



HAL
open science

Prise en charge médicamenteuse du sevrage tabagique en officine en 2019

Simon Libeaut

► **To cite this version:**

Simon Libeaut. Prise en charge médicamenteuse du sevrage tabagique en officine en 2019. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02936427

HAL Id: dumas-02936427

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02936427>

Submitted on 11 Sep 2020

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

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

U.F.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Année 2019 / 2020

Thèse n°60

THESE POUR L'OBTENTION DU

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Par LIBEAUT, Simon
Né(e) le 24/06/1991 à Talence (33)
Le 22 / 06 / 2020

**PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DU SEVRAGE
TABAGIQUE EN OFFICINE EN 2019**

Sous la direction de : Dr Arnaud COURTOIS

Membres du jury :
M. DECENDIT, Alain
M. COURTOIS, Arnaud
M. LASSALLE, Martin

À Damien,

REMERCIEMENTS

À Monsieur Arnaud COURTOIS

Vous avez accepté de m'accompagner dans ce projet. Je tiens à vous remercier du temps que vous m'avez accordé et de vos conseils toujours bienveillants. J'ai eu la chance de profiter de votre enseignement et de votre savoir-faire. Soyez assuré de toute ma reconnaissance et ma profonde gratitude pour cette riche collaboration.

À Monsieur Alain DECENDIT

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse et de m'encadrer, je vous en remercie et vous adresse l'expression de mon profond respect et de l'assurance de mon entier dévouement.

À Martin et Amandine

Je tiens à vous remercier de m'avoir toujours guidé depuis mon stage de 6^{ème} année. Cela a toujours été un plaisir de travailler avec vous. Vous m'avez beaucoup appris. Un merci supplémentaire à Martin pour avoir accepté de faire partie de mon jury.

À ma mère et mon frère

Merci pour votre patience et votre soutien indéfectible durant toute la durée de mes études. Un remerciement supplémentaire à ma mère pour la relecture cette thèse.

À ma compagne Cécile

Qui n'a eu de cesse de m'épauler et me soutenir au cours de cette thèse et tout au long de mes études. Merci d'être là chaque jour qui passe à mes côtés.

Table des matières

Liste des abréviations.....	5
INTRODUCTION.....	6
I) Tabac : de la plante à la pathologie.....	7
1) Histoire.....	7
2) Production.....	7
a) Culture et écologie.....	8
b) Du tabac à la cigarette	9
2) Fumée.....	10
a) Composition.....	10
b) Courants de fumée.....	10
3) Tabagisme passif.....	11
4) Modes de consommation.....	12
a) Cigarettes industrielles.....	12
b) Le tabac à rouler/ en vrac.....	12
c) Cigares et cigarillos.....	13
d) Pipe.....	14
e) Pipe à eau.....	14
f) Bidies.....	15
g) Le tabac non fumé.....	16
5) Substances toxiques.....	17
a) Alcaloïdes nicotiniques.....	17
b) Goudrons.....	17
c) Agents irritants.....	17
d) Les gaz.....	18
e) Les métaux lourds.....	19
f) Autres.....	19
6) Pathologies du fumeur.....	19
a) Cardiovasculaires.....	20
b) Respiratoires.....	22
c) Cancéreuses.....	23
d) Autres.....	27
e) Procréation et grossesse.....	28
II) Nicotine : molécule de la dépendance.....	29
1) Définition de la dépendance.....	29
2) La nicotine.....	32
3) Co-addiction.....	34
a) Alcool.....	34
b) Cannabis.....	35
c) Autres	37
4) Évaluation du patient fumeur.....	37
a) Le test de Fagerström.....	37
b) Le test simplifié de Fagerström.....	39
c) Le test de Horn.....	39
d) Critères de dépendance au tabac selon le CIM-10.....	41
e) Test HAD.....	42
f) Les tests biologiques.....	44
III) Les politiques anti-tabac.....	45
1) Loi Veil.....	46

2) Loi Évin.....	46
3) Arrêté du 30 novembre 1999.....	47
4) Loi de financement de la Sécurité Sociale 2002.....	47
5) Directive européenne 2001/37/CE du 5 juin 2001.....	47
6) Le premier Plan Cancer (2003-2007).....	48
7) Décret Bertrand.....	49
8) Remboursement des TNS.....	49
9) Loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires).....	49
10) Plan Cancer II (2009 – 2013).....	50
11) Plan Cancer III (2014 – 2019).....	51
a) L'interdiction de la vente aux mineurs	51
b) Regrets.....	52
c) Prix.....	52
12) Programme National de Lutte contre le Tabac = PNLT (2018 – 2022).....	52
13) l'OMS.....	53
14) Sanctions en cas de non-respect de la loi.....	55
15) Bénéfices de cette législation.....	55
IV) Prise en charge du sevrage tabagique.....	56
1) Le sevrage.....	56
a) Mécanisme.....	56
b) Syndrome de sevrage.....	57
2) Les traitements nicotiques de substitution.....	58
a) Généralités.....	58
b) Formes.....	59
c) Remboursement.....	62
d) Bon usage	62
3) Les traitements médicamenteux.....	63
a) Le Bupropion : Zyban LP®	64
b) La Varénicline : Champix®	66
4) Les traitements non médicamenteux.....	68
a) Thérapie cognitivo-comportementale.....	68
b) Entretien motivationnel	70
c) Soutien téléphonique.....	72
d) Consultation de tabacologie.....	73
5) La cigarette électronique ou e-cigarette.....	73
V) Le rôle du pharmacien d'officine.....	75
1) Place privilégiée.....	75
a) De part son statut.....	75
b) De part la législation.....	76
2) Outils.....	79
a) Dépistage.....	79
b) Types d'intervention.....	81
c) Évaluation de la motivation	83
d) Stade de l'arrêt et comportement adapté.....	85
e) Sevrage ou réduction ?.....	89
3) Exemples de motivations à l'arrêt pour le fumeur	90
a) Bénéfice financier.....	90
b) Bénéfices pour la santé.....	90
c) Image de soi.....	91
d) Projet de grossesse.....	91

e) Découverte d'une grossesse	92
f) Découverte d'une pathologie aggravée par le tabagisme.....	93
g) Opération.....	93
h) Interdiction absolue et/ou momentanée.....	94
4) Suivi du patient traité par TNS.....	94
a) Accompagnement.....	94
b) Réévaluation.....	97
5) Obstacles aux sevrages.....	98
a) Liés au patient.....	98
b) Liés au pharmacien.....	102
6) Bénéfices de l'arrêt pour le patient.....	104
a) À court terme.....	104
b) A long terme.....	104
VI) Impact des médicaments remboursés sur le tabagisme en France.....	106
CONCLUSION.....	108
TABLE DES ANNEXES.....	110
BIBLIOGRAPHIE.....	114

Liste des abréviations

ADN	Acide DésoxyriboNucléique
AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AFNOR	Association Française de Normalisation
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ARS	Agence Régionale de Santé
AVC	Accident Vasculaire Cérébrale
BPCO	BronchoPneumopathie Chronique Obstructive
CCLAT	Convention-Cadre de l'OMS pour la Lutte AntiTabac
CIM	Classification Internationale des Maladies
CO	Monoxyde de Carbone
CMU	Couverture Maladie Universelle
DMLA	Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age
g	Gramme
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
HTA	Hypertension Artérielle
IMAO	Inhibiteurs de la MonoAmine Oxydase
ml	Millilitre
mg	Milligramme
NF	Norme Française
OFDT	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
PNLT	Plan National de Lutte contre le Tabac
PNRT	Programme National de Réduction du Tabagisme
SEITA	Service d'Exploitation Industriel du Tabac et des Allumettes
SNC	Système Nerveux Central
TCC	Thérapie Cognitivo-Comportementale
TNS	Traitement Nicotinique de Substitution
TROD	Test Rapide d'Orientation Diagnostic
VADS	Voies AeroDigestives Supérieures
VEMS	Volume Expiratoire Maximal par Seconde
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

En France on dénombre 16 millions de fumeurs. En 2018, 32 % des 18 – 75 ans fument, ne serait ce qu'occasionnellement. Et la prévalence du tabagisme quotidien était de 25,4 %.(1)

Le tabagisme est la première cause de décès évitables, de mortalité par cancer et de mortalité avant 65 ans en France. Il est à l'origine de nombreuses maladies (cardiovasculaires, des cancers, des affections respiratoires) en tant que cause principale, facteur de risque ou cause aggravante. Le tabac a un impact sur tous les organes du corps, chez le fumeur actif ou passif. Toute prise de tabac est dangereuse pour la santé, et arrêter de fumer est bénéfique à tout âge. (2)

Le tabac est responsable d'un mort sur huit en France, cela en fait une priorité de santé publique ; comme en témoigne le PNLT 2018-2022, qui est composé de différentes actions. Tout cela a pour but d'arriver d'ici 2032 à la « génération d'adultes sans tabac » (<5 % de fumeurs).

Ce plan passe en grande partie par le pharmacien d'officine et la délivrance de médicaments de sevrage remboursés à 65 % par l'Assurance Maladie, c'est l'action numéro 8 du plan.(3)

La formation et le rôle du pharmacien d'officine sont décrits dans l'action numéro 9 du PNLT. Son implication ne date pas d'hier comme le prouve une étude de 2001 datant de la mise en vente libre des substituts nicotiques en officine.(4)

Le pharmacien a plusieurs rôles dans la promotion d'un avenir sans tabac.

Il doit déjà informer le patient des différentes stratégies et évaluer sa motivation.

Si le patient souhaite arrêter, lui exposer les différentes formes galéniques : TNS ou autres.

Si le patient souhaite se sevrer tout de suite, le pharmacien peut délivrer des TNS directement (patchs et gommes).

Il existe d'autres traitements en cas d'échec (Bupropion, Varénicline), mais le pharmacien doit alors le réorienter le fumeur vers son médecin traitant.

Le pharmacien a pour rôle d'évaluer, de conseiller et d'accompagner le patient fumeur.(5)

Cette thèse a pour objectif d'exposer la prise en charge en officine du sevrage tabagique grâce aux médicaments remboursés.

Il conviendra dans un premier temps de revenir sur le tabac en général et sa toxicité, puis plus spécifiquement le rôle de la nicotine. Dans une seconde partie, il sera abordé, la politique française anti-tabac, les différents médicaments remboursés ainsi que le rôle du pharmacien.

Dans un dernier temps un point sera fait sur l'influence de ces médicaments sur le tabagisme en France.

I) Tabac : de la plante à la pathologie

1) Histoire

En 1520, les premières graines sont ramenées en Europe où le tabac connaît rapidement un grand succès. Ce sont tout d'abord ses vertus médicinales antitussives et bronchodilatatrices qui lui ont valu cette notoriété. Le nom de la plante : *Nicotiana Tabacum* tient d'ailleurs son origine de Jean Nicot, ambassadeur de France au Portugal, qui fait découvrir l'utilisation du tabac à Catherine de Médicis pour soigner ses migraines.

Face au prix élevé de la plante, la reine ordonne sa culture dans diverses régions de France. Le tabac est alors appelé l'herbe à Nicot, l'herbe de la Reine ou encore la « Catherinaire ».

Il apparaît comme un remède universel aux maladies les plus diverses et gagne le monde entier en moins d'un siècle sans aucune publicité à l'époque.

Au niveau économique, dès 1621, en France, le cardinal de Richelieu impose une taxe sur la vente de tabac. En 1674, Colbert impose le monopole par l'État de la vente puis de la fabrication. Monopole aboli par la Révolution puis rétablie par Napoléon 1er en 1811 avec la SEITA. L'État se désolidarise de cette société en 2000 uniquement.

2) Production

La production industrielle de cigarette commence en France en 1842 avec la première manufacture. Dès le XX^e siècle, la cigarette supplante les autres modes de consommation (chique, pipe, prise) alors majoritaires. En France, en 1900, 1 million de cigarettes sont produites contre 10 milliards en 1929. En 1937, apparaît ANIC la première cigarette avec un filtre coton.(6) (7)

(Figures 1 et 2)

a) Culture et écologie



Figure 1 : Plants de *Nicotiana tabacum*(8)

Le tabac est une plante dicotylédone de la famille des Solanacées. Son nom scientifique est *Nicotiana tabacum*. Il existe plusieurs autres variétés à l'état sauvage.

Cultivé dans le monde entier, la production annuelle est autour des 6 millions de tonnes/an, soit 36000 km² dans 120 pays, principalement en voie de développement. Tout cela permet la fabrication de 5000 milliards de cigarettes/an. En France la production annuelle est de 25000 tonnes/an. La culture de tabac par les particuliers est interdite.(9)

Le tabac est une plante annuelle, robuste, produisant des grandes et larges feuilles.

Un pied porte une vingtaine de feuilles, le ramassage a lieu dès le début de la décoloration de celles-ci, souvent fin juillet.

Le tabac vert ne contient pas de nicotine. Lors du séchage, un phénomène de nitrosation va avoir lieu avec formation de nitrosamines spécifiques au tabac, il en existe huit dont la nicotine. Les industriels sont encouragés à prendre des mesures (diminution temps de séchage) afin de réduire la formation de nicotine.



Figure 2 : Séchage des feuilles de tabac (10)

Lors du séchage va aussi avoir lieu la fermentation qui donnera son goût au tabac.

Le tabac va ensuite être haché très finement, il est alors appelé « scaferlati », puis mélangé, enfin il est emballé avant d'être expédié vers les lieux de fabrication des cigarettes.(11)

Il existe différents types de tabacs :

- le tabac brun (Maryland et Kentucky) : à grandes feuilles et au goût fort, peu utilisé dans les cigarettes,
- le Burley : mutant pauvre en chlorophylle, il n'est pas fermenté,
- le Virginie : goût sucré, tabac le plus produit au monde,
- le tabac d'orient : très aromatique.

La culture du tabac dans le monde est un désastre écologique. Premièrement elle nécessite énormément de produits chimiques (pesticides et engrais), donc pollue beaucoup les terres et les nappes phréatiques. La production annuelle du tabac produit autant de gaz à effet de serre qu'un pays comme Israël, ce qui contribue grandement au changement climatique.(12)

72 milliards de mégots de cigarette sont jetés dans la nature chaque année, ce qui représente 845 000 tonnes.(13)

De plus c'est une culture qui appauvrit rapidement et de façon drastique les sols qui l'accueillent, il faut donc souvent changer de terre.

Il faut aussi d'énormes quantités de bois pour construire des séchoirs pour les feuilles. Et des forêts entières sont rasées pour laisser place aux plantations de tabac. Ainsi selon l'OMS, 200 000 hectares de forêts sont rasés chaque année pour cette production. Celle-ci est responsable de 5 % de la déforestation mondiale.

Les conditions de travail posent aussi question, les cultivateurs sont très mal rémunérés par rapport aux revenus générés par cette industrie. Le travail des enfants y est très fréquent. Tous les travailleurs sont exposés à de nombreux produits chimiques et se contaminent avec la nicotine en manipulant les feuilles.(14)

b) Du tabac à la cigarette

Pour fabriquer les cigarettes, en fonction du goût désiré, les fabricants mélangent les différents types de tabacs vus précédemment.

En plus de cela, il est ajouté environ 600 additifs constituant 10 % du poids total de la cigarette. Ils ont pour objectif de rendre plus agréable l'expérience du consommateur :

- des ingrédients sapides : pour améliorer le goût (miel, sucre, chocolat, menthe, épices),
- des agents humectants : pour éviter le dessèchement du tabac,
- des produits de blanchiment des cendres (talc, alun...),

- des agents conservateurs,
- des agents liants,
- de l'ammoniac : il a pour but de modifier le pH de la nicotine pour augmenter sa vitesse d'absorption,
- des colorants,
- des agents de combustion (nitrate, gomme arabique).(15)

2) Fumée

a) Composition

La fumée de cigarette est un aérosol, elle correspond à un mélange de gaz et de particules. Elle contient environ 4000 substances chimiques différentes dont au moins 40 sont cancérogènes.

Nous avons vu précédemment la composition d'une cigarette, une fois allumée, c'est une véritable transformation des produits avec la production de substances secondaires qui elles ne sont pas indiquées sur les paquets.

On y retrouve principalement :

- goudrons,
- monoxyde de carbone,
- nitrosamines spécifiques du tabac,
- nicotine,
- métaux lourds.(16)

b) Courants de fumée

Il en existe trois différents : (Figure 3)

- la fumée primaire : elle s'échappe de la cigarette en étant aspirée par le fumeur. Elle se forme à haute température. Elle entre en contact avec la bouche et les voies respiratoires.
On parle là de tabagisme actif.
- La fumée secondaire : est un mélange entre la fumée expirée par le fumeur et celle qui se dégage au bout de la cigarette allumée. Elle résulte d'une

combustion incomplète du tabac à faible température. Elle est la plus toxique et contient : 3 fois plus de goudron, 2 fois plus de nicotine, 2 fois plus de monoxyde de carbone et 44 fois plus d'ammoniac que la fumée primaire. On parle ici de tabagisme passif.

- La fumée tertiaire : longtemps méconnue. Elle résulte de la réaction de la fumée avec certaines molécules de notre environnement, lui permettant de rester présente plusieurs années. Cela concerne : les cheveux, la peau, les tissus, les tapis, les murs. Cette fumée est très à risque pour les plus jeunes qui sont au niveau du sol et sont 20 fois plus exposés que le reste de la population.(17)

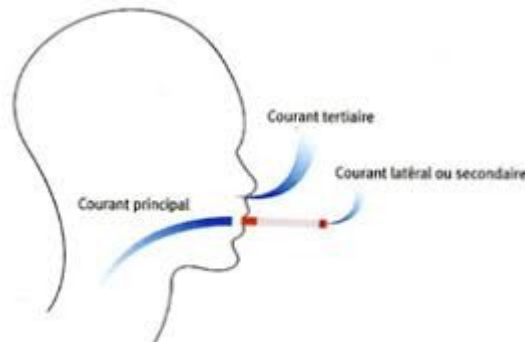


Figure 3 : Les trois courants de la fumée. (18)

3) Tabagisme passif

Comme vu précédemment, la fumée de cigarette est extrêmement nocive pour le fumeur mais également pour tout son entourage.

Une étude de Hill en 2011 démontre les méfaits du tabagisme passif :

- chez l'adulte : augmentation de 25 % des risques de :
 - cardiopathie ischémique,
 - cancer du poumon ;
- chez l'enfant : augmentation des risques de :
 - mort subite du nourrisson,
 - otites,
 - infections respiratoires,
 - asthme,
 - irritation des yeux, du nez et de la gorge.

On estime que plusieurs milliers de non-fumeurs meurent chaque année de ce type de tabagisme.

Chez la femme enceinte, il a les mêmes effets délétères qu'un tabagisme actif peu fréquent.

Ce type de tabagisme étant totalement évitable, il a été mis en place l'interdiction de consommer des cigarettes dans les lieux à usage collectif depuis le 1er février 2007. (19)

4) Modes de consommation

a) Cigarettes industrielles

(Figure 4)

Parmi tous les modes de consommation, elle représente la majeure partie du tabac fumé à travers le monde. Leur consommation est la plus pratique et elles assurent une quantité stable de nicotine d'une cigarette à une autre.

Leur composition et leur quantité de tabac sont fixées (1 g/ cigarette).



Figure 4 : Cigarette industrielle (20)

b) Le tabac à rouler/ en vrac

(Figure 5)

Moins cher au poids que la cigarette car moins taxé, il est préféré par certains consommateurs.

Dans une étude de Darrall et Figgins (1998) il a été mis en évidence une plus grande proportion de goudron et de nicotine dans les cigarettes roulées par rapport aux cigarettes manufacturées.

Plusieurs problèmes se posent avec ce type de tabacs :

- la quantité utilisée par le consommateur peut dépasser celle de la cigarette industrielle, donc une consommation accrue, avec ou sans filtre,
- l'utilisation en mélange pour consommer du cannabis.

Ce dernier, est lui-même très toxique, riche en nicotine, monoxyde de carbone et goudron (6 à 7 fois plus que le tabac).

Cette consommation se fait avec un « filtre » en carton, qui en réalité ne filtre pas la fumée.



Figure 5 : Tabac à rouler (21)

c) Cigares et cigarillos

(Figure 6)

Ils sont constitués de feuilles de tabac roulées. Leur taille est très variable et leur quantité de tabac peut aller de celle d'une simple cigarette à celle d'un paquet entier.

Une bouffée de cigare est donc plus toxique que celle d'une cigarette. Ils ne présentent pas de filtre. Ils sont composés de tabac plus alcalin qui va permettre une meilleure absorption de la nicotine au niveau buccal.

La consommation est différente, le fumeur de cigare inhale moins de fumée. Il y a ici plus de risques de cancer oraux et des voies respiratoires supérieures (œsophage et pharynx).



Figure 6 : Cigares (22)

d) Pipe

(Figure 7)

Utilisation de tabac en vrac. Chaque pipe utilise entre 3 et 4 g de tabac ce qui représente plusieurs cigarettes. Là aussi la fumée est plus alcaline donc la nicotine est plus facilement absorbée par la muqueuse buccale. Comme pour les cigares, il n'y a pas de filtre et la toxicité est principalement au niveau buccal et des voies respiratoires hautes.

Face à ces deux derniers types de consommation se pose un problème pour les usagers de la cigarette. Ils n'ont pas l'habitude de ne pas avaler la fumée, chez eux l'absorption des substances toxiques va être majorée.



Figure 7 : Pipes (23)

e) Pipe à eau

(Figure 8)

Appelé Chicha, Narguilé, c'est une pratique originaire du Moyen-Orient. Très populaire actuellement dans les pays occidentaux et notamment en France pour plusieurs raisons : convivialité, exotisme et aromatisation possible du tabac.

En 2018, 3 % de la population française déclarait utiliser ce mode de consommation.

(1)

Le tabac est chauffé grâce à un charbon ou des braises. La fumée descend dans un vase contenant de l'eau. Le fumeur aspire avec la bouche par un tuyau, la fumée qui a traversé l'eau, celle-ci est plus douce que celle de la cigarette. Il faut savoir qu'ici l'eau ne filtre pas du tout la fumée.

De plus ici, le tabac au contact du charbon se consume à environ 450 °C,

entraînant une combustion incomplète qui produit plus de composés toxiques que le tabac de la cigarette brûlant à plus de 800 °C.

Deux problèmes se posent pour la santé du fumeur :

- une cigarette dure 5 minutes, la séance de chicha dure elle 45-50 minutes. Le fumeur consomme 100 à 200 fois plus de fumée qu'avec une cigarette soit environ deux paquets complets.
- La pipe à eau se partage, il y a donc un risque de transmission de maladies par la bouche (herpès, hépatite, tuberculose...).

Ils sont appelés Bang lorsque du cannabis remplace ou accompagne le tabac.



Figure 8 : Pipes à eau ou Narguilés(24)

f) Bidies

(Figure 9)

Cigarettes venues d'Inde. Elles sont généralement très fortement aromatisées pour masquer le fort goût du tabac. Celui-ci y est contenu dans une feuille d'eucalyptus roulée. Cette conception oblige le fumeur à beaucoup aspirer pour garder les bidies allumés et donc à inhaler beaucoup de fumée. Ils sont d'autant plus toxiques qu'il ne présente pas de filtre.



Figure 9 : Bidies (25)

g) Le tabac non fumé

Cette utilisation était majoritaire avant le XX^e siècle et l'industrialisation de la cigarette.

◆ Tabac à priser :

Le tabac à priser est vendu sous forme de poudre dans des petites boîtes. Il est consommé par aspiration nasale.

Il contient aussi de la nicotine qui va être très rapidement absorbée par la muqueuse nasale. Il présente aussi des substances toxiques du tabac (nitrosamines) et va être responsable de cancers au niveau nasal.

◆ Tabac oral :

- tabac à chiquer : se présente sous forme de feuilles qui vont être mâchées. Forme très marginale en Europe.
- Snus : se présente sous forme de tabac en poudre humidifiée, conditionné en sachet à placer derrière la lèvre supérieure. Très à la mode car souvent aromatisé et réputé moins toxique que la cigarette, sa commercialisation est interdite partout dans l'Union Européenne excepté en Suède où son usage est traditionnel. (Figure 10)

Le tabac oral, même s'il est moins toxique que la cigarette, car sans combustion, n'est pas sans risque. Il rend dépendant par la présence de nicotine et expose à des cancers du pancréas et de l'estomac.(26)(27)(28)



Figure 10 : Snus (29)

5) Substances toxiques

a) Alcaloïdes nicotinniques

La nicotine est le plus célèbre mais pas le plus toxique composé chimique de la cigarette. Elle est responsable de l'addiction au tabagisme. Elle sera étudiée plus en détails dans une prochaine partie.

b) Goudrons

Ils sont produits lors de la combustion du tabac et du papier de la cigarette. Principalement composés d'hydrocarbures comme le benzène et le benzopyrène, hautement cancérigènes en tant qu'agents intercalants de l'ADN. Il a été démontré un lien direct entre goudron et cancer chez le fumeur.

Au niveau physique, ils bloquent l'épuration des poumons en se déposant en couches, sur les cils de la muqueuse bronchique. À terme, cela entraînera la disparition de ces cils et une grande vulnérabilité de la muqueuse aux infections respiratoires.

Un fumeur d'un paquet par jour, inhale environ 250 ml de goudron dans une année. (30)

c) Agents irritants

Majoritairement représentés par :

- les nitrosamines spécifiques du tabac : elles sont produites lors du séchage des feuilles de tabac. Elles sont directement cancérigènes. Hautement réactives, elles provoquent des mutations génétiques et des lésions dans l'ADN par formation d'adduits.

- L'acroléine : est un aldéhyde fortement réactif. Cette molécule est fortement irritante pour les muqueuses respiratoires. À court terme elle provoque une sensation de brûlure, puis de la toux. À plus long terme elle entraîne la destruction des cils bronchiques et une hypersécrétion. Ce double phénomène a pour conséquence la stagnation des sécrétions au niveau des bronches, qui va se traduire par une insuffisance respiratoire et/ou une BPCO. L'action irritante peut atteindre la muqueuse de l'estomac.(31)

Goudrons et agents irritants agissent ensemble, selon la durée et l'intensité de l'exposition sur la cancérogenèse des cellules saines et la multiplication des cellules cancéreuses.(32)

d) Les gaz

◆ Monoxyde de carbone (CO)

Le monoxyde de carbone est un gaz toxique qui se dégage de toute combustion incomplète dont celle de la cigarette. Il est incolore, inodore et de densité voisine à celle de l'air.

80 à 90 % du monoxyde de carbone absorbé par voie respiratoire se fixe à l'hémoglobine, dont l'affinité est 200 fois supérieure à celle pour l'oxygène, il y a formation de carboxyhémoglobine (HbCO). Il se fixe également à la myoglobine, aux cytochromes et aux hydroperoxydases. Ce gaz est éliminé par la ventilation pulmonaire.

Le danger réside dans cette forte affinité de l'hémoglobine, il prend la place de l'oxygène et entraîne une mauvaise distribution de celui-ci au niveau des muscles et des tissus, le corps répond alors rapidement par une tachycardie et une hypertension artérielle pouvant avoir des conséquences au niveau cardiaque. La fixation du CO au niveau de la myoglobine empêche également le transport de l'oxygène dans le muscle cardiaque et contribue aux effets délétères de ce gaz sur le cœur.

À court terme on observe une fatigue générale, une mauvaise résistance à l'effort, un teint gris, une perte de l'odorat et du goût.

À moyen terme, face à une exposition chronique, le corps s'adapte. On observe une augmentation du nombre d'hématies et une augmentation de la viscosité sanguine, ayant pour conséquence une cardiomégalie. Chez les sujets ayant une alimentation riche en graisse, ce phénomène favorise l'athérosclérose.

À long terme, le sujet aura des risques d'angine de poitrine, d'infarctus du myocarde voire d'AVC.

Il est aussi à noter que le monoxyde de carbone ne perturbe pas la fertilité mais possède une forte fœto-toxicité, avec un mauvais développement du système nerveux central.(33,34)

◆ Oxydes d'azote

Les oxydes d'azote sont des gaz oxydant les lipides et les protéines

membranaires au niveau des muqueuses respiratoires. Ceux-ci sont des puissants irritants respiratoires qui provoquent à long terme des lésions pulmonaires graves. Ils ont un effet broncho et vasodilatateur. L'exposition répétée à de faibles doses (cas du tabagisme) peut provoquer un emphysème pulmonaire et une sensibilité aux infections respiratoires.

Il a aussi la capacité à se fixer sur l'hémoglobine à la place de l'oxygène.(35)

◆ Ammoniac

Au contact de l'humidité des muqueuses, l'ammoniac va réagir et avoir une réaction caustique et irritante. Les lésions sont dépendantes du temps d'exposition. En chronique, il va y avoir apparition de pathologies respiratoires avec notamment des bronchites chroniques.

