

**UNIVERSITE DE LIMOGES**

**Faculté de Pharmacie**

ANNÉE 2014

THÈSE N°.....

**PRISE EN CHARGE DU TABAC EN OFFICINE  
RÔLE DU PHARMACIEN  
DANS LE REPERAGE ET LE SUIVI**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

présentée et soutenue publiquement

le 30 juin 2014

par

**Laurent BARATAUD**

né le 1 août 1989, à Limoges

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur Jacques BUXERAUD .....Président  
Mme le Docteur Catherine FAGNERE, MCU..... Co-directeur  
M. le Docteur André NGUYEN ..... Co-directeur  
Mme le Docteur Myriam CHIROUX ..... Juge



**UNIVERSITE DE LIMOGES**

**Faculté de Pharmacie**

ANNÉE 2014

THÈSE N°.....

**PRISE EN CHARGE DU TABAC EN OFFICINE  
RÔLE DU PHARMACIEN  
DANS LE REPERAGE ET LE SUIVI**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

présentée et soutenue publiquement

le 30 juin 2014

par

**Laurent BARATAUD**

né le 1 août 1989, à Limoges

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur Jacques BUXERAUD .....Président  
Mme le Docteur Catherine FAGNERE, MCU..... Co-directeur  
M. le Docteur André NGUYEN ..... Co-directeur  
Mme le Docteur Myriam CHIROUX ..... Juge



DOYEN DE LA FACULTÉ : Monsieur le Professeur Jean-Luc **DUROUX**  
1<sup>er</sup> VICE-DOYEN : Madame Catherine **FAGNÈRE**, Maître de Conférences  
2<sup>ème</sup> VICE-DOYEN : Monsieur le Professeur Serge **BATTU**

**PROFESSEURS :**

<b>BATTU</b> Serge	CHIMIE ANALYTIQUE
<b>BENEYTOUT</b> Jean-Louis	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
<b>BOTINEAU</b> Michel	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
<b>BROSSARD</b> Claude	PHARMACOTECHNIE
<b>BUXERAUD</b> Jacques	CHIMIE ORGANIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
<b>CARDOT</b> Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
<b>DELAGE</b> Christiane	CHIMIE GÉNÉRALE ET MINÉRALE
<b>DESMOULIÈRE</b> Alexis	PHYSIOLOGIE
<b>DUROUX</b> Jean-Luc	BIOPHYSIQUE, BIOMATHÉMATIQUES ET INFORMATIQUE
<b>MAMBU</b> Lengo	PHARMACOGNOSIE
<b>ROUSSEAU</b> Annick	BIOSTATISTIQUE
<b>VIANA</b> Marylène	PHARMACOTECHNIE

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES :**

<b>LACHÂTRE</b> Gérard	TOXICOLOGIE
<b>MOESCH</b> Christian	HYGIÈNE HYDROLOGIE ENVIRONNEMENT
<b>ROGEZ</b> Sylvie	BACTÉRIOLOGIE ET VIROLOGIE

**MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIEN HOSPITALIER DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES : (en détachement)**

<b>PICARD</b> Nicolas	PHARMACOLOGIE
-----------------------	---------------

### **MAÎTRES DE CONFÉRENCES :**

<b>BASLY</b> Jean-Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
<b>BEAUBRUN-GIRY</b> Karine	PHARMACOTECHNIE
<b>BILLET</b> Fabrice	PHYSIOLOGIE
<b>CALLISTE</b> Claude	BIOPHYSIQUE, BIOMATHÉMATIQUES ET INFORMATIQUE
<b>CLEDAT</b> Dominique	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
<b>COMBY</b> Francis	CHIMIE ORGANIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
<b>COURTIOUX</b> Bertrand	PHARMACOLOGIE, PARASITOLOGIE
<b>DELEBASSÉE</b> Sylvie	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE-IMMUNOLOGIE
<b>DEMIOT</b> Claire-Elise	PHARMACOLOGIE
<b>FAGNÈRE</b> Catherine	CHIMIE ORGANIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
<b>FROISSARD</b> Didier	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
<b>JAMBUT</b> Anne-Catherine	CHIMIE ORGANIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
<b>LABROUSSE</b> Pascal	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
<b>LÉGER</b> David	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
<b>LIAGRE</b> Bertrand	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
<b>MARION-THORE</b> Sandrine	CHIMIE ORGANIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
<b>MARRE-FOURNIER</b> Françoise	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
<b>MILLOT</b> Marion	PHARMACOGNOSIE
<b>MOREAU</b> Jeanne	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE-IMMUNOLOGIE
<b>PASCAUD</b> Patricia	PHARMACIE GALÉNIQUE
<b>POUGET</b> Christelle	CHIMIE ORGANIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
<b>SIMON</b> Alain	CHIMIE GÉNÉRALE ET MINÉRALE
<b>TROUILLAS</b> Patrick	BIOPHYSIQUE, BIOMATHÉMATIQUES ET INFORMATIQUE
<b>VIGNOLES</b> Philippe	BIOPHYSIQUE, BIOMATHÉMATIQUES ET INFORMATIQUE

