



HAL
open science

Le sevrage tabagique à l'officine

Marine Barthomeuf

► **To cite this version:**

Marine Barthomeuf. Le sevrage tabagique à l'officine. Sciences pharmaceutiques. 2021. dumas-03468591

HAL Id: dumas-03468591

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03468591v1>

Submitted on 7 Dec 2021

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.



UFR de Pharmacie

Année 2020/2021

N°

**THESE D'EXERCICE
POUR LE
DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

Présentée et soutenue publiquement le 13/09/2021

Par BARTHOMEUF Marine

**LE SEVRAGE TABAGIQUE A
L'OFFICINE**

JURY

Président du Jury : BALTORA, Sylvie, enseignante à l'UPJV

Directeur de thèse : BALTORA, Sylvie, enseignante à l'UPJV

Membres du jury : COINTE, Lydie, docteur en pharmacie

POUCHAIN, Corentin, docteur en pharmacie

REMERCIEMENTS

A mon jury de thèse,

Pr BALTORA, merci d'avoir accepté d'être ma maîtresse de thèse et de la présider, de votre disponibilité et de votre aide dans ce travail.

Madame COINTE, merci d'avoir libéré du temps pour lire cette thèse, et d'être présente le jour de la soutenance. Merci de votre bienveillance, et de me permettre de m'épanouir à la pharmacie de la Fourche chaque jour.

Corentin, merci d'avoir pris de ton temps pour me soutenir dans ce travail, et d'avoir accepté d'être un membre du jury. Merci d'avoir été présent dans mes moments de stress et de panique.

A mes amis et ma famille,

Merci à Julien, d'avoir su gérer mon anxiété, de m'avoir rassurée, et d'être resté calme face à toutes situations. Merci d'être à mes côtés, et de rendre chacune de mes journées meilleures.

A ma famille, je vous remercie de m'avoir soutenue dans mon travail. Un merci tout particulièrement à mes parents, qui m'ont soutenue tout au long de mes études, et sans qui je ne serai peut-être pas là où je suis actuellement.

A Salma, merci d'avoir été présente durant la fin de nos études, et dans chacune de nos galères ! Les années auraient été moins drôles si tu n'avais pas été là. Merci pour ton soutien et ton positivisme.

A Juliette, Jérôme, et tous mes amis, d'avoir été présent tout au long de la rédaction de cette thèse, et de m'avoir apporté votre bonne humeur.

Au membre de l'URPS pharmacien que j'ai pu avoir au téléphone ou par mail, merci de vos renseignements. A Madame CREPPY, sage-femme tabacologue, un grand merci pour votre aide dans cette thèse, et pour votre disponibilité.

A Ava,

Merci de m'avoir tenu compagnie durant ces nombreuses heures de rédaction.

LISTE DES ABREVIATION

AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé
AG	Acide gras
AMPA	Acide 2-amino-3-(5-méthyl-3-hydroxy-1,2-oxazol-4-yl)propanoïque
ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ANDPC	Agence nationale du développement professionnel continue
AOD	Anticoagulants oraux direct
AOMI	Artériopathie oblitérante des membres inférieurs
ARS	Agence régionale de santé
AUDIT	Alcohol use disorders identification test
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVK	Anti-vitamine K
BDI	Beck depression inventory
BMP	Bilan de médication partagé
CARRUD	Centre d'Aide, de Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues
CAST	Cannabis abuse screening test
CCLAT	Convention cadre de l'oms pour la lutte anti-tabac
CDS	Cigarette dépendant scale
CFES	Comité français d'éducation pour la santé
CIM 10	Classification internationale des maladies de l'oms
CIRC	Centre international de recherche sur le cancer
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CSAPA	Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CV	Capacité vitale ou cardiovasculaire
VCAM	Vascular cell adhesion molecule
DETC	Diminuer, entourage, trop, cannabis
DMO	Densité minérale osseuse
DMS 5	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
EI	Effet indésirable
FIV	Fécondation in vitro
GABA	Acide gamma-aminobutyrique
HAD	Hospital anxiety and depression test
HDL	High density lipoprotein
HONC	Hooked on nicotine checkkist
ICAM	Intercellular adhesion molecule
IDM	Infarctus du myocarde
IMAO	Inhibiteur des mono amine oxydase
ISO	International organization for standardization
KCAL	Kilocalorie
KG	Kilogramme
LDL	Low density lipoprotein
LT	Lymphocyte t
MG	Milligramme
NK	Natural killer

NMDA	Acide n-méthyl-d-aspartique
OCP	Office commercial pharmaceutique
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
PAR	Polyarthrite rhumatoïde
PNLT	Plan national de lutte contre le tabagisme
PNRT	Plan national de réduction du tabagisme
PPM	Partie par million
Q-MAT	Questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac
RCP	Résumé des caractéristiques du produit
RNACH	Récepteurs à l'acétylcholine
RPIB	Repérage précoce et intervention brève
SN	Substitut nicotinique
SNC	Système nerveux central
TCC	Thérapie cognitivo- comportementale
TG	Triglycéride
TNFALPHA	Tumor necrosis factor alpha
UPSO	Union des professionnels de santé en officine
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé Libéraux
UTIP	Union technique inter pharmaceutique
VEMS	Volume expiratoire maximal par seconde
VLDL	Very low density lipoprotein
VO	Voie orale

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENT	3
LISTE DES ABREVIATION	4
LISTE DES FIGURES	10
LISTE DES TABLEAUX	11
INTRODUCTION	12
PARTIE A : GENERALITE SUR LE TABAGISME	13
1- EPIDÉMIOLOGIE ET CAMPAGNE DE PRÉVENTION	13
1-1- PRÉVALENCE DU TABAGISME	13
1-1-1- <i>Dans la population générale</i>	13
1-1-2- <i>En fonction du type de tabac</i>	13
1-1-3- <i>En fonction du sexe</i>	13
1-1-4- <i>En fonction de l'âge</i>	13
1-1-5- <i>En fonction du statut social</i>	13
1-1-6- <i>En fonction des régions</i>	14
1-1-7- <i>Comparaison avec l'Europe</i>	15
1-2- LES POLITIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE DANS LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME	15
1-2-1 <i>Mesures prises au niveau national</i>	15
1-2-2 <i>Mesures prise à l'international</i>	18
1-3- ÉVOLUTION DU TABAGISME EN FRANCE.....	19
1-3-1- <i>Evolution du tabagisme dans la population générale</i>	19
1-3-2- <i>Evolution de la prévalence en fonction du sexe</i>	21
1-3-3- <i>Evolution de la prévalence chez les jeunes</i>	23
1-3-4- <i>Evolution de la prévalence chez la population précaire</i>	23
2- TOXICITÉ DU TABAC	23
2-1- COMPOSITION DE LA FUMÉE DE CIGARETTE	23
2-1-1- <i>Méthode d'analyse de la fumée de cigarette et limite</i>	23
2-2-2- <i>Composition de la fumée</i>	24
2-2- CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ	26
2-2-1- <i>Les cancers</i>	26
2-2-2- <i>Maladies cardiovasculaires</i>	28
2-2-3- <i>Les maladies respiratoires</i>	30
2-2-4- <i>Pathologies digestives</i>	33
2-2-5- <i>Pathologies bucco-dentaires</i>	34
2-2-6- <i>Pathologies ostéo-musculaires</i>	34
2-2-7- <i>Pathologies dermatologiques</i>	34
2-2-8- <i>Complication post opératoires</i>	35
2-2-9- <i>Dépression</i>	35
2-2-10- <i>Autres pathologies attribuables au tabagisme</i>	35
2-2-11- <i>Effet du tabac sur la fertilité</i>	35
2-2-12- <i>Effet du tabac pendant la grossesse</i>	36

2-2-13- Effet du tabac après la naissance	37
3- LA DÉPENDANCE	37
3-1- LA DÉPENDANCE PHYSIQUE	38
3-1-1- Pharmacocinétique de la nicotine.....	38
3-1-2- Les récepteurs nicotiniques.....	38
3-1-3- Action de la nicotine sur les neuromédiateurs.....	39
3-1-4- Le syndrome de sevrage.....	40
3-2- LA DÉPENDANCE COMPORTEMENTALE.....	41
3-3- LA DÉPENDANCE PSYCHOLOGIQUE.....	42
3-4- AUTRES FACTEURS AMPLIFIANT LA DÉPENDANCE	42
3-4-1- Mode de consommation de la nicotine : la fumée.....	42
3-4-2- Autres composés entrant en jeu dans l'addiction	42
3-4-3- Effets sensoriels de la cigarette	42
3-4-4- Facteurs génétiques et susceptibilité individuelle.....	42
PARTIE B: PRISE EN CHARGE A L'OFFICINE.....	44
1- DÉPISTER ET CONSEILLER L'ARRÊT	44
1-1- DEPISTER	44
1-2- CONSEILLER L'ARRET.....	44
2- EVALUATION INITIALE.....	44
2-1- IDENTIFIER SITUATIONS NÉCESSITANT UN SUIVI MÉDICAL.....	44
2-1-1- Poly consommation.....	44
2-1-2- Comorbidité psychiatrique.....	45
2-1-3- Adolescents.....	46
2-1-4- Fumeurs très fortement dépendants avec échecs répétés de sevrage	46
2-1-5- Nécessité d'adaptation posologique des traitements chroniques avec l'arrêt	46
2-2- EVALUER LA MOTIVATION.....	46
2-2-1- Le cycle de Prochaska et Di Clemente	46
2-2-2- L'entretien motivationnel	48
2-2-3- Comment évaluer la motivation ?.....	49
2-2-4- Répondre aux craintes freinant un arrêt.....	50
2-2-5- Répondre aux fausses croyances entretenues par les patients.....	51
2-3- EVALUER LA DÉPENDANCE	52
2-3-1- Recueillir l'histoire du tabagisme.....	52
2-3-2- Evaluer la dépendance physique.....	52
2-3-3- Evaluer la dépendance psychique et comportementale	53
3- PROPOSITION D'UNE STRATÉGIE D'AIDE À L'ARRÊT	53
3-1- PRÉPARATION	53
3-1-1- Adapter son environnement à son nouveau statut « d'ex-fumeur »	53
3-1-2- Connaître les effets indésirables du sevrage pour mieux les appréhender	53
3-1-3- Limiter les envies de fumer et y faire face.....	54
3-2- ACTION	55
3-2-1- Prise en charge médicamenteuse	55
3-2-2- Prise en charge non médicamenteuse	64
3-3- SUIVI ET CONSOLIDATION	66

3-3-1- Suivi de l'abstinence.....	66
3-3-2- Adaptation posologique des TNS.....	66
3-3-3- Prise en charge des effets secondaires à l'arrêt du tabac.....	67
3-3-4- Prévenir les rechutes et y réagir.....	70
4- SITUATIONS PARTICULIÈRES.....	72
4-1- Femme enceinte.....	72
4-2- Femme allaitante.....	73
4-3- Autres formes de tabac consommés.....	73
PARTIE C : LA PLACE DU PHARMACIEN DANS LE SEVRAGE	76
1- POSITION DU PHARMACIEN DANS LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME.....	76
1-1- OPINION DES INSTITUTIONS.....	76
1-2- OPINION DES PHARMACIENS.....	77
1-3- OPINION DES PATIENTS.....	78
2- STRATÉGIES D'INTERVENTION DU PHARMACIEN	79
2-1- LES INTERVENTIONS POSSIBLES.....	79
3-2- L'IMPORTANCE DU PROCESSUS COLLABORATIF.....	80
3-3- INTERVENTION PARTICULIÈRE : LES ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES.....	81
3-3-1- Retour d'expérience réalisée à l'Etranger.....	81
3-3-2- Retour d'expérience en France.....	82
3- LES ATOUTS ET LES FREINS D'UNE PRISE EN CHARGE OFFICINALE	85
3-1- LES ATOUTS.....	85
3-1-1- Accessibilité.....	85
3-1-2- Confiance.....	85
3-1-3- Fidélité et lien social.....	86
3-1-4- Connaissance du médicament.....	86
3-1-5- Facilité d'accès aux traitements.....	86
3-1-6- Espace de confidentialité.....	87
3-2- LES FREINS.....	87
3-2-1- Freins liés à l'exercice officinal.....	87
3-2-2- Freins liés au pharmacien.....	88
3-2-3- Freins réglementaires.....	92
3-2-4- Frein lié au fumeur.....	92
4- PERSPECTIVE D'AMÉLIORATION ET D'AVENIR.....	93
4-1- MODIFICATION RÉGLEMENTAIRE.....	93
4-1-1- Rémunérer l'engagement du pharmacien dans le sevrage tabagique.....	93
4-1-2- Autoriser la prescription de SN par le pharmacien.....	94
4-1-3- Reconnaître le statut « pharmacien tabacologue ».....	94
4-2- MODIFICATION DES PRATIQUES.....	95
4-2-1- Libérer du temps.....	95
4-2-2- Augmenter la formation des équipes et désigner un pharmacien référent en tabacologie.....	95
4-2-3- Standardiser la prise en charge avec une meilleure utilisation des outils.....	95
4-2-4- Augmenter la visibilité par des campagnes de préventions et d'information.....	96
4-2-5- Augmenter la coordination entre professionnels de santé.....	96
CONCLUSION.....	99

BIBLIOGRAPHIE101
LISTE DES ANNEXES112
ANNEXES.....113

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Prévalence du tabagisme en France en fonction des statuts socio-économique des individus en 2019. Source : BILAN DE CINQ ANNÉES DE PROGRAMME NATIONAL CONTRE LE TABAGISME, 2014-2019 (3).....	14
Figure 2: prévalence du tabagisme quotidien parmi les 18-75 ans en France métropolitaine en 2017. Source : LA CONSOMMATION DE TABAC EN FRANCE : PREMIERS RÉSULTATS DU BAROMÈTRE SANTÉ 2017 (11).....	14
Figure 3: prévalence du tabagisme en Europe en 2018. Source : Eurobaromètre spécial tabac n° 458 (Commission européenne) (12)	15
Figure 4: résumé des principales mesures anti-tabac en France de 1972 à 2020	18
Figure 5: Evolution de la prévalence du tabagisme en France entre 1974 et 2018. Source : OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies) (23)	19
Figure 6: influence de l'augmentation du prix du paquet de cigarette sur la consommation de cigarette depuis 1950. Source : la revue du praticien, vol 69, juin 2019 (25).....	20
Figure 7: prévalence du tabagisme en France depuis les années 1970 à l'année 2005 en fonction du sexe (28).....	21
Figure 8: prévalence du tabagisme quotidien selon l'âge et le sexe en France, évolution 2014-2019. Source : baromètre santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2016, 2017, 2018, 2019(7)	22
Figure 9: évolution de la consommation de cigarettes manufacturée par adultes et par jour en France (1900-2003). Source : bulletin épidémiologique hebdomadaire du 31 mai 2005, institut de veille sanitaire, (6).....	22
Figure 10: pourcentage de décès attribuables au tabac en 2015, France métropolitaine. Source : Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015, santé publique France (42)	26
Figure 11: Résumé de l'impact du tabagisme sur la formation des plaques d'athérome (48,52,53)	30
Figure 12: Principaux effets de la fumée du tabac sur les systèmes de défense de l'organisme contre les bactéries. Source : Revue des Maladie Respiratoire 2004 (59)	33
Figure 13: simulation de la nicotémie d'un fumeur au cours de la journée basée sur les données pharmacocinétiques moyennes (une cigarette par heure pendant 16 heures). Source : institut national de la santé et de la recherche médicale (77)	38
Figure 14: schéma du fonctionnement des récepteurs nicotinique avec ou sans tabagisme régulier (79)	39
Figure 15: schéma général des renforcements positifs et négatifs du comportement. Source : Traitement de la dépendance tabagique, Lagrue (76)	41
Figure 16: Attitude à adopter en fonction du cycle de Prochaska et Di Clemente. Source : Cespharm (84).....	48
Figure 17: Modèle théorique de la cinétique de la nicotine avec la combinaison de patch et de SN par VO. Source : formation en ligne « le tabac, arrêtez comme vous voulez », LE FAOU (66).....	59
Figure 18: principales souches ayant une action dans le sevrage tabagisme. Source: « proposition d'une prise en charge du sevrage tabagique par les thérapeutiques alternatives », Debré et Leclerc (95)	63
Figure 19: Adaptation des colonnes de BECK à la prévention de la rechute, exemple de remplissage des colonnes. Source: Recommandation de bonne pratique, HAS, 2014.	72
Figure 20: Résumé des mesures clefs ayant renforcées le rôle du pharmacien dans le sevrage tabagique	77
Figure 21: graphique représentant les pourcentages d'arrêt entre le groupe témoin et le groupe en entretien à 3 6 et 12 mois dans l'étude de Maguire	82
Figure 22: graphique représentant le pourcentage d'arrêt du tabac dans les groupes en entretien et les groupes témoins à 1, 4 et 9 mois dans l'étude de Sinclair	82
Figure 23: graphique représentant le temps passé avec le fumeur dans les années 2000 et dans les années 2004. Source : « Évolution des pratiques de prise en charge des patients en sevrage tabagique depuis l'année 2000: enquête auprès de 59 pharmaciens de Grenoble », Girardot E.	87
Figure 24: résumé des atouts et des freins à la prise en charge du sevrage tabagique à l'officine.....	93
Figure 25: résumé des perspectives d'amélioration possible pour la prise en charge du sevrage tabagique à l'officine	98

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Rendements obtenus par fumage mécanique et dans la réalité (34).....	24
Tableau II: Identifier le stade de motivation du fumeur (85)	47
Tableau III: Exemple de balance décisionnelle. Source : "Sevrage tabagique, le conseil à l'officine" (34).....	49
Tableau IV: Quelques bénéfices de l'arrêt du tabac (34).....	50
Tableau V: Les principales craintes des patients à l'arrêt et les réponses qu'il est possible d'apporter	51
Tableau VI: fausses croyances des patients sur le tabac et arguments pour les contrer	51
Tableau VII: profil du fumeur en fonction de sa valeur de CO expiré (en ppm)	52
Tableau VIII: effet du sevrage sur le corps en fonction du temps (92).....	54
Tableau IX: les différentes spécialités de SN existant par voie orale (90)	55
Tableau X: la cinétique de la nicotine en fonction des différentes formes galénique disponibles par voie orale (34,90)	56
Tableau XI: les conseils d'emploi à donner au patient (34,84,90)	57
Tableau XII: principaux effets indésirables liés aux formes orales de SN (90).....	57
Tableau XIII: les différents timbres nicotiques disponibles en pharmacie	58
Tableau XIV: grille de calcul pour le dosage de SN à apporter. Source: RESPADD (94)	60
Tableau XV: Signes de sur ou de sous dosages et adaptation posologique.....	66
Tableau XVI: consommation de cigarettes, dépendance, et difficultés à l'arrêt (91).....	70
Tableau XVII: Tableau résumant les principaux projets d'entretiens pour le sevrage tabagique, réalisés sous la direction régionale des URPS pharmaciens.	84

INTRODUCTION

« Fumer tue ». Ce message, tristement célèbre, imprimé sur chaque paquet de cigarette, est désormais connu de tous. Le tabac provoque de multiples maladies. Sa toxicité est clairement établie. C'est la première cause de mortalité évitable en France, responsable de 75 000 morts chaque année et d'un décès sur 8. Néanmoins, la dépendance est parfois plus forte que la connaissance des risques, et presque 30% de la population française fume encore tous les jours...

La lutte contre le tabagisme est donc devenue au fil du temps une priorité de santé publique. Le pharmacien étant un acteur en matière de prévention, son rôle dans la prise en charge et l'accompagnement des fumeurs est une réalité. Chaque fumeur poussant la porte d'une pharmacie est susceptible de recevoir un message de prévention en rapport avec le tabagisme, qu'il soit réticent, hésitant, ou déterminé à arrêter sa consommation. L'implication du pharmacien est donc primordiale.

Le pharmacien représente un véritable atout dans la lutte contre le tabagisme. Sa place dans le sevrage tabagique semble légitime. Mais de la théorie à la pratique, le chemin semble pourtant encore long pour atteindre une prise en charge optimale. Malgré de multiples avantages, un nombre important d'obstacles se dressent face aux pharmaciens, même les plus dévoués. Des leviers pourraient être levés pour palier ses freins, afin d'améliorer la pratique officinale.

Quelles sont les modalités de prise en charge du fumeur à l'officine et comment la place du pharmacien dans le sevrage tabagique pourrait être optimisée?

Dans une première partie, il conviendra d'aborder les généralités sur le tabagisme. Dans une deuxième partie, nous traiterons des modalités de prise en charge du fumeur à l'officine. Enfin, dans une troisième partie, nous dresserons le bilan de la place du pharmacien dans le sevrage tabagique. Nous verrons quels sont ses atouts et quels sont les obstacles qu'il rencontre. Pour finir, nous verrons quels sont les perspectives d'amélioration possible concernant le sevrage tabagique à l'officine.

Ayant été fumeuse, et ayant arrêté au prix de nombreuses tentatives, ce sujet m'importait particulièrement. Mon implication auprès des patients est d'autant plus importante que je suis passée par cette étape difficile. Cependant, le jeu en vaut la chandelle : la vie libérée du tabagisme est de bien meilleure qualité. J'ai pu en faire la constatation. L'idée d'étudier le sujet en profondeur pour améliorer les pratiques officinales concernant le sevrage tabagique s'est donc présentée à moi comme une évidence, afin que les fumeurs puissent, comme j'ai pu le faire, se libérer de cette addiction.

PARTIE A : GENERALITE SUR LE TABAGISME

1- Epidémiologie et campagne de prévention

1-1- Prévalence du tabagisme

1-1-1- Dans la population générale

L'évolution du tabagisme en France est régulièrement évaluée par « Santé publique France ». Depuis 2019, on estime qu'à peu près 30% de la population est fumeuse, dont un quart de fumeurs quotidien. Un fumeur français consomme approximativement 12 à 13 cigarettes par jour (1–3).

1-1-2- En fonction du type de tabac

Parmi tous ces fumeurs, la grande majorité fume des cigarettes manufacturées. Elles représentent 81% des ventes de tabac en France. Une minorité de personne, certainement plus impactée par les hausses de prix successives des cigarettes (les jeunes et les personnes de faible revenu), aurait tendance à se rabattre sur les cigarettes à rouler, qui représentent un coût moins important. Les autres formes de tabac ne représentent que 3% du marché (4). Les ventes de cigares et de cigarillos, déjà faibles, ont reculé ces dernières années, et le tabac à priser et à mâcher reste un mode de consommation marginal, avec moins de 1% de vente enregistrée ces dernières années (5). Toutefois, le marché de contrebande dans les départements transfrontaliers est en expansion pour les formes de consommation de tabac dites marginales, et ces consommations autrefois faibles augmente chez les jeunes.

1-1-3- En fonction du sexe

Chez les femmes, la prévalence du tabagisme tout comme le nombre de cigarettes fumées est inférieure à celui des hommes, notamment entre 25 et 35 ans du fait des grossesses possible dans cette tranche d'âge. Bien que les habitudes de consommation du tabac chez les femmes aient évoluées, et que leur entrée dans le tabagisme soit en décalage de plusieurs années par rapport aux hommes (6), leur consommation reste inférieure à leurs homologues masculins depuis toujours (1) (7).

Cas particulier des femmes enceintes

Les méfaits du tabac lors de la grossesse ne sont plus à prouver : une grande partie des fumeuses diminue ou arrête sa consommation à l'annonce ou durant la grossesse. Santé publique France a réalisé une étude à ce sujet en 2017 ; seulement 1,7% des femmes ne modifient pas leurs habitudes face au tabac durant leur grossesse (8). Cependant 24,9% des femmes sont fumeuses en début de grossesse, 17,1% sont fumeuses au 3eme trimestre, et 28 % de leurs conjoints sont des fumeurs quotidiens... (9)

1-1-4- En fonction de l'âge

Chez les jeunes, l'âge de la première cigarette est d'environ 15 ans, et la bascule vers le tabagisme quotidien s'établit vers 17 ans, soit 2 ans plus tard (5). En 2016, un lycéen sur trois fumait à l'âge de 17 ans (10). Au-delà de 30 ans, on observe cependant une diminution de la consommation de tabac, avec une chute importante après 50 ans (5).

1-1-5- En fonction du statut social

Les individus issus de milieux sociaux défavorisés seraient plus disposés à fumer que les personnes plus aisées : le tabac étant pour eux un moyen de lutter contre le stress et l'anxiété, parfois importants dans

leur quotidien (10). Un niveau d'étude et de revenu important et une situation professionnelle stable diminuent la prévalence du tabagisme (Figure 1).

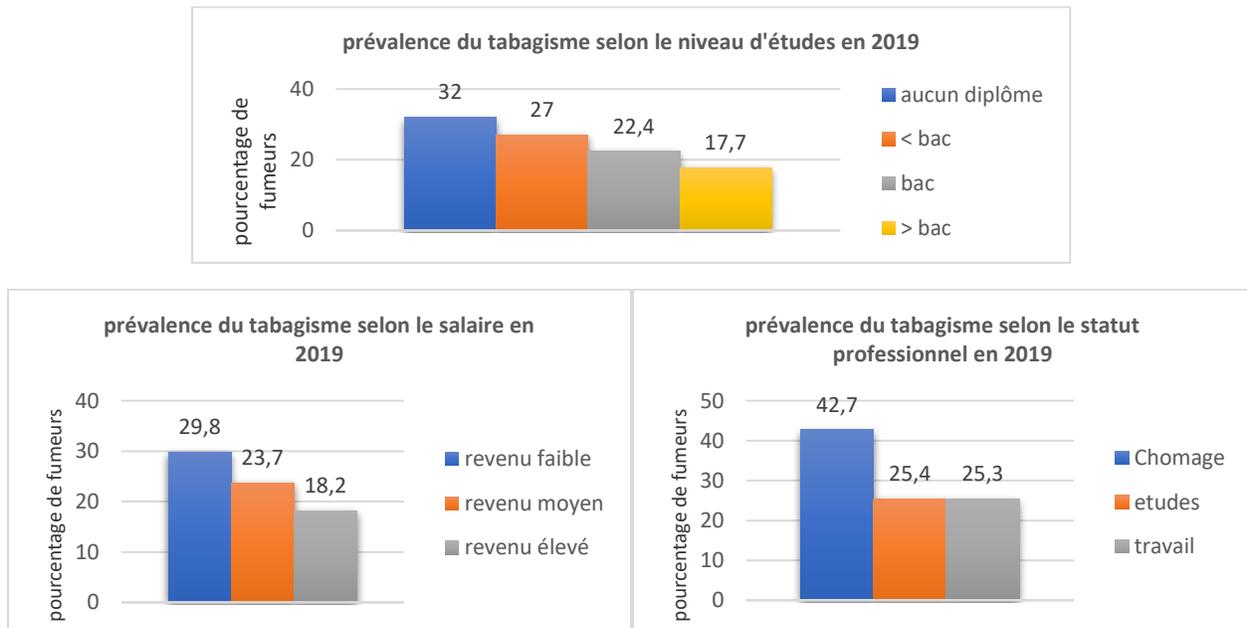


Figure 1: Prévalence du tabagisme en France en fonction des statuts socio-économiques des individus en 2019. Source : BILAN DE CINQ ANNÉES DE PROGRAMME NATIONAL CONTRE LE TABAGISME, 2014-2019 (3)

1-1-6- En fonction des régions

Les régions du nord et du sud de la France sont plus durement touchées par la dépendance au tabac. Les pays de la Loire et la région île de France sont 2 régions où la population a tendance à moins fumer quotidiennement (Figure 2). Des facteurs socio-économiques et culturels pourraient expliquer cette disparité.



Figure 2: prévalence du tabagisme quotidien parmi les 18-75 ans en France métropolitaine en 2017. Source : LA CONSOMMATION DE TABAC EN FRANCE : PREMIERS RÉSULTATS DU BAROMÈTRE SANTÉ 2017 (11)

1-1-7- Comparaison avec l'Europe

La France est l'un des pays européens où la population fume le plus. Notre pays fait figure de mauvais élève, avec près de 33% de fumeurs quotidiens, contre 24% en Europe (Figure 3). Les jeunes français semblent toutefois plus épargnés que les générations passées: 26% des jeunes de 16 ans fument en France contre 21% en Europe (12).

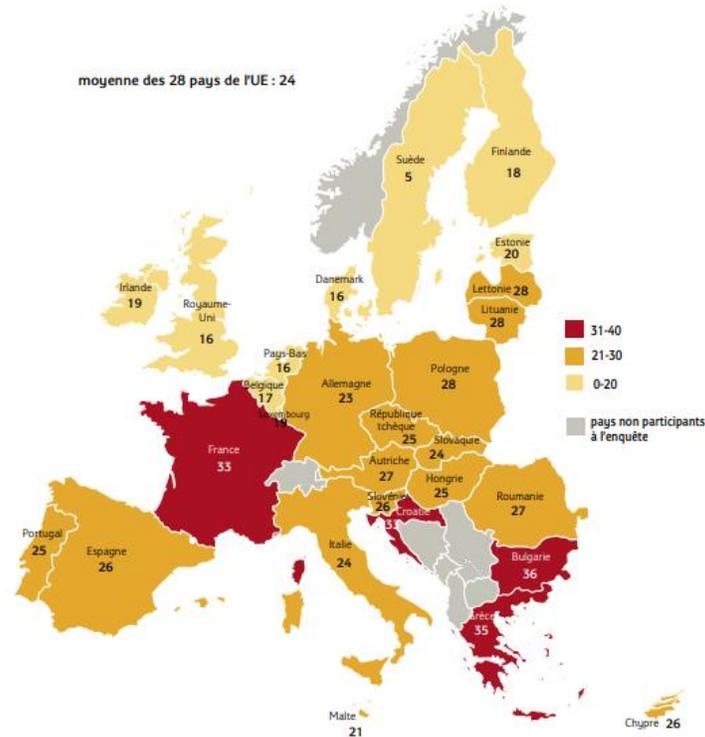


Figure 3: prévalence du tabagisme en Europe en 2018. Source : Eurobaromètre spécial tabac n° 458 (Commission européenne) (12)

La France est pourtant classée depuis peu parmi les meilleurs concernant les politiques de lutte contre le tabagisme: elle se situe à la deuxième place (avec 74 points sur 100) derrière le Royaume-Uni, sur l'échelle mondiale du contrôle du tabac (ANNEXE 1) (13).

1-2- Les politiques de santé publique dans la lutte contre le tabagisme

1-2-1 Mesures prises au niveau national

1-2-1-1 Les grandes lois contre le tabac : la loi VEIL, la loi EVIN, le décret de 2006.

Pour lutter contre le tabagisme en France, les mesures se sont succédées depuis les années 1972, au moment où la distribution de cigarettes gratuites auprès de l'armée Française a été interdite. En 1976, Simone VEIL, ministre de la Santé, entre dans la lutte contre le tabagisme en proposant la **loi VEIL**. Elle interdit partiellement la publicité, le sponsoring sportif et la distribution gratuite de cigarettes. Un avertissement textuel sur les dangers du tabac doit être également apposé sur les paquets, ainsi qu'une obligation pour les industries du tabac d'indiquer la composition de leurs cigarettes.

En 1991, la **loi EVIN** est validée, interdisant le tabagisme dans les lieux à usage collectif. Cependant, il restait possible pour les établissements de créer des espaces fumeur. La loi Evin était un concept novateur : pour la première fois, les politiques de santé publique prenaient des mesures pour lutter contre

le tabagisme passif. La loi EVIN interdit aussi toute publicité directe ou indirecte, toute opération de parrainage liée au tabac, et la vente de tabac aux mineurs (14).

En novembre 2006, un décret paraît, avec une extension de l'interdiction de fumer à d'autres lieux d'usage collectif : tous les lieux couverts et fermés accueillant du public ou qui constituent des lieux de travail, les établissements de santé, dans l'ensemble des transports en commun, dans tous les établissements scolaires et établissements accueillant des mineurs (15).

1-2-1-2- Le plan national de réduction du tabagisme (PNRT)

Depuis 2003, le gouvernement a élaboré plusieurs « plans cancer ». Le premier plan cancer, sous Jacques CHIRAC, mentionnait déjà la prévention du tabagisme comme un objectif principal, mais c'est en 2014 que le combat contre le tabagisme s'amorce de façon manifeste. François HOLLANDE débloque alors un budget 1,5 milliard d'euros pour le 3eme « plan cancer ». La lutte nationale contre le tabagisme en est un élément phare, avec le lancement du programme national de réduction du tabagisme (PNRT), mené par Marisol TOURAINNE.(16)

Il s'articule autour de 3 axes principaux : éviter l'entrée dans le tabagisme des enfants et son installation chez les jeunes, faciliter l'arrêt du tabac, agir directement sur l'économie du tabac.

Pour éviter l'entrée dans le tabagisme des enfants et son installation chez les jeunes (le but de créer une génération d'adultes non-fumeurs en 2032), le gouvernement souhaite diminuer auprès d'eux l'attractivité du tabac. Un paquet neutre est proposé, avec des messages sanitaires plus visibles. Les lieux de vente de tabac ne sont plus autorisés à faire de la publicité, et l'aromatisation des cigarettes (ciblant les jeunes) devient illégale. Pour réduire l'exposition des jeunes au tabagisme passif et le débanaliser, le programme souhaite élargir les interdictions de fumer dans les lieux publics, interdire aux adultes de fumer dans une voiture avec un mineur de moins de 12 ans, et interdire de fumer dans les espaces de jeux destinés aux enfants. Le vapotage est également interdit dans certains lieux collectifs, et sa publicité restreinte.

Pour faciliter l'arrêt du tabac, le gouvernement insiste sur l'importance d'utiliser des outils d'aides au sevrage, de réaliser une approche multidisciplinaire, et d'améliorer le remboursement des traitements du sevrage tabagique. Un **forfait de remboursement des traitements d'aide à l'arrêt du tabac** à hauteur de 150 euros par an pour les jeunes de 15 à 30 ans, les bénéficiaires de la CMU-C et les femmes enceintes, a été mis en place.

Pour finir, pour agir directement sur l'économie du tabac, l'état souhaite diminuer l'influence des industries du tabac sur le monde politique, scientifique, ainsi que sur les leaders d'opinion, en diminuant les conflits d'intérêt et en augmentant la transparence. Il est aussi question d'augmenter les prix du tabac, tout en limitant les achats via les marchés parallèles et les achats transfrontaliers. Enfin, on demande aux industries du tabac de financer directement la lutte contre le tabagisme en France. (17)

1-2-1-3- Le plan national de lutte contre le tabagisme (PNLT)

Dans la continuité du PNRT, le gouvernement élabore avec Agnès BUZIN et Gerard Darmanin, en 2018, le PNLT, qui a les mêmes objectifs que le PNRT (créer une génération sans tabac). Les axes suivis sont les mêmes, et dans l'ensemble, ce plan vise à renforcer ce qui avait déjà été fait grâce au PNRT.

Les principales nouveautés de ce plan sont les suivantes :

- Adapter les campagnes de communication aux jeunes générations en utilisant des outils adaptés à leur âge (comme les réseaux sociaux)
- Création d'une chartre « **établissement de santé sans tabac** », « administration sans tabac » et « cinéma mode et médias indépendants du tabac »
- **Rembourser totalement, au même titre que les autres médicaments, des traitements d'aide à l'arrêt du tabac.**
- Améliorer la prise en charge du sevrage tabagique en **formant d'avantage les professionnels de santé**, et en adaptant cette prise en charge aux populations vulnérables (femme enceintes, personnes en situation précaire...)
- Harmoniser les politiques de taxe et prix au niveau international.
- Transformer le métier de buraliste, en passant du modèle débiteur de tabac à celui de commerce de proximité. Un module santé sera également mis en place dans leur cursus.
- Augmenter la recherche, la surveillance et l'évaluation ainsi que les connaissances en matière de lutte contre le tabagisme, afin de voir émerger de nouveaux éléments scientifiques sur lesquels agir en matière de santé publique (18).

Les plans de lutte contre le tabagisme sont un véritable tremplin pour la bataille contre le tabac en France. De nombreuses campagnes ont pu bénéficier de cette impulsion, comme la campagne du mois sans tabac, **pour laquelle les pharmaciens s'engagent chaque année.**

1-2-1-4- Quelques mots sur le mois sans tabac

En 2016, pendant le PNRT, le mois sans tabac est né. C'est à la suite des effets positifs d'une campagne marketing et sociale britannique, « stoptober » (lançant le défi à la population fumeuse d'arrêter de fumer durant le mois d'octobre, et ayant engendré 350 000 tentatives d'arrêt supplémentaires par rapport à l'année précédente) que la sécurité sociale a décidé d'extrapoler ce modèle en France. (19)

Depuis maintenant 5 ans, chaque année, une campagne médiatique de grande envergure est lancée sur le modèle de « stoptober ». Son but est de motiver collectivement la population fumeuse à l'arrêt du tabac durant le mois de novembre. Les personnes peuvent s'inscrire au défit sur le site tabac-info service, et bénéficient alors d'outils d'aide à l'arrêt. Un kit explicatif leur est également remis. Le concept est précurseur puisque les campagnes ne sont pas moralisatrices, et ont un côté ludique dédramatisant l'arrêt du tabac (20). Les acteurs médico-sociaux et **les pharmacies Françaises** sont largement impliqués dans cette campagne.

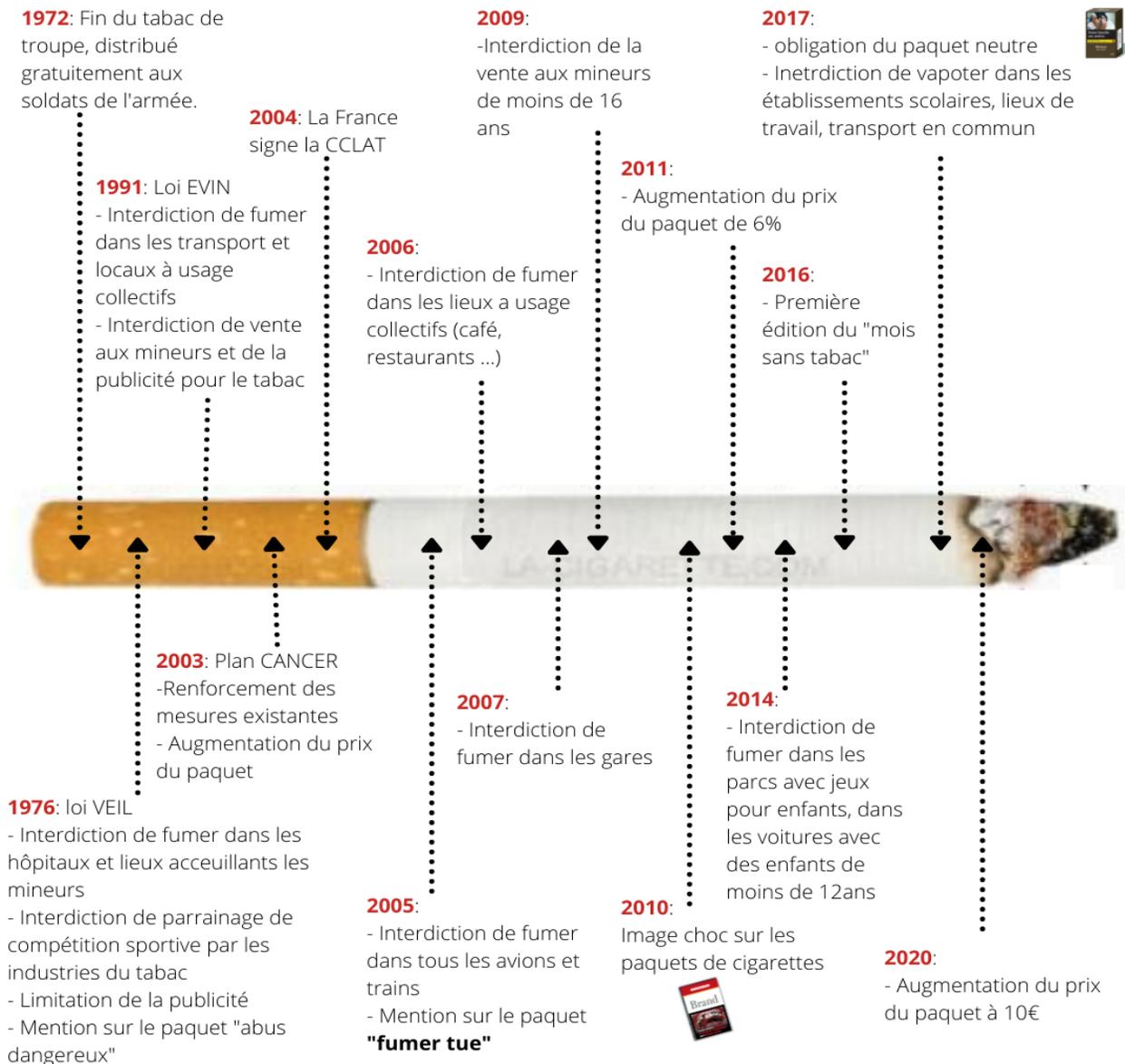


Figure 4: résumé des principales mesures anti-tabac en France de 1972 à 2020

1-2-2- Mesures prises à l'international

Au début des années 1999, l'OMS se penche sur la question du tabagisme, avec l'intention de faire de la lutte contre le tabagisme une préoccupation mondiale. En 2003, les membres de l'organisation adoptent la CCLAT (convention cadre pour la lutte anti-tabac). La France est le premier pays à ratifier le traité en 2004, et en 2005, après adhésion de 40 pays, la CCLAT entre en vigueur. (21)

Les mesures les plus importantes de la convention sont les suivantes :

- Interdiction de faire de la publicité pour les industries sous toutes ses formes.
- Réglementation concernant le visuel du paquet de tabac : un message d'alerte sanitaire doit couvrir obligatoirement 30% du paquet. Les messages trompeurs sur les paquets de cigarettes, type « cigarette légère », « faible teneur en goudron », sont interdits.

- Obligation pour les industries du tabac d'indiquer la composition de leurs produits, ainsi que la composition de la fumée de cigarette.
- Protection contre le tabagisme passif, avec interdiction totale de fumer dans les lieux publics, les transports et au travail. Les zones non fumeuses sont interdites.
- Augmentation des taxes sur le tabac.
- Mise en œuvre de moyens pour lutter contre la contrebande de tabac.
- Meilleur déploiement des ressources financières des pays pour la lutte contre le tabagisme, et une plus grande implication des gouvernements dans cette lutte (22).

1-3- Évolution du tabagisme en France

1-3-1- Evolution du tabagisme dans la population générale

Impact de la loi VEIL et EVIN et de l'augmentation des prix

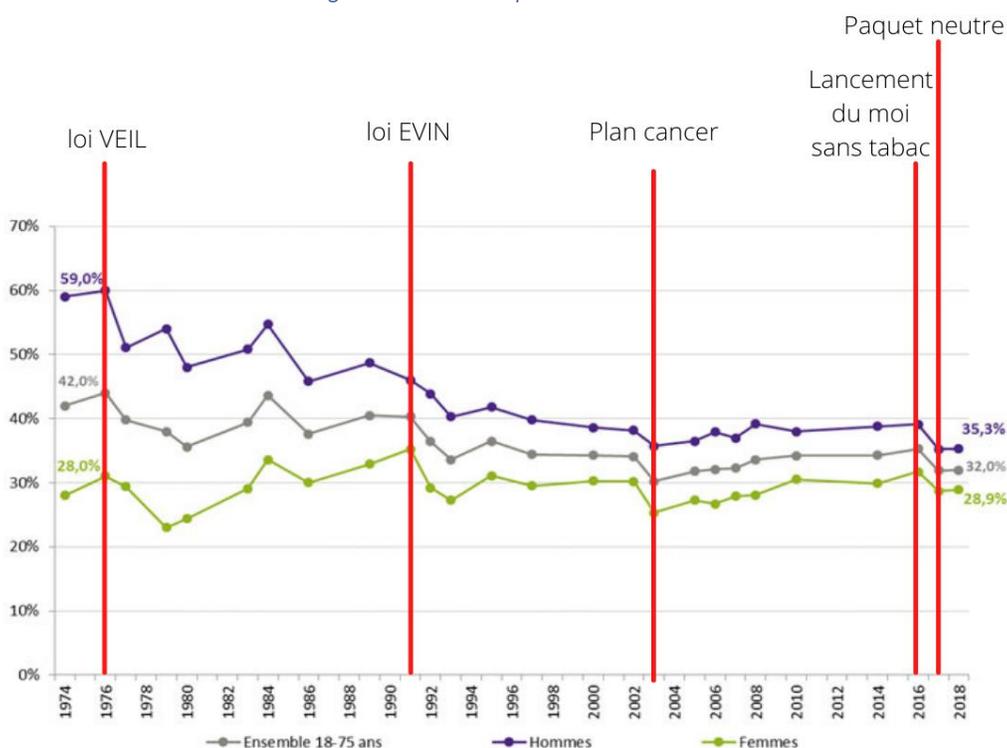


Figure 5: Evolution de la prévalence du tabagisme en France entre 1974 et 2018. Source : OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies) (23)

En 1960, une personne sur 2 fumait, puis la proportion de fumeur est passée de 42% en 1974, à 32% en 2018. Une soixantaine d'année auront donc été nécessaire afin d'obtenir une baisse du pourcentage de fumeur de presque 20%. La loi VEIL et la loi EVIN ont successivement permis de diminuer le nombre de fumeur au cours des années qui ont suivies leur application (Figure 5) (23).