L'autre action de l'ammoniac est de rendre basique la nicotine (alcaloïde) et qu'elle soit ainsi plus facilement assimilable que sous sa forme acide. L'effet de la nicotine est alors multiplié par 100 sur le cerveau.(36)

e) Les métaux lourds

- Cadmium : il se substitue au calcium du corps et peut perturber la mécanique squelettique en créant une porosité et une fragilité générale.
- Chrome : accumulé sous certaines formes chimiques il représente un pouvoir cancérigène avéré.
- Plomb : forte accumulation dans l'organisme avec notamment des pathologies rénales

La dangerosité des métaux lourds est due à leur accumulation dans l'organisme avec le temps et le mélange de leurs diverses toxicités.(37)

f) Autres

Le polonium 210 est radioactif et très toxique même à faible dose. Il est présent dans la fumée de cigarette à cause des engrais utilisés pour la culture du tabac. Ces faibles doses d'irradiation cumulées ont une responsabilité dans les cancers du poumon du fumeur.(38)

6) Pathologies du fumeur

Il n'y a pas de tabagisme sans risque pour la santé. La consommation d'une cigarette de temps en temps est déjà nocive. Une étude a démontré une mortalité et

une morbidité significative chez les petits fumeurs avec des risques cardiovasculaires et de cancer du poumon. Bien entendu, la toxicité de la cigarette augmente avec la fréquence de consommation et la durée du tabagisme dans le temps. (39)

Selon une étude de Santé Publique France réalisée en 2015, le tabac a fait sur cette année-là environ 75000 morts, ce qui en fait la première cause de décès évitables. Plus de deux tiers de victimes sont des hommes.

a) Cardiovasculaires

La toxicité cardiovasculaire chez le fumeur chronique est présente même avec des quantités très faibles.

Le principal coupable de l'ensemble de ces problèmes va être le monoxyde de carbone présent dans la fumée. Il prend la place de l'oxygène sur l'hémoglobine des globules rouges, il réduit ainsi le transport de l'oxygène dans l'ensemble du corps.

◆ Spasmes et souffrance artérielle :

La mauvaise oxygénation des artères va entraîner un phénomène de spasme, il y a une diminution brutale du flux suite à une contraction de la paroi. L'élasticité des vaisseaux sanguins va diminuer, on est ici face à de l'hypertension artérielle.

Si une artère coronaire subit un spasme, il peut y avoir une occlusion totale, ce qui provoque l'angine de poitrine et peut entraîner un infarctus du myocarde. Le fumeur a 3 fois plus de risques que le reste de la population d'avoir un infarctus du myocarde. Le fumeur passif est lui aussi concerné mais dans des proportions plus faibles.

◆ Insuffisance cardiaque :

Ici, c'est le cœur qui est directement concerné par les effets du CO :

- la distribution de l'oxygène par le sang étant moins efficace, le cœur va compenser, avec pour conséquence une tachycardie et un épaississement des parois.
- Le cœur est lui-même moins bien perfusé en oxygène.

Le tabagisme est donc responsable d'une possible insuffisance cardiaque.(40)

◆ Augmentation de la coagulation sanguine :

Les globules rouges vont augmenter en nombre pour compenser la formation de carboxyhémoglobine. La viscosité du sang va donc augmenter.

De par son effet inflammatoire le tabac va aussi augmenter la quantité de fibrinogène dans le sang.

Ces deux mécanismes vont aboutir à la formation de caillots sanguins, avec sténoses et occlusions, dans les artères. Une ischémie va être observée dans les organes en aval de ces vaisseaux.

Si la sténose se forme dans une artère coronaire, il va y avoir un risque d'infarctus du myocarde.

Si le caillot se forme dans une artère cérébrale, le patient risque de faire un AVC qui peut avoir des séquelles irréversibles.

Au niveau des membres inférieurs, il y aura un risque d'artériopathie oblitérante ou artérite. 90 % des personnes atteintes sont fumeuses. Elle peut être longtemps silencieuse et se manifeste par des crampes dans les différents muscles de la jambe, cela cause une claudication intermittente. Les crampes disparaissent à l'arrêt de la marche. Des douleurs vont apparaître dans les jambes au repos en position allongée, et des sensations de brûlures sont ressenties lorsque celles-ci sont surélevées. Ces douleurs parfois très violentes s'expliquent par une ischémie pouvant entraîner des nécroses.

Toute plaie ou ulcération de la peau est à surveiller car cela peut rapidement évoluer en gangrène (par manque total de vascularisation) qui nécessite une amputation. (41)

Enfin, au niveau sexuel, cette thrombose dans les vaisseaux du pénis peut être responsable de trouble de l'érection.

◆ Athérosclérose :

Le CO va avoir une action génétique encore mal expliquée, entraînant une diminution du HDL-cholestérol, qui a un rôle de protecteur vasculaire. On constate chez le fumeur, une augmentation de l'athérosclérose.

Le tabac a aussi une forte action inflammatoire, ce qui va chez les patients ayant une alimentation grasse, favoriser l'athérosclérose. Il y a formation de plaques graisseuses dans la paroi des artères de moyen et gros calibre.

En cas de spasme artériel, ces plaques peuvent se casser. On a alors les mêmes symptômes que pour les caillots sanguins : angor, infarctus du myocarde, AVC et artérite.

Chez les moins de 50 ans, quel que soit le sexe, 80 % de ces accidents cardio-vasculaires sont imputables au tabac.

Le tabagisme chronique, multiplie par 2 les risques d'AVC.

Attention, chez la jeune femme, ce risque est multiplié par 4 s'il y a prise associée d'une pilule contraceptive œstroprogestative, favorisant elle-même la coagulation sanguine. Il faudra alors conseiller un sevrage tabagique ou l'utilisation d'un stérilet ou d'un implant.

b) Respiratoires

- ◆ Diminution du VEMS : Le VEMS est le Volume Expiratoire Maximal par Seconde, mesuré en spirométrie, il permet d'évaluer les capacités respiratoires d'un patient et de détecter des maladies bronchiques et/ou pulmonaires. Il correspond au volume d'air expiré pendant la première seconde d'une expiration brutale suite à une profonde inspiration.

À âge égal, l'homme a un VEMS supérieur à celui de la femme.

Chez l'homme sain, le pic de VEMS se situe environ à 23 ans.

Chez l'homme fumeur, ce pic est absent, ce qui prouve que le tabagisme dès l'adolescence diminue le développement pulmonaire.

Quel que soit le sexe, le VEMS chez le sujet sain stagne puis diminue avec l'âge jusqu'à la fin de vie. Chez le fumeur, cette réduction commence dès la mise en place du tabagisme et va diminuer plus rapidement que chez le non-fumeur.(42)

- ◆ Le tabagisme actif ou passif est le principal facteur de risque de la BPCO. Attention, tous les fumeurs ne seront pas atteints, elle nécessite un terrain génétique favorable. Les symptômes sont une toux régulière et un essoufflement.

Il est évalué entre autres par la mesure du VEMS. Il est important de diagnostiquer cette obstruction le plus tôt possible car elle est irréversible dès le stade 1. Dès la pose du diagnostic il sera impératif pour le patient d'arrêter de fumer et de se soigner.

Cette BPCO chez le fumeur s'explique par la composition même de la fumée du tabac, elle est caractérisée par :

- une bronchite chronique : les agents irritants et les goudrons vont entraîner la destruction des cils bronchiques ainsi que l'épaississement et l'augmentation des sécrétions bronchiques. Résultat, le fumeur tousse beaucoup au réveil.

Les voies respiratoires exposées à la fumée sont dans un état inflammatoire constant. Cela va aboutir à une obstruction des bronches.

La bronchite chronique est caractérisée par une toux persistante 3 mois par an, cela durant 2 années consécutives.

- un emphysème : l'acroléine et les oxydes d'azote vont entraîner des lésions de la paroi des alvéoles pulmonaires.

Le monoxyde de carbone va diminuer la qualité des échanges gazeux dans le corps, forçant le système pulmonaire à augmenter son activité par compensation.

L'obstruction bronchique va augmenter lui aussi l'activité pulmonaire.

Face à la chronicité, et à ces mécanismes, les alvéoles perdent leur élasticité, elles se remplissent d'air mais n'arrivent plus à l'expulser.

Aussi, on observe une augmentation des lymphocytes T CD8+ dans les poumons, sous l'action de la fumée. Ils libèrent des enzymes protéolytiques qui vont entraîner

la mort des cellules alvéolaires par apoptose.(43)

L'expiration du fumeur devient alors un mécanisme volontaire. Cet emphysème apparaît donc plus tardivement dans la BPCO, il marque une insuffisance respiratoire chez le patient. (44–46)

- ◆ Maladies infectieuses : elles profitent de la fragilisation des mécanismes de défense immunitaire (dégradations des cils bronchiques, stagnation du mucus et agression des muqueuses) dans les voies respiratoires des fumeurs. On retrouve ainsi une majoration des infections bactériennes, virales ou même tuberculeuses. Par exemple, le rhume est deux fois plus fréquent chez le fumeur avec des symptômes majorés et qui durent dans le temps.
- ◆ Aggravation des symptômes de l'asthme : crises plus fréquentes et plus intenses.

Il existe un lien entre le tabagisme chez la femme enceinte et des symptômes asthmatiques (sifflements) chez le futur enfant jusqu'à ses 6 ans.

De plus, il y a une exacerbation de l'asthme chez les enfants subissant le tabagisme passif de leurs parents.

Enfin, la prise en charge médicamenteuse par corticoïdes (oraux ou inhalés) est moins efficace chez le fumeur que chez le non-fumeur, avec un impact sur la survie en cas d'asthme aigu grave.(47)

Moins grave mais tout de même à noter, le tabagisme réduit le goût et l'odorat chez le fumeur. Cela est observable même avec la consommation d'une seule cigarette.(48)

c) Cancéreuses

La durée du tabagisme a plus d'importance que la consommation quotidienne. Le tabagisme serait responsable d'environ 20 % des nouveaux cas de cancer chaque année.

Le tabac augmente de manière significative les risques de développer les cancers suivants :

- bronches et poumon,
- vessie, pancréas, reins et foie,
- œsophage, estomac, colon et rectum,
- cavité buccale, pharynx et larynx, nez et sinus,
- col de l'utérus,

- moelle osseuse.

L'augmentation du risque est ici dépendante du score paquet-année du patient.

Le paquet-année se définit par : le nombre de paquets (de 20 cigarettes) fumés par jour multiplié par le nombre d'années où le fumeur a fumé cette quantité.

◆ Cancer des bronches et du poumon

C'est la première cause de mortalité du fumeur. 80 % des cancers du poumon touchent des fumeurs.

Environ 40 % des décès par cancer du poumon ont lieu avant 65 ans (42 % chez la femme, 38 % chez l'homme).

C'est un cancer avec un mauvais pronostic, 5 ans après le diagnostic, seul 15 % des patients ont survécu.

Le risque pour un fumeur de contracter ce cancer est de 15 à 30 fois supérieur à celui d'un non-fumeur, ce chiffre peut augmenter avec la durée et l'intensité du tabagisme, ainsi que selon l'âge de commencement.

Ce cancer s'explique par :

- le dépôt des produits chimiques de la fumée directement dans les voies respiratoires. Le goudron et les nitrosamines sont les éléments les plus délétères de cette contamination, ils se déposent en grande quantité dans les poumons, et sont cancérigènes.
- La fumée de cigarette inhibe les cellules Natural Killer qui jouent un rôle anti-tumoral majeur.(49)

Les symptômes de ce cancer sont nombreux :

- présence de sang dans les expectorations,
- toux fréquentes qui ne guérissent pas,
- bronchites et pneumonies fréquentes,
- douleur dans le thorax,
- modification de la voix (plus rauque),
- affaiblissement et amaigrissement. (50)

◆ Cancer de la vessie

Les molécules cancérigènes du tabac passent dans le sang et se répandent dans tous les organes, la vessie les stocke dans l'urine entre deux mictions.

Le patient fumeur a 4 fois plus de chances de se voir atteint de ce cancer.

Le cancer de la vessie est majoritairement présent chez l'homme (80 %).

L'action cancérigène des nitrosamines du tabac en est la principale raison.

Chez le fumeur, du sang dans les urines, une perturbation de la fréquence des mictions ou des douleurs mictionnelles sont des signes d'alertes.

La majorité des décès liés à ce cancer ont lieu après 65 ans (85 %).
La survie nette à 5 ans est d'environ 50 %, contre seulement 40 % à 10 ans après le diagnostic.

◆ Cancer du rein

Le rein va filtrer les molécules cancérigènes présentes dans le sang du patient pour les envoyer ensuite dans l'urine et la vessie.

Un fumeur a 1,5 fois plus de chances de développer ce cancer que le non-fumeur.

Le sevrage est une bonne chose, après 15 ans d'arrêt, le risque pour ce cancer diminue de 15 %.

Cette pathologie est asymptomatique à un stade précoce.

À un stade plus avancé on peut observer : du sang dans les urines (hématurie), une lombalgie, une possible masse palpable.

Ce type de cancer touche majoritairement les hommes (presque 70 %).

La majorité des décès liés à ce cancer ont lieu après 65 ans (85 %).

La survie nette à 5 ans est d'environ 65 %, contre 55 % à 10 ans après le diagnostic.
(51)

◆ Cancer du pancréas

Pour le cancer du pancréas, plus de 20 % des décès sont imputables au tabac.

Avec un score de 10 paquets-années le patient a plus de 60 % de risques en plus de développer ce type de cancer.(52)

◆ Cancer colorectal

Un patient ayant un score de 60 paquets-années a 1,5 fois plus de chances d'être diagnostiqué de ce cancer.

Il se caractérise par :

- du sang dans les selles, chez le fumeur même atteint d'hémorroïdes cela doit être un signe d'alerte,
- une anémie ferriprive sans raison,
- une alternance de constipation et/ou diarrhée, persistante malgré une prise en charge médicale,
- une masse palpable au toucher rectal ou à la palpation abdominale.

La majorité des décès par cancer colorectal ont lieu à un âge avancé (81 ans chez la femme, 78 ans chez l'homme).

La survie nette à 5 ans était estimée en 2008 à 56 %, et à 50 % à 10 ans.

◆ Cancer de l'œsophage

Un individu qui fume un paquet de cigarettes par jour ou plus, a au moins deux fois plus de chances de développer un adénocarcinome de l'œsophage qu'un non-fumeur. Le risque ne disparaît pas si le tabagisme cesse.

◆ Cancer des voies aérodigestives supérieures

Le risque de développer ce type de cancer chez un fumeur est multiplié par 2. Chez le fumeur, le fait de consommer de l'alcool conjointement va multiplier son risque par 13. Le risque est encore plus grand chez un grand fumeur alcoolique de longue durée.

Plusieurs signes permettent d'orienter le diagnostic :

- douleur chronique à la déglutition,
- leucoplasie (lésion blanche de la cavité buccale, d'un diamètre inférieur à 5 mm, ne pouvant pas être détachée par le grattage),
- érythroplasie (plaque veloutée, rouge brillant, uniforme sans trace de kératinisation, très étendue, à limite nette, souvent indolore),
- érythroleucoplasie (leucoplasie tachetée ou mouchetée, est une lésion mixte généralement asymptomatique formée de foyers de kératose et d'érythème, qui entre dans la catégorie des leucoplasies non homogènes).

Ce type de cancer touche très majoritairement les hommes, dans plus de 70% des cas.

Le diagnostic a lieu 90 % du temps chez des patients âgés de plus de 50 ans.

Plus spécifiquement pour ce qui est du cancer du larynx :

Le tabagisme multiplie le risque par 10, et la moitié des patients atteints en meurent.

Le tabagisme agit à plusieurs niveaux en modifiant la structure de sa muqueuse :

- les goudrons ont une action directe,
- la chaleur de la fumée va entraîner des brûlures chroniques, elles vont être à l'origine du mécanisme cancéreux.

Plusieurs symptômes spécifiques :

- douleur irradiant vers les oreilles,
- sentiment de corps étranger dans la gorge avec toux associée pour l'expulser,
- dyspnée,

- dysphonie (voix modifiée, enrouée), si elle dure plus d'un mois elle doit faire penser à un cancer du larynx.

Le traitement peut nécessiter une ablation totale qui laisse un trou caractéristique dans la gorge.(53)

d) Autres

◆ Complications péri-opératoires cutanées

Il est recommandé d'arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant une intervention chirurgicale.

En effet, le tabagisme chronique altère la cicatrisation et les défenses immunitaires. Plusieurs mécanismes vus précédemment l'expliquent, mauvais transport de l'oxygène, vasoconstriction et augmentation de la coagulation.

Il y a de fort risques de nécroses et d'infections post-opératoires chez les fumeurs. (54)

◆ Diabète de type 2

Une association significative a été observée entre le tabagisme et le risque de survenue du diabète de type 2. Ce risque comme beaucoup d'autres augmente avec la quantité de cigarettes fumées. Il concerne l'homme et la femme, avec une augmentation par 3 du risque.(55)

◆ Maladie de Crohn

C'est une affection chronique, inflammatoire, du système digestif, qui évolue par poussée. Elle se caractérise par des douleurs digestives et des diarrhées qui durent plusieurs semaines/ mois.

Chez le fumeur, le risque de développer cette maladie est multiplié par 2.

Chez le malade, le tabagisme même faible, va augmenter l'intensité et la fréquence des poussées.(56)

◆ Pathologies oculaires

- Perte de la vue : une hypoxie au niveau oculaire, due notamment au CO du tabac et la fumée elle-même, peut amener le fumeur à perdre progressivement la vue.
- Cataracte : elle correspond une opacification du cristallin de l'œil, entraînant une perte de la vue progressive. Le tabagisme multiplie ce risque par 2.

- Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) :

Cette pathologie représente la première cause de handicap visuel chez les plus de 50 ans. Environ 30 % des plus de 75 ans sont concernés, tous sexes confondus. Elle correspond à une dégradation d'une partie de la rétine, la macula. Cela a pour conséquence une perte de la vision centrale.

Le tabagisme multiplie par 3 les risques. C'est le premier facteur de risque évitable dans cette maladie.(57)

◆ Maladies parodontales

La fumée perturbe l'équilibre biologique de la bouche, il favorise ainsi les pathologies parodontales :

- perturbation de la salivation,
- mauvaise vascularisation des gencives,
- diminution de la capacité de cicatrisation et risques d'infections,
- mélanose : production excessive de mélanine dans la muqueuse buccale, asymptomatique et réversible à l'arrêt du tabac,
- les plus caractéristiques sont : saignement des gencives, perte des dents, coloration des dents et mauvaise haleine.(58)

e) Procréation et grossesse

- ◆ Chez la femme en âge de procréer le tabagisme a pour conséquence :

- un risque d'infertilité multiplié par 2,
- un allongement de la durée de conception, en moyenne d'un an,
- une réduction des chances de succès de la procréation médicalement assistée,
- une augmentation du risque de fausse couche et du risque de grossesse extra-utérine.(28)

- ◆ Chez l'homme le tabagisme diminue la qualité globale du sperme en agissant sur la mobilité et la qualité des spermatozoïdes. Ce qui a pour conséquence une baisse de la fertilité.

◆ L'exposition fœtale au tabac pendant la grossesse est responsable de :

- grossesse extra-utérine,
- mort fœtale,
- retard de croissance,
- prématurité,
- hématome rétro-placentaire,
- rupture prématurée des membranes,
- un mal-être fœtal important, notamment dû à une hypoxie chronique causée par le CO.

Elle majore les risques suivants :

- malformations : cardiaque, fente palatine ou fente labiale (bec-de-lièvre),
- absence d'effet tératogène, mais une augmentation spécifique sur ces risques de malformations,
- mort subite du nourrisson,
- pathologies respiratoires chez le nourrisson,
- addiction à la nicotine chez le futur adolescent puis adulte.

Attention toute infection parodontale chez la femme enceinte, représente un risque obstétrical.(59)

II) Nicotine : molécule de la dépendance

1) Définition de la dépendance

Pour qu'un produit procure une addiction, il doit entraîner des effets positifs et des effets négatifs chez l'usager, à tel point qu'il puisse lui-même associer les effets à la prise.

- le renforcement positif : le consommateur ressent des conséquences positives, ce qui le pousse à renouveler sa prise de plus en plus fréquemment. (bien-être, plaisir).

- Le renforcement négatif : soulagement d'une sensation négative par la prise (soulagement d'une douleur).

En 1975, l'OMS définit la dépendance en général comme : « un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres, qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (sevrage). La tolérance peut être présente ou non ».

Selon la Classification Internationale des Maladies (CIM-10), l'addiction au tabac est classée dans les « Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives », elle précise que trois des manifestations suivantes doivent avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

- « Craving » : désir puissant d'utiliser une substance psychoactive. Chez les sujets dépendants, il peut persister pendant des années ou être réactivé. C'est un facteur de risque de rechute.
- Utilisation incontrôlable de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation).
- Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation. Utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- Tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité de plus en plus importante pour obtenir l'effet désiré.
- Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive.
- Accroissement du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets.
- Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives (appauvrissement, pathologies).(60)

Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), il s'agit d'un « trouble de l'usage d'une substance ». Il y a 11 critères similaires à ce du CIM-10 :

1. Une consommation plus importante en quantité, ou durant une période plus longue que prévu.
2. Un désir persistant, ou des efforts inefficaces pour réduire cette consommation.
3. Beaucoup de temps est consacré à l'obtention, l'utilisation, et la récupération des effets de la substance.

4. Un besoin impérieux de consommation (craving).
5. Consommation répétée avec incapacité de remplir ses obligations socio-professionnelles.
6. Consommation continue malgré des problèmes causés.
7. Abandon ou diminution des activités socio-professionnelles et de loisir.
8. Consommation répétée dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
9. Consommation poursuivie en toute connaissance de cause de problèmes persistants ou récurrents.
10. La tolérance est définie par un besoin de quantité plus forte pour obtenir l'effet désiré, ou par la diminution de l'effet par usage d'une même quantité.
11. Le sevrage se manifeste par un syndrome caractéristique de la substance, ou par la prise de la substance pour éviter ou soulager les symptômes de sevrage.

La sévérité dépend du nombre de troubles observés :

- forme légère 2 à 3,
- forme moyenne 4 à 5,
- forme grave pour plus de 6.(61)

De ces définitions se dégage trois types de dépendance :

- la dépendance physique : expliquée par l'action d'une substance sur l'organisme de manière pharmacologique. Elle explique le syndrome de sevrage tabagique. La cigarette procure détente, stimulation intellectuelle, effet anti-dépresseur et coupe-faim.
- La dépendance psychologique ou craving : un désir puissant et persistant de consommer.
- La dépendance comportementale : elle est associée aux habitudes et à l'environnement du consommateur. Le tabagisme devient une habitude. La gestuelle aura une place prépondérante dans cette dimension, ce qui explique le fait que les fumeurs basculent vers d'autres addictions (nourriture, cigarette électronique) lors du sevrage tabagique. Elle dépend aussi grandement de la pression sociale.

La sensibilité de chaque individu à la dépendance est influencée par plusieurs facteurs :

- la génétique : cela va créer un terrain favorable,
- le stress : il augmente la sensibilité aux psychotropes et est un grand facteur de rechute,
- l'adolescence : chez le jeune, le cerveau est encore immature, la consommation de psychotropes aboutit à un remodelage de celui-ci ; cela entraînera une plus grande addiction chez le futur adulte,
- l'environnement.(62)

La dépendance n'est pas simplement due à un manque de volonté ou de désir d'arrêter, il faudra bien avoir cela en tête au moment de s'adresser au patient.

2) La nicotine

La nicotine est la molécule du tabac qui explique l'ampleur de la dépendance physique à la cigarette.

Elle est la substance qui rend le plus dépendant, loin devant l'héroïne, la cocaïne et l'alcool ; 90 % des fumeurs sont dépendants à la cigarette. C'est une addiction qui se développe très rapidement après le début de la consommation.

Plus le patient commence jeune à fumer, plus il aura de risques d'être dépendant à l'âge adulte.

La nicotine est un alcaloïde toxique issu du tabac. C'est un liquide huileux incolore qui brunit en présence d'air ou de lumière.

Cette molécule est rapidement absorbée par voie orale, cutanée et respiratoire pour se retrouver ensuite dans plusieurs organes dont le cerveau et le foie. Elle est capable de traverser la barrière placentaire. La nicotine a une demi-vie sanguine très courte, environ 2 heures. Elle est métabolisée, principalement au niveau hépatique ; plusieurs métabolites ont été identifiés, dont la cotinine et la nicotine N-oxyde. Elle est rapidement éliminée dans les urines sous forme métabolisée.

Son absorption à travers les membranes cellulaires est dépendante du pH de la fumée :

- à pH acide (tabac blond) : la nicotine passe difficilement les membranes, elle est donc principalement absorbée au niveau de la large surface composée par les alvéoles pulmonaires,
- à pH basique (pipe, cigare, TNS buccaux, associé à de l'ammoniac) : la nicotine passe facilement les membranes, elle est directement absorbée au niveau de la muqueuse buccale.(63)

Fumer est un mode de consommation particulièrement efficace pour la distribution de la nicotine en passant par la circulation pulmonaire. Celle-ci atteint le

cerveau en moins de 20 secondes, beaucoup plus vite que par une perfusion sanguine. Il y a un effet de « shoot ». Il va y avoir un pic de concentration très important au niveau du cerveau.

Les patches de nicotine se libéreront eux dans le sang, il n'y aura alors pas d'action très rapide et pas de pic d'action. Même chose pour les autres formes de TNS. Cette absence de pic rend la nicotine beaucoup moins addictive.

La nicotine est métabolisée à 90 %. La voie de détoxification est la métabolisation par le cytochrome p450 (CYP 2A6 principalement), avec formation de cotinine.(64)

La nicotine se lie aux tissus du cerveau avec une affinité élevée (liaison aux récepteurs nicotiques de l'acétylcholine). Elle agit au niveau du noyau accumbens qui contrôle le système de la récompense.

La nicotine remplace l'acétylcholine et provoque l'ouverture du récepteur nicotinique, de manière plus prolongée, libérant plus d'ions sodium (Na^+). Ces derniers vont engendrer une excitation neuronale importante et donc une libération massive de dopamine dans le noyau accumbens.

De la sérotonine est aussi libérée, elle va avoir un rétro-contrôle sur cette libération de dopamine en entraînant sa recapture. Mais la fumée de cigarette contient aussi des IMAO, qui vont bloquer ce rétrocontrôle et permet une grande libération de la dopamine sans recapture.

L'activation massive et continue des récepteurs nicotiques va entraîner sa désensibilisation. Ce phénomène va expliquer la tolérance au tabac. Au fur et à mesure de la journée de plus en plus de récepteurs se désensibilisent, d'où une augmentation de la consommation de tabac dans le but de faire augmenter la nicotémie.

Lors de l'arrêt prolongé de la stimulation des récepteurs (la nuit), ceux-ci vont se resensibiliser. Ainsi au réveil le fumeur a un grand sentiment d'inconfort (nicotémie faible) et une forte envie de fumer, le plaisir sera décuplé avec la première cigarette du matin.

C'est un cercle vicieux qui pousse à la consommation tout au long de la journée et entretient la dépendance sur le long terme : les pics de nicotine dus à l'inhalation répétitive de fumée de cigarette provoquent des pics de dopamine dans le cerveau et ainsi une alternance de satisfaction puis de sensation de manque.

Le délai entre le réveil et la première cigarette est un bon indicateur de la dépendance physique du fumeur.

À forte dose, la nicotine a une action sympathomimétique périphérique :

- cardiovasculaire : vasoconstriction périphérique (augmentation de la tension artérielle) et augmentation du rythme cardiaque.
- Digestive : diminution des contractions et sécrétions gastriques (effet coupe-faim, constipation).(65)

3) Co-addiction

Lorsque au moins deux substances sont consommées ensemble on parle d'usage concomitant. C'est une pratique plutôt observée chez l'homme jeune. En 2000, près de 20 % des Français de 18 à 44 ans déclaraient avoir fait une polyconsommation de plusieurs psycho-actifs dont le tabac, l'alcool et le cannabis. L'usage concomitant chronique concerne 15 % de cette population.

Cette polyconsommation s'explique par :

- la recherche d'un effet différent (euphorie, régulation),
- la recherche d'augmentation des effets,
- un entraînement d'une substance par une autre,
- le remplacement d'une substance manquante,
- la situation socio-économique :
 - chez l'adolescent : l'entourage familial consommateur, l'influence culturelle (convivialité et intégration sociale), la personnalité (fuite du réel, maladies psychologiques), le niveau de vie.
 - Chez l'adulte : être un homme et jeune, le chômage, les difficultés économiques et le stress.
 - Chez la personne âgée : l'isolement social (veuvage, célibat), la maladie.

Dans tous les cas, la consommation d'un des deux produits peut prédominer et le consommateur n'est pas toujours dépendant de toutes les substances. De manière générale, la polyconsommation entraîne une augmentation des risques de dépendance, des risques pour la santé et des risques de rechute en cascade.(66)

a) Alcool

L'alcool est culturellement très intégré dans nos sociétés, c'est la substance psycho-active la plus consommée en Europe.

Les fumeurs, de par leur profil dépendant sont plus à risque de consommer de l'alcool et de devenir alcoolique.

Une alcoolisation excessive chez le fumeur entraîne souvent une consommation très intense de tabac au même moment. Et vice-versa les grands fumeurs ont tendance à boire abondamment de l'alcool.

Les personnes buvant régulièrement de l'alcool ont plus de chances de fumer. Cela

s'explique aussi par le contexte dans lequel le patient va boire (soirée, ambiance festive) qui va souvent prêter à la désinhibition. 90 % des alcooliques sont ainsi dépendants au tabac.

La polyconsommation régulière alcool-tabac concerne 3 % de la population adolescente en France (source OFDT 2007).

Aussi, les fumeurs ont presque 3 fois plus de chances d'être alcooliques.

L'alcool chez le fumeur est problématique à plusieurs niveaux :

- sa consommation chronique associée au tabac va très fortement augmenter les risques de survenu dans les cancers du fumeur.
- L'alcool et le tabac sont très souvent associés chez les jeunes. Or plus le patient consomme des substances addictogènes tôt, plus il aura de risques d'être dépendant.
- Le sevrage tabagique est très compliqué pour le patient consommateur d'alcool, il va être confronté à de nombreuses tentations, la facilité de se procurer des cigarettes notamment en soirée et une levée d'inhibition sous l'emprise de l'alcool. Les rechutes seront donc plus nombreuses que chez un autre fumeur, avec une pression sociale et un contexte environnemental défavorable.(67)

b) Cannabis

Le cannabis est le nom générique de la plante, elle est consommée sous forme de plante (marijuana) ou résine (haschisch).

