir donné l'impression de faire partie de la famille à travers tous les moments partagés. Merci pour votre gentillesse, votre hospitalité quand il le fallait et votre bienveillance à mon égard.

A Vincent M., la vie nous a fait passer par de nombreuses épreuves, que ce soit chacun de notre côté, ou ensemble ; je retiens qu'après 10 ans, nous avons survécu aux bons (qu'on a peut-être un peu trop fêté) comme aux mauvais moments (qu'on a pu avoir du mal à surmonter) et que l'on est toujours aussi proches. On a peut-être fait les 400 coups, mais que D. nous permette d'en faire 100 fois plus !

A Amir, mon binôme pendant 5 années, et un ami depuis 10 ans, on a partagé tellement de bons moments, les soirées pharma, et leurs lendemains en TP, les rendements approximatifs, ton départ furtif en exam d'infectio, mon départ furtif en exam d'addicto, l'année au sein de l'ALEE, le voyage à Belgrade, les allers-retours entre Paris, Lille, Marseille et Nice… Merci pour tous ces moments !

Aux anciens du Lycée Thiers,
A Hichem, pour ton humour, ta joie de vivre, ton humilité et pour avoir été le seul survivant au fil de nos escapades hongroises et nos excursions à travers l'Europe ! Et merci de m'avoir fait rencontrer au moins 10 personnes par soirées, mais le seul vrai que je garde en mémoire c'est **Ilyes,** que je remercie pour ses valeurs simples, son sens de la fête (de la friche à l'Instant) et pour les fois où je suis appelé en sélection (n'hésite pas les prochaines fois, pense à mon summer body ;)) !
A Walid, la seule et unique popstar de mon répertoire ! Merci d'être là quand il faut, même si nos chemins se séparent… des journées chez Prodirect aux aprems sur le toit du Corbusier, en passant par tes (futurs ?) concerts de folie et tes repassages de mouchoirs (OUPS ! c'était plus fort que moi ;)).
A Lotfi, l'étudiant le plus vieux de France, l'homme aux mille et un masters ! Merci d'avoir été là lors de mes passages à Paris, je n'oublierai jamais ce que tu as fait pour moi.
A Z, le pharmacien le plus cheaté (de l'anglais « trafiqué ») de France ; on a bien évolué de nos aprems chez toi à refaire le monde en compagnie de ton ancienne amie MJ aux soirées parisiennes !

A Julie M., l'étudiante en médecine la plus heureuse de France ! Ta présence ce soir me fait énormément plaisir, après tous les moments que l'on a partagé de l'Impasse d'Or à la plage Bonnegrace de Sanary.

A Charlotte et Théo (même si tu n'étais pas Thiers, fais pas chauff), plus je vous vois et plus je me dis que l'amour existe vraiment. Vous compter parmi les invités ce soir me fait extrêmement plaisir, car malgré des chemins différents, on a su rester en contact jusqu'à ce jour, et encore pour longtemps.

Aux rescapés du collège Anatole France,
A Amrou, même si tu étais toi aussi à Thiers, je te connais depuis plus longtemps, même avant que l'on soit né ! On a vécu tellement de choses de la cour d'Anatole France aux escapades à travers toute la Belgique, en passant par notre concert au Dôme que tu resteras mon frère, peu importe ce qui arrive.

A Victor, merci de prendre des nouvelles quand ça commence à faire longtemps que l'on ne s'est pas croisé. Merci pour avoir offert ton appartement en guise de QG quand on était encore gamins et que tu étais le seul à pouvoir inviter du monde ;)

A mes confrères pharmaciens,
Mouad et Momo, sûrement mes 2 frères les plus avancés dans leur vie… Merci pour m'avoir offert de si bons moments durant ces études et en dehors. Des chants dans les virages, aux chachoukhas constantinoises, en passant par les aprems corniche/pizzas à refaire le monde...

Aux filles du bungalow du WEI de 3e année, Célia, Clara, Fleur, Jade, José, Margaux et enfin **Mathilde**, merci pour les bons moments passés au cours de ces 5 années. Et un merci particulier à Mathilde qui a souvent pris des nouvelles et m'a fait confiance en suivant mes conseils pour l'IAE ;), à Clara pour prendre de mes nouvelles depuis que j'ai refusé de faire l'internat, à Margaux et José le binôme d'en face depuis le premier TP de L2.

A mes pseudo-confrères dentistes,
A Wissam, mon petit prince « 3***Z » de Marseille à Split et de Sakakini à la « Campagne », ton indécision et ton incapacité à être franc auraient pu être des défauts mais tu en as fait 2 forces. Je suis heureux d'avoir partagé tant de bons moments avec toi, et j'espère en partager encore de nombreux !

A Pierre L, jugé flic, le moins breton de tous les bretons, de la rue Sainte Cécile à… je sais plus du coup… le Beausset ? Nice ? Périer ?... Bref, peu importe, sache que je suis heureux d'avoir fait ta connaissance et je te remercie pour tous les bons moments que tu m'as permis de partager avec toi du Beausset à Mourier, en attendant de fêter ta thèse ;)

A Pierre F, mon aventurier solitaire, mon randonneur de l'extrême, mon thésé à la thèse-cale table ! A nos longues discussions de cœur qui ont commencé un soir d'été en rentrant du Trolley à la Rue Sainte Cécile à pieds, j'espère qu'elles laisseront place à d'autres sujets, ça voudra dire qu'on aura enfin tous les deux trouvé le calme intérieur ;)

A Abder, mon marocain préféré, mon galérien des campagnes, le Mark Landers des coups foireux, et le Mark Landers tout court, du gymnase de la fac aux terrains de Lloret del mar ! Reste comme tu es !

Aux 4 fantastiques, **Chloé, Marine, Mathilde et Tatiana,** à nos séjours au ski, nos weekends en Ardèche, nos restaurants d'anniversaire, et nos pots de thèse que l'on a partagés et que l'on partagera encore, je l'espère !

A mes « Apalgas » de l'IAE d'Aix, **Alex** (l'américaine), **Audrey** (the real « apalga »), **Geoffrey** (mon poulet), **Jordane** (le Major fantôme), **Justine** (la reine des ustensiles de cuisine), **Manon**[2] (Tatie Buldozer et l'incomprise), **Robin** (le frère de tatane), et mes autres camarades de l'IAE qui ont fait de cette année une riche expérience, **Chanelle** (et tes blagues grasses), **Chloé** (et ton chien hotdog), **Chris** (et ton humour relou), **Cycy** (et ta michtonnerie), **Gaël** (et ton life plan) et **Lisa** (et ta tête là !) ! Merci d'avoir fait de cette année une réussite et merci pour tous les bons moments passés ensemble !

A Inès, merci d'avoir apporté ton innocence et ta franchise dans l'environnement dans lequel on s'est rencontré… Fais toi confiance et continue à croire en tes objectifs, et tu y parviendras, mais surtout reste toi-même ! Personne n'a plus d'impact sur ta vie que toi !

A Nina, merci d'être présente chaque jour malgré la distance, et je dirai même grâce à la distance qui amplifie chaque instant, et donne une saveur particulière aux moments où l'on est ensemble. Merci de croire en moi et de me soutenir quel que soit le projet dans lequel je me lance, comme pour la rédaction de cette thèse. Tu fais de moi un homme épanoui chaque jour un peu plus. Sunce se ponovo rađa u moj život, jer sam s tobom… Volim te i Želim da te poliubim kada ovo pišem

A l'instant où j'écris ces derniers mots, je me trouve sur mon bureau, dans ma chambre, là où tout à commencer, et je souhaite dire merci à mes professeurs du collège Anatole France, **Flavie**, **Chantal**, **Franck**, **Géraldine** et **Christelle**, qui ont contribué à la création de mon capital confiance.
Merci à mes professeurs du Lycée Thiers qui ont cru en moi, même si ça n'était pas évident Messieurs **Racon** et **Mayeur** (une pensée pour Monsieur Tallent qui, lui, a très vite abandonné l'idée de croire en moi…).
Merci aux différents **professeurs de la faculté de pharmacie de Marseille**.
Merci au corps professoral de **l'IAE d'Aix Marseille**.
Merci aux membres des équipes des différentes pharmacies par lesquelles je suis passé la pharmacie des **Minimes**, la **Grande Pharmacie de la plaine**, la pharmacie **Pirollet**, la pharmacie de **la porte d'Aix**, la pharmacie **Notre Dame**.
Merci aux recruteurs de **Pro Direct** de m'avoir offert ma première expérience en marketing.
Merci aux équipes **d'Horizon Conseil** de m'avoir offert ma première expérience en management.
Merci au personnel de la **PUI de l'hôpital Saint Joseph**.
Merci au personnel du **laboratoire de biochimie de l'hôpital Nord**.
Merci à **Julien Vermersch** de m'avoir permis d'intégrer le laboratoire **SOBI**, et merci à eux de m'avoir offert ma première expérience en marketing pharmaceutique.
Merci au laboratoire **Albhades**, de m'avoir offert ma première expérience en business development, et particulièrement à **Alexandre Carli** et **Thibault Duchemin**, pour tous les bons moments partagés.
Enfin, merci au laboratoire **Johnson & Johnson**, de m'avoir offert de vivre l'expérience la plus riche que j'ai vécu, tant au niveau professionnel que personnel, merci particulièrement à **Sarah Spieth** et **Amélie Frély** pour leur confiance, aux **équipes Reg/Med** pour leurs efforts et leur patience, ainsi qu'à **mes camarades stagiaires**, avec qui on aura passé de bons moments malgré quelques instants difficiles.

A D.

« L'Université n'entend donner aucune approbation, ni improbation aux opinions émises dans les thèses. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. »

Sommaire

INTRODUCTION **17**

I. LE TABAGISME : ETAT DES LIEUX D'UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE **18**

1) LE TABAGISME ET SES CONSEQUENCES 18
a. Epidémiologie du tabagisme *18*
b. Composition de la fumée de tabac *23*
c. Les conséquences sanitaires du tabagisme *25*
2) ACCOMPAGNEMENT DES FUMEURS 29
a. Identification des fumeurs et motivation à l'arrêt *30*
b. Prise en charge : de l'écoute à l'action *36*
c. Syndrome de sevrage et risques de rechute *37*
3) TECHNIQUES DE SEVRAGE 38
a. Les thérapies cognitivo-comportementales *38*
b. Médicaments de substitution *39*
c. Médicaments non substitutifs *40*
d. Méthodes annexes *42*

II. LE GOUVERNEMENT IMPOSE DE NOUVEAUX ROLES AUX ACTEURS DU SEVRAGE TABAGIQUE **45**

1) DES DIFFICULTES A REDUIRE LE TABAGISME… (1976-2014) … 45
a. Les origines de la lutte contre le tabagisme *45*
b. L'organisation des soins en tabacologie *46*
c. Résultats et axes d'optimisation *46*
2) … A UNE NOUVELLE ERE DE PRISE EN CHARGE (2014-2019) 54
a. Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac *55*
b. Aider les fumeurs à s'arrêter *56*
c. Agir sur l'économie du tabac *57*
3) L'IMPACT SUR LA PRISE EN CHARGE PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE 59
a. Le marketing des produits de santé *59*
b. Nouvelles stratégies marketing et nouveaux rôles des professionnels de santé *62*

III. LES BENEFICES DE LA NOUVELLE PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE TABAGIQUE **64**

1) LE COUT DU TRAITEMENT PAR SUBSTITUTS NICOTINIQUES 64
2) LE COUT SOCIAL DU TABAGISME 65
a. Coût externe *66*
b. Finances publiques *70*
c. Somme des deux composantes du coût social *84*
3) BENEFICES DE SANTE PUBLIQUE 90
a. Economies de santé *90*
b. Diminution des pathologies associées *90*
c. Diminution de la prévalence de fumeurs *91*

CONCLUSION **92**

ANNEXES **93**

BIBLIOGRAPHIES **95**

Abréviations

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

ALD : Affections de longue durée

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

AVC : Accident vasculaire cérébral

BPCO : Broncho-pneumopathie chronique obstructive

CCLAT : Convention-cadre lutte anti-tabac

CEPS : Comité économique des produits de santé

CFES : Comité français d'éducation pour la santé

CMUc : Couverture maladie universelle complémentaire

CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CSAPA : Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CSP : Code de la santé publique

DGDDI : Direction générale des douanes et droits indirects

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

FDA : Food and drug administration

GERS : Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques

HAS : Haute autorité de santé

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

MILDECA : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

MILDT : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

OCRTIS : Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants

OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

OFT : Office français de prévention du tabagisme

OMS : Organisation mondiale de la santé

PNLT : Programme national de lutte contre le tabac

PNRT : Programme national de réduction du tabagisme

TNS : Traitements nicotiniques de substitution

VEMS : Volume expiratoire maximal par seconde

Introduction[1]

En 1556, André Thévet introduit le tabac en France qui sera ensuite rendu populaire par Jean Nicot. En 1561, il en fait parvenir sous forme de poudre au Louvre pour atténuer les migraines de Catherine de Médicis et son fils François II. Ceci se révèle être une réussite. Aujourd'hui, il est bien connu que le tabac ne possède aucune action antimigraineuse, le succès thérapeutique ne pouvait alors être dû qu'à un effet placebo. Nicot n'étant pas le seul intellectuel à attribuer des vertus médicinales au tabac, il fut initialement prisé, puis chiqué et enfin fumé en Europe et était réputé pour calmer les douleurs dentaires, les migraines, la goutte et les rhumatismes.

Mais très vite, le tabac attire des détracteurs et, dès 1604, Jacques Ier d'Angleterre publie « Coup de trompette contre le tabac (*Counterblast to Tobacco*) » dans lequel il qualifie l'acte de fumer de coutume dégoutante, désagréable au nez et dangereuse notamment pour le cerveau et les poumons. En soutenant une thèse sur les dangers sur tabac, Fagon devient le premier médecin à lutter contre le tabagisme. S'en suit une longue période de controverses, et ce n'est que depuis la deuxième moitié du XXème siècle, lorsque le tabac est reconnu comme première cause de mortalité évitable dans le monde, que les mentalités et l'avis sur le tabac commencent à s'aligner. Dès lors, la lutte contre le tabagisme devient une priorité pour les institutions internationales.

En octobre 2004, le France devient le premier pays européen a ratifié la CCLAT de l'OMS, qui intègre des mesures financières et fiscales, la protection contre l'exposition à la fumée de tabac, la réglementation sur la composition des produits du tabac et sur les informations qui doivent en être données. Mais aussi l'interdiction de la publicité pour les produits du tabac, la lutte contre le commerce illicite des produits du tabac et la vente aux mineurs. Malgré cette législation contraignante, la France essuie de nombreux échecs et ne parvient pas à réduire le tabagisme. En 2016, le gouvernement décide de mettre en place de nombreux plans et entreprend de nombreuses mesures pour inverser la courbe du tabagisme, en mettant à contribution les acteurs du tabagisme et du sevrage tabagique.

Nous verrons à travers cet écrit les changements notables intervenus suite aux décisions du gouvernement, leurs impacts sur le système de sevrage tabagique en France et les nouveaux rôles des professionnels de santé. Enfin, nous aborderons les bénéfices de santé publique apportés et les éléments pouvant garantir une meilleure prise en charge des patients fumeurs.

I. Le tabagisme : état des lieux d'un enjeu de santé publique

Le tabac étant une cause très importante de morbidité et de mortalité dans la population française, il s'est avéré essentiel de surveiller l'évolution de sa consommation et d'en mesurer les conséquences sur la santé. Tout ceci, dans le but d'apporter aux fumeurs un accompagnement et des techniques de sevrage adaptés à leurs besoins. Ce qui n'est pas forcément tâche aisée, sachant qu'il existe de nombreux profils de fumeurs, plusieurs formes de dépendances et différents degrés de motivation à l'arrêt.

1) Le tabagisme et ses conséquences

a. Epidémiologie du tabagisme

Préalablement à l'étude du tabagisme dans la population française, commençons par définir les différentes catégories de fumeurs. Un fumeur quotidien est un individu déclarant fumer tous les jours ou déclarant une consommation de cigarettes (manufacturées ou roulées) par jour, quant au fumeur occasionnel, il déclarera fumer, mais pas quotidiennement. Sans précision, le terme « fumeur » regroupe ces deux catégories. Un ex-fumeur est une personne ayant fumé par le passé, que ce soit occasionnellement ou quotidiennement, mais qui déclare ne pas fumeur au moment de l'enquête. Une personne qui déclare avoir fumé seulement une ou deux fois pour essayer, est considérée comme n'ayant jamais fumé.

En 1992, le CFES (ex-Inpes), avec le soutien de nombreux organismes français (la Cnam, l'Inserm, la Drees et l'OFDT) crée le baromètre santé. Cette enquête vise à suivre les attitudes et perceptions liées aux prises de risques et à l'état de santé de la population résidant en France, et notamment celles liées au tabagisme. Les prévalences du tabagisme sont présentées selon plusieurs variables sociodémographiques : âge, sexe, diplôme, situation professionnelle et revenus.

Le Baromètre santé 2017 [2] fait état de 31,9% de fumeurs chez les 18-75 ans, 35,2% des hommes et 28,7% des femmes ($p<0,001$). La consommation quotidienne de tabac s'élevait, elle, à 26,9% (Figure I.1.) pour la même tranche d'âge, avec une prévalence plus importante chez les hommes que chez les femmes (29,8% contre 24,2%, $p<0,001$). La consommation occasionnelle de tabac s'élevait à 4,9% (5,4% des hommes et 4,5% des femmes, $p<0,05$). Les ex-fumeurs représentaient quant à eux 31,1% et les personnes n'ayant jamais fumé 37,1% ($p<0,001$). Ces chiffres démontrent qu'après une stabilité observée entre 2010 et 2016, une baisse significative

du tabagisme de 3,2 points (soit une baisse de 9%, p<0,001) a été observée aussi bien chez les hommes que chez les femmes, représentant 1,4 million de fumeurs adultes en moins passant ainsi de 15,8 à 14,4 millions. De même pour la prévalence du tabagisme quotidien (baisse de 2,5 points, soit -8%, p<0,001, représentant une diminution d'environ 1 million) qui passe de 13,2 à 12,2 millions. La part d'ex-fumeurs restait stable *Vs* n-1, et la part des personnes n'ayant jamais fumé était quant à elle en augmentation (de 34,3% à 37,1%, p<0,001) (Figure I.2.).

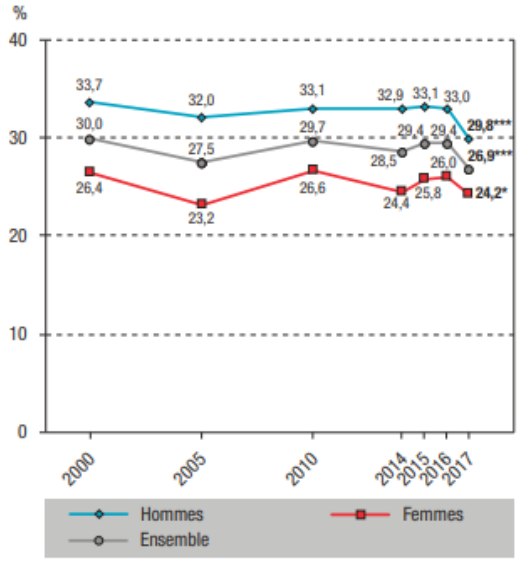


Figure I.1. Prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe parmi les 18-75 ans, France, 2000-2017[I]

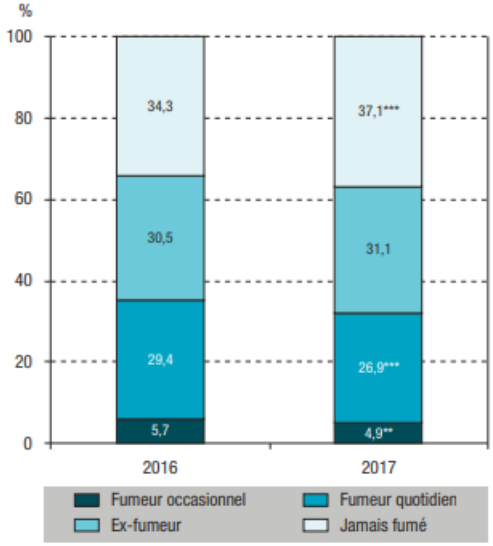


Figure I.2. Statut tabagique des 18-75 ans, France, 2016 et 2017

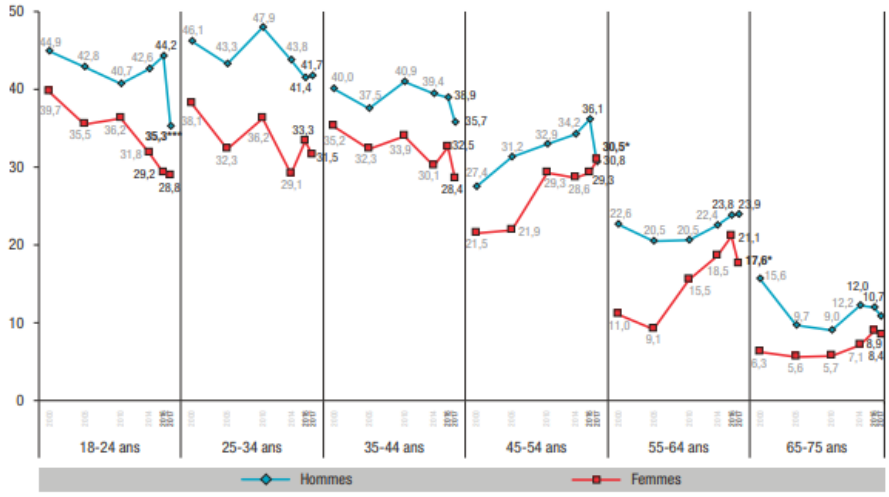


Figure I.3. Prévalence (en %) du tabagisme quotidien selon l'âge et le sexe parmi les 18-75 ans, France, 2000-2017

[I] Sources : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2016 et 2017, Santé publique France. Baromètre cancer 2015, INCa. Les * indiquent une évolution significative entre 2016 et 2017 : *p<0,05 ; ** p<0,01 *** p<0,001.

L'analyse des différences liées aux classes d'âge et au sexe (Figure I.3.), entre 2016 et 2017 parmi les hommes, montre que la prévalence de la consommation quotidienne de tabac a diminué de 9 points chez les 18-24 ans (de 44,2% à 35,3%, p<0,001), pour atteindre le plus bas niveau depuis 2000, alors qu'elle est restée stable chez les femmes du même âge.

La prévalence a également diminué parmi les hommes de 45-54 ans, passant de 36,1% à 30,5% (p<0,05), ce qui met fin à une hausse continue depuis le début du XXIème siècle pour cette classe d'âge. De même, une diminution du tabagisme quotidien chez les femmes parmi les 55-64 ans est observée, ce qui constitue la première baisse observée après une longue période d'augmentation constante. Enfin, en se basant sur trois caractéristiques sociodémographiques (diplôme, revenus et catégorie socioprofessionnelle), et par extrapolation, les résultats montrent qu'une personne sans diplôme (36,3%) qui sera assimilé à un revenu de 1er tercile (34,0%) voire à une situation professionnelle délicate (43,5%) représente la catégorie la plus touchée par le tabagisme quotidien, à l'opposé d'une personne ayant fait des études supérieures (19,8%), et ayant un revenu élevé (19,5%) qui sera moins touchée. (Figure I.4.)

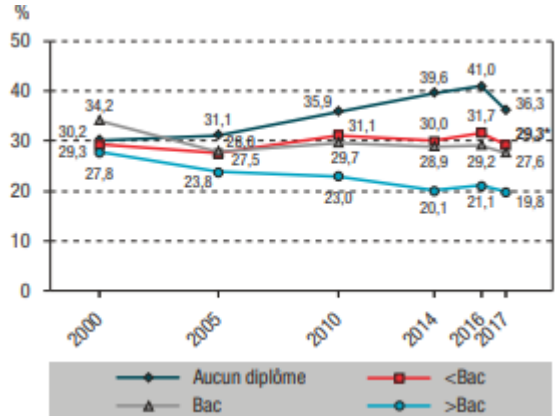


Figure I.4.a. Selon le diplôme

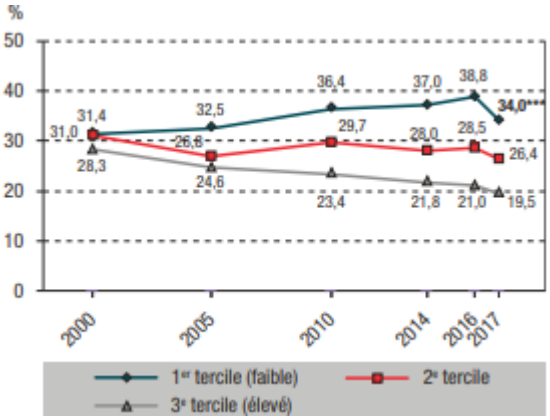


Figure I.4.b. Selon le revenu

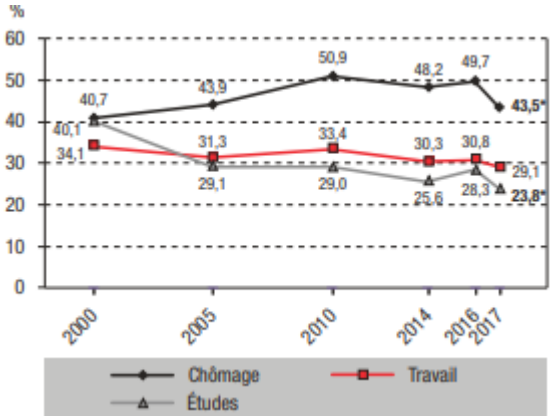


Figure I.4.c. Selon la situation professionnelle

Figure I.4. Prévalence du tabagisme quotidien selon le diplôme (18-75 ans), le revenu par unité de consommation (18-75 ans) et la situation professionnelle (18-64 ans), France, 2000-2017

Afin de suivre l'évolution du tabagisme en France, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) réalise depuis 2004, à la demande de la MILDT (devenu MILDECA), une analyse trimestrielle et fournit ses résultats sous la forme d'un « tableau de bord tabac ». Les chiffres de ce tableau de bord sont récoltés auprès de la Direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI), du Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques (GERS), de la Caisse nationale d'Assurance maladie (CNAM) et de Santé publique France (ex-INPES). Ces tableaux permettent de donner une vue synthétique des principaux indicateurs liés aux ventes de tabac, à la prise en charge des fumeurs et aux actions de prévention et d'information.

Le tableau de bord 2018 [2] fait état d'une diminution de 8,8% des ventes de tabac par rapport à 2017, qui s'élèvent à 49 740 tonnes dans le réseau des buralistes de France continentale. En effet après quatre années (2014-2017) durant lesquelles les ventes étaient stables, le volume passe sous le seuil symbolique des 50 000 tonnes. (Figure I.5.)