Afin de connaître l'évolution de la consommation des Français, il est possible de mesurer les ventes de tabac. Avant la loi VEIL, les ventes de tabac augmentaient de 3,8% chaque année. La parution de la loi a permis de stabiliser les ventes. Leur baisse n'a débuté qu'à partir de la publication de la loi EVIN : entre 1991 et 2005, le prix du paquet de tabac a été multiplié par 3, et les ventes de tabac ont chuté de 3,4% par

an. En 2003, le prix du paquet augmente fortement (à la suite du plan cancer) et en un an, cette baisse atteint même 15,7%, du jamais vu auparavant (Figure 6). (24)

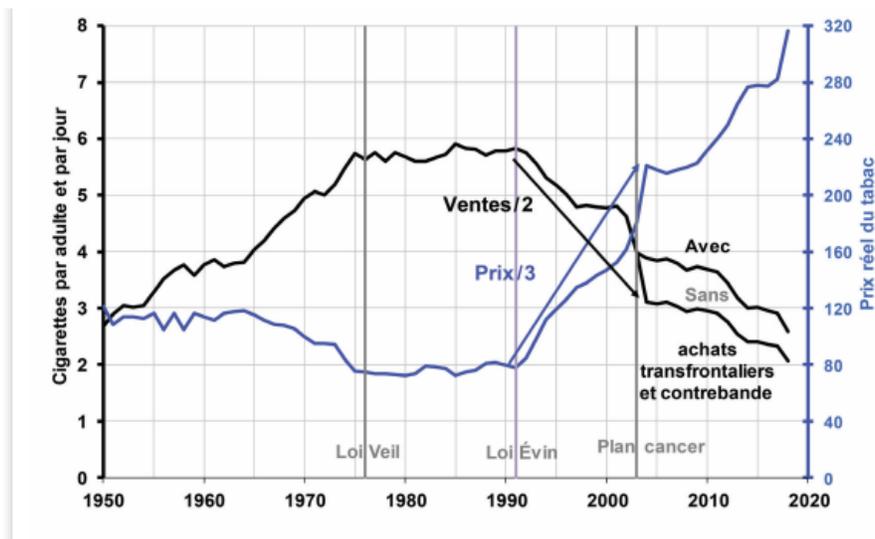


Figure 6: influence de l'augmentation du prix du paquet de cigarette sur la consommation de cigarette depuis 1950. Source : la revue du praticien, vol 69, juin 2019 (25)

Il est scientifiquement établi qu'une augmentation significative et répétée des prix du tabac contribue à la baisse du tabagisme: une augmentation des prix de 10% entraîne une baisse de la consommation de tabac de 4% en moyenne, si cette dernière est réitérée (25).

Impact du mois sans tabac

En 2016, lors de la première édition du mois sans tabac, les autorités ont enregistré 380 000 tentatives d'arrêt en lien avec la campagne. 6 mois plus tard, 20% d'entre eux était toujours abstinents, ce qui correspondait à 80 000 fumeurs en moins. En 2017, le mois sans tabac avait recruté 158 000 inscrits, et engendré 1,8 millions de visiteurs en plus sur tabac-info-service. En 2018, le taux de participation était record, avec 241 000 inscrits au défi (car la couverture médiatique était plus importante que les autres années). En somme, chaque édition du mois sans tabac est un succès, et permet à de nombreux fumeurs d'en finir avec la cigarette. (20)

Impact des avertissements sanitaires et du paquet neutre

Le paquet neutre a tout d'abord été mis en place en Australie. C'est face à la réussite de cette mesure que la France a décidé de l'adopter.(26) Les études récentes confirment que le paquet générique a entraîné une réduction du tabagisme en le rendant moins attrayant, et en apportant à ses utilisateurs une meilleure connaissance des effets délétères du tabac via ses messages préventifs. Cet effet est surtout remarqué chez les jeunes (27).

Dernière tendance et impact de la covid-19

L'objectif du PNRT, qui était de diminuer le nombre de fumeurs de 10% entre 2014 et 2019, a été atteint, avec 28,5% de fumeurs quotidiens en 2014 contre 24% en 2019, soit 16% de fumeurs en moins entre 2014 et 2019¹.(7) C'est en 2017 que la plus grosse baisse a été enregistrée par baromètre santé (1 million de

¹ $28,5 - 24 = 4,5\%$ de fumeurs en moins, soit une baisse de $4,5 \times 100 / 28,5 = 15,7\%$

fumeurs en moins, ainsi qu'une très forte augmentation du nombre de tentative d'arrêt du tabac). Un an plus tard, c'est 600 000 personnes qui devenaient ex-fumeuses (25).

Néanmoins, en 2020, pour la première fois depuis 7 ans, le nombre de fumeurs n'a pas baissé en France. La prévalence a même augmenté chez les Français dont les revenus sont les moins élevés. Le nombre de tentatives d'arrêt du tabac a quant à lui diminué par rapport à l'année précédente. La baisse amorcée depuis quelques années semble avoir été freinée par le contexte sanitaire difficile (2).

1-3-2- Evolution de la prévalence en fonction du sexe

L'écart de prévalence du tabagisme entre les deux sexes semble se réduire au fur et à mesure des années, puisque la prévalence de fumeur baisse rapidement dans le temps chez les hommes, et beaucoup moins chez les femmes (Figure 7).

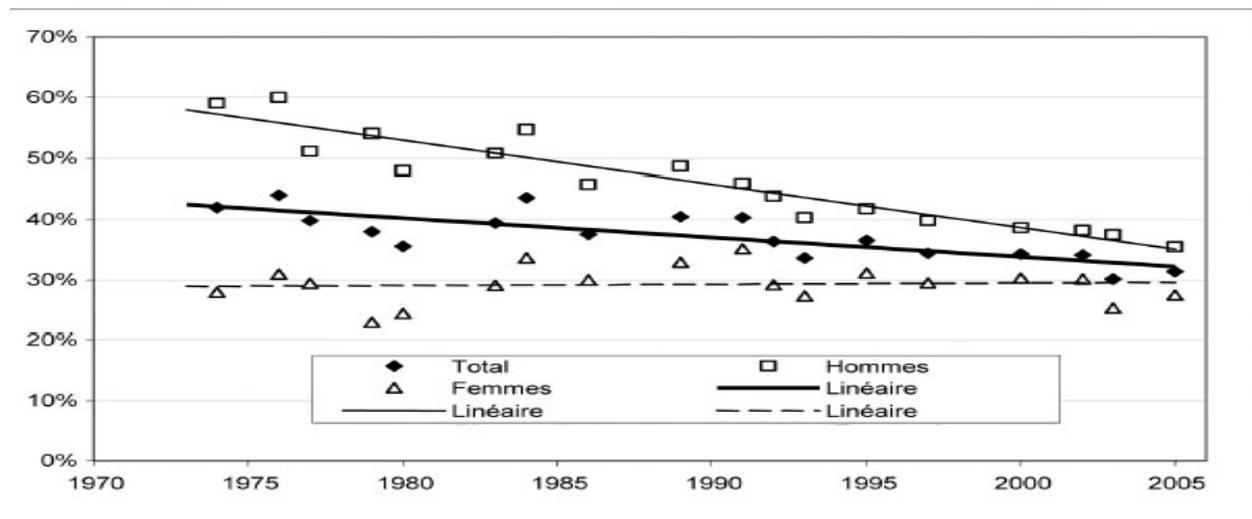


Figure 7: prévalence du tabagisme en France depuis les années 1970 à l'année 2005 en fonction du sexe (28)

L'écart se resserre particulièrement à partir de 45 ans, car il a été enregistré une augmentation globale du nombre de fumeuses de plus de 45 ans ces 20 dernières années (Figure 8). Toutefois, une diminution de la prévalence chez les femmes de 45 à 65ans, bien que tardive, semble s'être amorcée ces dernières années (7).

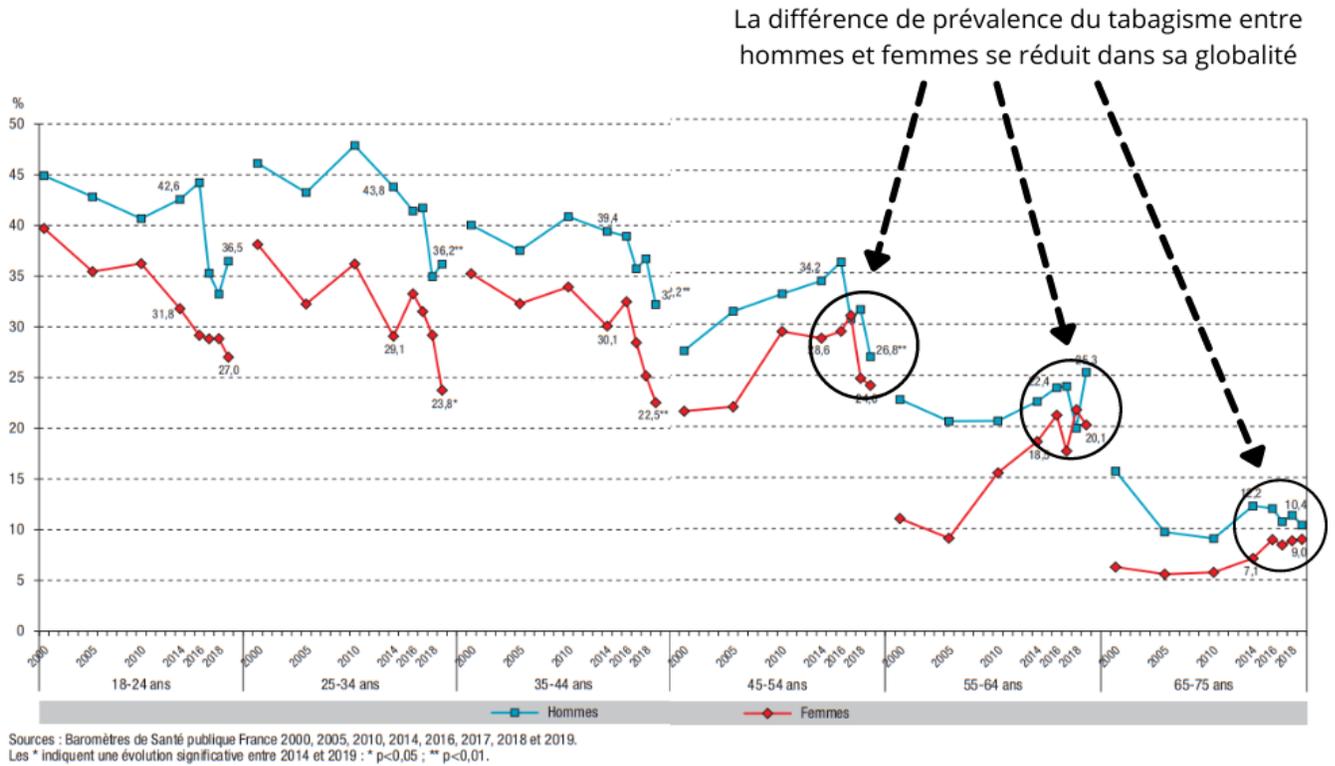


Figure 8: prévalence du tabagisme quotidien selon l'âge et le sexe en France, évolution 2014-2019. Source : baromètre santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2016, 2017, 2018, 2019(7)

L'augmentation du nombre de fumeuses à partir de 45 ans est due à leur entrée plus tardive dans le tabagisme. Le tabagisme était il y a quelques années, essentiellement masculin, mais l'émancipation féminine, le désir de prouver son indépendance, et les campagnes de publicité visant les femmes, ont provoqué une entrée des femmes dans le tabagisme, 50 ans après les hommes (6). Le tabagisme chez la femme suit donc à peu près le même modèle que celui des hommes, avec un décalage de plusieurs années (Figure 9).

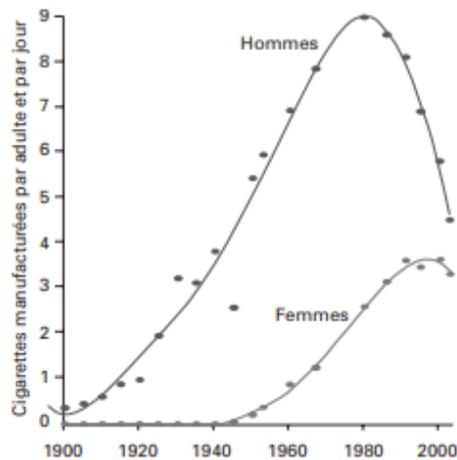


Figure 9: évolution de la consommation de cigarettes manufacturée par adultes et par jour en France (1900-2003). Source : bulletin épidémiologique hebdomadaire du 31 mai 2005, institut de veille sanitaire, (6)

Cas particulier des femmes enceintes

Selon une enquête de santé publique France datant de 2017, les mères d'enfants de cinq ans ou moins étaient 20% à déclarer avoir fumé durant leur dernière grossesse, et les femmes enceintes au moment de l'enquête déclaraient fumer dans 25% des cas. En 2010, 24 % des femmes enceintes disaient fumer quotidiennement et 3 % occasionnellement. Ces chiffres attestent d'une relative stabilité de la consommation de tabac chez les femmes enceintes depuis un dizaine d'année. Les enquêtes nationales périnatales de 2010 et 2016 ont également fait ce constat (8).

1-3-3- Evolution de la prévalence chez les jeunes

En septembre 2004, il devient interdit de vendre du tabac à un mineur de moins de 16 ans, et interdit de fumer dans les établissements scolaires. Il s'ensuit, entre 2003 et 2007, une baisse significative du nombre de jeunes fumeurs. Cette réduction du tabagisme chez les jeunes était déjà amorcée depuis les années 1999, notamment chez les garçons. Une grande part des jeunes affirme que leur perception du produit a changé, et que le tabac est pour eux moins attractif qu'avant (29). Une enquête, entre 2014 et 2017, le confirme, montrant que chez les 13-18 ans, l'image du tabac est devenue très négative. Ainsi, la proportion de fumeur est passée de 32% en 2014 chez ces jeunes à 25% en 2017 (11). L'usage de la cigarette électronique est cependant importante et en augmentation chez les jeunes, chez qui elle constitue une porte d'entrée vers le tabagisme...

1-3-4- Evolution de la prévalence chez la population précaire

Les mesures habituelles de lutte contre le tabagisme (augmentation des prix, campagnes de sensibilisation) sont relativement moins efficaces chez le fumeur défavorisé socialement et économiquement. L'arrêt du tabac étant perçu par cette population comme une contrainte supplémentaire dans un contexte de privation déjà fortement présent, il est fréquent que l'arrêt du tabac chez ces individus se solde par un échec. Les campagnes de sensibilisation et d'information entraînent plus souvent une augmentation des fumeurs dissonants, qu'une augmentation de fumeurs abstinents (30,31).

Depuis les années 2000, on constatait une augmentation de l'inégalité sociale face au tabagisme. Quand la prévalence avait plutôt tendance à diminuer ou (au moins) à se stabiliser dans la population générale, elle augmentait chez les individus faiblement diplômés, avec des revenus plus faibles, ou sans emploi. Cependant, en 2017, pour la première fois, les études du baromètre santé enregistraient une baisse de la prévalence du tabagisme chez les personnes en situation précaire (faible niveau d'étude, revenu faible, chômage) (32). L'écart de consommation entre les personnes en situation précaire et le reste de la population continuait de se resserrer, mais la pandémie a bousculé cette dynamique...

2- Toxicité du tabac

2-1- Composition de la fumée de cigarette

2-1-1- Les méthodes d'analyse de la fumée de cigarette et leurs limites

La fumée peut être décomposée en trois courants :

- Le courant principal ou primaire, produit pendant l'inspiration sur la cigarette. La fumée inhalée et ses particules toxiques pénètrent alors dans les voies aériennes supérieures. Les particules plus fines vont quant à elles atteindre les alvéoles pulmonaires, passer dans le sang, et se répandre dans l'ensemble de l'organisme.

- Le courant secondaire, se dégageant à l'extrémité de la cigarette. Ce courant étant continu, c'est ce dernier qui est le plus responsable du tabagisme passif. C'est aussi le courant qui contient le plus de substances toxiques...
- Le courant tertiaire, correspondant à la fumée rejetée par le fumeur lors de son expiration (33).

Sur chaque paquet de cigarettes industrielles, il est possible de lire leur composition (teneur en nicotine et en goudron). Ces chiffres sont obtenus grâce à l'analyse du courant primaire, recréé artificiellement au travers des « machines à fumer ». Les méthodes d'analyse sont désormais normalisées et standardisées selon des normes internationales définies par l'ISO (international standard organisation) (34,35).

Toutefois, cette méthode a ses limites. D'une part, l'industrie du tabac représente le pourcentage le plus fort au sein des comités techniques nationaux et internationaux chargés de mettre en place ces procédures. Les conflits d'intérêts sont donc inévitables. Ils sont tels que l'OMS a mis en place ses propres laboratoires, indépendants, assurant une transparence totale dans leur méthodologie d'analyse des produits issus de la fumée du tabac.

D'autre part, les normes ISO avec les machines à fumer ne sont pas le reflet des quantités réelles fumées. Par exemple, les industries perforaient leur cigarettes « light » de plusieurs micropores au niveau du filtre, assurant un échappement de la fumée, et réduisant la quantité de particules arrivant jusqu'à la machine d'analyse. Cependant, il a été prouvé que le fumeur, quelle que soit la cigarette, cherche à obtenir sa dose de nicotine. Et s'il faut pour cela prendre de plus grandes bouffées de tabac, il le fera, d'autant plus que l'apparence légère de ces cigarettes s'y prête. De plus, il a été démontré qu'inconsciemment, le fumeur aura tendance à serrer davantage ses doigts et ses lèvres autour de la cigarette, bouchant ainsi les micropores... Cet exemple révèle bien que le fumage mécanique est difficilement transposable à la réalité des faits (36). Les rendements obtenus par fumage artificiel et par fumage réel sont donc bien différents (Tableau I).

	Nicotine	Bouffée
Machine à fumer = rendement artificiel	0,1 à 1,5 mg pour une cigarette	35 ml de fumée
Quantité absorbée par le fumeur = rendement réel	1 à 3 mg pour une cigarette	10 à 100 ml de fumée

Tableau I: Rendements obtenus par fumage mécanique et dans la réalité (34)

Les cigarettes étant fumées de façon très différente en fonction des individus, le modèle passant par le fumage mécanique tend donc à minimiser les quantités de composés absorbés réellement par le fumeur. (34)

2-2-2- Composition de la fumée

2-2-3- La nicotine

Elle est responsable de la dépendance (33). En fonction des individus, en stimulant la libération de neurotransmetteurs au niveau du système nerveux central, elle va apporter une sensation de bien-être, une stimulation intellectuelle, des effets anti-dépresseurs et anxiolytiques, a un rôle coupe-faim et même parfois un effet antalgique. L'absorption de la nicotine est différente en fonction du type de tabagisme. Pour le fumeur classique de cigarettes industrielles, elle passe dans la circulation sanguine par les alvéoles

pulmonaires. Pour les fumeurs qui n'inhalent pas la fumée (pipe et cigare) elle arrive plus lentement dans le sang, par les muqueuses de la bouche et du nez. (34)

2-2-4- Le monoxyde de carbone

Composant important de la fumée de cigarette, il a une forte affinité pour l'hémoglobine. Il prend la place de l'oxygène et entraîne donc une hypoxie. Il s'ensuit une tachycardie et une hypertension, afin de pallier le manque d'oxygénation des tissus, et donc un risque cardiovasculaire plus élevé que chez la population normale (33).

2-2-5- Le goudron

Le goudron est le terme général pour désigner les hydrocarbures aromatiques polycycliques, comme le benzène et le benzopyrène. Ces derniers, fortement présents dans le courant secondaire de la fumée de cigarette, sont des agents intercalants de l'ADN et sont responsables de cancer. Le benzène est par exemple connu pour être un agent leucémogène avéré. Les goudrons sont d'ailleurs introduits dans le groupe 1 des agents cancérigènes par le CIRC (Centre international de recherche sur le cancer). Ils sont aussi génotoxiques via leur métabolisation en époxyde. (33,37)

2-2-6- Les métaux lourds

Surtout représentés par le plomb et le cadmium dans la fumée, ils entraînent des problèmes osseux, en se substituant au calcium dans les cristaux au niveau des os. Ils sont aussi responsables de cancer pulmonaires et d'atteinte rénale. De plus, on constate une bioaccumulation de ces composés dans le corps, avec la formation possible de cocktails toxiques inconnus dans l'organisme (33).

2-2-7- Les substances irritantes

Les nitrosamines, hautement cancérigènes, forment des adduits dans l'ADN, et ont donc un potentiel mutagène très important. Elles sont responsables de cancers pulmonaires, laryngés, de la cavité buccale, de l'œsophage et du pancréas. (38,39) Autre irritant, l'acroléine, engendre une brûlure des voies aériennes supérieures, des maux de gorge, une toux, et des nausées et un épaississement du mucus. Également classés parmi les irritants, on connaît aussi l'acide cyanhydrique, les aldéhydes et les phénols. (33)

2-2-8- Les additifs

Ils sont ajoutés au tabac de façon à améliorer ses caractéristiques olfactives : ajouter un arôme pour rendre le produit appétant, adoucir les substances irritantes, masquer l'amertume et l'odeur désagréable du produit. Ils permettent aussi d'éviter le dessèchement du produit. Il existe même des produits utilisés pour blanchir la fumée et les cendres afin de donner une illusion de moindre toxicité des cigarettes. La plupart des additifs rendent les cigarettes plus toxiques, et engendrent une plus grande disponibilité pour l'organisme de la nicotine. Parmi les additifs les plus connus, on peut citer :

- L'ammoniac : utilisé comme précurseurs d'arômes. Les scientifiques ont démontré que l'ammoniac alcalinise la fumée de cigarette. Or, lorsque le pH est supérieur à 6,2, la nicotine devient une base libre, qui pénètre plus facilement les membranes cellulaires. L'absorption de la nicotine est donc plus rapide...
- Le menthol : utilisé dans beaucoup de cigarettes pour son effet anesthésiant, même si son goût n'est pas perceptible, il entraîne par conséquent une inhalation plus profonde de la fumée de cigarette. Il a en plus un effet bronchodilatateur. Il serait même possible qu'il ait un effet synergique avec la nicotine au niveau du SNC (système nerveux central).

- Les sucres : ils masquent le mauvais goût de la cigarette. Ils forment à la combustion des acides organiques et des aldéhydes, agissant une fois métabolisés comme des IMAO (Inhibiteur des mono amine oxydase) (antidépresseur).
- Le cacao : il agirait comme IMAO.
- La réglisse : elle a un effet bronchodilatateur et améliore donc la biodisponibilité de la nicotine en augmentant son absorption.
- L'acide lévulinique : il a un rôle d'alcalinisant, des vertus anti irritantes, et augmenterait la liaison de la nicotine au niveau du SNC selon certaines études.(33,40)

2-2- Conséquences sur la santé

De nos jours, les méfaits du tabac sont bien connus par la population. Un fumeur sur deux qui fume toute sa vie décède d'une maladie liée au tabac et chaque fumeur voit son espérance de vie diminuée d'environ 10 ans (41).

Les retentissements cliniques du tabagisme apparaissent en général 20 à 30 ans après la première cigarette. Selon l'OMS, le tabagisme serait encore responsable de plus de 8 millions de décès chaque année dans le monde. Selon une étude de santé publique France, en 2015, 75 000 décès étaient attribuables au tabac en France, soit 13% de l'ensemble des décès (42). Il est important de noter que fumer peu n'est pas fumer sans risque, et qu'il n'existe pas de seuil en dessous duquel les risques sont absents (43). Les principales causes de décès attribuables à cette addiction sont les cancers, les maladies cardiovasculaires et les pathologies respiratoires (Figure 10).

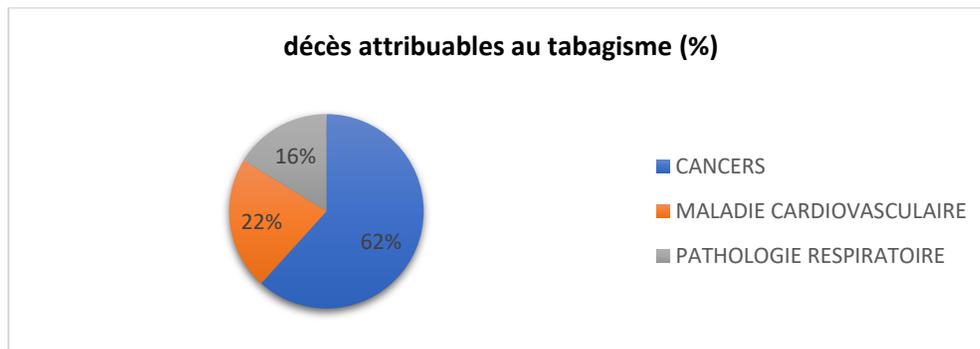


Figure 10: pourcentage de décès attribuables au tabac en 2015, France métropolitaine. Source : Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015, santé publique France (42)

2-2-1- Les cancers

2-2-1-1- Généralité

Le tabac est la première cause de cancer évitable en France. 20% des cancers sont liés au tabagisme, et ce dernier est impliqué dans pas moins de 17 cancers. Le plus connu est celui du poumon : en fumant un paquet par jour pendant un an, les poumons reçoivent l'équivalent de 2 pots de yaourt remplis de goudron. Cependant, la cigarette peut être la cause d'autres cancers comme le celui du pancréas, des reins, de la gorge, de l'œsophage... (44,45)

Ces cancers, auparavant retrouvés principalement dans la population masculine, sont de plus en plus présents chez les femmes. Depuis quelques années, il existe une augmentation chez les femmes du nombre de cancer (attribuable au tabac) du poumon, du sein, mais aussi ORL. (39). Une partie des cancers du col de l'utérus et de l'ovaire sont également la conséquence du tabagisme (46).

2-2-1-2- Le cancer du poumon

Le cancer du poumon est le cancer le plus connu attribué au tabagisme : près de 89% des cancers poumons sont liés au tabac. La cigarette entraîne 30 000 décès annuels par cancers du poumon. C'est la première cause de mortalité par cancer en France et dans le monde. Au moment du diagnostic, 50% des personnes sont fumeuses, et pendant de traitement, 8 à 20% des fumeurs poursuivent leur consommation (46,47). Il existe 2 types de cancer du poumon : le cancer non à petites cellules, qui représente 90% des cancers du poumon dans la population générale, et le cancer pulmonaire à petites cellules, qui est retrouvé de façon très importante chez le fumeur, et qui est le cancer pulmonaire le plus agressif, car il métastase beaucoup, en plus d'être diagnostiqué tardivement (39). Il est plus fréquent chez les fumeurs de cigarettes « légères » (les femmes la plupart du temps) car l'inhalation de fumée est plus profonde, et parvient jusqu'aux petites alvéoles pulmonaires.

2-2-1-3- Le cancer des voies aérodigestives

Le risque de cancer des voies aérodigestives supérieures est multiplié par 6 ou 10. Les particules irritantes retrouvées dans la fumée de cigarette sont en contact avec les muqueuses du larynx. Les fumeurs sont donc plus sujets aux laryngites, mais aussi au cancer du larynx et du pharynx. Fumer la pipe et le cigare, bien que la fumée ne soit pas inhalée ne diminue pas le risque de cancer : il le déplace seulement au niveau de la sphère buccale. C'est pourquoi on constate une augmentation chez ces fumeurs du nombre de cancer des lèvres et de la langue. Les fumeurs ont également 5 fois plus de risque d'avoir un cancer de la bouche, et s'ils sont en plus exposés à l'alcool, ce risque est multiplié par 15. Pour finir sur la sphère aérodigestive, fumer multiplie par 10 le risque d'avoir un cancer de l'œsophage (47,48).

2-2-1-4- Autres cancers

Les molécules cancérigènes transportées par le sang sont filtrées par les reins et stockées par la suite au niveau vésical. Près de la moitié des cancers de la vessie sont donc liés au tabac, et un fumeur présente 5,5 fois plus de risque d'avoir ce type de cancer dans sa vie. Les cancers rénaux sont également plus fréquents(39,47)

Les fumeurs sont aussi plus exposés au risque de cancer du pancréas (risque multiplié par 2 ou 3) et le tabac entraîne 25% des décès liés à cette maladie.

2-2-1-5- Mécanismes en cause dans la cancérogenèse

Il est difficile d'isoler spécifiquement les molécules et leurs mécanismes aboutissant à la genèse de chaque type de cancer dans l'organisme, mais la combustion et les goudrons semblent jouer un rôle prépondérant. La fumée de cigarette contient 69 produits classés cancérigènes : les hydrocarbures aromatiques polycycliques (benzopyrène...) les nitrosamines, les amines aromatiques, les carcinogènes volatils (dérivés aldéhydes) et les métaux lourds (cadmium chrome arsenic plomb nickel). Ces molécules créent des altérations au niveau de l'ADN cellulaire et des mutations engendrant une prolifération cellulaire anarchique. (48) (46) Aujourd'hui, il existe des preuves que les tissus des fumeurs (poumons et autres) comportent beaucoup plus d'adduits d'ADN que les tissus de non-fumeurs. Aussi, certains composants du tabac se lieraient directement sur les récepteurs cellulaires et activeraient les voies de signalisation impliquées dans la cancérogenèse (46,47). Enfin, les composés du tabac diminueraient l'action des lymphocytes NK en les inactivant. Or les lymphocytes NK jouent un rôle primordial dans la réponse antitumorale : lorsqu'une cellule du soi devient anormale, ils ont pour mission de la détruire (38).

2-2-1-6- Tabac et traitement anticancéreux

Arrêter le tabac durant la prise en charge de la maladie est primordial. D'une part pour éliminer le facteur de risque principal de cancer, mais aussi parce que la poursuite du tabagisme durant le traitement diminue l'efficacité et la tolérance aux traitements. Il est prouvé qu'il augmente les complications péri et post opératoires, qu'il augmente le risque de cancer secondaire à la radiothérapie, et qu'il diminue la tolérance à la chimiothérapie ainsi que son efficacité pour certaines molécules. De ce fait, l'arrêt du tabac pendant le traitement permet d'améliorer la survie du malade (que ce cancer soit ou non lié au tabac !). (47,49)

2-2-2- Maladies cardiovasculaires

2-2-2-1- Généralité

Le tabac déclenche un nombre important de maladies cardiovasculaires. Ces pathologies étaient responsables de 22,1% des décès attribuables au tabac en France en 2015. Un décès sur 10 inhérent à une maladie cardiovasculaire est causé par le tabagisme. Plusieurs études ont démontré que le risque cardiovasculaire était élevé chez tous les fumeurs, quelle que soit leur consommation : même si l'exposition au tabac est faible, les effets cardiovasculaires sont déjà présents (50). Statistiques à l'appui, les maladies cardiovasculaires sont plus fréquentes chez les fumeurs que chez les non-fumeurs :

- Un fumeur a 3 fois plus de risque de faire un IDM (Infarctus du myocarde) qu'une personne non fumeuse. 80% des IDM chez les moins de 45ans sans cause apparente seraient liés au tabac. Il augmente aussi le risque d'angor spastique.
- 90% des AOMI (Artériopathie oblitérante des membres inférieurs) surviennent chez les fumeurs
- Certaines maladies comme la maladie de Buerger (ou thromboangéite oblitérante) ne touchent que les fumeurs.
- Le tabac serait responsable de 18,9% des AVC (accident vasculaire cérébral), et serait retrouvé à 55% dans les AVC isolés, sans cause apparente. Le risque d'AVC est multiplié par 2 si le patient est fumeur (38,51).

2-2-2-2- Mécanisme

Le risque principal d'un fumeur est le risque athéromateux. Le tabac amplifie la formation des plaques d'athérome et leurs conséquences par un dysfonctionnement vasomoteur, une inflammation, des anomalies au niveau des lipoprotéines, et par une augmentation du risque de thrombus. Les plaques d'athérome sont aussi plus instables chez les fumeurs.

Dysfonctionnement vasomoteur

La nicotine entraîne une tachycardie, et augmente le débit et la fréquence cardiaque, entraînant une hypertension. Elle est à l'origine de turbulences dans le sang, donnant lieu à des lésions endothéliales au niveau des ramifications des vaisseaux sanguins. Ces lésions sont à risques d'athérosclérose. (48)

L'exposition à la fumée de cigarette provoque une diminution de l'expression et de l'activité de la NO synthase et donc une baisse de la production de NO. En dehors de sa fonction vasodilatatrice, le monoxyde d'azote présente des fonctions dans la régulation de l'inflammation, l'arrivée des leucocytes, l'adhésion, l'activation des plaquettes et la thrombose. Il a donc un rôle primaire et secondaire sur la production et sur l'évolution de l'athérosclérose, ainsi que sur les événements thrombotiques. (52)

L'hypertension et la tachycardie augmentent les besoins en oxygène du cœur. En plus, on observe une hypoxie permanente (liée à l'augmentation de la carboxyhémoglobine). Le cœur du fumeur est également plus sujet au spasme coronarien car la nicotine a un effet sympathomimétique, et diminue la libération de

prostacyclines vasodilatatrice. Le risque d'ischémie et d'hypoxie cardiaque est donc augmenté. Associé au risque athéromateux au niveau des coronaires, ces mécanismes augmentent de façon significative le risque d'angor ou d'IDM.(48)

Inflammation

A cause de l'inflammation chronique, l'adhérence cellulaire des monocytes aux cellules endothéliales serait plus importante chez le fumeur, non seulement parce que le nombre de récepteurs cellulaires endothéliales aux monocytes est plus important (augmentation du nombre de VCAM (Vascular cell adhesion molecule) ICAM (Intercellular adhesion molecule) et de E-selectine), mais aussi car le nombre de monocytes circulants est accru (taux de leucocytes sanguins augmenté de l'ordre de 20% chez le fumeur). La pénétration des monocytes dans les vaisseaux est une étape de formation de la plaque d'athérome (52).

Anomalie lipidique

La nicotine entraîne une augmentation des AG libres : TG (triglycérides) et VLDL (very low density lipoprotein) sont augmentés, et les HDL (High density lipoprotein) sont diminués. Les LDL (low density lipoprotein) (mauvais cholestérol) sont également retrouvés de façon plus importante chez le fumeur que chez le non-fumeur (48). La diminution du rapport HDL/LDL chez le fumeur aggrave le risque de formation de plaque d'athérome.

En plus des modifications quantitatives, il a été noté que les LDL étaient davantage présents sous forme oxydés (l'oxydation des LDL est une étape dans la formation de plaque d'athérome) (52).

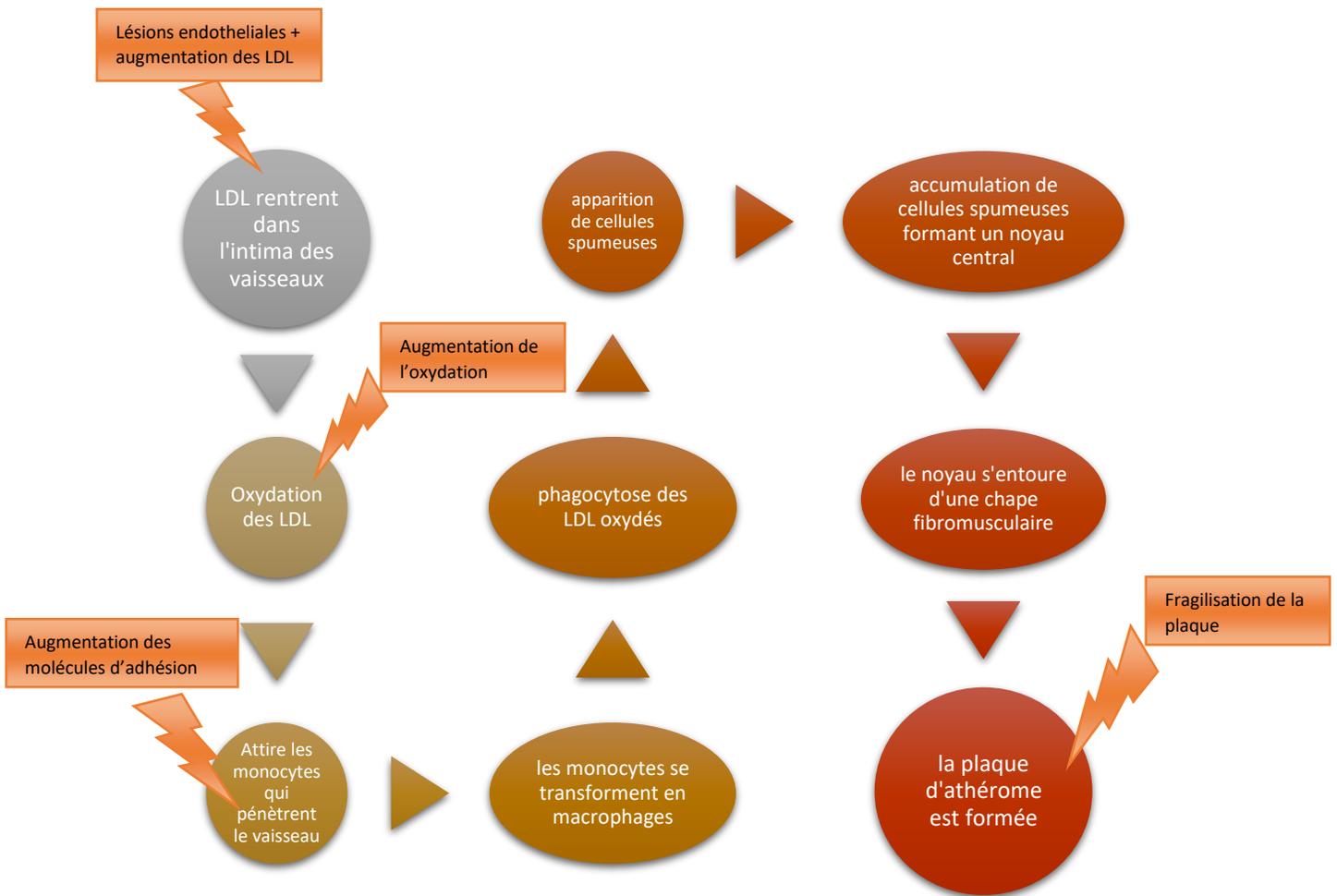


Figure 11: Résumé de l'impact du tabagisme sur la formation des plaques d'athérome (48,52,53)

Thrombose

La nicotine stimule l'agrégation plaquettaire par 2 processus : d'une part elle stimule la sécrétion d'adrénaline, qui active l'agrégation, et d'autre part elle inhibe les prostacyclines, ayant un effet antiagrégant sur les plaquettes. Elle accentue l'adhérence des plaquettes sur les vaisseaux par une diminution de leur sensibilité au monoxyde d'azote. De plus, le fibrinogène plasmatique est présent en plus grande quantité dans le sang des fumeurs. Ajouté à cela, les lésions endothéliales sont plus fréquentes chez les fumeurs, donc le risque de formation de thrombus est plus fort. (48)

La viscosité sanguine est aussi augmentée par un nombre accru d'éléments figurés du sang chez le fumeur. Le processus pro-thrombotique est de ce fait renforcé via une élévation des globules rouges, de l'hématocrite, de la viscosité sanguine et du processus inflammatoire en cours. (52)

2-2-3- Les maladies respiratoires

Le tabac est un facteur de risque d'apparition et d'aggravation de problèmes respiratoires (54). Un fumeur inhale des composés toxiques endommageant et fragilisant ses voies respiratoires. En France, les maladies respiratoires représentaient à peu près 16% des décès attribuables au tabac en 2015 (44).

2-2-3-1- Les maladies bronchiques obstructives

Elles regroupent plusieurs pathologies dont la BPCO et l'asthme. Les deux maladies sont caractérisées par une diminution du VEMS, l'une irréversible, et l'autre réversible. Plusieurs études ont prouvé que la VEMS des fumeurs diminuait plus rapidement que celle des non-fumeurs (41,55).

2-2-3-1-2- BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive)

Généralité

La BPCO est un ensemble de problèmes respiratoires d'apparition tardive (après 50 ans) graves et irréversibles. Les plus fréquents sont la bronchite chronique et l'emphysème. Les principales caractéristiques de la BPCO sont l'essoufflement, avec une moindre résistance à l'effort, et la toux productive. Ces bronchopneumopathies apparaissent en général chez 1 fumeur sur 5, et 90% des BPCO seraient imputables au tabagisme actif ou passé.

L'évolution de la maladie est lente, les traitements ne peuvent que ralentir la maladie et le diagnostic est souvent tardif. Il se fait par spirométrie de pointe (lorsque le rapport VEMS (volume expiratoire maximal par seconde)/CV(capacité vitale)est inférieur à 70% même après l'administration de bronchodilatateurs). L'expiration, qui est normalement un mouvement passif, devient compliquée (soit par un rétrécissement de la lumière bronchique lié au mucus et à l'inflammation chez le patient atteint de bronchite chronique, soit par un affaissement des bronches chez les patient atteint d'emphysème) (54,56).

Mécanismes en jeu

L'exposition à la fumée de cigarette entraîne une réaction inflammatoire et immunitaire permanente et non contrôlée. La BPCO peut évoluer selon 2 axes, qui peuvent coexister :

- La bronchite chronique simple du fumeur entraîne des bronchospasmes inflammatoires si le tabac est poursuivi par la personne. Dans la moitié des cas, ces bronchospasmes évoluent en bronchite chronique obstructive, pouvant aboutir à une destruction des lobules péri bronchiques, voir un emphysème centro-lobulaire touchant les poumons supérieurs.
- Un emphysème pan lobulaire, avec destruction totale de l'acini peut survenir d'emblée, si le terrain génétique est défavorable (48).

Les travaux de Yoshida et al. ont également démontré que l'exposition à la fumée du tabac pouvait activer le gène Rtp801, impliqué dans le développement des emphysèmes. De plus, les souris ne possédant pas ce gène étaient naturellement protégées de l'emphysème induit par la fumée de cigarette, tandis que celles à qui on avait intégré ce gène humain le développaient (57).

2-2-3-1-3- Asthme

Les poumons des fumeurs sont plus perméables aux allergènes, et les systèmes d'épuration pulmonaire sont moins fonctionnels, entraînant une stase des allergènes. De plus, le taux d'interleukine (lié à l'inflammation) est plus important chez les fumeurs, ce qui augmente la quantité d'IgE, impliqué dans la réaction asthmatique allergique (48). Le tabac provoque donc une diminution du contrôle de l'asthme par une augmentation de la réactivité bronchique. Les crises sont plus fréquentes chez les fumeurs, qui ont statiquement davantage recours au traitement de secours et qui vont plus aux urgences à la suite d'états de mal asthmatiques. De plus, les fumeurs répondent moins bien aux traitements de fond de l'asthme par les corticoïdes du fait des modifications du caractère inflammatoire de leurs voies respiratoires.

Chez l'enfant, l'exposition au tabagisme passif détériore les symptômes de leur asthme ainsi que son évolution dans le temps. Il existe une corrélation entre l'intensité de l'exposition et le nombre de crise d'asthme (54,58).

2-2-3-2- Les infections

Généralité

La fumée de cigarette augmente l'incidence, les symptômes, ainsi que la durée des infections virales. Par exemple, le « rhume » est 2 fois plus fréquent chez les fumeurs et la mortalité est augmentée lorsque les patients sont atteints du virus de la grippe.

Concernant les infections bactériennes : le tabagisme multiplie par 3 le risque de pneumopathie communautaire pour une consommation de 20 cigarettes par jours. La majoration du risque est vérifiable pour les principales bactéries responsables des pneumopathies communautaires : les infections à pneumocoques sont 4 fois plus fréquentes chez les fumeurs et le risque de présenter une légionellose est accru. De plus le tabac semble être responsable d'une plus grande part d'admission en unité de soin intensif (pour les pneumopathies communautaires). La tuberculose est également davantage retrouvée chez les fumeurs que chez les non-fumeurs (54).

Mécanisme

La fumée de cigarette diminue le nombre de cellules ciliées ainsi que leur clairance. Les germes responsables d'infection stagnent dans l'arbre respiratoire, ce qui majore le risque d'infection.

On observe aussi une altération de la contractibilité des sphincters de l'œsophage et une majoration du risque de reflux gastro œsophagien. Le réflexe pharyngé de déglutition est aussi altéré. Il en découle une irritation bronchique ainsi qu'une déglutition de germes oraux pharyngées.

L'adhérence des germes aux voies aériennes est augmentée chez le fumeur. Le tabagisme favorise l'adhérence des pneumocoques au niveau du pharynx, et chez le rat exposé 3 jours à la fumée de cigarette, auquel on avait instillé 6 espèces bactériennes, la colonisation était supérieure à celle des rats non exposés à la fumée de cigarette.