### **PROFESSEUR de LYCEE PROFESSIONNEL :**

<b>ROUMIEUX</b> Gwenhaël	ANGLAIS
--------------------------	---------

**ATTACHÉ TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE :**

**MAMMARI** Nour (1/10/13 au 31/08/14) MICROBIOLOGIE

**VEDRENNE** Nicolas (1/11/13 au 31/08/14) CHIMIE ANALYTIQUE

## Remerciements

Je tiens à remercier Monsieur le Professeur Buxeraud, professeur à la faculté de pharmacie de Limoges, pour avoir accepté de présider le jury de cette thèse, ainsi que pour l'énergie qu'il dépense au quotidien pour tenter de transmettre, avec passion, une partie de son savoir aux étudiants de la faculté.

Je remercie aussi Madame le Docteur Catherine Fagnère, maître de conférences à la faculté de pharmacie de Limoges, pour avoir accepté de codiriger ce travail, pour la patience et la bienveillance que vous avez eu à mon égard durant l'élaboration de cette thèse, et plus généralement pour toutes celles que vous avez envers les étudiants de la faculté de Pharmacie de Limoges.

Je tiens aussi à remercier chaleureusement Monsieur le Docteur André Nguyen, Coordonnateur de santé au sein du réseau de santé Addictlim, d'avoir accepté d'être le co-directeur de cette thèse. Je tiens sincèrement te remercier pour, d'abord m'avoir proposé un sujet qui m'a passionné, ensuite pour m'avoir guidé avec beaucoup de pédagogie, de disponibilité et surtout de gentillesse tout au long de l'élaboration de cette thèse. Je te remercie pour tout le temps et l'énergie que tu m'as consacrés, ainsi que pour la passion du sujet que tu as su me transmettre.

Je remercie aussi Madame le Docteur Myriam Chiroux, pharmacien à la Pharmacie de Nieul, pour avoir accepté de faire parti de ce jury et pour m'avoir fait confiance durant les premiers pas de mon exercice professionnel, pour votre patience et votre pédagogie, pour avoir partagé avec moi l'étendue votre expérience pharmaceutique.

Je remercie ma famille pour le soutien qu'ils m'ont accordé durant toutes ces années d'études et pour m'avoir poussé à travailler dur, m'avoir supporté dans tous les sens du terme et m'avoir placé dans les meilleures conditions pour que je les réussisse.

Je remercie Astrid pour le soutien qu'elle m'a témoigné depuis que je l'ai rencontrée et pour toujours me pousser à donner le meilleur de moi-même.

Je remercie tous les amis que j'ai rencontrés durant mes études, ainsi que tous ceux de longue date, pour tous les excellents moments que nous avons partagés. Je tiens à remercier plus particulièrement Olivier Naves avec qui j'ai partagé beaucoup de temps durant l'élaboration de cette thèse, Jean-Charles Charioux pour sa présence en cours et grâce à qui je n'ai plus jamais eu de rattrapage après ma 3<sup>e</sup> année d'étude, Frédéric Agbohouto pour son ouverture d'esprit et son aide concernant l'orthographe et Marien Rouchon pour la mise à contribution de son talent en langue concernant la traduction en anglais.

Je tiens aussi à remercier toutes les personnes qui m'ont aidé à corriger ma thèse et notamment Madame Myriam Reilhac pour sa gentillesse et pour tout le temps et l'application qu'elle y a consacrés.

Merci à vous.