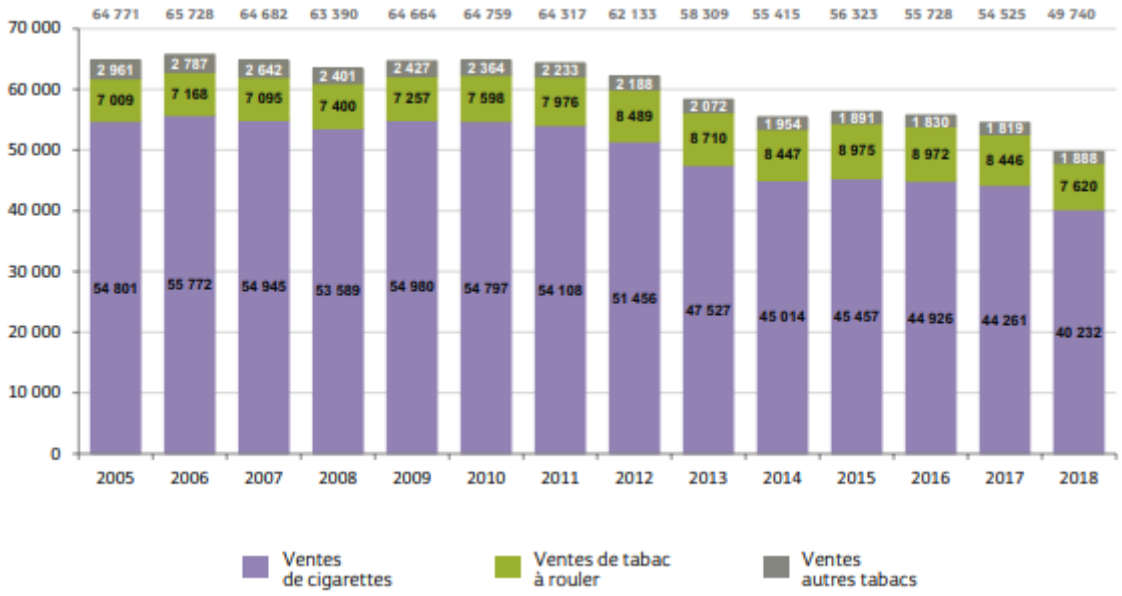


Figure I.5. Ventes totales de tabac (en tonnes) et répartition entre cigarettes, tabac à rouler et autres tabacs [II]

Les ventes de cigarettes, qui représentent le mode de consommation le plus commun, avec 80% du marché officiel, diminuent de 9,1% par rapport à 2017.

[II] Source : DGDDI

En effet, l'homme n'a jamais manqué d'ingéniosité pour la consommation des substances addictives et le tabac n'y a pas échappé. Le tabac peut alors être [3] [4] :

- **fumé** sous la forme de **cigarettes manufacturées** qui ont été, au cours du temps, rendues moins irritantes prétendant qu'ainsi elles étaient plus « légères », ce qui a conduit toute une génération à croire qu'il était possible de fumer « plus sain » ; sous la forme de cigarettes roulées à l'aide du **tabac à rouler** qui représente une porte d'entrée dans le tabagisme pour les adolescents, car il est moins coûteux mais aussi plus toxique, en libérant trois fois plus de monoxyde de carbone, de goudron et de nicotine, qu'une cigarette manufacturée ; sous la forme de **cigares ou de cigarillos** qui sont présentés comme moins toxiques ce qui est vrai sur le plan cardiaque lorsque l'on n'a jamais fumé que sous cette forme ; fumer la **pipe** augmente certains risques de cancer (bouche, œsophage) mais en diminue d'autres ; enfin, la **narguilé**, présentée comme un produit convivial, reste la forme qui produit le plus de fumées toxiques, car elles contiennent de très grandes quantités de particules fines, de cancérogènes et de monoxyde de carbone ;

- **mâché ou chiqué**, pendant 10 à 30 minutes, ce qui facilite l'absorption de la nicotine par la muqueuse. Ce mode de consommation est particulièrement utilisé par les skieurs qui ont été inspiré par les nordiques qui consomment eux, du snus, forme de consommation interdite en Europe, hormis en Suède, qui se présente sous la forme d'une poudre de tabac humide et fermentée, conditionnée en petits sachets et placé derrière la lèvre supérieure pendant une durée variable ;

- **prisé**, historiquement l'un des premiers, ce mode, qui a quasiment disparu aujourd'hui, consiste à broyer le tabac en une poudre très fine et à le consommer par voie nasale. Ce mode de consommation qui paraît à première vue extrêmement dangereux, l'est en fait que très peu puisque le consommateur rejette le tabac en se mouchant ou en éternuant. De plus, en l'absence de chauffage et de combustion du produit, cette forme limite l'exposition aux substances cancérigènes ;

- **chauffé** à une température (180-350°C) inférieure à celle créant la combustion d'une cigarette classique (900°C) entrainant la formation des substances cancérigènes. Ce mode de consommation est apparu récemment en France, commercialisé sous le nom de « *heat not burn* ».

Hormis, ce dernier mode de consommation qui semble jusqu'à présent exempt de formation de substances cancérigènes, le caractère néfaste de la composition chimique du tabac et de sa fumée n'est plus à démontrer.

b. Composition de la fumée de tabac [5]

Dès lors qu'une cigarette est allumée, la température peut atteindre 1000 à 1500°C, le nombre de composés chimiques passe de 2500 à plus de 4000, dû à la combustion et à la formation de fumée. Il est possible de distinguer plusieurs courants dans la fumée [5] :

- *Courant primaire* : produit par l'aspiration directe, il définit le tabagisme actif. L'air est aspiré et augmente l'incandescence de la zone d'ignition avoisinant les 800°C. La combustion est donc parfaite, dû à la présence de l'oxygène et la haute température.
- *Courant secondaire* : correspond à la combustion spontanée de la cigarette à laquelle s'associe la fumée exhalée par le fumeur. Ce courant se caractérise par une teneur amoindrie en oxygène et la température baisse de manière importante ; la combustion devient imparfaite et la plupart des hydrocarbures et autres molécules nocives sont alors formées. Ce courant envahit l'air ambiant et participe au tabagisme passif.
- *Courant tertiaire* : constitué par les particules et les molécules qui se déposent sur les surfaces du milieu ambiant. Ce courant, qui participe également au tabagisme passif, est le plus nocif.

Parmi les substances qui composent la fumée de cigarette, près d'une centaine sont toxiques et plus d'une soixantaine sont cancérigènes. La composition et la teneur en substances nocives varient en fonction du type de tabac, du mode de séchage, des traitements appliqués, des additifs…

Cependant, certaines substances sont retrouvées quel que soit le mode consommation, comme les **alcaloïdes** et particulièrement la **nicotine,** alcaloïde le plus connu et pour cause c'est la substance qui est à l'origine de la dépendance qui est très forte, et apparaît dès les premières semaines d'exposition, même pour une consommation de tabac infime. Mis à part ses effets psychoactifs, elle affecte également les systèmes respiratoire et cardiovasculaire. Inhalée, elle stimule certains récepteurs des neurones provoquant des sensations ressenties comme plaisantes et la cigarette devient alors une solution de mieux-être, de gestion du stress ou des émotions,…

Les **goudrons** formés par la combustion sont responsables des cancers liés au tabagisme et ont également un effet nocif sur les tissus et les muqueuses. Les **irritants** qui se forment lors de la combustion attaquent les muqueuses respiratoires en modifiant le tapis des bronches et en altérant la protection de leurs parois alvéolaires. Le **monoxyde de carbone** aura, lui, un impact hématologique, car il a la propriété de se fixer sur l'hémoglobine, en lieu et place de l'oxygène. Les organes sont moins bien oxygénés et ne peuvent travailler efficacement : on parle d'hypoxie. Alors, la fréquence cardiaque et la pression artérielle augmentent, provoquant une diminution de la capacité à l'effort et une augmentation des risques cardiovasculaires. Enfin, les **additifs** qui sont un peu les « ingrédients mystères », car utilisés selon des recettes secrètes, dégagent, après combustion, de nouveaux composants dangereux. Parmi ces additifs on peut notamment citer, **l'ammoniac** (servant à faciliter l'inhalation), différents **arômes** (servant à recruter de nouveaux fumeurs), le **cacao** (facilitant l'accès des poumons à la fumée) ou encore le **génol** et le **menthol** (aux vertus adoucissantes et masquant l'effet irritant de la fumée).



Image I.1. Affiche de la campagne « Autopsie d'un meurtrier » de la LLCC. [III]

[III] Source : Ligue de Lutte contre le cancer.

c. Les conséquences sanitaires du tabagisme

Chacun sait que la cigarette peut créer une dépendance, ou plutôt des dépendances qui peuvent être seules ou cumulées chez un fumeur : la dépendance physique ou pharmacologique créée par la nicotine ; la dépendance comportementale, par effets de la nicotine entrainant plaisir et détente; la dépendance psychologique, pour laquelle l'environnement suscite l'envie de fumer. Elle est également à l'origine de comorbidités psychologiques et de complications somatiques, aussi bien chez le fumeur que chez les personnes exposées à la fumée.

Comorbidités psychologiques [6]

De nombreuses études épidémiologiques ont montré que la prévalence des troubles psychiques sont plus élevés chez les fumeurs que chez les non-fumeurs. Et réciproquement. En effet, la prévalence du tabagisme est deux à trois fois plus élevé chez les sujets présentant des troubles psychiatriques. Ainsi, dans la méta-analyse de Luger *et al.*[7], il a été prouvé que le risque de trouble dépressif était jusqu'à deux fois plus élevé que chez les non-fumeurs et ex-fumeurs. Alors que dans l'étude *Epidemiologic catchment area* (ECA) menée chez des sujets avec des antécédents de dépression, 70-80% des sujets étaient ou avaient été fumeurs. Les liens entre dépression et tabagisme semblent bidirectionnels, plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer cette comorbidité, notamment l'automédication de la dépression par le tabac. Les troubles anxieux (phobies sociales, stress post-traumatiques,…) peuvent également favoriser l'initiation au tabagisme et la dépendance nicotinique. Le tabagisme et la dépendance nicotinique peuvent aussi favoriser les troubles anxieux généralisés et les troubles paniques. [8]

Les études sur le tabagisme chez les patients bipolaires sont plus rares, et dans cette population, la consommation varie entre 60 et 69%, soit 2 à 3 fois plus qu'en population générale. Il est associé, chez cette population, à une sévérité plus grande de la dépression et à des conduites suicidaires.

La dépendance est plus forte et l'arrêt du tabac est bien plus compliqué en raison de niveaux d'impulsivité plus élevés lors d'épisodes maniaques et hypomaniaques. La consommation de tabac est fréquemment associée chez ces patients à l'abus/dépendance aux drogues ou l'alcool.[9] En effet, l'abus de substances psychoactives est perçu comme une comorbidité notamment l'alcoolo-dépendance qui est dix fois plus fréquente chez les fumeurs.

Les effets sont synergiques et entrainent une augmentation du risque de pancréatite, de cirrhose et de cancers des voies aérodigestives supérieures. Ainsi, le tabac reste la première cause de mortalité chez les patients alcoolodépendants. [10]

Complications somatiques [11]

La fumée de tabac constitue la première cause de mortalité évitable en France comme dans la plupart des pays développés, à travers de nombreuses pathologies pour lesquelles le tabac est le facteur causal essentiel ou l'un des facteurs de risque. La fumée de tabac agit directement ou indirectement sur tous les organes du corps. Des centaines de maladies voient ainsi leur incidence croître ou leur gravité augmenter par une exposition à la fumée, à l'inverse de certaines rares maladies (syndrome de Gilles de la Tourette, maladie de Parkinson, rectocolite-ulcéro-hémorragique) qui sont améliorées par la prise de nicotine ou ont une incidence moindre chez les fumeurs. Mais ces sujets auront, comme tout le monde, une chance sur deux de mourir d'une maladie liée au tabac s'ils fument toute leur vie. Parmi les pathologies liées au tabac, voici les principales (Figure I.6.) :

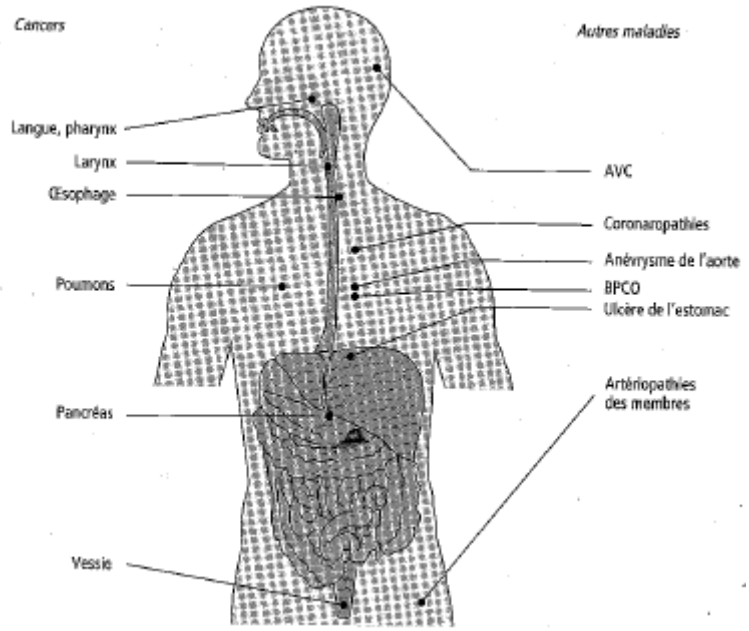


Figure I.6. Les principales maladies liées au tabac

- La **BPCO** : maladie chronique inflammatoire des bronches, le plus souvent associée à d'autres maladies. Elle se caractérise par un rétrécissement progressif et une obstruction permanente des voies aériennes et des poumons, entraînant une gêne respiratoire.

- Le **cancer du poumon** : le plus fréquent des cancers liés au tabac, et responsable du plus grand nombre de décès aussi bien chez l'homme que chez la femme. Aussi, le risque de cancer croît avec l'intensité du tabagisme tandis que le non-fumeur n'a « que » 7 chances sur 100 000 de le contracter chaque année. Alors que le traitement ne permet de guérir qu'un patient sur dix, la suppression de l'exposition au tabac éviterait neuf cancers sur dix.

- Les **autres cancers** : des voies aérodigestives supérieures, de la langue, du pharynx, du larynx, de l'œsophage pour lesquels le risque est potentialisé par une co-exposition à l'alcool. Ces cancers ne sont pas tous forcément dû directement à la fumée, mais aussi aux cancérogènes qui passent dans le sang.
  Il existe par ailleurs un excès de cancer du rein, organe où sont filtrés de nombreux cancérogènes et surtout de la vessie, organe stockeur entre deux mictions. D'autres cancers comme celui du pancréas, du sein, du col de l'utérus, du foie, de l'estomac du côlon et des lymphomes non hodgkiniens sont plus fréquents chez les fumeurs bien que le lien soit plus faible, et le rapport de causalité moins établi.

- **Effets vasculaires** : le tabac est à l'origine de nombreuses maladies cardiovasculaires, en agissant de façon chronique ou aigue. Il double le risque d'angine de poitrine, d'infarctus du myocarde et de mort subite chez les jeunes fumeurs. Le risque d'AVC est lui aussi lié au tabac ; une méta-analyse révèle un excès de risque de 50% chez les fumeurs. Enfin, le tabagisme est, avec le diabète, le principal facteur de risque d'artérite des membres inférieurs.

- **Effets sur la reproduction** : le tabagisme induit un risque de stérilité, via une impuissance d'origine vasculaire chez l'homme, et qui est très bien démontré chez la femme au cours des FIV. Lors du premier trimestre de grossesse, il entraîne un triplement du risque de GEU et de fausses couches, une augmentation d'anomalies de l'insertion, des arrêts spontanés de la grossesse et une faible augmentation du risque de fente labiale et de bec-de-lièvre. Durant les deux derniers trimestres de grossesse, le niveau de tabagisme est inversement proportionnel au poids de naissance de l'enfant, et le risque de mort-né est deux fois plus important. Enfin, le tabac, abaissant le taux d'œstrogènes, entraine une précocité de la ménopause chez les femmes fumeuses.

- **Effets infectieux** : le tabagisme actif est responsable chez l'adulte d'un triplement du risque de pneumonie, et en particulier de pneumonie à pneumocoques et de légionelloses. Les risques de décéder des suites d'une tuberculose sont doublés chez les fumeurs. Et bien qu'imparfaitement connue, cette augmentation semble être causée par une augmentation de l'adhésion bactérienne, une diminution de clairance et une modification de la réponse immunitaire.

- **Effets digestifs** : outre les cancers digestifs, la fumée de tabac altère le goût et l'odorat, et favorise l'œsophagite, les reflux œsogastriques, la gastrite et les ulcères gastroduodénaux. La maladie de Crohn, affection inflammatoire chronique qui touche le plus souvent l'intestin grêle, le côlon et l'anus, est d'une part, plus fréquente chez les fumeurs mais elle est aussi plus difficile à contrôler, et le risque de récidive après une intervention chirurgicale est plus grand que chez les fumeurs.

- **Effets sur la peau, les phanères et les os** : la fumée de tabac accentue les rides, dessèche la peau donne un teint gris et rend les ongles et les cheveux cassants. De la même manière, elle ralentit le temps nécessaire à la consolidation osseuse après fracture ou chirurgie, et augmente le risque de pseudarthrose. Enfin, chez la femme, le tabagisme augmente le risque d'ostéoporose post-ménopausique et de fracture pathologique.

Tabagisme passif [12]

Il est dû à l'inhalation des courants secondaire et tertiaire de la fumée, même lorsque les quantités inhalées sont relativement faibles, la concentration élevée des élément toxiques (détaillée dans le paragraphe sur la composition de la fumée), et la durée d'exposition peuvent jouer un rôle déterminant. C'est le cas notamment lorsque l'exposition a commencée avant la naissance ou dans l'enfance, et a persistée à l'âge adulte dans le cadre de l'activité professionnelle ou au domicile avec le tabagisme d'un conjoint. A l'échelle mondiale, on estime à 36% la population exposée au tabagisme passif dans les lieux intérieurs (33% des enfants, 35% des hommes, 40% des femmes).

Les premières études ayant mis en évidence la toxicité du tabagisme passif ont essentiellement concerné la pathologie respiratoire. Le cancer du poumon a été le premier révélé par les études épidémiologiques [13] . Ceci a été confirmé depuis par de nombreuses études et méta-analyses, avec une augmentation de l'ordre de 20 à 30% du risque de cancer du poumon.

Le principal risque est cardiovasculaire car il existe des modifications de la paroi des artères, et trois méta-analyses ont démontré que le tabagisme passif était responsable d'un excès de maladies coronariennes, telles que l'angine de poitrine et l'infarctus du myocarde. La meilleure estimation de cet excès de risque par rapport à une personne non exposée est de 25%. Cependant, pratiquement tous les effets biologiques, humoraux, cellulaires et hémodynamiques de la fumée active ont été retrouvés expérimentalement par exposition à la fumée passive et pratiquement avec la même intensité (en moyenne 80 à 90%).

Dans l'enfance, l'exposition au tabagisme passif augmente le nombre d'enfants diagnostiqués asthmatiques par le médecin généraliste. En effet, il est associé à une augmentation de 29% de l'hyperactivité bronchique et à une augmentation de l'intensité et de la fréquence des crises chez l'enfant déjà asthmatique, en particulier chez les plus jeunes. La meilleure estimation fait état d'un excès de crise d'asthme chez l'enfant de 14% quand le père fume, 28% quand la mère fume et 52% en cas de tabagisme biparental.

En conclusion, l'impact du tabagisme passif, dont on a longtemps sous-estimé l'importance, se trouve être facilement proche de celui du tabagisme actif. Cet impact est majoritairement cardiovasculaire. D'autre part, la corrélation entre fréquence de consommation de tabac et troubles psychiatriques ne peut plus être ignorée, en raison notamment de l'impact sur la morbidité et la mortalité dans cette population. Enfin, les conséquences somatiques de l'exposition active et passive à la fumée de tabac étant nombreuses, et à l'origine de plus de 80 000 décès par an en France (78 000 chez les fumeurs actifs et 3 000 chez les non-fumeurs exposés), il est indéniable que la prise en charge des fumeurs, ou mieux la prévention de l'initiation du tabagisme, améliorerait la santé publique de la population et rallongerait leur durée et leur qualité de vie.

2) Accompagnement des fumeurs [14]

Le tabac tue chaque année 78 000 fumeurs en France et reste la première cause de mortalité évitable. La majorité de la population est au fait de ce chiffre, et pourtant la diminution du tabagisme n'est pas flagrante. En effet, l'arrêt du tabac peut s'avérer être long et difficile, et nécessiter du temps pour le praticien afin de passer de l'empathie à l'application d'une stratégie. Il faudra au préalable identifier les fumeurs, et parmi eux, ceux qui sont motivés pour arrêter. Enfin les risques de rechute étant très fréquents, il faudra les intégrer dans la démarche d'arrêt.

Les recommandations nationales et internationales décrivent la prise en charge et font référence au modèle des 5A : *Ask* (s'enquérir du tabagisme), *Assess* (évaluer l'intention d'arrêt), *Advise* (conseiller l'arrêt), *Assist* (soutenir en proposant une stratégie), *Arrange* (planifier un suivi).

a. Identification des fumeurs et motivation à l'arrêt

Interlocuteur privilégié des fumeurs, les médecins tiennent un rôle de premier plan dans la prévention et l'aide à l'arrêt du tabagisme. La façon la plus simple d'aborder la question du tabagisme est de poser la question de la façon la plus franche possible. Si la réponse est positive, il est aisé d'identifier trois types de fumeurs : le fumeur dit « heureux », qui ne souhaite pas arrêter, le fumeur qui pense arrêter mais qui n'est pas encore dans une phase d'action, le fumeur qui souhaite arrêter et se considère prêt à le faire.

Dans le premier cas, il faudra tout de même donner le conseil minimal, en amenant le fumeur à reconsidérer sa position. En abordant le sujet de façon non moralisante, ceci lui permettra de développer sa motivation en s'appuyant sur la stratégie des 5 R développée par le National Cancer Institute :

Relevance : inciter les fumeurs à exposer les raisons pour lesquelles ils pourraient arrêter
Risks : aider les fumeurs à identifier les risques associés à leur consommation
Rewards : de même, identifier les bénéfices à l'arrêt
Roadbooks : demander au fumeur d'établir la liste des freins
Repetition : réitérer l'entretien à chaque consultation

Dans le deuxième cas, le rôle du praticien sera d'encourager la démarche d'arrêt en listant l'ensemble des bénéfices à l'arrêt (Figure I.7.), la multitude de traitements disponibles et le déroulement pratique du sevrage.

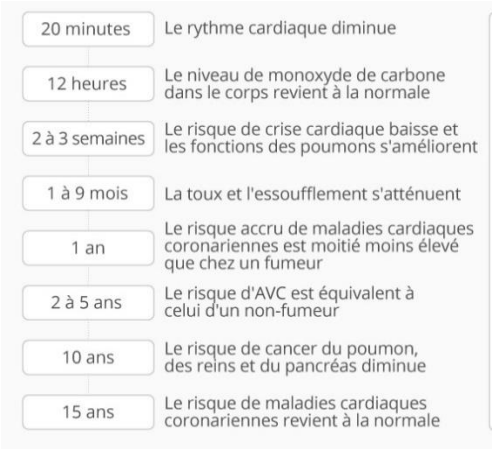


Figure I.7. Les bienfaits de l'arrêt du tabac. [IV]

[IV] Source: Centers for Disease Control and Prevention data, Odoxa

Enfin, dans le troisième cas, un plan de sevrage doit être proposé. Cependant, avant d'entamer ce plan, plusieurs étapes sont nécessaires.

Evaluation clinique [15]

Elle a pour but principal de déterminer les niveaux des différentes formes de dépendance évoquées plus haut.

La dépendance pharmacologique qui correspond à la dépendance à la nicotine doit être évaluée car elle représente un élément essentiel du diagnostic et de la prise en charge du fumeur. De multiples échelles ont été élaborées, principalement en anglais et nous nous intéresserons plus particulièrement aux questionnaires validés en français.

Le questionnaire le plus connu et le plus utilisé est le questionnaire de dépendance de **Fagerström** (Figure I.8.). Simple et fiable, il est composé de 6 questions permettant d'établir un score entre 0 et 10 donnant pour chaque fourchette, une notion de la dépendance du fumeur. C'est un élément important pour le pronostic et le traitement du tabagisme. Les différents items du test sont très bien corrélés avec les marqueurs biologiques, notamment le monoxyde carbone (CO) contenu dans l'air expiré, la nicotine et la cotinine sanguines et urinaires. Quand aucun traitement substitutif par la nicotine n'a été donné, le test semble très bien prédire les résultats : ceux qui sont les plus dépendants ont le moins de chance de s'arrêter. Cette relation disparaît quand un substitut de la nicotine a été donné. Il permet ainsi d'orienter le traitement des plus dépendants vers la substitution nicotinique de l'adapter.

ÉVALUATION DE LA DÉPENDANCE CHIMIQUE À LA NICOTINE :
QUESTIONNAIRE DE FAGERSTRÖM

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 premières minutes	3
	Entre 6 et 30 minutes	2
	Entre 31 et 60 minutes	1
	Après 60 minutes	0
Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	Oui	1
	Non	0
À quelle cigarette de la journée renonceriez-vous le plus difficilement ?	La première le matin	1
	N'importe quelle autre	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?	Oui	1
	Non	0
Fumez-vous lorsque vous êtes malade, au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	Oui	1
	Non	0
Total		

DE FAÇON GÉNÉRALE, VOICI COMMENT INTERPRÉTER LE SCORE OBTENU PAR VOTRE PATIENT :

SCORE DE 0 À 2 :
Le sujet n'est pas dépendant à la nicotine. Il peut arrêter de fumer sans avoir recours à des substituts nicotiniques. Si toutefois le sujet redoute l'arrêt, vous pouvez lui apporter des conseils utiles de type comportementaux (jeter les cendriers, boire un verre d'eau…). Vous pouvez également lui conseiller d'appeler Tabac Info Service au 39 89.

SCORE DE 3 À 4 :
Le sujet est faiblement dépendant à la nicotine. Il peut arrêter de fumer sans avoir recours à un substitut nicotinique. En cas de manque ou de difficultés passagères (irritabilité, manque, envie très forte…) vous pouvez éventuellement lui conseiller de prendre un substitut nicotinique par voie orale (comprimé à sucer, gomme à mâcher, comprimé sublingual…). Si le sujet redoute l'arrêt, vous pouvez lui conseillez d'appeler Tabac Info Service au 39 89 pour recevoir des conseils et du soutien.

SCORE DE 5 À 6 :
Le sujet est moyennement dépendant. L'utilisation des traitements pharmacologiques de substitution nicotinique va augmenter ses chances de réussite. Vos conseils seront utiles pour l'aider à choisir la galénique la plus adaptée à son cas.