En immunologie, on a remarqué que le risque infectieux était renforcé par plusieurs mécanismes :

- Une modification du profil et de la réponse inflammatoire. Cette modification est surtout liée à la dysfonction des macrophages alvéolaires. Ils sécrètent moins de cytokines pro-inflammatoires. Pour l'IL-6, cette altération est le fruit d'une baisse de sa libération par les macrophages et d'une co-sécrétion d'un inhibiteur. Fumer diminue aussi la sécrétion de TNF alpha (Tumor necrosis factor alpha) par les macrophages alvéolaires. De façon non exhaustive, on remarque alors une baisse de la synthèse des molécules de la phase aiguë de l'inflammation par les hépatocytes (par diminution de l'IL1 l'IL6 et du TNFalpha), de l'activation des lymphocytes T (par diminution de l'IL12), de la diapédèse (par diminution du TNF alpha), des prostaglandines à l'origine de la fièvre (par diminution de l'IL1) ...
- Une dysfonction des lymphocytes NK (natural killer) dans le sang périphérique. Or, les lymphocytes NK permettent de détruire les cellules du corps devenant pathologiques (ici les cellules infectées).
- Une diminution du nombre de cellules dendritiques dans les poumons. Pour rappel, ces cellules font le pont entre la composante innée et adaptative de la réponse immunitaire. Ce sont les seules cellules à pouvoir stimuler les LT (lymphocyte T) naïfs.(59)

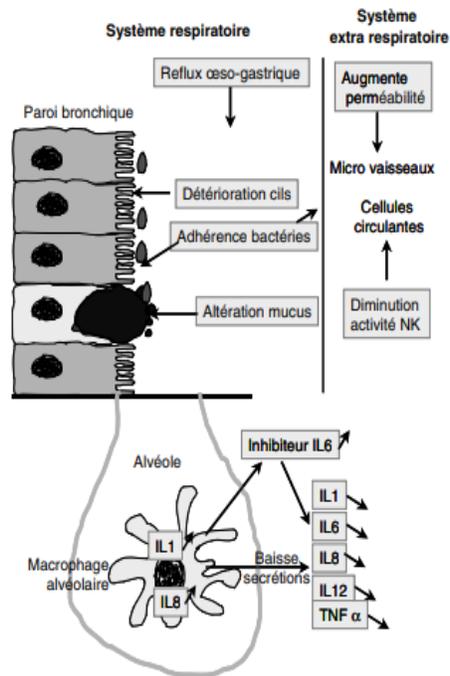


Figure 12: Principaux effets de la fumée du tabac sur les systèmes de défense de l'organisme contre les bactéries. Source : Revue des Maladies Respiratoires 2004 (59)

Autres

Le tabagisme augmenterait l'incidence et la sévérité des pneumopathies infiltrantes comme l'histiocytose langerhansienne, la bronchiolite respiratoire associée ou non à une pneumopathie interstitielle, la pneumopathie interstitielle desquamative, la fibrose pulmonaire idiopathique, la pneumopathie interstitielle associée à une polyarthrite rhumatoïde... (54)

2-2-4- Pathologies digestives

Les risque d'ulcère gastrique chez le fumeur est supérieur à la population non fumeuse pour 2 raisons :

- Par une diminution des prostaglandines gastriques cytoprotectrices : l'estomac est moins bien protégé des agressions. Il existe de ce fait une augmentation des récives d'ulcère chez les fumeurs, et un ralentissement de la cicatrisation de la paroi gastrique.
- Par une diminution du suc pancréatique et du bicarbonate : l'acidité est plus importante et prolongée.

Le risque de pancréatite aigüe est aussi augmentée, lié à une diminution des enzymes pancréatiques via une accumulation de calcium dans les cellules acineuses.(48)

Au niveau intestinal, le tabac est un facteur de risque pour la maladie de Crohn mais un facteur protecteur dans la rectocolite hémorragique (60). Aussi, il entraîne un risque supplémentaire de lésion précancéreuse comme les polypes hyperplasiques adénomateux.

Le tabac majore le risque de cirrhose alcoolique, de fibrose hépatique lors de cirrhose biliaire primitive ou d'hépatite C chronique (61).

2-2-5- Pathologies bucco-dentaires

Des désagréments liés au tabac, comme l'anosmie, l'agueusie, l'halitose et le jaunissement des dents apparaissent rapidement chez le fumeur débutant. La fumée de cigarette entraîne également une augmentation du pH salivaire et d'une diminution de la salive. C'est pourquoi une consommation prolongée de tabac chez le jeune peut provoquer des gingivites. Chez le fumeur confirmé, on observe des stomatites, surtout pour les fumeurs de pipes ou de cigares.

Les parodontites sont aussi 3 fois plus fréquentes chez le fumeur. La parodontite inclue donc une inflammation du desmodonte qui, combinée à une récession gingivale et à une alvéolyse (aussi la conséquence du tabagisme), aboutit à terme à un déchaussement et à une perte des dents.

Dans tous les cas, les lésions buccodentaires ont plus de mal à cicatriser chez les fumeurs à cause de la vasoconstriction périphérique des petits vaisseaux de la bouche.(48)

Concernant la muqueuse buccale, elle peut être touchée selon plusieurs critères de gravité :

- Bénin : mélanose du fumeur et palais tabagique. La mélanose touche jusqu'à 31% des fumeurs, et correspond à des zones irrégulières et diffuses d'hyperpigmentation brunâtre de la muqueuse buccale, surtout au niveau des incisives inférieures. Le palais du fumeur désigne des lésions hyperkératosiques avec ponctuations rouges se développant au niveau du palais dur et du palais mou.
- Grave : leucoplasie orale (lésion précancéreuse) ou carcinome épidermoïde de la cavité buccale. Un fumeur a 6 fois plus de risque de développer une leucoplasie orale qu'un non-fumeur.(62)

2-2-6- Pathologies ostéo-musculaires

Le tabagisme est un facteur de risque d'ostéoporose par diminution du calcium osseux. Chez les femmes, cette diminution du calcium, et donc de la DMO (densité minérale osseuse), est souvent lié à l'hypo-oestrogénisme engendré par la fumée de cigarette. Cependant, cette diminution a été observée aussi chez les hommes. Plusieurs études ont prouvé que le risque de fracture vertébrale chez les fumeurs était augmenté chez les hommes et que les fractures de la hanche étaient augmentées chez les femmes.

Le tabagisme est un facteur de risque et d'aggravation de la PAR (Polyarthrite rhumatoïde) par augmentation du facteur rhumatoïde chez les sujets séropositifs. Il est aussi un facteur d'aggravation des douleurs dorsales et entraîne des modifications délétères au niveau des muscles squelettiques et des tendons.(48,63)

2-2-7- Pathologies dermatologiques

Le tabac est un facteur d'entretien et d'aggravation de nombreuses dermatoses chroniques. Pour citer quelques exemples, il augmente l'incidence et la gravité de la pustulose palmoplantaire, est retrouvé avec une relation dose effet dans le psoriasis, jouerait aussi un rôle dans l'acné, la maladie de Verneuil, et augmenterait l'incidence des manifestations cutanées du lupus... Il est également impliqué dans de nombreux problèmes cutanés découlant de problème circulatoire (Ulcère de la peau et aggravation du syndrome de Raynaud). En plus d'aggraver les pathologies cutanées, il en diminue la cicatrisation via l'hypoxie des tissus de la peau qu'il engendre, mais aussi via la nicotine qui entraîne une hypertrophie des cicatrices.

La fumée de cigarette peut également entraîner une élastose tabagique (accumulation dermique d'un tissu élastique dysmorphique) par majoration de l'activité de l'élastase sérique, dégradant de façon plus

importante les tissus élastiques du derme moyen et profond (38). Elle accélère aussi le vieillissement cutané : l'ischémie de la peau ainsi que la vasoconstriction des vaisseaux périphériques entraîne à terme une dystrophie des tissus élastiques, une diminution de la synthèse de collagène, et une accumulation de protéoglycanes. L'effet est renforcé chez les femmes par la ménopause précoce liée au tabac.

Enfin, au niveau des phanères, une xanthonychie et une xanthochromie unguéale sont le reflet du tabagisme du fumeur, et une alopecie peut également survenir (64).

2-2-8- Complication post opératoires

Le risque post-opératoire est plus élevé chez les fumeurs que chez les non-fumeurs. A la fois parce que les fumeurs présentent en général davantage de comorbidités, mais aussi parce que leur capacité de cicatrisation est impactée par le tabac. L'hypoxie tissulaire, cumulée à l'augmentation du risque infectieux et à une diminution de la synthèse de collagène provoque une baisse des facultés de cicatrisation (65). Il est recommandé d'arrêter de fumer avant une intervention chirurgicale et de s'adresser aux consultations de sevrage tabac si nécessaire.

2-2-9- Dépression

La relation entre dépression et tabac est bilatérale : 70% des patients dépressifs fument et il y a 2 fois plus de syndromes dépressifs chez les fumeurs que chez les non-fumeurs. Une méta-analyse de 2016 regroupant 60 études a prouvé qu'un lien existait entre le risque suicidaire, les suicides aboutis, et le tabac (Le risque était augmenté) (66).

2-2-10- Autres pathologies attribuables au tabagisme

Le tabac est un facteur de risque de développer la maladie de Basedow, une sténoses des artères rénales, une néphropathie chronique au cours du diabète, une DMLA (notamment sa forme grave), et de développer un diabète de type 2 (63,67,68).

2-2-11- Effet du tabac sur la fertilité

2-2-11-1- Chez les hommes

Les hommes qui fument souffrent davantage d'impuissance d'origine vasculaire que les non-fumeurs. Ces problèmes érectiles sont corrélés à l'intensité de la consommation tabagique. Les composants de la fumée de cigarettes provoquent des altérations des micro-vaisseaux, altérant la turgescence. C'est la tranche 30-40 ans qui est le plus impactée par ces problèmes érectiles, mais peu d'entre eux savent que le tabac peut en être une cause. (48,69)

L'hypofertilité du fumeur est aussi liée à l'altération des spermatozoïdes, puisque les substances toxiques de la fumée de cigarette passent la barrière hémato testiculaire et perturbent les paramètres spermiologiques mais aussi la qualité nucléaire des spermatozoïdes. Généralement, les études se rejoignent pour dire que le nombre de spermatozoïdes est légèrement diminué chez le fumeur. Les toxiques cancérigènes et mutagènes perturbent surtout la qualité des spermatozoïdes. Leur vitalité et leur mobilité sont abaissées par rapport à un non-fumeur. Leur morphologie est aussi impactée par le tabagisme, avec un nombre anormalement élevé de spermatozoïdes microcéphales. Enfin, les substances toxiques du tabac causent une fragmentation de l'ADN des spermatozoïdes. Ces altérations sont transmissibles à l'embryon. In utéro, les conséquences vont de la mauvaise implantation à la fausse couche, jusqu'à engendrer des conséquences à plus long terme chez l'enfant (risque accru de leucémies ou de lymphomes chez l'enfant à naître (70) (71)

2-2-11-2- Chez les femmes

Le tabagisme est responsable d'une diminution de la fertilité, corrélée au nombre de cigarettes fumées. Il existe un retard à la conception d'environ 6 mois chez les femmes fumeuses par rapport aux non fumeuses, un risque d'infertilité, et un mauvais pronostic lors des FIVs (fécondation in vitro) (70,72).

Impact du tabagisme sur les ovaires et ovocytes

La fumée de cigarette avance l'âge de la ménopause chez la femme. La réserve ovarienne est plus basse chez les fumeuses que chez les non-fumeuses. Chez les animaux exposés à la fumée de cigarette, la quantité de follicules primordiaux est diminuée. Les toxiques responsables de cette déperdition folliculaire semblent être les hydrocarbures aromatiques polycycliques (BAP). Les BAP seraient aussi responsables de modifications morphologiques délétères sur les ovocytes (baisse du volume et du poids des ovocytes expérimentalement obtenu chez la souris) (72). En FIV, les scientifiques ont constaté une augmentation du nombre d'ovocytes immatures ou aneuploïdes chez les fumeuses, ainsi qu'une augmentation du nombre d'ovocytes morts (73). Le tabagisme inhibe également la formation des granules corticaux (présents dans le cytoplasme de l'ovocyte afin lutter contre la polyspermie) (48).

Cette altération ovarienne peut avoir lieu in utero, sous l'effet du tabagisme maternel, par effet toxique vasculaire et mutagène de la fumée de cigarette. Le stock folliculaire, élaboré durant la phase embryonnaire, est altéré par le tabagisme de la mère. Les enfants nés d'une mère fumeuse ont bien souvent un stock folliculaire plus faible et des follicules de moins bonne « qualité » que les fillettes nées d'une mère non-fumeuse.(48)

Impact sur la synthèse d'hormones stéroïdes

Cliniquement, on observe une tendance à la diminution des œstrogènes et de la progestérone, et une augmentation des androgènes chez la femme. Expérimentalement les scientifiques ont constaté une baisse la production d'œstradiol et de progestérone chez les animaux exposés aux métabolites de la fumée de cigarette ou à la fumée de cigarette elle-même. (72)

Impact du tabagisme sur le transport tubaire

Il a été observé chez les fumeuses une diminution de la captation tubaire, des battements ciliaires et des contractions musculaires au niveau des trompes. Il en résulte une baisse des chances de fécondation, et un risque de grossesse extra utérine supérieur à la population non-fumeuse (72).

Impact du tabagisme sur l'implantation de l'embryon

Une altération de l'implantation embryonnaire due au tabagisme est supposée au regard des taux d'implantation embryonnaire plus faible chez les patientes fumeuses en FIV que chez les femmes non fumeuses (sûrement lié à des difficultés d'éclosion de l'embryon et à un asynchronisme entre son arrivée au niveau de l'endomètre et sa maturation) (72,73).

2-2-12- Effet du tabac pendant la grossesse

2-2-12-1- Impact du tabagisme sur les embryo-fœtopathies

Le tabagisme durant la grossesse est responsable de malformations congénitales. Le risque de canal artériel persistant et de communication interauriculaire est supérieur à la population non fumeuse. Il existe aussi une augmentation du risque de malformation du système nerveux central, d'anomalies morphologiques des membres, et de fente labiale ou palatine chez le nouveau-né... Au total, 5% des anomalies congénitales pourraient être dues au tabagisme maternel durant le premier semestre (48,71).

2-2-12-2- Impact du tabagisme sur le déroulement de la grossesse

Le tabagisme maternel entraîne durant la grossesse une augmentation du risque de mortalité fœtale par rapport à la population non fumeuse. Même à faible dose, le tabac majore le risque de fausse couche. Le risque de fausse couche précoce (avant 14SA) est d'autant plus fort que la consommation de cigarette est intense.

D'autres risques sont augmentés : prééclampsie, hématome rétro-placentaire, placenta prævia, prématurité (l'interdiction de fumer dans les lieux publics est d'ailleurs corrélée à une baisse des naissances prématurées dans la population générale) ... Les accouchements par césarienne sont également plus fréquents que dans la population non-fumeuse (38,48,71,74).

2-2-12-3- Impact du tabagisme sur la croissance in utéro

Les retards de croissance intra utérin sont 2,5 fois plus fréquents chez les fumeuses, à cause d'une hypoxie tissulaire chronique, à la fois liée à la vasoconstriction des vaisseaux, mais aussi au plus faible taux d'oxyhémoglobine dans le sang de la mère. De plus, l'effet anorexigène de la nicotine accentuerait ce retard de croissance par insuffisance d'apport alimentaire.(48,71)

2-2-13- Effet du tabac après la naissance

Une exposition pendant la grossesse aux métabolites de la fumée de cigarette entraîne une augmentation de l'asthme chez l'enfant en devenir. Expérimentalement, il existe aussi une augmentation de l'agressivité et d'hyperactivité et une plus grande sensibilité aux addictions. Les enfants nés d'une mère fumeuse ont également plus de risque de développer une obésité et un diabète de type 2 dans leur vie (48). Enfin, les morts subites du nourrisson sont 2 à 3 fois plus fréquentes en cas d'exposition tabagique in utéro que dans le reste de la population (75).

La liste de ces effets néfastes du tabagisme sur la santé devrait motiver plus d'un fumeur à cesser sa consommation. Pourtant, la connaissance des risques n'est pas forcément la clef de la réussite du sevrage tabagique. Fumer est une addiction, de mécanique complexe, qu'il est parfois difficile à enrayer.

3- La dépendance

Selon A.Goodman « l'addiction est un comportement répété et incontrôlable qui est poursuivi dans le but de rechercher un plaisir ou d'obtenir un soulagement avec poursuite de ce comportement malgré l'existence ou la connaissance de l'existence de conséquences négatives ».(66)

Selon l'OMS, l'addiction ou dépendance, est définie 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 » (76)

Pour diagnostiquer une dépendance, il est possible de se référer à 2 classifications : la CIM 10 (Classification internationale des maladies de l'oms) (ANNEXE 2) et le DMS 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)(ANNEXE 3).

La dépendance se manifeste de trois façons :

- La dépendance physique, découlant de l'action du produit sur l'organisme. Lorsque le produit est absent, l'organisme subit plusieurs perturbations entraînant un syndrome de sevrage. De plus, au fur à mesure de la consommation, on observe un phénomène de tolérance et d'accoutumance qui provoque en général une augmentation des doses.
- La dépendance psychique, liée aux effets psychologiques de la substance sur l'organisme.
- La dépendance comportementale, liée à l'acquisition d'habitudes de vie, et de conditionnement autour de la substance. Il existe un jumelage entre l'action pharmacologique de la nicotine et les habitudes sociales, consolidant l'addiction.

Plusieurs typologies de fumeurs ont été identifiées. Les personnes fumant moins de 5 cigarettes par jours présentent en général seulement une dépendance comportementale, ceux fumant entre 5 et 20 cigarettes par jours présentent une dépendance comportementale et psychique, et ce n'est qu'à partir de 20 cigarettes par jours que la dépendance physique apparaît.(76)

3-1- La dépendance physique

3-1-1- Pharmacocinétique de la nicotine

Le temps de demi-vie de la nicotine dans l'organisme est de 2 heures en moyenne. A partir de la première cigarette de la journée et au fur à mesure des cigarettes fumées, la nicotémie augmente régulièrement dans le corps pendant 6 à 8 heures, pour atteindre un plateau en fin de journée. Elle diminue ensuite durant la nuit. Pour maintenir une nicotémie constante, il est nécessaire de fumer régulièrement au cours de la journée.

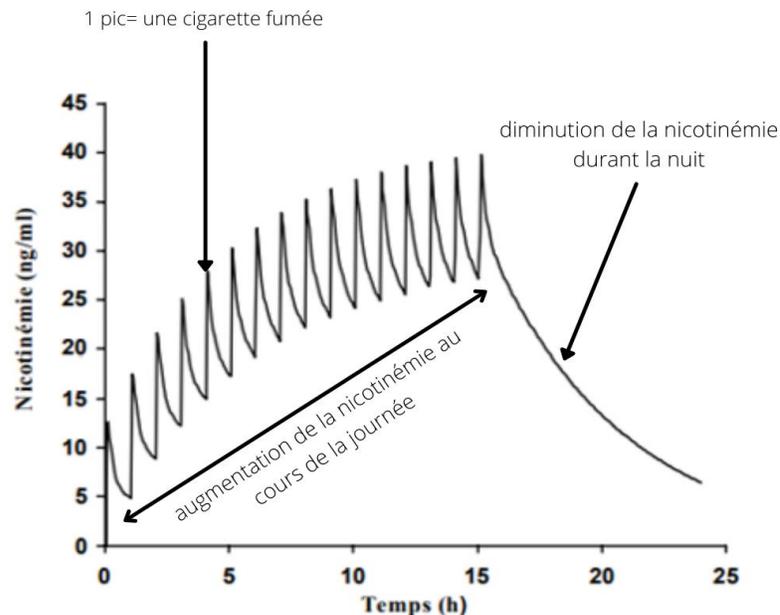


Figure 13: simulation de la nicotémie d'un fumeur au cours de la journée basée sur les données pharmacocinétiques moyennes (une cigarette par heure pendant 16 heures). Source : institut national de la santé et de la recherche médicale (77)

3-1-2- Les récepteurs nicotiques

La nicotine se lie aux récepteurs RnAch à l'acétylcholine. Ubiquitaires dans l'organisme, ils sont retrouvés au niveau des jonctions neuromusculaires (d'où les possibles troubles gastrointestinaux et musculaires),

au niveau des médullosurrénales et des ganglions sympathiques (à l'origine de l'action cathécholaminergique), et au niveau central (où la nicotine agit comme un faux neurotransmetteur et stimule la libération d'autres neuromédiateurs) (76). On retrouve ainsi une grande densité de récepteurs nicotiques au niveau de l'area postrema (ce qui explique les nausées engendrées par la nicotine) et au niveau du mésencéphale, qui joue un rôle dans le renforcement des drogues à accoutumance.(48)

Les récepteurs nicotiques sont des récepteurs canaux qui peuvent être sous 3 états : basal (repos), actif (ouvert), ou désensibilisé. Lorsque le canal s'ouvre, le sodium entre dans la cellule, provoquant une dépolarisation. Ils sont également perméables au calcium, ce qui facilite la libération de neurotransmetteurs (noradrénaline dopamine sérotonine gaba (Acide gamma-aminobutyrique) et glutamate) par l'intermédiaire des récepteurs présynaptiques situés sur les terminaisons nerveuses (77,78).

Dans les conditions physiologiques normales, la liaison de l'acétylcholine permet l'ouverture du canal sodique. Après une phase de désensibilisation, ce dernier est soit renouvelé, soit repasse à un état de repos. Lorsque la personne fume régulièrement, la nicotine prend la place de l'acétylcholine et stimule excessivement le récepteur nicotinique. Il est alors inactivé à long terme et le renouvellement est impossible. Après une période d'abstinence (en général la nuit), les récepteurs nicotiques retrouvent leur sensibilité. Ce qui explique pourquoi la première cigarette de la journée a plus d'effet que les autres. Puis les récepteurs se désensibilisent rapidement dans la journée, la tolérance se développe, et ainsi de suite... (79)

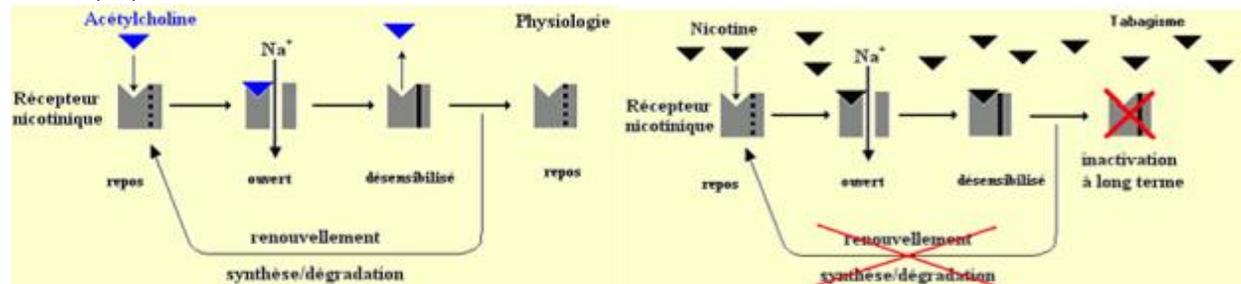


Figure 14: schéma du fonctionnement des récepteurs nicotinique avec ou sans tabagisme régulier (79)

Outre la tolérance aigüe, il existe aussi une tolérance chronique : fumer régulièrement diminue les effets de la cigarette (par exemple les vertiges entraînés par la première cigarette ou par une reprise de la consommation après une période d'abstinence ne sont plus présents chez les fumeurs quotidiens).

Pour finir, il existerait une up régulation des récepteurs nicotiques chez les fumeurs, qui pourrait être le résultat de cette désensibilisation. Autrement dit, pour compenser la baisse d'activité des récepteurs nicotinique, leur nombre augmente. (78)

3-1-3- Action de la nicotine sur les neuromédiateurs

3-1-3-1- Système dopaminergique

Les dernières données scientifiques ont montré que la nicotine augmente la libération de dopamine et entraîne une hypersensibilité des récepteurs dopaminergiques post synaptiques dans le noyau accumbens. Avec le septum, l'amygdale et le cortex préfrontal, le noyau accumbens forme le « circuit de la récompense ». Ces structures reçoivent des projections dopaminergiques provenant de l'aire tegmentale ventrale (ATV), située dans le mésencéphale. Expérimentalement, des fortes doses de nicotine provoquent une augmentation de la libération de dopamine dans l'ATV. En résumé, la nicotine active le circuit de la récompense. (48) Comment fonctionne-t-il ?

Normalement, les récompenses naturelles comme la nourriture, la boisson ou la sexualité entraînent une activation des neurones dopaminergiques. Au fil du temps et de l'apprentissage, les neurones dopaminergiques ne sont plus activés par la nicotine (la récompense) mais par les signaux annonçant son arrivée (une pause dans le travail, un café...). Les signaux annonçant l'arrivée d'une récompense sont propres à chacun, et permettent à la personne d'anticiper un plaisir et de s'adapter pour l'obtenir. Une frustration apparaît quand le signal n'est pas suivi de la récompense. (77)

« La prise de nicotine, en activant les systèmes dopaminergiques de façon intense, conduit l'individu à mémoriser des événements qui n'ont pas de réalité physiologique mais qui, parce qu'ils sont associés à la prise du produit, l'en rendent dépendant » (77)

3-1-3-2- Système noradrénergique

La nicotine entraîne une augmentation de la libération de noradrénaline au niveau du locus coeruleus. Ce dernier envoie des projections noradrénergiques à l'ensemble de l'axe cérébral antérieur, qui joue un rôle dans les phénomènes d'éveil et de vigilance. De plus, le locus coeruleus semble être la première cible des antidépresseurs tricycliques. Enfin les neurones noradrénergiques seraient rattachés aux neurones dopaminergiques et auraient un rôle permissif dans l'action motrice, psychostimulante, et renforçante des drogues (donc de la nicotine).(77)

3-1-3-3- Système sérotoninergique

La libération de sérotonine serait augmentée par la nicotine. La sérotonine jouerait un rôle dans le processus de dépendance induit par la nicotine mais les mécanismes ne sont pas totalement élucidés (77).

3-1-3-4- Système glutamatergique

Les récepteurs RnAch sont présents sur les corps cellulaires des neurones glutamatergiques. Expérimentalement, une libération accrue de glutamate fait suite à la stimulation des récepteurs nicotiques et chez le rat, et on observe une hypoglutamatergie à la suite du sevrage nicotinique. L'augmentation de la composante glutamatergique au niveau du système nerveux renforce le risque de dépendance, puisque le circuit de la récompense est en partie régulé par le glutamate. En effet, l'administration d'un antagoniste des récepteurs AMPA (Acide 2-amino-3-(5-méthyl-3-hydroxy-1,2-oxazol-4-yl)propanoïque) ou NMDA (Acide n-méthyl-d-aspartique) (récepteurs au glutamate) atténue la libération de dopamine au niveau des neurones dopaminergiques, et donc diminue l'effet renforçant de la nicotine sur le circuit de la récompense. C'est d'ailleurs ce qu'on remarque chez un rat chez qui on administre des antagonistes du glutamate : leur comportement d'auto-administration nicotinique est fortement atténué comparé aux rats du groupe témoin (80).

L'organisme s'adaptant aux modulations des neuromédiateurs par la nicotine, l'arrêt de la stimulation du système nerveux par la nicotine entraîne une modification l'allostasie au niveau de l'organisme ; Apparaît alors le syndrome de sevrage.

3-1-4- Le syndrome de sevrage

Selon le DSM IV, le syndrome de sevrage se manifeste après un arrêt brutal ou une réduction importante de la quantité de nicotine, avec apparition dans les 24 heures d'au moins 4 des signes suivants :

- Humeur dysphorique ou dépressive
- Besoin impérieux de fumer (« craving »)
- Insomnie

- Irritabilité, frustration colère
- Anxiété
- Difficultés de concentration
- Fébrilité, agitation
- Diminution du rythme cardiaque
- Augmentation de l'appétit ou prise de poids (34).

Expérimentalement, un état dysphorique persiste environ 4 jours à l'arrêt des doses de nicotine. La corticostérone plasmatique est augmentée, reflet de l'anxiété ressentie par l'individu. Les niveaux de dopamine sont en baisse, et l'ensemble des systèmes monoaminergiques fonctionnent au ralenti. (77)

Néanmoins, les troubles psychiques à l'arrêt et le besoin irrésistible de fumer ne sont pas présents chez tous les fumeurs en sevrage. Expérimentalement, les symptômes physiques et nerveux du sevrage à la nicotine seule restent faibles par rapport à d'autres drogues. De plus, les traitements de substitution nicotinique ne sont parfois pas suffisants pour permettre aux fumeurs d'arrêter le tabac. Le potentiel addictif de la cigarette n'est donc pas seulement le résultat d'une dépendance pharmacologique à la nicotine, mais aussi d'une dépendance comportementale et psychique, comme nous allons le voir ci dessous (76).

3-2- La dépendance comportementale

La dépendance comportementale peut être acquise par conditionnement : l'envie de fumer (« craving ») peut être déclenchée par des stimuli environnementaux (un café, l'alcool, un verre en terrasse...). Un comportement est inscrit dans le cerveau et reste en mémoire. C'est pourquoi un fumeur peut rechuter face à un stimulus, même après 20 ans d'arrêt. (81)

Le comportement tabagique n'est pas seulement lié à l'effet stimulus/réponse. Il est aussi médié par un phénomène de renforcement (positif ou négatif). À la suite de l'initiation au tabac, une partie des individus va vite en ressentir un effet bénéfique. Le fait de fumer est alors associé à un plaisir. L'individu va alors continuer de fumer pour ressentir ce plaisir. Son comportement est guidé par la recherche du bénéfice du produit. C'est le renforcement positif. Au fil du temps, et de la consommation, le fait de fumer ne relève plus seulement de la recherche de plaisir, mais de l'évitement de situations de déplaisirs et de manque, puisque le syndrome de sevrage lié à la dépendance physique fini par arriver. C'est le renforcement négatif (Figure 15).

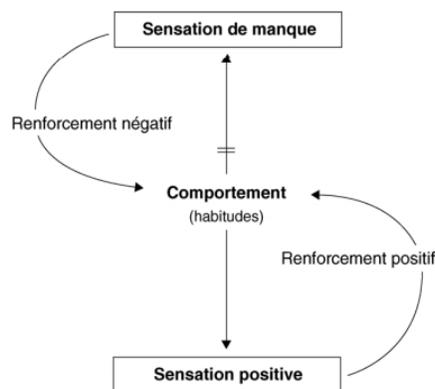


Figure 15: schéma général des renforcements positifs et négatifs du comportement. Source : Traitement de la dépendance tabagique, Lagrue (76)

La dépendance comportementale peut aussi être acquise par mimétisme. Selon la théorie de Bandura, les individus ont tendance à reproduire des comportements et des discours de leur entourage et des personnes qu'ils considèrent comme des modèles (34,76).

3-3- La dépendance psychologique

La dépendance psychologique ou psychique va apparaître rapidement après la phase d'initiation, lorsque l'individu a ressenti des « bienfaits » liés aux effets psychoactifs de la nicotine (plaisir, détente, stimulation intellectuelle, action antidépressive...), bien avant la dépendance physique et comportementale. Pour continuer à ressentir ces effets psychoactifs, le fumeur augmente en général sa consommation. Le fumeur fume toujours par plaisir même s'il y trouve des effets négatifs, c'est à partir du moment où les effets négatifs seront plus importants pour lui que les effets positifs, qu'il modifiera sa consommation.

3-4- Autres facteurs amplifiant la dépendance

3-4-1- Mode de consommation de la nicotine : la fumée

En psychologie, l'effet renforceur d'une drogue est d'autant plus fort que l'intervalle entre la prise de la substance et son effet sur l'organisme est court, et que l'intervalle entre les prises est faible. Le mode de consommation par inhalation de la fumée est donc un candidat parfait pour l'addiction : la nicotine arrive au cerveau après une bouffée en moins de 10 secondes et les intervalles entre les bouffées de cigarettes ne sont que de quelques secondes. Un fumeur d'un paquet par jour prend en moyenne 200 shoots de nicotine journaliers. Aucune autre drogue ne suivent ce modèle (bien que l'héroïne ou le sniff arrivent rapidement au cerveau, les personnes ne prendront pas autant de shot dans leur journée qu'un fumeur ne prendra de bouffées cigarette!) (76,78)

3-4-2- Autres composés entrant en jeu dans l'addiction

La cotinine, la nor nicotine, l'acétaldéhyde, les béta-carbolines (harmanes et les norharmanes, agissant comme IMAO) ont un effet physiologique au même titre de la nicotine, et pourraient être aussi impliqués dans la dépendance ou son amplification (48). Selon plusieurs expériences, les monoamines semblent « marcher au ralenti » chez les fumeurs, et le tabagisme semble palier cette baisse d'activité, tout en étant possiblement à l'origine (82).

3-4-3- Effets sensoriels de la cigarette

Les effets sensoriels de la cigarette ne sont que peu étudiés dans la dépendance mais ne peuvent pas être négligés. Goût, odeur, sensation jouent un rôle dans le climat tabagique et le renforcement de la dépendance.

3-4-4- Facteurs génétiques et susceptibilité individuelle

Des facteurs génétiques jouent un rôle dans l'apparition de la dépendance, dans son évolution, et dans la difficulté au sevrage :

- La nicotine est oxydée par le CYP2A6. Les métaboliseurs rapides fument davantage, ont des syndromes de sevrage plus marqués et ont besoin de doses plus importantes de substituts nicotiques lors de l'arrêt du tabac.
- Le gène DRD2 codant pour le récepteur de la dopamine serait lié à un tabagisme précoce et à une dépendance plus intense (période d'abstinence très courte et « craving » important) (82).

- Le variant allélique « single nucléotides polymorphism » sur le locus du chromosome 15 serait associé à un risque supérieur de tabagisme. La mutation augmenterait le risque de dépendance à la nicotine par 2 chez les porteurs homozygotes (66).

Phénomène complexe, la dépendance tabagique est devenue un sujet de lutte en santé publique, au regard du nombre de fumeurs encore important en France, et de la toxicité avérée de la cigarette. Comment aborder ce sujet au comptoir pour les pharmaciens ? Quelle est la prise en charge optimale d'un fumeur à l'officine ? Nous allons tenter de répondre à ces questions dans une deuxième partie.

PARTIE B: PRISE EN CHARGE A L'OFFICINE

1- Dépister et conseiller l'arrêt

1-1- Dépister

Le pharmacien joue un rôle clef dans le repérage des fumeurs parmi ses patients, d'autant plus que la moitié d'entre eux ne sont pas identifiés par les médecins (83). À l'officine il se doit donc de se renseigner régulièrement auprès de ses patients sur leur consommation de tabac. L'ouverture du dialogue peut se faire directement, par une simple question : « vous arrive-t-il de fumer ? ». Cette interrogation peut aussi être amenée de façon plus astucieuse. Ainsi, les brochures, les affiches, les vitrines, peuvent être utilisées afin que l'officine représente un espace d'aide à l'arrêt du tabac, et donc incite les patients à discuter de leur consommation au comptoir. Le pharmacien peut aussi saisir les opportunités qui se présentent à lui afin d'engager le dialogue lors :

- Des campagnes de promotion d'arrêt du tabac (le mois sans tabac, la journée mondiale sans tabac, la semaine des addictions...)
- De la délivrance d'un traitement pour une maladie dont le tabac est facteur aggravant
- De la délivrance d'un test de grossesse ou d'une contraception orale (le tabac associé à la contraception orale multiplie par 10 le risque de thrombose !)
- D'une annonce de grossesse ou d'opération chirurgicale
- D'une demande visant à limiter les effets néfastes du tabac (dentifrice blancheur, éclat du teint, cernes, rides prématurées...) (84)

1-2- Conseiller l'arrêt

Une fois le fumeur identifié, le pharmacien peut lui demander s'il souhaite arrêter de fumer, et lui remettre une brochure (brochures de l'INPES, dépliants du site tabac-info-service...). Le conseil d'arrêt doit être appliqué, **que le patient soit prêt ou non à arrêter**. Il doit être clair et personnalisé. La haute autorité de santé fournit à ce titre des exemples de conseils d'arrêts, insistant sur ses bénéfices, qu'il est facile d'appliquer rapidement au comptoir (ANNEXE 18). (85)

S'informer sur le statut fumeur des patients, leur demander s'ils souhaitent arrêter de fumer, leur remettre une brochure, leur indiquer qu'arrêter de fumer serait bénéfique pour leur santé, constitue le **conseil minimal**. En ne durant que 2 ou 3 min, ce dernier est facilement applicable au comptoir. Lorsqu'il est appliqué à chaque visite à l'officine, le conseil minimal montre l'intérêt que porte le pharmacien au tabagisme des patients et renforce l'idée chez eux que ce dernier représente un problème de santé non négligeable. Les patients recevant ce conseil à chaque consultation chez un professionnel de santé arrêtent plus fréquemment de fumer que le reste de la population (42) (86).

2- Evaluation initiale

2-1- Identifier situations nécessitant un suivi médical

2-1-1- Poly consommation

Il est recommandé de prendre en charge conjointement toutes les addictions des patients... ce qui n'est pas du ressort du pharmacien, qui n'est habilité qu'à la prise en charge du sevrage tabagique. Une consultation médicale est donc essentielle en cas de co-addiction. Il est important que le pharmacien

connaisse les ressources locales pour orienter le patient vers des structures adaptées : CSAPA, (Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie) tabacologues, médecins généralistes, sages-femmes, addictologues, infirmières, consultation jeunes consommateurs, CARRUD (Centre d'Aide, de Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues)...(84).

Cannabis

La consommation conjointe de tabac et de cannabis est fréquente chez les moins de 25 ans. Elle réduit fortement les chances de réussite d'arrêt du tabac. Il est possible d'utiliser le questionnaire DETC (ANNEXE 4), ou le test CAST (Cannabis abuse screening test) (

ANNEXE 5) pour déceler une consommation à risque de cannabis. Il n'est pas envisageable d'arrêter le tabac sans arrêter le cannabis (41) (84).

Alcool

Les fumeurs boivent généralement plus que les non-fumeurs, et 80% des alcoolodépendants ont une dépendance très marquée au tabac (86). La double addiction alcool-tabac résulte d'un conditionnement comportemental réciproque. Il est possible d'utiliser le questionnaire DETA/CAGE (

ANNEXE 6) pour détecter une consommation pathologique d'alcool (41). Le questionnaire AUDIT (*Alcohol use disorders identification test*) peut aussi être utilisé (ANNEXE 7). Lors du sevrage, le risque de rechute et de transfert d'addiction est conséquent. Le patient doit donc être pris en charge dans sa globalité par des spécialistes (psychiatre ou addictologues) (84,87).

Autres dépendances

Les addictions aux médicaments ou à d'autres drogues illicites (cocaïne, héroïne...), et les dépendances comportementales (aux jeux d'argent, au sexe...) doivent orienter la prise en charge vers une consultation médicale (41).²

2-1-2- Comorbidité psychiatrique

Il convient de traiter les pathologies psychiatriques en amont d'un sevrage tabagique afin que ces dernières n'entravent pas la réussite du processus. TOCs (Troubles Obsessionnels Compulsifs), bipolarité, dépression, anxiété, schizophrénie... Peuvent interférer dans le sevrage. Lorsque le patient est cependant très motivé, il ne faut pas l'empêcher d'arrêter, mais un suivi médical et psychiatrique rapproché est nécessaire afin de surveiller l'évolution de la pathologie. La mise en place d'un traitement, tout comme le suivi de la ou des maladies, ne relève pas des compétences du pharmacien, mais de celle d'un addictologue et/ou d'un psychiatre.

Troubles anxiodépressifs

Les troubles anxiodépressifs touchent jusque 50% des fumeurs très dépendants (76). Il est important de les détecter avant tout sevrage tabagique. Le pharmacien peut utiliser le test le HAD (Hospital anxiety and depression test) (

² Chez le jeune, plus sujet aux poly-consommations, il existe un questionnaire regroupant toutes les consommations à risques afin de les détecter : le DEP ADO (DEPistage de consommation problématique d'alcool et de drogue chez les ADOlescents).

ANNEXE 8) ou le test BDI (Beck depression inventory) (ANNEXE 9). L'arrêt du tabac peut aggraver, ou décompenser un trouble anxiodépressif préexistant. Le syndrome de sevrage est aussi plus marqué chez ces patients. C'est donc une population qui aura plus de mal à abandonner sa consommation (37) (86).

Schizophrénie

Les patients schizophrènes sont davantage sujets à la dépendance tabagique que la population normale ; 80% des schizophrènes fument. 3 hypothèses sont formulées pour expliquer ce taux considérable : les schizophrènes inspireraient plus profondément la fumée de cigarette, ils pourraient fumer pour bénéficier de l'effet inducteur enzymatique du tabac (ce qui diminue les effets indésirables des médicaments), ou pour ressentir les effets psychotiques du tabac. Généralement très compliqué pour les schizophrènes, le sevrage tabagique nécessite une réévaluation régulière de la posologie de leur traitement, puisqu'ils risquent un surdosage à l'arrêt (66). La prise en charge doit donc être assurée par un médecin.

2-1-3- Adolescents

Aucune recommandation spécifique n'est pour l'instant validée dans la prise en charge du sevrage tabagique les adolescents. Le test de Fagerström n'est pas adapté pour évaluer leur dépendance (il faut utiliser le test de Honc (Hooked on nicotine checklist) (ANNEXE 10) (88)), et les substituts nicotiques sont réservés dans l'ensemble aux plus de 15 ans (les sprays, les comprimés à sucer et certaines gommes sont réservés quant à eux au plus de 18 ans. Les comprimés sublinguaux peuvent être utilisés à partir de 12 ans. La liste des âges requis en fonction des marques et des formes est consultable sur le site de l'assurance maladie (89)). Le pharmacien est donc obligé d'orienter les adolescents qui veulent arrêter de fumer vers une consultation médicale (41).

2-1-4- Fumeurs très fortement dépendants avec échecs répétés de sevrage

Cette population doit être suivie par des professionnels de santé spécialisés dans la tabacologie et l'addictologie, et pouvant prescrire certains médicaments de sevrage indiqués en deuxième intention s'il le faut (37).

2-1-5- Nécessité d'adaptation posologique des traitements chroniques avec l'arrêt

Les hydrocarbures aromatiques polycycliques du tabac peuvent, via une induction enzymatique, diminuer les concentrations sanguines de certains médicaments. L'arrêt du tabac entraîne donc une augmentation des concentrations de certains médicaments. Par exemple, il y a un risque de surdosage à l'arrêt du tabac pour la clozapine, l'olanzapine, la théophylline, les antidépresseurs tricycliques, les AVK, les héparines, la flécaïdine, le vérapamil, les bêta-bloquants (surtout labétalol, propranolol et métoprolol) (34,48,90). Des adaptations posologiques sont indispensables.

Une fois écartés les patients que le pharmacien ne peut pas prendre en charge, la première chose à faire est d'évaluer la motivation à l'arrêt des patients, pour adapter son discours face au fumeur.

2-2- Evaluer la motivation

2-2-1- Le cycle de Prochaska et Di Clemente

L'évolution naturelle du tabagisme suit le cycle de Prochaska et Di Clemente. Il détaille le parcours motivationnel des sujets souffrant d'addiction, en 6 étapes :

- 1- La pré-intention : Le fumeur est heureux et n'a aucune envie d'arrêter de fumer dans les 6 mois à venir.

- 2- L'intention : Le fumeur est indécis. Il envisage un arrêt dans les 6 mois, et pèse le pour et le contre du sevrage.
- 3- La préparation : le fumeur est décidé. Il choisit une date à laquelle arrêter.
- 4- L'action : le fumeur arrête de fumer.
- 5- Le maintien de l'arrêt ou la rechute.
- 6- La consolidation/libération : le patient devient ex-fumeur et retrouve sa liberté (91).

Le pharmacien rencontrera en majorité des fumeurs au stade de la pré-intention ou de l'intention. En demandant au patient **s'il souhaite arrêter de fumer**, il est possible de savoir à quelle étape du cycle il se situe (85) (Tableau II).

Exemple de réponse du patient à la question « souhaitez-vous arrêter de fumer ? »	Stade du cycle	Pourcentage de fumeurs dans le stade
« Non » « Non, vous savez, moi, j'arrête quand je veux ! » « Non... de toute façon fumer ce n'est pas plus dangereux que la pollution qui nous entoure » « il faut bien mourir de quelque chose »	Pré-intention	30 à 40%
« Oui mais... » « Il faudrait que j'arrête, mais... » « Ce n'est pas si simple... » « Oui peut être plus tard... » « Non mais ça serait bien »	Intention	30 à 40%
« Oui maintenant » « Cette fois c'est décidé, j'arrête ! »	Préparation	10 à 20%
« Je suis en train d'arrêter »	Action	10 à 20%

Tableau II: Identifier le stade de motivation du fumeur (85)

Le pharmacien adaptera son attitude en fonction de la phase dans laquelle se trouve le patient (Figure 16). Face à un fumeur en pré-intention, il ne sert à rien d'insister. Il se contentera d'appliquer le conseil minimal. Lorsque le fumeur est au stade de l'intention, il est recommandé d'explorer sa motivation. Au stade de la préparation, la dépendance doit être évaluée, pour une mise en place éventuelle d'un traitement, afin de débiter le sevrage à la date convenue. Le pharmacien doit être disponible et suivre le patient lorsqu'il débute le sevrage. Pendant la consolidation et la maintenance, il peut mettre en place avec le patient des stratégies de prévention de la rechute (34).



Figure 16: Attitude à adopter en fonction du cycle de Prochaska et Di Clemente. Source : Cespharm (84)

2-2-2- L'entretien motivationnel

Validé par la HAS dans le sevrage tabagique et applicable à tous les stades de changement du cycle de Prochaska et Di Clemente, il augmente les chances de réussite du sevrage (37). Facilement applicable en pharmacie, l'entretien motivationnel est particulièrement efficace pour susciter l'arrêt du tabac chez les patients ambivalents face à leur consommation.

Les motivations extrinsèques (menaces perçues, conseil d'arrêt des professionnels de santé) sont efficaces à court terme mais pas dans le temps (37). C'est pourquoi l'entretien motivationnel tente d'explorer et de faire émerger chez le patient les raisons qui lui sont propres de changer son comportement tabagique (motivation intrinsèque). L'entretien repose sur un travail de coopération et de collaboration entre le pharmacien et le patient, qui s'accordent sur les objectifs fixés. L'autonomie du patient est valorisée.

Dans la pratique, le pharmacien doit éviter le réflexe correcteur, saluer les changements de comportement (si minimes soient-ils), et éviter la confrontation. Il doit écouter activement, avec empathie, l'ambivalence du patient. La communication doit se baser sur une écoute réflexive : le pharmacien peut utiliser la technique du reflet, consistant à résumer ce que le patient lui a dit, pour lui montrer qu'il a été entendu. Il est possible d'introduire une hypothèse à la fin du résumé, que le patient peut valider ou non. Les questions posées lors de l'entretien doivent toujours être ouvertes (66).