## Droits d'auteurs



Cette création est mise à disposition selon le Contrat : « **Paternité-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification** » disponible en ligne

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr/>

## Table des matières

Introduction .....	12
1. LE TABAC ET SA CONSOMMATION .....	14
1.1. Histoire .....	14
1.1.1. Origine .....	14
1.1.2. Une substance controversée .....	15
1.1.3. Tabac et société .....	16
1.1.3.1. Tabac et publicité .....	16
1.1.3.2. Un risque connu des industriels .....	17
1.1.3.3. Une prise de conscience tardive du risque tabagique .....	17
1.2. La plante.....	18
1.2.1. Aspect botanique .....	18
1.2.2. La culture du tabac .....	19
1.2.2.1. Les différents types de tabac .....	19
1.2.2.2. Principes de cultures.....	19
1.2.2.3. La récolte .....	20
1.2.2.4. Transformation du tabac .....	20
1.3. Epidémiologie .....	22
1.3.1. L'évolution du tabac en France .....	22
1.3.2. Le tabagisme féminin.....	22
1.3.3. Les jeunes et le tabac .....	23
1.3.4. Relation entre l'évolution de la consommation de tabac et l'âge .....	25
1.3.5. Dépendance .....	25
1.3.6. Consommation quotidienne .....	26
1.3.7. Rapport entre catégorie sociale et tabagisme .....	26
1.3.7.1. Niveau d'études .....	26
1.3.7.2. Catégories socioprofessionnelles.....	27
1.3.7.3. Précarité .....	27
1.3.8. Evolution des ventes de tabac .....	27
1.3.9. La mortalité.....	29
1.4. Toxicité et mode de consommation .....	29
1.4.1. Toxicité de la fumée.....	29
1.4.1.1. Les principaux composés toxiques.....	29
1.4.2. Les modes de consommation .....	34
1.5. Conséquences individuelles et santé publique.....	38
1.5.1. Conséquences sur la santé de l'individu .....	38
1.5.1.1. La toxicité du tabac .....	38
1.6. La législation et son historique en France.....	45
1.6.1. Législation régissant la culture du tabac .....	45
1.6.2. Législation concernant la consommation de tabac.....	46
1.6.2.1. La loi Veil .....	46
1.6.2.2. La loi Evin .....	46
1.6.2.3. Diverses mesures adoptées entre 1991 et 2006 .....	47
1.6.2.4. Le décret du 15 novembre 2006.....	48
1.6.2.5. Depuis 2006.....	48
1.6.3. La contrefaçon et la contrebande.....	49
1.6.3.1. Généralités.....	49
1.6.3.2. Estimation du phénomène.....	50
2. PRISE EN CHARGE DU TABAC.....	54
2.1. Addiction au tabac : quelques définitions .....	54
2.1.1. Généralités .....	54
2.1.1.1. Notion d'addiction selon Goodman.....	54
2.1.1.2. La dépendance selon l'OMS .....	55
2.1.1.3. Notion d'usages .....	56

2.1.1.4. Notion de changements de comportement.....	58
2.1.1. L'addiction au tabac du point de vue pharmacologique.....	60
2.2. La prise en charge de l'addiction tabagique.....	61
2.2.1. Avant le traitement.....	61
2.2.1.1. Tests de repérage tabac.....	61
2.2.1.2. Comorbidités.....	65
2.2.1.3. Recherche de polyconsommation.....	68
2.2.1.4. Motivation.....	69
2.2.2. Les traitements médicamenteux et non médicamenteux.....	72
2.2.2.1. Les traitements médicamenteux.....	72
2.2.2.2. Les traitements non médicamenteux.....	79
2.2.2.3. Les traitements non recommandés.....	83
2.3. Approches de groupes spécifiques.....	83
2.3.1. La femme enceinte et allaitante.....	83
2.3.1.1. Les risques.....	83
2.3.1.2. Stratégie thérapeutique et particularité.....	86
2.3.1.3. Allaitement : traitements proposés.....	87
2.3.2. L'adolescent.....	88
2.3.2.1. Très peu d'études scientifiques.....	88
2.3.2.2. Stratégie thérapeutique : des voies à explorer.....	90
2.3.3. Tabac péri-opératoire.....	91
2.3.3.1. Les risques liés au tabac lors d'une intervention chirurgicale.....	91
2.3.3.2. La prise en charge préopératoire du sevrage.....	93
2.3.4. Tabac et affections psychiatriques.....	95
2.3.4.1. Tabagisme et troubles anxieux.....	95
2.3.4.2. Tabagisme et troubles de l'humeur.....	96
2.3.4.3. Tabagisme et psychoses.....	97
3. TABAC ET OFFICINE.....	99
3.1. Aborder la consommation de tabac.....	100
3.2. Mise en place d'un suivi personnalisé.....	104
3.2.1. Evaluation de la demande.....	104
3.2.1.1. Objectifs.....	104
3.2.1.2. Motivation.....	104
3.2.2. Les situations nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire.....	105
3.2.3. Le suivi officinal.....	106
3.2.3.1. Les premiers entretiens.....	106
3.2.3.2. Les entretiens de stabilisation.....	114
3.2.3.3. Anticiper les risques de rechutes.....	115
3.3. L'accompagnement à l'arrêt.....	119
3.3.1. Gérer les tentations.....	120
3.3.2. Eviter les catalyseurs.....	121
3.3.3. Se débarrasser de la nostalgie.....	121
3.3.4. Gérer la rechute.....	121
Conclusion.....	123
Références bibliographiques.....	124