Le premier risque de cette consommation associée est la potentialisation de l'effet de la fumée du tabac car :

- plus grand volume aspiré,
- plus grande profondeur de respiration,
- plus longue rétention de la fumée.

Ainsi, par exemple, les effets du CO et des goudrons sont augmentés, d'où une nocivité accrue. Le principal risque augmenté est celui de cancer du poumon.

Le cannabis est mieux perçu par les jeunes que le tabac car :

- plus naturel,
- moins toxique,

- moins addictif,
- plus récréatif.

Mais la majorité des fumeurs de cannabis consommant du tabac dans les « joints ».
(Figure 11)

La polyconsommation régulière cannabis-tabac concerne 1 % de la population adolescente en France (source OFDT 2007).
Près de 12 % des 20-24 ans consomment régulièrement l'association cannabis-tabac.

Un fumeur de tabac plus cannabis a 8 fois plus de chances d'être dépendant à la nicotine qu'un simple fumeur de cigarette.

Le projet d'arrêt du tabac est moins fréquent chez les fumeurs de cannabis. Idéalement il faudrait réussir à stopper les deux pour éviter les risques de rechute. L'arrêt de la cigarette est à risque chez le fumeur de cannabis car celui-ci va compenser par la marijuana ayant une forte nocivité, et contenant aussi de la nicotine.

Le sevrage du cannabis est lui aussi très compliqué si le patient continue la cigarette.

Dans les deux cas il y aura beaucoup de rechutes car le fumeur conserve la dépendance à la nicotine ainsi que la dépendance gestuelle. (68)

Attention chez la femme enceinte, la consommation de cannabis augmentera grandement les risques vus précédemment et notamment celui de fausse couche.



Figure 11 : « Joints » composés de tabac et de cannabis (69)

c) Autres

Comme pour l'alcool et le cannabis, le fumeur, sera plus sensible aux molécules psychotropes. Il possède une conduite addictive lui procurant un risque plus élevé de développer d'autres addictions notamment à :

- la cocaïne et l'héroïne : elles ont un haut pouvoir addictogène. Le fumeur jeune festif est le principal concerné,
- les médicaments psychotropes : obtenus avec ou sans ordonnance. Selon l'OFDT en 2009, cette consommation associée au tabac et à l'alcool est majoritairement présente chez les plus de 60 ans en France.(70)

La plupart des fumeurs de cigarettes ont une relation particulière avec le café. Il existe une association entre les deux, une augmentation de la consommation de café entraînera une augmentation de la consommation de cigarettes et inversement. Les deux substances ont un effet psychostimulant qui entraîne un renforcement positif chez le fumeur.

Le café occupe une place importante au niveau comportemental. Ainsi il sera conseiller de l'arrêter lors du sevrage pour éviter de se retrouver dans des circonstances habituelles de tabagisme.

Quel que soit la polyconsommation existante, le patient va souvent la nier ou la minorer (reconnaître une seule dépendance), que ce soit auprès de son entourage ou de son médecin. Cela va rendre sa prise en charge encore plus difficile.(71)

4) Évaluation du patient fumeur

Avant de commencer quelle que soit la forme de traitement, il est primordial d'évaluer le niveau de dépendance au tabac du patient, ainsi que ses motivations. Cela permettra ensuite de lui proposer la forme la plus adaptée à la réussite de son futur sevrage.

Nous allons voir dans un premier temps les questionnaires, utilisables à l'officine ; puis dans un second temps les tests biologiques.

a) Le test de Fagerström

Le test de Fagerström est utile pour évaluer la dépendance physique au tabac, chez le patient désirant arrêter de fumer. C'est un test de référence composé de 6 questions :

1. Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?
 - a. Dans les 5 minutes 3

- | | |
|-----------------------|---|
| b. De 6 à 30 minutes | 2 |
| c. De 31 à 60 minutes | 1 |
| d. Après 60 minutes | 0 |
2. Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits où c'est interdit ?
- | | |
|--------|---|
| a. Oui | 1 |
| b. Non | 0 |
3. À quelle cigarette de la journée vous serait-il le plus difficile de renoncer ?
- | | |
|----------------|---|
| a. La première | 1 |
| b. Une autre | 0 |
4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?
- | | |
|----------------|---|
| a. 10 ou moins | 0 |
| b. 11 à 20 | 1 |
| c. 21 à 30 | 2 |
| d. 31 ou plus | 3 |
5. Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?
- | | |
|--------|---|
| a. Oui | 1 |
| b. Non | 0 |
6. Fumez-vous lorsque vous êtes si malade que vous devez rester au lit presque toute la journée ?
- | | |
|--------|---|
| a. Oui | 1 |
| b. Non | 0 |

Plus le score est élevé, plus le patient est dépendant et aura de risque de rechute. Il est interprété ainsi :

- 0 à 2 points : pas de dépendance,
- 3 à 4 points : dépendance faible,
- 5 à 6 points : dépendance moyenne,
- 7 à 8 points : dépendance forte,

- 9 à 10 points : dépendance très forte.(72)

b) Le test simplifié de Fagerström

Aussi appelé HSI (Heaviness Smoking Index). Il comporte uniquement deux questions pour cibler le profil du fumeur. Même si ce test est très court, il permet au consommateur de se questionner ensuite sur son tabagisme.

1. Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

a. Dans les 5 minutes	3
b. De 6 à 30 minutes	2
c. De 31 à 60 minutes	1
d. Après 60 minutes	0

2. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

a. 10 ou moins	0
b. 11 à 20	1
c. 21 à 30	2
d. 31 ou plus	3

Plus le score est élevé, plus le patient est dépendant et aura de risque de rechute. Il est interprété ainsi :

- 0 à 1 point : pas de dépendance,
- 2 à 3 points : dépendance modérée,
- 4 à 6 points : dépendance forte.

Ces deux tests ont pourtant deux biais. Premièrement ils ne sont pas adaptés aux fumeurs occasionnels, pour qui le tabac est un vrai problème, veulent arrêter et se trouve face à un résultat souvent compris entre 0 et 2. Ensuite, ils ne prennent en compte que la dimension physique de l'addiction.

c) Le test de Horn

Le test de Horn a pour but d'établir un profil psychologique du fumeur et de déterminer les motivations qui le poussent à consommer. On s'intéresse ici à la dépense psychique.

Il est composé de 18 questions classées de A à R :

- A : les cigarettes m'aident à rester éveillé(e), concentré(e), efficace.
- B : C'est agréable de tenir une cigarette entre les doigts.
- C : Fumer est pour moi une détente.
- D : J'allume une cigarette quand je suis soucieux(se), contrarié(e).
- E : Quand je n'ai plus de cigarettes, je cours en acheter.
- F : Je ne remarque même plus quand je fume, c'est tout à fait automatique.
- G : Je fume pour me donner du courage, pour me mettre en forme.
- H : Le simple fait d'allumer une cigarette procure aussi du plaisir.
- I : Il y a une quantité de plaisirs dans l'acte de fumer.
- J : Je fume quand je suis mal à l'aise ou quand je suis énervé(e).
- K : Je ne suis pas dans le coup quand je ne fume pas.
- L : J'allume une cigarette alors qu'une autre brûle dans le cendrier.
- M : Je fume pour retrouver mon entrain.
- N : J'ai du plaisir à regarder les volutes de la fumée.
- O : Je fume quand je me sens bien détendu(e).
- P : Je fume pour oublier quand j'ai le cafard.
- Q : Quand je n'ai pas pu fumer pendant un moment le désir devient irrésistible.
- R : Je constate parfois avec étonnement que j'ai une cigarette dans la bouche.

Pour chacune des questions, 5 réponses possibles, chaque réponse attribue un nombre de points :

- toujours = 5 points,
- souvent = 4 points,
- moyennement = 3 points,
- parfois = 2 points,

- jamais = 1 point.

Il y a ensuite 6 catégories de résultats :

- stimulation = A + G + M,
- plaisir du geste = B + H + N,
- relaxation = C + I + O,
- anxiété et soutien = D + J + P,
- besoin absolu = E + K + Q,
- habitude acquise = F + L + R.

Une catégorie obtenant un score de 10 est une raison qui motive le fumeur.(73)

d) Critères de dépendance au tabac selon le CIM-10

Selon la CMI-10, le diagnostic de la dépendance au tabac passe par l'observation pendant un mois d'au moins 3 des critères suivants :

- forte envie / désir impérieux de consommer du tabac,
- perte de contrôle sur la consommation, tentatives infructueuses / souhait permanent de réduire/contrôler sa consommation tabagique,
- symptômes de manque physique lors de la réduction ou de l'arrêt de la consommation de tabac,
- développement d'une tolérance,
- abandon des centres d'intérêt ou de divertissement en faveur de la consommation de tabac,
- maintien de la consommation malgré les méfaits du tabagisme.(60)

La recherche de ces critères est recommandée par la HAS en complément du test de Fagerström.

e) Test HAD

On sait qu'il existe une relation forte entre la dépression et le tabagisme.

L'humeur dépressive est un marqueur du sevrage tabagique. Les personnes dépressives ont plus de mal à se sevrer et l'envisagent moins.

Le test HAD (Hospital Anxiety and Depression scale), permet d'évaluer chez un patient l'anxiété et la dépression.

Les questions de dépression et d'anxiété sont alternées. L'ordre des cotations est alterné (de 0 à 3 ou de 3 à 0) de façon à éviter un biais lié à leur répétition.

Il se compose de 14 questions : 7 pour la pathologie anxieuse et 7 pour la pathologie dépressive :

1. Je me sens tendu, énervé :
 - a. La plupart du temps 3
 - b. Souvent 2
 - c. De temps en temps 1
 - d. Jamais 0

2. J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent :
 - a. Oui, toujours 0
 - b. Le plus souvent 1
 - c. De plus en plus rarement 2
 - d. Tout est plus difficile 3

3. Je me sens ralenti
 - a. Pratiquement tout le temps 3
 - b. Très souvent 2
 - c. Quelquefois 1
 - d. Pas du tout 0

4. J'éprouve des sensations d'angoisse et j'ai une boule dans la gorge ou l'estomac noué
 - a. Très souvent 3
 - b. Assez souvent 2
 - c. Parfois 1
 - d. Jamais 0

5. J'ai perdu l'intérêt pour mon apparence
 - a. Totalelement 3
 - b. Je n'y fais plus attention 2
 - c. Je n'y fais plus assez attention 1
 - d. Comme d'habitude 0

6. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place
 - a. Oui, c'est tout à fait le cas 3
 - b. Un peu 2

- | | | |
|-----|--|---|
| | c. Pas tellement | 1 |
| | d. Pas du tout | 0 |
| 7. | J'envisage l'avenir avec optimisme | |
| | a. Comme d'habitude | 0 |
| | b. Plutôt moins qu'avant | 1 |
| | c. Beaucoup moins qu'avant | 2 |
| | d. Pas du tout | 3 |
| 8. | J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver | |
| | a. Oui, très nettement | 3 |
| | b. Oui, mais ce n'est pas trop grave | 2 |
| | c. Un peu, mais sans d'importance | 1 |
| | d. Pas du tout | 0 |
| 9. | Je sais rire et voir le bon côté des choses | |
| | a. Toujours autant | 0 |
| | b. Plutôt moins | 1 |
| | c. Nettement moins | 2 |
| | d. Plus du tout | 3 |
| 10. | Je me fais souvent du souci | |
| | a. Très souvent | 3 |
| | b. Assez souvent | 2 |
| | c. Occasionnellement | 1 |
| | d. Très occasionnellement | 0 |
| 11. | Je me sens heureux | |
| | a. Jamais | 3 |
| | b. Pas souvent | 2 |
| | c. Quelquefois | 1 |
| | d. La plupart du temps | 0 |
| 12. | Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir heureux | |
| | a. Jamais | 3 |
| | b. Rarement | 2 |
| | c. Oui, en général | 1 |
| | d. Oui, quoi qu'il arrive | 0 |
| 13. | Je m'intéresse à la lecture d'un bon livre ou à un bon programme radio ou télé | |
| | a. Souvent | 0 |
| | b. Assez souvent | 1 |

- c. Rarement 2
- d. Pratiquement jamais 3

14. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- a. Très souvent 3
- b. Assez souvent 2
- c. Rarement 1

Interprétation :

- Anxiété : 1,3, 5, 7, 9, 11, 13.
- Dépression : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Score :

- ≤ 7 : Absence de symptomatologie.
- 8 à 10 : Symptomatologie douteuse.
- ≥ 10 : Symptomatologie certaine.(74)

La HAS recommande :

- de repérer les symptômes anxieux et dépressifs avant l'arrêt du tabac,
- de suivre leur apparition et évolution pendant le sevrage tabagique,
- de surveiller les rechutes de dépression lors du sevrage tabagique chez les anciens dépressifs.(44)

f) Les tests biologiques

Il existe deux tests qui permettent de quantifier le tabagisme chez le patient.

◆ Dosage de la cotinine

Toute la nicotine inhalée, ingurgitée ou bien absorbée par la peau, est métabolisée en cotinine au niveau hépatique. L'élimination a lieu par les urines, avec une demi-vie de 16 à 22 h.

La cotinine peut être dosée dans les urines, le sang et la salive. À dose égale absorbée, le taux urinaire est le plus élevé.

Ce dosage est à utiliser uniquement en consultation de tabacologie.

Il ne s'utilise pas en pharmacie pour le dépistage du tabagisme ni pour le suivi de la prise des TNS.

Les dosages sanguins et salivaires ne sont eux pas utilisés.(75)

◆ Dosage du monoxyde de carbone (CO)

Comme vu précédemment, le CO remplace l'oxygène dans le sang en se fixant sur l'hémoglobine.

On peut mesurer le taux de CO dans l'air expiré. Ce taux a été proposé comme marqueur de tabagisme, mais il peut être faussé par l'air ambiant que respire le patient (pollution, chauffage et cuisine) mais aussi par l'état de santé (insuffisance respiratoire, emphysème).

Le CO a une demi-vie très courte dans le sang (5 heures maximum), ce qui ne permet pas une bonne évaluation du tabagisme. Ainsi au bout d'une journée sans tabac, le taux de CO expiré d'un fumeur est le même que celui d'un non-fumeur.

Il n'est donc pas utilisé en routine pour le dépistage du tabagisme, ou le suivi du sevrage tabagique.

Il permet en consultation de tabacologie, de voir avec quelle intensité le fumeur fume, s'il inhale la fumée et d'évaluer quantitativement le besoin en TNS.

Malgré cela il permet certaines observations chez les fumeurs :

- après une séance de narghilé, le fumeur présente un taux de CO dans le sang très élevé, jusqu'à 6 fois plus qu'après une cigarette.
- Le fumeur diminuant sa consommation a tendance à plus « profiter » de chaque cigarette. Il va donc garder plus longtemps la fumée et inspirer plus profondément, ce qui est observable à son taux de CO augmenté par rapport à celui d'un fumeur « classique ».
- Chez le fumeur de cigarettes roulées, les taux de CO mesurés sont plus élevés que chez le fumeur de cigarettes industrielles. Cela s'explique par le remplissage manuel et le tassage irrégulier.(76)

III) Les politiques anti-tabac

Depuis 1950, des premiers signes d'alerte viennent des États-Unis et de Grande-Bretagne sur la toxicité du tabac et notamment sa responsabilité dans divers cancers.

1) Loi Veil

Ce n'est qu'en 1976 en France, que Simone Veil, alors ministre de la santé instaure une réglementation, c'est le premier pas de la lutte anti-tabagisme. C'est la

Loi Veil ou Loi du 9 juillet 1976. Plusieurs mesures sont mises en place :

- interdiction de la publicité et de la propagande pour la cigarette à plusieurs niveaux : radio, télévision, cinéma et prospectus.
- Information de la dangerosité du tabac dans les écoles et dans l'armée.
- Affichage sur les paquets : de la composition du tabac et de la mention « abus dangereux ».
- Interdiction pour les producteurs de tabac de parrainer des événements sportifs et notamment pour les mineurs.
- Interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif.
- Création d'espaces fumeurs et non-fumeur.

Cette loi est tout de même incomplète car elle autorise encore la publicité dans les lieux publics et le sponsoring des sports automobiles.(77)

2) Loi Évin

Cette loi fut instiguée par Claude Évin alors ministre des Affaires sociales et de la Solidarité, le 10 janvier 1991. Elle vise à limiter la consommation de tabac et d'alcool.

- Toute forme de publicité ou de propagande est alors interdite (hors point de vente de tabac).
- Toute distribution gratuite de tabac est alors interdite.
- La teneur maximale en goudron des cigarettes est fixée.
- Chaque paquet doit porter la mention « nuit gravement à la santé ».
- Les associations anti-tabac peuvent se constituer partie civile dans les procès d'infractions à ses différentes lois.
- Il est interdit de fumer dans tous les lieux à usage collectif (hormis les zones réservées aux fumeurs), notamment tous les lieux scolaires (privés ou publics) et les transports en commun.
- Création d'un « Jour sans tabac » le 31 mai de chaque année.
- Mise en place d'une augmentation sur la taxation du tabac.

Grâce à cette législation, pour la première fois en France, on constate une tendance

à la baisse du tabagisme.(78)

3) Arrêté du 30 novembre 1999

Arrêté du 30 novembre 1999 : délistage de la délivrance des substituts nicotiques en officine, cela signifie qu'ils sont disponibles à l'achat en pharmacie sans ordonnance.(79)

4) Loi de financement de la Sécurité Sociale 2002

Loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002 pour le financement de la sécurité sociale : suppression des descripteurs considérés comme mensongers (cf. : « light », « léger »...).

5) Directive européenne 2001/37/CE du 5 juin 2001

La directive européenne 2001/37/CE du 5 juin 2001, fixe la teneur maximale par cigarette :

- goudron : 10 mg,
- nicotine: 1 mg,
- monoxyde de carbone : 10 mg.

Elle impose un étiquetage d'avertissement des risques sur chacun des produits de tabac.

Il doit y avoir un avertissement général : « Fumer tue/ peut tuer » ou « Fumer nuit gravement à votre santé et à celle de votre entourage ». Cet avertissement doit recouvrir au moins 30 % de la surface externe de l'emballage d'un côté.

De l'autre, côté, sur au moins 40 % de la superficie d'emballage, doit apparaître un message d'avertissement complémentaire parmi les 14 suivants :

1. Les fumeurs meurent prématurément.
2. Fumer bouche les artères et provoque des crises cardiaques et des attaques cérébrales.
3. Fumer provoque le cancer mortel du poumon.
4. Fumer pendant la grossesse nuit à la santé de votre enfant.
5. Protégez les enfants : ne leur faites pas respirer votre fumée.

6. Votre médecin ou votre pharmacien peuvent vous aider à arrêter de fumer.
7. Fumer crée une forte dépendance, ne commencez pas.
8. Arrêter de fumer réduit les risques de maladies cardiaques et pulmonaires mortelles.
9. Fumer peut entraîner une mort lente et douloureuse.
10. Faites-vous aider pour arrêter de fumer.
11. Fumer peut diminuer l'afflux sanguin et provoquer l'impuissance.
12. Fumer provoque un vieillissement de la peau.
13. Fumer peut nuire aux spermatozoïdes et réduit la fertilité.
14. La fumée contient du benzène, des nitrosamines, du formaldéhyde et du cyanure d'hydrogène.

Elle interdit aussi le tabac à usage oral en Europe.(80)

6) Le premier Plan Cancer (2003-2007)

Depuis 2002, le président de la République, Jacques Chirac, avait déclaré la guerre tabac. Dès le 24 mars 2003, il y a un développement de 3 grands axes :

- prévention et dépistage,
- organisation des soins et accompagnement social,
- recherche et formation.

70 mesures ont été mises en place dont plusieurs sont notables :

- Création de l'INCA (Institut National du Cancer).
- Interdiction de la vente du tabac au mineur de moins de 16 ans.
- Augmentation significative et régulière du prix du tabac pour rendre son accès plus difficile.
- Interdiction des paquets de moins de 20 cigarettes et des paquets de tabac à rouler de moins de 30 grammes.
- Faire appliquer l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs, avec des contrôleurs.

- « Écoles sans tabac » : renforcer l'éducation à la santé, faire respecter l'interdiction de fumer à l'école, prescription possible des TNS par les infirmiers (notamment scolaires).
- Faire respecter l'interdiction de la promotion du tabac.
- Lutter contre le tabagisme des femmes enceintes.
- Utiliser les taxes du tabac dans la recherche contre le cancer et les soins.

7) Décret Bertrand

Le décret Bertrand datant du 15 novembre 2006, modifie et renforce la Loi Évin en interdisant de fumer dans :

- tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou constituant des lieux de travail,
- la totalité des transports en commun,
- les établissements de santé,
- la totalité de l'enceinte des établissements destinés à l'accueil, la formation ou l'hébergement des mineurs.(81)

8) Remboursement des TNS

À partir du 1er février 2007, l'Assurance Maladie a commencé à accompagner le sevrage tabagique en remboursant 50 euros par an et par patient, les TNS sous toutes leurs formes. Cela est soumis à la prescription médicale par un médecin. L'ordonnance doit être exclusivement réservée à ce traitement. En pharmacie, le patient doit ensuite faire l'avance des frais.(82)

9) Loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires)

Cette loi a été promulguée le 21 juillet 2009. Elle définit une nouvelle organisation sanitaire et médico-sociale visant à proposer une offre de soins de qualité.

Au niveau du tabagisme il y a 5 nouvelles mesures :

- l'interdiction de vendre des produits de tabac passe de 16 à 18 ans : cela concerne toutes les cigarettes, cigares, tabac à rouler, narguilé... ainsi que les filtres et les feuilles.

- Interdiction de vendre des cigarettes aromatisées : la douceur de la fumée et le style du paquet en font un risque pour les très jeunes fumeurs.
- Interdiction d'implanter des débits de tabac dans des zones dites protégées : édifices de culte, cimetières, établissements de santé, établissement scolaires, militaires et pénitentiaires, et les lieux de transports publics.
- Interdiction de vendre du tabac dans les galeries marchandes des hypers et supermarchés des départements d'outre-mer (DOM).
- Renforcement du pouvoir des agents de contrôle sur les mesures concernant le tabac. (83)

10) Plan Cancer II (2009 – 2013)

Ce plan a eu 2 grands objectifs :

- Réduire la prévalence, en France, du tabagisme de 30 % à 20 %.
- Prendre en compte les inégalités sociales et régionales pour réduire les facteurs de risque de tabagisme.

Cela passe par 5 types d'actions :

- Réduire encore l'attractivité du tabac.
- Renforcer la politique d'aide au sevrage tabagique.
- Assurer une meilleure communication des données sur le tabagisme.
- Garantir la mise en œuvre des lois édictées dans la Loi HPST, notamment celles touchant les mineurs.
- Interdire la vente de tabac par internet.

Deux mesures ressortent de ce plan cancer :

- Arrêté du 15 avril 2010 : il impose que les avertissements complémentaires sur les produits de tabac, soient accompagnés de « photos chocs » en couleur.(84)
- Les femmes enceintes et le fumeur de 20 à 25 ans voient la prise en charge de leur sevrage tabagique passer de 50 à 150 euros à partir de 2011.

Au-delà de ça, les résultats sont plutôt mitigés avec une stagnation du nombre de fumeurs en France sur cette période.(85)

11) Plan Cancer III (2014 – 2019)

L'objectif 10 est le lancement du Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT).

L'objectif chiffré est encore le même, réduction de 10 % du nombre de fumeurs. Pour ce faire, 4 grands axes sont développés :

- 1 : Limiter l'initiation au tabac chez les plus jeunes.
- 2 : Aider les fumeurs à s'arrêter.
- 3 : Utiliser l'augmentation du prix du tabac comme outil de santé publique.
- 4 : Impliquer le buraliste, qui est un acteur central, en lui permettant de diversifier son activité.

a) L'interdiction de la vente aux mineurs

Elle est trop peu respectée. On constate que 80 % des fumeurs ont commencé avant l'âge de 18 ans.

Les forces de police municipale sont habilitées à contrôler l'âge des jeunes fumeurs et le respect du non-tabagisme public.

Le tabagisme passif et la nicotine du vapotage peuvent créer de l'addiction dès le plus jeune âge.

Pour ce faire, le décret du 29 juin 2015, interdit de fumer dans les aires de jeux collectives, sous peine d'amende.(86)

Il est aussi interdit de fumer en présence d'un mineur de moins de 12 ans.

Recommandé par l'OMS depuis 2008, le paquet neutre des produits de tabac a été rendu obligatoire en France par le décret du 21 mars 2016. Dans le but de rendre le tabac moins attractif, surtout pour les jeunes.

Santé publique France a mesuré l'impact de cette mesure en comparant les perceptions des fumeurs avant l'introduction du nouveau paquet en 2016 et après. Deux indicateurs sont utilisés : le choix d'un paquet de cigarettes par son côté plaisant, et la gêne qu'ils ont à sortir leur paquet en public à cause de son aspect.

Les résultats montrent :

- Que l'aspect de leur paquet de cigarettes leur plaît 3 fois moins en 2017 (16 %) par rapport à 2016 (53 %).

- Que les fumeurs gênés de sortir leur paquet à la vue de tous à cause de son aspect sont deux fois plus nombreux en 2017 (12 %) qu'en 2016 (6 %).
- Qu'une baisse importante de l'attractivité du paquet liée à son aspect est observée chez les 18-24 ans.(87)

b) Regrets

On observe qu'une grande majorité des fumeurs regrettent d'avoir commencé (60 %).

Mise en place du service Tabac Info Service : 3989 et tabac-info-service.fr.

Ajout d'un pictogramme « Grossesse sans Tabac » sera ajouté sur tous les emballages de produit de tabac.

Implication des médecins généralistes en incluant un bonus de rémunération sur cet objectif de santé publique.

Enfin pour aider au sevrage, le forfait de 150 euros de TNS remboursés sera valable pour tous les fumeurs de 25 à 30 ans, les patients en ALD cancer et les bénéficiaires de la CMU.

L'opération « Moi(s) sans tabac » est lancée à partir de novembre 2016 par Marisol Touraine alors Ministre de la Santé. Or, on sait que ne plus fumer pendant un mois donne 5 fois plus de chances d'arrêter définitivement.

c) Prix

L'augmentation significative du prix du tabac est considérée comme la mesure la plus efficace et la moins coûteuse pour lutter contre ce fléau. Le prix du paquet de tabac en France est le même chez chaque buraliste.

Lors de chaque augmentation, une vague de contrebande s'ensuit.

Pour rendre cette politique d'augmentation efficace, le gouvernement doit lutter efficacement contre le commerce illicite.(3)

12) Programme National de Lutte contre le Tabac = PNLT (2018 – 2022)

Son ambition principale est de protéger les jeunes et d'avoir dès 2032, la « première génération d'adultes sans tabac ». (moins de 5 % de fumeurs).

Échelonnement des objectifs :

- 2020 : moins de 24 % de fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans.

- 2022 : Moins de 22 % de fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans et moins de 20 % de fumeurs quotidiens chez les adolescents de 17 ans.
- 2027 : Moins de 16 % de fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans soit 5 millions de moins qu'aujourd'hui.

Le programme se décline en 4 axes :

- Protéger les enfants et éviter l'entrée dans le tabagisme.
- Encourager et accompagner les fumeurs pour aller vers le sevrage.
- Agir sur l'économie du tabac pour protéger la santé publique.
- Surveiller, évaluer, chercher et diffuser les connaissances relatives au tabac.

Le programme se compose de 28 actions, dont :

- Augmenter progressivement le prix du paquet à 10 euros.
- La hausse de la fiscalité de tous les produits du tabac afin d'éviter le report des cigarettes vers d'autres formes.
- Limiter les achats trans-frontaliers.
- Améliorer les connaissances scientifiques sur le vapotage, sa composition et ses effets.(88)
- À partir de mars 2018, progressivement, les TNS sont remboursés à 65 % par l'Assurance Maladie, comme des médicaments classiques, sans forfait annuel et sans avance de frais. Ils peuvent être prescrits par de nombreux professionnels de santé (médecins, infirmiers, sage-femmes, dentistes et masseurs-kinésithérapeutes).(89)

13) l'OMS

Dès 1999, la lutte anti-tabac à l'échelle mondiale devient une priorité pour l'OMS :

- « *Gravement préoccupées* par l'augmentation de la consommation et de la production mondiale de cigarettes et d'autres produits du tabac, en particulier dans les pays en développement, ainsi que par la charge que cela représente pour les familles, les pauvres et les systèmes de santé nationaux ».
- « *Reconnaissant* que des données scientifiques ont établi de manière irréfutable que la consommation de tabac et l'exposition à la fumée du tabac sont causes de décès, de maladie et d'incapacité, et qu'il existe un décalage entre l'exposition à la cigarette et l'utilisation d'autres produits du tabac et

l'apparition des maladies liées au tabac, ».

- « *Reconnaissant également* que les cigarettes et certains autres produits contenant du tabac sont des produits très sophistiqués, qui visent à engendrer et à entretenir la dépendance, qu'un grand nombre des composés qu'ils contiennent et que la fumée qu'ils produisent sont pharmacologiquement actifs, toxiques, mutagènes et cancérigènes, et que la dépendance à l'égard du tabac fait l'objet d'une classification distincte en tant que trouble dans les grandes classifications internationales des maladies ».