SCORE DE 7 À 10 :
Le sujet est fortement ou très fortement dépendant à la nicotine. L'utilisation de traitements pharmacologiques est recommandée (traitement nicotinique de substitution ou bupropion LP ou varenicline). Ce traitement doit être utilisé à dose suffisante et adaptée. En cas de difficulté, orienter le patient vers une consultation spécialisée.

Figure I.8. Questionnaire de dépendance de Fagerström [16]

Il est également possible d'utiliser **l'échelle de dépendance à la cigarette** (*cigarette dependance scale*), proposée par ETTER en français et secondairement traduite et validée en anglais. Deux versions à 12 et 5 questions sont proposées. Cependant, en France, cette approche demeure peu utilisée. (Figure I.9.)

Questions	Options de réponse	Recodage
* 1. Indiquez par un chiffre entre 0 et 100. Quel est votre degré de dépendance vis-à-vis des cigarettes : – Je ne suis absolument pas dépendant des cigarettes = 0 – Je suis extrêmement dépendant des cigarettes = 100	___ Dépendance	0-20 = 1 21-40 = 2 41-60 = 3 61-80 = 4 81-100 = 5
* 2. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?	___ Cigarettes/jour	0-5 = 1 6-10 = 2 11-20 = 3 21-29 = 4 30+ = 5
* 3. D'habitude, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	___ Minutes	0-5 = 5 6-15 = 4 16-30 = 3 31-60 = 2 61+ = 1
* 4. Pour vous, arrêter définitivement de fumer serait :	Impossible = 5 Très difficile = 4 Plutôt difficile = 3 Plutôt facile = 2 Très facile = 1	Pas de recodage
Veuillez indiquer si vous êtes d'accord avec chacune des affirmations suivantes : * 5. Après quelques heures passées sans fumer, je ressens le besoin irrésistible de fumer	Pas du tout d'accord = 1 Plutôt pas d'accord = 2 Plus ou moins d'accord = 3 Plutôt d'accord = 4 Tout à fait d'accord = 5	Pas de recodage
6. Je suis stressé à l'idée de manquer de cigarettes	(comme item n° 5)	
7. Avant de sortir, je m'assure toujours que j'ai des cigarettes sur moi	(comme item n° 5)	
8. Je suis prisonnier des cigarettes	(comme item n° 5)	
9. Je fume trop	(comme item n° 5)	
10. Il m'arrive de tout laisser tomber pour aller acheter des cigarettes	(comme item n° 5)	
11. Je fume tout le temps	(comme item n° 5)	
12. Je fume malgré les risques que cela entraîne pour ma santé	(comme item n° 5)	
Score CDS-12 (toutes les questions) : Somme des items 1-12 Score CDS-5 (questions marquées *) : Somme des items 1-5		

Figure I.9. Echelle de dépendance à la cigarette (cigarette dependence scale)

Le dernier test est le **test HONC** (Hooked on nicotine checklist) ; il a été validé en français et peut être employé chez l'adolescent. Il comporte 10 questions auxquelles on répond par oui ou non et permet d'obtenir un score compris entre 0 et 10. Il a permis d'objectiver sur une population jeune, l'apparition rapide des symptômes de la dépendance au tabac et la perte d'autonomie. (Figure I.10)

- Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer mais vous ne pouviez pas ? Oui ☐ - Non ☐
- Fumez-vous actuellement parce que c'est vraiment difficile d'arrêter ? Oui ☐ - Non ☐
- Avez-vous déjà pensé que vous fumez parce que vous êtes dépendant(e) du tabac ? Oui ☐ - Non ☐
- Avez-vous déjà eu des envies impérieuses de fumer ? Oui ☐ - Non ☐
- Avez-vous déjà senti que vous aviez vraiment eu besoin d'une cigarette ? Oui ☐ - Non ☐
- Est-ce difficile de ne pas fumer aux endroits où c'est interdit comme par exemple à l'école ? Oui ☐ - Non ☐
- Quand vous essayez d'arrêter - ou quand vous n'avez pas fumé depuis un certain temps…
- Avez-vous trouvé difficile de vous concentrer sur votre travail parce que vous ne pouviez pas fumer ? Oui ☐ - Non ☐
- Avez-vous été plus irritable parce que vous ne pouviez pas fumer ? Oui ☐ - Non ☐
- Avez-vous senti un besoin urgent, une envie impérieuse de fumer ? Oui ☐ - Non ☐
- Vous êtes-vous senti(e) nerveux (se), incapable de rester tranquille, ou angoissé(e) parce que vous ne pouviez pas fumer ? Oui ☐ - Non ☐
- Vous êtes-vous senti(e) triste ou déprimé(e) parce que vous ne pouviez pas fumer ? Oui ☐ - Non ☐

Figure I.10. Hooked on nicotine checklist (HONC) : test de dépendance et de perte de contrôle vis-à-vis de la consommation de tabac.

Enfin**,** l'évaluation des envies irrépressibles de fumer est une information importante. Une simple question sur le niveau d'envie de fumer ou une **échelle visuelle analogique** (EVA) sont utiles au cours du suivi. Mais un questionnaire plus complet a récemment été traduit en français : le **FTCQ12** (*french tobacco craving questionnaire*) est la version courte et validée en français du *tobacco craving questionnaire* qui compte 47 items. Ce test permet une mesure simple et fiable du manque tabagique au cours du sevrage. (Figure I.11.)

Indiquez à quel point vous êtes d'accord ou en désaccord avec chacune des affirmations suivantes.
De 1 « Pas du tout d'accord » à 7 : « Tout à fait d'accord »

N°	Intitulé
1	Une cigarette maintenant n'aurait pas un bon goût
2	S'il y avait une cigarette ici, devant moi, il serait très difficile de ne pas la fumer
3	Si je fumais maintenant, je pourrais réfléchir plus clairement
4	Fumer une cigarette ne serait pas agréable
5	Je ferais n'importe quoi pour une cigarette là maintenant
6	Je me sentirais moins fatigué (e) si je fumais là, tout de suite
7	Je fumerai dès que j'en aurai besoin
8	Je ne serais pas capable de contrôler combien je fumerais si j'avais des cigarettes
9	Si j'avais une cigarette allumée en main, je ne la fumerais probablement pas
10	Si je fumais, je me sentirais moins déprimé(e)
11	Il me serait facile de laisser passer l'occasion de fumer
12	Je pourrais mieux maîtriser les choses si je pouvais fumer maintenant

Figure 11. French Tobacco craving questionnaire – 12 items (FTCQ-12) [V]

Retracer l'histoire tabagique du fumeur

L'existence d'une relation dose-effet entre le tabagisme et ses conséquences pathologiques étant bien établie, la quantification tabagique est indispensable pour apprécier les risques potentiels. Pour cela il est nécessaire de connaitre l'âge de début pour calculer la quantité totale de tabac consommé, exprimée en « paquets-années ».

Exemple : si un fumeur fume 1 paquet par jour pendant 1 an = 1 paquet-année.

[V] Source : Berlin I. et al. Nicotine Tob Res 2010 ; 12(5) : 500-507

Il faut également évaluer le niveau de consommation de tabac, c'est-à-dire le nombre moyen de cigarettes fumées par jour sur les derniers mois, ainsi que les tentatives et réussites temporaires d'arrêt ou de réduction. Enfin, il ne faudra pas occulter l'exposition au tabagisme passif auquel le fumeur a pu être exposé avant même la naissance, par exposition fœtale à travers une mère fumeuse ou bien après la naissance, dans les lieux publics ou les lieux plus ou moins privés, comme le domicile ou le lieu de travail.

Mesurer l'intoxication au monoxyde de carbone

En pratique, ceci consiste en la mesure du taux de CO dans l'air expiré, qui est facile à réaliser grâce à un analyseur dans lequel le sujet souffle. Chez le non-fumeur non-exposé, le taux de CO est de 1 à 2 particules par million (ppm). Chez le non-fumeur exposé, on retrouve des taux de l'ordre de 5 ppm et pouvant aller jusqu'à 10 ppm. Chez le fumeur d'un paquet de cigarettes ou plus, les taux dépassent 20 ppm et peuvent atteindre jusqu'à plus de 70 ppm. Cette mesure reste la plus utilisée car immédiate, non invasive et pas chère, même s'il existe d'autres marqueurs (la nicotine, et son principal métabolite la cotinine) dont le dosage dans la salive, le sang ou les urines est plus délicate.

Dépister la consommation éventuelle de substances psychoactives

Les trois plus fréquentes étant :

- la **caféine,** car la consommation de café est plus courante chez les fumeurs (doublée chez les fumeurs de 20 cigarettes par jours, et quadruplée chez les fumeurs de plus de 20 cigarettes, par rapport aux non-fumeurs) ;
- le **cannabis,** consommé de façon relativement fréquente par les fumeurs, surtout chez les moins de 25 ans. Le questionnaire DETC (Annexe 1), permet de dépister un risque lié à la consommation de cannabis. Outre sa nocivité propre, elle engendre des difficultés pour l'arrêt de consommation de tabac, sans compter qu'elle entraine plus fréquemment des consommations d'alcool à problème ;
- **l'alcool,** dont la consommation crée un conditionnement comportemental réciproque de telle sorte que la consommation d'alcool engendre un stimulus déclencheur de l'envie de fumer. Ainsi, il est évident que la consommation d'une unité d'alcool (UA) [VI] de façon occasionnelle déclenchera moins d'envies qu'une consommation régulière voire quotidienne, même si celle-ci reste dans les limites fixées par l'OMS (2UA/jour pour

[VI] 1 UA = 10 cl de vin rouge, 25 cl de bière, 10 cl de champagne, 3 cl de whisky, de pastis ou de digestif

les femmes et 3UA/jour pour les hommes). Le questionnaire DETA (Annexe 2) permet de détecter de façon simple un problème d'alcool, à partir de 2 réponses positives.

D'autres substances sont parfois consommées par les fumeurs et posent problème au moment du sevrage. Leur prise en charge se fait au cas par cas, et nécessite souvent un suivi spécialisé.

Repérer les pathologies liées au tabac

Ici, seules les détections de la BPCO et des maladies cardiovasculaires seront développées.
Le dépistage de la BPCO est facilement réalisable grâce aux nombreux spiromètres disponibles, et une alternative acceptable est l'utilisation d'un débitmètre qui mesure le VEMS, le VEM6 (un analogue de la capacité vitale) et le rapport VEMS/VEM6. Deux catégories de fumeurs doivent bénéficier d'une spirographie, ceux qui présentent des symptômes quel que soit leur âge, et les fumeurs âgés de 35 ans ou plus, symptomatiques ou non. Parmi les facteurs de risque cardiovasculaire, on retrouve l'hypertension artérielle, des taux élevés du cholestérol total et du LDL-cholestérol, un taux bas du HDL-cholestérol, le diabète de type 2 et l'âge. A ceux-ci peuvent s'ajouter des facteurs prédisposants tels que l'obésité androïde, la sédentarité, l'hérédité augmentant le risque d'événement cardiovasculaire.

Une fois le profil du fumeur identifié, il est nécessaire d'évaluer sa motivation à l'arrêt afin de construire une stratégie d'arrêt adaptée. La première étape consiste dans certains cas, à simplement s'assurer que le fumeur est au fait des risques sanitaires liés au tabagisme.
Ensuite, il est important de préciser comment le fumeur considère son tabagisme. Et pour cela, le modèle de Prochaska (Figure I.8.) représentant les étapes du changement, peut être utile.

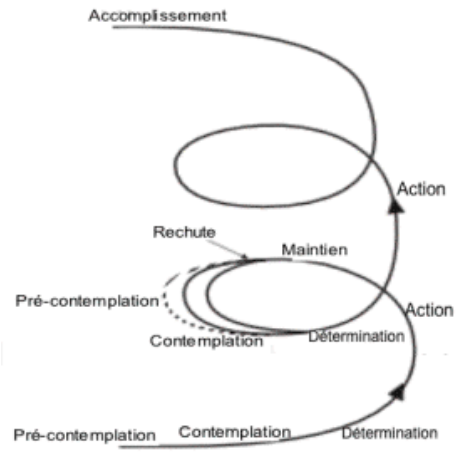


Figure I.8. Modèle en spirale des étapes de changement de comportement au cours d'une dépendance [17]

Ce modèle en spirale prend en compte le fait que la durée de chaque étape dépend des personnes et que, la rechute est la règle plutôt que l'exception dans l'approche des dépendances, et en particulier de celle à la nicotine. Lors d'une rechute, le patient repasse par la phase de préparation ou celle de contemplation et exceptionnellement par celle de pré-contemplation ; ainsi plus le patient essaie d'arrêter, plus les chances de réussite augmentent.

Pour évaluer la motivation, il est possible d'employer des échelles visuelles analogiques, cotées de 0 à 10, afin de mesurer le désir d'arrêt du patient et d'apprécier son niveau de confiance en ses capacités de réussite. Lorsqu'une forte motivation est associée à un degré élevé de confiance, le patient est réellement prêt à débuter un sevrage.

b. Prise en charge : de l'écoute à l'action

La relation qui s'établit avec le fumeur relève de l'estime et de la confiance, et non de morale voire de culpabilisation. Il faut donc l'écouter et connaitre les raisons ou les « bénéfices » qui sont à l'origine de son besoin de fumer, en général on en dénombre trois :

- le **plaisir** de fumer. En effet la peur de ne plus vivre des moments agréables de convivialité est une source d'ambiguïté entre le désir d'arrêter et de continuer. Le poids du plaisir est variable, est sera plus important chez un fumeur appartenant à une catégorie socioprofessionnelle élevée avec une vie familiale et affective équilibrée.
- la capacité à **gérer les stress** de leur vie professionnelle et personnelle. Les effets psychoactifs du tabac deviennent alors précieux aux yeux des fumeurs et ils craignent d'échouer dans leur tentative d'arrêt. Au lieu d'ignorer l'angoisse et cette peur de l'échec, le praticien doit l'écouter et le rassurer quant aux chances de réussite.
- le **contrôle du poids**. Motif principal pour certaines adolescentes à entrer dans le tabagisme, la peur de grossir est un obstacle à développer une motivation à l'arrêt et également une des principales causes de rechute.

Une relation de confiance entre le praticien et le patient peut également s'avérer utile dans la démarche d'arrêt, et elle s'articule en plusieurs points. Il faut que le médecin définisse clairement que son objectif est de l'aider à arrêter de fumer, qu'il lui donne une durée précise et s'engage à utiliser ses connaissances et son expérience pour aider le fumeur à atteindre son objectif. Le praticien doit également anticiper et mettre en garde le patient sur les difficultés qu'il pourra rencontrer, en lui donnant des conseils pratiques pour être le plus observant possible ou pour gérer une forte envie. Tout en se basant sur le contrat et l'engagement total du

fumeur dans la démarche d'arrêt, le médecin doit rassurer le fumeur et ne pas agir de façon moralisante en cas de faux pas ou d'échec. Le tout est d'amener le fumeur à prendre conscience des mécanismes qui l'enferment dans une dépendance qui prend le dessus sur son libre-arbitre.

Outre l'explication du mécanisme de la dépendance à la nicotine, l'identification des situations qui incitent à fumer aidera le patient à gérer ses envies. On distingue alors :

- les cigarettes « rituelles », fumées presque tous les jours, dans les mêmes circonstances
- la cigarette « conviviale », fumée lors d'évènements festifs
- la cigarette du « coup de blues », à l'opposé, fumée lors de circonstances douloureuses
- la cigarette « stimulante », fumée pour favoriser la concentration et l'efficacité
- la cigarette « antistress », fumée pour les effets calmants du tabac en réponse à un stress
- les cigarettes « mécaniques », fumées par réflexe ou conditionnement, sans raison

Par ailleurs, il peut s'avérer nécessaire d'établir avec le fumeur la liste de ses inquiétudes, car en effet la majorité des fumeurs qui évaluent leur « chance » d'arrêter, l'estime rarement au-delà de 5-7/10. La peur de l'échec, la perte du plaisir de fumer, la crainte de ne pas pouvoir gérer les épisodes de stress ou la prise de poids ayant déjà été évoquées, on peut également citer la peur de la solitude pour les quelques fumeurs pour qui la cigarette agit comme une béquille psychologique. D'autres assimilent le fait d'arrêter de fumer à celui de devenir « raisonnable » et par extension dire adieu à l'insouciance associée à leur jeunesse ; or, c'est plutôt l'effet inverse qui se produit car l'arrêt du tabac prévient le vieillissement du corps.

c. Syndrome de sevrage et risques de rechute

Le sevrage tabagique est malheureusement accompagné d'un syndrome du même nom, se manifestant par des symptômes physiques et psychologiques. Parmi les symptômes physiques, la diminution de la fréquence cardiaque, l'élévation de la température cutanée, ou encore la prise de poids sont habituelles. Et ce dernier point est le sujet de toutes les inquiétudes car elle peut être de l'ordre de 5kg pendant la première année et être plus marquée chez les personnes déjà en surpoids. Cette prise de poids n'est cependant pas dû à une augmentation de l'appétit mais à une modification de la flore intestinale qui intervient lors de l'arrêt du tabac.

Parmi les symptômes psychologiques, le désir obsédant de fumer, l'irritabilité, la dépression, la sensation de faim, les difficultés de concentration, les somnolences, les vertiges et la

diminution des performances sont fréquents. Cependant les patients qui restent abstinents voient leur anxiété diminuer contrairement à ceux qui ont tendance à la rechute. [18]

Comme évoqué précédemment, les rechutes font partie intégrante du processus de sevrage et le risque est plus élevé au début du sevrage ; 60 à 90% des fumeurs rechutant au cours de la première année. Ce risque est de 2 à 4% entre la deuxième et la sixième année et de 1% par an après la dixième année d'abstinence. Afin de les prévenir, il faut s'atteler à connaitre les circonstances de rechutes et les intégrer dans la démarche d'arrêt. Les principales causes de rechute sont les symptômes de sevrage susmentionnés, le craving [VII], la perte de motivation, l'excès de confiance ou encore une mauvaise adhérence au traitement. D'où l'importance de retenir la technique de sevrage qui correspond le mieux au profil du patient.

3) Techniques de sevrage

Le fumeur et le médecin doivent convenir ensemble d'une prise en charge spécifique après avoir analysé les principaux arguments de la décision thérapeutique. Le praticien proposera une thérapie cognitivo-comportementale, puis si nécessaire un traitement nicotinique de substitution en première intention et, en cas d'échec, un traitement médicamenteux non substitutif. Il existe également bon nombre de méthodes qui peuvent être qualifiées de méthodes annexes, mais qui ont fait leur preuve, même si elles n'apparaissent pas dans l'arbre décisionnel.

a. Les thérapies cognitivo-comportementales [19]

Une première partie de la thérapie nécessite que le fumeur observe son comportement pour deux jours en semaine et deux jours en week-end en notant l'heure de la prise et la situation dans laquelle la cigarette a été fumée. Le but de ce travail est de dégager les stimuli associés à la prise. Au cours d'une deuxième étape, le thérapeute pourra proposer au patient de dissocier pour certains cas, le stimulus de la réponse comportementale. Cela permettra de créer un déconditionnement, un apprentissage progressif de la gestion de l'envie et une augmentation de confiance. A noter qu'une des situations qui pose le plus de problèmes après l'arrêt du tabac est la fin des repas ; il est donc évident que si le patient applique cette technique au stimulus post-prandiale, le patient sera en bonne voie. Enfin, le fumeur doit créer un environnement favorable en demandant le soutien de ses proches, car très souvent le fumeur préfère ne pas annoncer à leur entourage leur décision d'arrêter de fumer, de peur de les décevoir en cas d'échec. D'autant

[VII] de l'anglais: « désir ardent, appétit insatiable ») représente une impulsion vécue sur un instant donné, véhiculant une envie de consommation d'un produit psychoactif et sa recherche compulsive

qu'en leur annonçant, le fumeur peut également négocier une réduction d'exposition, une attitude encourageante, prévenir les situations négatives (colère, dévalorisation) et éventuellement leur apprendre les bases de l'aide à la gestion d'un faux pas.

Pour gérer une envie de fumer, le fumeur pourra alors utiliser plusieurs stratégies :

- Une **stratégie cognitive** qui peut être soit **d'opposition**, en se souvenant que les envies vont par vagues, en dédramatisant, en occupant le terrain cognitif, en se répétant la liste des motivations ou en pensant à quelque chose de plaisant, soit **d'acceptation**, dans une logique de méditation ou de pleine conscience qui permet de prendre de la distance par rapport à son expérience du moment
- Une **stratégie comportementale**, en changeant de contexte, en s'engageant dans une action brève, une activité physique ou un exercice de relaxation respiratoire.

b. Médicaments de substitution [20]

Connus en France sous forme de gommes à mâcher depuis 1986, de patchs ou timbres depuis 1992, et plus récemment sous formes de comprimés sublinguaux ou à sucer, d'inhaleur et dernièrement de spray buccal, les substituts nicotiniques ont démontré leur efficacité dans l'aide à l'arrêt du tabac.[21] Pour chacune des formes galéniques, plusieurs laboratoires se sont positionnés, et en France on considère généralement qu'il y a 5 principaux acteurs sur le marché du sevrage tabagique (Annexe 3). Dans les études randomisées rapportées dans l'étude de Cahill *et al*. [21], toutes les formes galéniques de substituts nicotiniques ont une efficacité similaire à posologie égale. Le choix de la forme galénique dépend de la sensibilité aux effets indésirables, de la préférence du patient, et du niveau de dépendance défini par le test de Fagerström.

Les patchs nicotiniques de 7, 14 ou 21mg prévus pour une application 24 h/24 (Nicopatch®, Nicotinell TTS®, Niquitin®) ou de 10, 15 ou 25 mg (Nicoretteskin®) prévus pour une application de 16h/24 sont indiqués dans le traitement de la dépendance lors du sevrage tabagique (à commencer en même temps qu'un sevrage tabagique complet) : traitement à doses décroissantes, 1 patch par jour pendant 3 à 4 semaines avec le système le plus dosé si le sujet fumait plus de 20 cigarettes/jour ou avec un système intermédiaire s'il fumait moins, puis passer à un système moins dosé.

Les gommes (Nicorette® ou Nicotinell®) 2 ou 4 mg, les comprimés à sucer (Nicorette® ou Niquitin®) 1,5, 2 ou 4 mg ou les comprimés sublinguaux (Nicorette® ou Nicopass®) 1,5, 2, 2,5 mg sont indiqués dans le traitement de la dépendance à la nicotine lors du sevrage tabagique (à commencer en même temps qu'un sevrage tabagique complet) : pendant 1 à 3 mois en réduisant progressivement le nombre de prises, en arrêtant lorsque la prise tombe à 1 à 2 prises par jour.

Le spray buccal (Nicorette®), permet une absorption rapide de la dose contenant 1 mg de solution à la nicotine par la muqueuse buccale. Pendant les 6 premières semaines, la dose maximale est de 4 pulvérisations par heure, les 3 semaines suivantes, la dose est réduite de moitié, et les 3 dernières semaines, la dose est limitée à 4 pulvérisations par jour avant l'arrêt.

L'inhaleur (Nicorette®), étudié pour répondre aux besoins des fumeurs qui restent attachés au geste de la cigarette, permet d'inhaler la nicotine par petites doses calibrées à chaque fois que le besoin de fumer se fait sentir, grâce à un dispositif intégrant une cartouche de 10 mg. [22]

Aussi différents soient-ils, les substituts nicotiniques fonctionnent selon le même principe de base en diffusant la nicotine lentement et progressivement, contrairement aux pics provoqués par la cigarette, permettant ainsi de soulager le manque sans entretenir la dépendance. Il a été démontré que l'association d'un TNS (traitement nicotinique de substitution) avec une prise en charge psychologique, ou bien de deux TNS différents, augmentent l'efficacité du traitement.

c. Médicaments non substitutifs [19]

La littérature scientifique mentionne deux autres médicaments qui ne sont pas des traitements substitutifs. Cependant, ces traitements ayant suscité des réserves, compte tenu des effets secondaires provoqués, restent des traitements de seconde intention, à utiliser uniquement en cas d'échec des TNS.

Bupropion (*Zyban*®)

Jusque-là utilisé comme antidépresseur dans certains pays, le bupropion sous une forme à libération prolongée obtient en 2001, une AMM dans l'aide à l'arrêt du tabac en France. Son efficacité a été démontrée chez les patients de plus de 18 ans, en bonne santé générale physique et psychologique, fumant plus de 15 cigarettes par jour et motivés à l'arrêt. La posologie conseillée est de 1 comprimé de 150 mg le matin pendant 6 jours puis de 1 comprimé matin et soir séparé d'un minimum de 8 heures, pendant les 7 à 8 semaines suivantes.

Varénicline (*Champix*®)

Commercialisée en 2007 en Europe, elle a prouvé son efficacité dans une méta-analyse sur cinq études. Deux autres études démontrent une équivalence d'efficacité entre l'association de deux TNS et la varénicline.