2-2-3- Comment évaluer la motivation ?

2-2-3-1- Explorer la balance décisionnelle

Son exploration consiste à lister les avantages et les inconvénients de fumer (selon le **ressenti du fumeur**) dans un tableau, et de voir de quel côté la balance penche le plus. Si la balance penche du côté des inconvénients, la motivation est bonne et l'arrêt est proche. Si la balance penche en revanche du côté des avantages de fumer, la motivation est plus faible et l'arrêt est en général plus difficile (66).

Avantage de fumer	Inconvénients de fumer
- Plaisir	- Santé
- Détente	- Essoufflement
- Convivialité	- Perte du goût et de l'odorat
- Gestion du stress	- Prix
- Stimulation intellectuelle	- Mauvaise image du fumeur
- Diminution de la déprime et de l'anxiété	- Esclavage
- Contrôle du poids et de l'appétit...	- Mauvaise haleine
	- Rides...

Tableau III: Exemple de balance décisionnelle. Source : "Sevrage tabagique, le conseil à l'officine" (34)

2-2-3-2- Utilisation de test

Il est possible d'évaluer le degré de motivation à l'arrêt à l'aide du test de Richmond (ANNEXE 15), du test de Khimji et Watt (ANNEXE 16), ou du Q-MAT (Questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac) (ANNEXE 17)(86)(84). Il existe aussi des échelles analogiques. Par exemple, on pose au patient la question « sur une échelle de 1 à 10, à quel point est-il important pour vous d'arrêter de fumer ? » (0= pas du tout important, 10=extrêmement important). En fonction de la réponse il est intéressant de demander au patient pourquoi il n'a pas mis 0, et ce qu'il lui manque pour arriver à 10. On obtient alors les arguments de la personne qui la poussent à arrêter (les bénéfiques), et celles qui la bloquent (les freins) (37).

2-2-3-3- Les raisons motivant un arrêt

Le pharmacien doit expliquer au fumeur qu'il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer, en insistant sur les bénéfiques de l'arrêt (Tableau IV), surtout lorsque le fumeur est encore hésitant. Il est prouvé que les attitudes répressives n'ont aucune efficacité (91) : énoncer les bénéfiques de l'arrêt, en terme de santé et d'économie réalisées, permet donc de l'amorcer.

Temps	Bénéfices sur la santé	Economie (Fumeur d'un paquet par jour)
8 heures	L'oxygène dans le sang se normalise et le risque d'IDM diminue.	
1 jour	Le CO est éliminé du corps. Les poumons commencent à se débarrasser du mucus et des toxiques.	→ 10€
2 jours	La nicotine n'est plus détectable dans le sang et les urines	
Une semaine	Les cheveux et les vêtements ne sont plus imprégnés de tabac. Le goût et l'odorat s'améliorent, l'haleine aussi.	→ 70€
Une semaine à 15 jours	L'éclat du teint est retrouvé.	

3 mois à 6 mois	Le souffle s'améliore.	
1 an	Le risque de maladie CV est divisé par 2.	→ 3650€
5 ans	Le risque de cancer des bronches, de la bouche, de la vessie de l'œsophage, diminue de moitié.	
10 ans	Le risque de cancer du poumon baisse et celui d'AVC rejoint celui des non-fumeurs.	→ 36 500€
15 ans	Le risque CV redevient celui d'un non-fumeur, et la mortalité est très proche de celle des personnes n'ayant jamais fumé.	

Tableau IV: Quelques bénéfices de l'arrêt du tabac (34).

Outre les éléments énoncés par le pharmacien, le patient possède également ses propres raisons d'arrêter. Même si la santé et les finances sont de forts catalyseurs pour l'arrêt des patients, la qualité de vie, ainsi que le fait de se libérer de l'addiction afin de retrouver sa liberté sont aussi des arguments qui sont souvent avancés (41). De manière générale, les fumeurs souhaitent arrêter pour protéger leur santé, éviter d'intoxiquer leur entourage, retrouver leur liberté, améliorer leur « aspect physique » et éviter de dépenser leur argent dans les cigarettes (37). Certains événements de la vie comme un projet de grossesse, un projet professionnel ou personnel, ou un changement de perception du tabac, sont aussi des raisons citées (41). Quelle que soit la raison poussant le fumeur à arrêter, le fait de l'exprimer et de l'approfondir permet d'améliorer les chances de se lancer dans le sevrage tabagique réussi.

2-2-4- Répondre aux craintes freinant un arrêt

La majorité des fumeurs estiment leurs chances de succès d'un sevrage en dessous de 5 ou 7 sur une échelle 1 à 10. Il est donc primordial de les questionner sur leur crainte à l'arrêt, et de les apaiser (41). Chaque crainte est propre au patient et à son histoire. Cependant le pharmacien peut tout de même se préparer à répondre à certaines peurs récurrentes chez les patients (Tableau V).

Craintes	Exemple de réponses du pharmacien
Peur de l'échec	« La première tentative d'arrêt peut ne pas être concluante mais à chaque tentative les chances de réussite augmentent (41). Il est possible de chercher ce qui a entraîné la rechute pour l'éviter à la prochaine tentative, et en ressortir plus fort ».
Peur du sevrage	« Les symptômes de sevrage finissent par passer. De plus, ils sont atténués par la mise en place de SN (substituts nicotinique). Seuls les problèmes liés au poids, ou dans certaines situations des envies de fumer peuvent perdurer au-delà de 6 mois.(41) »
Peur d'être stressé	« La cigarette calme le manque de nicotine, et c'est le fait de combler ce manque qui donne l'impression d'être moins stressé lorsqu'on fume. Si on supprime le manque, on supprime le soulagement qu'on ressent lorsqu'on fume. De plus, la nicotine entraîne la libération d'adrénaline, l'hormone du stress. A l'arrêt du tabac, le niveau de stress fini donc par diminuer (34) Pour limiter le stress lié au manque les premières semaines, les SN peuvent vous aider. »

Perte du plaisir de fumer	« Sur toutes les cigarettes de la journée, beaucoup d'entre elles sont automatiques, et les cigarettes « plaisir » sont finalement peu nombreuses. Si vous voulez conserver les cigarettes plaisir, il est possible de diminuer votre consommation, en ne gardant que les cigarettes indispensables, pour ensuite arrêter (41). Et s'il faut, vous pouvez remplacer les cigarettes par d'autres activités plaisantes (lecture, sport, musique...) (34) »
Soucis par rapport à l'entourage qui fume encore	« Il est possible d'essayer de motiver l'entourage à l'arrêt pour augmenter les chances de réussite du sevrage (41). S'ils ne sont pas motivés, prévenez-les que vous arrêtez de fumer, afin qu'ils évitent de fumer devant vous, et qu'ils ne vous proposent pas de cigarettes. Il n'est pas impossible d'arrêter de fumer si l'entourage fume encore !»
Crainte d'une prise de poids	« 1/3 des fumeurs qui arrêtent ne prennent pas de poids. Des règles d'hygiène et de diététiques peuvent être mise en place pour l'éviter (41). De plus, les substituts nicotiniques permettent de lutter contre les fringales et limitent la prise de poids »
Crainte par rapport aux substituts nicotiniques et au risque de dépendance	Les dépendances aux substituts nicotiniques sont rares et ne concernent que les personnes qui consomment des gommes ou des comprimés à sucer sur une période supérieure à 6 mois (41)

Tableau V: Les principales craintes des patients à l'arrêt et les réponses qu'il est possible d'apporter

2-2-5- Répondre aux fausses croyances entretenues par les patients

Plusieurs arguments peuvent être avancés par les patients pour « éviter l'arrêt ». Le pharmacien doit pouvoir y répondre (Tableau VI).

Fausses croyances des patients	Exemple de réponse
Quand on fume depuis des années, ça ne sert plus à rien d'arrêter.	« Il n'est jamais trop tard pour arrêter même si c'est difficile. Quel que soit l'âge ou l'ancienneté de la consommation, l'arrêt du tabac est bénéfique pour la santé» (92)
On ne risque pas grand-chose en fumant 2 ou 3 cigarettes par jours.	« Il n'y a pas de consommation sans risque. Même à faible dose, le tabac entraîne déjà des risque CV (cardiovasculaire). De plus, certains traitements ou pathologies peuvent mettre votre vie en danger en poursuivant votre consommation» (92)
On diminue les risques en fumant des cigarettes bio du commerce équitable.	« Non, on y retrouve les mêmes composés toxiques que dans le tabac classique... » (34)
Ce n'est pas grave de fumer si on n'inhale pas la fumée.	« Le risque de cancer du poumon est certes moindre, mais le risque de cancer de la cavité buccale, langue, et larynx reste important» (34)
C'est beaucoup moins risqué de fumer la pipe ou le cigare.	« Le risque de cancer de la cavité buccale, de la langue, et du larynx est important, et si on fume en inhalant, les risques sont largement supérieurs à ceux encourus avec une cigarette classique» (34)

Tableau VI: fausses croyances des patients sur le tabac et arguments pour les contrer

2-3- Evaluer la dépendance

2-3-1- Recueillir l'histoire du tabagisme

L'anamnèse du tabagisme, incluant le type de tabac consommé, l'âge de la première cigarette, la consommation passée et actuelle de cigarettes (donc le nombre de paquets années), les éventuelles tentatives d'arrêts précédentes... doivent être collectés afin d'orienter la prise en charge à l'officine. Il est aussi recommandé de connaître le statut tabagique de l'entourage (86).

2-3-2- Evaluer la dépendance physique

C'est l'évaluation de la dépendance physique qui va conditionner la mise en place (ou non) d'un traitement de substitution nicotinique par le pharmacien, lorsque le fumeur décide d'arrêter.

2-3-2-1- Questionnaires disponibles

La dépendance physique au tabac est classiquement évaluée par le test de Fagerström (ANNEXE 11), comme le recommande la HAS. Sorti en 1978, il est disponible sous forme de test long en 6 questions, ou dans sa version abrégée en 2 questions (la plus facilement utilisable au comptoir). En fonction des résultats obtenus, le fumeur peut être considéré comme non dépendant, dépendant modéré, ou dépendant fort (92). Un autre test est de plus en plus utilisé depuis quelques années, le CDS (Cigarette dépendant scale) (ANNEXE 12). Il classe la dépendance selon 3 niveaux : modérée, moyenne, ou forte. Cette échelle aurait des propriétés psychométriques supérieures au test de Fagerström (37).

2-3-2-2- Autre possibilité de mesures

La dépendance physique au tabac peut difficilement être évaluée au nombre de cigarettes fumées par jour car ce nombre ne reflète pas la façon de fumer du patient, et donc la quantité de nicotine dans le sang (et de toxique). Il existe des marqueurs du tabagisme pouvant être utilisés à cet effet :

- Le CO expiré, utilisé dans la pratique.
- Le dosage de la nicotine et de ses métabolites, coûteux et difficile à mettre en place, ils ne sont quasiment plus utilisés dans la pratique (91).

Le monoxyde de carbone est retrouvé dans l'air expiré chez les fumeurs. Avec une demi-vie d'environ 4 à 6 heures, c'est un marqueur du tabagisme récent. Le taux de monoxyde de carbone peut être facilement mesuré, en ppm (partie par million), à l'aide d'un CO-analyseur. Le fumeur doit inspirer profondément, bloquer sa respiration une 15aine de secondes, puis expirer lentement dans l'embout ou la pipette à usage unique afin de vider au maximum l'air contenu dans les poumons. La quantité de monoxyde de carbone présente dans l'air expiré est équivalente à celle présente dans le sang.

La mesure du CO montre au fumeur son état d'intoxication initiale. Un fumeur d'un paquet par jour ou plus obtient un taux de CO compris entre 20 et 70 ppm. Il faut approximativement 3 demi-vies pour que 30 ppm de CO soient normalisées, et 24h pour que le CO soit éliminé, sans nouvelle exposition (41)(34). Le pharmacien peut utiliser cette mesure pour mieux cibler le profil du fumeur :

Ppm de CO expiré	Profil du fumeur
0 à 5	Ex fumeur après quelques heures d'arrêt ou non-fumeur
5 à 10	Fumeur peu dépendant ou tabagisme passif
10 à 20	Fumeur moyennement dépendant ou tabagisme passif
A partir de 20	Fumeur fortement dépendant

Tableau VII: profil du fumeur en fonction de sa valeur de CO expiré (en ppm)

C'est un marqueur sensible au phénomène de compensation (lorsque le fumeur fume moins mais plus intensément), mais il peut varier sous l'influence de facteur indépendant du tabagisme comme l'activité sportive, la pollution extérieure, le tabagisme passif... et même en cas de consommation importante de sucres de synthèse polyols (xylitol) contenu dans les bonbons, parfois pris à la place des cigarettes par les patients ! (41) (34)

Le CO-testeur est recommandé par l'AFSSAPS pour les médecins tabacologues et dans les centres de tabacologie (87). En officine, la mesure a l'avantage d'être simple, via un dispositif qui a désormais un coût abordable (34). A noter que ce dosage peut être réalisé si le patient le souhaite et ne doit pas être imposé !

2-3-3- Evaluer la dépendance psychique et comportementale

La dépendance psychologique et comportementale peut être évaluée au comptoir par des échelles visuelles analogiques, ou par le test de HORN (ANNEXE 13) et de GILLIARD (ANNEXE 14).

Le test de HORN permet d'établir le profil psychologique du fumeur, et les situations qui le pousse à fumer : stimulation, plaisir du geste, relaxation, soutien en situations anxieuses, besoin absolu, et/ou habitude acquise. Le test de Gilliard identifie quant à lui les raisons qui poussent à fumer : contrôle des affects négatifs, dépendance, dimension sociale, et/ou hédonisme (86).

En fonction du profil du fumeur, le pharmacien peut alors accompagner le patient et le conseiller (34).

3- Proposition d'une stratégie d'aide à l'arrêt

3-1- Préparation

Les modalités de la prise en charge et les objectifs doivent être clairs et précis pour le patient. Le pharmacien doit planifier l'intervention en tenant compte des freins et des peurs du patient à l'arrêt. Il faut choisir une date pour débiter le sevrage (un moment sans trop de stress par exemple) afin que le fumeur se prépare psychologiquement à l'arrêt. Pour un fumeur appréhendant le sevrage, il est possible d'établir une stratégie de réduction de la consommation avant un arrêt définitif (cf : Cas particulier de l'arrêt en 2 temps). Cette méthode renforce la confiance et la motivation du fumeur et accroît le taux de réussite du sevrage (86) (85). Certains fumeurs souhaitent aussi arrêter temporairement (par exemple en vue d'une grossesse, d'un traitement chirurgical etc.). Il faut alors voir la démarche comme un pas vers un arrêt définitif.

3-1-1- Adapter son environnement à son nouveau statut « d'ex-fumeur »

Préparer son logement, afin d'en faire un espace non-fumeur (jeter les cendriers, laver les rideaux, aérer les pièces...), est une étape essentielle à l'arrêt du tabac. Il est possible aussi de changer la disposition des meubles. L'idée est de créer un « nouveau logement de non-fumeur pour une nouvelle vie de non-fumeur ». Le patient doit également prévenir son entourage qu'il arrête de fumer, pour avoir son soutien, et éviter de sa part les tentations si ce dernier fume (93).

3-1-2- Connaître les effets indésirables du sevrage pour mieux les appréhender

Le pharmacien doit prévenir le patient des effets du sevrage dans le temps, pour lui éviter une mauvaise surprise (Tableau VIII).

Symptômes	Durée à partir du début du sevrage
Étourdissements	1 à 2 jours
Fatigue, trouble de la concentration	2 à 4 semaines
Toux	1 semaine
Insomnie, anxiété	Jusque 3 semaines
Constipation	Jusque 4 semaines
Augmentation de l'appétit	Quelques semaines
Augmentation de l'appétence pour les aliments sucrés	Quelques semaines

Tableau VIII: effet du sevrage sur le corps en fonction du temps (92)

La plupart de ces symptômes disparaissent au fil du temps, et il est possible de les limiter en adoptant de nouvelles habitudes de vie. Il faut informer le patient que son suivi dans le temps permettra d'évaluer ses besoins concernant ces petits maux liés au sevrage tabagique (cf : 3-3-3- Prise en charge des effets secondaires à l'arrêt du tabac). Certaines mesures sont cependant intéressantes à mettre en place en amont du sevrage :

- La prise de poids peut être limitée par la mise en place de règles hygiéno-diététiques simples.
- Le surdosage en caféine peut être limité en diminuant le café à l'arrêt du tabac (car le tabac est un inducteur enzymatique du métabolisme de la caféine) (86).
- Il n'est pas rare que les fumeurs soient carencés en vitamine C puisqu'elle est détruite par la fumée du tabac. Le pharmacien pourra conseiller aux patients de prendre 500 milligrammes de vitamine C le matin et 500 milligrammes le midi (34). Certains scientifiques et études suggéreraient même que la vitamine C en comprimés à sucer réduirait l'envie de fumer (91).

3-1-3- Limiter les envies de fumer et y faire face

Le profil du fumeur, évalué précédemment par le pharmacien, permettra de voir avec le patient quels sont les facteurs déclenchant l'envie de fumer. Le patient peut choisir dans un premier temps d'éviter ces situations à risque, pour ensuite, lorsque sa confiance en lui augmente, s'y exposer progressivement. Eviter les situations à risque implique un changement des habitudes du patient (modifier ses pauses, changer son organisation, s'occuper pour éviter l'ennui...). Lors de l'exposition progressive ou lorsqu'elle n'est pas évitable, l'ex-fumeur peut élaborer des stratégies de remplacement (c'est-à-dire remplacer la cigarette par autre chose). On parle alors d'exposition avec prévention de réponse (EPR) (93) (84).

Malgré tout, certaines envies de fumer sont tenaces. Le pharmacien peut donner des conseils au patient pour les surmonter. Il doit insister sur le fait que l'envie de fumer disparaît au bout de quelques minutes, et que le besoin de fumer devient de plus en plus rare, et de moins en moins fort à mesure du temps. Lorsque l'envie se fait sentir, il est possible d'occuper son esprit, ses mains et sa bouche (en se brossant les dents, en buvant un grand verre d'eau...), de se détendre si l'envie est liée à un stress (en faisant des exercices de respiration par exemple), et de renforcer sa motivation, en pensant au chemin parcouru et au bénéfice de l'arrêt. S'il le faut, le patient pourra prendre un SN par voie orale (VO). Il est important pour le patient de s'encourager, et de se féliciter à chaque fois qu'il arrive à lutter contre une envie de fumer : ce sentiment de réussite personnelle ne fera qu'accroître les chances d'en finir définitivement avec le tabac (93) (34) (84).

3-2- Action

3-2-1- Prise en charge médicamenteuse

3-2-1-1- Traitement de première intention : TSN (traitement de substitution nicotinique)

Quel que soit leur forme, ils permettent de doubler l'abstinence du tabagisme à 6 mois par rapport au placebo. Ils diminuent le syndrome de sevrage et l'envie de fumer, mais ne donnent pas l'effet « shoot » de la cigarette. Le pharmacien doit donc insister sur le fait que ces traitements sont une **aide** mais pas un remède miracle (34).

- Les différents TNS sur le marché

Les SN oraux

Ils existent sur le marché sous divers dosages, goûts, et forme galéniques (gommes, pastilles, comprimés sublinguaux, sprays sublinguaux, et inhalateur) (Tableau IX).

Forme	Marque		
Gomme à mâcher (2 ou 4mg)	Nicorette Nicotine EG Niquitin Nicotinell		
	Comprimés à sucer et pastilles	Nicorette 2mg Nicotinell 1 ou 2mg Nicopass 1,5 ou 2,5mg Niquitin 2 ou 4mg Niquitin mini 1,5 ou 4mg	
		Comprimés sublinguaux	Nicorette microtab 2mg
	Inhalateur	Nicorette inhalateur	
Spray	Nicorette spray		

Tableau IX: les différentes spécialités de SN existant par voie orale (90)

Les formes orales permettent une absorption de la nicotine par l'intermédiaire de la muqueuse buccale jusqu'à la circulation sanguine. Il est conseillé de ne pas boire ni manger acide avant et pendant la prise pour que l'absorption soit optimisée (le pH acide baisse l'absorption de la nicotine). La nicotine atteint le cerveau en quelques minutes, mais son élimination reste assez rapide. Il est nécessaire de prendre régulièrement des formes orales dans la journée pour maintenir un taux de nicotine sanguin constant. Les intervalles de prise seront alors déterminés par la cinétique d'absorption et par la quantité de nicotine

libérée par la forme galénique (certaines formes diffusant plus rapidement que d'autres) (Tableau X) (34,90).

Gomme à mâcher (2 ou 4mg)	Pastilles, comprimés à sucer ou sublinguaux
<p>La nicotine est libérée à partir d'une résine échangeuse d'ions au niveau de la muqueuse buccale. Les dosages à 2 ou 4 mg, libèrent respectivement environ 1 et 2 mg de nicotine. Le pic de nicotine plasmatique est atteint en 45min.</p>	<p style="text-align: center;">Comprimés à sucer</p> <p>La nicotine est libérée dans la cavité buccale, et le pic plasmatique de nicotine atteint en 45 min.</p> <p style="text-align: center;">Comprimés sublinguaux</p> <p>Le pic plasmatique de nicotine est atteint plus rapidement. Une pastille de 1mg ou de 2mg libère environ 1 ou 2 mg de nicotine (85).</p>
Inhaleur	Spray
<p>En aspirant à travers l'embout en plastique, l'air se charge de microgouttelette de nicotine, qui se déposent sur la muqueuse buccale, lieu de l'absorption. Contrairement à ce qu'on peut penser, il n'y a pas d'inhalation profonde de nicotine, et donc pas d'effet shoot</p> <p>Une bouffée de l'inhaleur correspond à environ 1/10^{ème} de la nicotine libérée par une bouffée de cigarette (de fortes températures augmentent cependant la libération de nicotine par le dispositif !). Il faut 20 min d'utilisation, à raison d'une bouffée toutes les 15 secondes, pour absorber l'équivalent de 2 mg de nicotine.</p>	<p>L'absorption de la nicotine est très rapide, via la muqueuse buccale, ce qui permet de maîtriser les fortes envies de fumer. Chaque pulvérisation permet de délivrer 1 mg de nicotine (85).</p>

Tableau X: la cinétique de la nicotine en fonction des différentes formes galénique disponibles par voie orale (34,90)

Les substituts nicotiques par voie orale peuvent être utilisés seuls (en cas de dépendance faible ou dans une stratégie de réduction de la consommation) ou en association aux patches (ce qui double les chances de réussite du sevrage par un meilleur contrôle des pulsions à fumer et un affinage précis de la dose de nicotine). Il faut utiliser les formes orales à chaque fois que l'envie de fumer se fait sentir, sans attendre que cette dernière ne devienne trop forte (90). Pour chacune des formes, le pharmacien doit énoncer au patient les conseils d'utilisation, la dose à ne pas dépasser (Tableau XI), et les effets indésirables les plus fréquemment retrouvés (Tableau XII).

Gomme à mâcher (2 ou 4mg)	Comprimés à sucer ou sublinguaux
<p>Ne pas mâcher la gomme comme un Chewing-gum classique : mâcher une première fois, plaquer la gomme contre la joue pendant 5 à 10 min pour quelle se ramollisse et libère de la nicotine. Il faut ensuite mâcher à peu près 1 fois par minute, toujours en plaquant la gomme à différents endroits de la bouche, pendant environ 30min. Si le patient mâche trop rapidement, il va déglutir la nicotine, ce qui entraîne une moindre efficacité et une augmentation des effets indésirables (maux de gorge, brûlure d'estomac, hoquet).</p> <p style="text-align: center; color: red;">En association aux patches : 6/jours en moyenne En monothérapie : 12/jours en moyenne Ne pas dépasser 30 gommes à 2 mg ou 15 à 4 mg</p>	<p style="text-align: center;">Comprimés à sucer</p> <p>Ne pas croquer ni avaler, mais sucer les pastilles et comprimés en les plaçant à différents endroits de la bouche.</p> <p style="text-align: center;">Comprimés sublinguaux</p> <p>Positionner le comprimé sublingual sous la langue ou entre la joue et la gencive, et le laisser se dissoudre sans le sucer.</p>
Inhaleur	Spray
<p>Aspirer doucement et adapter la fréquence et l'intensité des aspirations selon les besoins. Commencer le traitement avec une inhalation de faible intensité : l'arrivée trop brusque de nicotine au niveau de la bouche peut déclencher une irritation et une toux. Chaque cartouche est utilisée pour environ 3 fois 20min. Une cartouche doit être utilisée dans les 12 heures car la nicotine s'évapore.</p> <p style="color: red;">Ne pas dépasser 12 cartouches par jours.</p>	<p>L'utilisation du spray requiert un arrêt total du tabac. Pulvériser une dose dans la bouche, sur la face interne de la joue. Eviter les lèvres et le fond de la gorge (risque de hoquet). Ne pas déglutir les secondes suivantes, et ne pas inhaler pendant la pulvérisation (risque que les gouttelettes atteignent l'arbre respiratoire).</p> <p style="color: red;">Ne pas dépasser 2 pulvérisations par prise, 4 pulvérisations par heure, et 64 pulvérisations par 24h. Déconseiller l'utilisation au-delà de 6 mois (85).</p>

Tableau XI: les conseils d'emploi à donner au patient (34,84,90)

Pour toutes les spécialités	Spécifiquement aux inhaleurs
<p style="text-align: center;">Nausées, Brûlures buccales ou gastriques Irritation de la gorge Hypersalivation Toux et hoquets (Ces effets surviennent surtout si la nicotine est trop vite déglutie)</p>	<p style="text-align: center;">Toux Irritation buccale Rhinite en début de traitement</p>

Tableau XII: principaux effets indésirables liés aux formes orales de SN (90)

Les SN transdermiques

Les patches ou timbres à la nicotine, à la différence des substituts nicotiques oraux, vont libérer de la nicotine lentement et régulièrement par diffusion transdermique. Si le dosage est adapté, l'envie de fumer est moindre, voire absente. La concentration sanguine de nicotine d'équilibre est atteinte 1 à 2h après la pose du patch, et perdure pendant 8 à 10h. Diffusant sur 16 ou 24h, les patches sont disponibles sous plusieurs spécialités (Tableau XIII) (34).

Nom de la spécialité	Dosage	
Nicopatchlib	7, 14, 21mg/24h	
Nicotinell TTS	7, 14, 21mg/24h	
Niquitin	7, 14, 21mg/24h	
NicoretteSkin	10, 15, 25mg/24h	

Tableau XIII: les différents timbres nicotiniques disponibles en pharmacie

Ils sont à coller le matin (avant la douche), sur une peau propre, sèche, plane, en évitant les zones de frottement ou de sudation importante. Le patient le colle en général sur la face externe du bras, le haut de la fesse, ou de l'omoplate. S'il utilise des patchs sur 24h, le patient doit penser à retirer le patch précédant (sinon le patch est retiré la veille au soir, lorsqu'il diffuse sur 16h). Lors du retrait, replier le patch sur lui-même et le jeter hors de la portée des enfants (car il existe un risque d'intoxication grave potentiellement mortelle lors d'une ingestion). Il faut essayer de changer la zone d'application tous les jours. Le pharmacien doit aussi dire de ne surtout pas enlever le patch si une envie irrésistible de fumer survient, ou si le patient a fumé une cigarette (sinon le risque de rechute est très important, alors que celui de surdosage en nicotine est insignifiant en cas de « faux-pas ») (90) (34).

Le pharmacien doit informer le patient des éventuels effets indésirables cutanés liés au patch : irritation, sensations de brûlures, œdèmes, érythèmes, urticaires, prurit, éruption cutanée, urticaire et vésicules peuvent apparaître dans les 3 à 8 premières semaines et passent spontanément dans les 48 heures. Une sensation de picotement peut survenir dans l'heure suivant la pose, et finit par disparaître. Dans ce cas, il est possible d'essayer de changer les sites d'applications régulièrement, ou bien de changer de marque (en faisant attention à la bioéquivalence car seuls les patchs Nicopatch et Nicotinell sont officiellement bioéquivalents!) (90). Pour limiter l'apparition de troubles cutanés, le timbre ne doit pas être exposé aux sources de chaleur. Les autres effets indésirables rencontrés sont surtout liés au sur ou sous dosage en nicotine lorsque le dosage du patch n'est pas adapté (cf : 3-3-2- Adaptation posologique des TNS). La diffusion de nicotine durant la nuit, avec les patchs de 24h, peut aussi entraîner des réveils nocturnes ou des cauchemars (dans ce cas, retirer le patch la nuit ou passer à a dosage sur 16h). (84)

- Évaluation du dosage/ de la forme galénique souhaitée

Choisir la forme galénique

A posologie égale, toutes les formes de substitution nicotinique ont une efficacité similaire. Le choix de la forme galénique va donc se baser sur la sensibilité du patient aux effets indésirables, et sur ses préférences (87):

- Eviter de conseiller des gommes chez les patients qui ont des prothèses dentaires (risque de décollement) et chez ceux qui mâchent trop rapidement. Ils sont en revanche un atout pour les personnes ayant tendance à grignoter (la bouche étant occupée).
- Les pastilles sont à éviter chez les personnes qui les croquent trop facilement. Certains comprimés comme les Nicopass ont toutefois l'avantage de posséder une matrice rendant impossible le croquage du comprimé, et peuvent donc être proposés (34).
- Les pastilles et gommes ont plusieurs goûts, certains plus marqués que d'autre. Préférer les goûts prononcés pour les patients habitués à fumer des cigarettes fortes (gitanes, cigarettes roulées...).
- Pour les personnes ayant besoin de retrouver le geste, l'inhalateur peut être une alternative intéressante, car il aide à gérer les situations où l'habitude de fumer est forte (en voiture, devant l'ordinateur...).
- Si les envies de fumer sont très fortes, le spray peut être conseillé car c'est la forme qui a l'absorption la plus rapide, cependant, son goût mentholé peut déplaire à certains fumeurs. Les comprimés sublinguaux permettent aussi une absorption rapide de la nicotine (84).
- La discrétion et la facilité d'utilisation des patchs peut être un critère de choix pour certains fumeurs.

Il est possible de combiner les patchs avec une substitution nicotinique par voie orale (en privilégiant les faibles dosages dans ce cas) pour augmenter les chances de succès du sevrage tabagique (doublées par rapport à l'utilisation d'une des 2 formes seules) (66) : la combinaison permet de rester plus longtemps au-dessus du seuil de nicotine plasmatique déclenchant l'envie de fumer, et les formes orales permettent d'obtenir des pics plasmatiques rapides, se rapprochant un peu de la cinétique de la nicotine d'une cigarette (même si l'effet shoot est beaucoup moins rapide et puissant). De plus, les formes orales permettent au patient d'avoir la main mise sur ses apports en nicotine : il peut réaliser son auto-titration, comme il pouvait le faire avant avec les cigarettes (Figure 17).

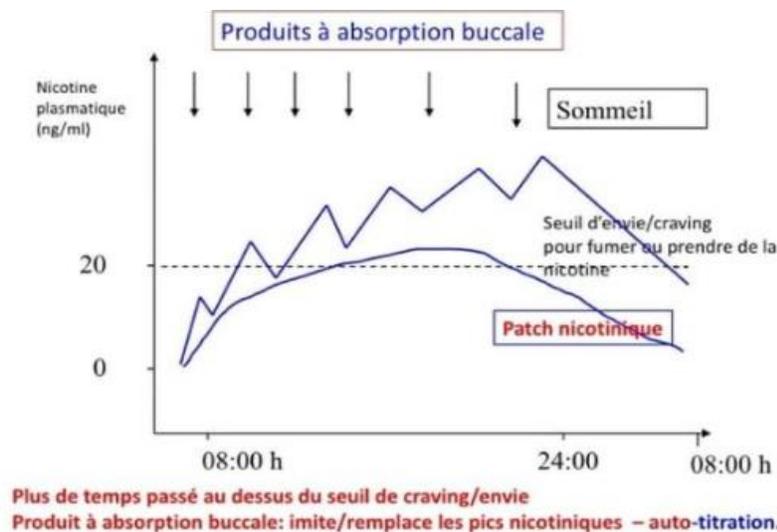


Figure 17: Modèle théorique de la cinétique de la nicotine avec la combinaison de patch et de SN par VO. Source : formation en ligne « le tabac, arrêtez comme vous voulez », LE FAOU (66)

Choisir le dosage

Le dosage initial doit être adapté à la dépendance de chaque fumeur. Les modalités de prise en charge décrites dans les autorisations de mise sur le marché des médicaments ne sont pas forcément appropriées pour tous les patients. La plupart du temps, le pharmacien devra les nuancer. Il est donc difficile de trouver

des recommandations officielles se rejoignant rigoureusement quant au choix de la dose initiale de substitut nicotinique (34).

La HAS recommande de se baser, à titre indicatif, sur le nombre de cigarettes fumées dans la journée afin de calculer le dosage initial de substituts nicotinique (une cigarette industrielle= 1mg de nicotine, une cigarette roulée= 2mg de nicotine (90)). Par exemple, un fumeur consommant 20 cigarettes industrielles par jour pourra utiliser un patch de 21mg/24h. Pour ajuster le plus finement possible le dosage de nicotine, la HAS recommande d'associer des SN par VO au patch. Ce modèle a cependant ses limites puisqu'il ne prend pas en compte « la façon de fumer » des patients (le nombre de cigarettes fumées ne définissant pas le niveau de dépendance) (85).

Les résultats des tests d'évaluation de la dépendance physique à la nicotine sont donc d'avantage recommandés dans la littérature scientifique pour guider le choix de la dose initiale. Dans la pratique, c'est le test de Fagerström simplifié qui reste encore la référence (même si les résultats du dosage du monoxyde de carbone expiré peuvent aussi être utilisés). Un nombre important de tabacologues utilisent donc la grille du RESPADD (RESeau de Prevention des ADDictions) croisant, le nombre de cigarette fumées au délai de la première cigarette fumée (bon reflet de la dépendance) (Tableau XIV). En fonction du niveau de dépendance, un traitement peut être mis en place.

STATUT TABAGIQUE ET TNS : PATCHS EN MG / FORMES ORALES (FO)					
Nombre de cig/jour		< 10 cig/j	11-20 cig/j	21-30 cig/j	> 30 cig/j
Délai entre le lever et la première cigarette	> 60 minutes	Rien / FO	10 ou 14 / FO	15 ou 21 / FO	25 ou (14+21) / FO
	30-60 minutes	Rien / FO	10 ou 14 / FO	15 ou 21 / FO	25 ou (14+21) / FO
	5-30 minutes	10 ou 14 / FO	15 ou 21 / FO	25 ou (14+21) / FO	25 ou (14+21) / FO
	0-5 minutes	10 ou 14 / FO	15 ou 21 / FO	25 ou (14+21) / FO	25 + 10 ou (14+21+14) / FO

Tableau XIV: grille de calcul pour le dosage de SN à apporter. Source: RESPADD (94)

Le TNS doit être maintenu au minimum 3 mois afin de limiter le risque de rechute (90) (85). Il ne doit en principe pas dépasser 6 mois (87). Tout au long du traitement, des adaptations de doses doivent être faites, notamment au début du traitement pour trouver la dose adéquate, et environ tous les mois pour diminuer la dose au vu d'un arrêt du traitement (90).

Cas particulier de l'arrêt en 2 temps

Avant 2003, il était demandé au fumeur un sevrage totale, avec 0 cigarettes fumées à partir du moment où la date d'arrêt était fixée. Depuis, les recommandations ont évolué : il est désormais possible de diminuer progressivement sa consommation de cigarettes, en ayant pour objectif un arrêt complet. Cette diminution présente l'avantage de réduire la sensation de manque, et de prouver aux fumeurs qu'ils peuvent baisser leur consommation sans pour autant en souffrir. Le constatant, il est alors plus facile pour eux d'envisager un arrêt définitif. Cette méthode convient bien aux fumeurs ayant une forte consommation ou une motivation faible.

Dans la pratique, le fumeur remplacera les cigarettes non fumées par des substituts nicotiniques (aux dosages faibles) pour éviter le phénomène de compensation. La quantité de tabac fumée sera donc

réellement en baisse, et le fumeur pourra observer les effets positifs de cette réduction dans sa vie quotidienne. L'objectif visé est de réduire de 50% la consommation de cigarette du patient. Le pharmacien doit dissocier avec le fumeur les cigarettes nécessaires des cigarettes inutiles, fumées par automatisme. Les cigarettes indispensables, comme celle du matin, seront conservées, et les cigarettes inutiles seront remplacées. Elles sont supprimées 2 par 2, tous les jours. Ainsi, le premier jour, le patient aura supprimé 2 cigarettes, le 2eme jours 4 cigarettes, le 3eme jour 6 cigarettes... le pharmacien doit s'engager à revoir le patient, idéalement tous les 15 jours, pour l'accompagner dans sa démarche de réduction. Une fois l'objectif atteint, un nombre important de fumeurs constatent qu'ils vivent plutôt bien cette diminution, et sont donc beaucoup plus enclins à un arrêt définitif (34).

3-2-1-2- Traitement de 2ème intention

Ils sont disponibles uniquement sur prescription médicale, après échec de la substitution nicotinique dans le sevrage. Le pharmacien peut être amené à conseiller le patient sur ces produits au comptoir, même si le sevrage est alors suivi par un autre professionnel de santé.

- **Champix (varénicline)**

La varénicline est un agoniste partiel et sélectif des récepteurs nicotiniques. Elle entraîne une libération de dopamine modérée au niveau mésolimbique, ce qui réduit l'envie de fumer, et soulage les symptômes de manque de nicotine. De plus, elle entre en compétition avec la nicotine, ce qui « protège » le fumeur contre le renforcement positif en cas de faux pas : il n'y aura pas de plaisir à fumer. A 3 mois et à un an, les chances d'arrêt sont multipliées par 2 (comparé au placebo). Au bout d'un an, 15 à 20% des patients sont toujours abstinents. Sa prescription est possible chez l'adulte de plus de 18 ans, en deuxième intention dans le sevrage tabagique.

Le patient ne doit pas arrêter de fumer au début du traitement car celui-ci agit dans les 2 semaines suivant son initiation : l'arrêt est en général programmé à J14. Le patient doit donc fixer une date à laquelle il souhaite arrêter avant de commencer le médicament. La posologie de champix est progressive :

De J1 à J3	De J4 à J7	De J8 à fin du traitement
0,5mg 1x/J	0,5mg 2x/J	1mg 2x/J

Le traitement doit être poursuivi 3 mois, renouvelable une fois en cas de succès pour maintenir l'abstinence.

Les principaux effets indésirables mentionnés dans le RCP (Résumé des caractéristiques du produit) sont surtout ceux du syndrome de sevrage tabagique (irritabilité, trouble de l'humeur...) ou ceux d'un sur dosage en nicotine (surtout les nausées, apparaissant dans 30% des cas, mais disparaissant après le début du traitement). Les comprimés sont pris préférentiellement au cours d'un repas pour les personnes signalant des nausées, et la posologie peut être réduite à 0,5mg 2x/j si les effets indésirables ne sont pas supportés. Des cas de dépression et d'idée suicidaire ont été signalés, mais l'imputabilité de la varénicline dans le processus n'a pas été démontrée (il n'y avait pas plus d'évènement neuropsychiatrique que chez le groupe placebo selon le rapport d'évaluation de la HAS en 2016).

La varénicline est contre-indiquée chez les moins de 18 ans, chez les femmes enceintes et allaitantes, et en cas d'insuffisance rénale terminale. En cas d'insuffisance rénale sévère, la posologie doit être réduite à 1mg par jour. Elle nécessite une précaution d'emploi lorsqu'elle est associée à des médicaments hyperglycémiant (pour ne pas majorer son effet hyperglycémiant) et lorsqu'elle est associée aux substituts nicotiniques. (34,41,66,90)

- Zyban (bupropion)

Le Zyban est un antidépresseur atypique, dérivé des amphétamines, inhibant la recapture de la noradrénaline et de la dopamine. Il réduit l'activité des neurones libérant de la dopamine, ce qui inactive le système de la récompense, et donc l'envie de fumer. Les taux d'abstinence sous Zyban double par rapport au placebo. Cependant les effets indésirables sont nombreux : troubles cardiaques, hypertension artérielle, troubles psychiques, **insomnie**, allergie, convulsion...

Le traitement est débuté à raison d'un comprimé par jour pendant 6 jours, puis si nécessaire la posologie est augmentée à un comprimé par jour 2 fois par jour pendant 7 à 9 semaines. La 2eme prise doit être effectuée avant la fin de l'après-midi pour éviter le risque d'insomnie. S'il n'y a pas d'efficacité à 7 semaines, le traitement est interrompu. L'arrêt du tabac s'effectue le 14eme jour.

L'utilisation du traitement nécessite les précautions d'emploi chez l'insuffisant hépatique, et chez l'insuffisant rénal ou chez le sujet âgé (ne pas dépasser la dose d'un comprimé par jour).

Le traitement est contre-indiqué chez la femme enceinte et allaitante et chez l'enfant en dessous de 18 ans, lorsqu'il y a un risque convulsif, en cas de tumeurs du système nerveux central, d'insuffisance hépatique sévère, d'antécédents de boulimie ou d'anorexie mentale ou de troubles bipolaires, au cours d'un sevrage alcoolique et/ou aux benzodiazépines.

Le bupropion est contre-indiqué avec les IMAO, le ritonavir, et déconseillé avec la nicotine (risque de syndrome sérotoninergique), amphétamine, anorexigène, psychostimulant. Une précaution d'emploi est nécessaire avec les médicaments abaissant le seuil épileptogène, les hypoglycémiantes et l'insuline, les médicaments métabolisés par le cytochrome 2D6 (imipramine, paroxétine, rispéridone, metoprolol, flécaïdine...) et du cytochrome 1A2, avec les inducteurs ou inhibiteurs enzymatiques du cytochrome 2D6, ainsi qu'avec la carbamazépine, phénytoïne et le valproate.

Ce traitement est de moins en moins prescrit par les médecins et les tabacologues au vu de ses nombreux effets indésirables, et parce qu'il n'est pas remboursé. (34,41,84)

3-2-1-3- Traitement prescrit hors AMM

Il est possible pour le pharmacien de recevoir au comptoir une ordonnance, rédigée par un tabacologue (ou un médecin formé à la tabacologie), avec une prescription hors AMM, comme l'association de 2 ou 3 timbres à poser par jour ou encore la prescription d'un découpage des patchs. Certains tabacologues, pour les fumeurs les plus dépendants, associent aussi le Champix aux substituts nicotiques (les posologies doivent alors être étroitement surveillées afin d'éviter tout risque de surdosage). Au moindre doute, il est nécessaire de confirmer la prescription auprès du médecin (34).

Aussi, quelques traitements médicamenteux, ayant fait l'objet d'études mais n'ayant pas prouvé leur efficacité, ne doivent pas être recommandés dans l'aide au sevrage tabagique selon la HAS et anciennement AFSSAPS: clonidine, cystisine, lobéline, antagoniste et agoniste partiel des opiacés, mécamylamine, buspirone, diazépam, doxépine, méprobamate, métoprolol, oxprénolol, propranolol, nicobrevin (85,87). En détaillant plus précisément :

- La clonidine serait efficace pour lutter contre les effets indésirables du sevrage en inhibant l'activité sympathique, mais ses effets secondaires sont supérieurs aux bénéfices attendus.
- Les antidépresseurs ou anxiolytiques doivent être prescrits uniquement dans le cadre de leur AMM, si un syndrome dépressif est constaté au cours du sevrage, jamais autrement. A ce jour, seul le

bupropion semble être efficace dans le sevrage tabagique, et cette efficacité ne semble pas corrélée à son activité antidépressive.

- Les autres traitements énoncés ont fait l'objet d'études mais ne présentent aucun intérêt dans le sevrage (41).

3-2-1-4- Traitement additionnel

Le pharmacien doit pouvoir répondre aux demandes des patients concernant les thérapeutiques « douces », de plus en plus prisées par les patients, tout en gardant à l'esprit que ces médicaments sont à utiliser en complément des méthodes recommandées. En homéopathie, certaines souches auraient des effets positifs sur le sevrage selon certains (Figure 18). Il est possible d'associer plusieurs souches.

Souches	Posologie	Modalités
Envie de fumer		
<i>Caladium seguinum</i> 9 CH	5 granules 3 fois par jour et à chaque envie irrépressible de fumer	Envie de fumer Nausées et diarrhées liées à la nervosité
<i>Lobelia inflata</i> 5 CH	5 granules matin et soir	Oppression thoracique Nausées
Nervosité, irritabilité		
<i>Argentum nitricum</i> 9 CH	5 granules le matin	Agitation Tremblements Crampes
<i>Gelsemium</i> 9 CH	5 granules midi et soir	Peurs Diarrhées émotives Migraines
<i>Ignatia</i> 9 CH	5 granules matin et midi	"Boule dans la gorge" "Nœud à l'estomac" Crampes digestives Hypersensibilité
Sensation de frustration		
<i>Staphysagria</i> 15 CH	5 granules matin et soir	Hypersensibilité
État dépressif		
<i>Natrum sulfuricum</i> 9 CH	5 granules matin et soir	Céphalées
Compulsions alimentaires		
<i>Nux vomica</i> 9 CH	5 granules 2 fois par jour et si besoin	Spasmes digestifs Dyspepsie Nervosité Impulsivité
Constipation		
<i>Bryonia alba</i> 9 CH	5 granules 3 fois par jour	Selles dures et sèches Sensation de soif
Toux		
<i>Ipeca</i> 9 CH	5 granules 3 fois par jour	Toux grasse entraînant des nausées Salivation importante Terrain allergique
<i>Corallium rubrum</i> 9 CH	5 granules si besoin	Quintés importantes Toux violente avec cyanose

Figure 18: principales souches ayant une action dans le sevrage tabagisme. Source: « proposition d'une prise en charge du sevrage tabagique par les thérapeutiques alternatives », Debré et Leclerc (95)

Quelques plantes peuvent également présenter un intérêt dans l'arrêt du tabac. La valériane permettrait de donner un mauvais goût au tabac et de s'en dégoûter, en plus de calmer l'anxiété ; l'avoine favoriserait la désaccoutumance au tabac; le lierre grimpant, la mauve, et d'autres mélanges pectoraux, permettent de soigner la toux au début du sevrage (la mauve permet en plus de lutter contre la constipation) ; les plantes « adaptogènes » permettent de s'adapter au stress sa nouvelle vie d'ex fumeur (rhodiola, éléuthérocoque...) ; la prise de poids peut être limitée par la prise de coupe faim végétal (ex : pectine de pomme) ou de plante brûle graisse ; l'anxiété peut être prise en charge par la passiflore... A chaque problématique, il est possible d'associer une plante, tout en gardant à l'esprit que peu d'études ont cependant été réalisées dans le cadre du sevrage tabagique, et que leur utilisation repose essentiellement sur la tradition (37,95).