De cette réflexion est née la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT), un traité international adopté par la 56^e Assemblée mondiale de la santé à Genève, le 21 mai 2003. Il entre en vigueur le 27 février 2005 après avoir été signé par 168 pays dont la France. C'est un outil pour aider ces pays, mais elle n'est en rien obligatoire.

Ce traité a pour objectif de faire baisser le tabagisme mondial en diminuant à la fois l'offre et la demande. Il réaffirme un droit fondamental : celui pour chaque personne sur Terre de jouir du plus haut niveau de santé possible.

L'objectif principal étant : « protéger les générations présentes et futures des effets sanitaires, sociaux, environnementaux et économiques dévastateurs de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac en offrant un cadre pour la mise en œuvre de mesures de lutte antitabac par les Parties au niveau national, régional et international, en vue de réduire régulièrement et notablement la prévalence du tabagisme et l'exposition à la fumée du tabac. »

Elle se compose de 38 articles.

La réduction de la demande concerne les articles 6 à 14 avec :

- des mesures financières et fiscales,
- des mesures autres que financières :
 - Protection contre l'exposition à la fumée du tabac.
 - Réglementation de la composition des produits du tabac.
 - Réglementation des informations sur les produits du tabac à communiquer.
 - Conditionnement et étiquetage des produits du tabac.
 - Éducation, communication, formation et sensibilisation du public.
 - Publicité en faveur du tabac, promotion et parrainage.
 - Mesures visant à réduire la demande en rapport avec la dépendance à l'égard du tabac et le sevrage tabagique.

La réduction de l'offre concerne les articles 15 à 17 :

- Commerce illicite des produits du tabac.
- Vente aux mineurs et par les mineurs.
- Fourniture d'un appui à des activités de remplacement économiquement

viables à la culture du tabac.(90)

En 2010, l'OMS fait un premier bilan :

- mise en place d'un contrôle national du tabagisme dans 85 % des pays signataires,
- interdiction de la vente aux mineurs, associée à un programme d'éducation anti-tabac dans 80 % des pays,
- affichage de messages d'alertes sanitaires sur les emballages de produits de tabac dans 70 % des pays.

Malgré ces progrès l'OMS constate aussi un accroissement mondial de la consommation de tabac sur cette période. Et elle estime à seulement 10 % la population mondiale soumise à une politique de contrôle du tabagisme.(91)

Depuis le 31 mai 1988, l'OMS organise une journée internationale contre le tabagisme : La journée mondiale sans tabac.

Elle a lieu chaque année à cette date, dans le but de provoquer une prise de conscience globale sur les risques.

D'une année à l'autre, le slogan est différent, 2019 a été : « Le tabac et la santé pulmonaire ».(92)

14) Sanctions en cas de non-respect de la loi

Plusieurs sanctions sont prévues par la loi, avec surtout des amendes :

- Fumer dans un lieu collectif en dehors de l'espace fumeur : 450 euros.
- Fumer dans une voiture en présence d'un mineur : 750 euros.
- Non-respect de la loi pour le responsable d'un lieu public (zone fumeur pas aux normes, pas d'affichage de l'interdiction de fumer/ vapoter) : 750 euros.
- Commerce illicite (rapporter du tabac de l'étranger en dehors de quantités autorisées) : 750 euros, possibles sanctions additionnelles (emprisonnement).
(93,94)

15) Bénéfices de cette législation

Depuis plusieurs années, on observe en France une forte diminution des ventes de cigarettes, notamment en lien avec l'augmentation des tarifs.

On parle ici de prix annuel moyen du paquet de cigarettes de la marque la plus vendue et de vente en millions d'unités de cigarettes dans l'année :

- en 2000 : le prix à 3,20 euros pour une vente de 82 514 millions.
- De 2002 à 2004 le prix passe brutalement de 3,6 euros à 5 euros, entraînant une baisse de plus de 25 000 millions.
- Jusqu'en 2011, le prix augmente peu et on constate alors des ventes stables.
- À partir de 2012 le prix augmente très fortement pour atteindre 8,78 euros en 2019, entraînant une baisse de 20 000 millions.

Du côté du tabac à rouler, on parle ici de vente en tonnes à l'année et de prix annuel moyen du paquet de tabac à rouler le plus vendu.

- De 2004 à 2017 : malgré une augmentation significative du prix, de 5,10 euros à 11,47 euros, on ne constate aucune baisse des ventes.
- En 2018-2019 avec une très forte hausse du prix à 14,03 euros puis 15,70 euros, on observe une tendance légère à la baisse (moins 1000 tonnes).

Face à ces augmentations de prix, à l'échelle de plusieurs années, on constate une très forte baisse des ventes de tabac.

Associé à cela, deux phénomènes se développent :

- les achats de tabac à l'étranger par des particuliers : les achats transfrontaliers et les saisies en douanes explosent,
- le nombre de vapoteur en France augmente sans cesse,(95)
- la prévalence du tabagisme quotidien baisse fortement, elle passe ainsi de 26,9 % en 2017 à 25,4 % en 2018, chez les adultes. Cela représente la plus forte baisse depuis 2005.(1)

IV) Prise en charge du sevrage tabagique

1) Le sevrage

a) Mécanisme

Le mécanisme de sevrage s'explique par l'action pharmacologique de la nicotine, créant la dépendance.

Tout au long de la vie du fumeur, son cerveau met en place un système d'adaptation. Les conséquences de l'arrêt du tabac en sont la cause.

Le cerveau pour augmenter la sensibilité a augmenté le nombre de récepteurs à l'acétylcholine auxquels se lie la nicotine (environ 50 % de plus que chez un non-fumeur).

À l'arrêt du tabac, ceux-ci « réclament », d'être approvisionnés en nicotine. On observe une baisse de la libération de dopamine. Cela crée le phénomène de « craving », manque physique qui va durer entre 3 et 5 minutes. (96)
L'action des IMAO, contenus dans la fumée de cigarette, véritables anti-dépresseurs, va aussi expliquer le mal-être ressenti lors du sevrage. Le fumeur qui arrête peut avoir une tendance à la dépression, qui va possiblement durer dans le temps (jusqu'à plusieurs années).

b) Syndrome de sevrage

Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), pour poser le diagnostic du syndrome de sevrage à la nicotine, il faut au moins la présence des 4 critères suivants (A, B, C et D) :

- A : utilisation pendant plusieurs semaines auparavant de la nicotine.
- B : dans les 24 heures, la diminution ou l'arrêt de la consommation entraîne, au moins 4 des symptômes suivants :
 - humeur dépressive / dysphorique,
 - insomnie,
 - irritabilité / frustration / colère,
 - anxiété,
 - difficulté de concentration,
 - fièvre,
 - ralentissement du rythme cardiaque,
 - augmentation de l'appétit avec possible prise de poids.
- C : les symptômes causent :
 - une souffrance cliniquement significative,
 - ou une altération du fonctionnement.
- D : les symptômes ne doivent pas être dus à une affection médicale ni à un autre trouble mental.(61)

Cela peut aussi laisser place à des compensations, remplacement d'une addiction par une autre.

Plus le résultat des tests de dépendance sera élevé, plus le syndrome de sevrage sera important et difficile à supporter. Pour aider le fumeur à arrêter, il va y avoir plusieurs solutions.

2) Les traitements nicotiques de substitution

a) Généralités

Les traitements nicotiques de substitution (TNS) sont recommandés en première intention dans le sevrage tabagique. C'est aussi le plus simple car on remplace de la nicotine fumée par une autre forme de nicotine.

Ils ont pour but de soulager les symptômes du sevrage et de permettre l'arrêt du tabac à long terme. Ils sont aussi indiqués chez les patients souhaitant réduire leur consommation ou l'arrêter pendant une courte durée (voyage, opération).

Ces traitements permettent d'augmenter l'abstinence à 6 mois de 50 à 70 % selon les usagers. L'efficacité concerne toutes les formes. L'association d'un timbre transdermique (patch) et d'une autre forme rapide (gomme, spray) est la meilleure solution.

Il est possible de consommer des TNS et de fumer en même temps, afin de commencer par une réduction. Leur utilisation est indiquée chez la femme enceinte et chez l'insuffisant cardiaque.

Leur utilisation peut se faire aussi longtemps que nécessaire, car l'addiction au tabac est une maladie chronique, avec un sevrage compliqué. Durant le traitement il est conseillé de diminuer progressivement les doses jusqu'à un arrêt complet.

On considère que 1 cigarette = 1 mg de nicotine environ. Pour être efficace le traitement de substitution par la nicotine doit couvrir au moins 80 % de l'ancien apport quotidien du fumeur. Il ne faut pas oublier que le nombre de cigarettes fumées par jour ne définit pas le niveau de dépendance à lui tout seul.(97)

Quelle que soit la forme, on observe tout de même quelques effets indésirables :

- nausées et vomissements,
- douleurs gastro-intestinales,
- insomnies,
- palpitations cardiaques,
- douleurs thoraciques.(98)

La bonne observance du traitement est primordiale, surtout dans les premières semaines de traitement, pour éviter une rechute.

b) Formes

Il existe plusieurs formes à adapter selon les besoins et les envies du fumeur.

◆ Les formes transdermiques (timbres ou patches) :

Il existe différents dosages :

- 7, 14 ou 21 mg de nicotine par jour actif pendant 24 h : à renouveler tous les jours à la même heure.
- 10, 15 ou 25 mg de nicotine par jour actif pendant 16 h : à appliquer au réveil et à retirer au coucher.

Il est possible de porter plusieurs patches en même temps pour atteindre la dose nécessaire.

Ce système d'administration permet une vitesse d'absorption lente, sans pic de concentration, avec une nicotémie presque constante. De plus il est facile d'utilisation ce qui permet une bonne observance.

Avec ces dispositifs, la nicotine est détectable dans le sang au bout d'une heure.

Débuter un sevrage tabagique sans un patch au dosage adapté et seulement avec une forme à libération rapide (gomme, spray...) est moins fiable.

L'effet indésirable spécifique à ce format est l'apparition au point d'application d'érythème et de prurit. Certains patients ne supportent pas la colle du patch. Cette réaction cutanée doit conduire au changement de marque de patch, celles-ci ont des colles différentes. Une réaction sévère doit amener le patient à consulter et possiblement à changer de forme de TNS.

L'intérêt des patches de 24 h est qu'ils préviennent les réveils nocturnes liés au manque de nicotine et le craving matinal. Chez les patients conservant les patches la nuit, on peut observer des troubles du sommeil et de l'onirisme. La nicotine augmente la vigilance et diminue le sommeil. Les réveils nocturnes et la somnolence sont fréquemment observés. De plus les patients rapportent une augmentation des rêves et des cauchemars.(99)

Les patches sont indiqués à partir de 15 ans.

Attention, en pédiatrie, la dose toxique est estimée à 3 mg, on observe des effets toxiques aigus : vomissements, diarrhées, céphalées, vertiges, sudation, tremblement, troubles de la vision et de l'audition, faiblesse musculaire, confusion, convulsions et difficultés respiratoires. Il faudra prendre des précautions par rapport aux enfants.

◆ Les formes orales :

La nicotine est absorbée par la muqueuse buccale. Celle-ci est fortement vascularisée et l'épithélium est très fin. Ainsi, la nicotine rejoint rapidement la circulation sanguine. On observe une nicotémie importante avec un pic imitant celui dû à la cigarette. Cela permet au fumeur de calmer rapidement une sensation de manque, au bout d'environ 20 minutes tout de même.

La diffusion orale permet d'éviter l'effet de premier passage hépatique qui réduirait la biodisponibilité de la nicotine.

Lorsque la nicotine contenue dans la salive est déglutie, celle-ci est métabolisée, en résulte une biodisponibilité faible (30 %).

Voilà pourquoi il n'existe pas de forme de TNS à avaler.(100)

Le risque de transfert de la dépendance, de la cigarette vers les TNS oraux, existe mais il est faible. De plus les effets indésirables de ces traitements sont minimes en comparaison à ceux du tabac.

Ils diminuent le risque de transfert vers l'alimentation, car ici le patient va mettre quelque chose à la bouche sans manger.

Les gommes à mâcher :

C'est la première forme à avoir été mise sur le marché.

Elles existent en deux dosages : 2 mg et 4 mg.

Les taux plasmatiques obtenus sont moindres par rapport à une cigarette mais il y a présence d'un pic plasmatique.

Elles sont composées de résines échangeuses d'ions. Ainsi, seulement la moitié de la dose contenue sera libérée.

Une gomme de 2 mg de nicotine va libérer environ 1 mg, quand une gomme de 4mg libérera 2 mg. Toutes les gommes sont aromatisées, car la nicotine a mauvais goût ; il existe plusieurs parfums (fruit, menthe, réglisse).

La consommation de la gomme dure environ 30 minutes, avec une mastication lente et non continue.

Elles possèdent plusieurs effets indésirables, surtout présent en cas de mastication trop rapide de la gomme :

- irritation et douleur dans la bouche et dans la gorge,
- douleur dans les mâchoires,
- nausées,
- troubles de la digestion,
- hoquets,
- maux de tête,
- éruptions cutanées.

Selon les marques, les gommes sont indiquées à partir de 15 ans ou 18 ans.

Les comprimés sublinguaux, les pastilles à sucer et les comprimés à sucer :

Ils sont disponibles en plusieurs dosages : 1 mg, 1,5 mg, 2,5 mg et 4 mg. En 30 minutes, ces formes libèrent quasiment 100 % de la nicotine contenue.

Elles sont plus récentes que les gommes, plus faciles d'utilisation et plus discrètes.

Là aussi, le fumeur aura le choix entre plusieurs parfums. Ces formes semblent moins irritantes que les gommes pour la muqueuse buccale. En début de traitement on observe une légère irritation de la gorge, une hypersalivation, une dyspepsie ainsi que des brûlures gastriques. La déglutition de cette salive très riche en nicotine peut provoquer un hoquet.

Les comprimés à sucer sont indiqués à partir de 18 ans.
Les pastilles à sucer sont indiqués à partir de 15 ans.
Les comprimés sublinguaux sont indiqués à partir de 12 ans.

Les sprays buccaux :

C'est un flacon pressurisé délivrant 1 mg de nicotine à chaque pulvérisation. Le patient doit pulvériser contre l'intérieur de sa joue. Ici l'action est très rapide, le fumeur ressent l'effet en moins de 2 minutes. Il contient de l'éthanol donc est contre-indiqué chez la femme enceinte. À noter aussi, c'est le seul TNS avec lequel le patient ne doit pas fumer pendant le traitement.

Un flacon contient 150 doses, les indications sont de 4 doses maximum par heure, sachant qu'une prise peut être constituée de 2 pulvérisations. Le maximum est de 64 pulvérisations par jour.

Il est déconseillé d'utiliser ce type de traitement pendant plus de 6 mois.

Les inhalateurs :

Il s'agit d'un dispositif médical. Il est composé d'un embout buccal dans lequel on introduit une cartouche de 10 mg de nicotine. Le grand avantage de ce traitement est qu'il permet de conserver la gestuelle et le comportement du fumeur vis-à-vis d'une cigarette. Attention, ici, la nicotine n'est pas fumée, mais elle est sous forme de suspension. Le fumeur doit aspirer doucement sur le dispositif, ainsi de fines gouttelettes vont se former sur sa muqueuse buccale. Lors de trop fortes inspirations, le patient pourra avoir une irritation au niveau ORL et pulmonaire.

L'utilisateur doit changer régulièrement la cartouche. En effet, celle-ci a une durée de vie de 20 à 80 minutes selon l'intensité de l'utilisation. La posologie maximale est de 12 cartouches par jour.

Ce dispositif est différent d'une cigarette électronique.

Il est déconseillé d'utiliser ce type de traitement pendant plus de 12 mois.

c) Remboursement

Comme vu précédemment, depuis 2018, certains TNS sont pris en charge à 65 %, à l'instar des médicaments classiques, par l'Assurance Maladie.

Cela ne concerne que :

- les formes transdermiques : en boîte de 7 ou en boîte de 28, quel que soit le dosage,
- les comprimés sublinguaux,
- les pastilles à sucer,
- les comprimés à sucer,
- les gommes à mâcher,
- pour ces 4 derniers, certains conditionnements existent mais ne sont pas éligibles au remboursement.

Ils peuvent être prescrits par tous les médecins généralistes, les médecins spécialistes, les infirmiers, les chirurgiens dentistes, les sages-femmes et les kinésithérapeutes. L'ordonnance doit comporter la forme à utiliser, le dosage ainsi que la durée d'utilisation.

Ces médicaments sont en vente libre sans ordonnance, mais ils ne doivent pas être en libre accès en pharmacie ; ils doivent être rangés derrière le comptoir.(89)

Annexe 1

d) Bon usage

Formes transdermiques :

- application sur une peau propre et sèche, saine, non-pliesse et avec la pilosité la plus faible possible (épaules ou hanches),
- ne pas appliquer sur une peau lésée car cela augmenterait fortement l'absorption de la nicotine,
- ne pas enlever les patchs pour se laver, ils résistent à l'eau,
- appliquer un patch pour la durée affichée, changer de zone pour le patch suivant,
- pour pouvoir permettre une diffusion par gradient de concentration sur plusieurs heures, les patchs possèdent un surplus de nicotine. Ainsi au bout du temps indiqué, il peut encore contenir jusqu'à la moitié du dosage de départ. Cela impose de prendre des précautions :
 - se laver les mains après la pose et après le retrait,
 - ne pas le laisser à portée des enfants avant et après usage,

- replier le patch sur lui-même après le retrait,
- Il ne faut pas découper le patch, sinon le système de diffusion ne fonctionne plus.

Pour toutes les formes buccales :

Le pH basique favorise l'absorption de la nicotine. Il est donc conseillé de ne pas prendre de boisson acide (café, thé, soda) dans les 15 minutes avant la prise de TNS, ce qui diminuerait l'efficacité.

Ne pas attendre que l'envie soit trop forte avant d'en consommer. L'utilisation doit se faire dès que l'envie apparaît.

Les gommes à mâcher :

Il ne faut pas les mâcher en continu comme un chewing-gum. Le fumeur doit mâcher jusqu'à ce que le goût devienne fort. Ensuite il faut la placer entre la joue et la gencive pendant 10 minutes pour la ramollir.

Le rythme de mastication conseillé est de 1 fois par minute. Au bout de 30 minutes la gomme n'est plus efficace.

Les formes à sucer ou sublinguales :

On conseille de déglutir le moins possible pendant que le substitut est en bouche. Car la nicotine présente dans la salive avalée va être perdue. Il ne faut pas non plus les croquer.

Le spray buccal :

Il faut éviter :

- de déglutir dans les secondes qui suivent la pulvérisation,
- d'inhaler le produit pendant la pulvérisation, afin qu'il ne rentre pas dans les voies respiratoires,
- de manger et boire à ce même moment.

Il faut impérativement arrêter de fumer pendant ce traitement.(101)(102)

3) Les traitements médicamenteux

Ces deux médicaments sont des traitements de seconde intention en cas d'échec d'une thérapie avec TNS. Ils sont à réserver aux patients fortement dépendants.

Cela s'explique par le fait qu'aucune étude n'a démontré une meilleure efficacité par rapport aux TNS et qu'ils possèdent tous les deux des effets secondaires importants.

Leur délivrance est soumise à la prescription médicale. Ils sont disponibles uniquement pour les patients majeurs.

a) Le Bupropion : Zyban LP®

Ce médicament est listé (Liste I) et non remboursé par l'Assurance Maladie. Son indication actuelle est l'aide au sevrage tabagique accompagné d'un soutien de motivation à l'arrêt du tabac. Il est commercialisé en France depuis le 17 septembre 2001.

Le Bupropion est une molécule inhibant la recapture de la noradrénaline et de la dopamine. Il s'agit d'un médicament utilisé au départ, et encore dans certains pays, comme anti-dépresseur. Malgré cela, son mécanisme d'action dans le sevrage est encore mal connu.

Il n'existe pas de preuves que l'association avec des TNS soit plus efficace que chacun des produits utilisé seul ; de plus cette combinaison augmente le risque d'hypertension artérielle. Son action est inférieure à celle de la Varénicline.

Son efficacité a été démontrée dans plusieurs essais cliniques chez :

- des fumeurs de plus de 18 ans, en bonne santé, fumant plus de 15 cigarettes par jour et étant motivés au sevrage,
- des fumeurs atteints de BPCO débutante ou modérée, fumant plus de 15 cigarettes par jour et étant motivés au sevrage.

Le Bupropion a une absorption digestive avec métabolisation importante par le cytochrome P450 2B6 (CYP2B6). L'élimination se fait par voie urinaire sous forme de métabolites. La demi-vie d'élimination est de 20 à 27 heures, avec un état d'équilibre atteint en 5 à 8 jours. On observe un passage trans-placentaire et dans le lait maternel.

Déroulement du traitement :

Semaine 1 :

- Jour 1 à 6 : 1 comprimé de 150 mg par jour, le patient continu à fumer.
- Jour 7 : Augmentation de la posologie à 2 comprimés par jour, il faut les espacer de 8 heures et éloigner la prise du coucher (possibles problèmes d'endormissement).

Semaine 2 :

Continuer avec cette posologie. Le patient arrête de fumer à une date choisie à l'avance.

Semaines 3 à 9 :

Continuer avec la même posologie.

En cas d'échec du sevrage au bout de 7 semaines, il faudra progressivement arrêter le traitement.

Chez certains patients, une dose plus faible doit être utilisée, maximum un comprimé de 150 mg par jour :

- personnes âgées (plus de 65 ans),
- insuffisance hépatique légère à modérée,
- insuffisance rénale,
- risques de convulsions.

Il faut avaler les comprimés entiers sans les croquer, couper ou écraser ; cela augmenterait la vitesse d'absorption et donc le risque de convulsion.

Effets indésirables :

Ce traitement comporte de nombreux effets indésirables :

- fréquents : surtout présents en début de traitement : Insomnies (35 % des cas), bouche sèche (10 % des cas), hypersensibilité nécessitant l'arrêt.
- Rares mais souvent graves : HTA pouvant être sévère, tachycardie, crise convulsive et dépression associée ou non à des envies suicidaires.

Précautions d'emploi :

Il faudra prendre beaucoup de précautions dans l'utilisation de ce traitement car beaucoup de situations abaissent déjà le seuil épiléptogène :

- antécédent de convulsions,
- grande consommation d'alcool,
- antécédents de grave blessure à la tête ou commotion cérébrale,
- hypoglycémie, particulièrement chez le diabétique avec insuline et traitement oral,
- traitements psychostimulants ou anorexigènes
- plusieurs autres médicaments : quinolone, anti-dépresseurs, anti-psychotiques, anti-paludéens, tramadol, théophylline, les stéroïdes systémiques et antihistaminiques sédatifs.

De par son métabolisme, vu précédemment, le Bupropion inhibe le CYP2B6, et ce jusqu'à 8 jours après l'arrêt du traitement. Il faudra être vigilant aux interactions médicamenteuses avec plusieurs traitements ayant un métabolisme commun :

- IMAO sélectifs ou non sélectifs,

- Clopidogrel,
- Ritonavir,
- Métoprolol,
- Levodopa,
- Carbamazépine et Valproate.

Contre-indications :

Ce traitement a donc aussi beaucoup de contre-indications :

- grossesse, allaitement et patients de moins de 18 ans,
- hypersensibilité au produit ou à un des excipients,
- antécédents de troubles convulsifs,
- tumeur du SNC,
- insuffisance hépatique sévère,
- antécédents de boulimie et/ou anorexie mentale,
- antécédents de troubles bipolaires,
- association aux IMAO sélectifs ou non sélectifs, il faudra les arrêter deux semaines avant ce traitement de sevrage tabagique,
- sevrage en cours d'alcool ou de benzodiazépines.

Avant toute prescription il sera important de s'assurer du respect strict des contre-indications et de la recherche systématique de tous les facteurs de risques qui pourraient augmenter le risque de convulsions.

b) La Varénicline : Champix®

Ce médicament est listé (Liste I) et remboursé à hauteur de 65 % par l'Assurance Maladie.

Son indication actuelle est le sevrage tabagique chez l'adulte. À ce titre elle a une AMM le 26 septembre 2006 et est commercialisée en France depuis le 12 février 2007. Le Champix® fait partie des 27 médicaments qui font l'objet d'une surveillance renforcée de l'ANSM, parmi les 70 suivis dans le cadre d'un plan de gestion des risques.

Mécanisme d'action :

C'est un agoniste partiel des récepteurs nicotiques $\alpha 4\beta 2$ à l'acétylcholine. Il y a deux activités :

- agoniste : efficacité intrinsèque inférieure à celle de la nicotine. Cela va permettre d'activer faiblement les récepteurs et soulager les symptômes de sevrage.
- Antagoniste : en présence de nicotine. Cette molécule possède une affinité, pour ces récepteurs, supérieure à celle de la nicotine. C'est sur cela que repose tout l'intérêt de ce médicament. Même si le patient continue à fumer, la nicotine ne se fixera plus sur les récepteurs ; il n'y aura plus du tout de plaisir et de mécanisme de la récompense lors de la consommation d'une cigarette.

La Varénicline a une absorption pratiquement totale, le pic de concentration plasmatique est atteint en 3 à 4 heures. Le métabolisme est réduit, il y a une élimination urinaire sous forme inchangée au bout de 24 heures.

Ce médicament a une action dans le sevrage tabagique plus importante que le placebo. Sur 12 semaines de traitement, il est aussi plus efficace que le Bupropion. Par contre il n'a pas montré une efficacité supérieure à celle des TNS, ni en association avec ceux-ci. Un traitement de longue durée donne plus de chance d'abstinence qu'un traitement de courte durée.

Déroulement du traitement :

Là aussi, le patient doit décider d'une date d'arrêt de la cigarette avant de commencer le traitement.

Le traitement commence 1 à 2 semaines avant cette date de sevrage, avec une posologie progressive. Les boîtes de ce médicament présentent un conditionnement semblable à un pilulier où le patient doit suivre jour par jour les prises comme ceci :

J1 à J3 : 1 comprimé de 0,5 mg par jour.

J4 à J7 : 1 comprimé de 0,5 mg le matin et 1 comprimé de 0,5 mg le soir.

à partir de J8 : comprimé de 1 mg matin et 1 comprimé de 1 mg le soir.

Le protocole est prévu sur 12 semaines, mais peut se poursuivre sur 6 mois si le patient rencontre un sevrage difficile et supporte bien le médicament.

Les patients ne supportant pas les effets indésirables peuvent rester sur le dosage de 2 comprimés de 0,5 mg par jour.

Effets indésirables :

Les effets indésirables apparaissent généralement au bout d'une semaine et sont de deux types :

- faibles à modérés et fréquents : nausées (30 % des cas), insomnies (14 % des cas), rêves anormaux (10 % des cas), fatigue, somnolence, constipation, augmentation de l'appétit. Ces symptômes sont pour certains les mêmes que ceux dus au syndrome de sevrage.
- Sévères : trouble dépressif et idées suicidaires ou auto-agressives. Ils doivent

être signalés au médecin et entraîner l'arrêt immédiat du traitement.

Le Champix® impose plusieurs précautions d'emploi :

- maximum 1 mg par jour chez le patient insuffisant rénal sévère.
- Surveillance accrue chez le patient présentant des antécédents de maladie psychiatrique (schizophrénie, trouble bipolaire ou dépression caractérisée sévère).
- Surveillance des patients ayant une maladie cardio-vasculaire, le traitement augmente les risques de complications.

Contre-indications :

Enfin, ce médicament a plusieurs contre-indications, mais beaucoup moins que le Bupropion :

- hypersensibilité à la Varénicline ou à l'un des excipients,
- insuffisance rénale terminale,
- patient de moins de 18 ans,
- grossesse.

4) Les traitements non médicamenteux

Tous ceux que nous allons aborder dans cette partie sont recommandés par l'HAS.

a) Thérapie cognitivo-comportementale

C'est une psychothérapie. La TCC a obtenu un grade A dans l'aide à l'arrêt au tabac : efficacité démontrée.

Elle est indiquée en première intention dans le sevrage tabagique, car elle permet de doubler les chances d'abstinence à 6 mois. Il est important que le patient soit motivé à arrêter pour que cela soit efficace.

Cette prise en charge peut être cumulée avec un traitement médicamenteux de sevrage. Lors de cette association, les chances de réussite sont supérieures à celles de chaque traitement séparé.

La thérapie repose sur deux aspects :

- comportemental : le vécu de l'addiction au quotidien, la façon dont le patient

se comporte avec la cigarette, la gestuelle et à quels moments le fumeur consomme.

- Cognitif : le ressentit du patient vis-à-vis de la cigarette, la représentation de celle-ci dans sa vie. Cet aspect est lié à la dépendance physique du patient ainsi qu'à sa volonté.

La thérapie intervient au niveau comportemental, cognitif et émotionnel dans le but de :

- préparer le patient à l'arrêt,
- diminuer les risques de rechutes,
- augmenter les chances de maintien de l'abstinence.

Au travers de son tabagisme, le patient a acquis un trouble de l'apprentissage, qui aboutit une perte du contrôle de sa consommation. Le patient va devoir faire un nouvel apprentissage, celui de l'abstinence. Le patient doit apprendre à réussir, ce dont il se pense incapable, là où il a précédemment échoué. Il doit changer son statut de fumeur au niveau comportemental et social.

La TCC possède plusieurs avantages si elle est bien menée :

- elle s'adapte au patient : elle est utilisable quels que soient les besoins, les objectifs et les problèmes,
- elle est facilement acceptable, car le soignant doit éviter les termes péjoratifs qui pourraient être mal perçus et braquer le sujet,
- au contraire, le fumeur est invité à donner son avis, pour le valoriser et mettre en place un travail collaboratif,
- un objectif est clairement défini avec des évaluations fréquentes. Les résultats positifs sont exploités pour augmenter au maximum la confiance en lui du patient.