## Introduction

Le tabac, d'abord usité cérémoniellement, est devenu un des produits de consommation les plus ubiquitaires. Longtemps venté pour ses bienfaits, il est aujourd'hui « combattu » comme un addictogène étant la première cause de mort évitable en France. La meilleure façon d'endiguer ce « fléau » de santé publique est, avant le traitement, la prévention.

Le pharmacien d'officine, en tant que professionnel de santé et acteur du parcours de soin, a un rôle majeur dans la prévention, le dépistage, l'accompagnement et le conseil au patient. Grâce à sa disponibilité, ses connaissances, sa proximité et aux nouvelles missions qui lui sont confiées, il bénéficie de tout un champ de possibilités pour accompagner le patient : comment peut-il utiliser ses compétences pour remplir cette mission de service publique ? Il ne s'agit pas seulement de traiter le patient, mais de repérer les personnes nécessitant une aide, les accompagner pour surmonter leurs problèmes et inquiétudes liés au tabac, et à ne pas rechuter.

Nous allons donc tenter de répondre aux problématiques engendrées par cette démarche spécifique de soin : nous allons rappeler dans une première partie certaines notions essentielles pour appréhender le sujet, dans une seconde partie, nous allons voir les différents moyens de prise en charge du tabagisme, et enfin nous finirons en proposant des outils qui pourront aider le pharmacien d'officine à remplir sa mission, c'est-à-dire améliorer la santé de la population.

# **PARTIE 1**

## **LE TABAC ET SA CONSOMMATION**

# 1. LE TABAC ET SA CONSOMMATION

## 1.1. Histoire

### 1.1.1. Origine

La relation entre l'homme et le tabac est lointaine, déjà, il y a plus de 3000 ans, cette plante était cultivée en Amérique. Les populations locales roulaient les feuilles de tabac, ce dernier était nommé « *petum* », en un grand cigare, appelé « *tabaco* », ou utilisaient des pipes.<sup>[1]</sup> Les indiens d'Amérique considéraient la plante comme précieuse et la fumaient durant des cérémonies religieuses, ou pour apaiser les douleurs.

En 1492, Christophe Colomb découvre le nouveau monde et deux de ses compagnons, Luis de Torres et Rodrigo de Jerez, décrivent l'usage que les populations indigènes font du tabac. Le célèbre explorateur revient une seconde fois sur le continent Américain, cette fois accompagné d'un missionnaire espagnol, Fray Romano Pane, qui envoie du tabac à Charles Quint<sup>[2]</sup>. L'équipage prend l'habitude d'en consommer.

Les premières graines de tabac sont introduites en Europe en 1520, mais la culture et l'usage ne se répandront qu'au XVI<sup>e</sup> siècle dans la péninsule ibérique, notamment sous l'impulsion du médecin personnel de Philippe II, qui en parle comme d'un « médicament universel ».

En France, c'est le moine André Thevet qui ramène d'Amérique du Sud des graines pour la première fois en 1557 et les plante dans sa région natale d'Angoulême. C'est un ambassadeur de France à Lisbonne, Jean Nicot, qui va introduire le tabac à la Cour de France auprès de Catherine de Médicis, dans le but de soulager ses migraines. Le diplomate légua son nom à la plante, *Nicotiana tabacum* et par extension, à l'un de ses alcaloïdes, la nicotine.