Certaines huiles essentielles, associées à d'autres thérapeutiques, peuvent aussi contribuer à limiter l'envie de fumer, en agissant généralement sur l'anxiété : les huiles essentielles riches en linalol comme le petit grain bigaradier ou la lavande officinale, ainsi que celles riches en esters, comme l'huile essentielle de camomille romaine, peuvent présenter un intérêt. Même si les études concernant leur bénéfice dans le sevrage tabagique sont rares et de petites ampleurs, ces huiles essentielles semblent être bénéfique pour les patients en sevrage (95).

Le pharmacien doit s'assurer qu'il n'y a pas de contre-indications pour le patient à utiliser ces produits lors de leur dispensation (37).

3-2-2- Prise en charge non médicamenteuse

3-2-2-1- Méthodes recommandées

Techniques validées et recommandées dans l'aide à l'arrêt du tabac, les thérapies cognitivo-comportementales permettent de maintenir l'abstinence tabagique via un nouvel apprentissage, en travaillant sur les comportements, la cognition, et les émotions des patients. Elles peuvent être conseillées en première intention pour toute personne souhaitant arrêter de fumer. L'approche en psychologie est complémentaire à la prise en charge pharmacologique : associer les TCC au traitement médicamenteux multiplie par 2 les chances de réussite du sevrage. Plusieurs séances sont généralement nécessaires (87). Il est important que le pharmacien explique au patient que la prise en charge médicamenteuse n'est pas la seule qui existe, et que la combinaison d'un suivi psychologique au traitement médicamenteux augmentera ses chances de réussite du sevrage. Il doit donc être en mesure d'orienter le patient vers un suivi psychologique si nécessaire.

Si le patient ne veut pas être suivi par des professionnels de santé pour son sevrage, la HAS insiste sur l'importance de l'utilisation des outils d'autosupport. Sur le site tabac-info-service, le patient trouvera toutes les informations nécessaires à son sevrage, des astuces pour ne pas craquer, des informations sur le tabagisme en général, différents forums pour faire part de ses interrogations... Une ligne téléphonique pour aider les patients à arrêter de fumer, mise en place par l'INPES et le ministère de la santé il y a plus de 15 ans, est également ouverte (3989). Ces méthodes de « coaching » à distance ont démontré leur efficacité dans le sevrage tabagique (93).

3-2-2-2- Méthodes non recommandées mais sans danger

Souvent mise de côté car n'ayant pas prouvé leur efficacité, certaines méthodes non médicamenteuses bénéficient d'un recul important, et n'ont pas montré à ce jour de risques majeurs, en plus de trouver grâce aux yeux de certains patients. Il s'agit notamment des approches de gestion du stress (yoga,

exercices de respiration, méditation, activité physique...) et des médecines parallèles (hypnose, acupuncture, mésothérapie, sophrologie...). L'AFSSAPS et la HAS ne recommandent pas ces méthodes, sans pour autant les interdire. Dans ses dernières recommandations, la HAS précise d'ailleurs qu'il n'y a pas de raison objective de dissuader le patient d'utiliser ces méthodes mais qu'il est important de l'informer des thérapeutiques dont le bénéfice est établi. Pour les personnes souhaitant utiliser ces méthodes, un accompagnement doit être maintenu afin d'être en mesure de proposer une méthode recommandée si la tentative d'arrêt se solde par un échec (85) (37).

3-2-2-3- Méthodes non recommandées à bannir

Entre 1970 et 1980, différentes méthodes aversives ont été expérimentées. Le but était de réduire le renforcement positif lié à la prise de cigarette, en y associant un stimulus négatif. Ainsi, la technique d'inhalation rapide de la fumée, provoquant un surdosage nicotinique, semblait augmenter la motivation à l'arrêt du tabac. Les professionnels de santé s'accordent cependant pour dire que cette méthode, au vu du risque d'effets indésirables potentiellement graves, ne doit pas être recommandée (87).

Les cigarettes sans tabac sont également à bannir puisqu'elles ne sont pas moins toxiques que les cigarettes normales : la combustion du mélange de plantes séchées qu'elles contiennent et son inhalation expose le patient au goudron cancérigène et au CO. Elle ne sont plus vendues dans les pharmacies depuis 2006 mais on peut encore les trouver dans certains magasins (34,87).

3-2-2-4- Place de la cigarette électronique

La cigarette électronique de nicotine a pour but de diffuser de la nicotine dans le système respiratoire sous forme de vapeur (ce qui éviterait la combustion), formée d'un mélange de propylène glycol et de nicotine. Actuellement non recommandée dans le sevrage tabagique, aucun type de cigarette électronique ne dispose d'une AMM. Ces produits dépendent de l'ANSES (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail): ils sont considérés comme des produits de consommation (85).

Selon la HAS (2013), il est recommandé d'informer les fumeurs utilisant la cigarette électronique de l'insuffisance de données sur leur efficacité et leur innocuité à long terme, tout en admettant que les substances contenues dans les cigarettes électroniques sont supposées être moins nocives que celles contenues dans la cigarette classique (85).

Selon le dernier avis du Haut conseil de la santé publique (2016) la cigarette électronique peut être considérée comme une aide au sevrage tabagique et constituerait un outil de réduction des risques du tabac, mais il faut que l'arrêt complet du tabac soit l'objectif à atteindre (84).

Quant à l'OMS, elle a récemment affirmé dans son dernier rapport sur l'épidémie de tabagisme de 2019 que la cigarette électronique serait « incontestablement nocive » pour la santé (mais « probablement moins toxique que la cigarette »). Elle augmenterait le risque de maladie cardiaque et pulmonaire, et pourrait nuire à la croissance du fœtus chez la femme enceinte. « *Les inhalateurs électroniques contenant ou non de la nicotine ne doivent pas être promus comme des aides au sevrage tant que les preuves sont insuffisantes et que la communauté de la santé publique ne s'accorde pas sur leur efficacité* ». (96)

Les avis divergent donc auprès des autorités de santé et dans la pratique, de nombreux tabacologues orientent leurs patients difficiles vers les magasins de cigarettes électroniques « agréés ». Il est difficile de

prendre position sur le sujet, toutefois, le pharmacien pourra rappeler au patient l'existence de thérapeutiques ayant démontrées leur efficacité dans le sevrage tabagique (85).

3-3- Suivi et consolidation

Afin de s'assurer du respect de l'arrêt du tabac et du bon déroulement du traitement (vérification des signes de sur ou de sous dosage, tolérance aux effets indésirables...) il est nécessaire de voir le patient une semaine après la mise en place du traitement. Le patient sera ensuite vu régulièrement, en fonction de ses besoins (34). Pour un sevrage tabagique simple, le suivi est généralement réalisé à 1 semaine, 1 mois, 3 mois et un an. Pour apprécier correctement le déroulé du sevrage, il est possible, dès le premier rendez-vous, de donner au patient une fiche de suivi hebdomadaire (recueillant l'évolution des petits maux du sevrage, des symptômes de sur ou de sous dosage, de l'abstinence) (

ANNEXE 20) (84).

Pour rappel, l'arrêt du tabac est considéré comme acté lorsque le patient n'a pas fumé depuis 6 mois au moins. Il est dit récent lorsque ce dernier a eu lieu 6 à 12 mois auparavant, persistant s'il date de plus d'un an mais moins de 2 ans, et confirmé lorsqu'il a eu lieu il y a au moins 2 ans.

3-3-1- Suivi de l'abstinence

Pouvant se faire par un simple questionnaire, il a toutefois été démontré que la vérification de l'abstinence par le dosage du monoxyde de carbone expiré améliorerait le taux de réussite du sevrage. De plus, la diminution du taux de monoxyde de carbone par rapport à sa valeur initiale du premier rendez-vous est une valeur concrète pour le patient, qui renforce sa motivation. On estime que si les valeurs de monoxyde de carbone expirées sont inférieures à 10 ppm, le fumeur est abstiné (Attention cependant à ce que la personne ne se sente pas « fliquée » par cette initiative !) (86).

3-3-2- Adaptation posologique des TNS

Durant la phase de titration, le pharmacien doit pouvoir repérer les signes de sur ou de sous dosage en nicotine, et réagir en adaptant la posologie (Tableau XV).

	Symptômes	Adaptation posologique
Surdosage	<ul style="list-style-type: none">- Nausée, céphalée, diarrhée- Sensation de malaise, tachycardie- Plus du tout d'envie de fumer- Hyperactivité diurne, insomnie- Gastralgie, bouche pâteuse...	<ul style="list-style-type: none">- Arrêter temporairement le traitement et le reprendre à dose réduite.- Remplacer le patch de diffusion sur 24h par un patch de diffusion sur 16h
Sous dosage	<ul style="list-style-type: none">- Des cigarettes ont été fumées- Pensées obsédantes de la cigarette, « craving » important- Nervosité, irritabilité, colère- Troubles de la concentration, déprime- Grignotage incessant- Augmentation de l'appétit...	<ul style="list-style-type: none">- Augmenter la quantité de nicotine apportée par les timbres- Ajouter des substituts nicotiques par voie orale s'il n'y en a pas

Tableau XV: Signes de sur ou de sous dosages et adaptation posologique

Lorsqu'une quantité trop importante de substitut nicotinique par voie orale est consommée (10 ou plus) il peut être intéressant de mettre en place un patch s'il n'y en a pas, ou d'en augmenter la dose.

Si la dose de nicotine est adaptée, il n'y a que très peu de nervosité au réveil et l'irritabilité est quasiment inexistante. Il peut cependant perdurer quelques envies isolées de cigarette en cas de stress, de situation conviviale... ou d'autres événements rappelant aux patients qu'ils furent fumeurs (34,91).

Une fois la posologie adaptée, il faut la maintenir au minimum un mois (voir plus s'il le faut) avant de commencer à diminuer la dose : une diminution ou une interruption trop rapide du traitement expose le patient à un risque de rechute. La réduction passe d'abord par une baisse de la posologie des timbres, en

gardant les substituts nicotiques par voie orale. Chez les fumeurs peu dépendants, la réduction du traitement se fait en générale tous les mois, et un traitement de 3 mois est suffisant. Chez les fumeurs plus compliqués, le traitement peut être poursuivi jusque 6 mois (84).

Afin de savoir si le patient est prêt à diminuer les doses de substitut nicotinique, il est possible de se référer à la fiche de suivi et à ses premières questions : les 4 premières questions (irritabilité, pulsion à fumer, accès de colère, agitation) correspondent aux critères du syndrome de manque selon le DSM IV. Chaque item est noté de 0 à 3. Un total inférieur ou égal à 1 à ces questions indique qu'une diminution de dosage peut être envisagée.

D'ordinaire, en réduisant très progressivement les doses, le suivi peut être poursuivi facilement à l'officine. Néanmoins si le patient éprouve des difficultés dans la réduction des doses, et que l'envie de fumer perdure malgré un dosage qui semble adapté, il est nécessaire de l'orienter rapidement vers un tabacologue (34).

3-3-3- Prise en charge des effets secondaires à l'arrêt du tabac

Grâce à la fiche de suivi et au dialogue qu'entretiendra le pharmacien avec le patient tout au long des divers rendez-vous, il est possible d'identifier quelques maux liés au sevrage tabagique et d'y apporter des solutions.

3-3-3-1- Pulsions à fumer

Si les pulsions à fumer sont très importantes il est nécessaire de revoir la dose de substitut nicotinique comme énoncé ci-dessus, sinon, le pharmacien peut rappeler les différents moyens de lutte contre l'envie de fumer au moment où elle se présente: boire un grand verre d'eau, se laver les dents, faire des exercices respiratoires, s'occuper les mains ou l'esprit, quitter la pièce ou le lieu lié à l'envie de fumer, repensez à tout le chemin parcouru depuis afin de renforcer sa motivation, se dire que l'envie va finir par passer, se féliciter à chaque fois qu'une envie a été surmonté... (34)

3-3-3-2- Constipation

La nicotine, contenue dans le tabac, stimule le péristaltisme intestinal : elle peut avoir un effet laxatif. L'arrêt du tabac ralentit le transit intestinal, provoquant chez certains patient une constipation. Le transit revient à la normale au bout de quelques semaines (maximum 1 mois). Des règles hygiéno-diététiques simples permettent de lutter contre ce problème : veillez à bien s'hydrater, boire de l'eau riche en magnésium (ex : Hépar, Contrex), augmenter la part de fibres dans l'alimentation et éviter les aliments sans résidus, aller à la selle à heure fixe, avoir une activité physique régulière... Si ces mesures sont insuffisantes, il est possible de conseiller des laxatifs, en veillant à ce que ces derniers soient adaptés au type de constipation, à la personne et à son traitement (34). Toutefois si les constipations sont rebelles et accompagnées de ballonnement, un avis médical est recommandé (84).

3-3-3-1- Anxiété et tendance dépressive

Le risque d'apparition de syndrome dépressif majeur est augmenté durant les 6 premiers mois de l'arrêt. En général, les troubles anxieux ou dépressifs liés au sevrage durent quelques semaines, et ne nécessitent pas de prise en charge pharmacologique, mais leur persistance dans le temps peut motiver une consultation médicale (87). Si le pharmacien constate que le moral est altéré, les tests de dépistages des troubles anxiodépressifs peuvent être réutilisés, et le patient orienté vers une consultation médicale si nécessaire (34). Néanmoins, dans la majorité des cas, le patient présente simplement un « coup de blues »

car la fumée de cigarette contenait des IMAO. Il survient 3 semaines après l'arrêt du tabac, de façon passagère. Le pharmacien peut alors conseiller au patient de consommer des aliments riches en précurseurs de la sérotonine, comme les noix, ou des médicaments à base de tryptophane ou d' α -lactalbumine (90).

Afin de lutter contre le stress, il est important d'avoir une hygiène de vie saine, de prendre soin de soi, et de trouver « son truc » afin de lutter contre l'anxiété (sport, méditation, sophrologie, yoga, exercices de respiration...). Si ces méthodes ne suffisent pas, il est possible de conseiller des médicaments en vente libre à l'officine, notamment du magnésium, permettant à la fois de lutter contre l'anxiété mais aussi contre la constipation.

3-3-3-2- Difficulté de concentration

Elles peuvent apparaître chez les personnes utilisant la cigarette comme un psychostimulant, un moyen de concentration. Ces difficultés de concentration touchent davantage certaines professions comme les avocats, les professeurs, les informaticiens, les écrivains... ayant l'habitude de fumer en travaillant. Le pharmacien peut rassurer le patient en lui expliquant que ces difficultés ne sont que transitoires et ne durent en général pas plus d'un mois. À terme, la meilleure oxygénation du cerveau (par la baisse du monoxyde de carbone) permettra de se concentrer davantage (34). En attendant, il est conseillé au patient d'avoir un rythme de vie sain, et de réorganiser éventuellement ses journées de travail : s'il faut, faire plus de pauses et travailler sur un laps de temps plus court, trouver des stratagèmes pour être davantage concentré (écouter de la musique, boire un thé, éviter les distractions, mettre son portable en mode avion, ou utiliser au contraire des applications d'aide à la concentration...), et garder à l'esprit que « la cigarette ne réfléchit pas à notre place » (autrement dit, refumer ne servirait à rien) (93).

3-3-3-3- Troubles du sommeil

Au début du sevrage, le sommeil du patient peut être perturbé pour 2 raisons : le syndrome de manque peut entraîner des insomnies, et inversement le surdosage en nicotine, ou la diffusion de nicotine la nuit sous patch, sont à l'origine de réveils nocturnes nombreux, de cauchemars et d'un raccourcissement des nuits. Le pharmacien doit donc veiller à ce que le dosage des SN soit adapté (34). Si le patient fait de nombreux cauchemars, présente des réveils précoces, des ruminations, une asthénie physique et psychique diurne, une dysthymie doit être suspectée, explorée, avec une orientation vers un médecin si nécessaire (86).

La consommation de café doit aussi être ré-évaluée avec le patient puisque l'arrêt du tabac entraîne une augmentation de la concentration de caféine (x2) dans le sang, d'autant plus que les fumeurs remplacent fréquemment la cigarette par un café (87). La nervosité, engendrée par l'augmentation de la caféinémie, est souvent mise à tort sur le compte du syndrome de manque et de l'irritabilité qu'il peut provoquer... Un « ajustement » de la consommation de café est conseillé.

Enfin, des astuces applicables dans la vie de tous les jours peuvent permettre d'améliorer la qualité du sommeil : éviter les écrans et lumières bleues 1h avant d'aller se coucher, instaurer un rituel autour du coucher, en favorisant une activité calme dans l'heure qui le précède, se coucher toujours à la même heure, éviter les activités physiques trop tardives mais les privilégier dans la journée afin d'être fatigué le soir. Si nécessaire le pharmacien peut conseiller des médicaments disponibles sans ordonnance permettant d'améliorer la qualité du sommeil: de nombreuses spécialités sont disponibles (plantes, homéopathie si le patient en demande, mélatonine...) (93).

3-3-3-4- Prise de poids

La prise de poids n'est pas systématique mais reste fréquente pour les personnes en sevrage : 1/3 patients prennent jusqu'à 5kg, et 1/3 plus de 5kg. Les femmes prennent en général un kilo de plus que les hommes (86). La nicotine ayant un effet coupe-faim, son arrêt entraîne une augmentation de l'appétit, d'autant plus que le goût et l'odorat sont retrouvés. Pour stopper les fringales, le pharmacien pourra conseiller au patient de prendre un substitut nicotinique par voie orale, de boire un verre d'eau, de se brosser les dents, et de se changer les idées. En plus de l'augmentation de l'appétit, la nicotine a une action sympathomimétique : elle augmente le métabolisme en général, notamment la lipolyse, tout en diminuant la lipogenèse. Un fumeur brûle davantage de calories (à travail égal) qu'un non-fumeur, et une cigarette fait en moyenne perdre 10 kcal (kilocalorie). C'est pourquoi le poids des fumeurs est inférieur de 1,5 à 2,5 kg (kilogrammes) par rapport au poids qu'ils feraient sans cigarette (34). La combinaison de ces éléments explique donc la fréquence des prises de poids chez les patients en sevrage tabagique.

Des règles hygiéno-diététiques sont à mettre en place afin de limiter ou d'éviter la prise de poids, tout en se gardant d'entamer un régime pendant la période de sevrage tabagique, qui rajouterait au patient de nouvelles contraintes dans un contexte de privation déjà présent (34). Le pharmacien peut informer le patient des outils d'aide en ligne disponibles pour l'aider dans ses démarches (

ANNEXE 21), lui remettre une brochure (par exemple celles disponibles sur Cespharm très bien faites (ANNEXE 23)), et lui rappeler quelques règles simples limitant la prise de poids :

- Eviter de grignoter entre les repas
- Faire 3 repas structurés, à heures régulières dans la journée
- Une collation est possible à 10h et à 16h00
- Limiter les aliments trop gras, trop sucrés, trop salés
- Limiter l'alcool
- Augmenter les fibres dans l'alimentation (fruits et légumes, crudités)
- Pratiquer une activité physique régulière, qui aura en plus une action antistress et anti déprime (34).

Tout en expliquant les mécanismes en jeu dans la prise de poids éventuelle, le pharmacien doit la dédramatiser : la prise de quelques kilos est négligeable face aux bénéfices de l'arrêt du tabac sur la santé. Les données disponibles actuellement ont montré le bénéfice d'un arrêt du tabac sur la santé cardiovasculaire, même en cas de prise de poids (85).

3-3-3-5- Toux

Une toux grasse avec expectoration apparaît fréquemment lors du sevrage. C'est un phénomène transitoire qui atteste d'une reprise d'activité des systèmes de défense des poumons : l'activité muco-ciliaire, jusqu'à lors entravée par les agressions à répétitions subies à chaque cigarette fumée, se remet en marche, permettant de se débarrasser de tous les toxiques accumulés (34). L'augmentation de la toux peut paraître décourageante et déconcertante pour un ex-fumeur, qui pensait qu'à l'inverse il tousserait moins. Il est donc primordial que le pharmacien lui explique les raisons de cette toux passagère, qui n'est pas gage d'une mauvaise santé, bien au contraire.

3-3-3-7- Autre

Certaines femmes peuvent ressentir une hypertension mammaire, lié à l'augmentation du taux d'oestrogène puisque la nicotine diminue sa sécrétion.

La diminution de l'hyper kératinisation de la muqueuse buccale, lié à la diminution des agressions par la fumée du tabac, peut entraîner des aphtes. Cet effet est majoré si le patient consomme une quantité importante de substituts nicotiniques par voie orale. Dans ce cas le pharmacien est en mesure de conseiller plusieurs produits, habituellement donné en cas d'aphtes, si ces derniers ne sont pas trop sévères.

Ces effets sont transitoires.

3-3-4- Prévenir les rechutes et y réagir

A différencier des faux pas (consommation ponctuelle de tabac), les rechutes sont fréquentes dans les démarches de sevrage et doivent être considérées comme une étape normale. En moyenne 60 à 90% des fumeurs reprennent leur consommation dans l'année, et il faut souvent plusieurs tentatives d'arrêt pour parvenir à un sevrage complet. La rechute est d'ailleurs intégrée au modèle théorique de Prochaska et Di Clemente. Envisager une rechute, sans être défaitiste, permet de diminuer la culpabilité lui étant liée (41,86).

3-3-4-1- Les facteurs prédictifs d'une rechute

Un jeune âge, un bas niveau d'éducation avec une moindre conscience de sa santé, une polyconsommation (alcool, cannabis...), un environnement fumeur, une consommation exagérée de café, une consommation de pipe ou de cigare sont des facteurs prédictifs de rechute (41).

La typologie du fumeur conditionne aussi le risque de rechute : plus la consommation de cigarette est forte, plus les difficultés à l'arrêt seront grandes, et plus le risque de rechute est important (Tableau XVI).

Consommation de cigarette	Faible : <5 cigarettes par jour	Moyenne : 5<cigarettes<20 par jour	Forte : >20 cigarettes par jour
Type de dépendance	Dépendance comportementale	Dépendance comportementale Dépendance psychique	Dépendance comportementale Dépendance psychique Dépendance physique
Conséquence	Dès qu'ils sont motivés, ces fumeurs arrêtent sans difficultés	Les fumeurs ont des difficultés d'arrêt variables	Les fumeurs ont de grandes difficultés à l'arrêt

Tableau XVI: consommation de cigarettes, dépendance, et difficultés à l'arrêt (91)

3-3-4-2- Les principale causes de rechutes

Le pharmacien doit connaître les causes les plus fréquentes de rechute afin de travailler dessus avec le patient : symptômes de sevrage, « craving », convivialité et environnement, mauvaise adhérence au traitement, symptômes dépressifs, prise de poids, constipation, excès de confiance, perte de motivation, événements de vie (heureux ou malheureux), sont les causes majoritairement citées (34,41). La plupart de ces items sont traités régulièrement au cours du suivi, comme vu ci-dessus (cf : 3-3-3- Prise en charge des effets secondaires à l'arrêt du tabac).

La façon la plus efficace d'éviter une rechute et d'entretenir régulièrement la motivation du patient afin que cette dernière ne soit pas défaillante. Il est primordial de l'encourager et de le féliciter à chaque fois qu'il a tenu bon, à chaque rendez-vous (41).

Un nombre important de rechutes sont le résultat d'un excès de confiance du patient. Certains fumeurs un peu trop présomptueux réduisent ou arrêtent trop rapidement leur traitement. Ils s'exposent alors à un risque de rechute par accentuation de leur syndrome de sevrage. D'autres fumeurs peuvent aussi prendre une bouffée de cigarette « juste pour voir », se pensant à ce moment « au-dessus » de l'addiction. Mais le conditionnement reprend alors très vite le dessus, et la consommation redevient rapidement celle d'avant le sevrage... Le rôle du pharmacien est donc d'insister sur le fait que le sevrage tabagique est un processus long, et qu'il ne faut pas se presser, au risque de compromettre l'efficacité de la démarche. Il faut également avertir du risque de rechute rapide, même en ne prenant que quelques bouffées sur une cigarette, en expliquant aux patients que l'addiction se garde en mémoire, et qu'il est très facile et très rapide de la réactiver en refumant (41,48).

De la même façon, et parce que le cerveau garde en mémoire les événements associés à la prise de cigarette, il n'est pas rare qu'un ex-fumeur retombe dans sa dépendance suite à un événement malheureux (quand la cigarette était perçue comme une béquille) ou heureux (par le souvenir de l'effet plaisir de la cigarette dans certaines circonstances). La convivialité associée à la cigarette, encore plus

quand l'entourage est fumeur, entraîne aussi fréquemment des rechutes (34). Le pharmacien doit donc rappeler à l'ex-fumeur qu'il est **EX**-fumeur, et qu'il doit donc rester vigilant face aux situations à risque de fumer, en les anticipant (cf : 3-1-3- Limiter les envies de fumer et y faire face).

3-3-4-3- Les modèles de prévention des rechutes : Colonne de Beck et modèle de G.A. Marlatt

Selon le modèle de Marlatt, prévenir les faux pas et gérer efficacement les situations à risque permet d'augmenter le sentiment d'efficacité, ce qui baisse le risque ultérieur de rechute. En revanche lorsqu'une situation à risque n'est pas bien gérée et que le patient craque, le sentiment d'efficacité diminue. Une dissonance cognitive apparaît entre l'engagement profond du patient dans le sevrage et ses actes (le fait d'avoir fumé), entraînant un sentiment de honte et de culpabilité qui favorise le risque de rechute. C'est donc soit un cercle vicieux, soit un cercle vertueux qui peut apparaître.

Lorsqu'une rechute ou un faux pas sont constatés, il est possible d'utiliser les colonnes de Beck afin d'en identifier la cause, et la manière dont le patient aurait pu les éviter. Les colonnes de BECK permettent de mettre en évidence les pensées dysfonctionnelles des patients, qui provoquent des réactions inadaptées (ici, fumer une cigarette), et d'imaginer les pensées alternatives qui auraient permis de les éviter.

Le patient doit remplir 4 colonnes : dans la première, il décrit la situation ayant déclenché la reprise, dans la 2ème ce qu'il a ressenti face à cette situation, dans la 3ème ce qu'il s'est dit, et dans la 4ème ce qu'il aurait pu se dire à la place (Figure 19).

Événements, situations	Émotions, réactions	Pensées automatiques	Pensées alternatives
<i>Ce qui se passe</i>	<i>Ce que je ressens Ce que je fais</i>	<i>Ce que je me dis</i>	<i>Ce que je pourrais me dire d'autre</i>
« Je suis chez des amis, il y a une bonne ambiance. »	Content, j'allume une cigarette.	Juste une, pour une fois !	Tout va bien...et je risque de me faire avoir...
« Mon chef/mon conjoint/etc. m'a fait des reproches... »	Découragé, frustré, j'allume une cigarette.	Ça va me calmer.	Ça ne règle rien...et je vais avoir deux problèmes si en plus je recommence à fumer.
« Mon fils est malade... »	Anxieux, stressé, j'allume une cigarette.	Ce n'est pas pareil, il faut faire face.	D'abord penser à me détendre et à lâcher prise. Fumer ne réglera pas les problèmes.
« J'ai du mal à me concentrer sur mon travail. »	Fatigué, abattu, je fais une pause cigarette.	Ça va me stimuler.	Marcher dehors pour changer d'air me fera plus de bien.

Figure 19: Adaptation des colonnes de BECK à la prévention de la rechute, exemple de remplissage des colonnes. Source: Recommandation de bonne pratique, HAS, 2014.

Les pensées anticipatrices sur la cigarette (correspondant à la colonne « ce que je me dis ») joueraient un rôle permissif et augmenterait l'envie de fumer. Ces pensées peuvent être minimalistes (juste une fois) appétitives (ça me ferait du bien) ou soulageantes (je me sentirai mieux si je fume). Ce sont en général ces pensées qui entraînent la rechute, et qu'il faut tenter de modifier par des pensées alternatives (85).

Le pharmacien peut faire l'exercice avec le patient dans un premier temps, puis le patient pourra remplir les colonnes chez lui, à chaque fois qu'il craque ou ressent une envie forte de fumer (86). Cette méthode permet au fil du temps d'identifier les situations et pensées à risque, et d'y remédier, de façon autonome,

par un apprentissage régulier. A chaque fois qu'une ligne est remplie, elle donne l'occasion au patient de s'améliorer (85).

3-3-4-4- Réagir face aux rechutes

Lorsque le patient a fait un faux pas il ne faut pas adopter une attitude moralisatrice mais simplement discuter de l'événement et avertir le fumeur de la possibilité d'une vraie rechute. En cas de réelle rechute, le pharmacien doit dédramatiser la situation, expliquer que la rechute fait partie du processus et que les premières tentatives d'arrêt du tabac peuvent se solder par des échecs. Mais à chaque tentative d'arrêt, les chances de réussite augmentent ! Il faut donc envisager une nouvelle tentative, dans un délai raisonnable, sachant qu'une tentative précoce ne réduira pas l'efficacité de la démarche, mais qu'une tentative tardive risque de démobiliser le fumeur. Idéalement une période de 4 à 6 semaines peut être laissée au fumeur avant de reprendre un « rendez-vous », même s'il faut plus de temps à certaines personnes (41). Lorsque le patient reviendra, il faudra identifier à quel stade du cycle de Prochaska et Di Clemente il sera retourné pour adapter son discours.

4- Situations particulières

4-1- Femme enceinte

Parce que les femmes enceintes sont une population particulièrement à risque face au tabagisme, elles sont une cible privilégiée de dépistage. Les pharmaciens peuvent mettre à leur disposition des dépliants (disponibles par exemple sur CESPARM (

ANNEXE 22)), et doivent les sensibiliser à l'importance de l'arrêt. Cependant, le sevrage tabagique chez la femme enceinte présente quelques particularités, que le pharmacien doit connaître.

À tabagisme égal, les femmes présentent souvent une dépendance plus forte (leur motivation, confiance en elles, et adhérence au traitement sont plus faibles que chez leurs homologues masculins) ; leur taux de réussite du sevrage est donc plus bas, malgré une substitution nicotinique généralement plus forte. Souvent stressées par l'arrivée du bébé et l'organisation qui en découle, les femmes enceintes fumeuses ont de plus le poids des pressions extérieures, et de leur propre culpabilité à supporter. Le sevrage est donc d'autant plus compliqué que le contexte est anxiogène pour elles.

Le test de Fagerström est faussé chez la femme enceinte car à l'annonce de la grossesse, elle diminue souvent par elle-même sa consommation, avec un phénomène de compensation. Il est donc essentiel de questionner la patiente sur ses habitudes tabagiques d'avant la grossesse.

L'objectif visé est un arrêt complet du tabac (si le conjoint fume, il doit impérativement arrêter de fumer aussi). Si les techniques psycho-comportementales ou l'accompagnement psychologique sont insuffisants (traitement de 1^{ère} intention), ou si la dépendance est forte, il est possible de passer à la substitution nicotinique, selon le schéma habituel, en privilégiant cependant les timbres diffusants sur 16h. Le pharmacien doit garder à l'esprit que la femme enceinte connaît une exacerbation du goût et éprouve parfois des difficultés avec les pastilles et les gommes. Il doit aussi être vigilant sur les prescriptions de varénicline et de bupropion, contre indiqués pendant la grossesse. Dans tous les cas, une prise en charge multidisciplinaire est recommandée, et un suivi rapproché doit être mis en place. Si la femme enceinte ne peut pas arrêter seule, il faut l'orienter vers une consultation médicale.

Pour la femme enceinte, le sevrage tabagique est une occasion d'améliorer sa santé et celle du bébé, et permet de préparer à la parentalité (66).

4-2- Femme allaitante

Au cours de l'allaitement maternel on recommande plutôt les formes orales de SN, juste après la tétée, de manière à limiter le passage de la nicotine dans le lait maternel. Le bupropion la varénicline sont contre-indiqués chez la femme allaitante (66).

4-3- Autres formes de tabac consommés

4-3-1- Pipe à eau

Aussi appelée chicha ou narguilé, elle consiste à faire chauffer du tabamel (mélange d'environ 70% de mélasse et de 30% de tabac, additionné d'arôme) grâce à un charbon, puis la fumée est refroidie en passant dans l'eau, avant d'être inhalée par le fumeur via un bec au bout d'un tuyau. Une séance de chicha dure environ 45 à 60min pour 150 à 200 aspirations. Les substances aspirées sont les mêmes que celles contenues dans la fumée de cigarette, mais la quantité est supérieure : une séance de chicha équivaut à fumer 30 à 40 cigarettes (97)! Le pharmacien doit donc prendre en compte ces éléments lors de la prise en charge des patients fumeurs de chicha, ainsi que la dépendance psychique et comportementale associée au produit (puisque la chicha est généralement partagée entre amis lors de moments conviviaux). Enfin, l'accent doit être mis sur l'entretien motivationnel, car la majorité des fumeurs de chicha sont jeunes, et généralement peu motivés à arrêter (98). Il n'existe pas de recommandation officielle pour la prise en charge des fumeurs de chicha. Si le sevrage s'avère difficile, le pharmacien ne doit pas hésiter à orienter le patient vers un tabacologue.

4-3-2- Pipe, cigarillos et cigares

Pour ces 3 modes de consommation spécifique, il n'est pas aisé de connaître la quantité de nicotine nécessaire à la substitution nicotinique. La fumée peu aussi bien être inhalée que « crapotée ». Idéalement, le dosage du monoxyde de carbone à l'aide du CO testeur permet de mesurer la dépendance et donc la quantité de nicotine à donner au patient, mais toutes les pharmacies n'en disposent pas...

Dans la théorie, pour les fumeurs de pipe, le pharmacien peut calculer le dosage de nicotine nécessaire pour la mise en place d'un traitement de substitution nicotinique, selon la formule suivante :

$\text{Poids du paquet en gramme/nombre de jours mis pour le fumer} \times 2.5 = \text{nombre de cigarette fumées}$

Concernant les cigarillos, on peut aussi établir une équivalence : ils sont en général fumés comme des cigarettes, donc on considère qu'un cigarillo correspond à 2 ou 3 cigarettes. En partant du principe de la HAS, 1mg de nicotine= 1 cigarette, on obtient la quantité de nicotine nécessaire à la substitution.

Pour les cigares, il est plus difficile d'établir une correspondance, puisqu'ils sont généralement « crapotés ». De plus, il n'y a pas de cigare standard : ils existent sous différents parfums, force, taille... Le testeur de monoxyde de carbone est donc nécessaire pour avoir une approche la plus exacte possible du traitement à mettre en place.

Le pharmacien doit aussi garder à l'esprit que les fumeurs de pipes, de cigares et de cigarillos sont habitués aux saveurs fortes, donc si SN par VO il y a, il faudra privilégier les goûts prononcés (par exemple, donner des Nicopass eucalyptus plutôt que menthe fraîche) (93).

4-3-3- Tabac à priser

C'est une poudre fine, aromatisée, que la personne va aspirer par les narines. La nicotine traverse la muqueuse nasale et arriverait au cerveau en temps et en quantité à peu près équivalente qu'une cigarette. Ce mode de consommation est très marginal, et peu d'études existent quant à la démarche à adopter pour le sevrage des personnes dépendantes au tabac à priser... Si le patient présente une dépendance marquée au produit, orienter la personne chez un tabacologue peut être une nécessité.

4-3-4- Tabac à chiquer

Le tabac à chiquer diffuse par la muqueuse buccale et n'est pas sans risque (il augmente notamment fortement le risque de rétractation des gencives et celui de cancer buccal). Il est fortement addictogène puisqu'il contient plus de nicotine que les cigarettes classiques. Avoir durant 30 min du tabac à chiquer dans la bouche apporte autant de nicotine que 3 cigarettes.

Il est possible de conseiller des gommes à mâcher (en respectant l'équivalence de nicotine par rapport à la consommation des patients) si un traitement de substitution est nécessaire, puisque leur modalité d'utilisation se rapproche fortement du fonctionnement du tabac à chiquer (93,99).

4-3-5- Snus

Très utilisé dans les pays scandinaves mais interdit en France, le snus est de plus en plus utilisé par les jeunes qui arrivent tout de même à s'en procurer. De la poudre de tabac est contenue dans un sachet, comme un petit sachet de thé. Ce dernier est placé entre la joue et la gencive. La quantité de nicotine libérée est élevée (3 fois celle d'une cigarette). Comme pour le tabac à chiquer, les SN par VO peuvent être conseillés (100).

Les stratégies d'invention du pharmacien sont donc nombreuses. La prise en charge ci-dessus correspond à l'idéal théorique à atteindre. Mais dans la pratique, cet idéal est-il possible ? Quelle place le pharmacien occupe-t-il réellement en France, en 2021, dans le sevrage tabagique ?

PARTIE C : LA PLACE DU PHARMACIEN DANS LE SEVRAGE

1- Position du pharmacien dans la lutte contre le tabagisme

1-1- Opinion des institutions

Le pharmacien d'officine est engagé dans la lutte contre le tabagisme depuis de nombreuses années.

En 1998, l'ANAES (agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé) fait référence au pharmacien dans le sevrage tabagique en ces termes : « les pharmaciens se doivent de souligner les risques importants de fumer, encourager l'abstention tabagique, conseiller et accompagner le fumeur qui cesse de fumer ».

L'année suivante, à la suite du plan gouvernemental de lutte contre le tabagisme, les substituts nicotiques sont délistés et disponibles en vente libre, renforçant alors le rôle du pharmacien dans le sevrage tabagique. Le pharmacien n'est plus nécessairement l'intermédiaire du médecin via une ordonnance, mais un acteur direct dans la prise en charge du patient désireux d'arrêter le tabac. A ce titre, de nombreuses formations sur le sevrage tabagique sont alors organisées pour les officines.

En 2003, l'AFFSAPS (Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé AMPA) stipule dans ses recommandations des bonnes pratiques que « les pharmaciens doivent sensibiliser, dépister, mettre en place et conduire le sevrage tabagique, accompagner et suivre les fumeurs, ou les orienter vers un praticien », accentuant leur mission dans la lutte contre le tabagisme. Un an plus tard, la nouvelle loi de santé publique précise que les professionnels de santé (donc le pharmacien) doivent être en mesure de réaliser un travail de prévention, d'identification et de diminution des risques pour la santé. Leur implication dans la lutte contre le tabac, ainsi que dans le sevrage tabagique et la prévention de rechutes est donc implicitement évoquée.

En 2009, la loi HPST a pour vocation de renforcer le rôle du pharmacien en santé publique, d'augmenter sa coopération avec les autres professionnels de santé, de valoriser ses missions d'éducation thérapeutique, et d'accompagnement des patients. Le pharmacien acquiert alors un rôle notable en santé publique. La loi HPST est une véritable opportunité sur laquelle le pharmacien peut s'appuyer pour réaliser le sevrage tabagique de ses patients à l'officine.

En 2013, la HAS souligne le rôle du pharmacien dans l'arrêt du tabac et le maintien de cet arrêt : le pharmacien peut être amené à recevoir des fumeurs qui viennent spontanément acheter des TNS pour arrêter de fumer. A cette occasion, le pharmacien peut orienter ces fumeurs vers une prise en charge médicale afin d'optimiser leurs chances de succès, notamment par le biais d'un protocole de coopération entre professionnels de santé ». Le souhait des autorités sanitaires en France, médié par Marie-Anne Jacquet, directrice générale adjointe chez Santé publique France, et par Marisol Touraine, ministre de la santé est aussi de « développer une interprofessionnalité dans le parcours de soins du patient chronique... avec entre autres le positionnement du pharmacien ». Il paraît intéressant d'intégrer ce conseil de sevrage à l'officine dans une démarche pluridisciplinaire précise, cependant, aucuns protocoles officiels de coopération entre professionnels de santé ne sont parus à ce jour...(101)

En 2014, dans le rapport de l'académie nationale de pharmacie, l'aide à l'arrêt du tabac est décrite comme une mission d'intérêt publique du pharmacien, contribuant à la qualité des services en officine.(101)

La même année, à l'occasion du Plan national de réduction du tabagisme, le conseil de l'ordre des pharmaciens a lancé la campagne « sevrage tabagique à l'officine : les pharmaciens sont au RDV » afin de prouver l'engagement de la profession dans la lutte. En effet, les pharmaciens étaient les « grands oubliés » du programme, car il n'était fait aucune mention du pharmacien dans ses lignes. Fabienne Blanchet, directrice de CESPARM a d'ailleurs rappelé le rôle du pharmacien dans le sevrage à la suite du PNRT : « Nous sommes mobilisés depuis 2000 avec l'arrivée des premiers substituts nicotiques. Les pharmaciens sont en première ligne, en délivrant les premiers conseils aux fumeurs afin de motiver leur arrêt. Ils peuvent évaluer leur niveau de dépendance, leur présenter les différentes stratégies d'arrêt, leur proposer un substitut nicotinique et, si besoin, orienter les personnes vers une consultation médicale spécialisée. » (102) (103)

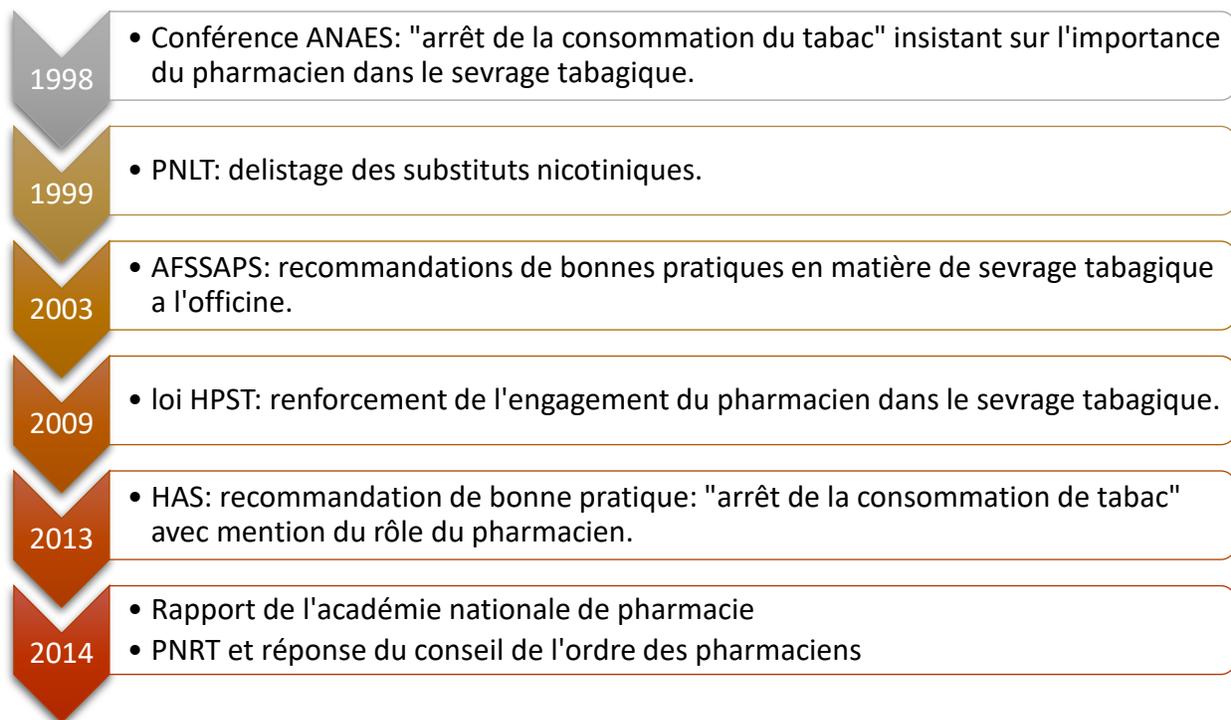


Figure 20: Résumé des mesures clefs ayant renforcées le rôle du pharmacien dans le sevrage tabagique

Au fil du temps, les autorités ont accordé une importance manifeste au pharmacien dans le sevrage tabagique et dans la lutte contre le tabac. Bien que certains points soient encore à préciser, le pharmacien dispose aujourd'hui de l'appui de nombreuses organisations pour jouer son rôle en matière de prévention contre le tabagisme...

1-2- Opinion des pharmaciens

La place réglementaire et conventionnelle du pharmacien dans la lutte anti-tabac est incontestable. Mais qu'en est-il sur le terrain ? Quel est le ressenti du pharmacien face à cette mission que les autorités lui ont attribuée ?