Comme en 2017, seul le bupropion ne voit pas ses ventes en « équivalents patients traités » augmenter. Les parts de marché des différents types de traitement continuent d'évoluer sensiblement en 2018. Les ventes de patchs nicotiniques augmentent de 49,8 % en nombre de patients traités et leur part de marché progresse fortement, de 39,3 % en 2017 à 47,0 % en 2018. Cette augmentation est probablement liée au fait que les fumeurs se tournent vers les professionnels de santé habilités à prescrire, condition obligatoire pour être remboursés, ces derniers étant souvent plus enclins à utiliser les patchs (délivrance de nicotine en continu) que les formes orales (plutôt liées à la gestion des envies de fumer). Les ventes de substituts sous forme orale progressent de 4,3 % en « équivalents patients traités ». Toutefois, leur part dans les traitements est en baisse de 9 points par rapport à 2017, atteignant 45,7 %. Poursuivant la tendance entamée en 2017 à la suite de la reprise de son remboursement par l'Assurance maladie, la varénicline (Champix ®)voit ses ventes augmenter de 88,4 % en 2018, tandis que sa part de marché atteint 4,7 % contre 3,1 % en 2017. (Figure I.8.) [2]

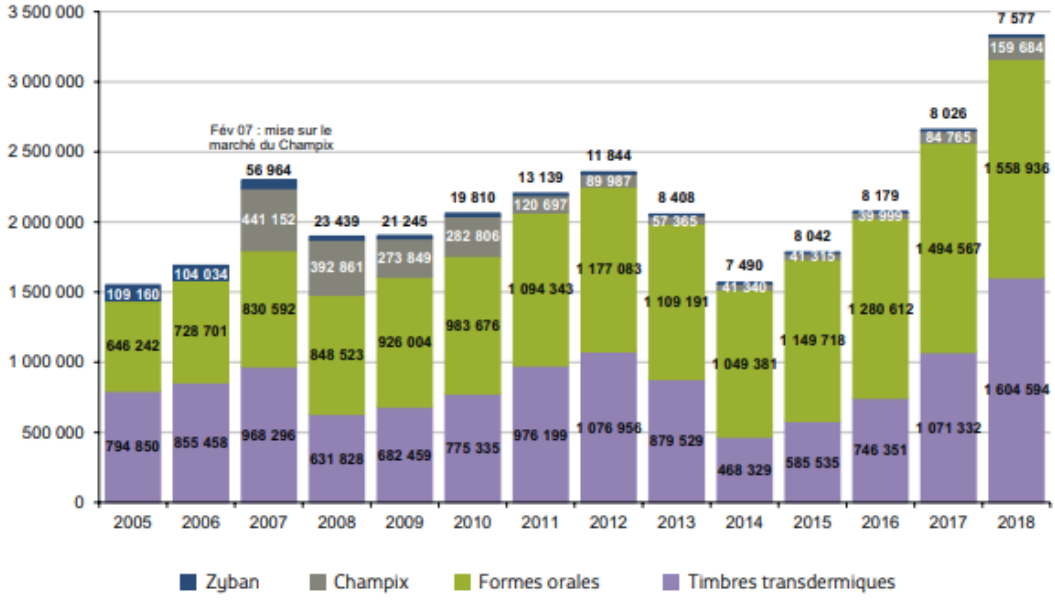


Figure I.8. Ventes de traitements pour l'arrêt du tabac, en équivalents « nombre de patients traités » (source GERS)

d. Méthodes annexes

La cigarette électronique [23]

La première méthode qu'il était important d'aborder et qui est la plus utilisée est la cigarette électronique. En effet, le phénomène a émergé depuis quelques années, il était donc indispensable de l'aborder ici. En 2016, l'Inpes révélait que plus de la moitié des fumeurs avait essayé un des produits (57,8 %). En comparaison, seuls 5,6 % des non-fumeurs avaient testé l'e-cigarette, et ce chiffre a baissé depuis, ce qui souligne qu'il n'y a pas de réelle création d'addiction nouvelle du fait des e-cigarettes et consorts. On assiste au contraire à un transfert des cigarettes classiques vers le vapotage : en 2015, 98 % des vapoteurs étaient des fumeurs ou des ex-fumeurs (75 % des fumeurs réguliers, 8 % des fumeurs occasionnels et 15 % d'anciens fumeurs). On apprend ainsi que la proportion d'ex-fumeurs au sein des vapoteurs, soit les fumeurs ayant définitivement délaissé la cigarette a récemment encore augmenté, passant de 15 à 26 %.

Cette tendance s'étend à l'Union européenne, où le baromètre santé rapporte que 14 % des européens fumeurs ont réussi à se sevrer totalement grâce à la cigarette électronique. On estimait alors à 400 000 le nombre de personnes ayant arrêté de fumer des cigarettes grâce à la cigarette électronique. Mais plus généralement, 67,3 % des utilisateurs actuels de la cigarette électronique ont arrêté de fumer ou réduit leur consommation de tabac. En général, l'e-cigarette est perçue comme le meilleur moyen d'arrêter définitivement de fumer (92 % de la population, contre 3 % qui préconise la reprise du sport et 1 % les patchs nicotiniques).

De plus, une étude menée en 2019 [24] , comparant la cigarette électronique aux TNS, a révélé un taux d'abstinence à un an, plus élevé dans le groupe ayant utilisé la cigarette électronique (18,0%) que dans le groupe ayant utilisé les TNS (9,9%). Malgré son importance et son efficacité démontrée, il peut être surprenant de ne pas voir le gouvernement en parler et favoriser son utilisation. Mis en cause, le succès commercial de la cigarette électronique pose un certain nombre d'interrogations en termes de santé publique, car le rapport bénéfices/risques de son usage, à plus ou moins long terme, reste encore mal connu.

Cependant, la FDA a récemment publié une annonce [25] faisant état de rapports indiquant que certains utilisateurs, en particulier des jeunes et de jeunes adultes, seraient pris de convulsions suite à une utilisation de la cigarette électronique. Même si le nombre de signalements semble dérisoire (35 entre 2015 et 2019) au regard du nombre total de vapoteurs aux États-Unis,

l'Agence estime que cela justifie une enquête scientifique afin de mettre en évidence un lien entre vapotage et convulsions.

L'e-cigarette est plus qu'un produit nouveau, entre médicaments et produits du tabac. Elle entre, en particulier chez les plus jeunes, en compétition avec la cigarette, conduisant certains adolescents à ne pas commencer et de jeunes adultes à passer du tabac à ce nouveau produit sans avoir planifier un sevrage tabagique qui devient néanmoins bien réel. Chez les adultes plus âgés, elle est surtout utilisée pour arrêter de fumer, ou tout au moins réduire, pour des raisons sanitaires ou économiques. Que l'e-cigarette soit utilisée comme produit du tabac ou de sevrage, le médecin doit se former à répondre aux demandes, dans un milieu où la limite entre médicament et produit du tabac n'est pas forcément évidente. Enfin, l'arrivée incessante et croissante de nouveaux produits modifie les réponses que le corps médical peut apporter aux patients-consommateurs soucieux de leur état de santé, et nécessite une vigilance et une réactivité de chaque instant.

D'autres approches ont été plus ou moins évaluées dans le cadre du sevrage tabagique. [20]

Les procédés naturels

L'homéopathie utilise des doses infinitésimales voire quasi nulles, de différentes substances telles que *Tabacum*, *Nux vomica*, *Anacardium orientale*, *Gelsemim sempervirens*, *Lobelia inflata* ou *Staphysagria*. A noter que ces traitements, bien qu'ils ne soient pas nuisibles à la santé, ne montrent aucune efficacité par rapport au placebo. La phytothérapie est utilisée en proposant essentiellement des plantes médicinales traditionnelles, généralement utilisées pour la relaxation ou en tant que diurétiques.

Les procédés médicinaux

L'hypnothérapie et la psychothérapie sont utiles dans la démarche de sevrage en suggérant par exemple que le tabac est nocif ou que la vie est plus agréable sans. Une psychothérapie peut être efficace pour réduire l'apparition cyclique de *cravings* pendant le sevrage. L'acupuncture, basée sur la médecine traditionnelle chinoise, et d'autres techniques dérivées comme l'acupression, la stimulation par laser ou électrique, sont également de plus en plus utilisées comme aide dans le sevrage.

La méthode Allen Carr

Auteur du best-seller, « *La méthode simple pour arrêter de fumer* » vendu à plus de 14 millions d'exemplaires dans le monde, Allen Carr a développé une méthode et même un site internet qui propose d'arrêter de fumer en « une seule séance de 4 heures, sans efforts, sans volonté particulière ». Selon Allen Carr, la dépendance pharmacologique est facile à supporter : et pour preuve, le fumeur, même invétéré, ne se réveille pas pour fumer la nuit et reste ainsi parfois plus de 10 heures sans fumer. Il constate également qu'au fur et à mesure que l'emprise de la nicotine devient forte, le « lavage de cerveau » s'intensifie. Si bien qu'alors même que nous sommes conscients des inconvénients du tabagisme, nous continuons de plus belle, persuadés que fumer est source de plaisir, de concentration et de détente. Basé uniquement sur la dépendance psychologique, cette méthode n'est donc pas adepte des substituts nicotiniques et encore moins de l'arrêt progressif, qui d'après Carr, entretiennent ce conditionnement négatif.

Outre une séance de groupe de 4 heures, le programme propose une assistance téléphonique d'un an et un contrat de suivi. Enfin, même s'il est difficile d'évaluer l'efficacité de la méthode, le site internet d'Allen Carr assure que 2 personnes sur 3 arrêtent de fumer et que ces résultats sont issus d'études validées par les services de santé au travail de plus de 650 entreprises clientes et d'une étude indépendante du Professeur Neuberger à l'Université de Vienne.

Arrêt du tabac à distance [26]

En 1998, le soutien pour l'arrêt du tabac à distance prend la forme du dispositif national Tabac info service (TIS), date à laquelle le CFES (ex-Inpes) crée une ligne téléphonique. Depuis, elle a changé et c'est aujourd'hui un dispositif multicanal, composé de 3 services différents :

- La ligne téléphonique gratuite 39 89, qui a reçu 50 298 appels en 2017
- Le site internet tabac-info-service.fr, qui compte 3 145 685 visiteurs uniques en 2017
- L'application mobile, qui a été téléchargée 205 795 fois en 2017

Nous venons de détailler ici, l'ensemble des outils à disposition des fumeurs pour arrêter de fumer. Cependant nous verrons par la suite qu'il a été nécessaire que le gouvernement mette en place de nouveaux plans d'actions et prenne de nouvelles mesures afin de réduire le tabagisme en France.

II. Le gouvernement impose de nouveaux rôles aux acteurs du sevrage tabagique

En 2003, les pays membres de l'OMS adopte la CCLAT ratifiée par 177 pays, dont la France. Ce traité vise à réglementer la consommation de tabac et l'exposition des populations à sa fumée en s'appuyant sur des observations et des connaissances scientifiques solidement établies. Elle comporte des mesures financières et fiscales, une réglementation sur la composition des tabacs, des restrictions de la consommation, une politique d'information et d'éducation, des mesures de lutte contre la promotion du tabac, et préconise la prise en charge de l'aide à l'arrêt du tabac. Cependant, jusqu'en 2016, la France peine à réduire le tabagisme. Dès lors, le gouvernement décide de réagir et instaure plusieurs mesures gouvernementales, créant une nouvelle ère de prise en charge par les professionnels de santé.

1) Des difficultés à réduire le tabagisme (1976-2014) …

a. Les origines de la lutte contre le tabagisme [27]

Les premières mesures prises sont d'ordres économiques et sociales plutôt que sanitaires. En 1976, la loi Veil est instaurée avec comme principales dispositions l'interdiction de la publicité sur le tabac, l'interdiction de fumer dans les lieux publics où cette pratique peut avoir des conséquences sur la santé (hôpitaux, écoles, transports), et l'apposition du message « Abus dangereux » sur les unités de conditionnement des produits du tabac.

La Loi Evin du 10 janvier 1991 a permis l'amélioration de l'information et de la protection du consommateur (composition et message « *Nuit gravement à la santé* » sur les produits de tabac) mais aussi la création d'une manifestation « Jour sans tabac » annuelle. Elle a réduit l'offre et l'incitation à consommer par l'interdiction de toute publicité et opération de parrainage en faveur du tabac et des produits dérivés. Également, le tabac sort de l'indice des prix, et s'émancipe des contraintes de lutte contre l'inflation ; l'augmentation de son prix est alors une mesure de santé publique. De plus l'interdiction de fumer devient effective dans les lieux publics, hormis les emplacements destinés aux fumeurs. Enfin, les associations, dont l'objectif statutaire est la lutte contre le tabagisme, ont pu se porter partie civile.

La Loi n° 2002-1487 interdisant les mentions « light » ou « léger » sur les paquets puis la Loi n° 2003-715 (31-07- 2003) ayant pour objectif de restreindre la consommation de tabac chez les jeunes, viennent compléter l'ensemble de ces mesures.

En 2006, le Décret Bertrand fixe les conditions d'interdictions de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif accueillant du public, qu'ils constituent des lieux de travail, des moyens de transports collectifs ou soient des établissements scolaires ou destinés à l'accueil, la formation, l'hébergement des mineurs.

b. *L'organisation des soins en tabacologie* [25 28]

Les pionniers de la tabacologie française, Robert Molimard et Gilbert Lagrue, ont fondé la Société de Tabacologie qui devient la Société Française de Tabacologie en 2006 puis la Société Francophone de Tabacologie en 2015. Un partenariat constant entre les tabacologues et les autres praticiens des addictions a fait de la tabacologie une authentique discipline appartenant au champ de l'addictologie.

En 1998, une conférence de consensus intitulée *L'arrêt de la consommation de tabac* a permis une première codification française du sevrage tabagique. Elle a été suivie par les recommandations de bonne pratique de l'AFSSAPS (ex-ANSM) en 2003. En 2013, la HAS a proposé des recommandations pour l'arrêt de la consommation de tabac. Plusieurs conférences entre 2004 et 2009 ont permis de renforcer les modalités de prise en charge des patients dépendants du tabac. L'expertise collective *INSERM Tabac : comprendre la dépendance pour agir* de 2004 a souligné, pour sa part, le caractère multifactoriel de cette addiction autant que la nécessité de développer la recherche sur les mécanismes de la dépendance et les traitements d'aide à l'arrêt. La création des unités de coordination en tabacologie dans les hôpitaux offre aux patients une prise en charge par des équipes formées s'appuyant sur des services ou unités hospitalières d'addictologie. L'OFT aura joué un rôle majeur dans la promotion de l'arrêt du tabac et la diffusion des méthodes de sevrage tabagique. L'Inpes assurant pour sa part le nécessaire soutien dans la prévention et l'analyse épidémiologique du tabagisme.

c. *Résultats et axes d'optimisation* [25 26]

Parmi les pays développés, la France fait partie des pays le plus en retard avec une augmentation de 2 points de la prévalence tabagique entre 2005 et 2010 et une prévalence stagnante aux alentours de 34% en 2014 chez les 15-75ans. L'évaluation des politiques de santé publique dans le domaine du tabac nécessitent de disposer d'un cadre conceptuel ou modèle logique qui représente les théories et les mécanismes en jeu. Il faut pouvoir disposer de l'input, l'output mais aussi des médiateurs qui représentent les mécanismes d'action, et de modérateurs qui agissent à un niveau individuel ou collectif. (Figure II.1.).

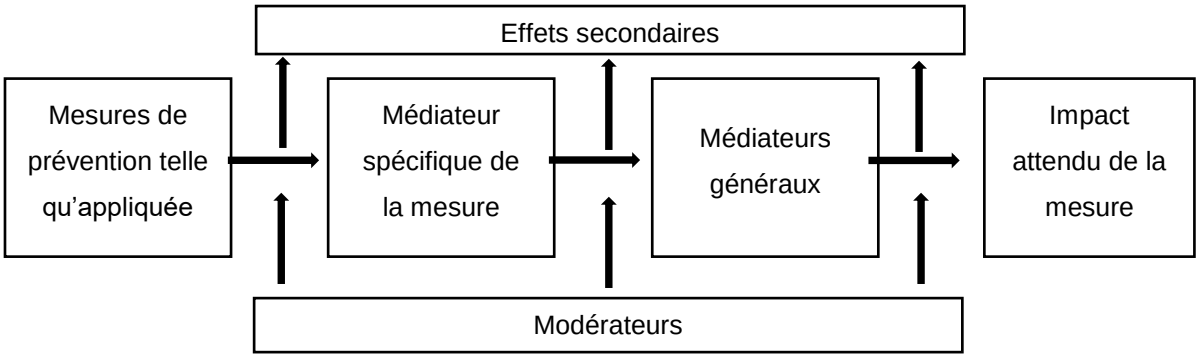


Figure II.1. Modèle généralisé de médiation incluant les modérateurs et les effets secondaires.

La CCLAT de l'OMS, représentant le premier traité international dans le domaine de la santé, est l'aboutissement de l'activisme d'un réseau international de lutte contre le tabac. En 2014, lors de la 6e conférence des 180 Parties signataires, il a été décidé d'évaluer l'impact de la CCLAT. Quatre interrogations principales ont été retenues :

- Quel est l'impact de la Convention sur la mise en œuvre des mesures de lutte antitabac ?
- Quel est l'impact de la Convention sur le tabagisme et ses effets sanitaires ?
- Quel est l'impact social, économique et environnemental de la Convention ?
- Quel est l'impact de la Convention sur la santé publique ?

La CCLAT comprend 38 articles, et un acronyme simple et mémorisable a été choisi dans le but de faciliter la communication : MPOWER, à prononcer comme *empower* qui a donné le terme *empowerment*, un des concepts clés en promotion de la santé et qui signifie « donner le pouvoir ». Donner le pouvoir à la fois aux patients souhaitant arrêter de fumer, aux mesures anti-tabac, et aux pays signataires afin de renforcer leur implication dans la lutte anti-tabac.

L'acronyme MPOWER signifie :
M*onitor* (surveiller) : chaque Partie doit suivre l'évolution de la consommation du tabac mais aussi suivre l'application des mesures préventives.
P*rotect* (protéger) : chaque Partie s'engage à mettre en place des environnements sans tabac
O*ffer* (offrir) : les pays signataires doivent mettre en place une aide à l'arrêt du tabac
W*arn* (alerter) : les pays s'engagent à informer sur les dangers du tabagisme (campagnes médiatiques, avertissements sanitaires)
E*nforce* (renforcer) : les signataires s'engagent à mettre en place et à faire appliquer l'interdiction de publicité, du mécénat, et du sponsoring.
R*aise* (augmenter) : les parties doivent augmenter les taxes sur les cigarettes.

Sur les 168 pays signataires ayant répondu à l'évaluation en 2014, 86 sur 103 (83%) qui avaient déjà une législation antitabac en place l'ont renforcée et 49 sur 65 (75%) qui n'avaient aucune réglementation en ont instituée une. (Figure II.2. et II.3.)

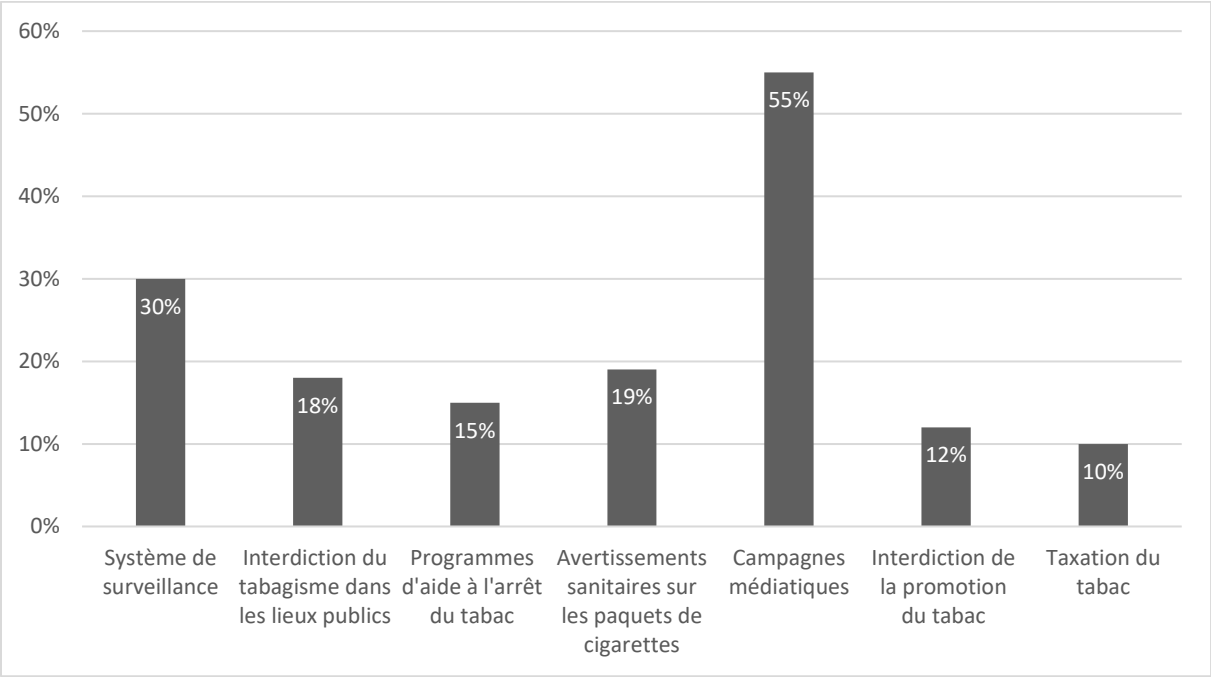


Figure II.2. Proportion de la population mondiale couverte par chacun des piliers stratégiques MPOWER en 2014

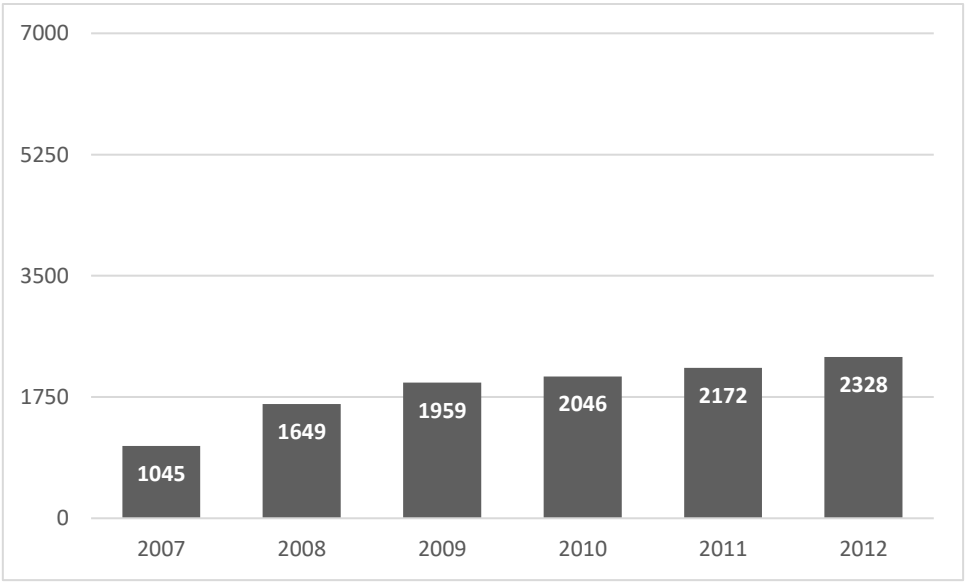


Figure II.3. Evolution de la part de la population mondiale couverte par la stratégie MPOWER (en millions d'habitants)

Pour couvrir l'évaluation des 38 articles, les Parties signataires sont tenues de suivre régulièrement, plus de 140 indicateurs. (Figure II.4.)

Articles	*Titre de l'article*	*Exemple d'indicateurs*
10	Réglementation des informations sur les produits de tabac à communiquer	Obligation pour les fabricants de fournir aux autorités le contenu de leurs produits du tabac
11	Conditionnement et étiquetage des produits de tabac	Interdiction d'utiliser les qualificatifs trompeurs Obligation pour les avertissements d'occuper au moins 50% de la face principale des paquets
12	Education, communication, formation, sensibilisation du public	Programmes de communication, de formation et de sensibilisation guidés par les résultats de recherche
13	Publicité en faveur du tabac, promotion, parrainage	Interdiction d'exposer les produits de tabac dans les points de vente
14	Mesures visant à réduire la demande en rapport avec la dépendance à l'égard du tabac et le sevrage tabagique	Existence de recommandations globales et intégrées fondées sur des preuves, d'une ligne téléphonique d'aide à l'arrêt du tabac, et d'un programme d'aide à l'arrêt du tabac dans les lieux de travail
15	Commerce illicite des produits du tabac	Existence de marques permettant de déterminer les paquets vendus légalement et l'origine des paquets
16	Vente aux mineurs et par les mineurs	Existence d'une interdiction de vente aux mineurs Exigence que les vendeurs demandent une preuve de majorité
17	Fourniture d'un appui à des activités de remplacement économiquement viables	Mise en place d'alternatives économiquement viables pour les vendeurs de tabac
18	Protection de l'environnement et de la santé des personnes	Existence de mesure pour protéger les personnes travaillant dans la fabrication de tabac
19	Responsabilité	Mesure prise à l'encontre des industriels du tabac pour couvrir les liés à la consommation
20	Recherche, surveillance et échange d'informations	Existence d'une recherche sur les indicateurs sociaux et économiques liés à la consommation de tabac
22	Coopération dans les domaines scientifique, technique et juridique et fourniture de compétences connexes	A bénéficié d'une assistance internationale sur l'expertise sur les programmes de lutte antitabac

Figure II.4. Exemples d'indicateurs parmi les 146 suivis.

Jusqu'ici nous avons présenté les méthodes d'évaluation des stratégies de prévention du tabagisme décidées au niveau international, qu'en est-il des spécificités françaises ?

La plupart des travaux américains, australiens et britanniques font état d'une relation entre prix et consommation de tabac. La consommation diminue lorsque le prix augmente, et ceci se vérifie notablement chez les personnes aux faibles revenus, jeunes ou adultes. [29] Cependant les résultats font exception et les conclusions de la revue de littérature évoquent le fait que dans les pays de haut niveau économique, la consommation de tabac dans les groupes sociaux à faibles revenus est plus sensible à l'introduction de taxes et aux augmentations de prix que dans les groupes sociaux à hauts revenus.

L'Inpes et l'Inca ont décliné pour la France le projet international d'évaluation de politiques de lutte antitabac (ITC Project). En France, le protocole d'évaluation a consisté à interroger un groupe de 1700 fumeurs et de 500 non-fumeurs, avant et après la mise en place d'une nouvelle mesure de lutte contre le tabac. Les trois vagues d'enquêtes ont alors eu lieu avant et après la mise en place du décret Bertrand (décembre 2006-février 2007 pour l'interdiction de fumeur sur les lieux de travail puis septembre-décembre 2008 pour les lieux de convivialité), et après l'introduction des images chocs sur les paquets (septembre-décembre 2012).

Le rapport de 2008 de la CCLAT [30] suggérait que l'interdiction de fumer sur les lieux de travail pourrait diminuer la prévalence de 4 points et la consommation globale du tabac de 29%.

D'après le baromètre santé 2010, la prévalence n'a pas diminué mais augmenté, mais une baisse du nombre moyen de cigarettes fumées a été observée par jour passant de 15,1 à 13,6/j en 2010 chez les fumeurs quotidiens de 15 à 70 ans, ce qui correspond à une baisse de la consommation annuelle de tabac de seulement 3%. Par ailleurs, une baisse rapide du nombre d'hospitalisations pour syndromes coronaires aigus (infarctus du myocarde, angine de poitrine) a été constatée suite à l'interdiction de fumer dans les lieux publics. La méta-analyse de Tan et Glantz prouve que l'introduction de l'interdiction de fumer dans les lieux publics engendre une diminution estimée entre 14 et 17%. Entre 2003 et 2009, Daniel Thomas et son équipe ont étudié les 867 164 hospitalisations pour syndromes coronaires aigus en France sans observer de baisse liée à l'introduction du décret Bertrand. Cependant, ils ont émis 2 hypothèses : une tendance baissière ancienne du nombre de ces hospitalisations et une réduction progressive de l'exposition au tabac dans l'air ambiant n'auraient pas permis d'observer les baisses rapides vues dans d'autres pays.

Les images chocs ont été introduites sur les paquets de cigarettes en avril 2011, les 40% de surface consacrées à un avertissement sous forme de texte sur les paquets des produits du tabac ont été remplacées par une image choc de même surface, la face avant avec 30% d'avertissements sous forme de texte n'ayant pas été modifiée. En avril 2012, la même mesure a été appliquée aux emballages du tabac en vrac. (Figure II.1.)



Figure II.1. Exemples d'images chocs retrouvées sur les paquets de produits du tabac

Dans la vague 3 d'ITC France, un phénomène paradoxal a été observé. L'introduction de cette mesure ne s'est pas accompagnée de l'impact attendu ; suite à cette mesure, les principaux impacts relevés sont le fait de remarquer souvent ou très souvent ces avertissements, le fait d'abandonner ou retarder au moins une cigarette au cours des 30 derniers jours, ou le fait de penser souvent aux méfaits du tabac. (Figure II.1.)