Exemple de son utilisation au niveau de la prévention de la rechute :

Au niveau comportemental :

- éviter les facteurs de risques : soirée, situation de stress, conflits...,
- anticiper les risques,
- établir des stratégies de gestion : prévoir autre chose à faire. Cela est particulièrement efficace car la pulsion d'envie de fumer dure seulement quelques minutes.

Au niveau cognitif :

- se rassurer/ avoir confiance en soi,
- ne pas se culpabiliser en cas de rechute, ne pas perdre confiance en sa capacité d'arrêt,
- gérer l'aspect émotionnel de la pulsion.

Cette thérapie nécessite plusieurs séances, sur plusieurs mois. Elle peut se réaliser seul ou en groupe, le choix dépend de la préférence du patient car les deux sont aussi efficaces.

La durée de l'entretien est un facteur clef ; plus l'entretien sera long, plus le patient aura de chance de succès. Malgré cela, une intervention médicale, même courte augmentera les chances d'abstinence.

De plus un suivi des patients sevrés est conseillé pendant au moins 6 mois.

Le principal frein à cette prise en charge est le fait que très peu de professionnels de santé y sont formés.(102)

En pharmacie d'officine :

- cela ne fait pas partie du cursus d'apprentissage en pharmacie,
- le pharmacien d'officine ne possède pas forcément le temps nécessaire pour encadrer un seul patient lors de plusieurs séances de longue durée,
- aucune rémunération n'est prévue à ce niveau.

b) Entretien motivationnel

Il se définit comme : « un style de conversation collaborative permettant de renforcer votre motivation propre et votre engagement vers le changement ». L'entretien est centré sur le patient et dirigé vers un but précis. Il est pertinent notamment quand le fumeur est motivé mais que le changement est difficile pour lui.

Ici le soignant ne se positionne pas comme tel, il agit comme un soutien pour le patient. Celui-ci doit pouvoir faire ses propres choix et prendre ses décisions librement, en prenant en compte les craintes (prise de poids...) et les bénéfices de l'arrêt (argent, santé). Lors de cet entretien le patient doit changer l'image positive et agréable qu'il a de la cigarette et mettre de côté les moments agréables qui y sont associés. Le but n'est pas d'amener quelque chose que le patient n'a pas en lui mais d'utiliser ses ressources pré-existantes pour l'aider : « Vous avez ce qu'il vous faut et ensemble, nous allons le trouver ». L'objectif est d'augmenter la motivation intrinsèque du patient.

Cette technique est utile dans la phase de préparation au sevrage mais également dans la phase d'entretien de l'abstinence. Elle va créer ou renforcer chez le fumeur l'envie de s'arrêter.

Pour le soignant il y a des règles à respecter :

- il doit collaborer avec le fumeur et ne pas lui dicter et/ou prescrire des choses.
- Le patient doit être autonome et prendre seul ses décisions, il faut éviter de corriger ses comportements.
- Il est là pour suggérer les choses et pas pour les imposer.
- Mettre le patient face à ses qualités et ses capacités plutôt que ses échecs passés.
- Être sincère avec le patient, s'intéresser à lui et son vécu, l'écouter avec empathie.
- Le but est de donner l'envie au fumeur de changer.

Pour ce qui est de l'entretien motivationnel, 2 facteurs ont une influence sur son efficacité :

- la durée de la séance, au moins 20 minutes pour être significatif. Il y a une vraie différence avec le conseil bref.
- Le nombre de séances : au moins 8 pour avoir un réel impact.

3 éléments constituent la motivation du patient :

- l'envie de changer : elle représente l'écart entre la vie actuelle et l'idéal à atteindre,
- la confiance dans le changement : le fumeur doit trouver les moyens de changer mais aussi s'en sentir capable,
- la disposition : il faut que ce sevrage soit une priorité pour le patient

L'ambivalence est caractéristique du fumeur, il sait que c'est nocif pour sa santé et celle de son entourage, mais il prend plaisir à fumer donc il continue. La résolution de cette ambivalence est révélatrice d'un entretien motivationnel efficace, le patient se rend compte qu'il doit changer.

En pharmacie, ce type d'entretien est réalisable, le pharmacien peut consacrer une vingtaine de minutes à un patient et il peut le faire régulièrement afin d'assurer le suivi. Cela nécessitera un espace de confidentialité.(103,104)

c) Soutien téléphonique

La ligne Tabac Info service (39 89) est un service téléphonique mis en place notamment par le ministère de la Santé pour aider et accompagner les fumeurs qui ne souhaitent pas être suivis en consultation. Le service fonctionne en deux niveaux :

- Prise en charge par un conseiller qui peut répondre aux questions du fumeur, lui envoyer de la documentation, lui indiquer un tabacologue près de chez lui ou le mettre en relation avec un tabacologue du service.
- Prise de rendez-vous avec un tabacologue qui assurera des consultations par téléphone.

Ce système est très efficace car il est totalement gratuit et a l'avantage de proposer des consultations nombreuses et fréquentes. Ainsi le fumeur est bien encadré avec un suivi personnalisé.

Si malgré tout, le fumeur ne souhaite pas être aidé par un professionnel de santé, le site internet (tabac-info-service.fr) propose des auto-supports :

- faire le point sur sa motivation : bénéfices attendus, confiance en ses capacités et ses craintes,
- faire le point sur son tabagisme et son mode de vie : consommation, coût, sport et alimentation, co-addictions éventuelles,
- choix de la stratégie d'arrêt : accompagnement ou non, traitements disponibles.

Enfin, le site internet met beaucoup d'outils à la disposition des fumeurs souhaitant se sevrer :

- de la documentation sur le tabagisme, les bénéfices de l'arrêt, ainsi que des programmes structurés pour aider le fumeur (écrit ou vidéo),
- des astuces pour vivre sans tabac, gérer les situations d'envie, mais aussi pour assumer les éventuelles rechutes sans tout abandonner,
- un forum permettant de lire les expériences d'autres fumeurs et de partager la sienne,
- une partie complète est destinée à l'aide aux femmes fumeuses enceintes ou voulant avoir un enfant,
- un programme d'e-coaching destiné à guider le patient dans son sevrage au quotidien, sur internet ou application pour smartphone.

d) Consultation de tabacologie

Ces consultations se déroulent avec un médecin tabacologue. Elles peuvent

être individuelles ou collectives. Associées à un traitement pharmacologique, elles vont permettre une optimisation des chances de sevrage en encadrant psychologiquement le patient.

L'enjeu majeur pour le tabacologue réside dans la motivation du patient, il va notamment utiliser les outils vus précédemment (TCC et entretien motivationnel).

La première séance dure environ 45 minutes, durant lesquels, avec le tabacologue, il n'est question que du tabagisme du patient. Chez un médecin généraliste il est compliqué de prendre autant de temps, et il doit aussi aborder les éventuelles autres pathologies du patient.

À la première consultation, le fumeur fait un bilan de son expérience : ancienneté du tabagisme, intensité, historique des tentatives éventuelles de sevrage. Le médecin utilise plusieurs outils vus précédemment : test de Fagerström, test de Horn, mesure du CO expiré, afin d'évaluer au mieux le patient. Celui-ci repart avec une ordonnance pour un traitement médical, ce qui représente un contrat passé avec le soignant.

La deuxième consultation a lieu dans les 15 jours suivant, elle permet de faire un premier bilan. Pour les TNS c'est l'occasion de réévaluer le dosage.

Lors de cet entretien le tabacologue doit aider le patient à éviter la rechute. C'est aussi souvent le moment de choisir une date de sevrage total.

Les rendez-vous s'étalent ensuite entre 6 mois et 1 an, le temps pour le fumeur de ne plus en ressentir le besoin. Le rôle du tabacologue sera aussi d'aider le malade à arrêter les TNS avec des posologies dégressives.

Dans 50 % des cas, cette prise en charge par un spécialiste permet un arrêt total après 1 an de suivi.

L'avantage de cette consultation est que le patient s'y rend d'emblée motivé et son choix d'arrêter est déjà fait.

Pour un pharmacien ou un médecin généraliste, le travail sera différent car souvent il faudra construire la décision de changement avec le fumeur.(105)

5) La cigarette électronique ou e-cigarette

Il était impossible de faire cette thèse sans aborder ce sujet, véritablement phénomène de mode, elle est connue par plus de 90 % de la population française.

Le fait d'utiliser une cigarette électronique s'appelle le vapotage. C'est un produit de consommation courante. Il en existe différentes formes. (Figure 12)

La cigarette électronique n'est actuellement pas recommandé officiellement dans le sevrage tabagique, ce qui s'explique par un manque de recul sur son utilisation (commercialisation depuis 2004 seulement) et le manque de données scientifiques. Elle n'est pas considérée comme un médicament ni comme un dispositif médical. À l'heure actuelle aucune e-cigarette ni liquide n'a obtenue d'AMM pour le sevrage tabagique.

Il est recommandé d'utiliser du matériel certifié NF et des liquides répondant aux normes AFNOR, hormis cela, il n'existe pas pour le moment de vraie standardisation. Le but de ces normes est simplement d'empêcher la surchauffe de l'appareil et

d'éviter les produits toxiques dans le liquide.

Cette « cigarette » est composée de plusieurs parties :

- une batterie rechargeable,
- une résistance chauffante ou atomiseur,
- un réservoir pour le liquide ou un système de cartouche pré-remplie.

La batterie envoie un courant dans la résistance. Celle-ci va alors chauffer et permettre l'évaporation du liquide contenu dans le réservoir, il se transforme en gaz puis se condense sous forme d'aérosol ou « vapeur ». Ce liquide est du propylène glycol ou de la glycérine végétale et peut contenir de la nicotine et des arômes chimiques. Ces substances permettent d'obtenir un résultat similaire à de la fumée en formant de fines gouttelettes.

Ils sont assez peu toxiques et non cancérigènes. Contrairement à une cigarette classique on ne produit pas ici une fumée mais un aérosol. Avec cette e-cigarette, il n'y a pas de libération de monoxyde de carbone ni de goudron.

La nicotine délivrée est absorbée dans le sang moins rapidement qu'avec une cigarette mais beaucoup plus vite qu'avec un TNS.(106)

Selon une étude de 2018, 34 % de la population française avait déjà essayé la cigarette électronique et 3,8 % l'utilisent quotidiennement.(1)

Ce produit cible majoritairement les fumeurs, près de 50 % de ceux-ci ont déjà essayé l'e-cigarette, contre un peu plus de 10 % chez les non-fumeurs.

Chez les 15-24 ans, elle est surtout utilisée comme un effet de mode et pas forcément au quotidien. Chez les 50-75 ans, elle est plus employée au quotidien, comme alternative à la cigarette pour le sevrage.

Près d'un quart des usagers déclarent ne pas connaître la concentration en nicotine du liquide qu'ils utilisent. Chez ceux qui la connaissent, seulement 10 % utilisent un liquide sans aucune nicotine.

Plus de 70 % des utilisateurs déclarent l'utiliser pour arrêter ou réduire leur consommation de cigarette. Elle est donc grandement associée au sevrage tabagique. (107)

Une autre étude de 2013, met en avant le fait que la cigarette électronique utilisée avec ou sans nicotine est aussi efficace que les patchs à la nicotine. Elle conclue aussi que cela est sans effets indésirables supérieurs à court terme, mais qu'il est important d'être vigilant face aux possibles effets secondaires à long terme. (108)

Chez un patient ayant échoué avec tous les traitements, ce dispositif peut être intéressant car il va conserver la gestuelle et possiblement la nicotine.

De plus l'objectif prioritaire doit rester l'arrêt complet du tabac. Dans cette optique, il est envisageable de voir un jour ce type de dispositif en pharmacie après des études approfondies.



Figure 12 : Cigarettes et cigares électroniques (109)

Vapotage et tabagisme passif :

La nicotine contenue dans la « vapeur » de ces dispositifs est potentiellement dangereuses pour les plus jeunes, elle augmente les risques chez les enfants de devenir dépendant à la cigarette en grandissant. De plus dans les lieux non-fumeurs la cigarette électronique pourrait constituer une incitation à fumer.

De ce fait et depuis le 1 octobre 2017, il est interdit de vapoter dans certains lieux :

- établissements destinés à la formation, l'accueil ou l'hébergement des mineurs,
- les transports en communs fermés,
- les locaux de travail collectifs n'accueillant pas de public.(110)

V) Le rôle du pharmacien d'officine

1) Place privilégiée

a) De part son statut

Quelles que soient les pathologies et les traitements, le pharmacien d'officine est un acteur important dans le parcours de soins. Celui-ci a une grande proximité avec les patients, il est disponible sans rendez-vous et gratuitement. Tout cela sur une large amplitude horaire et avec un espace de confidentialité à disposition en cas de besoin.

Le pharmacien possède une patientèle fidèle avec laquelle il développe une relation de confiance durable. Aussi, il est souvent proche des patients et de leur famille et joue un rôle d'écoute de la population en toute confidentialité, ce qui sera

un atout pour leur proposer un suivi personnalisé.

Ce suivi que nous décrivons ici au niveau du sevrage tabagique, le pharmacien et son équipe le réalisent aussi avec d'autres pathologies chroniques, il a donc l'habitude et les connaissances requises pour le mettre en place. Les logiciels informatiques utilisés en officine permettent une aide dans le suivi individuel en utilisant notamment la fiche patient et le Dossier Pharmaceutique.

Très souvent, un seul pharmacien délivre la totalité du traitement d'un patient. Alors qu'il est courant qu'un patient consulte plusieurs médecins (spécialistes et son généraliste) qui ne communiqueront pas forcément entre eux. Il aura donc un rôle important pour inclure le sevrage tabagique dans le traitement pré-existant du patient. Or on a vu précédemment que certains traitements nécessitent beaucoup de précautions notamment au niveau des interactions médicamenteuses sous peine d'effets indésirables graves.

Le travail même du pharmacien est la délivrance, cela ne s'arrête pas à la vente. Quel que soit le médicament dispensé, il prodiguera avec des conseils de bon usage et s'assurera de la bonne compréhension du patient.

Il est donc compréhensible qu'il est une place importante dans le sevrage tabagique, tout d'abord par l'écoute et le conseil, puis le traitement et le suivi de l'abstinence. Le pharmacien possède des connaissances sur le tabagisme et l'aide au sevrage de part sa formation initiale. Il aura ensuite accès à plus d'outils à travers la formation continue.

Dans certaines situations, il peut aussi décider d'envoyer consulter un médecin pour certains cas de fumeurs :

- dépressifs ou anciens dépressifs,
- très dépendants à la cigarette,
- présentant une ou des pathologies graves,
- présentant des co-addictions (alcool et/ou cannabis), même si souvent le patient ne reconnaît pas tout,
- ayant échoué avec les TNS et souhaitant des traitements de seconde intention (Bupropion ou Varénicline),
- les femmes enceintes qui n'y arrivent pas seules,
- séropositifs au VIH.

b) De part la législation

En 1998, la conférence de consensus de l'ANAES, sur l'arrêt de la consommation du tabac. Elle statue sur les missions des différents professionnels de santé et notamment les pharmaciens avec plusieurs rôles :

- exemplarité (ne pas être soit même fumeur),
- interdiction de fumer dans les pharmacies,
- souligner les risques majeurs du tabagisme,
- encourager les patients à ce sevrage,
- les aider au maintien de l'abstinence : conseil, aider, accompagnement.

Cette conférence envisage déjà la délivrance des TNS sans ordonnance et leur remboursement.(111)

Dans la lignée de ce texte, l'arrêté du 30 novembre 1999 rend disponibles les TNS à l'achat en pharmacie sans ordonnance. Cela constitue un outil de plus pour le pharmacien qui peut alors prendre en charge certains patients sans l'aide du médecin. Il peut directement, en plus des conseils de sevrage, proposer et délivrer de TNS ; les conseils associés sont très importants car ils augmentent les chances de succès.

Les fumeurs désirant arrêter peuvent spontanément entrer en contact avec un pharmacien pour acheter des TNS et faire une tentative.

En 2003, dans ses recommandations (Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac), l'AFSSAPS appelle à la mobilisation de tous les professionnels de santé face à l'ampleur du tabagisme en France. Notamment le pharmacien :

- pour qu'il aille au-delà du conseil minimal et prennent en charge lui-même le suivi du patient.
- Elle lui attribue un « rôle central », en partie grâce à la facilité d'accès des TNS dans les officines. (102)

En 2009, la loi HPST formalise de nouvelles missions pour les pharmaciens d'officine en modifiant et complétant le Code de la santé publique. Cela renforce la crédibilité de la profession. Plusieurs choses exposées nous intéressent ici dans le cadre du tabagisme :

- 1 : « Contribuent aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 » : le tabac est particulièrement ciblé à ce niveau. Le pharmacien se doit donc d'informer tous ses patients sur les risques sanitaires liés au tabagisme et de leur proposer tous les moyens possibles pour arrêter. Il devra faire en sorte de diagnostiquer les fumeurs, faire de la prévention et délivrer de l'information, leur proposer un traitement adapté et dans certains les réorienter vers un médecin.
- 2 : « Participent à la coopération entre professionnels de santé » : le pharmacien fait partie du système de soin. Il doit parfois orienter les patients vers le médecin. Pour une bonne prise en charge, il doit faire équipe et

communiquer avec les autres professionnels de santé (médecins, infirmiers...).

- 3 : « Participent à la mission de service public de la permanence des soins » : En France, les officines présentent un maillage territorial efficace, 97 % de la population possède une pharmacie accessible en moins de 15 minutes. Au moins une pharmacie est toujours ouverte 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Un fumeur motivé à arrêter aura donc toujours une pharmacie prête à l'aider.
- 5 : « Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients définies aux articles L. 1161-1 à L. 1161-5 » : dans le cadre du tabac, le pharmacien s'assurera de la bonne compréhension du traitement, donnera des conseils de bon usage, les risques d'effets indésirables ainsi que les moyens pour les éviter et il mettra en place un suivi. Un médicament bien conseillé a plus de chance d'être efficace. Le rôle de conseil du pharmacien sera d'autant plus important pour les traitements vendus sans ordonnance, donc ici les TNS.
- 8 : « Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes » : le Moi(s) sans tabac, largement relayé en officine, est un bon exemple de communication pour l'amélioration de la santé.(112)

Les soins de premiers recours sont auxquels se doit de participer le pharmacien sont définis à l'article L. 1411-11 :

- « La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ».
- « La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ».
- « L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ».
- « L'éducation pour la santé ». (113)

La prévention ici mentionnée se retrouve à 3 niveaux dans la lutte anti-tabac :

- prévention primaire : action qui empêche la survenue : ici communiquer sur les risques liés au tabagisme et mettre en garde les non-fumeurs.
- Prévention secondaire : diminuer le risque, sans le supprimer : ici dépister les individus fumeurs et les prendre en charge dans leur sevrage.
- Prévention tertiaire : moyens mis en œuvre pour éviter l'aggravation et les rechutes. Ici éviter la rechute. Cela passe par un suivi des patients ayant arrêté de fumer et ceux en cours de sevrage.

En avril 2011, un nouveau décret confère des missions supplémentaires aux pharmaciens d'officine :

- un patient peut les désigner comme pharmacien correspondant. Ainsi ils auront des missions à exercer en collaboration avec d'autres professionnels de santé et l'ARS de leur région. Le sevrage tabagique est un traitement chronique. À ce titre, dans cette situation, le pharmacien pourra renouveler le traitement de sevrage avec l'accord ou à la demande du médecin traitant (article R. 5125-33-5 du code de la santé publique).
- Réaliser un bilan partagé de médication avec évaluation de l'observance et de la tolérance du traitement, ainsi que d'éventuels effets indésirables. Dans le cadre de la collaboration il communiquera ces bilans au médecin pour un éventuel ajustement du dosage. Il s'agit d'un renforcement des dispositions prises par la loi HPST.

En octobre 2014, dans ces bonnes pratiques professionnelles pour l'Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours, l'HAS consacre une partie complète au pharmacien d'officine et réaffirme son rôle central au travers de multiples missions.(18)

2) Outils

a) Dépistage

Tous les professionnels de santé en contact avec des patients peuvent s'impliquer dans le dépistage du tabagisme.

En théorie, il est recommandé que tous les patients soient questionnés sur leur éventuelle utilisation de tabac de façon systématique. Pour être complet il est également conseillé de rechercher les fumeurs dans l'entourage direct du patient : parents, grands-parents, compagnon... La réalité est différente en pharmacie, il est compliqué de poser plusieurs fois la question à des patients que l'on voit régulièrement. Aussi, plus de 40 % des fumeurs ne souhaitent pas arrêter. Nous y reviendrons par la suite, mais le plus important est de simplement poser la question suivante : « fumez-vous ? ».

Pour faciliter les choses, le pharmacien peut afficher de la documentation dans l'officine afin que le patient vienne en parler de lui-même :

- vitrines à thème à l'extérieur de la pharmacie,
- affiches et documentation en libre accès à l'intérieur. Le libre accès est important car certains patients n'assumeront pas forcément de venir demander de la documentation à une personne physique (adolescents, femmes enceintes...).

Le pharmacien possède de multiples occasions favorables pour aborder la question du tabac :

- lors de la délivrance d'un test de grossesse ou d'un contraceptif oral,
- lors de l'annonce d'une grossesse,
- à l'approche d'une intervention chirurgicale programmée,
- chez un patient voulant acheter un dentifrice ou un bain de bouche blanchissant,
- chez un patient atteint de DMLA, c'est le principal facteur de risque évitable dans cette maladie,
- chez un patient présentant une toux grasse et souhaitant des médicaments expectorants,
- chez un patient présentant des rhumes à répétition, non améliorés par les traitements,
- chez tous les patients ayant des traitements pour des pathologies aggravées par le tabac : le diabète, l'asthme, la BPCO, les maladies cardio-vasculaires...

Certaines périodes peuvent être plus favorables pour discuter avec les fumeurs, notamment lors des campagnes publiques anti-tabac :

- le Moi(s) sans tabac : il a lieu au mois de novembre chaque année depuis 2016. L'objectif est d'inciter le fumeur à arrêter pendant 30 jours. Or, on a vu précédemment qu'en réussissant à arrêter un mois, le patient a 5 fois plus de chances de réussir à se sevrer totalement. Cette campagne est largement relayée dans les médias. Au niveau de l'officine, beaucoup de documentation est mise à disposition des fumeurs, affiches, flyers, kits d'aide. L'équipe officinale porte un badge indiquant l'opération. Dans cette période il sera aussi plus facile pour les patients d'initier le dialogue avec les professionnels de santé qui l'entourent.
- La journée mondiale sans tabac : comme vu précédemment, elle a lieu le 31 mai depuis 1988. C'est l'OMS qui en est à l'origine et l'organise chaque année avec des thèmes différents.

Tests de tabagisme et de dépendance :

Dans le cadre du dépistage, le pharmacien aura besoin dans un premier temps d'évaluer le niveau de tabagisme et de dépendance du fumeur en face de lui.

Il existe des tests biologiques (dosage de la cotinine, dosage du monoxyde de carbone expiré) mais ils ne sont pas utilisés en officine.

De nombreux auto-tests sont utilisables (test de Fagerström, test de Horn, critères de

dépendance au tabac selon le CIM-10). En pratique seul le test simplifié de Fagerström ou HSI (Heaviness Smoking Index), est utilisé au quotidien en pharmacie. Il ne comprend que deux questions et est donc simple et rapide d'utilisation.

Identifier les co-addictions :

En 2007, la HAS émet des recommandations concernant les « Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins ».

Une consommation abusive peut en cacher une autre, elle recommande donc aux pharmaciens d'identifier systématiquement et le précocement possible les co-dépendances à d'autres substances que peut présenter le patient :

- cannabis,
- alcool,
- autres drogues : opiacés et cocaïne,
- médicaments (anxiolytiques, antalgiques, anti-dépresseurs...).

Il doit aussi être au courant de possible addictions comportementales (jeux, alimentation...).

Des questionnaires validés par la HAS existent et sont utilisables par tous les professionnels de santé :

- CAGE-DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool) pour l'usage problématique d'alcool.
- CAST (Cannabis Abuse Screening Test) pour l'usage problématique de cannabis.

Dans un premier temps, interroger le patient de la sorte provoquera chez lui une possible prise de conscience des risques et une motivation à changer. Aussi, la présence d'une autre addiction aura de grande chance de faire échouer le sevrage tabagique et augmentera le risque de rechute. Dans ce type de situation, il sera préférable d'orienter le patient vers un médecin.

Ce dépistage supplémentaire s'inscrit aussi dans une logique de réduction des risques, d'augmentation de l'espérance de vie et de l'amélioration de sa qualité(18)

b) Types d'intervention

◆ Conseil d'arrêt

Le conseil d'arrêt est simple, il consiste, pour un professionnel de santé, à indiquer à son patient qu'il est bénéfique pour sa santé d'arrêter de fumer ; quelle

que soit sa consommation, car toute cigarette est dangereuse. Le patient ne doit pas se sentir ni jugé, ni culpabilisé.

Il s'adresse à tous les fumeurs, qu'ils soient décidés ou non à en finir avec le tabagisme, même chez ceux ne voulant explicitement pas se sevrer.

Selon la HAS, il a été démontré que ce simple conseil augmente de plus de 50 % les chances de tenter un sevrage et l'abstinence au-delà de 6 mois.

Exemples de conseils d'arrêt proposés par l'HAS :

- « Arrêter de fumer est la décision la plus importante que vous pouvez prendre pour protéger votre santé. Je peux vous aider si vous le souhaitez ».
- « Il est important que vous arrêtiez de fumer, et je peux vous aider ».
- « Je peux vous aider à arrêter de fumer. Ce sera sûrement plus facile que d'essayer tout seul ».
- « Arrêter de fumer pendant que vous êtes malade est une bonne décision, ce peut être l'occasion de reprendre votre liberté face au tabac ».
- « Fumer occasionnellement ou en faible quantité est encore dangereux ».
- « Il n'est jamais trop tard pour arrêter et c'est encore mieux si on arrête tôt ».
- « Continuer à fumer aggravera votre bronchite ou votre asthme ; en revanche, arrêter de fumer pourra améliorer votre santé de façon importante ».
- « La fréquence des infections respiratoires des enfants est supérieure dans un environnement fumeur ».

Ce conseil peut avoir lieu dans le cas où le pharmacien sait que le patient est fumeur. Sinon il y a le conseil minimal.(18)

◆ Conseil bref / minimal

Le conseil minimal est différent du conseil d'arrêt. Il est constitué de deux questions :

- « Fumez-vous ? »

et

- « Souhaitez-vous arrêter ? »

Il convient enfin de remettre une brochure, uniquement aux patients souhaitant arrêter, sur les risques du tabagisme et les différentes stratégies possibles pour s'en sortir.

Le souci de cette méthode et quelle repose sur des questions fermées. De plus, il n'est pas prévu d'intervenir sur les patients ne souhaitant pas arrêter. Ainsi, on ne constate en l'état aucune efficacité sur le sevrage à long terme ; uniquement un impact sur l'abstinence à 1 mois et le nombre de tentatives de sevrage. (114)

Il convient donc, en pratique de compléter ce conseil par au moins une intervention brève. Celle-ci dure environ 5 minutes. Il ne faut pas utiliser les termes « bien » ou « mal » qui pourraient être interprétés comme un jugement par le patient. Il sera préférable de signifier factuellement au fumeur les risques pour sa santé et celle de son entourage ainsi que les bénéfices multiples de l'arrêt. Il convient de présenter rapidement les stratégies de prise en charge, d'indiquer au patient qu'il bénéficie de notre soutien s'il le souhaite et globalement de valoriser sa démarche personnelle.

Ce conseil minimal peut aussi déboucher sur un entretien motivationnel qui sera lui encore plus complet.

◆ Entretien motivationnel

Cet outil a été détaillé dans la partie précédente. Il est constitué de séances d'au moins 20 minutes. Il se compose de plusieurs questions ouvertes, par exemple :

- « Qu'est-ce que vous apporte le fait de fumer ? »
- « Pour quelles raisons souhaiteriez-vous cesser de fumer ? »
- « Avez-vous peur d'arrêter de fumer ? Si oui, pour quelles raisons ? »
- « Si vous décidez d'arrêter de fumer, quelle confiance auriez-vous dans votre capacité à y parvenir ? »

Son efficacité est largement supérieure à celle de l'intervention brève. Globalement, il a pour but d'exposer le fumeur à ses ambivalences, ses craintes, ses gains et le faire prendre conscience de sa propre motivation à se sevrer. Le patient prendra confiance en lui et dans la réussite de ce changement.

Ce type d'entretien est réalisable à l'officine, il devra se faire dans un lieu de confidentialité. Il peut être renouvelé régulièrement et intégré au programme de suivi que proposera le pharmacien à son patient.

c) Évaluation de la motivation

Une forte motivation intrinsèque du patient est la clef de son sevrage. En plus de cela, plusieurs facteurs augmenteront ses chances de réussite :

- un haut niveau d'éducation et/ou un haut niveau socio-économique,
- une faible consommation de tabac,
- une faible consommation d'alcool,

- une faible ancienneté du tabagisme,
- un âge de commencement le plus élevé possible,
- un entourage non-fumeur,
- une faible dépendance vis-à-vis de la nicotine.

Afin d'évaluer la motivation du fumeur, il existe deux échelles validées en France.

La première, élaborée par Aubin et al., date de 2005. « Échelle Q-MAT » :
Questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac.

Elle comporte 4 questions :

1 : Pensez-vous que dans 6 mois :

Vous fumerez toujours autant ?	0
Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ?	2
Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ?	4
Vous aurez arrêté de fumer ?	8

2 : Avez-vous actuellement envie d'arrêter de fumer ?