La mode de « l'herbe à la Reine » se développe à la Cour, malgré une certaine méfiance vis-à-vis de cette pratique qualifiée de sorcellerie par certains. L'usage se répand parallèlement en Allemagne, en Turquie, dans le Maghreb, au Japon et en Corée, si bien que le tabac est « mondial » dès le XVI<sup>e</sup> siècle.

Le mot cigarette apparaît probablement en France vers 1810, suite aux expéditions espagnoles de Napoléon. On pense que le terme viendrait de l'espagnol *cigarita*.

En 1829, la première fabrique s'établit à Paris et la production s'industrialise en 1840.

La consommation populaire de la cigarette ne viendra qu'à la veille de la Grande Guerre : en 1913, 3.8 milliards de cigarettes sont vendues en France, puis 16 milliards en 1929. Jusqu'alors la population était plutôt tournée vers le tabac à chiquer et la pipe<sup>[3]</sup>.

Dans la deuxième partie du XXe siècle, le tabac va s'étendre dans la société vers les femmes, les personnalités comme Sartre, Gainsbourg, ou encore Malraux..., le tabac devient un produit de consommation mondiale.<sup>[4]</sup>

### 1.1.2. Une substance controversée

Très tôt, des controverses se développent autour du tabac, opposant les défenseurs aux ennemis du tabagisme.

Jacques Gohory le cultive à Paris en 1572, la plante est alors considérée comme médicinale. Il publie *L'instruction sur l'herbe petum* la même année. Le médecin Jean Le Royer de Prade décrit en 1667, dans l'ouvrage *Histoire du tabac, où il est traité particulièrement du tabac en poudre*, les bénéfices du tabac, et rejette les idées des détracteurs qui pensent que le tabac « rentre dans le cerveau ».

Balzac, de Nerval, Baudelaire, Rimbaud, George Sand fument, Molière écrit dans *Dom Juan*, acte I scène 1, que le tabac est la « *passion des honnêtes gens, et qui vit sans tabac n'est pas digne de vivre* ».

Dans l'Empire Ottoman, le sultan Mourad IV, qui régna de 1623 à 1640, interdit l'usage du tabac et va jusqu'à condamner les fumeurs à se faire couper les mains.

En Russie, les usagers du tabac voient leur nez et leur lèvre supérieure coupés puis sont déportés sur ordre du tsar Alexis en 1655.

Au XVIe siècle, le pape Urbain VII excommunique les fidèles fumants dans les églises.

À la fin du XVIIe siècle, Guy-Crescent Fagon, médecin de Louis XIV, est le premier à mettre en doute les bienfaits du tabac sur la santé.

En 1821, le *Dictionnaire des sciences médicales* met en garde contre l'utilisation du tabac : « *on a vu des pauvres dépenser plus pour leur tabac que pour leur pain* », « *tout le monde sait qu'il affaiblit l'odorat par suite de ses irritations répétées sur la membrane olfactive, qu'il nuit à l'intégrité du goût [...] il dérange la mémoire, la rend moins nette, moins entière ; il produit de plus des vertiges, des céphalées et même l'apoplexie* », « *Richard Morton dit que la fumée de tabac rend les poumons flasques* »<sup>[5]</sup>.

La lutte contre le tabac va commencer à se développer : en 1868 Decroix, vétérinaire de l'armée française, déclare qu'un soldat fumeur est moins efficace qu'un soldat non

fumeur. Il crée l'Association française contre le tabac, qui deviendra Société française contre l'abus du tabac, puis l'actuel Comité National de lutte Contre le Tabagisme, CNCT.

Mais ce n'est que dans les années 1950 que des études épidémiologiques prouvent indiscutablement la toxicité du tabac. Les américains Evarts A. Graham et Ernest Wynder démontrent le lien entre cancer du poumon et tabac<sup>[6]</sup>. Les britanniques Richard Doll et Austin Bradford Hill mettent en évidence le lien entre cancer et tabagisme et établissent un lien avec l'ancienneté de la consommation du tabac<sup>[7]</sup>. En 1957 l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) classe cette consommation comme une toxicomanie.<sup>[4]</sup>

### 1.1.3. Tabac et société

Petit à petit, le tabac est passé du statut d'objet de plaisir, utilisé durant les moments de partage, au café, dans les restaurants... de symbole de la virilité masculine, d'émancipation de la femme et d'affirmation de la jeunesse, au statut de drogue mortelle, pour le fumeur aussi bien que pour son entourage.