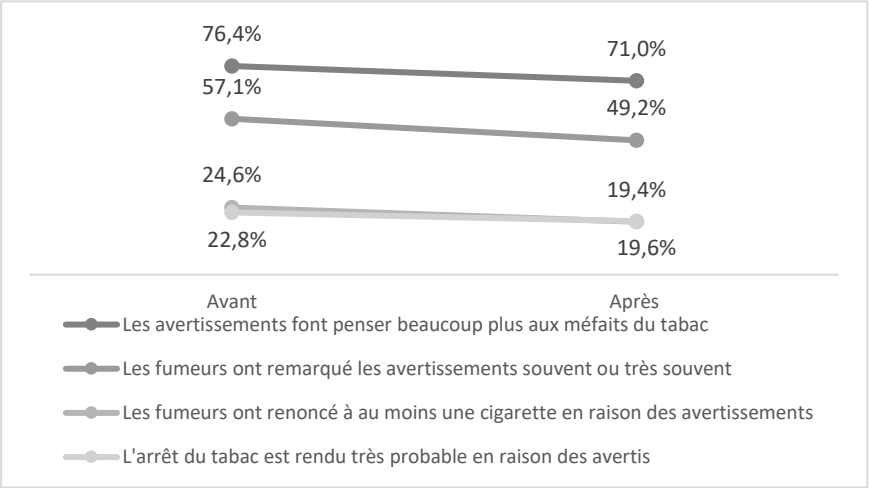


Figure II.1. Impact de l'introduction des images chocs

D'après le Professeur Geoff Fong, leader du projet ITC, ce phénomène paradoxal s'explique par le fait qu'en France, les images chocs étaient disposées à l'arrière du paquet et qu'elles avaient par conséquent moins d'impact que si elles étaient disposées à l'avant comme au Brésil. Fong s'appuie également sur les résultats apportés par la Grande-Bretagne, qui a introduit la même réglementation et n'a observé qu'une faible augmentation (1%) de l'impact de l'introduction des images chocs sur les mêmes variables.

En 2012, après une évaluation des politiques de lutte contre le tabagisme, la Cour des comptes soulignait que la volonté de l'Etat avait fléchi, avec en cause le poids des intérêts économiques et financiers venant émousser les efforts de lutte contre le tabagisme. Son rapport insistait sur la nécessité du redéploiement de l'action en faveur de la prévention, du renforcement des contrôles de l'interdiction de vente aux mineurs et celle de fumer dans les lieux publics ; et enfin le renforcement de l'aide à l'arrêt du tabac. En effet, la prévention représente un des socles de la nouvelle Loi de santé de 2015. Le PNRT contenu dans le Plan cancer 2014-2019 a pour objectif de dissuader l'entrée dans le tabagisme des jeunes, de mener une politique des prix cohérente et de faciliter l'aide à l'arrêt du tabac.

Pour accompagner les fumeurs dans leur sevrage, le PNRT prévoit de renforcer l'implication des professionnels de santé, de rationnaliser l'orientation des fumeurs en vue de l'établissement de leurs programmes personnalisés d'arrêt du tabac, de tripler le montant du forfait de sevrage tabagique pour trois populations : les jeunes de 20 à 30 ans, les bénéficiaires de la CMUc et les patients atteints de cancers.

Si l'ensemble de ces propositions représente un réel progrès, on notera que l'implication des professionnels de santé ne peut être exigée, ou marquée de résultat, qu'à la condition qu'ils bénéficient d'une formation initiale ou continue reposant sur les recommandations de bonnes pratiques cliniques émises par la HAS.

L'amélioration du remboursement des médicaments d'aide à l'arrêt du tabac a un ratio coût/efficacité démontré ; l'article 14 de la CCLAT ratifiée par la France stipulant qu'il faut faciliter l'accès à un traitement de la dépendance à l'égard du tabac a un coût abordable. Il a paru judicieux d'étendre l'augmentation du montant du forfait de sevrage tabagique à toutes les ALD, impliquant le tabagisme, pour lesquelles une recommandation d'arrêt est donnée par la HAS. Ce remboursement aura un double effet en profitant aux moins de 20 ans ; en effet, les substituts nicotiniques peuvent être utilisés à partir de 15 ans et les premières années de la consommation de tabac sont d'une importance majeure dans le développement de la dépendance au tabac et le raccourcissement de l'espérance de vie.

Enfin, entre 1976 et 2014, plusieurs lois et plusieurs modifications de prix des produits du tabac ont influencé les ventes de cigarettes manufacturées. Un prix relatif [VIII] stable en moyenne, comme ce qui a été observé entre 1950 et 1964, correspond à une augmentation des prix du tabac égale à l'augmentation des autres prix. Entre 1964 et 1975, les prix du tabac n'ayant pas augmenté, le prix relatif a diminué. En 1991, après une période stable (1975-1991), l'augmentation du prix du tabac a été supérieure à celle des autres produits, par la sortie du tabac du calcul de l'indice de prix inscrite dans la loi Evin. C'est seulement en 1995 que le prix relatif des années 1950 a été rattrapé et l'augmentation a été plus importante entre 2002 et 2004. Ensuite, la baisse puis les faibles augmentations du prix ont entraîné l'arrêt de la diminution des ventes jusqu'en 2011. (Figure II.2.)

[VIII] Base 100 en 1970, tient compte de l'augmentation de l'indice des prix

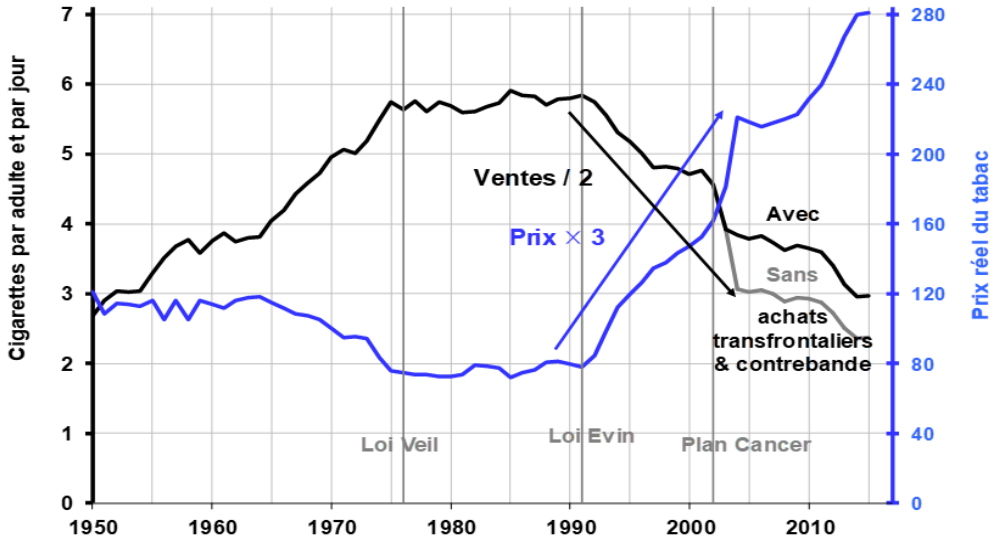


Figure II.2. Evolution des ventes de cigarettes manufacturées (avec ajout d'une estimation des achats transfrontaliers et de contrebande à partir de 2004) et du prix réel du tabac

2) … à une nouvelle ère de prise en charge (2014-2019)

Malgré quelques mesures prises par le gouvernement, tels que l'augmentation du prix du tabac, l'interdiction de fumer dans les lieux publics, l'introduction des images-choc sur les paquets des produits du tabac, la France n'arrive pas à diminuer le tabagisme jusqu'en 2014 avec la mise en cause de nombreuses dérives tels que : les achats transfrontaliers dans ces pays où le prix du tabac est 2 à 3 fois inférieur, l'irrégularité des politiques publiques, la vente aux mineurs encore trop récurrente, le tabagisme féminin qui s'est développé au moment où l'état faisait du tabagisme une priorité, enfin le remboursement partiel des substituts nicotiniques.

La stratégie nationale de santé et le plan Priorité Prévention font de la lutte contre le tabac une priorité de santé publique de premier plan. Lutter contre le tabac c'est également lutter contre les inégalités sociales de santé ; en effet, le tabac coûte cher à notre société et génère un déficit important pour les comptes publics. Enfin, la lutte contre le tabac permet de protéger les finances de notre système de santé.

Lancé en 2014, le PNRT a, pour la première fois, armé la France d'un programme cohérent. Il a permis la mise en place d'une gouvernance nationale et régionale, la rénovation du cadre juridique sur le tabac et la mise en œuvre d'actions emblématiques :

- mise en place du paquet neutre, associé aux images chocs,
- augmentation des avertissements sanitaires,
- élargissement du droit de prescription des traitements de substitution nicotinique,
- mise en place du Moi(s) sans tabac en novembre, sur le modèle du Stoptober anglais

Les premiers résultats disponibles montrent des résultats très encourageants en matière de réduction du tabagisme quotidien, chez les adolescents comme chez les adultes. Ces résultats prometteurs doivent être tout particulièrement salués mais nous devons aller plus loin : les états les plus performants sont parvenus à passer sous le cap des 17 % de fumeurs quotidiens, par le biais de plans multidimensionnels et pérennes. La France doit y parvenir dès que possible et au plus tard en 2027. Le PNLT 2018-2022 traduit une volonté d'agir encore plus fortement contre ce fléau. Combinant des actions sur le volet économique et sur les volets sociaux et sanitaires, il élargit la palette d'interventions.

Débutée dès novembre 2017, l'augmentation ambitieuse de la fiscalité jusqu'en 2020, vise autant à prévenir l'entrée des jeunes dans le tabagisme qu'à inciter les fumeurs à s'arrêter. Les premiers financements par le fonds de lutte contre le tabac visant à la protection des jeunes et à l'accompagnement des fumeurs, ont démarré en 2018. Ils ont servi à appuyer les agences régionales de santé dans le déploiement d'actions de terrain ambitieuses au plus près du public. Toutes les mesures gouvernementales ont été établies dans le PNRT 2014-2019 et sont reprises dans le PNLT 2018-2022 dont les objectifs sont :

- en 2019, que la part de fumeurs quotidiens diminue de 10% (de 29,1% à 26,2%)
- en 2024, que cette part passe sous la barre des 20%
- en 2032, que les enfants nés aujourd'hui soient la première génération de non-fumeurs

Pour atteindre ces 3 objectifs, 3 axes ont été déterminés.

a. Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac

Pour cela, le PNRT tend à rendre les produits du tabac moins attractifs, notamment avec la mise en place du paquet neutre sur lesquels il a été entrepris d'agrandir et repositionner les messages d'avertissement sanitaire. Une extension des lieux où il est interdit de fumer et un renforcement du respect de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs ; et pour agir sur ce levier, 3 actions ont été mises en place :

- interdiction de fumer dans un véhicule en présence de mineurs de moins de 12 ans
- interdiction de fumer dans les espaces publics de jeux dédiés aux enfants
- habilitation des polices municipales à contrôler l'interdiction de fumer dans les lieux publics

Les jeunes étant très attiré par la cigarette électronique, en témoigne le phénomène de mode qui a pris une ampleur considérable aux Etats-Unis, où les autorités sanitaires américaines parlent désormais d'une « épidémie ». Le 12 septembre dernier, la FDA a tiré la sonnette d'alarme sur l'utilisation de la cigarette électronique par les adolescents. En France, le PNRT tend à encadrer les dispositifs électroniques de vapotage en interdisant le vapotage dans certains lieux publics ou en limitant la publicité en faveur de ces dispositifs. Enfin, le dernier levier vise à habiliter la police municipale à contrôler l'amélioration du respect d'interdiction de la vente aux mineures.

b. Aider les fumeurs à s'arrêter

Le premier levier de cet axe vise à développer une information plus efficace en direction des fumeurs, au travers de 4 actions :

- montrer les méfaits du tabac en communiquant davantage auprès des fumeurs ;
- mettre en place un pictogramme « grossesse sans tabac » sur les emballages ;
- promouvoir auprès des professionnels et du grand public le numéro d'appel unique 39 89 et le site tabac-info-service qui a largement été utilisé en 2017 ;
- développer l'«e-coaching », réalisé en lien avec l'INPES et la CNAMTS

Le deuxième serait d'impliquer les professionnels de santé et mobiliser les acteurs de proximité dans l'aide à l'arrêt du tabac. Pour cela, 2 mesures ont été prises en impliquant davantage les médecins généralistes dans la lutte contre le tabagisme, ainsi que le développement d'une offre de proximité gratuite d'accompagnement à l'arrêt du tabac par la mobilisation des 430 CSAPA, de leurs 250 consultations jeunes consommateurs (CJC) et des 112 centres d'examen de santé de l'Assurance maladie. Le troisième levier, vise à l'amélioration de l'accès aux traitements d'aide au sevrage du tabac en améliorant le remboursement du sevrage tabagique avec une prise en charge à 65% par la sécurité sociale, (après le passage de 50 à 150 euros du forfait annuel) et en élargissant l'éventail des professionnels pouvant intervenir dans la prise en charge de l'arrêt du tabac : les médecins du travail, les infirmiers, les sages-femmes (autorisation de prescrire des substituts nicotiniques à l'entourage fumeur de femmes enceintes), les chirurgiens-dentistes, les masseurs kinésithérapeutes, en plus des médecins généralistes et des tabacologues. Le dernier levier de cet axe concerne directement les ministères sociaux, notamment le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. 2 actions ont été entreprises : l'aménagement des espaces fumeurs du ministère, de manière à valoriser les espaces non-fumeurs et le développement de l'aide au sevrage du tabac des personnels du ministère.

c. Agir sur l'économie du tabac

Ainsi, 3 leviers ont été identifiés pour agir efficacement sur l'économie du tabac :

- lutter contre le commerce illicite pour rendre plus efficace une politique fiscale du tabac au service de la santé publique
- lutter contre l'ingérence de l'industrie du tabac dans les politiques publiques
- accroître les moyens dédiés à la lutte contre le tabac.

De plus, le gouvernement entend porter progressivement le prix moyen du paquet de cigarettes à 10 euros d'ici 2020. Les augmentations successives, jusqu'en 2020 figurent dans la loi de financement de la sécurité sociale de 2018. Il s'agira d'accompagner chaque augmentation par une communication adaptée. Enfin, la fiscalité des produits du tabac sera augmentée et le déploiement du PNLT sera accompagné d'une sensibilisation des procureurs généraux afin de favoriser une politique pénale adaptée.

Nous l'avons déjà évoqué, la principale mesure annoncée dans le PNRT qui a bouleversé le marché des substituts nicotiniques est la prise en charge par la Sécurité Sociale à hauteur de 65% de certains produits du marché. Tout a commencé le 26 mars 2018 lorsque Madame Agnès Buzyn, Ministre de la Santé et des Solidarités, accompagnée par Edouard Philippe, a annoncé que les TNS allaient être pris en charge par l'assurance maladie, au même titre que les autres médicaments remboursables. Cette mesure est enfin mise en place après que le ministère ait admis que le forfait annuel de 150 euros posait un problème dans le cadre d'une lutte sérieuse contre ce fléau qu'est le tabagisme. En effet, jusqu'alors, la prise en charge se faisait à hauteur de 150 euros par an et par patient dans le cadre d'un forfait établie en 2007 et qui a pris fin, au début de l'année 2019.

La clairvoyance d'Agnès Buzyn qui reconnait que jusqu'alors « *l'un des freins majeurs actuels du recours aux traitements de sevrage [était] la nécessité de faire systématiquement l'avance de frais dans le cadre du forfait* » lui a permis d'afficher son objectif de « *développer l'accessibilité aux traitements d'aide à l'arrêt tabagique pour l'ensemble des fumeurs souhaitant arrêter de fumer, et en particulier les plus défavorisés* ». « *Il s'agit aujourd'hui de franchir une nouvelle phase dans le soutien au sevrage tabagique : passer du forfait d'aide au sevrage de 150€ par an et par assuré à un remboursement classique comme pour tous les médicaments remboursables* » explique la ministre.

S'en est suivi une course au remboursement de la part des différents acteurs présentés plus haut. A date, les différents produits ayant obtenu le remboursement sont, par ordre chronologique (Figure II.3.) :

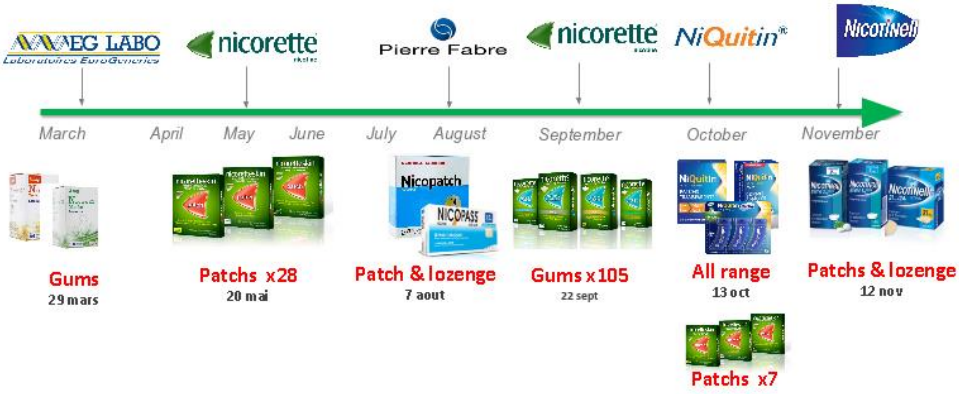


Figure II.3. Chronologie de l'obtention du remboursement par les substituts nicotiniques

- les gommes à mâcher EG Labo®, le 28 mars 2018
- les patchs x 28 de la marque Nicorette®, le 20 mai 2018
- les patchs et les comprimés à sucer de la marque Pierre Fabre, le 7 août 2018
- les gommes à mâcher x 105 de la marque Nicorette®, le 22 septembre 2018
- les patchs x 7 de la marque Nicorette® et la gamme Niquitin®, le 13 octobre 2018
- les patchs et les comprimés à sucer de la marque Nicotinell®, le 12 novembre 2018

Sans s'attarder sur l'efficacité des traitements, ou sur le nombre de fumeurs ayant arrêté de fumer, il est déjà intéressant d'observer que l'amélioration de la prise en charge des substituts nicotiniques a entrainé une augmentation conséquente du nombre de bénéficiaires uniques de remboursements forfaitaires de 50 puis 150 euros, mais également du nombre de bénéficiaires de la prise en charge à 65% pour des traitements d'aide à l'arrêt du tabac en 2018. (Figure II .4.)



Figure II.4. Nombre de bénéficiaires uniques de remboursements forfaitaires et à 65 % pour des traitements d'aide à l'arrêt du tabac, selon le mois en 2018 (source : Caisse nationale d'Assurance maladie, régime général).

3) L'impact sur la prise en charge par les professionnels de santé

L'ensemble de ces nouvelles mesures de santé, qui était plus ou moins attendues, a nécessité une réactivité des professionnels de santé impliquant une modification de l'organisation des soins de sevrage tabagique. En commençant par la mise en place de nouvelles stratégies marketing de la part des laboratoires pharmaceutiques qui ont directement impacté la pratique des professionnels de santé dans la prise en charge des patients.

a. Le marketing des produits de santé

Parler de marketing pour les produits de santé semble inadéquate pour de nombreuses personnes. La sécurité, le soin, l'innocuité, voilà l'enjeu d'une bonne gestion des produits de santé. Cependant, un produit de santé peut conditionner la vie de la personne qui le consomme, même pour des produits les plus simples telle qu'une crème de beauté. Au-delà de leurs spécificités propres, les produits de santé sont des biens industriels, conçus, produits et commercialisés par des entreprises. Et si on s'intéressait à l'ensemble des étapes allant de "l'idée" (irrémédiablement issue d'un besoin patient) au produit de santé ?

Connaître les besoins de santé (donc le marché), comprendre les attentes des patients et des consommateurs, mettre en œuvre des moyens pour informer professionnels de santé et, parfois, à travers eux, communiquer avec les utilisateurs finaux… Ces étapes rappellent étrangement celles du lancement d'un produit de grande consommation.

Cependant, le marketing des produits de santé présente une dimension éthique particulière. La vie des personnes est en jeu, leur santé, leur bien-être et celui de leurs proches, et parfois même leur descendance. Le risque potentiel et le manque d'expertise du client-patient rendent obligatoire une réglementation des pouvoirs publics en matière de commercialisation et de distribution des produits de santé. Plus le produit est efficace et donc potentiellement dangereux, plus son marketing sera réglementé. Mais, là encore, la situation est paradoxale : les patients ne paient pas pour leur santé, ils paient pour leur bien-être… Les produits réellement « soignants » sont pour la plupart remboursés par la Sécurité sociale, les produits de « bien-être», eux, sont en général laissés au libre arbitrage des consommateurs qui les choisissent et paient eux-mêmes pour leur consommation. Nous nous retrouvons donc face à un marketing des produits de santé à plusieurs vitesses, régi par des réglementations différentes en fonction du type de produit. [31]

Or, les produits de substitution nicotinique se situent dans un marché en mouvement, à la limite entre ces deux catégories de produits. Ces mouvements ont poussé les laboratoires pharmaceutiques à adapter de nouvelles stratégies marketing.

En effet, la publicité pour les médicaments fait l'objet d'une réglementation européenne adoptée en 1992. [IX] Ces textes posent des principes généraux applicables dans tous les pays de l'Union Européenne, mars chaque état-membre peut les adapter à ses spécificités nationales. En France, le système de contrôle de la publicité des médicaments a été profondément modifié, en particulier pour ce qui concerne la publicité auprès des professionnels de santé par la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé et ses textes d'application. Désormais, ces textes sont intégrés au Code de la Santé Publique. La publicité d'un tel produit doit respecter les dispositions de l'AMM, qui aura été préalablement obtenue par le médicament, ainsi que les recommandations thérapeutiques de la HAS. L'application des dispositions relatives au contrôle de la publicité à internet soulève de nombreuses difficultés. Les sites créés par les laboratoires peuvent contenir à la fois des

[IX] Directive CEE n°92/28 du 30 mars 1992

informations de nature promotionnelle et non promotionnelle, et des informations sur les médicaments qui par leur nature devraient être réservées à des professionnels de santé.

Le marketing des produits de santé est très complexe et notamment celui des médicaments qui est de loin la catégorie qui subit le plus de contraintes juridiques. En effet, on distingue :

- La publicité auprès du public qui n'est autorisée que pour les médicaments qui ne sont pas de prescription médicale obligatoire, qui ne sont pas remboursables par l'Assurance maladie, et dont l'AMM ne comporte pas de restrictions en matière de promotion. Toutefois, les médicaments destinés au sevrage tabagique peuvent faire l'objet de publicité auprès du public même s'ils sont obligatoirement prescrits ou remboursables.

- La publicité auprès des professionnels de santé qui est autorisée pour tous les médicaments disposant d'une AMM. Cependant, dans la mesure où l'AMM peut soumettre à prescription restreinte certains médicaments, la publicité pour ces médicaments ne pourra être réalisée qu'auprès des professionnels de santé habilités à les prescrire ou à les dispenser.

Les professionnels de santé constituant la principale cible de la promotion des laboratoires, les pouvoirs publics se sont attachés à réglementer les relations entre les deux partis, afin d'assurer le caractère déontologique et la qualité des informations véhiculées par les laboratoires, sur les médicaments dont ils font la promotion.

On le verra par la suite, la visité médicale représente l'essentiel des actions promotionnelles des laboratoires. Le législateur a alors imposé que « *les personnes qui font de l'information par démarchage ou de la prospection pours les médicaments* » possèdent des connaissances scientifiques suffisantes attestées par des diplômes, titres ou certificats figurant sur une liste établie par les autorités administratives. [X]

Lors de la présentation des médicaments, les visiteurs médicaux doivent également remettre à leurs interlocuteurs le RCP, les informations relatives au prix et à la situation du médicament au regard du remboursement, l'avis ou les avis de la Commission de la transparence concernant les produits présentés. Ces obligations des entreprises en matière de visite médicale ont été renforcées à l'occasion de la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie. Celle-ci prévoit

[X] Art. L. 5122-11 et s. CSP.

que le syndicat représentant les entreprises pharmaceutiques (Leem) et le CEPS concluent une charte de qualité visant à mieux encadrer les activités commerciales et promotionnelles pouvant nuire à la qualité des soins. [32]

b. Nouvelles stratégies marketing et nouveaux rôles des professionnels de santé

Tous les acteurs de santé ont vu une augmentation significative du nombre de fumeurs souhaitant arrêter de fumer entre 2016 et 2017, mais également du nombre de fumeurs essayant activement d'arrêter de fumer. La prise de conscience est venue des laboratoires pharmaceutiques, bien que n'étant pas directement en contact avec les patients, ils ont dû réagir à un besoin des patients et faire le lien entre les nouvelles dispositions du gouvernement et les professionnels de santé.

Le premier enjeu a été de développer la prescription par les professionnels de santé nouvellement habilité à prescrire, mais également par ceux qui l'étaient déjà au préalable. En effet, le conseil d'arrêter, lorsqu'il est donné par un professionnel de santé augmente de plus de 50% les chances d'arrêt du fumeur.[33] Pour ce faire, les laboratoires pharmaceutiques disposent de plusieurs opportunités pour approcher les prescripteurs, à commencer par la visite médicale. Qu'elle soit en face à face ou à distance par visioconférence, elle permet aux professionnels de santé d'avoir un interlocuteur à qui poser des questions en cas d'interrogation et de créer une relation interprofessionnelle qui ne sera que plus bénéfique aux patients. Ensuite, les laboratoires disposent de nombreux supports de communication pour atteindre les professionnels de santé, notamment la presse professionnelle, l'utilisation du mailing ou du courrier est encore plus « agressive » et devient bien plus ciblée. D'autre part, les congrès scientifiques tels que les Journées Nationales de Médecine Générale, la Réunion Annuelle de la SFT, ou encore le Congrès Médecine Générale de France, permettent aux prescripteurs qui y participent de bénéficier d'informations, voire de formation et peuvent repartir avec des supports de communication qui leurs sont destinés, à eux ou leurs patients. Enfin, à la frontière des communications visant le corps médical et le public, on retrouve les campagnes d'affichage dans les salles d'attente. En effet, elles agissent comme un rappel pour les professionnels de santé et sont une incitation supplémentaire pour les patients qui seraient potentiellement dans l'hésitation d'aborder le sujet avec le médecin, ou en instance de se motiver à arrêter de fumer.

Le deuxième enjeu est de permettre aux patients de récupérer son traitement, quel que soit celui qui aura décidé collégialement avec le prescripteur. La pharmacie est alors un point stratégique à atteindre pour les laboratoires, car en effet en France, seul le pharmacien est habilité à délivrer des substituts nicotiniques. Trois piliers sont essentiels sur ce point.