En 1998 le comité français d'éducation pour la santé (CFES) a souhaité répondre à ces questions. Il a mené une enquête sur l'implication du pharmacien dans le sevrage tabagique. À cette époque les pharmaciens étaient en majorité favorables à la réalisation d'un travail de prévention auprès de leurs patients, mais

avouaient avoir des difficultés à intervenir dans un domaine sortant des médicaments. Seuls 59% des pharmaciens se sentaient impliqués dans la prévention et 41% estimaient avoir un rôle limité à jouer en matière de prévention. Plus de la moitié des pharmaciens estimaient qu'il était facile d'échanger sur le tabac au comptoir mais moins d'un tiers d'entre eux pensaient qu'il était de leur devoir d'intervenir à ce sujet.(102)

En 2001, dans une enquête réalisée auprès des pharmaciens de Grenoble, 95% d'entre eux estimaient avoir un rôle à jouer dans la lutte antitabac.(104)

En 2003, selon une enquête du baromètre santé médecins/pharmaciens de l'INPES, 4/5e des pharmaciens pensent jouer un rôle important dans le sevrage tabagique et 9/10e d'entre eux évoquent spontanément le tabac avec les personnes fréquentant leur officine. Parmi les pharmaciens ne parlant jamais de la consommation de tabac à leurs patients, une grande majorité pense que les patients sont libres de fumer, d'autres trouvent que le thème n'est pas facile à aborder et enfin certains estiment que le patient ne veut pas être interrogé. Néanmoins, personne n'a déclaré que le sevrage tabagique n'était pas du ressort du pharmacien.(105)

A Nancy, une enquête a montré que les pharmaciens se sentent engagés dans la lutte antitabac. Leur écoute et leur capacité à donner des informations sont, selon eux, leurs principaux outils dans le sevrage tabagique. Conseil, distribution de brochures et délivrance des substituts nicotiniques leur permettent de mener à bien leur mission pour le sevrage tabagique.(102)

Très récemment, à la suite de la pandémie de COVID-19, le laboratoire Johnson and Johnson a montré que le désir et les efforts pour arrêter de fumer ont augmenté pendant la pandémie : 24% des fumeurs souhaitaient arrêter la cigarette à cause des complications liées à la maladie. Par la même occasion, le laboratoire a interrogé les pharmaciens sur leur désir de prendre en charge ces fumeurs, et 94% d'entre eux étaient favorables à accompagner leurs patients au cours de leur sevrage tabagique. (106)

En définitive, l'engagement du pharmacien dans le sevrage tabagique en France n'est plus à prouver et s'est amplifié au fil du temps.

1-3- Opinion des patients

A l'international, notamment aux Etats Unis, les patients estiment que l'intervention du pharmacien est une « chance supplémentaire d'arriver au sevrage tabagique ». Le contact serait aisé, et la disponibilité du pharmacien un atout dans la prise en charge. La pharmacie est perçue comme le lieu le plus approprié pour initier un sevrage tabagique, et le pharmacien comme un interlocuteur privilégié pour répondre aux interrogations des patients sur les interactions avec les médicaments.(101) Globalement, le pharmacien est perçu comme un interlocuteur pertinent, compétent, et disponible dans les pays anglo-saxons.

Cette considération du public étranger à l'égard du rôle du pharmacien dans le sevrage tabagique est le reflet d'une politique de santé publique parfois différente de celle conduite en France. En effet, au-delà de nos frontières, beaucoup de pharmaciens sont considérés comme les référents en matière de prise en charge du fumeur dans le sevrage tabagique. Au Canada et aux états unis, le sevrage tabagique est intégré dans une mission de santé publique et cette mission est confiée au pharmacien d'officine. Une étude américaine a ainsi prouvé que les conseils promulgués par le pharmacien provoquaient un arrêt du tabac dans 11% des cas et que ce pourcentage était identique à celui obtenu lorsque ces conseils étaient promulgués par un médecin. En Angleterre entre 2014 et 2015 presque la moitié des tentatives d'arrêt du

tabac ont été initiées dans des pharmacies d'officine, montrant que la contribution de ces dernières dans le sevrage tabagique est une réalité. Selon le pays, la prise en charge des fumeurs se fait avec ou sans rémunération.(102) (107,108)

En France le point de vue des patients à l'égard du sevrage tabagique (réalisé par le pharmacien d'officine) est plutôt positif. Dans une enquête (menée dans le cadre d'un mémoire de tabacologie), à la question « si votre pharmacien vous propose de l'aide au comptoir pour arrêter de fumer, accepteriez-vous ? » 73% ont répondu oui. A la question « si votre pharmacien vous propose un entretien d'environ 30 minutes pour parler du tabac accepteriez-vous ? » 76% des patients ont répondu positivement. Ses réponses prouvent que le pharmacien a un fort potentiel vis à vis de sa patientèle pour conduire un sevrage tabagique. (101)

Enfin, 80% des patients poussant la porte d'une pharmacie considèrent que le pharmacien joue un rôle important dans la prévention, dans l'éducation, dans le conseil, et que le soutien dans le sevrage tabagique ou les conseils diététiques font partie de leurs missions. (107)

2- Stratégies d'intervention du pharmacien

2-1- Les interventions possibles

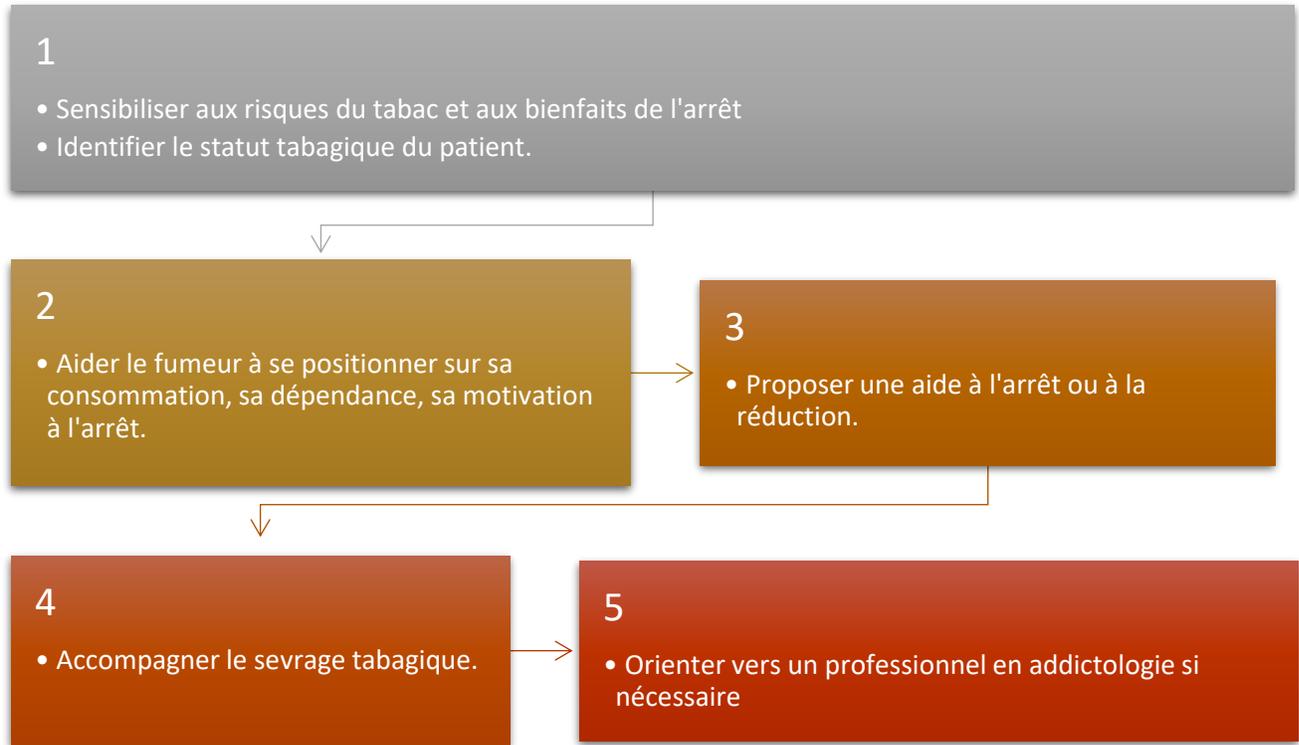
L'opinion des autorités est claire : le pharmacien est un acteur de santé publique, qui se doit d'agir dans le domaine de la prévention, qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire.

Rapporté à la lutte contre le tabagisme, les interventions de prévention primaire visent à écarter ou à diminuer le nombre de nouveaux cas de maladies en rapport avec le tabac. Le rôle du pharmacien dans la prévention primaire est notable puisque c'est le professionnel de santé le plus être en contact avec des personnes fumeuses « en bonne santé ». Ces personnes ne reçoivent alors pas forcément de message de prévention direct de la part des professionnels de santé, avec qui elles ont peu de contact. Le repérage des fumeurs et l'incitation à l'arrêt du tabac par le pharmacien est une mission primordiale dans la diminution des risques lié au tabagisme. C'est le principe du RPIB (repérage précoce et intervention brève), de plus en plus utilisé dans l'alcool, mais aussi applicable avec le tabagisme. L'idée est d'agir **AVANT** les dommages.

Le pharmacien peut aussi être un acteur de prévention secondaire en intervenant dans la maîtrise de l'aggravation de la durée et de l'évolution des pathologies en rapport avec le tabac. La prévention secondaire consiste à évoquer le sevrage tabagique lors de pathologies où le tabac est l'agent en cause ou bien un facteur aggravant (102). Selon un grand nombre de pharmaciens, la prévention secondaire est plus facile à aborder au comptoir que la prévention primaire. Cette tendance est corroborée par les résultats du baromètre santé médecin pharmacien de 2003 : lorsque les pharmaciens parlent spontanément de la consommation de tabac à leur patient c'est majoritairement à l'occasion de leur maladie (63%) ou lors de la délivrance de certains produits (49%).(105)

Enfin, le pharmacien peut être un acteur dans la prévention tertiaire : l'arrêt du tabac peut éviter la survenue des complications liées à une maladie ou prévenir sa rechute. Le sevrage tabagique et son maintien contribue donc à la réduction du risque de complication ou de rechute de maladie liées au tabac.

Ces actions de prévention se définissent en 5 niveaux d'implication du pharmacien en fonction de la réceptivité du fumeur, et de la motivation du pharmacien. Il peut de ce fait (110,111) :



Une prise en charge « idéale » d'un patient devrait inclure tous ces items
(cf :

PARTIE B: PRISE EN CHARGE A L'OFFICINE). Toutes ces interventions, pour être efficaces, doivent s'inscrire dans un processus collaboratif avec d'autres professionnels de santé.

3-2- L'importance du processus collaboratif

Le métier de pharmacien est basé sur la coopération entre les professionnels de santé, sans pour autant que cette collaboration soit décrite précisément dans les textes. Le relationnel entre le pharmacien et les prescripteurs est essentiel au succès de son travail. Bien qu'elle soit davantage implicite qu'explicite, la collaboration est d'autant plus importante dans le sevrage tabagique qu'il y a addiction : les prises en charge multidisciplinaires ont démontré une meilleure efficacité dans la dépendance que les prises en charge isolées.

C'est d'ailleurs un élément clef à l'étranger, où les professionnels de santé pensent que « les interventions des pharmaciens sont efficaces lorsqu'elles sont intégrées dans des pratiques régulières, avec des pharmaciens formés spécifiquement, et que la prise en charge est intégrée dans un réseau multi professionnels (infirmiers, médecins, sages-femmes, pharmaciens...). » (101)

En France, l'articulation entre les différents dispositifs de prise en charge des addictions est inscrite dans la circulaire de 2007, précisant qu'il existe 3 volets autour desquels la prise en charge des patients souffrants d'addiction doit s'orienter :

- Un volet médico-social (via les CSAPA par exemple),
- Un volet sanitaire (hôpitaux),
- Un volet ville (médecin pharmacien où dentistes).

Le rôle du pharmacien est peu précisé mais il est indiqué que son but est la diminution du risque par une prise en charge du tabagisme via la vente de substituts nicotiques. Une coopération entre les professionnels de santé est nécessaire mais techniquement, peu de moyens sont mis en œuvre, et ils sont peu détaillés.

De la même façon la haute autorité de santé a précisé en 2013 que le pharmacien était un acteur essentiel au sein d'un protocole de coopération entre professionnels de santé, sans pour autant préciser ses missions, et aucun protocole n'est paru à ce jour.(102)

3-3- Intervention particulière : les entretiens pharmaceutiques

Les entretiens permettent au pharmacien d'assurer une prise en charge personnalisée et adaptée au patient. Orienté sur le conseil, l'éducation, et la prévention, ils donnent l'occasion au pharmacien de faire le point avec le patient sur ses connaissances à propos de sa maladie, de ses médicaments, et de l'accompagner régulièrement pour en dresser le bilan. Il existe actuellement plusieurs types d'entretiens standardisés au niveau national et rémunérés par l'assurance maladie : AVK (anti vitamine K), AOD (Anticoagulants oraux direct), Asthme, BMP (bilan de médication partagé), et dernièrement anticancéreux oraux.

Certaines officines ont souhaité mener un accompagnement au sevrage tabagique sur le modèle de ces entretiens. Ils ne sont cependant pas standardisés, ni rémunérés par l'assurance maladie. Toutefois, en octobre 2018, un décret relatif aux conseils et prestations pouvant être proposés par les pharmacies, rend possible la facturation des entretiens d'aide au sevrage (112). Conduit auparavant gratuitement, il est depuis possible de les rendre payants. Concernant la standardisation, l'engagement de nombreux

groupements de pharmacie a permis l'émergence de plusieurs protocoles. A titre d'exemple, les groupements Giropharm, Giphar, Pharmactiv proposent aux pharmaciens adhérent de guider leurs patients vers un sevrage tabagique, en mettant à disposition des pharmacies les outils nécessaires à l'élaboration de cette nouvelle mission.

Depuis quelques années et à la suite de l'évolution du métier, l'idée d'une mise en place d'entretiens d'aide au sevrage tabagique bourgeoine dans l'esprit de nombreux pharmaciens en France. Au regard de plusieurs études, il semblerait que ce format de prise en charge augmente d'ailleurs les chances de succès du sevrage.

3-3-1- Retour d'expérience réalisée à l'Etranger

Un grand nombre d'études ont été menées à l'international afin de prouver les bénéfices des entretiens pharmaceutiques sur la réussite du sevrage tabagique. Les expériences suivaient des protocoles hétérogènes, et les résultats obtenus l'étaient aussi. De façon générale, la prise en charge sous forme d'entretien pharmaceutique semble efficace, même si certains résultats divergent.

Une méta-analyse regroupant 5 études (réalisées aux Etats unis, en Angleterre et en suède), qui proposaient des entretiens individuels ou de groupe, un suivi des patients, avec une formation préalable de l'équipe officinale, a révélé que les entretiens pharmaceutiques pouvaient être une réelle opportunité pour les patients désirant arrêter le tabac. Les résultats globaux de cette analyse indiquent avec une hétérogénéité modérée que ces entretiens augmentent l'abstinence chez le patient par rapport au groupe témoins, pris en charge de manière habituelle, au comptoir (113).

Une autre méta-analyse regroupant 2 études conduites au Royaume-Uni (une étude menée par Maguire en 2001 et une autre par Sinclair en 1998) a démontré que les entretiens au sevrage tabagique à l'officine étaient efficaces. Dans les 2 études, une formation au préalable des pharmaciens sur la motivation et le changement en matière de comportement tabagique était réalisée. Les 2 études comparaient leur groupe de fumeurs en entretien avec des groupes témoins. L'une des études proposait une rémunération du pharmacien. Les résultats sur l'arrêt du tabac étaient les suivants :

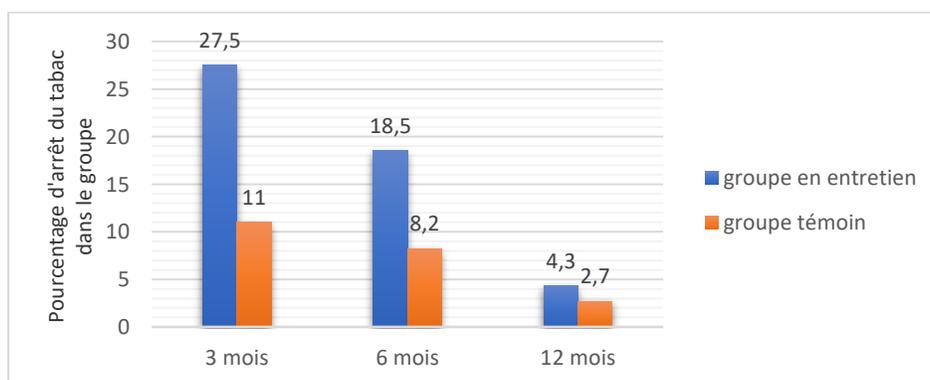


Figure 21: graphique représentant les pourcentages d'arrêt entre le groupe témoin et le groupe en entretien à 3 6 et 12 mois dans l'étude de Maguire

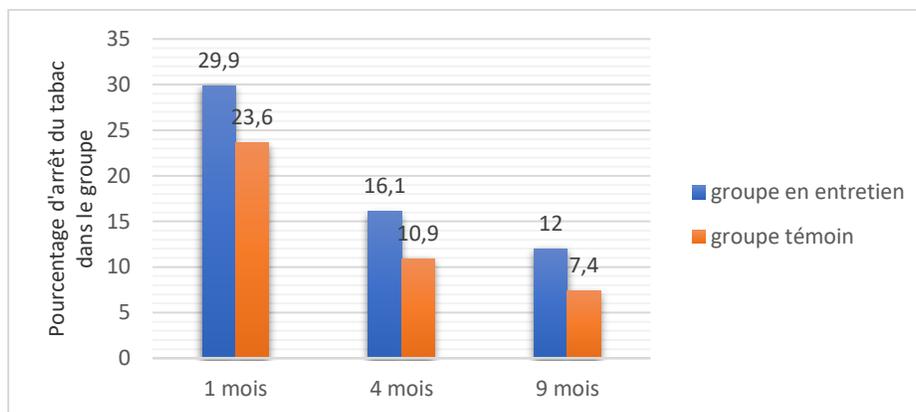


Figure 22: graphique représentant le pourcentage d'arrêt du tabac dans les groupes en entretien et les groupes témoins à 1, 4 et 9 mois dans l'étude de Sinclair

Les entretiens semblent donc améliorer les chances de réussite du sevrage tabagique dans le temps. Outre les résultats satisfaisants sur le sevrage, le ressenti des pharmaciens mais aussi des patients était positif durant l'expérience. Les groupes témoins à qui on avait demandé d'évaluer la qualité des interventions, des échanges, les bénéfices ressentis et l'utilité des discussions, avaient des scores plus faibles que les groupes en entretien. De plus les bénéfices de la formation reçue par les professionnels de santé dans le cadre de l'expérience étaient ressentis jusque 3 ans après son arrêt (114).

3-3-2- Retour d'expérience en France

Peu d'étude sont disponibles à ce jour sur les bénéfices des entretiens pharmaceutiques pour l'aide au sevrage, bien que plusieurs pharmacies en réalisent tous les jours. Les études sur les entretiens en pharmacies pour le sevrage tabagique et leur mise en place dans les pharmacies sont souvent menées par l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé libéraux) pharmacien, et limitées à certaines régions de France. Les laboratoires commercialisant les substituts organisent également des partenariats avec les pharmacies afin de promouvoir ce type d'accompagnement.

3-3-2-1- Coordination par les laboratoires pharmaceutiques

Une étude a été réalisée par le laboratoire Pierre Fabre, entre 2014 et 2016 : l'étude STOP (sevrage tabagique à l'officine). Elle avait pour vocation de démontrer l'efficacité d'entretiens pharmaceutiques pour accompagner au sevrage tabagique. 5 entretiens étaient prévus sur 6 mois, en plus d'une utilisation de substituts nicotiques. Les pharmaciens réalisant ces entretiens étaient formés au préalable, et leur pharmacie devait disposer d'espace de confidentialité. Les entretiens ont été rémunérés par le laboratoire. Ce dernier a essayé de suivre une ligne conductrice basée plutôt sur le ressenti du patient et son bien être face à l'arrêt, plutôt que de se focaliser sur son sevrage : la qualité du sommeil, l'anxiété, les interactions sociales et l'état de santé général du patient étaient régulièrement évalués. Au fur et à mesure des rendez-vous, la qualité de vie des patients était améliorée, ce qui était un argument majeur pour convaincre les fumeurs, qui craignent souvent que l'arrêt du tabac affecte leur moral et leur vie sociale.

Sur 227 patients recrutés, seulement 53 patients se sont présentés jusqu'au dernier entretien. Sur ces 53 patients restant, 75% se disaient abstinents depuis la dernière visite. Sur 227 personnes, en considérant que les absents ont continué de fumer, 18% ont donc arrêté le tabac.

Les patients étaient satisfaits du programme, et expliquaient qu'ils pourraient recommander ce programme à un ami. Du côté des pharmaciens, le projet était apprécié et utile, adapté à l'exercice officinal ainsi qu'aux patients.

L'institut Pierre Fabre a souhaité, par le biais de cette expérience, ouvrir la voie vers une standardisation d'entretiens (qui seraient rémunérés par la sécurité sociale), en démontrant que ces derniers étaient efficaces et appréciés des fumeurs (107).

Le laboratoire GSK-Novartis s'est également associé au groupement Pharmactiv pour lancer un programme de suivi personnalisé afin d'aider les patients à arrêter de fumer. Réalisé au travers de 5 rendez-vous avec le patient pendant 3 mois, il incluait une formation préliminaire des membres du réseau Pharmactiv en tabacologie (115). Les pharmacies ayant mis ces entretiens en marche, dont l'expertise est désormais reconnue par leurs patients, semblent satisfaites du résultat (112).

3-3-2-2- Coordination par l'URPS des pharmaciens

L'URPS des pharmaciens a lancé plusieurs campagnes contre le tabac dans les officines afin de prouver le bénéfice des entretiens auprès des autorités. Certaines expérimentations sont terminées, d'autres sont encore en cours. L'équipe officinale était formée au préalable, et la totalité des expériences était rémunérée (en général par les caisses d'assurance maladies de la région). Au total, 6 études ont été conduites, ou sont en cours de réalisation en France : en PACA, dans le Grand Est, dans les pays de la Loire, en Nouvelle Aquitaine, à la Réunion, et en Auvergne Rhône Alpe (Tableau XVII).

Régions	Nom du projet et date de lancement	Spécificité du programme
PACA	<ul style="list-style-type: none"> « Mois sans tabac mais avec mon Plan d'Aide au Sevrage Tabagique Personnalisé à l'Officine (PAPO) » Lancement en 2017, à l'occasion du mois sans tabac. 	<ul style="list-style-type: none"> 3 entretiens : le premier pour faire le point, le 2eme à j8 pour réévaluer le plan de sevrage et le 3eme à j30 pour une évaluation finale. Rémunération de 50 euros par patient par la caisse nationale d'assurance maladie (116)
Grand est	<ul style="list-style-type: none"> Lancement en 2018 	<ul style="list-style-type: none"> 3 entretiens motivationnels Rémunération de 60 euros par patient Soutient méthodologie et financier par l'ARS (agence régionale de santé) (117)
Pays de la Loire	<ul style="list-style-type: none"> « Entretiens en officine pour la liberté (EOL) » Lancement en 2020, mais retard de projet lié à la Covid 	<ul style="list-style-type: none"> 5 entretiens motivationnels : un entretien initial (45/60 min) puis 4 entretiens de suivi (20 min). Entretiens rémunérés directement par l'URPS à hauteur de 150€/patient inclus (avec un plafond d'indemnisation à 5 patients) (118,119).

Nouvelle aquitaine (addictlim)	<ul style="list-style-type: none"> Lancement en 2016 	<ul style="list-style-type: none"> 5 entretiens motivationnels : entretien initial pour faire le point, puis entretiens de suivi. Rémunération de 15 euros par entretien, par la caisse nationale d'assurance maladie (120).
Réunion	<ul style="list-style-type: none"> Action « lib sans tabac » Lancement en 2017 Reconduit chaque année 	<ul style="list-style-type: none"> 4 entretiens proposés aux patients, avec une délivrance gratuite d'un pack d'échantillon de substituts nicotiques pour une semaine (donné gratuitement au premier entretien) (121–123)
Auvergne Rhône alpe	<ul style="list-style-type: none"> « Projet tabac » En cours 	<ul style="list-style-type: none"> 6 entretiens : entretien initial de 1h puis les 5 autres de 30 min à J2 J7 J30 J60 J90 J120 et le dernier à 6 mois Rémunération de 140 euros par patient (124)

Tableau XVII: Tableau résumant les principaux projets d'entretiens pour le sevrage tabagique, réalisés sous la direction régionale des URPS pharmaciens.

Les résultats de ces expériences ne sont pas encore tous connus, certains n'ont pas encore été publiés. Toutefois, en PACA, le bilan du programme d'aide à l'arrêt du tabac semble positif : 45 % des patients vus en entretiens et accompagnés par leur pharmacien ont arrêté de fumer, et 70% des autres personnes suivies expliquent avoir réduit leur consommation. De plus, 99% des patients étaient satisfaits du projet (125). Dans le Grand-Est, tous les patients ont jugé les entretiens utiles. Presque 9 pharmaciens sur 10 ont trouvé qu'ils augmentaient les chances de réussite du sevrage, et qu'ils avaient leur place dans l'exercice officinal (126). A la réunion, le projet est reconduit et amélioré chaque année, preuve de son efficacité. En Nouvelle Aquitaine, l'expérience a d'abord été menée dans 3 départements, pour être étendue à toute la région, ce qui semble prouver que l'expérience était concluante.

3- Les atouts et les freins d'une prise en charge officinale

3-1- Les atouts

Nombreux sont les avantages de l'officine dans la prise en charge du sevrage tabagique des patients. L'accessibilité aux traitements, la rapidité d'intervention, la proximité géographique, mais aussi relationnelle, ainsi que la fidélité et le lien social créés avec les patients permettent de les accompagner efficacement dans leur démarche de sevrage. La confiance accordée au pharmacien, et leur connaissance des médicaments, font d'eux des acteurs à part entière dans le sevrage tabagique et la lutte contre le tabagisme.

3-1-1- Accessibilité

Le maillage territorial, en raison de la répartition des officines en France, est tel qu'il existe en moyenne une officine pour 3086 habitants. Selon le conseil de l'ordre des pharmaciens, sur le territoire français, c'est 20736 officines qui sont réparties de façon homogène, avec environ 55500 pharmaciens pouvant conseiller sur le sevrage tabagique (127). De plus, la position privilégiée des officines au sein des communes et des villages (par exemple au niveau d'une église, d'une mairie, des commerces, d'un cabinet médical avec parking...) permet une visibilité et une accessibilité manifeste pour la population. En tout, 4 millions de personnes fréquentent chaque jour les officines et 180 personnes par jour et par officine sont susceptibles de recevoir un message en rapport avec le tabac. (128) Il est important de noter que la

population fréquentant les officines est très hétéroclite. Le pharmacien est le professionnel de santé le plus en contact avec des personnes non malades. Son rôle dans la prévention primaire est donc primordial.

Outre l'accessibilité géographique, les pharmacies ont l'avantage de ne pas présenter de contraintes organisationnelles pour les patients désireux d'entamer un sevrage tabagique. La motivation des patients peut être entravée par des contraintes d'organisation et de temps, notamment lorsqu'il y a la prise de rendez-vous pour une consultation médicale. De plus, parfois fugace, la motivation à l'arrêt peut disparaître entre le moment de la prise du rendez-vous et le rendez-vous lui-même. En France, le temps moyen pour obtenir un rendez-vous avec un tabacologue et d'environ 12 jours, et augmente au fur et à mesure des années (107). Le fait de pouvoir se présenter à la pharmacie sans rendez-vous et à n'importe quelle heure de la journée permet à un nombre considérable de patients de franchir le cap du sevrage.

La facilité d'accès des officines dans l'espace mais aussi dans le temps doit être vue comme une opportunité de délivrer une information concernant le tabac et d'accompagner et/ou d'orienter les patients vers un sevrage tabagique.

3-1-2- Confiance

Pour débiter n'importe quel sevrage dans une addiction, la relation de confiance entre le patient et le professionnel de santé est primordiale. Or, cette confiance s'acquiert au fil du temps, au fil des rendez-vous et au fil des discussions. Bien que sous entendue, elle n'est pas assurément installée lors d'un premier rendez-vous avec un tabacologue (les spécialistes en addictologie étant souvent des interlocuteurs inédits pour les patients). Dans ce contexte, le pharmacien a l'avantage de bien connaître ses patients, de les voir régulièrement, de discuter fréquemment avec eux, et d'avoir établi au fil des mois, voire des années, une relation de confiance. Ainsi, 92% des patients déclarent avoir confiance en leur pharmacien, 94% pourcent des patients pensent que le pharmacien est à l'écoute et 89% des patients apprécient les conseils du pharmacien (102).

3-1-3- Fidélité et lien social

La fidélité de la patientèle en pharmacie permet au pharmacien de bien connaître le cadre de vie ainsi que les habitudes de ses patients, qu'il voit régulièrement. Le pharmacien représente de ce fait un collaborateur privilégié (lorsque collaboration il y a) pour le médecin ou pour d'autres professionnels de santé prenant part au sevrage tabagique de la personne. Si le patient donne son accord, ces informations professionnelles, personnelles, familiales, peuvent être partagées avec d'autres professionnels de santé afin de maximiser les chances de réussite de l'arrêt du tabac. S'il n'y a pas de collaboration, la connaissance du cadre de vie du patient sera dans tous les cas un atout dans la prise en charge du patient à l'officine.

De plus, la pharmacie représente un espace de santé où les patients peuvent recevoir des soins de premier recours : le pharmacien peut être la première personne que le patient dépendant et/ou marginalisé va solliciter. Ce lien social doit être vu comme une opportunité d'initier un sevrage tabagique et/ou (si besoin) d'orienter le patient vers des professionnels de santé ou des structures d'accueil dédiées aux personnes dépendantes ou marginalisées (102).

3-1-4- Connaissance du médicament

Le pharmacien est considéré comme l'expert des médicaments. Sa formation initiale ainsi que d'éventuelles formations complémentaires (Diplômes universitaires, modules de formation en ligne, intervention des laboratoires...) lui ont permis d'obtenir un niveau de compétence suffisant à la délivrance

de nombreux traitements, notamment des substituts nicotiniques. Il est de ce fait capable de conseiller la forme la plus adaptée à chaque patient, de lui fournir des informations quant à l'utilisation de ces traitements, et peut également expliquer les signes de sur et de sous dosage en nicotine. De plus grâce au dossier pharmaceutique, ou à sa connaissance des traitements pris par le patient, le pharmacien peut éventuellement repérer des interactions médicamenteuses et orienter vers un professionnel de santé afin que ce dernier réévalue les traitements ou les posologies.

En somme, que ce soit par l'intermédiaire d'une ordonnance ou par une délivrance spontanée de substituts nicotiniques, les connaissances du pharmacien sont en adéquation avec la prise en charge des patients dans le sevrage tabagique.

3-1-5- Facilité d'accès aux traitements

Aujourd'hui la majorité des traitements utilisés dans le sevrage tabagique sont remboursés par la sécurité sociale. Seuls quelques substituts nicotiniques ne sont pas pris en charge. Désormais les traitements sont donc accessibles à presque toute la population et il n'y a plus d'obstacles financiers à l'arrêt du tabac pour les patients.

Le délistage des substituts nicotiniques a également permis de faciliter l'accès au traitement pour les personnes ayant envie d'arrêter de fumer. En poussant la porte de leur pharmacie la plus proche, elles peuvent obtenir assez rapidement un traitement de substitution. Seuls 2 traitements sont encore listés et donc sur prescription : la varénicline et le bupropion. Ils ne sont de toute façon, pas recommandés en première intention dans le sevrage tabagique.

La pharmacie demeure donc un espace privilégié pour initier un arrêt du tabac. Que cette initiation soit une démarche spontanée du patient, ou bien qu'elle passe par l'intermédiaire d'une ordonnance, avec un remboursement des médicaments, la facilité d'accès géographique et financière aux traitements constitue une chance supplémentaire d'accroître l'effectif d'ex-fumeurs en France.

3-1-6- Espace de confidentialité

Avant la loi HPST, le manque d'espace de confidentialité était déjà vu comme un frein : 7% des pharmaciens considéraient son absence comme une entrave à la prise en charge de leur patient. Depuis la loi HPST, toutes les pharmacies doivent être équipées d'un espace de confidentialité. Il permet aux patients de bénéficier des conseils du pharmacien en toute discrétion, de se sentir écouté, dans le respect du secret professionnel (39,104).

L'espace de confidentialité, lorsqu'il est présent, constitue un cadre idéal pour accompagner un patient dans une démarche de sevrage.

3-2- Les freins

3-2-1- Freins liés à l'exercice officinal

3-2-1-1- Manque de temps et de suivi

Les pharmaciens pensent que le temps leur fait défaut pour prendre en charge correctement leurs patients dans leur démarche de sevrage. Cette notion de manque de temps ressort dans la totalité des études réalisées auprès des pharmacies françaises. En 1998, d'après les résultats de l'étude du CFES (comité français d'évaluation de la santé), le manque de temps était déjà décrié par 47% des pharmaciens, et plus

récemment, selon une étude de 2019 réalisée dans le nord, 26% des pharmaciens estiment que le manque de temps est un frein à la prise en charge du sevrage tabagique à l'officine dans les Hauts de France (39).

Un premier entretien pour le sevrage tabagique devrait dans l'idéal durer au moins 20 min, mais dans la réalité, la prise en charge au comptoir ne dure que quelques minutes. L'encombrement de la pharmacie peut jouer sur cette prise en charge, pouvant paraître parfois « expédiée ». Néanmoins, la taille de la pharmacie n'est pas corrélée à la durée de prise en charge. Les grosses pharmacies ne passeraient pas moins de temps avec leurs patients. Il a été remarqué que plus les années passent, et plus la prise en charge est courte. C'est d'ailleurs ce que nous apporte l'étude des 2 enquêtes réalisées dans la région de Grenoble : en 2000, 66% des pharmaciens accordaient un entretien de 5 à 10 min aux fumeurs souhaitant arrêter, et en 2004, 78% des pharmaciens passaient entre 5 et 10 min avec les fumeurs lors d'un premier entretien au comptoir. Inversement, en 4 ans, les pharmaciens passant 10 à 20 min avec leur patient au comptoir était passé de 23 à 13% (129) (Figure 23).

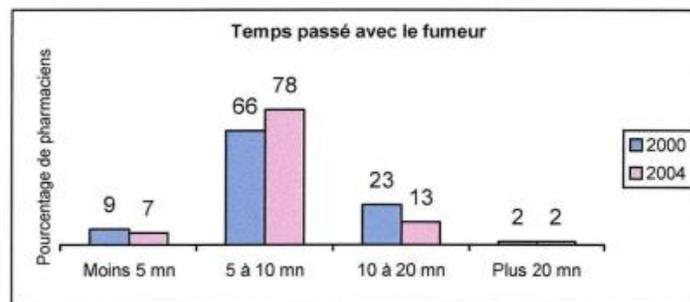


Figure 23: graphique représentant le temps passé avec le fumeur dans les années 2000 et dans les années 2004. Source : « Évolution des pratiques de prise en charge des patients en sevrage tabagique depuis l'année 2000: enquête auprès de 59 pharmaciens de Grenoble », Girardot E.

Une enquête menée auprès de 220 pharmacies en France en 2012 appuie ces constatations : la prise en charge au comptoir dure en moyenne 10 min (108).

Ce manque de temps passé au comptoir avec le patient est à la fois constaté au premier rendez-vous, mais aussi par la suite puisque la majorité des pharmaciens n'instaurent pas de suivis réguliers de leur patient dans leur sevrage. Lorsqu'un deuxième rendez-vous est pris, c'est surtout en donnant une boîte de patch de 7 jours dans le but de refaire un point la semaine suivante, lorsque le patient reviendra (peut-être) chercher une nouvelle boîte. La démarche du pharmacien est ouverte, mais elle reste passive. Pourtant, selon Lally et al, il faudrait 66 jours pour forger une habitude, ce qui veut dire que 3 mois sont nécessaires après l'arrêt du tabac pour maintenir l'abstinence. Un suivi dans le temps est donc essentiel à la réussite du sevrage tabagique (107) (104). Une méta analyse regroupant plusieurs études européenne a démontré que le taux de réussite du sevrage augmentait avec la durée du suivi. Parmi les études analysées, celles qui avaient les moins bons résultats étaient celles qui proposaient le suivi le plus court. Idéalement, le suivi devrait être d'environ de 6 mois.(113)

Au regard de ces analyses, force est de constater que le temps fait défaut aux pharmaciens en France pour assurer un accompagnement optimal de leurs patients dans leur démarche de sevrage.

3-2-1-2- Absence d'espace de confidentialité

Il persiste quelques pharmacies où il n'existe pas de zone de confidentialité. Il a été prouvé que les patients étaient en général réticents à aborder leur dépendance s'il n'existait pas de tels espaces dans la pharmacie

(102). Du point de vue des pharmaciens, la majorité d'entre eux pensent que l'absence de zone de confidentialité les empêche de prendre en charge correctement leurs patients. Bien que cet élément ne soit pas cité en premier plan dans la liste des freins à la prise en charge au sevrage tabagique à l'officine, il ressort quand même régulièrement dans les enquêtes menées auprès des pharmacies françaises (39,108,129).

3-2-2- Freins liés au pharmacien

3-2-2-1- *Le manque d'implication*

Il est de plus en plus rare de trouver des pharmaciens démissionnaires dans leur rôle préventif contre le tabac. Dans une étude réalisée par Perrier, seulement 5% des pharmaciens pensent ne pas avoir de rôle à jouer dans la lutte anti-tabac (104). Très récemment, pendant la pandémie de la covid-19, le laboratoire Johnson and Johnson a aussi mené une enquête et a constaté que seulement 6% des pharmaciens n'étaient pas motivés à aider leurs patients dans une démarche de sevrage (106). Malgré un intérêt initialement fort porté au sevrage tabagique, la motivation des pharmaciens peut être altérée à force de contraintes à sa mise en place à l'officine...

Le statut fumeur des pharmaciens semble également diminuer leur implication. Il a été prouvé que les pharmaciens qui fumaient évoquaient le tabac avec leurs patients dans 26% des cas, tandis que les non-fumeurs en parlaient dans 41% de cas. De plus, des enquêtes menées chez les médecins généralistes et les cardiologues ont prouvé que les fumeurs étaient moins efficaces dans l'application du conseil minimal que les non-fumeurs. Pour finir, plus de la moitié des pharmaciens jugent que la crédibilité d'un confrère fumeur est altérée lors d'une prise en charge tabacologique. (102,108).

3-2-2-2- *Le tabou du sevrage*

Le sevrage tabagique peut être délicat à aborder au comptoir. Des études étrangères (dans les pays anglo-saxons) ont démontré que certains pharmaciens s'engageaient de façon modérée dans la lutte contre le tabagisme par crainte de rupture de contact avec le patient. Ce dernier pourrait, selon eux, interpréter cette intervention comme une intrusion dans sa vie personnelle (102).

En France, selon une enquête du baromètre santé médecin pharmacien, en 2003, 10% des pharmaciens ne parlaient jamais de la consommation de tabac à leur patients fumeurs, le thème étant difficile à aborder selon 30% d'entre eux. (105). Toutes les études réalisées en France permettent de constater que le questionnement spontané du patient fumeur (= le conseil minimal : « fumez-vous », « souhaitez-vous arrêter de fumer ? ») n'est pas systématique. Pourtant, l'utilisation du conseil minimal provoquerait un arrêt du tabac à un an dans 2 à 8% (108). Lorsque le tabagisme est évoqué par le pharmacien, c'est en général au décours d'une pathologie liée au tabac, d'une incompatibilité tabac-médicaments, de la venue d'un nouveau-né dans la famille... Pour se sentir légitimes d'aborder la question du sevrage, les pharmaciens semblent donc avoir besoin d'une « justification valable » pour appuyer leurs propos, preuve que le sujet n'est pas toujours facile à amener au comptoir, notamment chez les fumeurs en bonne santé.

L'appréhension à évoquer le sujet est perceptible dans la manière d'aborder la motivation à l'arrêt des patients. Ainsi, quelques pharmaciens considèrent comme intrusif le fait de s'y intéresser et de l'approfondir. Ils étaient de ce fait 1 tiers à ne pas s'intéresser aux motivations à l'arrêt dans les années 2000 (104). En 2003, selon le baromètre santé médecin/pharmacien, lors de la dernière vente de substituts nicotiques, seulement la moitié des pharmaciens avaient évalué la motivation des patients à l'arrêt par l'intermédiaire d'un test.(105) Certains pharmaciens pensent que la décision d'arrêt du tabac doit venir

du patient et qu'ils n'ont pas à intervenir dessus. Or ce questionnement motivationnel est la première étape d'une tentative de sevrage. Il permet l'ouverture du dialogue. Dans 6% des cas, la motivation à l'arrêt vient du pharmacien ! Néanmoins, une fois la décision prise par le patient d'arrêter, les pharmaciens s'intéressent aux éléments qui renforceraient l'arrêt.

Le pharmacien aurait en conclusion davantage un rôle renforceur qu'un rôle déclencheur dans l'arrêt du tabac, alors qu'il pourrait concilier les 2, si le sujet du sevrage tabagique n'était pas perçu comme un tabou par certains membres de la profession (104).

3-2-2-3- Le manque de formation en tabacologie

Constat sur la formation des pharmaciens

Dans une enquête réalisée auprès des pharmaciens d'Alsace dans les années 2000, bien que la majorité des pharmaciens proposaient une aide au sevrage tabagique, seulement 37% d'entre eux y étaient formés.(102) En 2017, dans une étude menée auprès des pharmaciens de Grenoble, à la question « avez-vous participé à des réunions, formations, enseignement sur le sevrage tabagique ? », 40% de l'équipe officinale répondait par la négative. Si formation il y avait, cette dernière datait en général de plus d'un an (130).

Les connaissances en tabacologie des pharmaciens, reflet de leur niveau de formation, semblent toutefois s'être améliorées au fil des ans. En prenant pour référence la connaissance du conseil minimal, le progrès au fil des ans est notable :

- A Grenoble, dans les années 2000, seulement un pharmacien sur 64 connaissait le conseil minimal (104). 4 ans plus tard, le conseil minimal était toujours méconnu de la plupart d'entre eux (129). Ce n'est qu'en 2017 que le taux de connaissance du conseil a réellement augmenté.(130)
- En 2012 une étude auprès de 220 officines françaises montre que le conseil minimal est connu par les pharmaciens dans 86% des cas (108) et en 2019, une enquête réalisée auprès des pharmaciens de Lille démontre qu'il n'y a que 22% des pharmaciens qui ne le connaissent pas. (39)

Bien qu'apparemment en progrès, les connaissances en matière de sevrage tabagique pourraient être améliorées au sein de la profession, afin d'assurer une prise en charge optimale des patients, puisque de nombreuses études ont démontré l'effet positif de la formation de l'équipe officinale dans le succès du sevrage tabagique de leur patients.

Les enquêtes françaises ont surtout démontré que la formation des équipes augmentait l'utilisation d'outils d'aide au sevrage³, mais dans les Pays anglo-saxons, il a été prouvé que la formation des professionnels de santé en tabacologie augmente la performance professionnelle. Une compréhension du modèle théorique du sevrage tabagique améliore les capacités de conseil des pharmaciens. De plus, la

³ Enquête en Auvergne (2008) : la formation augmente l'utilisation d'outils (brochures, testeur de CO, tests pour évaluer la dépendance) et la proposition de carnet de suivi. (102)

Enquête auprès de 220 pharmaciens en France (2012): la formation augmente l'utilisation du test de Fagerstrom (108).

formation des étudiants en pharmacie sur le sevrage tabagique augmente leur confiance ainsi que leur capacité à fournir des conseils adaptés aux fumeurs (114).

Comment les pharmaciens peuvent-ils actuellement se former en tabacologie ?

Les cours relatifs à la tabacologie débutent à la faculté de pharmacie. Cependant, les modules concernant le tabac sont souvent restreints à quelques heures de cours, et certains sujets ne sont jamais abordés. L'implication des facultés en matière de tabacologie dépend de la faculté en question. Selon une enquête réalisée auprès des pharmaciens dans les Hauts de France, les connaissances des pharmaciens en tabacologie n'étaient issues que dans 37% des cas de leur enseignement universitaire (39). Le constat est semblable chez les préparateurs. Force est de constater que la plupart des écoles de préparateurs n'abordent même pas le sujet du sevrage tabagique.

Indépendamment du cursus universitaire obligatoire, les pharmaciens ont la possibilité de s'inscrire moyennant finance, à des diplômes universitaires de tabacologie, mais ces diplômes ne sont pas certifiants.

Il est également possible de se former via le e-learning. Par exemple, Le site tabac info service dédie un espace réservé aux professionnels de santé avec une rubrique « je m'informe », « je dépiste et conseille l'arrêt », « j'accompagne », et un onglet spécialement consacré aux situations particulières. C'est un site complet, mais peu de pharmaciens l'utilisent à ce jour. L'Union technique Inter pharmaceutique (UTIP) a également proposé quelques formations après le délistage des substituts nicotiques. France université numérique, l'OCP (Office commercial pharmaceutique), et les groupements de pharmacies, proposent aussi des cours en ligne sur le tabac.

Comme pour les diplômes universitaires, la plupart de ces formations sont payantes, mais elles peuvent être prises en charge financièrement par l'ANDPC (agence nationale du développement professionnel continue) si cette dernière les a reconnues.

En résumé, le cursus pharmaceutique permet rarement d'acquérir les connaissances suffisantes pour une prise en charge optimale des patients souhaitant arrêter de fumer, et les formations complémentaires de tabacologie sont généralement payantes (130).