Pas du tout	0
Un peu	1
Beaucoup	2
Énormément	3

3 : Pensez-vous que dans 4 semaines

Vous fumerez toujours autant ?	0
Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ?	2
Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ?	4
Vous aurez arrêté de fumer ?	6

4 : Vous arrive-t-il de ne pas être content de fumer ?

Jamais	0
Quelquefois	1
Souvent	2
Très souvent	3

Le score total est un score sur 20.

- score < à 6 : motivation insuffisante, le patient a peu de chance de débuter un sevrage et/ou de le réussir,
- score entre 7 et 12 : motivation moyenne,

- score > 12 : motivation bonne voire très bonne

Le seul souci de ce test est qu'il oblige le patient à se projeter, ce qui n'est pas toujours possible. (115)

L'autre méthode est une simple échelle analogique (Figure 13) proposée par l'HAS. Elle est très simple mais permet une évaluation très rapide chez tous les fumeurs.

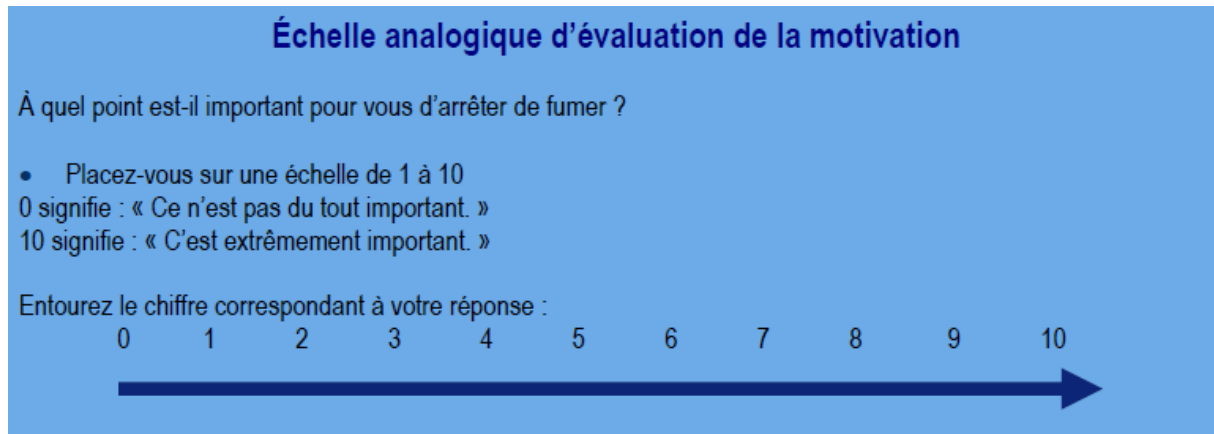


Figure 13 : Échelle analogique d'évaluation de la motivation (18)

En cas de faible motivation, il n'est pas recommandé d'amorcer un sevrage tabagique immédiatement. Face à cette situation, il convient de proposer un accompagnement, l'entretien motivationnel va être un bon outil pour le pharmacien. Il permettra d'augmenter la motivation du fumeur afin de pouvoir ensuite mettre en place son arrêt total.

d) Stade de l'arrêt et comportement adapté

Après avoir évalué la motivation de son patient, le professionnel de santé devra s'adapter à celui-ci. Un fumeur dans sa vie passe par différents stades. En fonction de l'étape à laquelle il se trouve, la prise en charge sera différente. Un patient venant parler de son tabagisme n'est pas forcément motivé à arrêter tout de suite et parfois c'est aussi un fumeur en phase de rechute. Le pharmacien devra évaluer le patient et le placer sur le « cercle » décrit dans le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente (Figure 14). Ce modèle présente plusieurs étapes par lesquelles doit passer un fumeur pour se sevrer.

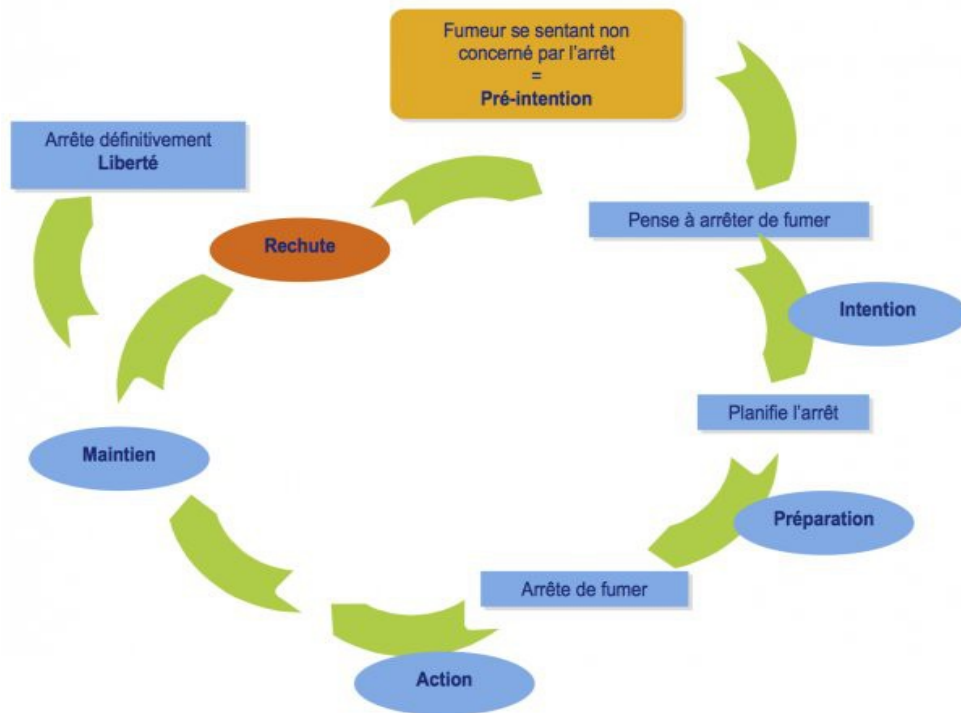


Figure 14 : Le « cercle » de Prochaska et DiClemente (18)

La pré-contemplation ou pré-intention :

Le fumeur est « heureux ». La question du sevrage ne se pose pas du tout et il n'a pas une relation problématique avec son tabagisme. À ce stade, le patient n'a pas l'intention d'arrêter de fumer, ce qui est le cas de plus de 40 % des consommateurs.

La contemplation ou intention :

À ce stade, le fumeur est indécis, il envisage d'arrêter et montre son intention. Il est alors volontaire pour en parler. Le patient se retrouve face à son ambivalence et commence à percevoir le tabagisme comme un problème. Souvent à ce stade le patient n'a aucune idée des stratégies disponibles pour l'aider.

Prise de décision ou préparation :

Le fumeur décide d'essayer d'arrêter. Il reconnaît alors qu'il souhaite se sevrer et chercher les moyens d'y arriver. À partir de ce stade le patient se retrouve, par anticipation, confronté aux problèmes du sevrage.

L'action :

Le patient arrête de fumer et commence son changement personnel à plusieurs niveaux : comportemental, social, cognitif. Il prend de nouvelles habitudes.

Le maintien :

La personne ne fume plus depuis plusieurs mois et ne recommence pas.
Il lutte pour ne pas rechuter.

Un patient qui arrête de fumer définitivement atteint le stade de la « liberté ».

La rechute :

De part son profil addictogène et son caractère social, la cigarette entraîne très fréquemment des rechutes.

La rechute est à surveiller particulièrement car elle risque de décourager et démotiver le fumeur. Celui-ci peut alors repartir en arrière sur le « cercle ».

Il faut distinguer la rechute, qui est une reprise du tabagisme quotidien dans une période d'abstinence, du faux pas qui est une consommation ponctuelle et isolée.

Il est très important de comprendre qu'un ex-fumeur ne deviendra jamais un non-fumeur. Le risque de rechute sera toujours présent même après plusieurs années d'abstinence.

Ce mécanisme est prévu pour que le professionnel de santé fasse progresser le patient d'étape en étape.

Face à chacun de ces stades, il faudra donner une réponse différente et adaptée. Il sera important d'écouter le patient avec bienveillance et empathie sans que celui-ci ne se sente jugé. Aussi, il est important de proposer régulièrement au patient de se « reparler plus tard » afin d'instaurer un suivi.

La pré-contemplation ou pré-intention :

Comprendre pourquoi il est « heureux » en tant que fumeur, les avantages qu'il en retire et les diverses raisons qui le poussent à consommer ; tout cela sans le juger ni émettre d'avis. Face à cela il faudra lui exposer les bénéfices d'un arrêt du tabac.

Le pharmacien peut proposer un test de dépendance, pour démontrer au patient que sa relation au tabac n'est pas si anodine qu'il le pense.

Enfin, il sera primordial, pour amorcer un changement de lui procurer un conseil d'arrêt et de lui remettre des brochures d'information.

Une réduction de la consommation peut être envisagée dans un premier temps même si elle n'est que partiellement bénéfique.

La contemplation ou intention :

Face au patient il faudra de nouveau lui exposer les bénéfices à attendre d'un arrêt du tabac. Mais il faudra aussi le faire exprimer les avantages qu'il espère en

retirer personnellement. Il sera important d'encourager le fumeur pour augmenter sa motivation et sa confiance en ses chances de réussite.

Aussi, le patient devra exprimer ses craintes et inquiétudes face au sevrage. Le professionnel de santé devra le rassurer point par point afin de faire diminuer cette peur qui constitue un frein.

Prise de décision ou préparation :

La première des choses à faire sera de le féliciter pour sa décision. À ce stade, il est important de donner des outils concrets au patient pour le soutenir dans son changement :

- lui exposer les stratégies de sevrage à sa disposition,
- lui fournir un maximum de conseils (éducation thérapeutique) pour augmenter ses chances de succès,
- mettre ensemble en place un plan de changement concret, en impliquant s'il le faut son entourage,
- fixer une date d'arrêt de son choix.

L'action :

À ce stade aussi, il faudra féliciter la personne, pour tous les efforts qu'elle a déjà réalisés.

Un patient en cours de sevrage, surtout au début, va se retrouver dans une situation compliquée. Il sera très important de lui réaffirmer à chacune de ses visites que l'on est disponible pour lui. Aussi, on peut lui proposer de revenir régulièrement pour se sentir soutenu.

L'aider à gérer sa dépendance et les symptômes associés. Mettre en place des stratégies à utiliser en situation de rechute.

Si l'on a délivré un traitement par TNS, il faudra surveiller l'apparition de symptômes de sous-dosage ou sur-dosage.

Le maintien :

Valoriser tous les changements mis en place pour réussir à ne plus fumer. Le conforter dans ses capacités personnelles à se sevrer, qui lui ont permis d'en arriver là.

Faire un point sur les problèmes rencontrés.

Il faudra rappeler au patient de ne pas fumer, même une seule cigarette. Le but ici est la prévention de la rechute.

La rechute :

Face à un patient nous annonçant : « j'ai rechuté, j'ai fumé une cigarette, je ne vais pas m'en sortir ».

Il faut dédramatiser et le déculpabiliser, sans pour autant banaliser la situation. Le patient ne doit pas perdre totalement confiance en lui mais doit comprendre qu'il ne faut pas que cela se reproduise.

Rassurer le fumeur, les rechutes sont très fréquentes dans le tabagisme et cela constitue une étape dans le chemin vers la « liberté ».

Le plus important sera de chercher à comprendre les raisons de cette rechute et travailler dessus :

- facteur de risque (soirée, stress, fréquentation),
- en tirer des enseignements,
- réévaluer si nécessaire le traitement mis en place,
- replacer le patient sur le « cercle » du sevrage.

Quelle que soit la durée de la prise en charge et le nombre de rechutes, il faut guider le fumeur vers l'objectif final de sevrage total et définitif.(18,116)

e) Sevrage ou réduction ?

Suite à un conseil d'arrêt ou un conseil minimal, on va dépister des patients voulant en finir avec le tabagisme.

Certains fumeurs ne se sentent pas prêt à arrêter à court terme, ou n'y arrivent pas. Il faudra au moins leur proposer une réduction de leur consommation. Chez ces consommateurs très dépendant, cette démarche de changement sera particulièrement à valoriser.

Une diminution sans accompagnement entraînera des mécanismes de compensation (absorption plus intense de la fumée, bouffées plus fréquentes), pour maintenir un niveau de nicotine constant. Il est donc important d'associer cette baisse à un traitement par TNS. Cela peut être l'occasion de créer un lien médical avec le patient, constituant une première étape vers un sevrage complet.

Cette stratégie est aussi valable chez les femmes enceintes et les patients très dépendants souffrant de pathologies cardio-vasculaires.

Une étude de Lindson *et al.* en 2012 a conclu que :

- l'initiation du sevrage par une réduction est aussi efficace que celle par un arrêt total, sur une abstinence à 6 mois,
- une stratégie de diminution associé à des TNS est aussi efficace qu'un arrêt direct, sur l'abstinence à 1 an.

Il sera donc d'autant plus important de conseiller l'association avec des TNS au format et au dosage adaptés. Quelle que soit la durée de consommation des TNS, même sur plusieurs années, ils sont sans danger pour la santé. Ce mode de consommation réduit, chez certains malades, est intéressant, car même s'il n'annule pas les risques, il permet de les diminuer. Il est préférable à long terme de réduire son tabagisme, associé à des TNS, plutôt que de rester un « grand » fumeur.

Chez un fumeur refusant catégoriquement toute forme de changement, il sera important de lui expliquer qu'on reste à sa disposition pour le futur. Tout type d'intervention peut amener le patient à changer de stade sur le « cercle ».

3) Exemples de motivations à l'arrêt pour le fumeur

En France, en 2018, parmi les fumeurs quotidiens, plus de 56 % avaient envie d'arrêter de fumer avec de multiples motivations.(1)

a) Bénéfice financier

Le prix du paquet de cigarette est depuis des années un enjeu de taille. Depuis les années 1990, toutes les politiques anti-tabac ont utilisé cet outil qui apparaît comme le plus efficace et le moins coûteux. Le prix moyen est donc passé de 3,20 euros en 2000 contre 10 euros depuis le 1^{er} mars 2020.

Considérant ce prix actuel, un fumeur consommant un paquet par jour, pourra économiser :

- 300 euros par mois,
- plus de 3500 euros par an,
- et près de 18 000 euros sur 5 ans.(117)

Cet aspect économique considérable, sera un élément très important à utiliser comme levier de motivation auprès du patient. Il sera intéressant de lui proposer ce calcul et le laisser imaginer les projets réalisables avec cet argent. D'autant plus chez certains fumeurs défavorisés.

b) Bénéfices pour la santé

En moyenne 15 ans après le sevrage tabagique, le fumeur récupère une espérance de vie se rapprochant de celle d'un non-fumeur. Attention tout de même, les années passées à fumer laisseront des traces et l'espérance de vie ne sera pas équivalente pour autant.

Il faudra environ 10 ans d'abstinence pour observer une réduction des risques de cancer liés au tabac.

Très rapidement la qualité de vie s'améliore, le patient pourra le vérifier par lui-même à plusieurs niveaux :

- moins de toux et de rhumes,
- retour du goût et de l'odorat,
- éclaircissement de la voie,
- le teint s'éclaircit et les rides sont moins visibles,
- les dents sont plus blanches et la mauvaise haleine disparaît,
- plus de facilités à respirer,
- l'arrêt de la nicotine, excitante, entraîne une relaxation physique avec une normalisation de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle.

Le tabagisme passif est reconnu comme étant très délétère pour la santé de l'entourage proche du fumeur. De plus, il augmente les risques chez les enfants d'être à leur tour dépendants. Les bénéfices sur la santé de l'entourage du patient seront un levier important à lui exposer aussi.

Les meilleurs résultats sur la santé seront obtenus chez les patients ayant fumé sur une courte période et/ou arrêtant jeune.

Mais à tout âge, l'arrêt est à conseiller et sera bénéfique.

c) Image de soi

Le sevrage tabagique est un changement personnel difficile à réaliser et souvent long, la cigarette étant très addictogène et socialement bien ancrée. Un fumeur allant au bout de sa démarche en sortira avec plus de confiance en lui et de fierté.

La cigarette est de plus en plus mal vue dans notre société actuelle, notamment grâce aux politiques de santé qui communiquent sur ses dangers et veillent à la diminution de son exposition dans les médias. Ce sentiment peut être une motivation à arrêter.

d) Projet de grossesse

Dans un premier temps, on a déjà vu que la cigarette a des conséquences sur la fertilité. Ce qui pourra grandement motiver à l'arrêt dans un couple souhaitant un enfant.

Chez la femme en âge de procréer :

- un risque d'infertilité multiplié par 2,
- un allongement de la durée de conception en moyenne d'un an,
- une réduction des chances de succès de la procréation médicalement assistée,
- une augmentation du risque de fausse couche et du risque de grossesse extra-utérine.

Chez l'homme le tabagisme diminue la qualité globale du sperme en agissant sur la mobilité et la qualité des spermatozoïdes. Ce qui a pour conséquence une baisse de la fertilité.

L'envie de se sevrer peut aussi être motivée par les risques d'une exposition du fœtus à la cigarette.

e) Découverte d'une grossesse

Aujourd'hui le fait que le tabagisme soit dangereux pendant la grossesse, est connu par la population. Plusieurs campagnes d'informations ont été menées sur le sujet et l'information est présente sur tous les produits de tabac.

Comme vu précédemment, le tabagisme chez la femme enceinte pendant la grossesse est délétère à plusieurs niveaux pour le fœtus :

- grossesse extra-utérine,
- mort fœtale,
- retard de croissance,
- prématurité,
- hématome rétro-placentaire,
- rupture prématurée des membranes,
- un mal être fœtal important, notamment dû à une hypoxie chronique causée par le CO.

Cette consommation de tabac majore les risques suivants :

- malformations : cardiaque, fente palatine ou fente labiale (bec de lièvre),

- pas d'effet tératogène, mais une augmentation spécifique sur ces risques de malformations,
- mort subite du nourrisson,
- pathologies respiratoires chez le nourrisson,
- addiction à la nicotine chez le futur adolescent puis l'adulte.

Chez une femme enceinte, motivée, très dépendante et n'arrivant pas à arrêter seule, il sera primordial de l'orienter vers un tabacologue afin d'optimiser sa prise en charge.

f) Découverte d'une pathologie aggravée par le tabagisme

Plusieurs pathologies sont aggravées par le tabagisme :

- Diabète de type 2
- Maladie de Crohn
- Pathologies oculaires : Cataracte et DMLA
- Maladies parodontales
- Tous les cancers liés au tabac : bronches et poumon, vessie, rein, pancréas, colorectal et VADS.

Ainsi à leur annonce, les patients seront informés de l'importance du sevrage. On observe de nombreux fumeurs souhaitant arrêter dans cette situation pour augmenter leurs chances de guérison et améliorer leur convalescence.

g) Opération

Il est vivement recommandé d'arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant une intervention chirurgicale. Ce conseil sera donné par les chirurgiens.

En effet, le tabagisme altère la cicatrisation et les défenses immunitaires.

Plusieurs mécanismes vus précédemment l'expliquent, mauvais transport de l'oxygène, vasoconstriction et augmentation de la coagulation.

Il y a de forts risques de nécroses et d'infections post-opératoires chez les fumeurs.

Cette situation ne laissera pas beaucoup de choix au fumeur, elle peut représenter une occasion de s'arrêter définitivement s'il est bien pris en charge au niveau pharmacologique et psychologique.

h) Interdiction absolue et/ou momentanée

Dans certaines situations, il sera légalement interdit et non plus déconseillé de fumer. Le patient n'aura alors pas le choix, il sera interdit de fumer :

- lieu de travail,
- transports : bus, avion, train...

Face à cela, le fumeur se tournera souvent vers son médecin ou son pharmacien afin d'obtenir des TNS adaptés dans le but de soulager sa future sensation de manque.

Là aussi, au professionnel de santé de bien le prendre en charge pour éventuellement lui permettre un arrêt complet après une réduction progressive.

4) Suivi du patient traité par TNS

a) Accompagnement

- ◆ Fiche de suivi :

Il va être primordial d'accompagner correctement les fumeurs lors de leur sevrage, et tout particulièrement au début de celui-ci où les premiers symptômes vont se faire sentir. Le pharmacien disponible facilement et sans rendez-vous sera un réel soutien pour le patient.

Afin de mettre en place sa prise en charge et d'évaluer objectivement l'efficacité des TNS, il sera utile de remettre une fiche de suivi au fumeur entamant son sevrage, dès le début du traitement. Il lui sera conseillé de la remplir chaque soir avant de se coucher afin de faire un bilan de la journée. Cette fiche sera à amener au pharmacien à chaque visite.

Les critères sont à remplir de 0 à 3.

Le premier critère est le plus important : les pulsions à fumer :

- 0 = aucune pulsion de la journée
- 1 = pulsions légères → journée assez facile
- 2 = pulsions moyennes → journée difficile
- 3 = pulsions fortes et nombreuses → journée très difficile.

Ces pulsions à fumer sont à rapprocher du « craving », une envie irrésistible et due à la dépendance physique. C'est très différent d'une simple envie de fumer,

qui sera normalement présente en début de sevrage. Or, des pulsions fortes et nombreuses sont un signe de sous-dosage des TNS, il sera nécessaire de réévaluer rapidement sous peine de rechute.

Ensuite pour les autres critères : irritabilité, accès de colère, agitation, nervosité, anxiété, tendance dépressive, difficulté de concentration, augmentation de l'appétit, constipation, troubles du sommeil, activités de rêve :

- 0 = ni plus, ni moins que d'habitude (avant le sevrage)
- 1 = un peu plus que d'habitude
- 2 = moyennement plus que d'habitude
- 3 = beaucoup plus que d'habitude.

Il faudra aussi que le patient note le nombre de cafés et de verres d'alcool bus dans la journée. Une grande consommation de ces boissons peut être corrélée avec un échec du sevrage tabagique.

Le fumeur devra aussi en cas de rechute noter le nombre de cigarettes fumées dans la journée. Le but doit être l'arrêt total et il doit tout mettre en œuvre pour avoir la fierté d'écrire « 0 » dans cette case.

Enfin, il devra indiquer la prise de son traitement, avec les formes utilisées, leur dosage et les quantités consommées. Même si ce n'est pas l'objectif principal, il faudra une diminution progressive du dosage jusqu'à l'arrêt.

Il sera important de surveiller que le patient est observant. Un patient qui n'aime pas la forme orale de TNS ne la consommera pas. Il faudra donc veiller à ce qu'il « apprécie » son le goût et/ou la forme et ne pas hésiter à changer dans le cas contraire.

◆ Éviter la rechute :

En France, en 2018, près de 25 % des fumeurs quotidiens ont déjà fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine avec la plupart du temps une rechute.(1)

Le pharmacien pourra prodiguer des conseils pratiques à mettre en place à plusieurs niveaux.

Environnement :

- supprimer les éléments déclencheurs en rapport avec la cigarette : cendrier, briquet, boîte à cigare et coupe cigare.
- Informer tout son entourage (amis, famille, collègues) de sa décision d'arrêter de fumer. Ainsi il pourra leur demander de l'aide et du soutien, à commencer par le fait de ne pas fumer en sa présence.

Comportement et habitudes :

- cibler les moments dans lesquels il fumait par « réflexe » : pause au travail, café, télévision, apéritif... Dans ces moments-là le patient doit préparer à l'avance des choses à faire pour s'occuper et éviter au maximum les situations à risques.
- Limiter la consommation de café, qui pour certaines personnes est indissociable de la cigarette.

L'envie de fumer : dure souvent entre 2 et 3 minutes. Pour y faire face et la laisser se dissiper, plusieurs conseils sont à donner :

- consommer un TNS oral,
- s'occuper l'esprit et les mains : téléphone, brossage de dents, verre d'eau...
- se concentrer sur sa respiration avec des grandes inspirations et expirations,
- rédiger une liste des motivations à arrêter, relire cette liste à chaque envie,
- se féliciter après chaque succès. Chaque envie surmontée aidera à faire passer les suivantes plus facilement, ainsi après plusieurs mois d'arrêt, le patient y arrivera sans difficulté.

Le rôle majeur du pharmacien sera aussi de préparer son patient à ce qui l'attend. Envisager les difficultés pour mieux les prévenir. Il devra donc l'informer à l'avance de certains effets indésirables, majoritairement présents en début de sevrage, sans gravité et disparaissant rapidement :

- moral en berne : l'absence de la nicotine et des IMAO de la cigarette va laisser place à une humeur dépressive chez le patient.
- Problèmes respiratoires : l'absence de fumée permet au travail bronchique (cils vibratiles) de reprendre une activité physiologique, ainsi qu'une fluidification des sécrétions. Le fumeur peut ressentir une toux grasse, un mal de gorge, des crachats foncés, un rhume et des sinusites.
Il faut rassurer le patient en lui expliquant que c'est un bon signe de désintoxication du corps.
- L'absence de nicotine, qui facilite le transit, va laisser place à des ballonnements et une constipation.
- Apparition d'aphtes.
- Tension mammaire chez la femme.

Il faudra une attention toute particulière chez la femme post-partum. En effet, une étude de Solomon *et al.* en 2007 a démontré que chez les femmes ayant arrêté de fumer pendant la grossesse, 80 % rechutent dans l'année qui suit l'accouchement et que 30 % rechutent tout de suite après l'accouchement.

Dans ce cas où la mère est fumeuse, il faudra grandement lui conseiller d'allaiter son bébé si possible. En fait, il a été démontré que l'allaitement, surtout sur une longue période, aura d'importants effets protecteurs face aux dangers du tabagisme passif chez le nourrisson.

b) Réévaluation

Suite à la primo-prescription ou primo-délivrance de TNS, lorsque le patient va revenir à l'officine avec sa fiche de suivi, le pharmacien devra réévaluer son dosage. Ainsi il ne faut pas hésiter à faire des modifications, en concertation avec le patient, dès la première semaine de sevrage.

Les changements peuvent aussi porter sur la forme orale en fonction de ses goûts, si le patient ne l'apprécie pas ; et la marque des patchs si une réaction locale à la colle apparaît.

Le pharmacien devra rechercher les signes suivants chez le fumeur :

Les signes de sous-dosage :

Ils sont en fait des symptômes de sevrage :

- troubles de l'humeur,
- irritabilité, colère, frustration et anxiété,
- problème de concentration,
- augmentation de l'appétit,
- augmentation d'une co-dépendance associée,
- troubles du sommeil et insomnies,
- forte persistance des pulsions à fumer,
- consommation importante de cigarettes,
- consommation supérieure aux attentes des formes orales. On observe alors par exemple des patients qui reviennent au bout d'une semaine avec une boîte de gomme vide, qui aurait dû durer un mois.

Ces signes sont fréquents car il est difficile d'évaluer parfaitement la dépendance du fumeur avant la mise en place de son traitement.

Ils représentent la principale cause de rechute pendant le sevrage.

Dans situation il sera recommandé :

- augmenter le dosage des formes orales,
- associer patch et forme orale si ce n'est pas déjà le cas,
- augmenter le dosage de la forme trans-cutanée. Si besoin, associer plusieurs patchs pour arriver au dosage souhaité.

Les signes de sur-dosage :

- palpitations,
- céphalées,
- nausées et diarrhées,
- vertiges,
- insomnie,
- sensation d'avoir trop fumé se manifestant par une bouche « pâteuse ».

Ces signes sont plus rares, mais présents lorsque le dosage de la forme trans-dermique est trop élevé.

Diminution progressive :

La dépendance au tabac est considérée comme une pathologie chronique. Ainsi, il est recommandé de suivre un traitement par TNS à dose adaptée pendant au minimum 3 mois avant de diminuer le dosage. Il est déconseillé d'interrompre le traitement ou de diminuer les dosages de façon brutale sous peine d'une rechute rapide. Au contraire, on met en place une diminution progressive. Quand le patient est suffisamment apte, il sera conseillé de diminuer le dosage des patchs tout en conservant les formes orales, pour finir par tout arrêter.

Il faut savoir laisser le temps au patient, l'objectif principal étant le sevrage tabagique total, la durée de la prise des TNS importe peu et leur arrêt sera un objectif secondaire.

5) Obstacles aux sevrages

a) Liés au patient

Avant même de commencer le sevrage, le fumeur peut avoir des craintes et des idées reçues qui l'empêcheront d'arrêter. Aussi, il sera important pour le pharmacien, de savoir expliquer ces phénomènes et de donner les bons conseils.

◆ La prise de poids :

Selon l'HAS, on observe qu'au cours de son sevrage, lors de la première année, un patient va prendre en moyenne entre 4 et 5 kg. Tout de même, les bénéfices de l'arrêt du tabac compensent cette prise de poids et ses éventuelles risques cardio-vasculaires.

De plus, il ne sera pas conseillé de mettre en place un régime alimentaire au même moment, cela ferait trop de changement pour le patient, qui risquerait la rechute. L'objectif prioritaire doit rester l'arrêt total du tabac.

Cette inquiétude est principalement exprimée par la population féminine.

Explications à donner :

- il est possible d'arrêter de fumer sans prendre de poids. Rassurer le patient sur la possible prise de poids qui sera modérée (4 à 5 kg).
- Le fumeur est souvent en « sous-poids » de quelques kg sous l'effet de la nicotine : effet coupe-faim en diminuant l'appétit, accélération du transit, augmentation des dépenses énergétiques et diminutions du stockage des calories.