Tout d'abord, le conseil du pharmacien sur les produits remboursés en délivrant le produit prescrit et en encourageant le bon usage pour favoriser l'observance, mais également sur les produits non remboursés en association afin de renforcer l'efficacité de la forme prescrite. Généralement, les prescriptions concernent les dispositifs transdermiques, il est alors du rôle du pharmacien de proposer une forme orale en complément, selon les recommandations de la HAS.[34] En dehors du conseil, le pharmacien doit pouvoir répondre à la prescription adressée par le professionnel de santé, mais également à la demande spontanée du patient qui se serait rendu en pharmacie directement. A ce titre, la catégorie doit être visible. Ayant connu une actualité riche, les substituts nicotiniques occupent désormais des points stratégiques en pharmacie, le plus souvent à hauteur des yeux, et parfois même, le patient trouvera un rayon dans la pharmacie mais également derrière le comptoir un peu plus en hauteur pour ne pas être caché par le pharmacien. En dehors de ce point logistique, selon une étude menée récemment en Allemagne, plus d'un patient sur deux décident du moyen de substitution dans la pharmacie, et 3 patients sur 4 aimeraient voir leur expérience d'achat s'améliorer.

Mais pour les patients qui privilégient un choix mûr et réfléchi, le dernier enjeu concerne la promotion à destination des patients. Pour cela, tous les canaux sont bons à exploiter, et ils possèdent tous leurs avantages et leurs inconvénients. Les campagnes TV présentent l'avantage que le destinataire est inactif et reçoit l'information sans avoir à la chercher, cependant le message est prompt, et peut paraitre peu détaillé. Les vidéos en ligne, sur des sites spécifiques ou sur des sites d'hébergement de vidéos ; ici le destinataire est plus ou moins inactif, car désormais les vidéos peuvent se lire toutes seules sans avoir à cliquer dessus. Néanmoins, elles sont destinées à un public spécifique, et la lecture de ces vidéos sont dépendantes de l'environnement qui peut ne pas être propice. Pour ce qui est des campagnes digitales, qui présentent l'avantage d'être attrayantes, le destinataire est plus ou moins actif, car il peut décider d'approfondir son expérience en cliquant sur les bannières publicitaires, qui se trouvent presque exclusivement sur des sites dédiés. Enfin, les campagnes presse, étant le moyen de communication au plus fort potentiel et sans doute aussi la plus coûteuse, nécessitent que le destinataire soit actif, et y accorde du temps.

III. Les bénéfices de la nouvelle prise en charge du sevrage tabagique

Les bénéfices tirés des nouvelles mesures sur la prise en charge du sevrage tabagique sont autant socio-économiques, que sanitaires pour le patient qui bénéficie d'un nouveau parcours de soins. Il est alors intéressant de comparer le coût de la prise en charge des patients fumeurs par un traitement nicotinique de substitution et de faire le parallèle avec le coût social du tabagisme et l'impact sur les conséquences du tabagisme.

1) Le coût du traitement par substituts nicotiniques

Le choix des substituts nicotiniques s'explique ici par le fait qu'ils représentent le traitement de première intention, et par le fait que le calcul du coût du traitement soit plus évident. En effet, les tarifs des TNS sont libres, hormis ceux qui sont remboursés par l'Assurance maladie. Pour ces derniers, un prix unique a été fixé. Il s'élève à 14,14 euros pour les gommes à mâcher et à 28,55 euros pour les patchs à la nicotine. Pour les produits non remboursés par la Sécurité sociale, le prix varie donc grandement d'une marque à une autre, mais aussi d'une pharmacie à une autre. Pour chaque forme galénique, il faut considérer le prix d'une prise, que l'on rapportera au nombre de prise par jour et à la durée estimée du traitement. (Tableau III.1.).

Forme galénique	Coût maximum d'une journée de traitement (en euros)	Durée maximum de traitement (en jours)	Coût maximum du traitement (en euros)
Patchs	2,36	180	424,8
Gommes	4,50	365	1642,5
Comprimés à sucer	5,175	180	931,5
Comprimés sublinguaux	6,126	180	1102,68
Spray	6,4	84	537,6
Inhaleur	11,472	365	4187,28

Tableau III.1. Coût maximal du traitement par forme galénique.

Dans le souci de faciliter le calcul ainsi que l'interprétation par le lecteur, les doses maximales les durées de traitement [35] ainsi que les prix [36] affichés correspondent aux médicaments de la gamme Nicorette®, car c'est le seul acteur du marché du sevrage tabagique à disposer de toutes les formes galéniques de TNS.

En considérant la forme galénique la plus chère et sur une période donnée d'un an, le traitement aurait un coût annuel de 4187,28 euros par patient. Or, pour les besoins de la comparaison dont l'étude fait l'objet, il faut prendre en compte le nombre de fumeurs en France en 2010, soit près de 13,4 millions ; la prise en charge de l'ensemble des fumeurs représenterait alors un coût total d'environ 56 milliards d'euros.

2) Le coût social du tabagisme [37]

La dernière étude concernant le coût social des drogues en France datant de 2015 et portant sur les chiffres de 2010, il est important de considérer une marge d'erreur, tant l'évolution des coûts qui seront évoqués plus loin est aléatoire. Néanmoins, cette étude basée sur les données récoltées sur l'année 2010 mesure le coût monétaire des conséquences de la consommation des drogues légales (alcool et tabac) et illégales et du trafic de ces dernières. Le coût social est composé du coût externe et du coût pour les finances publiques (dépenses de prévention, répression et soins, économie de retraites non versées, et recettes des taxes prélevées sur l'alcool et le tabac). Les paramètres de calculs suivent les recommandations du Rapport Quinet de 2013[38] et les données sanitaires ont été collectées dans la littérature scientifique.

Le « coût social du tabac » est composé de deux parties. La première est appelée le « coût externe » et décrit la valeur monétaire des ressources qui sont dissipées du fait de l'existence du tabac (vies humaines, pertes de production, etc.). La seconde décrit l'impact sur le bien-être de la variation du solde des finances publiques engendrée par la présence du tabac (soins des malades, recherches, prévention, etc.). Cet impact est égal à la variation nette de la position des finances publiques que multiplie le « coût marginal des fonds publics ».

On calculera ensuite le « coût social » pour la collectivité engendré du fait de l'existence du tabac en additionnant les deux agrégats évoqués précédemment en suivant l'équation ci-dessous.

$$CS = CE + (1 + \alpha) \times \Delta G$$

CS = Coût social
CE = Coût externe
α = Coût marginal des fonds publics
$(1 + \alpha)$ = Coefficient d'impact négatif de la variation des finances publiques sur le bien-être.
ΔG = Variation des finances publiques.

a. Coût externe

Le coût externe prend en compte la valeur des vies humaines perdues à travers les années de vies perdues, la perte de la qualité de vie à travers les années en mauvaise santé mais également les pertes de production.

La mortalité engendrée par le tabac

Une étude sur l'épidémiologie du tabagisme menée en 2015 [39] a permis de calculer les fractions de décès attribuables au tabac. Bien qu'il s'agisse d'une donnée actualisée, cette mortalité semble encore sous-estimée. Un article du New England Journal of Medicine de 2015 [40] indique que dans les études la mortalité parmi les fumeurs est généralement deux ou trois fois supérieure à la normale. Cet excès de mortalité est expliqué par 21 maladies qui sont officiellement répertoriées comme causant le décès et engendrées par le tabac. Il semble que la prise en compte d'un nombre plus important, conduise à attribuer un nombre supérieur de décès au tabac.

Le nombre total des décès attribuables au tabac est égal à 78 000 dont 59 000 décès chez les hommes et 19 000 décès chez les femmes. Ces chiffres représentent 22 % de la mortalité masculine et 5 % de la mortalité féminine. La fréquence des décès attribuables au tabac atteint, entre 35 et 69 ans, 33 % chez les hommes et 15 % chez les femmes. Comme le soulignent Ribassin-Majed et Hill en 2015 [41], le tabac est responsable en France de 1 décès sur 7 (1 décès sur 5 chez les hommes et 1 décès sur 14 chez les femmes). Dans la population âgée de 35 à 69 ans, 1 décès sur 3 est attribuable au tabac chez les hommes et 1 sur 6 chez les femmes. La moitié des décès dus au tabac survient dans la population âgée de 35 à 69 ans, conduisant à une réduction de l'espérance de vie d'un fumeur de 20 à 25 ans par rapport à celle d'un non-fumeur.

L'autre moitié des décès dus au tabac survient à 70 ans ou plus. Il faut donc plus de 60 ans de recul pour que l'ensemble des conséquences du tabagisme sur la santé soit évaluable. Pour estimer le nombre d'années de vies perdues par les décès engendrés par le tabac, il est nécessaire de partir de l'âge moyen de décès pour la pathologie considérée et de poser l'hypothèse que quelle que soit la cause (tabac ou autre), le décès survient toujours au même âge pour cette pathologie. (Tableau III.2.)

D'après Cambou *et al.* [42], l'âge moyen des décès est de 67 ans pour les cas d'infarctus du myocarde et de 68 à 70 ans pour les AVC. Faute de données pour les maladies infectieuses, on prendra les données moyennes de la mortalité due au tabac. Les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) privent les individus d'une année de vie (par convention méthodologique) car le décès survient en moyenne à 79 ans [43].

Sexe	Cause de décès	Age en années			Total
		0-34	35-69	70+	
Hommes					
	Cancer	-/700	21 000/36 000	18 000/52 000	39 000/89 000
	(fraction attribuable)		(58%)	(34%)	(44%)
	Poumon	-/28	13000/14000	10 000/11 000	23 000/25 000
	Bouche, pharynx, œsophage, larynx	-/9	4 300/5 300	2 200/3 300	6 500/8 600
	Autres	-/200	4 100/9 600	5 400/18 000	9 500/27 000
	Maladie cardiovasculaire	-/300	5 600 /14 000	7 500/52 000	13 100/67 000
	Maladie respiratoire	-/100	1 500/2 700	5 700/14 000	7 200 / 17 000
	Tuberculose	-/4	20/100	40/200	60/300
	Total	-/8000	28 000/86 000	31 000/181 000	59 000/276 000
	(fraction attribuable)		(33%)	(17%)	(21%)
Femmes					
	Cancer	-/600	4 100/21 000	3 800/42 000	7 9000/63 000
	(fraction attribuable)		(20%)	(9%)	(13%)
	Poumon	-/16	3 100/4 200	2 200/4 000	5 300/8 200
	Bouche, pharynx, œsophage, larynx	-/9	500/800	400/1 100	900/1 900
	Autres	-/100	600/4 100	1 100/12 000	1 700/16 000
	Maladie cardiovasculaire	-/200	1 300/4 800	5 700/71 000	7 000/76 000
	Maladie respiratoire	-/100	500/1 000	3 500/14 000	4 000/15 000
	Tuberculose	-/3	4/20	20/300	24/320
	Total	-/4000	6 000/41 000	13 000/220 000	19 000/265 000
	(fraction attribuable)		(15%)	(6%)	(7%)
Deux sexes					
	Cancer	-/1200	25 000/57 000	22 000/94 000	47 000/152 000
	(fraction attribuable)		(44%)	(23%)	(31%)
	Poumon	-/44	16 000/18 000	12 000/15 000	28 000/34 000
	Bouche, pharynx, œsophage, larynx	-/18	4 800/6 100	2 600/4 400	7 400/10 000
	Autres	-/300	4 700/14 000	6 500/30 000	11 000/44 000
	Maladie cardiovasculaire	-/500	6 900/19 000	13 000/124 000	20 000/143 000
	Maladie respiratoire	-/200	2 000/3 800	9 200/28 000	11 000/132 000
	Tuberculose	-/4	20/100	60/500	80/600
	Total	-/12000	34 000/127 000	44 000/401 000	78 000/541 000
	(fraction attribuable)		(27%)	(11%)	(14%)

Figure III.2. Décès attribués au tabac par cause/total des décès, année 2010

Morbidité du tabagisme

Les fractions attribuables calculées pour la mortalité sont également utilisées pour déterminer le nombre de malades pour les différentes pathologies pour lesquelles le tabac est un facteur de risque. Les données de prévalence pour les maladies considérées proviennent du site de l'Assurance maladie dans la partie consacrée à la prévalence des ALD en 2012 (Tableau III.3.). Lorsqu'une pathologie liée au tabac ne coïncide pas avec une ALD recensée, on tente d'obtenir des sources sur sa prévalence à partir de la littérature.

Pathologies	Fraction attribuable	Nombre de décès attribuables au tabac	Nombre de malades attribuables au tabac
Cancers du poumon	85 %	28 108	70374
Autres cancers	34 %	18 587	86 120
Cancers œsophage, bouche, pharynx, larynx	73 %	7 402	25 436
Cancers de l'estomac	28 %	972	6 309
Cancer du foie	33 %	2 552	4 087
Cancer du pancréas	28 %	2 571	4 660
Cancer de l'utérus	11 %	90	7 119
Cancer de la vessie	24 %	2 741	21 132
Leucémie	34 %	890	16 845
Cancer du rein	1 %	1 369	532
Maladies cardiovasculaires	15 %	20 066	378 108
Cardiopathie ischémiques et autres cardiopathies	10 %	16 052	69 554
AVC	18 %	2 353	60 635

Tableau III.3. Nombre de décès et de malades attribuables au tabagisme actif en 2010.

Mortalité et morbidité du tabagisme passif

La fumée de tabac est une source importante de pollution de l'air dans les espaces clos. Parmi les 4 000 composants chimiques de cette fumée, plus de 250 sont nocifs et une cinquantaine sont cancérigènes. La nocivité de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement a été étudiée dans des milliers d'enquêtes dont les résultats ont été résumés dans de très nombreux rapports. Les principaux effets sont, chez l'adulte, une augmentation d'environ 25 % des risques de cardiopathie ischémique et de cancer du poumon. Chez les enfants, l'exposition à la fumée de tabac augmente le risque de mort subite du nourrisson, d'infections respiratoires, d'otites et d'asthme. L'Institut National du Cancer (INCa) indiquait en 2007 que le tabagisme passif étaitt responsable de cancers du poumon et de nombreuses autres maladies avec un certain nombre de maladies non-néoplasiques, telles que les maladies coronariennes, les symptômes respiratoires chroniques, et la mort subite du nourrisson. Le rapport du groupe de travail Direction Générale de la Santé sur le tabagisme passif, paru en 2001 (Dautzenberg et Ministère

de l'emploi et de la solidarité, 2001), s'appuie sur le rapport de l'Académie de Médecine de 1997 qui évoquait un nombre de décès en lien avec le tabagisme passif compris entre 2 500 et 3 000, tout en soulignant qu'il n'existait pas de source fiable d'estimation en France. Selon le groupe de travail de la DGS, le nombre de décès dus au tabagisme passif en France serait de 152 par cancers du poumon, 510 par infarctus, 392 par accidents cérébraux, 60 par bronchites chroniques, soit un total de 1 114 décès [44]. (Tableau III.4.)

Il est possible que les mesures d'interdiction de fumer dans les lieux publics aient réduit l'impact du tabagisme passif. Les seuls effets perceptibles à court terme sont ceux concernant les maladies cardiovasculaires. Il n'existe pas d'études bien documentées sur les bénéfices des mesures prises en 2006. Il faut s'inspirer de l'étude de Thomas [45] pour émettre l'hypothèse que le nombre d'AVC et d'infarctus a diminué de 20 % sous l'effet des lois de santé publique. Ceci permet donc de corriger les données précédentes de ce coefficient. On calcule ensuite le nombre de personnes malades de l'une des maladies engendrées par le tabagisme passif. Pour ce faire, le ratio entre le nombre de personnes malades du tabagisme actif (par pathologie) et le nombre de décès par tabagisme actif, sera calculé puis appliqué au nombre de décès par tabagisme passif, afin de calculer le nombre de malades.

Pathologie	Nombre de décès	Nombre de malades
Cancer du poumon	152	381
Infarctus	408*	1 768
AVC	314*	8 081
Maladies respiratoires	60	725
Total	934	10 955

Tableau III.4. Nombre de décès et de malades attribuables au tabagisme passif en 2001.[11]

On consolide ensuite les deux tableaux précédents afin de présenter les données relatives au tabagisme actif et passif. (Tableau III.5.)

Pathologies	Fraction attribuable	Nombre de décès attribuables au tabac	Nombre de malades attribuables au tabac
Cancer du poumon	85 %	28 260	70 754
Autres cancers	34 %	18 587	86 120
Maladies cardio-vasculaires	15 %	20 788	387 956
Maladies respiratoires	34 %	11 331	138 566
Total	-	78 966	683 396

Tableau III.5. Nombre de décès et de malades attribuables au tabagisme passif et actif en 2010.

* Après la diminution de 20 % annoncée supra.

Afin de donner une vision claire de la situation sanitaire engendrée par le tabac, une information supplémentaire décrivant le nombre d'années de survie du patient après le diagnostic de la maladie est ajoutée.

Toute consommation de tabac engendre un risque [46] et, en 2010, 28,7 % de la population, soit 14,3 millions de personnes, fumaient. Les données relatives au temps de survie après le diagnostic d'un cancer proviennent de l'INCa. Ici, les calculs ont été effectué en partant du postulat que l'espérance de vie était en moyenne de 80 ans, ceci permet alors d'estimer que pour :

- un cancer du poumon, le patient vivra 1 an sous traitement et perdra 11 années de vie
- les autres cancers, le patient vivra 10 ans sous traitement et perdra 8 années de vie
- les maladies cardiovasculaires, le patient vivra 9 ans sous traitement et perdra 11 années de vie
- les maladies respiratoires, le patient vivra 13 ans sous traitement et perdra 1 année de vie

Rapportés au nombre total de maladie, ces chiffres mènent à une perte globale de 664 125 années de vie. (Tableau III.6.)

Pathologies	Cancers du poumon	Autres cancers	Maladies cardiovasculaires	Maladies respiratoires	Total
Tabac (actif et passif)					
Âge au décès	69	72	69	79	71
Durée de vie en traitement	1,5	10	9	13	8
Nombre d'années de vies perdues	11	8	11	1	9
Nombre de malades	70 754	86 120	387 956	138 566	683 396
Nombre de décès	28 260	18 587	20 788	11 331	78 966
Années de vies perdues	310 860	148 696	193 238**	11 331	664 125

Tableau III.6. Synthèse des données d'impact sanitaire du tabac en 2010 ***Le tabagisme actif entraîne des décès par infarctus, AVC et hypertension. Le tabagisme passif, tel que les données en décrivent les conséquences, n'entraîne des décès que par infarctus et AVC. C'est pourquoi le nombre d'années de vies perdues du fait des maladies cardiovasculaires n'est pas le produit de 20 788 par 9 mais le produit de chacune des causes de décès par le nombre respectif d'années de vies perdues.*

b. Finances publiques

Il s'agit à présent de mesurer la valeur, pour la collectivité, des vies humaines perdues, puis de la dégradation temporaire de l'état de santé des individus durant le traitement et éventuellement après ce dernier. La perte d'une vie humaine constitue un manque non mesurable pour ses proches. Elle constitue également une perte pour la collectivité. Il s'agit d'un problème éminemment pragmatique soulevé, notamment, à l'occasion de l'indemnisation des victimes des catastrophes par les compagnies d'assurance ou parfois par l'État. Les vies humaines

perdues sont évaluées selon les recommandations du rapport Quinet de 2013, dans lequel une année de vie humaine sauvée a été estimée à 115 000 euros et une vie humaine complète a été évaluée à 3 millions d'euros. Dans la mesure où les âges de décès par conséquence de l'usage des drogues sont connus, il est possible d'utiliser la valeur annuelle de la vie humaine. L'âge moyen du décès est de 79 ans pour les hommes et 85 ans pour les femmes.[47] Les calculs de la valeur des vies humaines perdues sont effectués avec un âge moyen du décès de 80 ans. Il convient donc de recenser les âges auxquels interviennent les décès pour l'ensemble des pathologies afférant au tabac. À partir des âges moyens au décès par groupe de pathologies, le nombre d'années de vies perdues en moyenne pour chaque groupe est déduit. Le montant ainsi calculé représente l'équivalent monétaire pour un individu des années de vies perdues. Le produit de cette valeur par le nombre de décès donne les coûts totaux (Tableau III.7.) Les données de la colonne « Années de vies perdues » sont fournies à titre indicatif mais ne sont pas utilisées pour déterminer les valeurs de la troisième colonne.

Pathologies	Décès	Années de vies perdues	Coût (M€)
Alcool			
Cancers	15 200	213 918	18 447
dont : Cancer digestif	12 220	158 860	14 033
Cancer du larynx	781	13 277	1 093
Cancer du sein	2 199	41 781	3 321
Maladies cardiovasculaires	9 947	129 311	11 423
Hypertension	2 286	25 146	2 303
Maladies digestives	7 775	163 275	12 544
Autres	4 076	105 976	7 492
Causes externes	8 154	138 618	11 408
Inconnues	1 613	33 873	2 602
Total alcool	49 051	810 117	66 218
Tabac			
Cancer du poumon	28 260	310 860	28 471
Autres cancers	18 587	148 696	14 391
Maladies cardiovasculaires	20 788	193 238	20 943
Maladies respiratoires	11 331	33 264	1 253
Total tabac	78 966	686 418	65 057
Drogues illégales			
Surdoses	300	13 800	721
VIH	-	-	0
Sida	75	1 875	135
Accidents	230	12 650	585
VHC	-	-	-
Complications chroniques	1 000	15 000	1 279
Total drogues illégales	1 605	43 325	2 719

Tableau III.7. Coût des années de vies perdues en 2010

Le coût des années de vies perdues du fait des pathologies engendrées par le tabac est de près de 65 milliards d'euros et la valeur moyenne de la vie perdue par décès de 0,8 millions d'euros à un âge moyen de 71 ans.

Il apparaît que, bien que le nombre de décès engendrés par le tabac soit supérieur à celui attribuable à l'alcool (49 051), l'alcool a un coût supérieur (66 milliards contre 65 milliards). Cela s'explique par le fait que l'âge moyen du décès des conséquences de l'alcool est de 63 ans, contre 71 ans pour le tabac. Chaque décès engendré par l'alcool a un coût de 1,35 millions d'euros et 0,8 millions d'euros par le tabac. Le coût en vies humaines des drogues illégales est bien plus faible, avec 2 719 millions, ce qui s'explique par le faible nombre de gens qui en consomment, en comparaison avec le tabac et l'alcool. Mais, parce que les décès surviennent en moyenne chez des personnes beaucoup plus jeunes (33 ans pour les surdoses, 25 ans pour les accidents, 53 ans en moyenne), le coût par vie humaine perdue est de 1,7 million d'euros, somme plus élevée que pour l'alcool et le tabac.

Le coût des années en mauvaise santé

La qualité de la vie durant le traitement d'une pathologie ou durant la période de rémission, notamment dans le cas des cancers, n'est pas identique à la qualité qui prévalait avant l'apparition de la pathologie. Plusieurs approches permettent de prendre en compte ce coût intangible affectant directement les victimes des drogues. La théorie économique de Drummond *et al.*[48] a tenté de rendre compte de cette perte de bien-être au travers des concepts de QALY (Quality-Adjusted Life-Years) et de DALY (DisabilityAdjusted Life-Years). La QALY est une période de temps dont l'utilité est égale à celle d'une année en parfaite santé. En pratique, cette démarche revient à attribuer à un an de santé « parfaite » la valeur 1.

Pour toute situation de santé plus mauvaise que la santé parfaite, il faut trouver une valeur ou un poids inférieur de telle sorte que cette valeur indique l'utilité relative de cet état de santé en comparaison avec la santé parfaite. Le DALY (Disability adjusted life year) est une mesure appropriée afin de mesurer le coût des maladies ou des blessures. Ce calcul inclut la somme des années de vies perdues en raison de la maladie, combinée aux années de vie d'incapacité dues à cette même maladie.

La pertinence de ces différentes mesures continue de susciter des débats complexes. Par ailleurs, il n'existe pas, à ce jour, un rapport ou une méta-analyse qui dresse une table exhaustive

des pertes de bien-être associées aux périodes de soins et de rémission pour chaque type de maladie. Dans le rapport de l'INCa de 2007 [49], les auteurs évoquent cette question mais ne proposent pas de chiffrage. Faute de pouvoir utiliser l'une ou l'autre des deux méthodes, on procédera de manière assez simplifiée en utilisant les données de l'OMS.[50]

L'OMS propose des estimations de la perte de qualité de vie par pathologies. Il est avancé que les individus atteints d'un cancer subissent une perte de qualité de vie de 75 %, ceux qui souffrent des conséquences d'un infarctus du myocarde une perte de 32 %, ceux qui ont été victimes d'un accident cardio-vasculaire, une perte de 27 %, ceux qui sont atteints d'une BPCO d'une perte de qualité de vie de 30 % [51] . Ces pertes sont de 13 % pour une maladie digestive, de 13 % pour le VIH ou le VHC, de 50 % pour le sida, et de 25 % pour l'hypertension. Les décès accidentels n'engendrent pas de pertes de qualité de vie car on considère ces décès comme n'étant pas précédés d'une phase de maladie.

Dans le cas des suicides, même s'il est licite de considérer que ces actes peuvent être précédés d'une pathologie mentale, il n'existe pas de données sur la population concernée, ni sur l'échelonnement dans le temps des taux de survie. Enfin, la perte de qualité de vie des personnes qui sont dépendantes au tabac, sans souffrir d'une autre pathologie que celle de la dépendance, ne sera pas prise en compte, faute de données. Des données de prévalence utilisées, indiquent le nombre de personnes malades durant une année donnée. Pour calculer le coût externe de la perte de qualité de vie, il faut multiplier ce nombre par la valeur d'une année de vie en bonne santé (115 000 euros) et enfin, multiplier par le coefficient de perte de qualité de vie. (Tableau III.8.)

Pathologies	Nombre de malades	Coefficient de mal-être	Perte de qualité de vie (M€)
Alcool			
Cancer	143 080	75 %	12 340
dont : Cancer digestif	34 646	75 %	2 988
Cancer du larynx	12 458	75 %	1 074
Cancer du sein	95 976	75 %	8 278
Maladies cardiovasculaires	288 915	30 %	9 968
Hypertension	311 632	25 %	8 959
Maladies digestives	55 230	13 %	826
Total autres maladies	607 537		6 668
dont : comorbidité somatiques et diabète	396 506*	15 %	6 668
autres	221 131**		
Externes	10 230	30 %	353
Inconnues	1 613	30 %	56
Total alcool	1 418 237	-	39 167
Tabac			
Cancer du poumon	70 754	75 %	6 103
Autres cancers	86 120	75 %	7 428
Maladies cardiovasculaires	387 956	30 %	13 384
Maladies respiratoires	138 566	30 %	4781
Total tabac	683 396	-	31 695
Drogues illégales			
Surdoses	0	0	0
VIH	13 600	13 %	203
Sida	6 300	50 %	362
Accidents	2 300	30 %	79
VHC	92 000	13 %	1 375
Complications chroniques	7 360	75 %	635
Total drogues illégales	121 560	-	2 655

Tableau III.8. Coût des années en mauvaise santé en 2010.