C'est pourquoi la majorité des connaissances en matière de tabacologie de l'équipe officinale proviennent des laboratoires commercialisant les substituts nicotiques.(102) Au début des années 2000, la plupart des formations étaient délivrées par les laboratoires pharmaceutiques et donc étaient restreintes à une gamme de produits, et seulement la moitié des pharmaciens à qui on avait proposé des formations y participaient (104). Lorsqu'il est demandé aux pharmaciens de Grenoble en 2017 d'où viennent leurs connaissances en tabacologie, 75% d'entre eux répondent qu'elles émanent des laboratoires pharmaceutiques (130). En 2019 à Lille, c'est 53% des pharmaciens qui disent avoir acquis leurs connaissances par le biais de formations organisées par les laboratoires (39).

Ressenti des pharmaciens face au défaut de formation

Depuis le délistage des substituts nicotiques, le manque de formation est toujours plus incriminé par les pharmaciens comme un obstacle à la prise en charge des patients dans leur sevrage tabagique, et les demandes de formations supplémentaires se sont accentuées au fil des ans.

Dans une étude menée dans les années 2000 auprès des pharmaciens de Grenoble, ils étaient 17% à citer le manque de formation comme un frein. La majorité des pharmaciens estimaient cependant avoir assez

de connaissances pour aider au sevrage tabagique. Une demande de formation supplémentaire était toutefois déjà formulée et même les pharmaciens s'estimant assez formés souhaitaient davantage de formations (104). 4 ans plus tard, le même sondage est réalisé et il est constaté que la demande de formation des pharmaciens de Grenoble en matière de tabacologie s'est accentuée (129). Dans le limousin, une enquête réalisée en 2003 mentionne que la majorité des pharmaciens voudraient recevoir des formations additionnelles en tabacologie.(102) Plus récemment, dans la région de Grenoble, presque la moitié des pharmaciens et des préparateurs des équipes officinales pensaient ne pas disposer d'assez de connaissances et d'informations pour accompagner un fumeur dans son sevrage... Ainsi, 79 % des officinaux ressentaient le besoin d'une formation complémentaire. (130)

Enfin, les résultats d'un récent questionnaire diffusé dans la région des hauts-de France soulignent le désir des pharmaciens d'être davantage formé : la quasi-totalité des pharmaciens aimeraient bénéficier d'une formation plus approfondie (39).

3-2-2-4- Le manque de connaissance des populations particulières

En 2012, lors d'une enquête réalisée auprès de 220 pharmacies dans toute la France, il a été constaté que les pharmaciens se retrouvaient parfois démunis lorsqu'il s'agissait de prendre en charge les populations particulières dans leur démarche de sevrage tabagique. Par exemple 25% des pharmaciens de l'étude ne délivraient pas de substituts nicotiques aux patients coronariens, alors qu'il est prouvé depuis 2003 que les effets sympathomimétiques des substituts sont négligeables par rapport au risque lié au tabagisme. Même avec 3 patchs de 21 mg on n'observe pas d'effet significatif sur la pression artérielle ou sur la fréquence cardiaque. L'autre exemple parlant est celui des femmes enceintes. Dans la majorité des cas les pharmaciens sont retissant à 50% à délivrer des substituts nicotiques. Si l'arrêt du tabac sans substituts est impossible pour les femmes enceintes, il est nécessaire de leur en donner, car une simple réduction de la consommation ne suffit pas à écarter les risques. Enfin, chez les femmes allaitantes, il est constaté que 70% des pharmaciens ne donnent rien lorsque ces derniers exercent depuis plus de 10 ans. Or depuis 2004, on promeut l'allaitement même si la femme est fumeuse ou même si la femme utilise des substituts nicotiques. Il faut simplement privilégier les gommes à mâcher ou les comprimés à sucer, à prendre juste après la tétée, pour limiter la prise de nicotine via le lait par l'enfant.

Le manque de connaissance des pharmaciens dans certains domaines évince les populations particulières d'une éventuelle prise en charge à la pharmacie, alors qu'elles y sont éligibles. Ce sont, de plus, des populations davantage à risque, qui devraient être systématiquement sensibilisées au danger du tabac, et aidées dans leur démarche d'arrêt (108).

3-2-3- Freins réglementaires

3-2-3-1- Le manque de reconnaissance officielle

Contrairement au médecin, infirmier ou sage-femme, les pharmaciens tabacologues n'ont pas de reconnaissance officielle, même s'ils ont un diplôme universitaire de tabacologie. Or le statut « tabacologue » permettrait pour le pharmacien d'obtenir une visibilité, ainsi qu'une crédibilité auprès des patients, ce qui renforcerait son rôle dans le sevrage tabagique (110).

3-2-3-2- L'absence de rémunération

La prise en charge des patients dans leur démarche de sevrage tabagique, lorsqu'elle est conduite efficacement, est une activité prenante : idéalement, le pharmacien devrait accompagner son patient au long terme sur plusieurs mois... Cependant, cette démarche d'accompagnement n'est pas rémunérée. Le

seul moyen pour le pharmacien d'en tirer un bénéfice financier est de vendre des substituts nicotiques au patient et d'autres produits pour d'éventuels conseils complémentaires. Une autre alternative consisterait à faire payer des entretiens de sevrage au patient, dans un système d'accompagnement personnalisé. Si le pharmacien ne met pas en place ce système d'entretiens payants, la prise en charge du fumeur à l'officine, lorsqu'elle est réalisée de façon optimale, est sans conteste une activité chronophage et peu lucrative. Certains pharmaciens ont alors tendance à se focaliser sur d'autres pratiques officinales plus rentables, négligeant ainsi la prise en charge de leur patients en quête d'un arrêt du tabac (110).

3-2-4- Frein lié au fumeur

La réussite du sevrage tabagique n'est pas essentiellement du ressort du pharmacien mais dépend également du patient. Le combat contre la dépendance est en général un processus collaboratif entre le professionnel de santé et le patient, et si l'alliance thérapeutique n'est pas respectée par l'un des parties, le processus est généralement voué à l'échec. C'est pourquoi le succès du sevrage peut être indépendant de la volonté du pharmacien et de son investissement.

Le patient peut en effet ressentir des difficultés à se confier, une appréhension, une peur et des craintes à l'idée d'arrêter, avoir des baisses de motivation, et éprouver de grandes difficultés à vaincre sa dépendance au tabac. Il est aussi possible que le prix des substituts nicotiques en vente libre rebute certains patients. Ils préfèrent alors passer par le médecin pour qu'il prenne en charge leur sevrage. Certains patients préfèrent dans tous les cas se confier au médecin plutôt qu'au pharmacien.

Les statistiques appuient ces observations :

- En 1998, suite aux résultats d'une enquête du CFES, 29% des pharmaciens pensaient que la résistance du sujet était un obstacle (102).
- En 2001 dans la région de Grenoble, 17% des pharmaciens estimaient que l'attitude du patient était un frein au sevrage tabagique (104).
- En 2019 dans la région des hauts de France, 27% des pharmaciens trouvaient que le manque d'assiduité des patients bloquait la prise en charge, et 15% des pharmaciens expliquaient que le fait que les patients préféraient se confier au médecin plutôt qu'à eux était un frein difficile à surmonter (39).

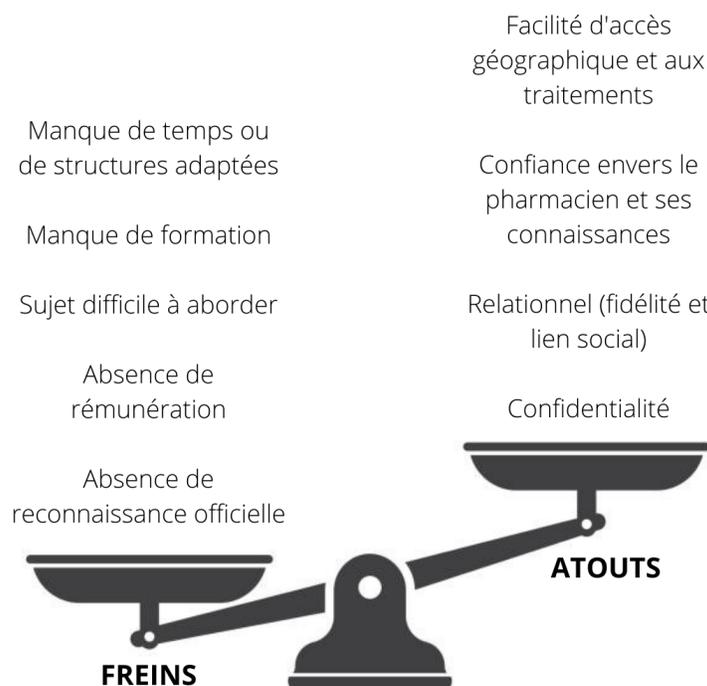


Figure 24: résumé des atouts et des freins à la prise en charge du sevrage tabagique à l'officine

Au vu des atouts des pharmaciens pour accompagner l'arrêt du tabac, et des expériences menées à cet effet, les perspectives quant à l'évolution de la prise en charge des fumeurs à l'officine semblent être grandes, si quelques freins étaient levés...

4- Perspective d'amélioration et d'avenir

4-1- Modification réglementaire

4-1-1- Rémunérer l'engagement du pharmacien dans le sevrage tabagique

La création d'un entretien rémunéré, une éventuelle rémunération à l'acte, ou sur objectifs de santé publique pourrait être le moyen de valoriser l'engagement du pharmacien dans l'aide au sevrage.

L'idée a déjà été avancée en 2018 par le président de l'UPSO (Union des professionnels de santé en officine). Gilles Bonnefond avait proposé de créer des entretiens pharmaceutiques (associée à une prescription de substituts nicotinique) et d'accompagner les patients pendant 6 mois au directeur de l'assurance maladie, dans le cadre d'une coordination interprofessionnel (131). Cette proposition a cependant été rejetée par le directeur de la CNAM (Caisse nationale d'assurance maladie) mais aussi par le ministre de la Santé...

4-1-2- Autoriser la prescription de SN par le pharmacien

Il n'est pas rare qu'au cours d'une discussion sur le sevrage tabagique, la discussion prenne fin lorsque le pharmacien aborde la question du remboursement : pour se faire rembourser, le patient doit nécessairement consulter son médecin, puis revenir à la pharmacie avec une ordonnance afin d'obtenir ses substituts nicotiques. C'est un parcours semé d'embûches pour un patient dont la motivation est en

général fragile, se soldant parfois par un échec. Cette constatation est d'autant plus dommage que le pharmacien est en première ligne lorsque le patient souhaite arrêter de fumer. Un remboursement sur prescription du pharmacien permettrait d'initier le traitement, et ainsi de maximiser les chances de réussite du sevrage tabagique.

Depuis la loi du 26/1/2016 de modernisation du système de santé, en plus des médecins et des sages-femmes, les médecins du travail, les infirmiers, les dentistes et les masseurs kinésithérapeutes peuvent prescrire des substituts nicotiques. Les pharmaciens ont été exclus de cette nouvelle liste.

Lors d'un sondage publié sur le site du quotidien du pharmacien, 87,5% des répondants indiquent vouloir prescrire des substituts nicotiques remboursables.

Les différents syndicats pharmaceutiques ainsi que l'ordre des pharmaciens se battent pour que le pharmacien puisse prescrire des substituts nicotiques (132), mais la ministre de la santé Agnès BUZIN a plusieurs fois rejeté cette idée : la question d'un éventuel conflit d'intérêts se pose face à ces hypothèses de prescription, car la pharmacien serait à la fois prescripteur et vendeur (133).

Pourtant, ce principe de séparation n'est pas appliqué dans les cabinets vétérinaires lors de la vente de médicaments : les vétérinaires sont prescripteurs et vendeurs. Aussi, le conseil d'un produit qui sera pris en charge par l'assurance maladie existe déjà pour les pharmaciens : ils le font lors de la délivrance de la pilule du lendemain pour les mineurs (131) (134). De plus, La loi du 24 juillet 2019 a inscrit dans le code de la santé publique (CSP) la possibilité, pour les pharmaciens d'officine, de délivrer certains médicaments de prescription médicale obligatoire dans le cadre d'une dispensation sous protocole (135). Même si les débats sont encore houleux face à ce sujet, l'hypothèse d'une éventuelle prescription par les pharmaciens, si cette dernière était protocolisée et standardisée, avec un suivi des patients et une collaboration entre professionnels de santé, semble donc être à étudier...

4-1-3- Reconnaître le statut « pharmacien tabacologue »

La reconnaissance des connaissances en tabacologie des pharmaciens permettrait à la fois de leur assurer une meilleure visibilité, mais aussi davantage de crédibilité vis-à-vis de leur patientèle. La demande d'accompagnement au sevrage tabagique devrait de ce fait augmenter dans les officines concernées.

Le statut de « tabacologue » apporterait une plus-value au métier. Il ne serait pas étonnant qu'un nombre important de pharmaciens se forment afin de l'acquérir. L'offre en matière d'accompagnement du sevrage tabagique serait par conséquent plus importante dans les pharmacies.

La combinaison de l'augmentation de l'offre et de la demande permettrait d'accroître significativement le nombre de tentative d'arrêt du tabac. Cette reconnaissance serait une réelle opportunité pour le métier, pour les patients, et une occasion idéale de remplir les objectifs de santé publique.

4-2- Modification des pratiques

4-2-1- Libérer du temps

Le manque de temps est l'un des freins les plus importants. Libérer du temps pour prendre en charge correctement les patients dans leur sevrage, dès leur première visite et instaurer un suivi au long terme, est essentiel à la réussite du processus de sevrage. Chaque officine possède une organisation qui lui est propre et peut tenter de l'adapter à l'accompagnement de leurs patients dans leur sevrage. Si le suivi des patients demande une contrainte organisationnelle trop importante, le pharmacien se doit de le diriger

vers un tabacologue ou un médecin spécialisé en tabacologie, puisque la prise en charge, pour être réussie, ne doit jamais être expédiée... Même si les entretiens pharmaceutiques ne sont pas rémunérés et pas forcément protocolisés, il est important de tenter de se rapprocher au maximum de ce modèle, puisque c'est ce dernier qui a le plus démontré son efficacité...

4-2-2- Augmenter la formation des équipes et désigner un pharmacien référent en tabacologie

Enoncée comme un frein à la prise en charge des patients, le manque de formation est souvent décrié par les pharmaciens. Augmenter la formation en tabacologie (notamment la formation initiale en l'axant davantage sur la pratique que sur la théorie, et en proposant régulièrement des formations continues afin de mettre à jour ses connaissances) serait donc un moyen d'améliorer les pratiques de prise en charge, et la confiance des pharmaciens en leurs connaissances. Ils sont nombreux désirant des formations supplémentaires, et se sentiraient alors plus légitimes d'aborder la question du tabagisme au comptoir si ces dernières étaient mise en place.

Désigner un référent tabacologue, qui accompagne les patients, est une opportunité d'accroître la relation de confiance entre le fumeur et le pharmacien. De plus, la prise en charge multidisciplinaire est facilitée par la limitation des échanges à un seul interlocuteur entre la pharmacie et les autres professionnels de santé. Enfin, pour une meilleure prise en charge des patients, il est plus intéressant de spécialiser un pharmacien en tabacologie. Une enquête réalisée en 2012 a démontré par exemple que la présence d'un référent en tabacologie augmentait l'utilisation du Q-MAT (pour évaluer la motivation) et que l'utilisation de questions ouvertes était davantage appliquée (108). Les connaissances d'un référent en tabacologie semblent donc être un avantage dans la pratique. Sa présence peut aussi appuyer le reste de l'équipe, qui sait qu'une personne parfaitement formée en tabacologie peut répondre aux interrogations des patients, mais aussi à leurs propres doutes et questionnement.

4-2-3- Standardiser la prise en charge avec une meilleure utilisation des outils

La mise à disposition d'outils et leur utilisation est un atout dans l'accompagnement des patients souhaitant arrêter de fumer.

Actuellement, la majorité des pharmaciens qui utilisent les outils d'aide au sevrage se concentrent sur les questionnaires d'évaluation de la motivation et de la dépendance ⁴ (qui ont démontré leur efficacité dans l'accompagnement des fumeurs). Bien que très efficace, la vérification de l'abstinence est rarement proposée aux ex-fumeurs puisqu'elle nécessite l'acquisition par les pharmacies d'un testeur de monoxyde de carbone (130). L'expérience de Saba et al a pourtant prouvé que les pharmacies qui vérifient l'abstinence en dosant la cotinine chez leurs patients ont des meilleurs taux de réussite car les patients se sentent plus engagés dans leur sevrage (113). Equiper les pharmacies de testeur de monoxyde de carbone pourrait donc être une perspective intéressante.

D'autres outils d'aide au sevrage peuvent être utilisés, mais il serait difficile d'en établir une liste exhaustive, puisque leurs sources sont diverses et variées. CESPARM ou les laboratoires commercialisant les substituts nicotiques mettent par exemple à disposition des pharmacies des brochures dédiées aux patients, ou des guides d'aide à la prise en charge du sevrage pour les professionnels de santé. Les

⁴ Etude du baromètre santé de 2003 : plus de la moitié des pharmaciens évaluent motivation des patients avec un test un et plus de 2 tiers évaluent dépendance avec un test (105)

autorités de santé ont aussi créé ce type de guide, et certains groupements de pharmacies ont informatisé le suivi de leurs patients via une plateforme en ligne (ex : Giphar).

En d'autres termes, le choix d'outils est large et il est facile de se perdre parmi tous les éléments mis à disposition des pharmaciens. Une standardisation de la prise en charge, incluant l'utilisation d'outils d'aide au sevrage, permettrait de rendre l'accompagnement des fumeurs dans leur sevrage plus efficace⁵.

4-2-4- Augmenter la visibilité par des campagnes de préventions et d'information

Le mois sans tabac a permis de le constater : une campagne médiatique de grande envergure, avec une implication des pharmacies dans le processus, provoque une augmentation des demandes d'arrêt du tabac au comptoir. Une campagne d'information au sein de la pharmacie (par le biais d'une distribution de brochure d'information, par l'affichage de poster sur les vitrines, de discussion avec la patientèle...), permet d'avertir les patients mais aussi les autres professionnels de santé, que l'équipe officinale est à leur disposition pour toutes questions relatives à l'arrêt du tabac.

Informé la population que le pharmacien peut les épauler dans leur sevrage tabagique est donc un moyen d'impacter plus largement les fumeurs, afin de réduire leur nombre.

4-2-5- Augmenter la coordination entre professionnels de santé

Dans les pays anglosaxons les interventions du pharmacien dans le sevrage sont renforcées si le pharmacien participe à un programme ou est dans un réseau de prise en charge pluri professionnel (102). La collaboration entre professionnels de santé est d'ailleurs une de leur demande : dans l'expérience de Maguire, selon les pharmaciens, une approche multidisciplinaire est nécessaire pour mener à bien les entretiens de sevrage. Les pharmaciens ont aussi souligné dans cette expérimentation la nécessité d'améliorer leurs relations avec les médecins généralistes (136).

En France, les autorités et instances sanitaires insistent sur la mise en place d'une collaboration entre le pharmacien et les autres professionnels de santé depuis des années, mais les outils nécessaires à son application ne sont pas encore complètement en place.

La création d'outils de communications connectés, permettant le partage de données sécurisées, accessibles à tous les intervenants, serait donc une perspective intéressante pour le métier. Le dossier médical partagé est un prémice de l'évolution de la collaboration entre les professionnels de santé. La loi santé 2022, en faveur de l'interactivité professionnelle, propose d'ailleurs de créer un espace de santé numérique individuel et personnalisable pour chaque patient lui permettant d'avoir accès à ses données et lui offrant un ensemble de services. L'espace de santé numérique (qui inclura le DMP) permettrait de suivre l'évolution du sevrage tabagique des patients.

Il pourrait aussi être intéressant de mettre en place un cahier de suivi numérique, où apparaîtraient les notifications des différentes interventions (par les infirmiers, les kinés, les dentistes et aussi les professionnels en charge du sevrage). Un historique des traitements du fumeur y serait archivé. Un tel espace pourrait même être ouvert aux interventions non médicamenteuses en lien avec le sevrage (hypnose TCC acupuncture...)(128).

⁵ Il est important de noter de cette standardisation resterait dans tout les cas personnalisable et relative à chaque fumeur.

Les idées pour mettre en application cette coopération ne manquent pas, mais sont pour la plupart encore de simples hypothèses ou expériences. En fonction de leurs résultats, il pourrait être intéressant de les appliquer à toutes les officines...

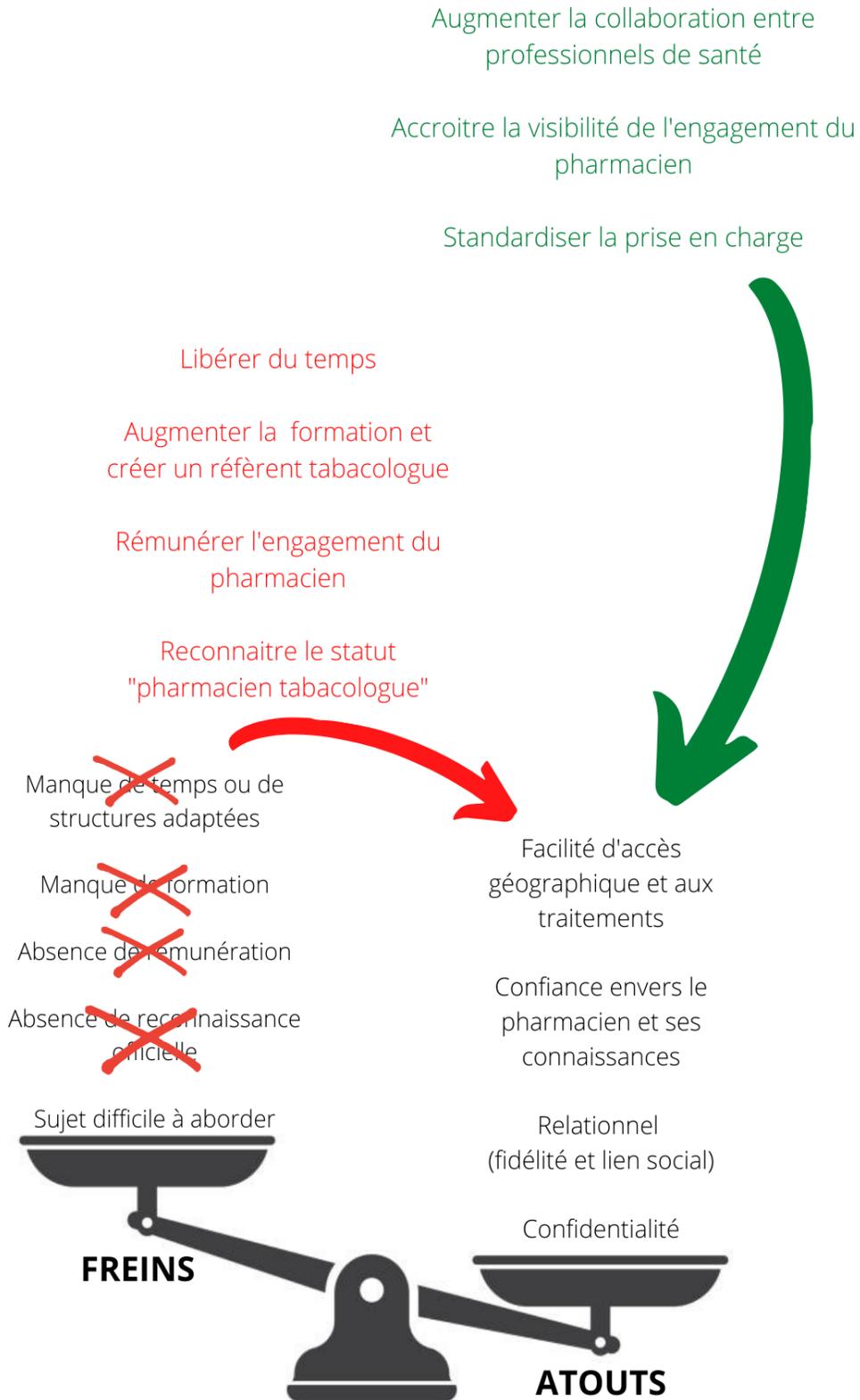


Figure 25: résumé des perspectives d'amélioration possible pour la prise en charge du sevrage tabagique à l'officine

CONCLUSION

60% des fumeurs en France émettent le souhait d'arrêter de fumer mais seulement la moitié d'entre eux sautent réellement le pas. Il persiste un nombre important de fumeurs hésitant, tiraillés entre leur dépendance et l'envie d'arrêter le tabac. L'engagement collaboratif de l'ensemble des professionnels de santé représente donc un tremplin pour augmenter le nombre de tentative d'arrêt, notamment auprès des fumeurs ambivalents face à leur consommation. Le pharmacien, intermédiaire régulier entre le système de santé et le patient, peut-être une pièce maîtresse dans la lutte contre le tabagisme. Dispensateur de médicaments d'aide au sevrage, avec ou sans ordonnance, il est parfaitement capable délivrer des conseils adaptés, et d'accompagner les patients dans leur démarche. Néanmoins, prendre en charge le patient désireux de se sevrer ne se cantonne pas à une vulgaire vente, en quelques minutes, de substituts nicotiques au comptoir. Savoir susciter la motivation, évaluer la dépendance et proposer une substitution adaptée, sont les premières étapes de la prise en charge à l'officine du sevrage tabagique. Elles doivent impérativement être suivi d'un accompagnement au fil du temps, programmé et personnalisé. Indispensable au maintien du sevrage dans le temps, ce suivi permet d'entretenir la motivation des patients, de répondre à leur besoin, et d'éviter les rechutes.

Depuis plus de 20 ans, les autorités sanitaires accordent un rôle manifeste au pharmacien dans le sevrage tabagique. En 2009, la loi HPST précise que les prises en charges individualisées et personnalisés font désormais parties des nouvelles missions du pharmacien. Elles représentent une véritable opportunité à la conduite du sevrage tabagique à l'officine. L'évolution du métier permet au pharmacien de progresser dans un climat favorable à la prise en charge des fumeurs à l'officine. Dans ce contexte, de nombreuses expériences d'entretiens pour le sevrage tabagique sont réalisées. L'implication des pharmaciens dans le sevrage tabagique semble donc s'accroître au fil du temps. Il faut dire que les officines ne manquent pas d'atout dans ce domaine : la confiance, la fidélité et le lien sociale entre le pharmacien et ses patients sont un réel avantage. De plus, l'accessibilité des officines, la connaissance du pharmacien sur les traitements de substitution et leur facilité d'accès permettent d'initier facilement et rapidement un sevrage tabagique. Cependant, malgré un engagement croissant des pharmaciens, la théorie du sevrage tabagique se heurte parfois à la réalité du terrain et de la pratique. Le manque de temps, d'outils ou de structures adaptées, ainsi que l'insuffisance de formation des pharmaciens freinent la prise en charge. Même lorsqu'il se forme en tabacologie, le pharmacien ne dispose d'ailleurs pas de reconnaissance officielle.

Les perspectives d'amélioration pour cibler et prendre en charge de manière optimale les patients sont cependant nombreuses. En termes de réglementation, la création d'entretien pharmaceutique dédiés au sevrage tabagique et rémunérés par l'assurance maladie serait un point clef à mettre en place. L'URPS des pharmaciens et les syndicats de pharmaciens se battent pour obtenir ce droit, mais pour l'instant, les autorités n'y sont pas favorables. La prescription de substituts nicotiques par le pharmacien pourrait également être une idée à creuser, pour que les discussions avec les patients ne prennent plus fin lorsqu'on aborde le sujet du remboursement au comptoir. Enfin la reconnaissance du statut « pharmacien tabacologue » ou d'un label « pharmacie et tabacologie » permettrait d'augmenter la visibilité de l'engagement du pharmacien. Les pratiques pourraient aussi être optimisées en augmentant la collaboration entre professionnels de santé et par une meilleure utilisation d'outils. Une standardisation de la prise en charge pourrait parfaire les pratiques pour que ces dernières soient plus claires auprès des

pharmaciens les moins formés, tout en gardant à l'esprit qu'il est nécessaire d'adapter son discours au fumeur.

Nous pouvons donc conclure que le potentiel des pharmacies à accompagner les fumeurs dans le sevrage tabagique est grand, mais qu'il n'existe pas encore de prise de conscience réelle des autorités à ce sujet. Bien que le rôle du pharmacien soit mentionné à plusieurs reprises pour l'aide à l'arrêt du tabac, la pratique officinale nécessiterait quelques améliorations pour que cette dernière soit complète. Un idéal qu'il ne semble pas impossible à atteindre au regard de l'évolution actuelle du métier de pharmacien...

BIBLIOGRAPHIE

1. Andler R, Pasquereau A, Guignard R. Baisse de la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes: résultats du baromètre de santé publique France 2018. 2019;7.
2. SPF. Consommation de tabac parmi les adultes en 2020 : résultats du Baromètre de Santé publique France [Internet]. [cité 14 juin 2021]. Disponible sur: /import/consommation-de-tabac-parmi-les-adultes-en-2020-resultats-du-barometre-de-sante-publique-france
3. Journée mondiale sans tabac 2020 / World No Tobacco Day 2020. 2020;24.
4. Josseran L. Le tabagisme en France : quelle est la situation ? Rev Pneumol Clin. juin 2018;74(3):124-32.
5. Faure S, Babin M, Velé H, Dubé G, Samson M, Loubrieu V. Le tabagisme aujourd'hui en France. Actual Pharm. avr 2014;53(535):20-6.
6. Hill C, Laplanche A. Évolution de la consommation de cigarettes en France par sexe, 1900-2003. :16.
7. Pasquereau A, Guignard R, Andler R. Consommation de tabac parmi les adultes: bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme. 2020;8.
8. Andler R, Congordan C, Richard J-B. Consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse [Internet]. Jeanne Herr, Santé publique France; 2017. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/system/files/2018-09/Barometre%20Grossesse-Alcool-Tabac.PDF>
9. APPRI – Association Périnatalité Prévention Recherche Information [Internet]. APPRI.FR. 2017 [cité 19 août 2021]. Disponible sur: <https://www.appri.fr/>
10. Barataud L. Le tabagisme, données épidémiologiques et statistiques. Actual Pharm. nov 2016;55(560):18-21.
11. Pasquereau A. La consommation de tabac en France: premiers résultats du baromètre santé 2017. :9.
12. Lermenier-Jeannet A. Consommations, ventes et prix du tabac : une perspective européenne. 2018;1-5.
13. Joonsen L, Felui A, Fernandez E. Echelle du controle du tabac en Europe [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.generationsanstabac.org/wp-content/uploads/2020/02/Lire-la-traduction-du-Tobacco-Control-Scale-en-Fran%C3%A7ais-1.pdf>
14. La lutte anti-tabac [Internet]. Alliance contre le tabac. [cité 25 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.alliancecontreletabac.org/lutteantitabac>

15. Quelles sont les dispositions de lutte contre le tabagisme en France ? [Internet]. [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: /determinants-de-sante/tabac/quelles-sont-les-dispositions-de-lutte-contre-le-tabagisme-en-france
16. Objectif 10 : Lancer le Programme national de réduction du tabagisme - Les 17 objectifs du Plan [Internet]. [cité 14 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs/Plan-cancer-2014-2019-de-quoi-s-agit-il/Les-17-objectifs-du-Plan/Objectif-10-Lancer-le-Programme-national-de-reduction-du-tabagisme>
17. Tourraine, M. Le programme national de réduction du tabagisme [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
18. Ministère des solidarités et de la santé. Le programme national de lutte contre le tabagisme [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf
19. Nguyen-Thanh V, Guignard R. Mois sans tabac: premiers éléments d'évaluation. :25.
20. Dimeglio E. Campagne #MoisSansTabac 2016, le marketing social auprès des médecins généralistes: enquête qualitative par focus groups auprès de médecins généralistes du Lot-et-Garonne. :100.
21. La lutte anti-tabac — Alliance contre le tabac [Internet]. [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.alliancecontreletabac.org/lutteantitabac#lutteantitabac-politique>
22. comité national contre le tabagisme. résumé de la convention cadre pour la lutte contre le tabac [Internet]. Disponible sur: http://cnct.fr/wp-content/uploads/2018/11/20110531_100111la_convention_cadre_pour_la_lutte_anti_tabac_en_r__sum__.pdf
23. Tabac : évolution de l'usage occasionnel ou régulier parmi les 18-75 ans - OFDT [Internet]. [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/tabac-evolution-de-lusage-occasionnel-ou-regulier-parmi-les-18-75-ans/>
24. Besson D. Consommation de tabac : la baisse s'est accentuée depuis 2003. :4.
25. Wirth N. Lutte contre le tabagisme en France : quoi de nouveau ? MISE AU POINT. 2019;69:5.
26. Dumont G. Le #MoisSansTabac 2018 en Nouvelle-Aquitaine: bilan des actions recensées sur la plate-forme OSCARS. :100.
27. Gallopel-Morvan K, Martinet Y. Effectiveness of plain cigarette packaging among female smokers in France: a study in real world consumption settings. :8.
28. Beck F, Wilquin J-L, Guilbert P, Peretti-Watel P, Legleye S, Lakhdar CB, et al. Le tabagisme aujourd'hui en France : quelques données de cadrage. Psychotropes. 2006;Vol. 12(1):9-24.
29. Spilka S. Le tabagisme des adolescents suite à l'interdiction de vente aux mineurs de moins de 16 ans en France. :4.

30. Peretti-Watel P. Le chemin de croix de la lutte antitabac. Éléments pour éclairer les difficultés de la prévention du tabagisme. *Psychotropes*. 2006;Vol. 12(1):57-73.
31. Merson F, Perriot J, Underner M, Peiffer G, Fieulaine N. Sevrage tabagique des fumeurs en situation de précarité sociale. *Rev Mal Respir*. déc 2014;31(10):916-36.
32. Pasquereau A. La consommation de tabac en France: premiers résultats du baromètre santé 2017. :9.
33. Chevalier C, Nguyen A. Composition et nocivité du tabac. *Actual Pharm*. nov 2016;55(560):22-5.
34. Mautrait C. Sevrage tabagique, le conseil à l'officine. *le moniteur des pharmacies*. 2013. 93 p. (PRO OFFICINA).
35. Lacasse M. Caractérisation toxicologique et chimique des produits de combustion d'un composé pur du tabac: l'acide chlorogénique [Internet]. 2007. Disponible sur: http://espace.inrs.ca/id/eprint/229/1/Lacasse%2C_Martine.pdf
36. Burns DM, Dybing E, Gray N, Hecht S, Anderson C, Sanner T, et al. Mandated lowering of toxicants in cigarette smoke: a description of the World Health Organization TobReg proposal. *Tob Control*. 19 févr 2008;17(2):132-41.
37. Chevalier C, Nguyen A. Prise en charge du sevrage tabagique. *Actual Pharm*. nov 2016;55(560):26-33.
38. Lerévérénd C. Prise en charge du sevrage tabagique par le pharmacien d'officine. :224.
39. Dantoing P. La prise en charge du sevrage tabagique à l'officine, rôle du pharmacien et expérience d'officinaux de la région des Hauts-de-France [Internet]. *Lille pharmacie*; 2019. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/8d907008-4fa1-4c4a-beea-b12080340f0d>
40. Gonseth S, Cornuz J. [Chemicals added to cigarettes and their effects on tobacco dependence]. *Rev Médicale Suisse*. 1 août 2009;5:1468-71.
41. Martinet Y, Bohadana abraham, Wirth N, Spinosa A. le traitement de la dépendance au tabac, guide pratique. Elsevier Masson. 2007.
42. Bonaldi C. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme de 2000 à 2015. 2019;7.
43. Un nouveau rapport de l'OMS sur les tendances de la consommation de tabac est rendu public [Internet]. [cité 13 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/19-12-2019-who-launches-new-report-on-global-tobacco-use-trends>
44. Je préserve ma santé [Internet]. [cité 14 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.tabac-info-service.fr/je-trouve-ma-motivation/je-preserve-ma-sante>
45. Tabac - Réduire les risques de cancer [Internet]. [cité 14 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Tabac>

46. Sakhri L, Bertocchi M. Cancer bronchique et tabac : mise à jour. Rev Mal Respir. déc 2019;36(10):1129-38.
47. brochure_tabac_cancer.pdf [Internet]. [cité 14 févr 2021]. Disponible sur: https://www.fondation-arc.org/sites/default/files/2017-11/brochure_tabac_cancer.pdf
48. Ghaemmaghami F. La tabacologie : Aspects théoriques, cliniques et expérimentaux Ed. 1 [Internet]. EDP Sciences; 2017 [cité 25 mars 2020]. Disponible sur: <http://univ.scholarvox.com.merlin.u-picardie.fr/book/88840798>
49. Gaillot-de-Saintignon J, Deutsch A. Systématiser l'accompagnement à l'arrêt du tabac pour améliorer le traitement des patients atteints de cancer. Bull Cancer (Paris). juin 2016;103(6):584-93.
50. Thomas D. Bénéfices cardiovasculaires du sevrage tabagique. Presse Médicale. juin 2009;38(6):946-52.
51. Girot M. Rôle du tabagisme dans la pathologie vasculaire cérébrale. Presse Médicale. juill 2009;38(7-8):1120-5.
52. Ambrose JA, Barua RS. The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease. J Am Coll Cardiol. mai 2004;43(10):1731-7.
53. Bauters C. Physiopathologie de l'athérosclérose. :14.
54. Lebargy F. Influence du tabagisme sur les maladies respiratoires : idées reçues et réalité – Smoking-affected pulmonary diseases: true and false. :10.
55. Kohansal R, Martinez-Cambor P, Agustí A, Buist AS, Mannino DM, Soriano JB. The Natural History of Chronic Airflow Obstruction Revisited: An Analysis of the Framingham Offspring Cohort. Am J Respir Crit Care Med. juill 2009;180(1):3-10.
56. Bronchite chronique et emphysème (BPCO et bronchopneumopathie) [Internet]. [cité 18 févr 2021]. Disponible sur: https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=bronchite_chronique_emphyseme_pm
57. Yoshida T, Mett I, Bhunia AK, Bowman J, Perez M, Zhang L, et al. Rtp801, a suppressor of mTOR signaling, is an essential mediator of cigarette smoke-induced pulmonary injury and emphysema. Nat Med. juill 2010;16(7):767-73.
58. Asthme et tabac - Arrêter de fumer - Stop-tabac.ch [Internet]. [cité 18 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.stop-tabac.ch/fr/risques-et-maladies/les-effets-du-tabagisme-sur-la-sante/asthme-et-tabac>
59. Trosini-Desert V, Germaud P, Dautzenberg B. Exposition à la fumée du tabac et risque infectieux bactérien. Rev Mal Respir. juin 2004;21(3):539-47.

60. Peyrin-Biroulet C, Wirth N, Peyrin-Biroulet L, Martinet Y. Sevrage tabagique et MICI : comment s'y prendre ? :3.
61. Perriot J, Underner M. Tabac : quels risques pour la santé ? Rev Prat. 2012;6.
62. Bornstein MM, Klingler K, Saxer UP, Walter C, Ramseier CA. Altérations de la muqueuse buccale associées au tabagisme. :5.
63. Underner M, Hadjadj S, Beauchant M, Bridoux F, Debiais F, Meurice J-C. Effets du tabagisme sur la thyroïde, le tube digestif, le rein et l'os. Rev Mal Respir. déc 2008;25(10):1261-78.
64. Biver-Dalle C, Humbert P. Tabac et peau. Ann Dermatol Vénérologie. août 2010;137(8-9):568-72.
65. Bège T, Berdah S-V, Moutardier V, Brunet C. Risques liés au tabagisme en chirurgie générale et digestive. J Chir (Paris). déc 2009;146(6):532-6.
66. LE FAOU A laurence. Le tabac: arrêtez comme vous voulez! [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.fun-mooc.fr/courses/course-v1:USPC+37021+session01/about>
67. Gourdy P. Tabac : un facteur de risque... de diabète – Tobacco, a risk factor of ... diabète. Corresp En Métabolismes Horm Diabètes Nutr. 2009;4.
68. Sagnières H. DMLA: le protocole clinique, la prévention et les perspectives. point de vue. 2014;(71):33-8.
69. Benabbou A, Bendahmane M. Corrélation entre le tabagisme actif et l'infertilité masculine. Etude de quelques paramètres spermatiques des sujets fumeurs dans l'Ouest Algérien. 2013;9.
70. Sepaniak S, Forges T, Fontaine B, Gerard H, Foliguet B, Guillet-May F, et al. Impact négatif du tabac sur la fertilité masculine : des spermatozoïdes à la descendance. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. sept 2004;33(5):384-90.
71. Habib P. Quelles sont les conséquences du tabagisme sur la grossesse et l'accouchement ? J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. avr 2005;34:353-69.
72. Dechanet C, Brunet C, Anahory T, Hamamah S, Hedon B, Dechaud H. Effets du tabagisme sur la reproduction : de l'ovocyte à l'embryon (Partie I). Gynécologie Obstétrique Fertil. oct 2011;39(10):559-66.
73. Dechanet C, Christin-Maitre S. Conséquences du tabagisme sur la reproduction – Tobacco consumption and reproductive functions. Corresp En Métabolismes Horm Diabètes Nutr. 2009;4.
74. Diguisto C, Dochez V. Conséquences du tabagisme actif chez la femme enceinte — Rapport d'experts et recommandations CNGOF-SFT sur la prise en charge du tabagisme en cours de grossesse. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. juill 2020;48(7-8):559-66.
75. Desurmont M, Schepens C. Liens entre la mort subite du nourrisson et l'exposition in utero au tabagisme : comment informer les parents qui fument ? J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. avr 2005;34:223-9.

76. Lagrue G. Traitement de la dépendance tabagique. EMC - Cardiol-Angéiologie. nov 2004;1(4):443-55.
77. Institut national de la santé et de la recherche médicale (France). Tabac: comprendre la dépendance pour agir. Paris: INSERM; 2004.
78. Netgen. Pharmacologie de la nicotine et dépendance au tabac [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 1 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2003/RMS-2452/23277>
79. Métabolisme [Internet]. [cité 7 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.chm.bris.ac.uk/motm/nicotine/metabolisme.html>
80. D'Souza et Markou - 2013 - The Stop and Go of Nicotine Dependence Role o.pdf.
81. Guillaumin C, Urban T. Lutte contre le tabagisme en France. L'indispensable prise en compte de la dépendance comportementale. Rev Pneumol Clin. déc 2017;73(6):294-8.
82. Perriot J, Underner M, Peiffer G, Le Houezec J, Samalin L, Schmitt A, et al. Le sevrage tabagique des « fumeurs difficiles ». Rev Mal Respir. avr 2012;29(4):448-61.
83. Plassart JM. Addiction au tabac. :35.
84. CESpharm. Prise en charge de l'arrêt du tabac [Internet]. 2019. 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>
85. Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique. Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. 2014;60.
86. Perriot J. La conduite de l'aide au sevrage tabagique. Rev Mal Respir. févr 2006;23(1):3S85-105.
87. AFSSAPS. Recommandation de bonne pratique : Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Gynécologie Obstétrique Fertil. mai 2004;32(5):451-70.
88. Test de HONC - Test-addicto [Internet]. [cité 13 juin 2021]. Disponible sur: <http://test-addicto.fr/tests/tabac/test-honc.html>
89. LISTE DES SUBSTITUTS NICOTINIQUES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE AU 27/09/2020 Médicaments remboursables à 65%, sur prescription. :5.
90. COLLIN A, BLANC A, HARLAUT A-G. Aide a l'arrêt du tabac. 2018;(3245).
91. Lagrue G. Traitement de la dépendance tabagique. EMC - Cardiol-Angéiologie. nov 2004;1(4):443-55.
92. Chevalier C, Nguyen A, Nougier I, Villéger P. Accompagner l'arrêt du tabac. Actual Pharm. mars 2015;54(544):6-11.