Conseils : Inclure ce sevrage dans une amélioration globale de la santé. C'est le moment d'insister sur les règles hygiéno-diététiques de base :

- faire une activité physique régulière,
- faire des repas équilibrés, à heure fixe,
- limiter le grignotage, ne pas sauter de repas,
- limiter la consommation d'aliments gras, salés, sucrés et d'alcool,
- boire au moins 1,5 litres d'eau par jour,
- consommer des TNS sous forme orale lors des envies de manger pour compenser ou avant les repas pour diminuer l'appétit.

◆ La constipation :

Explication à donner : la nicotine accélère le transit intestinal et la vidange gastrique. Si une constipation ou un trouble intestinal apparaît, c'est un symptôme normal et de courte durée.

Conseils :

- adopter une alimentation riche en fibre,
- boire de l'eau fraîche,
- avoir une activité physique régulière,
- boire au moins 1,5 litres d'eau par jour,
- en cas de constipation prononcée ou durable, orienter vers un médecin.

◆ Sommeil :

Conseils à donner :

- se coucher dès que l'on se sent fatigué,
- se coucher et se lever à des heures régulières,
- ne pas commencer d'activité dans l'heure qui précède le coucher,
- avoir une activité physique régulière,
- éviter les excitants comme le café, le thé, l'alcool ou le sucre,
- manger le plus léger possible le soir,
- baisser la température dans la chambre,
- éviter les bruits (télévision, musique) et porter des bouchons d'oreilles si besoin,
- le pharmacien peut conseil divers médicaments à base de mélatonine et/ou de plantes favorisant l'endormissement et luttant contre les réveils nocturnes.

◆ Stress et irritabilité :

Explication à donner : La dépendance physique va créer de l'énervement chez le patient. Ses récepteurs nicotiniques en manque de stimulation vont créer un

sentiment anxiogène. Il s'agit d'un symptôme de sevrage normal.

Conseils :

- s'entraîner à réaliser un exercice de relaxation,
- se concentrer sur sa respiration,
- le manque de sommeil peut être un facteur aggravant de l'énervement, tous les conseils liés au sommeil sont donc valables ici aussi,
- le pharmacien aura possibilité de conseiller plusieurs médicaments pouvant aider le patient à se relaxer.

◆ Déprime :

Explication à donner :

La cigarette contenant de la nicotine et des IMAO agit comme un réel anti-dépresseur. Privé de cela il est normal que le patient rencontre une baisse de moral passagère. Cette phase dépressive concerne aussi les patients n'ayant pas d'antécédent de dépression.

Conseils :

- se faire plaisir autrement,
- relativiser et se féliciter de son choix de changement,
- dormir suffisamment,
- si les symptômes persistent, le pharmacien peut envoyer le fumeur consulter un médecin pour prendre en charge médicalement cette phase dépressive.

◆ Alcool :

Le patient en cours de sevrage tabagique peut compenser en reportant sa dépendance sur l'alcool.

Conseils :

- éviter les facteurs de risque comme les soirées et certaines fréquentations,
- se fixer un nombre maximum de verres,
- boire plus lentement,

- essayer de prendre des boissons non alcoolisées,
 - demander de l'aide si le besoin s'en fait sentir.
- ◆ Cannabis :

La poursuite de l'utilisation du cannabis est un frein majeur au sevrage tabagique. Il pose problème notamment car il a le même mode de consommation et la même gestuelle.

Conseils :

- éviter les facteurs de risques dans le cas d'un usage festif ; mais beaucoup de patients le consomment seuls.
- Conseiller vivement d'arrêter le cannabis en même temps que la cigarette sous peine de rechute. Orienter vers un addictologue.

Certains fumeurs diront aussi :

- « Je ne suis pas dépendant, j'arrête quand je veux » : dans ce cas, rappeler au patient que le tabagisme n'est pas sans risque, même s'il est jeune et fume peu. Exposer les bénéfices multiples liés au sevrage. Expliquer que la cigarette rend très dépendant, qu'il n'en a peut-être pas conscience et lui proposer de passer un test de dépendance. Toujours proposer un soutien au fumeur, maintenant ou le jour où il sera prêt.
- « Je suis trop vieux pour arrêter de fumer, c'est inutile » : De nouveau, rappeler à ce patient les risques liés au tabac. Lui exposer les bénéfices multiples liés à l'arrêt. Expliquer au patient que tout arrêt est bénéfique à court et à long terme, pour sa santé quel que soit son âge et l'ancienneté de son tabagisme.

b) Liés au pharmacien

Le temps :

Toutes les pharmacies ne sont pas composées d'une équipe nombreuse. Face aux contraintes économiques, certaines pharmacies sont en manque de personnel, parfois le titulaire est seul. Dans ce cas de figure, il paraît impossible de pouvoir accorder plus de 20 minutes à un patient, fréquemment et sur une longue période. Or, pour que les interventions aient un impact, leur fréquence et leur durée doit être importante.

Près de 50 % des pharmaciens considèrent que le manque de temps est le frein principal à la prise en charge du sevrage tabagique à l'officine.

L'aspect économique :

Premièrement, aucune rémunération spécifique n'est accordée aux pharmaciens prenant en charge le sevrage tabagique d'un patient. Leur seule source de revenu liée à cette activité sera la délivrance éventuelle de TNS.

Or, pour certains patients le coût de ces traitements, même s'il est bien inférieur à celui du tabac, va être un frein important à leur sevrage. Dans cette situation, le pharmacien devra orienter son patient vers un médecin afin d'obtenir un remboursement, ce qui peut aussi bloquer le fumeur.

On peut ici exposer une piste d'avenir : la prescription des TNS directement par le pharmacien. Cela permettrait une prise en charge très étendue des patients fumeurs tout en ayant une rémunération spécifique.

La formation :

Une formation sur les risques du tabac et l'aide au sevrage est bien présente dans la formation initiale du pharmacien et des préparateurs. Mais cela est bien insuffisant pour assurer une prise en charge optimale. Elle ne fournit pas tous les outils, notamment ceux tournés vers la psychologie.

La formation continue peut palier à ce manque, mais le nombre d'heures dédiées est trop faible pour rendre l'équipe officinale experte en sevrage tabagique. Une étude a démontré que près de 30 % des pharmaciens se trouvent désemparés faces aux inquiétudes et aux difficultés des fumeurs vis-à-vis de l'arrêt du tabac.

Face à ce manque de formation, le pharmacien peut se trouver en difficulté lors de la prise en charge d'un fumeur et donc l'envoyer systématiquement vers son médecin.

L'espace et la confidentialité :

Un espace de confidentialité est nécessaire dans l'officine pour assurer un suivi optimal de la prise en charge du patient. Il est impossible de réaliser les entretiens au comptoir, pour que le patient puisse se confier et exposer son ou ses addictions ainsi que tous les sujets à aborder autour du sevrage. Or dans certaines petites pharmacies l'aménagement ne permet aucun espace de ce type. On constate que dans 95 % des cas la prise en charge se fait directement au comptoir.

Il est conseillé de désigner une personne référente pour le thème du tabac. Si ce n'est pas le cas, il sera compliqué pour le patient d'être suivi par une seule personne. Aussi, celui-ci peut être réticent à exposer sa vie privée à tout le personnel de l'officine. On observe un référent désigné dans moins de 10 % des officines.

Ce manque de confidentialité peut pousser les patients à s'orienter vers leur médecin traitant où ils pourront se retrouver seuls avec lui. (104)

Quelle que soit la raison évoquée, pour près de 60 % des pharmaciens, le tabac est un sujet difficile à aborder avec leurs patients, sauf lors de délivrance de TNS ou de

demande spontanée.(118)

6) Bénéfices de l'arrêt pour le patient

Il est important de rappeler que quel que soit le patient, l'ancienneté et l'intensité de son tabagisme, l'arrêt aura toujours de multiples bénéfices.

Y compris dans le cas où celui-ci aurait déjà développé une pathologie liée à sa consommation.

Par exemple, l'arrêt du tabac dans le cas d'un cancer du poumon améliorera le pronostic.

a) À court terme

Les avantages à court terme vont motiver les fumeurs car ils vont les ressentir rapidement.

Dans la demi-heure suivant l'arrêt, la pression artérielle et le rythme cardiaque reprennent des valeurs normales, notamment grâce à l'absence de nicotine.

Seulement 8 heures après le début du sevrage, le taux de CO sanguin a diminué de moitié, l'oxygénation du corps revient progressivement à la normale. Ainsi, le patient se sent rapidement moins fatigué. À plus long terme cela entraînera une baisse des risques d'AVC et des risques cardio-vasculaires.

Le fumeur va retrouver le goût et l'odorat 2 jours après sa dernière cigarette. L'absence de fumée va permettre aux terminaisons nerveuses de se reconstruire normalement. À ce moment du sevrage, la nicotine et ses métabolites ne sont plus détectables chez le patient.

Dès 72 h, les voies respiratoires se libèrent, le patient respire mieux. Chez certaines personnes, comme vu précédemment, l'activité des cils vibratiles et la fluidification du mucus peuvent entraîner une toux, un rhume et des crachats, ce phénomène est normal.

Au bout de 2 semaines de sevrage, le patient voit son risque d'infarctus du myocarde diminuer.

Après quelques semaines le patient remarque un éclaircissement de la voix et de son teint, une disparition des rides. Enfin, ses dents sont plus blanches et la mauvaise haleine disparaît.

b) A long terme

Le premier avantage à long terme à exposer au patient pour le motiver est l'aspect économique. Ainsi un fumeur régulier va économiser plusieurs milliers

d'euros par an.

D'un point de vue psychologique, même si le sevrage est long, l'ex-fumeur va réussir à se libérer de l'emprise du tabac, son mode de vie va changer même s'il ne deviendra jamais un non-fumeur.

Au bout de 3 mois, l'activité physique devient plus facile. Il peut marcher et pratiquer un sport en étant moins vite essoufflé. Aussi la toux et la fatigue chronique s'estompent.

Au niveau cardio-vasculaire, on constate une diminution de moitié du risque d'infarctus du myocarde après seulement 1 an d'abstinence. Il faudra attendre 5 ans avant que le risque d'AVC de l'ex-fumeur soit égal à celui d'un non-fumeur.

Après 10 années d'abstinence, le risque de cancer de poumon diminue de moitié. C'est le cancer le plus lié au tabagisme (80 % des cancers du poumon touchent des fumeurs) et la première cause de mortalité du fumeur.

Tous les autres risques de cancer diminuent aussi : rein, vessie, pancréas, colon-rectum et VADS.

Il faudra attendre environ 15 ans avant que l'espérance de vie se rapproche de celle d'un non-fumeur.(119)

Il est conseillé d'arrêter de fumer à tout âge. Mais le bénéfice est d'autant plus grand que le sevrage se fait jeune. Ainsi, le gain d'espérance de vie dépend de l'âge d'arrêt (Figure 15) :

- si l'arrêt a lieu entre 25 et 34 ans, le fumeur récupère 10 ans d'espérance de vie soit une valeur égale à celle d'un non-fumeur.
- Si l'arrêt a lieu à 40 ans, le bénéfice est de 9 ans.
- Si l'arrêt a lieu 50 ans, le gain est de 6 ans.

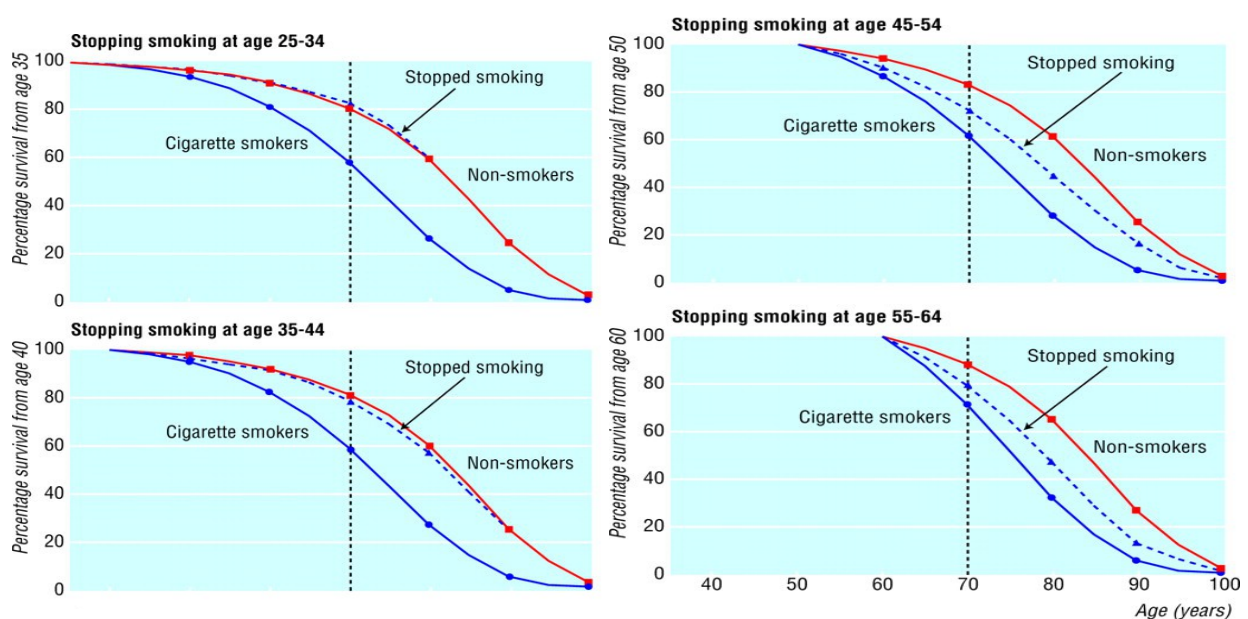


Figure 15 : Gain d'espérance de vie en fonction de l'âge d'arrêt.(120)

Une étude de Doll *et al.*, en 2004, a montré que, selon l'âge de sevrage, la mortalité toutes causes confondues chez les 65 – 74 ans est 2 à 3 fois plus faible chez les anciens fumeurs que chez ceux qui ont continué de fumer.(120)

VI) Impact des médicaments remboursés sur le tabagisme en France

Initié en 2018, le remboursement des TNS à 65 % par l'Assurance Maladie, sur prescription, est totalement en place en 2019. Le patient peut bénéficier du tiers-payant et plusieurs formes sont disponibles : patchs trans-cutanés, gommes à mâcher, pastilles et comprimés à sucer. Le forfait de prise en charge, à hauteur de 150 euros par an avec avance des frais, n'est plus en vigueur.

Sur cette même période, le prix du tabac a connu une forte augmentation. On le sait, cela incite grandement au sevrage tabagique.

Ces deux points expliquent la très forte augmentation de la délivrance de médicaments anti-tabac sur l'année 2019 (Figure 16). Ainsi, le nombre de patients pris en charge a augmenté de 30 % par rapport à 2018 et il a presque triplé par rapport à 2014.

Entre 2018 et 2019 on observe (Figure 17) :

- les délivrances de formes trans-cutanées (patchs) ont augmenté de plus de 30 %,
- les délivrances de formes orales remboursées ont progressé de 24 %,
- les délivrances de toutes les formes de TNS non remboursées ont diminué,
- les délivrances de Varénicline et Bupropion ont diminué aussi. Ceux sont des médicaments de seconde intention et leur rapport bénéfice risque est inférieur à celui des TNS.(121)

La très forte hausse des formes trans-dermiques s'explique par le fait que les médecins les privilégient face aux formes orales. Or, la prescription médicale est essentielle pour être éligible au remboursement.

Aussi, on peut constater que le recours au médecin par les fumeurs afin d'obtenir une ordonnance et un remboursement est plébiscité. Cela ne doit pas empêcher le pharmacien de conserver son rôle de professionnel de santé en faisant du dépistage, du conseil et du suivi des fumeurs.

Globalement, face à la hausse des délivrances globales, on peut conclure que le remboursement des TNS par l'Assurance Maladie est un succès.

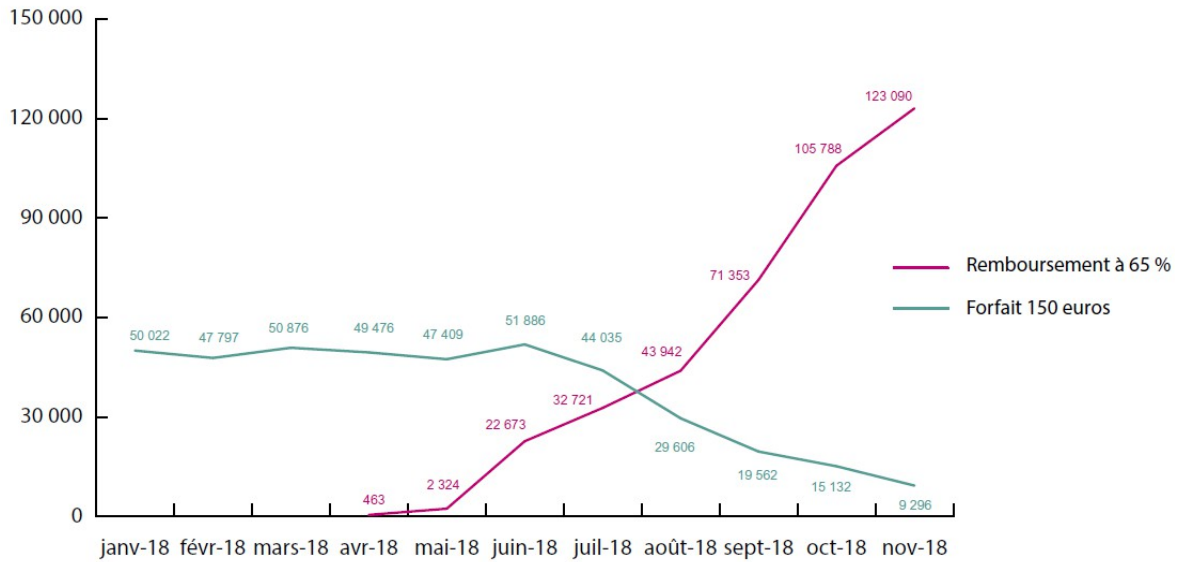


Figure 16 : Nombre de bénéficiaires d'un TNS en fonction du temps.(121)

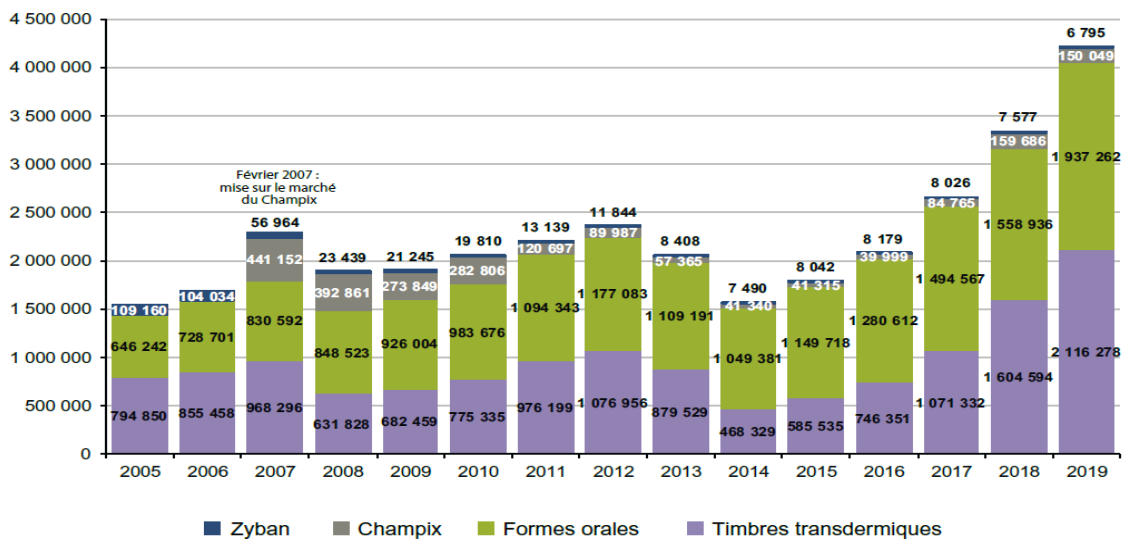


Figure 17 : Ventes de traitements pour le sevrage tabagique en équivalent « nombre de patients traités ». (121)

CONCLUSION

Depuis sa découverte et durant des dizaines d'années, le tabac, principalement utilisé sous forme de cigarette, a gagné une place majeure dans notre société. Le tabac a longtemps été plébiscité pour ces effets positifs : stimulant, coupe-faim et anxiolytique. De plus cette pratique est très bien intégrée au niveau social.

Progressivement, à partir du milieu de XX^e siècle, les effets indésirables ont été découverts et exposés au grand public : dépendance, responsabilité dans de nombreuses pathologies et cancers. C'est aujourd'hui le premier facteur de risque du cancer du poumon. Malgré cela, la consommation de tabac reste encore aujourd'hui très importante, près de 32 % de la population française est fumeuse, soit 16 millions de personnes.

Afin de lutter contre cette épidémie, le gouvernement français a mis en place plusieurs mesures et politiques anti-tabac. Cela depuis 1976, la loi Veil, première législation française sur le tabagisme. Actuellement, il est notamment interdit de faire de la publicité pour le tabac, de fumer dans tous les lieux à usage collectif, de vendre des cigarettes aux mineurs. De plus, sur chaque produit de tabac, le consommateur est explicitement informé des risques qu'il encourt. Mais tout cela est-il bien suffisant face au nombre toujours imposant de consommateur ?

Les pouvoirs publics vont donc encore plus loin. Ainsi, récemment, le prix du paquet de cigarettes a fortement augmenté. Le prix du paquet le plus vendu a atteint les 10 euros depuis le 1er mars 2020. Or, on sait que les augmentations de prix représentent l'outil anti-tabac le plus puissant.

Depuis 2018, l'Assurance Maladie rembourse, sur prescription, les TNS, sans avance de frais et sans forfait annuel. Leur utilisation augmente les chances de succès du sevrage de 50 à 70 %.

Ces deux mesures majeures ont pour objectif une forte baisse de la prévalence des fumeurs en France dans les années à venir : moins de 22 % en 2022, moins de 16 % en 2027 et moins de 5 % en 2032.

Dans notre pays, seul le pharmacien dispense ces TNS. Il occupe une place majeure dans le système de santé et notamment dans l'arrêt du tabac. La pharmacie d'officine est une vitrine de la santé publique. Le pharmacien est le premier professionnel de santé que peuvent rencontrer les fumeurs au quotidien, partout sur le territoire et sans rendez-vous. On sait que 60 % de la population fumeuse présente des remords et souhaite s'arrêter. Face à cela, le pharmacien, qui connaît bien sa patientèle, sera amené à faire du dépistage, du conseil, de la délivrance de TNS mais aussi à mettre en place un suivi complet du patient en cours de sevrage tabagique ; comme il le fait pour d'autres pathologies chroniques.

Malgré tout, le pharmacien se heurte à plusieurs obstacles. Toutes les officines ne sont pas adaptées à une prise en charge confidentielle. Aussi, de par le nombre de tâches à accomplir et les restrictions économiques, il n'est pas toujours

possible d'accorder le temps nécessaire à une prise en charge optimale. Parfois, le manque de formation se fait sentir et l'absence d'un responsable « sevrage tabagique » est préjudiciable. Enfin, aucune rémunération spécifique n'est prévue pour le pharmacien dans le cadre de la lutte anti-tabac.

Face à cet enjeu majeur de santé publique, il est compliqué pour le pharmacien d'agir seul. Ainsi, il sera souvent nécessaire d'orienter le patient vers un médecin, afin de mettre en place une prise en charge globale et pluridisciplinaire.

À partir de 2009 et la loi HPST, le pharmacien d'officine voit sa place centrale dans le système de santé être réaffirmée. Il est prévu que de nouvelles missions lui soient confiées. Aussi, actuellement, celui-ci peut vacciner et réaliser des TROD (angine). Afin de renforcer son implication dans le sevrage tabagique et d'éviter de renvoyer systématiquement les patients souhaitant un remboursement de leur traitement vers le médecin, pourquoi ne pas envisager la prescription des TNS directement par le pharmacien d'officine ?

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Liste des substituts nicotiques pris en charge par l'Assurance Maladie au 17/12/2019. Source : ameli.fr



LISTE DES SUBSTITUTS NICOTINIQUES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE AU 17/12/2019
Médicaments remboursables à 65%, sur prescription*

(cette liste est amenée à évoluer)

CIP	LIBELLE CIP	FORME GALENIQUE	GROUPE	âge minimal supérieur ou égal
DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES (PATCHS NICOTINIQUES)				
3400930024263	NICOPATCHLIB 14 MG/24 h (nicotine) DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES (B/28)	DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400930024249	NICOPATCHLIB 14 MG/24 h (nicotine) DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES (B/7)	DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400930024300	NICOPATCHLIB 21 MG/24 h (nicotine) DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES (B/28)	DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400930024270	NICOPATCHLIB 21 MG/24 h (nicotine) DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES (B/7)	DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400930024218	NICOPATCHLIB 7 MG/24 h (nicotine) DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES (B/28)	DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400930024164	NICOPATCHLIB 7 MG/24 h (nicotine) DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES (B/7)	DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400936380576	NICOPATCH 14 MG/24 H (35 MG/20 CM2) DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES (B/28)	DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400936380286	NICOPATCH 14 MG/24 H (35 MG/20 CM2) DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES (B/7)	DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400936381009	NICOPATCH 21 MG/24 H (52,5 MG/30 CM2) DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES (B/28)	DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400936380637	NICOPATCH 21 MG/24 H (52,5 MG/30 CM2) DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES (B/7)	DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400936380118	NICOPATCH 7 MG/24 H (17,5 MG/10 CM2) DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES (B/28)	DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400936379608	NICOPATCH 7 MG/24 H (17,5 MG/10 CM2) DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES (B/7)	DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400939650579	NICORETTESKIN 10 MG/16 HEURES, DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES (B/28)	DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400939650920	NICORETTESKIN 15 MG/16 HEURES, DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES (B/28)	DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400939651231	NICORETTESKIN 25 MG/16 HEURES, DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES (B/28)	DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400939650340	NICORETTESKIN 10 MG/16 HEURES, DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES (B/7)	DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400939650630	NICORETTESKIN 15 MG/16 HEURES, DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES (B/7)	DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400939651002	NICORETTESKIN 25 MG/16 HEURES, DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES (B/7)	DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400937956321	NIQUITIN 14 MG/24 HEURES DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES (B/28)	DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES	OMEGA PHARMA FRANCE	15
34009379568031	NIQUITIN 14 MG/24 HEURES, DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES (B/7)	DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES	OMEGA PHARMA FRANCE	15
3400937955959	NIQUITIN 21 MG/24 HEURES, DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES (B/28)	DISPOSITIFS TRANSDERMIFIQUES	OMEGA PHARMA FRANCE	15

* sur prescription d'un médecin, sage-femme, chirurgien-dentiste, infirmier ou masseur-kinésithérapeute

source : Ministère de la Santé/DSS - CNAmts/DDGOS

LISTE DES SUBSTITUTS NICOTINIQUES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE AU 17/12/2019

Médicaments remboursables à 65%, sur prescription*
(cette liste est amenée à évoluer)



CIP	LIBELLE CIP	FORME GALENIQUE	GROUPE	âge minimal supérieur ou égal
3400937955720	NIQUITIN 21 MG/24 HEURES, DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/7)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	OMEGA PHARMA FRANCE	15
3400935719676	NIQUITIN 7 MG/24 HEURES, DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/28)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	OMEGA PHARMA FRANCE	15
3400937956499	NIQUITIN 7 MG/24 HEURES, DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/7)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	OMEGA PHARMA FRANCE	15
3400933468392	NICOTINELL TTS 14 MG/24 H (35 MG/20 CM2), DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/28)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	GSK.SGP	15
3400933468743	NICOTINELL TTS 21 MG/24 H (52,5 MG/30 CM2), DISPOSITIFS STRANSDERMIQUE (B/28)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	GSK.SGP	15
3400933467852	NICOTINELL TTS 7 MG/24 H (17,5 MG/10 CM2), DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/28)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	GSK.SGP	15
3400933467913	NICOTINELL TTS 14 MG/24 H (35 MG/20 CM2), DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/7)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	GSK.SGP	15
3400933468453	NICOTINELL TTS 21 MG/24 H (52,5 MG/30 CM2), DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/7)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	GSK.SGP	15
3400933467562	NICOTINELL TTS 7 MG/24 H (17,5 MG/10 CM2), DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/7)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	GSK.SGP	15
GOMMES A MACHER				
3400937099578	NICORETTE FRUITS 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/105)	GOMMES A MACHER	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400937100731	NICORETTE FRUITS 4 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/105)	GOMMES A MACHER	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400937631129	NICORETTE 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/105)	GOMMES A MACHER	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400937630757	NICORETTE 4 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/105)	GOMMES A MACHER	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400937631358	NICORETTE MENTHE FRAICHE 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/105)	GOMMES A MACHER	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400937631587	NICORETTE MENTHE FRAICHE 4 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/105)	GOMMES A MACHER	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400937096966	NICORETTE MENTHE GLACIALE 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/105)	GOMMES A MACHER	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400937096397	NICORETTE MENTHE GLACIALE 4 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/105)	GOMMES A MACHER	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400937631297	NICORETTE 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/210)	GOMMES A MACHER	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400937576956	NICORETTE FRUITS 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/210)	GOMMES A MACHER	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400937631419	NICORETTE MENTHE FRAICHE 2 mg SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/210)	GOMMES A MACHER	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400939003368	NICORETTE MENTHE GLACIALE 2 mg SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (nicotine), (B/210)	GOMMES A MACHER	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15

source : Ministère de la Santé/DSS - CNAMEITS/DDGOS

* sur prescription d'un médecin, sage-femme, chirurgien-dentiste, infirmier ou masseur-kinésithérapeute