Les calculs sont effectués en multipliant le nombre de malades imputable au tabac par le coefficient de « mal-être » amputant la valeur de l'année de vie en bonne santé et par la valeur d'une vie en bonne santé. Le coût total de la perte de qualité de vie engendrée par les 683 396 malades du tabac est estimé à près de 32 milliards d'euros.

Coût des pertes de production [45]

Lorsque les consommateurs de tabac sont malades des suites de leur tabagisme, les entreprises qui les emploient souffrent de pertes de production. Le calcul est mené à partir des valeurs des pertes de production engendrées par pathologies publiés par l'INCa, obtenues avec un taux d'actualisation de 5 %. Ces pertes calculées sur la base du flux de revenu actualisé couvrent la production jusqu'à l'âge de la retraite et après.

Les pertes de production totales dues à la mortalité et à la morbidité par cancer sont obtenues en multipliant la valeur de la production potentielle d'un individu à un âge donné, par le nombre de personnes décédant d'un cancer dans la tranche d'âge correspondante. Ce calcul est fait pour chaque tranche d'âge et les résultats sont ensuite additionnés. Il peut sembler paradoxal d'enregistrer des pertes de production pour des décès engendrés par des pathologies mortelles après l'âge observé de la retraite en France (60 ans). Mais le fait que le cancer du poumon, par exemple, provoque un décès en moyenne à 69 ans suggère que certains décès ont lieu avant cet âge. Dans le cas du cancer du poumon, 2 407 décès ont lieu avant 60 ans et 3 745 après. Il est donc logique de prendre en compte une perte de production même si le décès survient, en moyenne, tard dans la vie.

De plus, les données de l'INCa comptabilisent les parts de pertes de production durant l'activité (jusqu'à 65 ans) mais également la production non rémunérée (après 65 ans). La perte de production associée aux décès engendrés par les cancers digestifs est de 99 875 euros par décès. Les données de l'INCa ne couvrent que les pertes de production engendrées par les cancers. Il est donc nécessaire de poser des hypothèses pour les autres pathologies.

On considérera que les pertes de production calculée par l'INCa sont proportionnelles à l'âge du décès engendré par la pathologie. La perte de production pour un an de vie perdue en moyenne pour les cancers est de 12 349 euros. On considère ce chiffre comme représentatif de la perte de production annuelle par décès quelle que soit la pathologie. La perte de production liée aux autres pathologies engendrées par le tabac est égale à 12 349 euros multipliés par le nombre de décès et par le nombre d'années de vies perdues pour chaque pathologie. Selon l'INCa, la perte de production associée aux décès engendrés par les cancers du poumon est de 3,7 milliards d'euros pour 27 377 décès et prive chaque personne de 11 ans de vie, soit une perte de 12 349 euros par an et par personne. Les pertes de production sont alors obtenues en multipliant 12 349 euros par le nombre d'années de vies perdues et par le nombre de personnes décédées par la pathologie. (Tableau III.9.)

Pathologies	Nombre de décès	Âge au décès	Pertes de production (M€)
Alcool			
Cancers	15 200	62	1 679
dont : Cancers digestifs	12 220	67	1 220
Cancer du larynx	781	63	106
Cancer du sein	2 199	63	325
Maladies cardiovasculaires	9 947	67	1 597
Hypertension	2 286	69	311
Maladies de l'appareil digestif	7 775	59	2 016
Autres maladies	4 076	54	1 309
Causes externes	8 154	63	1 712
Causes inconnues	1 613	59	418
Total alcool	49 051	-	9 014
Tabac			
Cancers du poumon	28 260	69	3 839
Autres cancers	18 587	72	1 836
Maladies cardiovasculaires	20 788	69	2 824
Maladies respiratoires	11 331	79	140
Total tabac	78 966	-	8 639
Drogues illégales			
Surdose	300	34	170
VIH	0	*	0
Sida	75	55	23
Accidents de la route	230	25	156
VHC	-	-	-
Complications chroniques	1 000	65	185
Total drogues illégales	1 605		534

Tableau III.9. Pertes de production des entreprises engendrées après les décès en 2010

Le coût des pertes de production engendrées par le tabac est 8,6 milliards d'euros.

Coût des soins non remboursés

Les soins des pathologies engendrées par le tabac se divise entre les soins remboursés par le système de sécurité sociale et les soins non remboursés. Les soins non remboursés constituent des coûts privés et ne sont pas comptabilisés dans le coût externe dont le montant a été calculé dans les paragraphes précédents. Les coûts remboursés par les régimes obligatoires affectent les finances publiques et sont calculés dans les paragraphes qui suivent.

Des personnes ayant des pathologies en lien avec le tabac sont soignées et décèdent ou non du fait de la pathologie. L'ensemble de ces soins a un coût qu'il convient de chiffrer. La source indiquant les coûts du soin des pathologies est donnée par les dépenses annuelles moyennes de l'Assurance maladie par personne en ALD selon la pathologie, en 2010.

Comme le souligne le rapport de la Cour des comptes [52], les mesures précises du coût de prise en charge sanitaire supposent d'identifier les pathologies liées au tabac, d'évaluer la part qui lui est attribuable et d'en calculer le coût pour l'Assurance maladie. « *Les études à cet égard restent relativement rudimentaires, faute qu'ait été mis en place un dispositif spécifique d'analyse* » souligne, à juste titre, le rapport. Pour avancer un chiffre plausible, il convient de prendre en compte les connaissances épidémiologiques sur le risque lié au tabagisme. L'OMS a identifié une quarantaine de situations de maladies chroniques en distinguant la phase aiguë de traitement, les facteurs de risque, et les épisodes isolés d'hospitalisation.

A partir des estimations de l'OMS, la CNAM a estimé, de la manière la mieux assurée, selon la Cour des comptes, la part attribuable au tabac des dépenses de soins remboursées en 2010 par le régime général au titre de certaines ALD : cancers, maladies cardiovasculaires et respiratoires, soit la somme de 5,6 milliards d'euros en 2010. La CNAM insiste sur le fait que « *le résultat fourni reste encore une borne basse : en effet, d'une part certains coûts n'ont pu être intégrés faute de disponibilité des informations à un niveau de finesse suffisant ; d'autre part, n'ont été retenues que les pathologies pour lesquelles la fraction attribuable au tabac fait l'objet d'une évidence scientifique solidement établie* ». Son estimation ne concerne, au demeurant, que la part des dépenses qui la concernent et prises en charge par les différents régimes de l'Assurance maladie ; or ces pathologies sont également à l'origine de dépenses dites « privées », supportées par les organismes d'Assurance maladie complémentaire et de restes à charge pour les patients notamment pendant la phase précédant le diagnostic et l'entrée en ALD. Ces dépenses n'entrent pas dans le présent calcul. La principale difficulté dans l'évaluation du coût des soins des conséquences du tabac réside dans la prise en compte des coûts des pathologies très répandues comme l'asthme, dont le coût unitaire semble anodin, mais s'avère important lorsqu'on le multiplie par le nombre de patients.

Devant l'absence d'études épidémiologiques précises, la CNAM est sans doute l'organisme le mieux placé pour avancer une évaluation crédible. Pour ce faire, elle a retenu une approche plus large que la précédente, prenant en compte les connaissances épidémiologiques sur le risque additionnel lié au tabagisme émanant notamment de l'OMS, et identifiant une quarantaine de situations (maladies chroniques, en distinguant éventuellement la phase aiguë de traitement, les facteurs de risques, les épisodes isolés d'hospitalisation…).

Cette approche permet d'aller au-delà de cette première analyse et d'estimer le nombre de patients atteints des pathologies autres que les ALD (BPCO, amputations, pathologies ORL saisonnières, notamment). Une analyse sur cette base, produite par la CNAM et reprise par la Cour des comptes pour l'année 2010 fait apparaître un coût de près de 12 milliards d'euros, dû pour moitié aux pathologies respiratoires, pour un peu moins d'un tiers aux cancers, et pour un cinquième aux pathologies cardiovasculaires.

Le coût des soins estimé à 12 milliards d'euros par la CNAM pour 2010 est inférieur à celui qui a été estimé en 2006 pour l'année 2000 par Kopp et Fenoglio [53], qui était compris entre 15,5 et 18,3 milliards d'euros. Ce chiffre semble sous-estimé. En conséquence, le chiffre moyen calculé de manière très détaillée a été retenu comme base de calcul. Afin de rendre compte de l'augmentation du nombre de personnes soignées pour des pathologies engendrées par le tabac, il a été posé que le nombre de personnes en soin avait augmenté au même rythme que le nombre de décès. Un second correctif est apporté afin de prendre en compte l'inflation qui s'est élevée à 18,9 % entre 2000 et 2010. La méthodologie adoptée par la CNAM couvre un périmètre de dépenses moins large que celui de ce rapport, car elle ne prend en compte qu'un nombre limité de pathologies engendrées par le tabac et n'inclut pas dans son calcul les personnes présentant une pathologie engendrée par le tabac et diagnostiquée lors de leur séjour à l'hôpital.

Comme pour l'alcool, certains fumeurs sont pris en charge directement pour leur addiction au tabac. Il convient de prendre en compte le versement aux CSAPA ambulatoires, dont 20 % est affecté au tabac, soit 54 millions d'euros. Cette somme sous-estime sans doute la part du tabac car les personnes prises en charge pour leur dépendance à l'alcool ou aux drogues illicites sont en général également des fumeurs. Par ailleurs, on ne dispose pas de données relatives aux sevrages tabagiques effectués en médecine de ville ou dans les consultations de tabacologie. Lorsque ces dernières sont remboursées, elles constituent des dépenses « non privées » qui entrent dans le champ du coût social à la différence des dépenses en médecines alternatives, estimées comme privées.

Pathologies (1)	Nombres de malades	Coût moyen des soins (€)	Dépenses totales, tabagisme passif inclus (M€) (5)
Cancers	156 874	13 243	2077
Maladies cardiovasculaires	387 956	38 224	14829
Maladies respiratoires	138566	64 375	8 920
Dotation CSAPA	-	-	54
Dotation ELSA	-	-	7
Total	683 397	3 788	25 887

Tableau III.10. Coût annuel des soins des pathologies engendrées par le tabagisme actif et passif en 2010

Les dépenses de santé remboursées correspondant aux pathologies engendrées par le tabagisme actif et passif sont donc évaluées à près de 26 milliards d'euros, dont 8% sont dues aux cancers, 57% aux pathologies cardiovasculaires et 34% aux pathologies respiratoires.

Les retraites non payées

Les décès engendrés par le tabac interviennent en moyenne à 72 ans et engendrent près de 1,8 milliards d'euros d'économie correspondant aux retraites non versées aux personnes décédées prématurément d'une pathologie du tabac. (Tableau III.11)

Pathologies	Nombre de décès	Âge moyen au décès	Dépenses évitées aux finances publiques (M€)
Cancers du poumon	28 260	69	784
Autres cancers	18 587	72	396
Maladies cardiovasculaires	20 788	69	576
Maladies respiratoires et tuberculose	11 331	79	34
Total	78 966	72	1 791

Tableau III.11. Retraites non payées du fait des décès engendrés par le tabac en 2010

Les dépenses publiques de prévention et de répression

La mesure des dépenses publiques engendrées par l'existence du tabac est complexe. Toute la difficulté de l'exercice consiste à recenser d'une part, les dépenses directement labellisées « tabac », et d'autre part, les dépenses non labellisées « tabac », mais qui surviennent en raison de la consommation de tabac.

En 2004, Kopp et Fenoglio [54] s'étaient livré à l'exercice assez laborieux et forcément imparfait de recenser les dépenses publiques. La méthode qui présidait au calcul était d'utiliser des clefs de répartition significatives. Depuis 2004, la tâche est considérablement simplifiée avec l'apparition des documents dits de « politique transversale » qui retracent et chiffrent l'action publique par champs. Depuis 2001, la Loi Organique relative aux Lois de Finance instaure des Projets Annuels de Performance (PAP), qui récapitulent les actions des différentes administrations pour l'année à venir. L'évaluation des objectifs se fait l'année suivante, dans les Rapports Annuels de Performance (RAP). La mission devient un objectif de politique publique à atteindre, que l'on décline en « programmes » (eux-mêmes subdivisés à titre indicatif en « actions »). Depuis 2005, sont institués dix-huit « Documents de Politique Transversale » (DPT) relatifs aux différentes politiques publiques dont celui de la politique de lutte contre les drogues et les toxicomanies.

Il suffit de reprendre les données de ces documents pour obtenir une évaluation de la dépense publique dans le domaine des drogues et autres addictions. L'OFDT a repris à son compte le chiffre des dépenses publiques avancé par le DPT 2013 en spécifiant le champ couvert par ce dernier. En effet, il spécifie que les chiffres retenus pour l'analyse correspondent aux crédits consommés. Deux catégories de dépenses ont été distinguées : celles qui ont financé les administrations participant à la mise en œuvre de la politique relative aux drogues et qui relèvent du budget de l'État et une partie des dépenses de l'Assurance maladie pour la prise en charge des conduites addictives. Les dépenses liées aux traitements des maladies qui sont la conséquence des consommations de drogues ne sont pas intégrées à l'analyse. Les dépenses engagées par les administrations sont tirées du DPT sur les drogues et toxicomanies, piloté par la MILDT, qui retrace depuis 2008 l'effort financier consacré par l'Etat à l'action contre le tabac mais aussi l'alcool et les substances illicites. Les montants sont regroupés dans une trentaine de programmes impliquant une multitude de ministères différents. Les dépenses inscrites dans ces différents programmes sont affectées aux cinq champs de la politique publique dans le domaine des drogues :

- la prévention des consommations
- l'application de la loi et la lutte contre le trafic
- l'intensification de la prise en charge sanitaire
- la diversification de la prise en charge sanitaire
- la promotion de la recherche

A partir de cette table de correspondance, les montants de crédits peuvent être affectées aux domaines habituels : prévention (universelle, sélective et indiquée), prise en charge sanitaire, application de la loi et lutte contre les dérives de consommation, auxquels se rajoute celui de l'action transversale (coordination, recherche, formation, observation).

À périmètre identique, c'est-à-dire sans prendre en compte les dépenses remboursées de l'Assurance maladie, Kopp et Fenoglio estimaient la dépense publique à 1,327 milliard d'euros pour 2010, une fois l'estimation de 1995 corrigée de l'inflation. L'étude « bottom-up » menée en 2004 par les deux chercheurs et la compilation des données publiques par l'administration convergent donc vers une même évaluation de la dépense publique « drogues » qui serait proche de 1,4 milliard d'euros. En comptabilisant les dépenses de l'Assurance maladie pour la mise en œuvre de la politique de lutte contre les drogues et la prévention des conduites addictives peut

être estimée à 1,5 milliards d'euros en 2010 contre 1,47 milliards d'euros en 2009 et 1,29 milliards d'euros en 2008.

Une certaine insatisfaction persiste toutefois. Premièrement, le DPT ne donne pas d'indications sur la méthodologie de recueil des données. Nous ignorons, mission par mission, quels sont exactement les champs couverts. Dans la mesure où les différents DPT décrivant différentes politiques publiques ne sont pas consolidés, l'administration peut affecter une même dépense à plusieurs missions.

Deuxièmement, la mesure des dépenses publiques produites par l'OFDT et le DPT ne sont pas classées par champs puisque la « politique de lutte contre les drogues et les toxicomanies » constitue un champ unique, quel que soit le produit considéré. À noter que désormais le DPT est organisé selon les mêmes thématiques que le plan gouvernemental :

- prévenir et réduire les risques
- accompagner et prendre en charge

Les efforts budgétaires faits en direction de chacune des trois grandes familles de produits, alcool, tabac, drogues illégales, ne sont donc plus directement accessibles. La politique publique perd en lisibilité et en transparence. En effet, le coût social engendré par chaque famille de produits est clairement identifié. Le nombre de morts engendrés par l'alcool, le tabac et les drogues illégales est connu de façon précise, mais l'administration ne distingue plus les efforts qu'elle fait en direction de tel produit ou de tel autre.

Troisièmement, les DPT agrègent les dépenses par mission mais ces dernières ne renvoient pas clairement aux grandes fonctions retenues par la littérature internationale sur les drogues : prévention, répression, soins. Les deux dernières difficultés se conjuguent, les DPT ne présentent donc les dépenses publiques ni par produits, ni par fonction. Afin de donner de la lisibilité à l'action publique et poursuivre le calcul du coût social par famille de produits (alcool, tabac, drogues illégales, addiction sans substance) il est indispensable de retraiter la présentation des dépenses publiques.

En 2004, Kopp et Fenoglio disposaient d'une étude dédiée à l'analyse des dépenses publiques datant de 1998. Aucune étude analogue n'a été menée pour la période récente. (Tableau III.12.)

Intitulé du programme ou de l'action du DPT	Dépenses en euros
Action de la France en Europe et dans le monde	559 407
Administration territoriale	653 566
Solidarité à l'égard des pays en développement	6 310 000
Coordination du travail gouvernemental	19 973 000
Préparation et emploi des forces	15 616 000
Politique de la ville	558 986
Enseignement scolaire public de premier degré	4 312 744
Enseignement scolaire public de second degré	113 252 701
Vie de l'élève	147 348 411
Enseignement technique agricole	10 314 160
Facilitation et sécurisation des échanges	239 000 000
Justice judicaire	109 564 423
Administration pénitentiaire	935 542
Protection judiciaire de la jeunesse	1 737 437
Recherche scientifique et technologique pluridisciplinaires	18 560 487
Enseignement supérieur et recherche agricoles	250 000
Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	232 505 471
Inclusion sociale, protection des personnes et économie sociale et solidaire	7 050 000
Sport	8 000 000
Jeunesse et vie associative	184 650
Police nationale	236 290 851
Gendarmerie nationale	199 211 266
Sécurité et éducation routière	5 470 000
Total	1 377 659 102

Tableau III.12. Dépenses publiques du DPT (2013)[12]

Dans le tableau suivant, les crédits mentionnés dans le tableau ci-dessus, ont été réaffectés par produit, en se fiant aux notices descriptives des actions du DPT. (Tableau III.13.)

Il s'avère que les dépenses totales de prévention, recherche et répression se répartissent en 283 millions d'euros pour l'alcool (21 %), 182 millions d'euros pour le tabac (13 %) et 913 millions d'euros pour les drogues illégales (66 %). En 2004, les dépenses se partageaient à 16 % pour l'alcool, 5 % pour le tabac, 79 % pour les drogues illégales. Sans qu'il soit possible d'avancer que les présents calculs sont parfaitement exacts, ils présentent deux indices de cohérence. Premièrement, le montant total des dépenses publiques, à périmètre identique, est comparable entre 2004 et 2010 (1,377 milliard d'euros en 2010 en suivant les données du DPT contre 1,327 en actualisant les chiffres de l'étude de Kopp et Fenoglio). Deuxièmement, depuis 2004, l'alcool et le tabac ont vu leurs parts augmenter dans les dépenses publiques ce qui explique que ces deux drogues déclenchent 21 % et 13 % des dépenses publiques contre 16 % et 5 % en 2004. Cette montée en puissance, à ressources publiques presque constantes, se traduit par une baisse de la part des drogues illégales dans les dépenses publiques qui passe de 79 % à 66 %.

[12] Source : Ministère du budget (Premier ministre, 2013)

	Intitulé du programme ou de l'action du DPT	Alcool (M€)	Tabac (M€)	Drogues illégales (M€)
1	Actions de la France en Europe et dans le monde			559
2	Administration territoriale			653
3	Solidarité à l'égard des pays en développement			6 310
4	Coordination du travail gouvernemental	6 657	6 657	6 657
5	Préparation et emploi des forces			15 616
6	Politique de la ville			558 986
7	Enseignement scolaire public de premier degré	1 437	1 437	1437
8	Enseignement scolaire public de second degré	37 750	37 750	37750
9	Vie de l'élève	49 116	49 116	49 116
10	Enseignement technique agricole	3438	3438	3438
11	Facilitation et sécurisation des échanges		47 800	191 200
12	Justice judicaire			109 564
13	Administration pénitentiaire			935
14	Protection judiciaire de la jeunesse			1 737
15	Recherche scientifique et technologique pluridisciplinaire	6 186	6 186	6 186
16	Enseignement supérieur et recherche agricoles	83	83	83
17	Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	77 501	77 501	77 501
18	Inclusion sociale, protection des personnes et économie sociale et solidaire	3 525		3 525
19	Sport			8 000
20	Jeunesse et vie associative	61	61	61
21	Police nationale	23		212 661
22	Gendarmerie nationale	19 921		179 290
23	Sécurité et éducation routière	5 470		
24	Total	283	182	913
25	% du total	21 %	13 %	66 %

Tableau III.13. Affectation des dépenses publiques du DPT (2013)

Recettes fiscales

Un rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale[55] donne des précisions sur les recettes hors TVA engendrées par l'alcool et le tabac en 2010. On prendra également en compte les aides publiques versées par l'État aux buralistes soit 121 millions d'euros en 2010. (Tableau III.14.)

Recettes fiscales	Alcool (M€)	Tabac (M€)	Drogues illégales (M€)
Droits tabac		10 518	
Taxes sur les boissons alcoolisées	3 204		
Aides publiques aux buralistes		-121	
Total	3 204	10 397	0

Tableau III.14. Recettes fiscales en 2010 [13]

[13] Source : (Sécurité sociale, 2011) et Revue des tabacs, janvier 2012, n°593, page 9.

Il convient de rappeler qu'il faudrait également prendre en compte les recettes fiscales collectées par l'État sur les bénéfices des entreprises produisant ou distribuant du tabac et de l'alcool. Cependant, l'étude n'a pas pu prendre en compte ces recettes en raison de difficultés d'accès aux données significatives.

	Alcool (M€)	Tabac (M€)	Drogues illégales (M€)
Coût des soins	-8 565	-25 887	-1 458
Économie de retraites	+1 726	+1 791	+24,6
Prévention et répression	-283	-182	-913
Taxation	+3 204	+10 397	0
Impact sur les finances publiques	-3 918	-13 881	-2 346

Note : les économies pour les finances publiques apparaissent précédées d'un signe moins ; les coûts sont enregistrés en positif.
Note : les calculs sont arrondis à l'unité.

Tableau III.15. Impact des drogues sur les finances publiques en 2010

Il apparaît que l'alcool et le tabac ont un effet négatif sur les finances publiques, dans la mesure où le coût des soins et des actions de prévention et répression est supérieur aux recettes fiscales.

c. Somme des deux composantes du coût social

En combinant les données relatives à chacun des deux paramètres permettant de calculer le coût social, on constate que celui du tabac et celui de l'alcool sont quasiment identiques. (Tableau III.16)

	Alcool	Tabac	Drogues illégales
Nombre de décès	49 051	78 966	1 605
Nombre de malades	1 418 237	683 396	121 560
Nombre de « consommateurs à problème »	3 800 000	13 400 000	300 000
1. Coût externe (2+3+4) (M€)	-114 399	-105 391	-5 909
2. Coût des vies perdues	-66 218	-65 057	-2 719
3. Coût de la perte de qualité de vie	-39 167	-31 695	-2 655
4. Pertes de production	- 9 014	- 8 639	-535
5. Coût pour les finances publiques (M€)(6+7+8+9)	-3 049	-13 881	-2 327
6. Coût des soins	-7 696	-25 887	-1 459
7. Économie de retraites	1 726	1 791	45
8. Prévention et répression	-283	-182	-913
9. Taxation	3 204	10 397	0
10. Effet sur le bien-être *(M€)	-3 658	-16 658	-2 792
11. Coût social (1+10) (M€)	-118 057	-122 049	-8 701
12. Finances publiques/PIB (%)	0,20 %	0,69 %	0,12 %
13. Coût social/consommateurs à problème (M€)	31 068	9 108	29 002

*Note : * la ligne 10 est égale au produit de la ligne 5 par 1,2, soit le coût marginal d'opportunité des fonds publics.*
Note : les calculs sont arrondis à l'unité.

Tableau III.16. Coût social des drogues en 2010 (en valeur)

Chacun avoisine les 120 milliards d'euros (118 pour l'alcool et 122 pour le tabac), suivi par les drogues illicites (8,7 milliards d'euros). Il est préférable de ne pas calculer un coût social total des drogues car les fractions attribuables qui déterminent la valeur des vies perdues (donc l'essentiel du coût social) ne prennent pas en compte les comorbidités. De plus, certaines personnes décédées du fait de l'alcool sont également des fumeurs, et inversement. Il en va de même avec les drogues illicites. Face à l'impossibilité de traiter les doubles comptes, le total arithmétique n'est pas affiché.

	Alcool	Tabac	Drogues illégales
1. Coût externe (2+3+4)	96,9 %	86,4 %	67,9 %
2. Coût des vies perdues	56,1 %	53,3 %	31,2 %
3. Coût de la perte de qualité de vie	33,2 %	26,0 %	30,5 %
4. Pertes de production	7,6 %	7,1 %	6,1 %
5. Coût pour les finances publiques (6+7+8+9)	2,6 %	11,4 %	26,7 %
6. Coût des soins	6,5 %	21,2 %	16,8 %
7. Économie de retraites	-1,5 %	-1,5 %	-0,5 %
8. Prévention et répression	0,2 %	0,1 %	10,5 %
9. Taxation	-2,7 %	-8,5 %	0 %
10. Effet sur le bien-être	3,1 %	13,6%	32,1 %
Total	100 %	100 %	100 %

Note : les calculs sont arrondis à l'unité

Tableau III.17. Coût social des drogues en 2010 (en pourcentages).

Le « coût externe » représente l'essentiel du « coût social » du tabac (86 %). Cela s'explique par le nombre très important de vies perdues (78 966) et le coût assez élevé d'une année de vie perdue (115 000 euros). Pour chacune des trois substances ou groupe de substances considérées, le montant du coût social peut être rapproché du nombre de consommateurs qui sont à l'origine de la plus grande partie de ces coûts. Par commodité de langage ces consommateurs seront nommés « consommateurs à problèmes ». (Tableau III.17)

Dans le cas du tabac, on retiendra le nombre de fumeurs quotidiens, soit 13,4 millions[56]. Par ailleurs, si le nombre de fumeurs quotidiens est une donnée assez précise, les indicateurs utilisés pour les drogues illicites s'accompagnent de marges d'incertitudes importantes et/ou d'une possible sous-estimation de la population à risque.

Le tabac, tout comme l'alcool engendre un coût social colossal tandis que les drogues illicites engendrent un faible « coût social », parce qu'elles sont moins consommées, mais elles ont un fort coût social par consommateur à problèmes (ligne 14, tableau 20).

Le premier poste du coût social est constitué par les pertes de vies humaines qui pèse 53,3% pour le tabac, soit un peu moins que pour l'alcool (56,1 %) et plus que pour les drogues illicites (31,2 %).