93. Bienvenue dans une vie sans tabac [Internet]. [cité 22 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.tabac-info-service.fr/>
94. RESPADD – Réseau de prévention des addictions [Internet]. [cité 19 août 2021]. Disponible sur: <https://www.respadd.org/>
95. Derbré S, Leclerc M-V. Proposition de prise en charge de quelques symptômes du sevrage tabagique par les thérapeutiques alternatives. *Actual Pharm.* avr 2012;51(515):41-4.
96. Tabac [Internet]. [cité 12 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
97. La chicha : engouement et nocivité [Internet]. [cité 15 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/article/la-chicha-engouement-et-nocivite>
98. Athamneh L, Essien EJ, Sansgiry SS, Abughosh S. Intention to quit water pipe smoking among Arab Americans: Application of the theory of planned behavior. *J Ethn Subst Abuse.* 2 janv 2017;16(1):80-90.
99. sociaux S et S. Ce que vous devez savoir sur le tabac à chiquer [Internet]. Government of the Northwest Territories; [cité 15 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.hss.gov.nt.ca/fr/services/les-effets-du-tabac-sur-la-sant%C3%A9/ce-que-vous-devez-savoir-sur-le-tabac-%C3%A0-chiquer>
100. Le snus, tabac à sucer qui séduit et inquiète. *Le Temps* [Internet]. 26 mars 2018 [cité 15 juill 2021]; Disponible sur: <https://www.letemps.ch/sciences/snus-tabac-sucer-seduit-inquiete>
101. Sevrage tabagique à l'officine des concepts à la pratique - PDF Téléchargement Gratuit [Internet]. [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/46282829-Sevrage-tabagique-a-l-officine-des-concepts-a-la-pratique.html>
102. Guide-addictologie.pdf [Internet]. [cité 25 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2018/09/Guide-addictologie.pdf>
103. pharmacies.fr LM des. Un plan de lutte très ambitieux - *Le Moniteur des Pharmacies* n° 3049 du 04/10/2014 - Revues - *Le Moniteur des pharmacies.fr* [Internet]. *Le Moniteur des pharmacies.fr*. [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-3049/un-plan-de-lutte-tres-ambitieux.html>
104. Perrier C. Accompagnement au sevrage tabagique: moyens actuels, rôles du pharmacien et enquête auprès des pharmaciens d'officine de Grenoble. 2001;228.
105. Gautier A, Léon C, Wilquin J-L, Guilbert P. Les professionnels de santé face au tabagisme : résultats de l'enquête Baromètre santé médecins/pharmaciens, France, 2003. :2.
106. Les pharmaciens, partenaires clés [Internet]. *Le Quotidien du Pharmacien.fr*. [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/exercice-pro/les-pharmaciens-partenaires-cles>

107. Bouchet-Benezech B, Champanet B, Rouzaud P. Smoking cessation at the pharmacy: feasibility and benefits based on a French observational study with six-month follow-up. *Subst Abuse Rehabil.* 17 juill 2018;9:31-42.
108. 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.
109. Prévention [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 15 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_410178/fr/prevention
110. Sauvart-Rochat M-P. Le pharmacien d'officine et la prise en charge du fumeur. :5.
111. Louarn AL, Gérard S. L'aide au sevrage tabagique assurée par les pharmaciens d'Alsace. *Sante Publique (Bucur).* 2002;Vol. 14(2):121-33.
112. pharmacies.fr LM des. « J'organise un suivi payant pour l'arrêt du tabac » - Le Moniteur des Pharmacies n° 3336 du 26/09/2020 - Revues - Le Moniteur des pharmacies.fr [Internet]. Le Moniteur des pharmacie.fr. [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-3336/j-organise-un-suivi-payant-pour-l-arret-du-tabac.html>
113. Saba M, Diep J, Saini B, Dhippayom T. Meta-analysis of the effectiveness of smoking cessation interventions in community pharmacy. *J Clin Pharm Ther.* juin 2014;39(3):240-7.
114. Sinclair HK, Bond CM, Stead LF. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. *Cochrane Tobacco Addiction Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 26 janv 2004 [cité 1 mai 2021]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003698.pub2>
115. pharmacies.fr LM des. Coaching pour le sevrage tabagique - Le Moniteur des Pharmacies n° 2869 du 19/02/2011 - Revues - Le Moniteur des pharmacies.fr [Internet]. Le Moniteur des pharmacie.fr. [cité 11 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-2869/coaching-pour-le-sevrage-tabagique.html>
116. pharmacies.fr LM des. Sevrage tabagique en officine : des résultats probants en PACA - 16/04/2019 - Actu - Le Moniteur des pharmacies.fr [Internet]. Le Moniteur des pharmacie.fr. [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/sevrage-tabagique-en-officine-des-resultats-probants-en-paca.html>
117. EXPERIMENTATION SUR LE SEVRAGE TABAGIQUE [Internet]. [cité 13 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.urpspharmaciensgrandest.fr/fr/articles/65>
118. EOL - Entretiens à l'Officine pour ma Liberté [Internet]. URPS Pharmaciens - Pays de la Loire. [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: <https://urpspharmaciens-pdl.com/les-projets/eol-entretiens-en-officine-pour-ma-liberte/>

119. Campagne communication URPS Pharmaciens Pays de la Loire [Internet]. Kromi. [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: <https://kromi.fr/references/realisations/campagne-eol-entretiens-a-lofficine-pour-ma-liberte/>
120. pharmacies.fr LM des. « Je mène des entretiens pharmaceutiques rémunérés à l'occasion du Moi(s) sans tabac » - Le Moniteur des Pharmacies n° 3151 du 17/11/2016 - Revues - Le Moniteur des pharmacies.fr [Internet]. Le Moniteur des pharmacies.fr. [cité 25 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-3151/je-mene-des-entretiens-pharmaceutiques-remuneres-a-l-occasion-du-mois-sans-tabac.html>
121. bilan 2020 VF.pdf [Internet]. Google Docs. [cité 13 mai 2021]. Disponible sur: https://drive.google.com/file/d/1IPt-b3NAqUU0thkknVfPsR4Z3ByAhJgl/view?usp=sharing&usp=embed_facebook
122. Bilan Mon pharmacien et Moi(s) sans tabac_270120.pdf [Internet]. Google Docs. [cité 13 mai 2021]. Disponible sur: https://drive.google.com/file/d/1D-5kAr3tpQZjwEoUOxe74vfdZSaZb2Xx/view?usp=sharing&usp=embed_facebook
123. Bilan Lib sans tabac 2018.pdf [Internet]. Google Docs. [cité 13 mai 2021]. Disponible sur: https://drive.google.com/file/d/1TBOTYSurr_qhB4SwFBBqe5IxVaYXUOni/view?usp=sharing&usp=embed_facebook
124. BLIZZ. Projet Tabac [Internet]. URPS Pharmaciens - Auvergne Rhône-Alpes. 2019 [cité 13 mai 2021]. Disponible sur: <https://ara.urps-pharma.fr/2019/12/20/projet-tabac-appel-a-candidature/>
125. Les consultations en officine, ça marche ! [Internet]. Le Quotidien du Pharmacien.fr. [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/formation/specialites-medicales/les-consultations-en-officine-ca-marche>
126. ARS et URPS pharmaciens Grand-est. Etude de faisabilité d'entretiens motivationnels d'aide au sevrage tabagique par les pharmaciens d'officine en région Grand Est. 2018 p. 23.
127. LA-DEMOGRAPHIE-2020.pdf [Internet]. [cité 15 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/506716/2312914/version/1/file/LA-DEMOGRAPHIE-2020.pdf>
128. Mouillard MC. QUELLE INTERACTIVITÉ ENTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DANS L'AIDE À L'ARRÊT DU TABAC ? :12.
129. Girardot É. Évolution des pratiques de prise en charge des patients en sevrage tabagique depuis l'année 2000: enquête auprès de 59 pharmaciens de Grenoble. 2005;145.
130. Gros C. La formation au sevrage tabagique des officinaux: état des lieux et perspectives via une enquête sur Grenoble. :183.
131. Le pharmacien exclu du dispositif [Internet]. Le Quotidien du Pharmacien.fr. [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/formation/specialites-medicales/le-pharmacien-exclu-du-dispositif>

132. Prévention : les propositions de l'Ordre provoquent la polémique | Le Quotidien du Pharmacien.fr [Internet]. [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/medicament-parapharmacie/dispositifs-medicaux/prevention-les-propositions-de-lordre-provoquent-la-polemique>
133. Substituts nicotiques : Buzyn opposée à la prescription par le pharmacien [Internet]. Le Quotidien du Pharmacien.fr. [cité 3 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/exercice-pro/politique-de-sante/substituts-nicotiques-buzyn-opposee-la-prescription-par-le-pharmacien>
134. Les pharmaciens veulent prescrire [Internet]. Le Quotidien du Pharmacien.fr. [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/formation/specialites-medicales/les-pharmaciens-veulent-prescrire>
135. Dispensation sous protocole : les modalités se précisent - Communications - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 3 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/Dispensation-sous-protocole-les-modalites-se-precisent>
136. Maguire TA, McElnay JC, Drummond A. A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention based in community pharmacies. *Addiction*. févr 2001;96(2):325-31.
137. annexe_criteres_cim-10_abus_dependance.pdf [Internet]. [cité 17 août 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe_criteres_cim-10_abus_dependance.pdf
138. Binder PP. Evaluation de l'Addiction : DSM-5. :8.
139. Public_Detc.pdf [Internet]. [cité 17 août 2021]. Disponible sur: http://oncologik.fr/uploads/files/Public_Detc.pdf
140. Questionnaire_AUDIT.pdf [Internet]. [cité 17 août 2021]. Disponible sur: http://hepatoweb.com/Documents_PDF/Questionnaire_AUDIT.pdf
141. outil__echelle_had.pdf [Internet]. [cité 17 août 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil__echelle_had.pdf
142. BDI-II.pdf [Internet]. [cité 17 août 2021]. Disponible sur: <https://institutpsychoneuro.com/wp-content/uploads/2015/08/BDI-II.pdf>
143. Test-de-HONC.pdf [Internet]. [cité 17 août 2021]. Disponible sur: <http://www.reseau-addictions28.fr/data/IndeXysBibliothequeHTML/75c0516c-cef9-4a22-b6bd-729459b30c5f/Test-de-HONC.pdf>
144. Depend.pdf [Internet]. [cité 17 août 2021]. Disponible sur: <https://www.stop-dependance.ch/tabac/pdf/Depend.pdf>

145. Questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac (Q-MAT) | Tabagora [Internet]. [cité 17 août 2021]. Disponible sur: <https://www.tabagora.com/tests-evaluation/questionnaire-de-motivation-larret-du-tabac-q-mat>
146. Cespharm - Aide à l'arrêt du tabac - Fiche de suivi [Internet]. [cité 17 août 2021]. Disponible sur: <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue/Aide-a-l-arret-du-tabac-Fiche-de-suivi>
147. Cespharm - Grossesse sans tabac - brochure [Internet]. [cité 17 août 2021]. Disponible sur: <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue/Grossesse-sans-tabac-brochure2>
148. Cespharm - Arrêter de fumer sans grossir - brochure [Internet]. [cité 17 août 2021]. Disponible sur: <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue/Arreter-de-fumer-sans-grossir-brochure3>

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1: Echelle mondiale de contrôle du tabac	113
ANNEXE 2: Critère de dépendance au tabac de la CIM	114
ANNEXE 3: critère d'addiction selon le DMS 5	115
ANNEXE 4: questionnaire DETC.....	116
ANNEXE 5: questionnaire CAST	117
ANNEXE 6: questionnaire CAGE-DETA.....	118
ANNEXE 7: questionnaire AUDIT	119
ANNEXE 8: Echelle HAD	120
ANNEXE 9: questionnaire BDI.....	121
ANNEXE 10: test de HONC.....	122
ANNEXE 11: tests de Fagerström	123
ANNEXE 12: test CDS.....	124
ANNEXE 13: Test de HORN	125
ANNEXE 14: Test de Gilliard	126
ANNEXE 15: Test de Richmond.....	127
ANNEXE 16: Test de Khimji et Watt.....	128
ANNEXE 17: Test Q-MAT	129
ANNEXE 18: exemple de conseil d'arrêt selon la HAS	130
ANNEXE 19: équivalence entre les différents timbres nicotiques	131
ANNEXE 20: fiche de suivi d'aide à l'arrêt du tabac.....	132
ANNEXE 21: outils d'aide disponibles pour le patient pour lutter contre la prise de poids	134
ANNEXE 22: brochure CESPARM tabac et grossesse	135
ANNEXE 23: brochure CESPARM "arrêter de fumer sans grossir"	136

ANNEXES

ANNEXE 1: Echelle mondiale de contrôle du tabac (13)

Le barème attribue des points à chaque mesure mise en place, avec un score maximum de 100 : prix (30 points), lieux publics sans tabac (22 points), budget en campagnes d'information du public (10 points: réduit de 15 points dans les éditions précédentes), interdiction complète de la publicité pour le tabac (13 points), de grands avertissements sanitaires (10 points), aide à l'arrêt (traitement) (10 points), lutte contre le commerce illicite (3 points: Il s'agit d'un nouvel indicateur retenu dans l'échelle de 2019) et ingérence de l'industrie du tabac (2 points: Il s'agit d'un nouvel indicateur retenu dans l'échelle de 2019). Les pays qui n'ont pas ratifié la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac perdent un point (Il s'agit d'un nouvel indicateur retenu dans l'échelle de 2019).

Rang		Pays	/30	/22	/10	/13	/10	/10	/3	/2	100
1 (1)	–	United Kingdom	25	22	0	12	9	9	2	1	80
2 (4)	▲	France	22	18	4	11	9	7	2	1	74
3 (2)	▼	Ireland	18	22	1	13	9	8	1	1	73
4 (3)	▼	Iceland	23	17	9	13	4	4	0	0	70
5 (5)	-	Norway	22	17	1	13	8	4	1	0	66
6 (6)	-	Finland	18	18	2	13	5	5	1	0	62
7 (new)		Israel	27	15	1	11	1	6	0	0	61
8 (28)	▲	Slovenia	12	16	2	13	9	6	1	0	59
8 (9)	▲	Hungary	15	21	0	11	5	6	1	-	59
10 (8)	▼	Spain	15	21	1	9	5	5	2	0	58
10 (17)	▲	Belgium	16	16	1	8	9	6	2	0	58
12 (7)	▼	Romania	16	21	0	8	5	6	1	0	57
13 (31)	▲	Greece	18	20	-	7	5	3	1	0	54
14 (9)	▼	Netherlands	14	15	1	9	5	7	1	1	53
15 (9)	▼	Sweden	14	15	0	9	5	7	2	0	52
15 (13)	▼	Italy	15	16	0	9	5	6	1	0	52
17 (9)	▼	Turkey	10	15	0	8	10	6	2	0	51
17 (13)	▼	Malta	16	12	0	11	5	5	2	-	51
17 (23)	▲	Croatia	16	11	0	12	5	5	2	-	51
20 (15)	▼	Portugal	18	11	-	10	5	4	2	0	50
20 (35)	▲	Austria	11	20	0	7	5	5	2	0	50

- **Critères de dépendance de la CIM-10**

Le syndrome de dépendance, selon la CIM-10, consiste en un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance correspond à un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit). Au cours des rechutes, c'est-à-dire après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement.

Pour un diagnostic de certitude, au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

1. désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
2. difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;
3. syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
4. mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;
5. abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets ;
6. poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

La tolérance à la nicotine se manifeste par l'absence de nausées, d'étourdissements et d'autres symptômes caractéristiques, malgré l'utilisation de quantités substantielles de nicotine, ou par une diminution des effets, alors que l'utilisation se poursuit avec des doses inchangées de nicotine. L'arrêt de l'utilisation de la nicotine entraîne des signes de sevrage.

La CIM-10 propose une catégorie spécifique pour la dépendance au tabac, à partir de la définition précédente.

- **Critères de dépendance au tabac de la CIM-10**

La dépendance au tabac est classée sous la rubrique « Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives ».

Le diagnostic de dépendance au tabac peut être posé lors de la présence simultanée de trois (ou plus) des manifestations suivantes, pendant un mois continu :

1. forte envie / désir impérieux de consommer du tabac ;
2. perte de contrôle sur la consommation, tentatives infructueuses / souhait permanent de réduire/contrôler sa consommation tabagique ;
3. symptômes de manque physique lors de la réduction ou de l'arrêt de la consommation de tabac ;
4. développement d'une tolérance ;
5. abandon des centres d'intérêt ou de divertissements en faveur de la consommation de tabac ;
6. maintien de la consommation malgré les méfaits du tabagisme.

- **Critères de sevrage à la nicotine selon la CIM-10**

Pour poser le diagnostic de sevrage à la nicotine, la CIM-10 exige la présence d'au moins deux des signes suivants :

1. envie impérieuse de tabac (*craving*) ;
2. malaise / état de faiblesse ;
3. anxiété ;
4. humeur dysphorique ;
5. irritabilité / agitation ;
6. insomnie ;
7. augmentation de l'appétit ;
8. toux ;
9. ulcérations buccales ;
10. difficultés de concentration.

Evaluation de l'Addiction : DSM-5

Source : *American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*

Mode d'utilisation inadapté d'un produit conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :

1. Le produit est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
 2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation du produit
 3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le produit, utiliser le produit ou récupérer de leurs effets
 4. Craving ou une envie intense de consommer le produit
 5. Utilisation répétée du produit conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison
 6. Utilisation du produit malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du produit
 7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation du produit
 8. Utilisation répétée du produit dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
 9. L'utilisation du produit est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance
 10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. besoin de quantités notablement plus fortes du produit pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - b. effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité du produit
 11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. syndrome de sevrage du produit caractérisé (cf diagnostic du syndrome de sevrage du produit)
 - b. le produit (ou une substance proche) sont pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- Présence de 2 à 3 critères : ADDICTION LÉGÈRE
 - Présence de 4 à 5 critères : ADDICTION MODÉRÉE
 - Présence de 6 critères ou plus : ADDICTION SÉVÈRE

Questionnaire DETC

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

Questionnaire DETC : évaluation de la consommation de cannabis

Questionnaire : élaboré sous le terme de CAGE (*Cut-down Annoyed Guilty Eye-opener*) par Knight JR, Shrier LA, Bravender TD et al. Arch Pediatr Adolesc Med, 1999, 153 : 591-6. Validé par le National Institute on Drug Abuse (NIDA), Etats-Unis.

Questionnaire CAST (Cannabis)

1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?
2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?
3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?
4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?
5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?
6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école, etc.) ?

→ Deux réponses positives au test doivent amener à s'interroger sérieusement sur les conséquences de la consommation.

Questionnaire CAGE-DETA (Alcool)

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

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

ANNEXE 7: questionnaire AUDIT (140)

	0	1	2	3	4	Score de la ligne
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	Jamais	Au moins 1 fois par mois	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	Au moins 4 fois par semaine	
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus	
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous avez commencé ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	
10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	

Score > ou = 5 : consommation à risque

Score > ou = 8 : usage nocif (7 chez la femme)

Score > ou = 12 : alcoolodépendance probable (11 chez la femme)

ANNEXE 8: Echelle HAD (141)

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

<p>1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)</p> <ul style="list-style-type: none"> - La plupart du temps 3 - Souvent 2 - De temps en temps 1 - Jamais 0 	<p>9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jamais 0 - Parfois 1 - Assez souvent 2 - Très souvent 3
<p>2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, tout autant 0 - Pas autant 1 - Un peu seulement 2 - Presque plus 3 	<p>10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plus du tout 3 - Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2 - Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1 - J'y prête autant d'attention que par le passé 0
<p>3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, très nettement 3 - Oui, mais ce n'est pas trop grave 2 - Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1 - Pas du tout 0 	<p>11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, c'est tout à fait le cas 3 - Un peu 2 - Pas tellement 1 - Pas du tout 0
<p>4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autant que par le passé 0 - Plus autant qu'avant 1 - Vraiment moins qu'avant 2 - Plus du tout 3 	<p>12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autant qu'avant 0 - Un peu moins qu'avant 1 - Bien moins qu'avant 2 - Presque jamais 3
<p>5. Je me fais du souci</p> <ul style="list-style-type: none"> - Très souvent 3 - Assez souvent 2 - Occasionnellement 1 - Très occasionnellement 0 	<p>13. J'éprouve des sensations soudaines de panique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vraiment très souvent 3 - Assez souvent 2 - Pas très souvent 1 - Jamais 0
<p>6. Je suis de bonne humeur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jamais 3 - Rarement 2 - Assez souvent 1 - La plupart du temps 0 	<p>14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision</p> <ul style="list-style-type: none"> - Souvent 0 - Parfois 1 - Rarement 2 - Très rarement 3
<p>7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, quoi qu'il arrive 0 - Oui, en général 1 - Rarement 2 - Jamais 3 	
<p>8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presque toujours 3 - Très souvent 2 - Parfois 1 - Jamais 0 	

ANNEXE 9: questionnaire BDI (142)

A	Je ne me sens pas triste	0	<input type="radio"/>
	Je me sens cafardeux ou triste	1	<input type="radio"/>
	Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas à en sortir	2	<input type="radio"/>
	Je suis si triste et sens cafardeux ou triste que je ne peux pas le supporter	3	<input type="radio"/>
B	Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au niveau de l'avenir	0	<input type="radio"/>
	J'ai le sentiment de découragement au sujet de l'avenir	1	<input type="radio"/>
	Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer	2	<input type="radio"/>
	Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer	3	<input type="radio"/>
C	Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie	0	<input type="radio"/>
	J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens	1	<input type="radio"/>
	Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs	2	<input type="radio"/>
	J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)	3	<input type="radio"/>
D	Je ne me sens pas particulièrement insatisfait	0	<input type="radio"/>
	Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances	1	<input type="radio"/>
	Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit	2	<input type="radio"/>
	Je suis mécontent de tout	3	<input type="radio"/>
E	Je ne me sens pas coupable	0	<input type="radio"/>
	Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps	1	<input type="radio"/>
	Je me sens coupable	2	<input type="radio"/>
	Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien	3	<input type="radio"/>
F	Je ne suis pas déçu par moi-même	0	<input type="radio"/>
	Je suis déçu par moi-même	1	<input type="radio"/>
	Je me dégoûte moi-même	2	<input type="radio"/>
	Je me hais	3	<input type="radio"/>
G	Je ne pense pas à me faire du mal	0	<input type="radio"/>
	Je pense que la mort me libèrerait	1	<input type="radio"/>
	J'ai des plans précis pour me suicider	2	<input type="radio"/>
	Si je le pouvais, je me tuerais	3	<input type="radio"/>
H	Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens	0	<input type="radio"/>
	Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois	1	<input type="radio"/>
	J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai peu de sentiments pour eux	2	<input type="radio"/>
	J'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement	3	<input type="radio"/>
I	Je suis capable de me décider aussi facile que de coutume	0	<input type="radio"/>
	J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision	1	<input type="radio"/>
	J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions	2	<input type="radio"/>
	Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision	3	<input type="radio"/>
J	Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'auparavant	0	<input type="radio"/>
	J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux	1	<input type="radio"/>
	J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux	2	<input type="radio"/>
	J'ai l'impression d'être laid et repoussant	3	<input type="radio"/>
K	Je travaille aussi facilement qu'avant	0	<input type="radio"/>
	Il me faut un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose	1	<input type="radio"/>
	Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit	2	<input type="radio"/>
	Je suis incapable de faire le moindre travail	3	<input type="radio"/>
L	Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude	0	<input type="radio"/>
	Je suis fatigué plus facilement que d'habitude	1	<input type="radio"/>
	Faire quoi que ce soit me fatigue	2	<input type="radio"/>
	Je suis incapable de faire le moindre travail	3	<input type="radio"/>
M	Mon appétit est toujours aussi bon	0	<input type="radio"/>
	Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude	1	<input type="radio"/>
	Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant	2	<input type="radio"/>
	Je n'ai plus du tout d'appétit	3	<input type="radio"/>

- Un score de 0 à 4 correspond à une absence de dépression,
- De 4 à 7 : une dépression légère ,
- De 8 à 15 : une dépression modérée,
- Un score > 16 : une dépression sévère

Le Hooked on Nicotine Checklist (HONC) est un test dont l'objectif est de mettre en évidence la perte de contrôle vis-à-vis de la consommation de tabac.

Cet outil est particulièrement adapté aux jeunes fumeurs.

La cotation se fait de 1 à 10 par les réponses oui-non.

- Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer mais vous ne pouviez pas ? Oui Non
- Fumez-vous actuellement parce que c'est vraiment difficile d'arrêter ? Oui Non
- Avez-vous déjà pensé que vous fumez parce que vous êtes dépendant(e) du tabac ? Oui Non
- Avez-vous déjà eu des envies impérieuses de fumer ? Oui Non
- Avez-vous déjà senti que vous aviez vraiment eu besoin d'une cigarette ? Oui Non
- Est-ce difficile de ne pas fumer aux endroits où c'est interdit ? (ex le lycée) Oui Non

Quand vous essayez d'arrêter – ou quand vous n'avez pas fumé depuis un certain temps...

- Avez-vous trouvé difficile de vous concentrer sur votre travail parce que vous ne pouviez pas fumer ? Oui Non
- Avez-vous été plus irritable parce que vous ne pouviez pas fumer ? Oui Non
- Avez-vous senti un besoin urgent, une envie impérieuse de fumer ? Oui Non
- Vous êtes-vous senti(e) nerveux(se), incapable de rester tranquille, ou angoissé(e) parce que vous ne pouviez pas fumer ? Oui Non
- Vous êtes-vous senti(e) triste ou déprimé(e) parce que vous ne pouviez pas fumer ? Oui Non

Nombre de oui : _____

- Une réponse positive à un seul item suffit à indiquer une perte d'autonomie liée à la consommation de tabac.
- Plus le total des réponses positives est élevé, pour le résultat du test fait évoquer une perte d'autonomie et donc une dépendance.
- Un score égal ou supérieur à 7 indique un niveau de forte dépendance.

*Hooked = accro, dépendant.

Test de Fagerström en six questions

1. Le matin, combien de temps après être réveillé(e), fumez-vous votre première cigarette ?
 - a. Dans les 5 minutes 3
 - b. 6 - 30 minutes 2
 - c. 31 - 60 minutes 1
 - d. Plus de 60 minutes 0
2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (ex. : cinémas, bibliothèques)
 - a. Oui 1
 - b. Non 0
3. À quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ?
 - a. À la première de la journée 1
 - b. À une autre 0
4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?
 - a. 10 ou moins 0
 - b. 11 à 20 1
 - c. 21 à 30 2
 - d. 31 ou plus 3
5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?
 - a. Oui 1
 - b. Non 0
6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?
 - a. Oui 1
 - b. Non 0

Interprétation selon les auteurs :

- entre 0 et 2 : pas de dépendance ;
- entre 3 et 4 : dépendance faible ;
- entre 5 et 6 : dépendance moyenne ;
- entre 7 et 10 : dépendance forte ou très forte.

Références : Heatherton *et coll.*, 1991, Fagerström 2012.

Test de Fagerström simplifié en deux questions

1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?
 - 10 ou moins 0
 - 11 à 20 1
 - 21 à 30 2
 - 31 ou plus 3
2. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?
 - Moins de 5 minutes 3
 - 6 à 30 minutes 2
 - 31 à 60 minutes 1
 - Après plus d'1 heure 0

Interprétation selon les auteurs :

- 0-1 : pas de dépendance ;
- 2-3 : dépendance modérée ;
- 4-5-6 : dépendance forte.

ANNEXE 12: test CDS (144)

			sous-total	Veuillez indiquer si vous êtes d'accord avec les affirmations suivantes :			sous-total
Indiquez par un chiffre entre 0 et 100 quel est votre degré de dépendance des cigarettes 0 = je ne suis absolument pas dépendant/e des cigarettes 100 = je suis extrêmement dépendant/e des cigarettes	0-20	1	}	Je suis prisonnier/ère des cigarettes	Pas du tout d'accord	1	}
	21-40	2			Plutôt pas d'accord	2	
	41-60	3			Plus ou moins d'accord	3	
	61-80	4			Plutôt d'accord	4	
	81-100	5			Tout à fait d'accord	5	
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	0-5 cig./jour	1	}	Je fume trop	Pas du tout d'accord	1	}
	6-10	2			Plutôt pas d'accord	2	
	11-20	3			Plus ou moins d'accord	3	
	21-29	4			Plutôt d'accord	4	
	30 et +	5			Tout à fait d'accord	5	
D'habitude, combien de temps (en minutes) après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	0-5 min	5	}	Il m'arrive de tout laisser tomber pour aller acheter des cigarettes	Pas du tout d'accord	1	}
	6-15	4			Plutôt pas d'accord	2	
	16-30	3			Plus ou moins d'accord	3	
	31-60	2			Plutôt d'accord	4	
	61 et +	1			Tout à fait d'accord	5	
Pour vous, arrêter définitivement de fumer serait :	Impossible	5	}	Je fume tout le temps	Pas du tout d'accord	1	}
	Très difficile	4			Plutôt pas d'accord	2	
	Plutôt difficile	3			Plus ou moins d'accord	3	
	Plutôt facile	2			Plutôt d'accord	4	
	Très facile	1			Tout à fait d'accord	5	
Veuillez indiquer si vous êtes d'accord avec les affirmations suivantes :				Je fume malgré les risques que cela entraîne pour ma santé	Pas du tout d'accord	1	}
Après quelques heures passées sans fumer, je ressens le besoin irrésistible de fumer	Pas du tout d'accord	1	}		Plutôt pas d'accord	2	
	Plutôt pas d'accord	2			Plus ou moins d'accord	3	
	Plus ou moins d'accord	3			Plutôt d'accord	4	
	Plutôt d'accord	4			Tout à fait d'accord	5	
	Tout à fait d'accord	5					
Je suis stressé/e à l'idée de manquer de cigarettes	Pas du tout d'accord	1	}	Total des points des 12 rubriques :		}	
	Plutôt pas d'accord	2					
	Plus ou moins d'accord	3					
	Plutôt d'accord	4					
	Tout à fait d'accord	5					
Avant de sortir, je m'assure toujours que j'ai des cigarettes sur moi	Pas du tout d'accord	1	}	Interprétation des résultats :	jusqu'à 24 points	dépendance modérée	
	Plutôt pas d'accord	2			entre 25 et 44 points	dépendance moyenne	
	Plus ou moins d'accord	3			45 points et plus	dépendance forte	
	Plutôt d'accord	4					
	Tout à fait d'accord	5					
				Score moyen mesuré chez 3009 fumeurs/uses : 44 points			

ANNEXE 13: Test de HORN (93)

Entourez le chiffre correspondant :

5 = toujours 4 = Souvent 3 = Moyennement 2 = Parfois 1 = Jamais

a - Les cigarettes m'aident à rester éveillé(e), concentré(e), efficace	5	4	3	2	1
b - C'est agréable de tenir une cigarette entre les doigts	5	4	3	2	1
c - Fumer est pour moi une détente	5	4	3	2	1
d - J'allume une cigarette quand je suis soucieux(se), contrarié(e)	5	4	3	2	1
e - Quand je n'ai plus de cigarettes, je cours en acheter	5	4	3	2	1
f - Je ne remarque même plus quand je fume, c'est tout à fait automatique	5	4	3	2	1
g - Je fume pour me donner du courage, pour me mettre en forme	5	4	3	2	1
h - Le simple fait d'allumer une cigarette procure aussi du plaisir	5	4	3	2	1
i - Il y a une quantité de plaisirs dans l'acte de fumer	5	4	3	2	1
j - Je fume quand je suis mal à l'aise ou quand je suis énervé(e)	5	4	3	2	1
k - Je ne suis pas dans le coup quand je ne fume pas	5	4	3	2	1
l - J'allume une cigarette alors qu'une autre brûle dans le cendrier	5	4	3	2	1
m - Je fume pour retrouver mon entrain	5	4	3	2	1
n - J'ai du plaisir à regarder les volutes de la fumée	5	4	3	2	1
o - Je fume quand je me sens bien détendu(e)	5	4	3	2	1
p - Je fume pour oublier quand j'ai le cafard	5	4	3	2	1
q - Quand je n'ai pas pu fumer pendant un moment, le désir devient irrésistible	5	4	3	2	1
r - Je constate parfois avec étonnement que j'ai une cigarette dans la bouche	5	4	3	2	1

STIMULATION : a + g + m =

PLAISIR DU GESTE : b + h + n =

RELAXATION : c + i + o =

ANXIÉTÉ - SOUTIEN : d + j + p =

BESOIN ABSOLU : e + k + q =

HABITUDE ACQUISE : f + l + r =

ANNEXE 14: Test de Gilliard (93)

	0 Pas du tout	1 Plutôt non	2 Plutôt oui	3 Tout à fait	
1 - Je fume automatiquement, sans même y penser.					D
2 - Je fume pour faire comme les autres.					S
3 - Je fume quand je suis anxieux(se), préoccupé(e), inquiet(e).					A
4 - Le plaisir de fumer commence avec les gestes que je fais pour allumer ma cigarette.					H
5 - Dès que je ne fume pas, j'en suis très conscient et je ne peux pas contrôler le désir de fumer.					D
6 - Je fume quand je suis avec d'autres fumeurs pour me faire accepter par eux.					S
7 - Je fume quand je me sens triste, déprimé(e).					A
8 - Je prends plaisir à allumer et à tenir une cigarette.					H
9 - Quand je n'ai pas pu fumer depuis un moment, j'ai vraiment une envie irrésistible d'une cigarette.					D
10 - Je fume pour en imposer aux autres.					S
11 - Fumer me calme, me détend, me décontracte.					A
12 - J'aime manipuler une cigarette.					H
13 - Je prends une cigarette sans savoir pourquoi, sans m'en rendre compte.					D
14 - Je fume quand je fais une pause.					S
15 - Je fume quand je suis en colère.					A
16 - Tirer sur une cigarette est relaxant.					H
17 - Je fume par habitude.					D
18 - Je fume pour avoir plus confiance en moi.					S
19 - J'allume une cigarette lorsque je suis tracassé(e).					A
20 - J'ai du plaisir à regarder les volutes de fumée.					H
21 - Lorsque je n'ai plus de cigarette, il faut absolument que je m'en procure.					D
22 - Je fume pour me donner une certaine contenance.					S
23 - Je fume chaque fois que je suis mal à l'aise.					A
24 - Je trouve beaucoup de plaisir dans l'acte de fumer.					H
25 - Je fume dans les moments d'attente.					D
26 - Je fume pour me donner du courage.					S
27 - Je fume quand je me sens seul(e) pour me tenir compagnie.					A
28 - Quand je me relaxe, j'ai du plaisir à fumer.					H

RÉSULTAT :

Faites la somme des D puis des S, puis des A et enfin des H, vous obtenez 4 totaux sur 21.

DÉPENDANCE :	1+5+9+13+17+21+25
DIMENSION SOCIALE :	2+6+10+14+18+22+26
RÉGULATION DES AFFECTS NÉGATIFS :	3+7+11+15+19+23+27
RECHERCHE DE PLAISIR :	4+8+12+16+20+24+28
D - DÉPENDANCE :	TOTAL = .. /21
S - DIMENSION SOCIALE :	TOTAL = .. /21
A - RÉGULATION DES AFFECTS NÉGATIFS :	TOTAL = .. /21
H - HÉDONISME/GESTE :	TOTAL = .. /21

ANNEXE 15: Test de Richmond (93)

Aimeriez-vous arrêter de fumer si vous pouviez le faire facilement ?	Oui	0
	Non	1
Avez-vous réellement envie de cesser de fumer ?	Pas du tout	0
	Un peu	1
	Moyennement	2
	Beaucoup	3
Pensez-vous réussir à cesser de fumer dans les 2 semaines à venir ?	Non	0
	Peut-être	1
	Vraisemblablement	2
	Certainement	3
Pensez-vous être un ex-fumeur dans 6 mois ?	Non	0
	Peut-être	1
	Vraisemblablement	2
	Certainement	3
Total		

Richmond RI, Kahoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abatement following interventions to stop smoking by general practitioners. *Addiction* 1993; 88 : 1127-35

SCORE ≥ 8 :
Bonne motivation.

SCORE 6-8 :
Motivation moyenne. Un soutien motivationnel peut être utile pour valoriser et augmenter les côtés positifs de l'arrêt.

SCORE ≤ 5 :
Motivation faible qui nécessite une aide motivationnelle et un soutien avant de démarrer le sevrage.

ANNEXE 16: Test de Khimji et Watt (93)

Arrêter de fumer est-il important pour vous ?	Très important	5
	Assez important	3
	Non/Peu important	1
Quelle influence ont eu les autres sur votre décision d'arrêt ?	Faible ou nulle	5
	Moyenne	3
	Grand	1
Quelles chances de succès vous donnez-vous si vous essayez d'arrêter ?	Fortes	5
	Moyennes	3
	Douteuses	1
Total		

Khimji H, Watts J. Two years evaluation of general practice based smoking cessation clinic. *Journal of Smoking Related Disorders* 1994 ; 5 : 241-6.

LA MOTIVATION EST CONSIDÉRÉE COMME BONNE SI LE SCORE EST SUPÉRIEUR OU ÉGAL À 12.

1 Pensez-vous que dans 6 mois :

a	Vous fumerez toujours autant ?	0
b	Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ?	2
c	Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ?	4
d	Plus de 60 minutes	8

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

a	Pas du tout	0
b	Un peu	1
c	Beaucoup	2
d	Énormément	3

3 Pensez-vous que dans 4 semaines :

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

4 Vous arrive t-il de ne pas être content(e) de fumer ?

a	Jamais	0
b	Quelquefois	1
c	Souvent	2
d	Très souvent	3

Résultats

TOTAL /20

Score ≤ 6 :
Motivation
insuffisante

Score entre 7 et 13 :
Motivation moyenne

Score > 13 :
Bonne et très
bonne motivation

Exemples de conseils d'arrêt

- « 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. »

ANNEXE 19: équivalence entre les différents timbres nicotiques (34)

Nicopatch® ou Nicotinell®	Niquitin® + clear	Nicoretteskin®
21 mg/24 h = 52,5 mg 30 cm ²	21 mg/24 h = 114 mg 22 cm ²	25 mg/16 h = 39,37 mg 22,5 cm ²
14 mg/24 h = 32 mg 20 cm ²	14 mg/24 h = 78 mg 15 cm ²	15 mg/16 h = 23,62 mg 13,5 cm ²
7 mg/24 h = 17,5 mg 10 cm ²	7 mg/24 h = 36 mg 7 cm ²	10 mg/16 h = 15,75 mg 9 cm ²

En prenant l'exemple des timbres à 21 mg/24 h, vous remarquerez que pour un même dosage, la concentration de nicotine peut varier du simple au double, suivant les marques (Nicopatch 21 mg/24 h = 52,5 mg et Niquitin 21 mg/24 h = 114 mg).



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)																					

► **Remplie le soir, au coucher, elle permet de faire le bilan de la journée et constitue un guide pour le début du sevrage.**

► **Conseils pour renseigner les différentes rubriques :**



→ **Pulsions à fumer :** coter de 0 à 3 selon l'intensité des pulsions. Il s'agit de l'appréciation générale de la journée (et non du nombre de pulsions).

- 0 :** pas de pulsion du tout
- 1 :** journée assez facile (pensée de la cigarette présente mais pulsions légères)
- 2 :** journée un peu difficile (pulsions moyennes)
- 3 :** journée très difficile (beaucoup de fortes pulsions)



Remarque : Attention de ne pas confondre « pulsions » (liées à la dépendance physique) et « envies » (relevant de la dépendance psychologique et comportementale). Il est normal d'avoir des envies de fumer en début de sevrage. Elles vont s'atténuer naturellement avec le temps. Des pulsions importantes en début de sevrage sont, en revanche, le reflet d'un sous-dosage initial. Il faudra revoir à la hausse le dosage du patch ou encourager la personne à prendre davantage de formes orales.

 → **Irritabilité, accès de colère, agitation, nervosité, anxiété, tendance dépressive, difficulté de concentration, augmentation de l'appétit, constipation, troubles du sommeil, activités de rêve** : coter de 0 à 3 selon :

0 : comme d'habitude (ni plus, ni moins)

1 : un peu plus que d'habitude

2 : moyennement plus que d'habitude

3 : beaucoup plus que d'habitude



→ **Café** : indiquer le nombre de cafés pris dans la journée (compter le café du matin comme un seul café, même si cela correspond à plus d'une tasse).



→ **Alcool** : indiquer le nombre de verres d'alcool pris dans la journée (une bière 25 cl = un verre de vin = un apéritif).



→ **Cigarettes fumées** : pour réussir le sevrage, l'arrêt du tabac doit être TOTAL. Ce sera, pour la personne, une grande satisfaction d'inscrire le chiffre « 0 » dans cette ligne. Mais s'il y a des « faux pas », il est important de les indiquer afin de les commenter lors de la prochaine rencontre à l'officine.



→ **En cas de recours aux formes orales de substituts nicotiniques** : préciser le nombre de gommes, de comprimés (à sucer ou sublinguaux) ou de cartouches d'inhalateur utilisés dans la journée.

Des outils pour les patients

- ▶ « Arrêter de fumer sans prendre du poids », Inpes : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1021.pdf>
- ▶ « Le tabac en moins sans les kilos en plus : conseils et recettes pour concilier sevrage tabagique et équilibre alimentaire », Office français de prévention du tabagisme
- ▶ « Éviter la prise de poids au moment de l'arrêt », Tabac Info Service : <http://www.tabac-info-service.fr/Mes-Fiches-Pratiques/Eviter-la-prise-de-poids-au-moment-de-l-arret>
- ▶ Plan National Nutrition Santé : www.mangerbouger.fr

L'essentiel

Ne pas oublier de bouger. Le poids, c'est aussi une question d'élimination. **Avoir une activité physique permet d'évacuer le stress, de se faire plaisir, de bien se sentir dans son corps.** Même si l'on ne pratique aucun sport, on peut se dépenser en utilisant les escaliers (plutôt que l'ascenseur), en descendant du bus ou du métro une station avant sa destination, en bricolant, en jardinant, en profitant d'une pause pour aller marcher, etc.



tabac info service
le site + l'appli + le 39 89*

Le 39 89
Un accompagnement gratuit par téléphone tout au long de votre arrêt. En composant le 39 89, vous prenez rendez-vous avec un tabacologue qui vous rappelle quand vous le souhaitez.

Le site Tabac info service
De l'information, des conseils, les adresses des tabacologues proches de chez vous et des tests pour bien vous préparer et augmenter vos chances de réussite.

Tabac info service, c'est aussi un **programme de coaching personnalisé**. Téléchargez l'appli ou rendez-vous sur le site pour bénéficier de conseils personnalisés de tabacologues, posez vos questions et visualisez vos progrès.
tabac-info-service.fr

La page Facebook Tabac info service
Une communauté solidaire d'ex fumeurs et de fumeurs souhaitant arrêter, toujours prête à vous soutenir dans les moments difficiles.

3989 Service gratuit + prix appel



ARRÊTER DE FUMER SANS GROSSIR

Est-il vrai que l'on grossit quand on arrête de fumer ?

La nicotine contenue dans le tabac diminue l'appétit, augmente les dépenses énergétiques et ralentit le stockage des graisses. Il est donc possible de prendre un peu de poids quand on arrête de fumer, mais ce n'est pas toujours le cas. **D'ailleurs, un fumeur sur trois ne grossit pas après avoir arrêté de fumer.** Chez les autres, cette prise de poids est en moyenne de deux à quatre kilos. Certains ne prennent qu'un kilo, d'autres en prennent davantage.



Est-ce que les substituts nicotiniques limitent la prise de poids ?

Oui, la nicotine supprime la sensation de manque et permet ainsi de limiter le grignotage pour compenser les envies de fumer. Les substituts nicotiniques peuvent aussi avoir un effet sur le métabolisme et permettent donc de prendre moins de poids.



Doit-on faire un régime quand on arrête de fumer ?

Pendant l'arrêt, il n'est pas souhaitable de faire un régime pour maigrir et de s'imposer ainsi une autre source de stress. **L'essentiel est de garder une alimentation variée. C'est le bon moment pour revoir ses habitudes alimentaires.** L'arrêt du tabac permet de retrouver des saveurs que l'on avait oubliées.



Comment bien manger tout en se faisant plaisir ?

Avec la Fabrique à menus, fini la panne d'inspiration ! Découvrez gratuitement des idées de menus de saison variés pour manger équilibré toute la semaine en accord avec les recommandations alimentaires du Programme national nutrition santé. Chaque famille d'aliments y est représentée, afin d'assurer un bon équilibre nutritionnel : féculents, fruits, légumes... Les menus proposés sont personnalisables selon les goûts, le nombre de personnes, le temps disponible... Pour tester de chez vous la Fabrique à menus, rendez-vous sur www.mangerbouger.fr.

Comment résister aux « fringales » ?

Quand on arrête de fumer, on peut ressentir une augmentation de l'appétit. Dans la majorité des cas, des techniques simples suffisent à limiter la prise de poids :

- ne pas sauter de repas ;
- faire les courses après avoir mangé et non avant ;
- commencer la journée par un petit déjeuner avec, par exemple, du pain complet ou aux céréales, un fruit, un yaourt, une boisson chaude peu ou pas sucrée ;
- pour le plat principal, alterner dans la semaine volaille, viande, poisson, œufs et légumes secs, accompagnés d'une bonne quantité de légumes, cuits ou crus ;
- consommer des féculents tous les jours, dont au moins un féculent complet (pain complet, pâtes ou riz complets, semoule complète...) car riche en fibres et limiter les aliments gras (fromages, pâtisserie, charcuterie, beurre...) et sucrés (dont les jus de fruits) ;
- au dessert, choisir un fruit plutôt qu'une pâtisserie ;
- ne pas se resservir ;
- penser à boire de l'eau régulièrement, seule boisson indispensable ; attention au café qui énerve et qui « appelle » la cigarette ! L'alcool apporte des calories inutiles et incite aussi à fumer : à éviter ;
- ne pas rester à table après avoir mangé.

Pour en savoir plus : www.manger-bouger.fr



UFR de Pharmacie

BARTHOMEUF, MARINE

LE SEVRAGE TABAGIQUE A L'OFFICINE

RESUME DE LA THESE

Le tabagisme est la première cause de mortalité évitable en France. Responsable d'un nombre important de maladie, il est le sujet de nombreuses études épidémiologiques et se situe au centre des politiques de santé publique. Le pharmacien étant un acteur dans la prévention, il peut accompagner les patients désirant arrêter de fumer. De la détection des fumeurs, à leur arrêt et leur suivi, le pharmacien peut être guidé à chaque étape par diverses procédures, décrites dans cette thèse. Cependant, dans les réalités des faits, ces procédures ne sont pas toujours appliquées, puisque malgré ses atouts (connaissance des médicaments, confiance des patients, lien social, fidélité, facilité d'accès des officines...), le pharmacien est confronté à plusieurs freins pour accompagner le fumeur (manque de temps, manque de formation en tabacologie, de structures adaptées...). Les perspectives d'amélioration des pratiques de prise en charge du fumeur en pharmacie ont été étudiées dans cette thèse. Elles pourraient permettre d'atteindre un accompagnement optimal des patients, avec une meilleure implication du pharmacien.

MOTS-CLES

Tabac, Cigarette, Nicotine, Traitement, Sevrage tabagique, Officine, Pharmacie, Pharmacien, Prise en charge, Accompagnement, Suivi

JURY

PRESIDENT DU JURY : BALTORA SYLVIE
DIRECTEUR DE THESE : BALTORA SYLVIE
MEMBRES DU JURY :
COINTE LYDIE
POUCHAIN CORENTIN

13/09/21 Amiens