LISTE DES SUBSTITUTS NICOTINIQUES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE AU 17/12/2019
Médicaments remboursables à 65%, sur prescription*
(cette liste est amenée à évoluer)




LISTE DES SUBSTITUTS NICOTINIQUES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE AU 17/12/2019
Médicaments remboursables à 65%, sur prescription*
(cette liste est amenée à évoluer)

CIP	LIBELLE CIP	FORME GALENIQUE	GROUPE	âge minimal supérieur ou égal
PASTILLES				
3400937680554	NICOPASS 1,5 MG SANS SUCRE EUCALYPTUS PASTILLES (B/96)	PASTILLES	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400936498990	NICOPASS 1,5 MG SANS SUCRE MENTHE FRAICHEUR PASTILLES (B/96)	PASTILLES	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400936498981	NICOPASS 1,5 MG SANS SUCRE REGLISSE MENTHE PASTILLES (B/96)	PASTILLES	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400938730715	NICOPASS MENTHE FRAICHEUR 2,5 MG SANS SUCRE PASTILLES (B/96)	PASTILLES	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400938729535	NICOPASS REGLISSE MENTHE (NICOTINE) 2,5 MG SANS SUCRE PASTILLES (B/96)	PASTILLES	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15

CIP	LIBELLE CIP	FORME GALENIQUE	GROUPE	âge minimal supérieur ou égal
COMPRIMES A SUCER				
3400935752383	NIQUITIN MENTHE DOUCE 2 MG SANS SUCRE, COMPRIMES A SUCER (B/36)	COMPRIMES A SUCER	OMEGA PHARMA FRANCE	18
3400934702846	NIQUITIN MENTHE DOUCE 2 MG SANS SUCRE, COMPRIMES A SUCER (B/96)	COMPRIMES A SUCER	OMEGA PHARMA FRANCE	18
3400934702785	NIQUITIN MENTHE DOUCE 4 MG SANS SUCRE, COMPRIMES A SUCER (B/96)	COMPRIMES A SUCER	OMEGA PHARMA FRANCE	18
3400938672190	NIQUITINMINIS MENTHE FRAICHE 1,5 MG, SANS SUCRE, COMPRIMES A SUCER (B/20)	COMPRIMES A SUCER	OMEGA PHARMA FRANCE	18
3400938672312	NIQUITINMINIS MENTHE FRAICHE 1,5 MG, SANS SUCRE, COMPRIMES A SUCER (B/60)	COMPRIMES A SUCER	OMEGA PHARMA FRANCE	18
3400938672541	NIQUITINMINIS MENTHE FRAICHE 4 MG, SANS SUCRE, COMPRIMES A SUCER (B/20)	COMPRIMES A SUCER	OMEGA PHARMA FRANCE	18
3400938672770	NIQUITINMINIS MENTHE FRAICHE 4 MG, SANS SUCRE, COMPRIMES A SUCER (B/60)	COMPRIMES A SUCER	OMEGA PHARMA FRANCE	18
3400936409125	NICOTINELL MENTHE 1 MG, COMPRIME A SUCER (B/204)	COMPRIMES A SUCER	GSK.SGP	18
3400936868601	NICOTINELL MENTHE 2 MG, COMPRIME A SUCER (B/204)	COMPRIMES A SUCER	GSK.SGP	18
3400938919912	NICOTINELL MENTHE 1 MG, COMPRIMES A SUCER (B/144)	COMPRIMES A SUCER	GSK.SGP	18
3400936408992	NICOTINELL MENTHE 1 MG, COMPRIMES A SUCER (B/36)	COMPRIMES A SUCER	GSK.SGP	18
3400936408064	NICOTINELL MENTHE 1 MG, COMPRIMES A SUCER (B/96)	COMPRIMES A SUCER	GSK.SGP	18
3400938924473	NICOTINELL MENTHE 2 MG, COMPRIMES A SUCER (B/144)	COMPRIMES A SUCER	GSK.SGP	18
3400936868489	NICOTINELL MENTHE 2 MG, COMPRIMES A SUCER (B/36)	COMPRIMES A SUCER	GSK.SGP	18
3400936868540	NICOTINELL MENTHE 2 MG, COMPRIMES A SUCER (B/96)	COMPRIMES A SUCER	GSK.SGP	18
COMPRIMES SUBLINGUAUX				
3400937992398	NICORETTE MICROTAB 2 MG, COMPRIMES SUBLINGUAUX (B/100) AVEC ETUI	COMPRIMES SUBLINGUAUX	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	12
3400937992459	NICORETTE MICROTAB 2 MG, COMPRIMES SUBLINGUAUX (B/150) AVEC ETUI	COMPRIMES SUBLINGUAUX	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	12
3400937986946	NICORETTE MICROTAB CITRON 2 mg, COMPRIMES SUBLINGUAUX (B/100) AVEC ETUI	COMPRIMES SUBLINGUAUX	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	12

* sur prescription d'un médecin, sage-femme, chirurgien-dentiste, infirmier ou masseur-kinésithérapeute

source : Ministère de la Santé/DSS - CNAMTS/DDGOS



Fiche de suivi d'aide à l'arrêt du tabac

NOM : **PRÉNOM :**

DATE D'INITIATION DU TRAITEMENT : / /

TRAITEMENT :

CACHET DU PHARMACIEN

0 = PAS DU TOUT
1 = LÉGER
2 = MOYEN
3 = EXTRÊME

	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14	J15	J16	J17	J18	J19	J20	J21	
Pulsion à fumer																						
Irritabilité																						
Accès de colère																						
Agitation/nervosité																						
Anxiété																						
Tendance dépressive																						
Difficulté de concentration																						
Augmentation de l'appétit																						
Constipation																						
Troubles du sommeil																						
Activités de rêve																						
Nombre de cafés																						
Nombre de verres d'alcool																						
Nombre de cigarettes fumées																						
Nombre de gommes																						
Nombre de comprimés																						
Nombre de cartouches (inhalateur)																						
Recours au spray buccal (oui/non)																						

BIBLIOGRAPHIE

1. Andler R, Richard, J-B, Romain Guignard, Guillemette Quatremère, Florian Verrier, Jessica Gane, et al. BAISSÉ DE LA PRÉVALENCE DU TABAGISME QUOTIDIEN PARMIS LES ADULTES : RÉSULTATS DU BAROMÈTRE DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE 2018. Journ Mond Tab 2019. 15 mars 2019;
2. PERRIOT J, UNDERNER M, DOLY-KUCHCIK L. Tabac : quels risques pour la santé ? Rev Prat - Monogr. mars 2012;(Tome 62, n°3):333-6.
3. DGS_Ane.M, DGS_Ane.M. Lutte contre le tabagisme [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 4 mars 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/lutte-contre-le-tabagisme>
4. Les pharmaciens dans la lutte contre le tabagisme : une enquête descriptive - EM| consulte [Internet]. [cité 4 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/rmr/article/143824>
5. Cespharm - Prise en charge de l'arrêt du tabac : conseiller et accompagner - rôle du pharmacien - brochure [Internet]. [cité 3 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue/Prise-en-charge-de-l-arret-du-tabac-conseiller-et-accompagner-role-du-pharmacien-brochure>
6. Histoire du tabac / Vos questions / Nos réponses / Accueil - tabac-info-service.fr [Internet]. [cité 7 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.tabac-info-service.fr/Vos-questions-Nos-reponses/Histoire-du-tabac>
7. R.MOLIMARD. Historique du tabagisme [Internet]. Disponible sur: <http://www.tabac-humain.com/wp-content/uploads/2010/04/Historique-du-tabagisme.pdf>
8. Image gratuite sur Pixabay - Pure, Cigare, Tabac, À Tes Souhais [Internet]. [cité 7 mars 2020]. Disponible sur: <https://pixabay.com/fr/photos/pure-cigare-tabac-%C3%A0-tes-souhais-843900/>
9. ASUDJournal. La culture du tabac [Internet]. ASUD. 2013 [cité 7 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.asud.org/2013/01/23/culture/>
10. Image gratuite sur Pixabay - Cuba, Vinales, Tabac, Cigares [Internet]. [cité 7 mars 2020]. Disponible sur: <https://pixabay.com/fr/photos/cuba-vinales-tabac-cigares-2260560/>
11. Tabac : éviter la nitrosation des alcaloïdes au cours du séchage [Internet]. [cité 7 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.arvalis-infos.fr/les-leviers-pour-limiter-la-synthese-de-nitrosamines-specifiques-du-tabac-@/view-18799-arvarticle.html>
12. Les nuisances environnementales du tabac [Internet]. Info-tabac. 2018 [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: <https://info-tabac.ca/les-nuisances-environnementales-du-tabac/>
13. Stop-tabac.ch - Mégots et pollution [Internet]. [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.stop-tabac.ch/fr/les-megots-une-dangereuse-pollution>

14. Stop-tabac.ch - La culture du tabac [Internet]. [cité 7 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.stop-tabac.ch/fr/la-culture-du-tabac>
15. Composants et additifs présents dans la cigarette [Internet]. [cité 7 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.pharmacie-vivre-sans-tabac.ch/fr/page-dacceuil/facts/substances-dans-la-fumee/composants-et-additifs-presents-dans-la-cigarette.html>
16. Risques du tabagisme / Vos questions / Nos reponses / Accueil - tabac-info-service.fr [Internet]. [cité 7 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.tabac-info-service.fr/Vos-questions-Nos-reponses/Risques-du-tabagisme#Que%20contient%20la%20fum%C3%A9e%20de%20cigarettes%20?>
17. Types de fumées [Internet]. Quebec sans tabac. [cité 7 mars 2020]. Disponible sur: <https://quebecsanstabac.ca/je-minforme/tabac-toutes-formes/types-fumees-tabac>
18. HAS. Recommandations de bonne pratique : Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. 2014.
19. Catherine Hill, Institut Gustave Roussy, Villejuif, France. Les effets sur la santé du tabagisme passif. Journ Tab 2011.
20. Image gratuite sur Pixabay - Cigarette, Fumer, Nicotine, Tabac [Internet]. [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: <https://pixabay.com/fr/photos/cigarette-fumer-nicotine-tabac-1271874/>
21. Image gratuite sur Pixabay - Tabac, Addiction, Fumer, Nicotine [Internet]. [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: <https://pixabay.com/fr/photos/tabac-addiction-fumer-nicotine-5051498/>
22. Image gratuite sur Pixabay - Cigare, Fumée, La Havane, Tabac [Internet]. [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: <https://pixabay.com/fr/photos/cigare-fum%C3%A9e-la-havane-tabac-329080/>
23. Image gratuite sur Pixabay - Pipe, Sifflet, Fumer, Tabac [Internet]. [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: <https://pixabay.com/fr/photos/pipe-sifflet-fumer-tabac-358343/>
24. Image gratuite sur Pixabay - Tuyaux Narguilé, Fumer, Relaxation [Internet]. [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: <https://pixabay.com/fr/photos/tuyaux-narguil%C3%A9-fumer-relaxation-1435681/>
25. Bidies - Photo de PHHP Market - La tribune psychédelhiphopunk [Internet]. [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: http://guigsdaltonic.canalblog.com/albums/phhp_market/photos/73050746-bidies.html
26. Netgen. Nouveaux modes de consommation du tabac et de la nicotine [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 8 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-210/Nouveaux-modes-de-consommation-du-tabac-et-de-la-nicotine#rb5>
27. Les différents modes de consommation [Internet]. Tabac sans Tabou. 2016 [cité 8 mars 2020]. Disponible sur: <https://tabacsanstabou.ch/modes-de-consommation/>

28. LE CENTRE INTERNATIONAL DE RECHERCHE SUR LE CANCER. Tobacco smoke and involuntary smoking. *Monogr Eval Carcinog Risks Hum.* 2004;Volume 83:68-94.
29. Image gratuite sur Pixabay - Tabac À Priser, Sniff, Partie Snus [Internet]. [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: <https://pixabay.com/fr/photos/tabac-%C3%A0-priser-sniff-partie-snus-3433808/>
30. Tabagisme et cancer du poumon sont directement liés [Internet]. [cité 8 mars 2020]. Disponible sur: <http://laurent.trouillard.pagesperso-orange.fr/Tabac/Tabac7.htm>
31. INRS. Acroléine Fiche toxicologique n°57. 2015.
32. Goudrons - LeCancer.fr [Internet]. [cité 8 mars 2020]. Disponible sur: <https://lecancer.fr/dossiers/le-cancer-ce-qu-il-faut-savoir/les-principaux-facteurs-de-risques/goudrons/>
33. INRS. Monoxyde de carbone Fiche toxicologique n°47. 2009.
34. Underner M, Peiffer G. Interprétation des valeurs du CO expiré en tabacologie. *Rev Mal Respir.* avr 2010;27(4):293-300.
35. INRS. Oxydes d'azote Fiche toxicologique n°133. 2006.
36. INRS. Ammoniac et solutions aqueuses Fiche toxicologique n°16. 2018.
37. Les métaux lourds – la synthèse de l'ASEF – Association Santé Environnement France [Internet]. [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.asef-asso.fr/production/les-metaux-lourds-la-synthese-de-lasef/>
38. Marmorstein J. Lung cancer: is the increasing incidence due to radioactive polonium in cigarettes? *South Med J.* févr 1986;79(2):145-50.
39. Underner M, Peiffer G. Petits fumeurs et fumeurs intermittents. *Rev Mal Respir.* déc 2010;27(10):1150-63.
40. Nadruz W, Claggett B, Gonçalves A, Querejeta-Roca G, Fernandes-Silva MM, Shah AM, et al. Smoking and Cardiac Structure and Function in the Elderly: The Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *Circ Cardiovasc Imaging.* sept 2016;9(9):e004950.
41. Pr Ricco, Dr Schneider, Dr Desvergnés, Dr Lefort, Dr Belmonte. L'artériopathie oblitérante des membres inférieurs. 2015.
42. Kohansal R, Martinez-Cambor P, Agustí A, Buist AS, Mannino DM, Soriano JB. The Natural History of Chronic Airflow Obstruction Revisited. *Am J Respir Crit Care Med.* 1 juill 2009;180(1):3-10.
43. Rovina N, Koutsoukou A, Koulouris NG. Inflammation and immune response in COPD: where do we stand? *Mediators Inflamm.* 2013;2013:413735.
44. Haute Autorité de Santé. Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au

- tabac. 2015.
45. Haute Autorité de Santé. Bronchopneumopathie chronique obstructive. 2014.
 46. Orvoen-Frija E, Benoit M, Catto M, Chambouleyron M, Duguet A, Emeriau J-P, et al. La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) du sujet âgé en huit questions/réponses. *Rev Mal Respir.* oct 2010;27(8):855-73.
 47. Lebargy François. Influence du tabagisme sur les maladies respiratoires : idées reçues et réalité. *Lett Cancérologue.* avr 2008;Vol. XVII(4).
 48. FEDECARDIO | Les méfaits du tabac sur le coeur et les vaisseaux [Internet]. <https://www.fedecardio.org>. 2016 [cité 10 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.fedecardio.org/Je-m-informe/Je-dis-non-au-tabac/les-mefaits-du-tabac-sur-le-coeur-et-les-vaisseaux>
 49. Lu L-M, Zavitz CCJ, Chen B, Kianpour S, Wan Y, Stämpfli MR. Cigarette smoke impairs NK cell-dependent tumor immune surveillance. *J Immunol Baltim Md* 1950. 15 janv 2007;178(2):936-43.
 50. Tabac : des risques spécifiques sur l'appareil respiratoire [Internet]. CNCT. 2011 [cité 11 mars 2020]. Disponible sur: <https://cnct.fr/tabac-des-risques-specifiques-sur-l-appareil-respiratoire/>
 51. Facteurs de risque - Cancer du rein [Internet]. [cité 11 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-rein/Facteurs-de-risque>
 52. Facteurs de risque du cancer du pancréas | Cancer et environnement [Internet]. [cité 11 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.cancer-environnement.fr/391-Cancer-du-pancreas.ce.aspx>
 53. Stop-tabac.ch - Cancer du larynx [Internet]. [cité 11 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.stop-tabac.ch/fr/les-maladies-liees-au-tabac/les-cancers/cancer-du-larynx>
 54. Tabagisme péri-opératoire - EM|consulte [Internet]. [cité 11 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/rmr/article/157292>
 55. Clair C. [Tobacco and diabetes: another good reason to not smoke (or to stop)]. *Rev Med Suisse.* 4 nov 2015;11(493):2088.
 56. Calkins BM. A meta-analysis of the role of smoking in inflammatory bowel disease. *Dig Dis Sci.* déc 1989;34(12):1841-54.
 57. Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) | Inserm - La science pour la santé [Internet]. [cité 11 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/degenerescence-maculaire-liee-age-dmla>
 58. Effets du tabac sur la maladie parodontale - EM|consulte [Internet]. [cité 11 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/rmr/article/237461>
 59. Grossesse et tabac [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2012 [cité 11 mars 2020].

Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272381/fr/grossesse-et-tabac

60. CIM-10 Version:2008 [Internet]. [cité 11 mars 2020]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F10-F19>
61. OMS | Neurosciences: usage de substances psychoactives et dépendance [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 11 mars 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_pschoactive_substance/fr/
62. Collège Romand de Médecine de l'Addiction. Neurosciences de l'addiction.
63. Potential risks for public health due to the presence of nicotine in wild mushrooms. *EFSA J.* 2009;7(5):286r.
64. INRS. Nicotine Fiche toxicologique n°312. 2018.
65. INSERM. Effets de la nicotine sur la neurotransmission cérébrale.
66. Drogues et addictions, données essentielles - OFDT [Internet]. [cité 15 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/ouvrages-collectifs/drogues-et-addictions-donnees-essentielles/>
67. Hurt RD, Offord KP, Croghan IT, Gomez-Dahl L, Kottke TE, Morse RM, et al. Mortality following inpatient addictions treatment. Role of tobacco use in a community-based cohort. *JAMA.* 10 avr 1996;275(14):1097-103.
68. Peters EN, Budney AJ, Carroll KM. Clinical correlates of co-occurring cannabis and tobacco use: a systematic review. *Addict Abingdon Engl.* août 2012;107(8):1404-17.
69. Image gratuite sur Pixabay - Marijuana, Médicaux [Internet]. [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: <https://pixabay.com/fr/photos/marijuana-m%C3%A9dicaux-mauvaises-herbes-2248066/>
70. Beck F, Legleye S, Spilka S. Polyconsommation de substances psychoactives (alcool, tabac et cannabis) dans la population générale française en 2005. </data/revues/07554982/003702P1/07006100/> [Internet]. 14 mai 2008 [cité 15 mars 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/160368>
71. Drogues, chiffres clés - 5ème édition - 2013 - OFDT [Internet]. [cité 15 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/drogues-chiffres-cles/5eme-edition-2013/>
72. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict.* sept 1991;86(9):1119-27.
73. TABAC / Test de Horn : établissez votre profil psychologique de dépendance [Internet]. [cité 15 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.addictaide.fr/outil/test-de-horn/>
74. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* juin 1983;67(6):361-70.

75. Les marqueurs d'exposition au tabagisme passif - EM[consulte [Internet]. [cité 15 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/rmr/article/156970>
76. Middleton ET, Morice AH. Breath carbon monoxide as an indication of smoking habit. *Chest*. mars 2000;117(3):758-63.
77. Loi n°76-616 du 9 juillet 1976 RELATIVE A LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME. 76-616 juill 9, 1976.
78. LOI no 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. 91-32 janv 10, 1991.
79. Tabac : évolution des ventes de substituts nicotiques - OFDT [Internet]. [cité 26 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/tabac-evolution-des-ventes-de-substituts-nicotiques/>
80. Directive 2001/37/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 juin 2001 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac - Déclaration de la Commission.
81. Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. 2006-1386 nov 15, 2006.
82. ameli.fr - Recherche avancée [Internet]. [cité 16 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/espace-presse/communiqués-et-dossiers-de-presse/recherche-avancee.php?month1=0&year1=0&month2=8&year2=2017&action=resultats&page=65>
83. Circulaire du 3 août 2011 relative aux mesures de lutte contre le tabagisme prévues par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
84. Arrêté du 15 avril 2010 relatif aux modalités d'inscription des avertissements de caractère sanitaire sur les unités de conditionnement des produits du tabac.
85. Le tabac en France : un bilan des années 2004-2014 - Tendances 92 - Mai 2014 - OFDT [Internet]. [cité 16 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/le-tabac-en-france-un-bilan-des-annees-2004-2014-tendances-92-mai-2014/>
86. Décret n° 2015-768 du 29 juin 2015 relatif à l'interdiction de fumer dans les aires collectives de jeux. 2015-768 juin 29, 2015.
87. Perception du paquet de tabac neutre par les fumeurs : baromètres 2016 et 2017 [Internet]. [cité 16 mars 2020]. Disponible sur: </liste-des-actualites/perception-du-paquet-de-tabac-neutre-par-les-fumeurs-barometres-2016-et-2017>
88. Quelles sont les dispositions de lutte contre le tabagisme en France ? [Internet]. [cité 17 mars 2020]. Disponible sur: </determinants-de-sante/tabac/quelles-sont-les-dispositions-de-lutte-contre-le-tabagisme-en-france>

89. Prise en charge des substituts nicotiques [Internet]. [cité 17 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/medicaments-vaccins-dispositifs-medicaux/prise-charge-substituts-nicotiques>
90. OMS | Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 18 mars 2020]. Disponible sur: http://www.who.int/fctc/text_download/fr/
91. Control WFC on T, Control C of the P to the WFC on T, Session F, Este P del, Uruguay, November 2010 15-20. Report of the Convention Secretariat on its activities: addresss by Dr Haik Nikogosian, Head of the Convention Secretariat, 15 November 2010. 2010 [cité 18 mars 2020]; Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75775>
92. OMS | Initiative pour un monde sans tabac [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 18 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/tobacco/fr/>
93. Interdiction de fumer - Tabagisme | service-public.fr [Internet]. [cité 18 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F160>
94. Rapporter du tabac de l'étranger | service-public.fr [Internet]. [cité 18 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F804>
95. Tableau de bord des indicateurs relatifs au tabac et au tabagisme en France - OFDT [Internet]. [cité 18 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/tableau-de-bord-tabac/>
96. Comprendre les mécanismes de rechute au tabac [Internet]. [cité 21 mars 2020]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/revue.presse/revue.presse.resume.affichage.php?numero_etudiant=&numero_resume=64
97. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 21 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arr-et-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours
98. Quelle est la meilleure façon d'utiliser les traitements nicotiques de substitution (TNS) pour arrêter de fumer? [Internet]. [cité 21 mars 2020]. Disponible sur: </news/quelle-est-la-meilleure-fa%C3%A7on-d%E2%80%99utiliser-les-traitements-nicotiques-de-substitution-tns-pour>
99. Tabagisme et troubles du sommeil - EM|consulte [Internet]. [cité 22 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/rmr/article/146298>
100. Dr JM. Plassart. Addiction au tabac [Internet]. 2011. Disponible sur: www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/cms/sites/medatice/home/addictologie/docs/20120408104720/JMPlassart_Addictions_Tabac.pdf
101. pharmacies.fr LM des, MAUTRAIT C. Sevrage tabagique - Le conseil à l'officine - Catherine Mautrait - 9791090018556 - Livre - Le Moniteur des pharmacies.fr [Internet]. Le Moniteur des pharmacie.fr. [cité 22 mars 2020]. Disponible sur:

<https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/boutique/livres/sevrage-tabagique.html>

102. AFSSAPS. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. 2003.
103. Panel TU and DG. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. US Department of Health and Human Services; 2008.
104. Dansou A, Pousséo C, Kaniut V, Leloup A, Aubry M, Louarn AL. L'aide au sevrage tabagique dans les officines françaises. *Sante Publique (Bucur)*. 10 juin 2015;Vol. 27(2):167-76.
105. Le rôle des centres de tabacologie dans la lutte contre le tabagisme - EM|consulte [Internet]. [cité 25 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/rmr/article/157156>
106. Le fonctionnement de l'e-cigarette – E-cigarettes et santé [Internet]. [cité 25 mars 2020]. Disponible sur: http://controverses.mines-paristech.fr/public/promo16/promo16_G11/www.controverses-minesparistech-3.fr/_groupe11/le-fonctionnement-de-le-cigarette/index.html
107. Résultats de l'enquête ETINCEL-OFDT sur la cigarette électronique : prévalence, comportements d'achat et d'usage, motivations des utilisateurs - Note de synthèse - OFDT [Internet]. [cité 25 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/resultats-de-lenquete-etincel-ofdt-sur-la-cigarette-electronique-prevalence-comportements-dachat-et-dusage-motivations-des-utili/>
108. Bullen C, Howe C, Laugesen M, McRobbie H, Parag V, Williman J, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl*. 16 nov 2013;382(9905):1629-37.
109. Image gratuite sur Pixabay - Les E-Cigarettes De La Collection [Internet]. [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: <https://pixabay.com/fr/photos/les-e-cigarettes-de-la-collection-3159700/>
110. Interdiction de vapoter | service-public.fr [Internet]. [cité 25 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F35111>
111. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Arrêt de la consommation du tabac, Conférence de consensus. 1998.
112. Code de la santé publique - Article L5125-1-1 A. Code de la santé publique.
113. Code de la santé publique - Article L1411-11. Code de la santé publique.
114. Slama K, Karsenty S, Hirsch A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients: a randomised, controlled trial in France. *Tob Control*. juin 1995;4(2):162-9.
115. AUBIN HJ, LAGRUE G, LEGERON P, AZOULAÏ G, PELISSOLO S, HUMBERT R, et al. Questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac (Q-MAT). Construction et

- validation. *Alcoologie Addictologie*. déc 2004;(Tome 26, n°4):311-6.
116. Le cercle de Prochaska et Di Clemente [Internet]. intervenir-addictions.fr, le portail des acteurs de santé. [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: <https://intervenir-addictions.fr/intervenir/le-cercle-de-prochaska-et-di-clemente/>
 117. La calculette / Mes outils / Accueil - tabac-info-service.fr [Internet]. [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: [https://www.tabac-info-service.fr/Mes-outils/La-calculette/\(cigarettes\)/20/\(paquet\)/20/\(prix\)/9%2C5](https://www.tabac-info-service.fr/Mes-outils/La-calculette/(cigarettes)/20/(paquet)/20/(prix)/9%2C5)
 118. RESPADD (Réseau de Prévention des Addictions). Guide de L'addictologie en Pharmacie d'officine. 2014.
 119. Les bénéfices de l'arrêt du tabac / Mes Fiches Pratiques / Accueil - tabac-info-service.fr [Internet]. [cité 8 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.tabac-info-service.fr/Mes-Fiches-Pratiques/Les-benefices-de-l-arret-du-tabac%20>
 120. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 24 juin 2004;328(7455):1519.
 121. OFDT, Marc-Antoine Douchet. Tabagisme et arrêt du tabac en 2019 [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_19bil.pdf

Titre :

PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DU SEVRAGE TABAGIQUE EN OFFICINE EN 2019

Résumé :

En France et dans le monde, le tabagisme est un problème majeur de santé publique. Dans notre pays, on dénombre environ 75000 morts par an, ce qui en fait la première cause de décès évitables. De nombreuses lois ont été mises en place afin de réduire la consommation de tabac, et ce depuis la Loi Veil en 1976. La mesure ayant le meilleur rapport efficacité-coût reste l'augmentation du prix de vente du paquet de cigarette ; aujourd'hui autour de 10 euros.

Le tabagisme est une pathologie de longue durée. La dépendance qui en découle rend le sevrage difficile avec de fréquentes rechutes.

De nombreux traitements, médicamenteux ou non, existent. Depuis 2018, certains traitements nicotiques de substitution sont pris en charge par l'Assurance Maladie. Cela représente une grande avancée dans l'aide au sevrage tabagique.

Le pharmacien d'officine en tant que professionnel de santé, peut et doit s'impliquer dans cette mission de santé publique. Depuis la Loi HPST de 2009, de nouvelles tâches lui sont confiées. Toutefois, la prise en charge des fumeurs en pharmacie reste limitée. De nombreux freins restent en place, notamment liés à l'activité officinale et au manque de reconnaissance financière vis-à-vis de la lutte contre le tabagisme.

Mots clés : Tabac, tabagisme, pharmacie, officine, dépendance, addiction, nicotine, traitement nicotinique de substitution, santé.

Title :

MEDICATIONS FOR SMOKING CESSATION IN PHARMACY IN 2019

Abstract :

In France and throughout the world, smoking is a major public health problem. In our country, there are approximately 75,000 deaths per year, making it the leading cause of preventable death. Many laws have been put in place to reduce tobacco consumption since the Veil Law in 1976. The measure with the best cost-efficiency

ratio remains the increase in the price of a packet of cigarettes ; today around 10 euros.

Smoking is a long-term pathology. The resulting addiction makes it difficult to quit with frequent relapses.

Many treatments, medicinal or not, exist. Since 2018, some nicotine substitution treatments are reimbursed by health insurance. This represents a major step forward in helping people to stop smoking.

The pharmacist, as a health professional, can and must get involved in this public health mission. Since the HPST law of 2009, new tasks have been entrusted to him. However, the care of smokers in pharmacies remains limited. Many obstacles still in place, particularly related to the pharmacy activity and the lack of financial recognition for the fight against smoking.

Keywords : tobacco, smoking, pharmacy, addiction, nicotine, nicotine replacement therapy, health.

Université de Bordeaux
UFR Sciences Pharmaceutiques
146 rue Léo Saignat
Case 9 - Bâtiment Pharmacie 1ère tranche rez-de-chaussée
33076 BORDEAUX cedex

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2019/2020