Vient en deuxième, la « perte de qualité de la vie » qui représente 26% du coût social pour le tabacsoit moins que pour l'alcool (33,2%) et les drogues illicites (30,5%).

Le « coût des soins » occupe la troisième position pour le tabac et les drogues illicites pesant respectivement pour 21,2 % et 16,8 % du coût social.

Les pertes de production se classent en quatrième place pour le tabac et les drogues illicites avec 7,1 % et 6,1 % du coût social.

Le « coût externe » de l'alcool est 10,5 points plus élevé que celui du tabac (96,9% Vs 86,4%) bien que le nombre des décès par le tabac soit plus important que celui engendré par l'alcool. La raison tient à l'âge moyen du décès prématuré qui est plus élevé pour le tabac (71ans) que pour l'alcool (63 ans) et le fait que de nombreux décès accidentels engendrés par l'alcool interviennent précocement.

On observe que le « coût des vies perdues » est 2 % moins élevé pour le tabac que pour l'alcool. En revanche, le « coût de la perte de qualité de la vie » est 23 % plus important pour l'alcool que pour le tabac. Les maladies engendrées par l'alcool sont très nombreuses, très invalidantes durant une longue période de vie ; elles sont donc socialement très coûteuses.

Contrairement au coût externe, le « coût des drogues pour les finances publiques » est constitué de dépenses qui doivent effectivement être décaissées par un acteur économique, en l'occurrence l'État. Chaque année, celui-ci doit payer respectivement pour l'alcool, le tabac et les drogues illicites : 3,0 milliards, 13,8 milliards et 2,3 milliards.

Le message majeur qui ressort de l'observation des flux de finances publiques est que le budget de l'État, quelle que soit la drogue considérée, est impacté négativement. Les dépenses du budget de l'État se sont élevées à 380 milliards d'euros en 2010. Les dépenses nettes liées aux drogues représentent 20 milliards d'euros, soit 5 % des dépenses publiques. Le déficit du budget de l'État est de 65 milliards d'euros.

On peut donc dire, pour retenir une image simplificatrice, que 30 % du déficit budgétaire est constitué par le poids négatif des drogues sur les finances publiques. Malgré les recettes des « taxes » prélevées sur le tabac et malgré les « économies de pension de retraite non versées » du fait des décès, le « coût des soins » dépasse le montant de ces recettes. Le tabac, coûte chaque année aux finances publiques et appauvrit la collectivité.

L'idée que le tabac rapporterait des recettes est donc infondée. En comparant les recettes de taxation du tabac (10,3 milliards d'euros), on constate que ces recettes sont inférieures au « coût des soins » (25,9 milliards d'euros). Au total, la « taxation » sur le tabac ne représente que 40 % du « coût des soins » et sont donc insuffisantes à couvrir le coût des soins.

Il faut en premier lieu rappeler que les résultats fournis dans cette étude dépendent des choix méthodologiques retenus. Les standards internationaux des études de coût social [57] ont été respectés et les paramètres de la mise en œuvre du calcul sont conformes à la méthodologie du calcul publique recommandée par les pouvoirs publics et rappelée dans le rapport de Quinet en 2013.

Nonobstant, les décisions arbitraires qui ont été effectués lorsque plusieurs possibilités de calcul étaient envisageables, et qui ont affecté le résultat, trois commentaires, dépassant le simple rappel des choix méthodologiques et des limites imposées par les données, sont nécessaires pour éclairer les résultats.

Premièrement, il convient d'expliquer pourquoi le montant du coût social des drogues, calculé en France pour l'année 2010 est beaucoup plus élevé que celui obtenu dans les évaluations précédentes. On constate en effet, qu'entre l'estimation faite en 2006 et portant sur l'année 2000 et la présente estimation datant de 2015, consacrée à 2010, le coût social des drogues a été multiplié par trois. Kopp et Fenoglio estimaient le coût social du tabac à 47 milliards d'euros.

Le présent rapport conduit à des chiffres bien plus élevés. Le « coût social » du tabac atteint 122 milliards d'euros. L'explication de cette envolée du coût social du tabac n'est pas la conséquence d'une augmentation de consommation et d'une politique publique inefficace. Cette multiplication est le résultat à la fois d'une amélioration des connaissances épidémiologiques et d'un changement dans la méthodologie du calcul économique public adopté officiellement par les pouvoirs publics. L'étude de 2006 était basée sur l'hypothèse que

42 000 personnes décédaient prématurément du tabac, au milieu des années 1990. L'appareil statistique s'est amélioré et la présente étude est basée sur l'hypothèse de 78 966 décès pour le tabac, soit une augmentation de 89 %. On peut penser qu'une partie s'explique par l'augmentation du nombre de décès par cancers chez les femmes mais que l'essentiel résulte d'une meilleure prise en compte des causes de décès et notamment des décès pour les maladies cardiovasculaires et les cancers engendrés par le tabac.

En 2006, la valeur de la vie humaine utilisée était calculée à partir du revenu disponible brut des ménages actualisé, ce qui était cohérent avec la valeur de la vie de 1,5 million d'euros alors recommandée par le rapport de Boiteux [58]. Quinet préconise en 2014, une valeur de 3 millions d'euros ce qui multiplie par deux la valeur de chaque vie perdue. Les calculs de 2006 furent réalisés avec un taux d'actualisation de 6 % et ceux de la présente étude avec un taux de 4 %, ce qui augmente encore le poids des conséquences futures des décès présents. L'étude de 2006 ne prenait pas en compte la perte de qualité de vie, contrairement à la présente étude. En conséquence, l'augmentation spectaculaire du « coût social » des drogues entre 2006 et 2010 s'explique par l'amélioration de nos connaissances épidémiologiques et par les modifications des paramètres de calculs et non par un changement négatif majeur du paysage du tabagisme en France.

D'autre part, le coût des pertes de production évalué à 7,1%, exprimé en pourcentage du coût social, semble assez faible au regard des niveaux atteints dans les rapports précédents, où le poids des pertes de production était de 40 % le tabac. Comme il vient d'être indiqué, la valeur de la vie humaine a doublé entre cette évaluation du coût social et la précédente. En revanche, la base sur laquelle est appuyé le calcul du « coût des pertes de production » est le PIB. Or, le PIB n'a pas été multiplié par deux en une décennie.

Mécaniquement, le pourcentage des pertes de production a donc baissé dans le coût social. Cette situation tient au fait que, d'un côté, la « valeur de la vie humaine perdue » est calculée à partir d'une valeur fixée arbitrairement qui ne reflète pas la production annuelle de richesses (PIB) et que, de l'autre côté, la méthodologie de calcul des « pertes de production » engendrées par le décès repose sur le PIB.

Un troisième commentaire permet de répondre à l'éventuelle interrogation concernant une comparaison avec le coût social retrouvé dans d'autres pays. En effet, il existe un consensus pour éviter ce genre de comparaison [59] car les conventions de calculs varient d'un pays à l'autre et rendent ces comparaisons impossibles. En effet, la valeur de la vie humaine et le taux d'actualisation, dont on a souligné l'importance dans les calculs n'ont pas la même valeur d'un pays à l'autre. De plus, les différentes études existantes peuvent prendre en compte les coûts intangibles, et d'autres pas. Enfin, les systèmes sociaux sont très différents d'un pays à l'autre. Notamment, la fraction des dépenses de soins qui relève des dépenses publiques et des dépenses privées est affectée par l'organisation du système de financement des dépenses de soins (assurance individuelle versus charges sociales). Les règles mêmes d'enregistrement des dépenses publiques sont assez différentes dans les différents pays, même dans les pays membres de l'Union européenne. Ce rapport adopte une conception large du périmètre de l'État en incluant les comptes sociaux. Chaque étude de coût social a été confrontée au problème de définition du périmètre des coûts publics et privés et de l'articulation spécifique entre finances publiques et comptes sociaux.

Lors de la publication de cette étude, le journal Le Monde avait titré en une sur ces "chiffres-chocs" sur le tabac et l'alcool. Ces chiffres étaient d'autant plus spectaculaires qu'ils étaient publiés en plein débat parlementaire sur le projet de loi de modernisation du système de santé. Au cours de ces débats, les conclusions de Pierre Kopp n'ont jamais été contestées. Seul le lobby alcoolier a fait part de son étonnement, quant à la méthode de calcul utilisée, mais sans argumenter davantage. Le lobby alcoolier et ses soutiens, parlementaires et gouvernementaux, notamment Laurant Fabius, alors ministre des Affaires étrangères, et Emmanuel Macron, alors ministre de l'Economie ont cependant volontairement ignoré ces travaux. Sous prétexte de la défense des terroirs, ils ont, en élargissant les possibilités de publicité pour les alcools, augmenté l'incitation à les consommer. Le potentiel alourdissement du coût social, déjà considérable pour l'alcool, n'a pas pesé lourd face à l'espoir de profits futurs des alcooliers et des annonceurs, quelles que puissent en être les conséquences pour la santé et le budget de l'Etat français. On peut alors penser qu'il en a été de même pour le lobby des buralistes qui voient leur clientèle diminuer de jour en jour, et qui s'alarme avant d'avoir à fermer boutique en se demandant si c'est bien la meilleure solution, en sachant que les achats transfrontaliers restent très fréquents, de même que les ventes de contrebande sur le territoire français.

Cette méthode de gestion politique où les intérêts privés l'emportent cyniquement sur l'intérêt général n'est pas une première. Cependant, on pourrait s'attendre à ce que les gouvernants fassent preuve d'un minimum de responsabilité quant aux conséquences de leurs décisions. Puisque l'argument pour affaiblir la loi Evin était économique (défense de l'emploi et balance commerciale), la rigueur aurait commandé que l'argument économique du coût social soit également pris en compte. Ce triste exemple montre à quel point il est nécessaire que les études d'impact, et notamment les études d'impact en santé, soit systématisées avant toute loi.

3) Bénéfices de santé publique

En mettant en parallèle le coût du traitement par substituts nicotiniques (56 milliards d'euros) et le coût social du tabagisme en 2010 (122 milliards), on aurait pu considérer qu'en avançant seul cet argument, bon nombre de fumeurs auraient vu leur motivation à arrêter de fumer augmenter. Mais la réalité est cependant tout autre, car dans cette dernière partie sera exposée, l'ensemble des bénéfices que la population française pourrait tirer d'une éradication tptal e et complète du tabac dans les prochaines années.

a. Economies de santé

Le tabagisme a un coût social colossal, et ce coût pourrait disparaitre en éradiquant toute forme de tabagisme en France. En première intention, les substituts nicotiniques semblent être un traitement de choix pour rééquilibrer les dépenses de l'Etat et de l'Assurance maladie causées par le tabagisme. En effet, d'après les calculs présentés plus haut, une prise en charge non pas à 65% mais à 100% par la sécurité sociale, aurait pu faire économiser plus de 65 milliards d'euros en 2010, qui aurait pu être réinjecter dans la recherche en faveur des maladies orphelines pour lesquelles les traitements restent rares, ou tout simplement améliorer les traitements déjà existants, afin de permettre une meilleure prise en charge des patients fumeurs.

b. Diminution des pathologies associées

Outre l'aspect économique, qui semble être l'un des premiers facteurs motivant les fumeurs à arrêter de fumer, ces mesures pourraient limiter de façon considérable le nombre de cancers, de pathologies cardiovasculaires, respiratoires et, encore une fois limiter le nombre d'hospitalisations. En connaissant les problèmes récurrents en milieu hospitalier avec un personnel débordé, l'incapacité de pouvoir garder un patient jusqu'au terme du séjour initialement prévu ou parfois même des suppressions de poste afin de réduire le déficit, les

mesures gouvernementales pourraient permettre une amélioration de la prise en charge hospitalières des patients.

c. Diminution de la prévalence de fumeurs

Enfin, l'objectif de ces mesures n'est pas seulement d'améliorer la prise en charge mais a aussi un rôle de prévention et de sortie du tabagisme afin de contrer les prévisions de l'OMS concernant la prévalence de fumeurs mais aussi la prévalence de nouveaux fumeurs chaque année. En effet, cela fait partie des objectifs du PNLT 2018-2022, qui prévoit qu'en 2032, les enfants nés aujourd'hui soient la première génération de non-fumeurs.

Conclusion

Les mesures gouvernementales ont permis d'agir à plusieurs niveaux sur le tabagisme, que ce soit sur la prévention, afin de créer à long terme une génération non-fumeur, des mesures anti-tabac, avec l'augmentation du prix des produits du tabac, mais aussi et surtout des mesures pro-substitution, en améliorant la prise en charge des substituts nicotiniques, l'élargissement de la liste des prescripteurs. Toutes ces mesures ont bouleversé le système de sevrage tabagique en France, en offrant aux patients un nouveau parcours de soin, plus complet, impliquant de nombreuses branches du corps médical. Les prescripteurs, que leur statut soit nouveau ou non, se sont alors retrouvés à être formés sur les nouvelles dispositions du système de sevrage tabagique. Les pharmaciens, restant les seuls à pouvoir dispenser les produits de sevrage, ont vu leurs missions élargies face à un patient fumeur, allant du conseil pour les produits non prescrits et non remboursés, à la substitution possible pour les produits sur prescription. Le pharmacien participe également au suivi du patient dans le cadre d'une prise en charge interprofessionnelle. Elles mettent également à contribution l'Assurance maladie et les organismes privés de mutuelles. Ainsi, le patient fumeur jouit d'un nouveau parcours de soin et d'une nouvelle prise en charge améliorée, profite des relations interprofessionnelles entre les différentes branches du corps médical, et bénéficie d'un réel suivi dans sa volonté de sevrage.
Selon l'OMS, le tabac tue plus de 7 millions de personnes par an dans le monde : parmi eux, on compterait près de 900 000 non-fumeurs, exposés à la fumée des autres. Le tabac est donc l'affaire de tous et pas seulement des fumeurs et des professionnels de santé. Il convient que chacun agisse afin d'éradiquer ou du moins de prévenir ce fléau, ne serait-ce qu'à petite échelle. En dehors de la réduction de la mortalité assignée au tabac, l'action du plus grand nombre garantirait une diminution des pathologies sous-jacentes et serait à l'origine d'un renouveau dans le système de santé français. En effet, le système de santé connaît depuis plusieurs années quelques difficultés, avec comme cause commune un déficit financier. Or, au cours de cette étude, il a été démontré que la prise en charge intégrale des traitements par substitution nicotinique pourrait engendrer une économie de plus de 65 milliards d'euros. Reste à savoir si ce nouveau système de sevrage tabagique qui pourrait être pris en charge entièrement par la sécurité sociale préviendrait les rechutes, qui restent fréquentes et doivent être intégrées dans la démarche d'arrêt. Enfin, ayant déjà connu une première vague de mesures gouvernementales qui n'a malheureusement pas porté ses fruits, la France espère, cette fois-ci, pouvoir passer outre les dérives déjà évoquées (achats transfrontaliers, ventes aux mineurs,…) et ne pas en voir émerger de nouvelles, comme par exemple le soulèvement du lobby des buralistes.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire DETC [60]

Questionnaire DETC

Items	Réponses
Avez-vous déjà ressenti le besoin de **diminuer** votre consommation de **cannabis** ?	Oui Non
Votre **entourage** vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?	Oui Non
Avez-vous déjà eu l'impression que vous fumiez **trop** de cannabis?	Oui Non
Avez-vous déjà eu besoin de fumer du **cannabis** dès le matin pour vous sentir en forme ?	Oui Non
Interprétation du score : deux réponses positives ou plus témoignent d'un usage à risque de cannabis	

Annexe 2 : Questionnaire DETA [61]

Questionnaire CAGE-DETA (Alcool)

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin ?

→ Une réponse positive à deux questions sur quatre est un bon critère prédictif d'un problème de consommation d'alcool.

Annexe 3 : Les 5 principaux acteurs du marché du sevrage tabagique et les galéniques proposées [62]

- NICOPASS
- NICOPATCHLIB
- NICORETTE comprimé à sucer
- NICORETTE gomme à mâcher
- NICORETTE inhaleur
- NICORETTE MICROTAB
- NICORETTESKIN
- NICOTINE EG
- NICOTINELL comprimé à sucer
- NICOTINELL gomme à mâcher
- NICOTINELL TTS dispositif transdermique
- NIQUITIN comprimé à sucer
- NIQUITIN dispositif transdermique
- NIQUITIN gomme à mâcher
- NIQUITINMINIS

Bibliographies

1. Ghaemmaghami F. - Histoire, culture et fabrication du tabac. *La tabacologie - Aspects théoriques, cliniques et expérimentaux* par Farzam Ghaemmaghami. France : Edp sciences, 2017, p.1-16. (De médecin à médecin)

2. Lermenier-Jeannet A. - Tabagisme et arrêt du tabac en 2018, OFDT, Février 2019, 9p.

3. Dautzenberg B. *et al.* - Tabac. *Addictologie* par Michel Lejoyeux. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2017, p.136-193. (Mini traité).

4. Ghaemmaghami F. - Le tabac. *La tabacologie - Aspects théoriques, cliniques et expérimentaux* par Farzam Ghaemmaghami. France : Edp sciences, 2017, p.17-55. (De médecin à médecin)

5. INPES - Tabac - Le produit : composition et effets sur l'organisme, Septembre 2014, http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/tabac-composition.asp, consultée le 19-04-2019.

6. Dervaux A. et Laqueille X. - Comorbidités psychiatriques du tabagisme. *Traité d'addictologie* par Reynaud M. et al.. Paris : Lavoisier Médecine sciences, 2016, p.585-589.

7. Luger TM, Suls J., et Vander Weg MW - How Robust Is the Association between Smoking and Depression in Adults?, A meta-analysis using linear mixed-effects models. Addict Behav, 2014, *39* : 1418-1429.

8. Moylan S. *et al.* - Cigarette smoking, nicotine dependence and anxiety disorders : a systematic review of population-base, epidemiological studies. BMC Med, 2012, *10* :123.

9. Heffner JL. *et al.* - The co-occurrence of cigarette smoking and bipolar disorder : phenomenology and treatment considerations. Bipolar Disord, 2011, *13* : 439-453.

10. Romberger DJ. et Grant K. - Alcohol consumption and smoking status : the rôle of smoking cessation. Biomed Pharmacother, 2004, *58* : 77-83.

11. Dautzenberg B. - Complications somatiques du tabagisme. *Traité d'addictologie* par Reynaud M. *et al.* Paris : Lavoisier Médecine sciences, 2016, p.590-594.

12. Thomas D. - Tabagisme passif. Traité d'addictologie par Reynaud M. et *al.*, 2016, p.578-581.

13. Hirayama T. - Non-smoking wives of heavy smokers have a high risk of lung cancer : a study from Japan. Br Med J, 1981, p.183-185.

14. Martinet Y. *et al.* - Le traitement de la dépendance au tabac - Guide pratique. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2007, 116p.

15. Paille F. et Martini H. – Dépistage, critères diagnostiques, cliniques et biologiques de la dépendance tabagique. *Traité d'addictologie* par Reynaud M. et al. Paris : Lavoisier Médecine sciences, 2016, p.557-565.

16. Tabac info service, Test de Fagerström. https://www.tabac-info-service.fr/var/storage/upload/Q1_Fagerstrom.pdf, consultée le 09/05/2019.

17. JO Prochaska *et al.* - Am.Psychol., 1992, p.1102-114.

18. Ghaemmaghami F. - Syndrome de sevrage. *La tabacologie - Aspects théoriques, cliniques et expérimentaux* par Farzam Ghaemmaghami. France : Edp sciences, 2017, p.261-262. (De médecin à médecin).

19. Aubin H-J. - Les thérapies cognitivo-comportementales dans la prise en charge de la dépendance tabagique. *Traité d'addictologie* par Reynaud M. et al. Paris : Lavoisier Médecine sciences, 2016, p.617-621.

20. Dupont P. - Principes de la prise en charge du sujet tabagique : substitution, accompagnement psychologique et social, comorbidités. *Traité d'addictologie* par Reynaud M. et al. Paris : Lavoisier Médecine sciences, 2016, p.617-621.

21. Cahill K. *et al.* - Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013, *5* : CD009329.

22. Vital Durand D. et Le Jeunne C. - Dorosz Guide pratique des médicaments 2019. France : Maloine, 2018, 38e édition, p.1673-1676.

23. Bellet J. – Tabagisme : les bons chiffres de la vapoteuse, Octobre 2016, https://www.lesechos.fr/2016/10/tabagisme-les-bons-chiffres-de-la-vapoteuse-222936, consultée le 25-04-2019.

24. Hajek et *al.* - A Randomized Trial of E-Cigarettes versus Nicotine-Replacement Therapy, Février 2019.

25. Gotlieb S. et Abernethy A. – Press anouncement on FDA's ongoing scientific investigation of potential safety issue related to seizures reported following e-cigarette use, particularly in youth and young adults, Avril 2019.

26. Nguyen Thanh V. et Smadja O. - Arrêt du tabac à distance. *Traité d'addictologie* par Reynaud M. et al. Paris : Lavoisier Médecine sciences, 2016, p.622-626.

27. Perriot J. *et al.* - Histoire de la lutte contre le tabagisme et du dispositif de soins en tabacologie en France. *Traité d'addictologie* par Reynaud M. et al. Paris : Lavoisier Médecine sciences, 2016, p.539-542.

28. Arwidson P. - Evaluation des stratégies de prévention du tabagisme istoire de la lutte contre le tabagisme et du dispositif de soins en tabacologie en France. *Traité d'addictologie* par Reynaud M. et al. Paris : Lavoisier Médecine sciences, 2016, p.552-556.

29. Thomas S. *et al.*, Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review. Tob Control, 2008, *17 :* 230-237.

30. World Health Organization - WHO report on the global tobacco epidemic, 2008 : the MPOWER package. Geneva, World Health Organization, 2008.

31. Barsoum M. - Quelles stratégies marketing adopter dans un marché en mouvement ? Cas de la marque Nicorette au sein du marché des substituts nicotiniques. 47p. Mémoire : Marketing : Aix Marseille III, 2018.

32. Serre M.P. et Wallet-Wodka D. - L'accès au marché des produits de santé. *Marketing des produits de santé* par Serre M.P. et Wallet-Wodka D. Paris : Dunod, 2014, 2e édition, p.39-107.

33. Tabac info service - La consommation de tabac en France. http://pro.tabac-info-service.fr/Je-m-informe/S-informer, consulté le 09/05/2019

34. Haute Autorité de Santé - Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours, consulté le 09/05/2019.

35. La gamme Nicorette - https://www.nicorette.fr/la-gamme-nicorette, consultée le 11/05/2019.

36. Unooc - Le comparateur de prix des médicaments https://www.unooc.fr/, consultée le 11/05/2019

37. Kopp P. - Le coût social des drogues en France, OFDT, Focus – Consommations et conséquences, France, Décembre 2015, 75p.

38. Quinet E. - L'évaluation socioéconomique des investissements publics - Paris, Commissariat général à la stratégie et à la prospective, 2013, 354 p.

39. Hill C. et Ribassin-Majed L. - Epidémiologie du tabagisme. *Traité d'addictologie* par Reynaud M. et al. Paris : Lavoisier Médecine sciences, 2016, p.543-551.

40 .Carter *et al.* - Smoking and mortality - Beyond established causes, New England Journal of Medicine, Vol. 372, n° 7, 2015, pp. 631-640.

41. Ribassin-Majed L. et Hill C., « Trends in tobacco-attributable mortality in France », European Journal of Public Health, Vol. 25, n° 5, 2015, pp. 824-828.

42. Cambou et al. - Epidémiologie de l'infarctus du myocarde en France : Survie à 1 an des patients de l'étude USIK. *Archives des maladies du coeur et des vaisseaux*, vol. 91, n° 9, 1998, pages 1103-1110.

43. InVS - La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n°27-28, 3 juillet 2007, http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2007/27_28/index.htm consultée le 16/05/2019.

44. Assurance maladie - Prévalence des personnes en ALD en 2012 - https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2012.php, consultée le 16/05/2019

45 Thomas D. - Bénéfices cardiovasculaires du sevrage tabagique : revue , BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, n° 20-21, 2011, pp. 236-239.

46 Doll R. *et al*. - Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors, British Medical Journal, Vol. 309, n° 6959, 1994, pp. 901-911.

47. Insee - Espérance de vie - Mortalité − Tableaux de l'Économie Française. Mars 2016.

48. Drummond M.F. *et al.* - Methods for the economic evaluation of health care programs, Oxford, Oxford University Press, 1987, 182 p.

49. INCa, Analyse économique des coûts du cancer en France, Boulogne-Billancourt, Institut national du cancer (INCa), 2007, 146 p.

50. World Health Organization, Global burden of disease 2004 update: disability weights for disease and conditions. Geneva, World Health Organization, 2004, 9 p.

51. Chapman K.R. *et al.* - Epidemiology and costs of chronic obstructive pulmonary disease, European Respiratory Journal, Vol. 27, n° 1, 2006, pp. 188-207.

52. Cour des comptes, Rapport d'évaluation. Les politiques de lutte contre le tabagisme, Paris, Cour des Comptes, 2012, 332 p.

53. Kopp P. et Fenoglio P. - Le coût social des drogues en 2003. Les dépenses publiques dans le cadre de la lutte contre les drogues en France en 2003. (Réactualisation du rapport OFDT, 1998), Saint-Denis, OFDT, 2006, 57 p.

54. Kopp P. et Fenoglio P. - Coût et bénéfices économiques des drogues, Saint-Denis, OFDT, 2004, 121 p.

51. Sécurité sociale - Rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, Paris, Commission des comptes de la sécurité sociale, 2011, 444 p.

56 Beck F *et al.* - Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. Exploitation des données du Baromètre santé 2010 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte, Tendances, OFDT, n° 76, 2011, 6 p.

57. Single E. *et al.* - Proposed international guidelines for estimating the costs of substance abuse, 1995, 69 p.

58. Boiteux M. et Baumstark L. - Transports : choix des investissements et coût des nuisances. Rapport dit "Rapport Boiteux 2", Paris, Commissariat général au Plan, 2001, 323 p.

59. Reuter P. - Are calculations of the economic costs of drug abuse either possible or useful? Commentary on Harwood H.J., Fountain D., Fountain G. Economic cost of alcohol and drug abuse in the United States, 1992: a report. Addiction, Vol. 94, n° 5, 1999, pp. 635-638.

60. Knight JR *et al*. - Questionnaire DETC. Arch Pediatr Adolesc Med, 1999, 153 : 591-6. Validé par le National Institute on Drug Abuse (NIDA), Etats-Unis.

61. Haute Autorité de Santé - Questionnaire CAGE-DETA. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_questionnaire_cage.pdf, consultée le 09/05/2019.

62. EurekaSanté par VIDAL - Les médicaments du sevrage tabagique, Janvier 2019. https://eurekasante.vidal.fr/maladies/psychisme/arreter-fumer-cigarette-tabac.html?pb=medicaments, consultée le 09/05/2019.

SERMENT DE GALIEN

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

- *D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.*
- *D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.*
- *De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.*
- *En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.*

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre, méprisé de mes confrères, si j'y manque.