#### 1.1.3.1. Tabac et publicité

Les industriels du tabac ont rivalisé d'inventivité pour inciter la population à fumer, notamment en ciblant un public jeune, ce qui permet d'attirer les futurs clients à la consommation de tabac. On a pu voir des spots de publicité qui seraient impensables aujourd'hui : par exemple, les personnages du dessin-animé « les Pierrafeu » fumant et vantant le tabac Winston®, des slogans tel que « *Cigarettes are like women. The best ones are thin and rich* » pour Silva Thins® en 1970<sup>[8]</sup>, « *more doctor smoke Camels® than any other cigarette* »<sup>[9]</sup>.

D'autres stratégies marketing ont été utilisées pour vectoriser un aspect positif du tabac et contre-attaquer après les avertissements de la communauté scientifique sur les risques pour la santé :

- les cigarettes « light » et « mild », interdites dans les années 2000, qui visaient à laisser penser que la cigarette était moins toxique, mais dont la prétendue toxicité atténuée était compensée par la tendance des fumeurs à inhaler plus profondément la fumée, pour retrouver la dose de nicotine habituelle,
- les cigarettes à filtre, qui diluent la fumée,

- le sponsoring d'événements sportifs, dorénavant interdit, comme toute publicité pour le tabac dans l'Hexagone, qui permettait de relier des activités excitantes et populaires à la cigarette, comme par exemple la Formule 1, les courses de motocyclettes... pour augmenter son aspect attrayant,
- les soirées dans les boîtes de nuit où de jeunes femmes incitaient les clients à acheter des cigarettes. Cette pratique a également été interdite,
- le marketing au niveau des points de vente, qui était autorisé et permettait à une marque de gagner en visibilité directement chez le buraliste.

### 1.1.3.2. Un risque connu des industriels

L'industrie du tabac semble au courant des problèmes de santé engendrés par le tabac, comme le démontre des notes internes des entreprises mises en ligne par la *Legacy tobacco documents library*. Par exemple, des industriels de la *British American Tobacco* tentent de justifier leur travail par le fait que les pays riches, pour lesquels les catastrophes sanitaires ont disparu, ont besoin de phénomènes pour réguler leur population<sup>[10]</sup>. De même, certains cadres de *RJ Reynolds Tobacco Company* ne fument pas car, ils considèrent qu'il faut être « *idiot* » pour le faire<sup>[11]</sup>.

### 1.1.3.3. Une prise de conscience tardive du risque tabagique

La prise de conscience par la population ne viendra que dans les années 70, quand les spécialistes de la prévention commencent à dénoncer la cigarette comme la première cause de « mort évitable », et que les états commencent à légiférer contre le tabac.

## 1.2. La plante



Figure 1 : Tabac en fleurs, dans une plantation de Caroline du Nord, Etats-Unis.<sup>[12]</sup>

### 1.2.1. Aspect botanique

Le tabac est une plante dicotylédone de la famille des Solanacées. Son nom scientifique est *Nicotiana tabacum*.

C'est une plante robuste dont la taille varie de 50 cm à 1.80 m, voire plus selon la variété. La tige est de section circulaire, pubescente, c'est-à-dire qu'elle présente de fins poils à sa surface et qu'elle est visqueuse au toucher.

Le tabac présente de grandes feuilles, de 30 cm à 80 cm de long et de 10 cm à 40 cm de large, vert clair, ovoïdes, alternes, sessiles et comme la tige, visqueuses.

La fleur est tubulaire et colorée à son extrémité. La coloration de la corolle varie selon la variété, entre le vert-jaunâtre, le rose et le blanc. Les pieds sont monoïques, la pollinisation est entomophile, les insectes pollinisateurs sont des hyménoptères et les papillons principalement.

A l'état sauvage, il existe une soixantaine d'espèces de tabac, dont le taux de nicotine varie entre 1 % et 10 %, il faut noter que 90% du tabac cultivé est *Nicotiana tabacum*, le reste étant de la variété *Nicotiana rustica*.<sup>[13]</sup>

## 1.2.2. La culture du tabac

### 1.2.2.1. Les différents types de tabac

Il y a quatre grands types de tabac cultivés : les tabacs bruns, les variétés claires, comme les Burley et Virginie, ainsi que les tabacs orientaux.

- Les tabacs bruns sont utilisés dans la fabrication de cigares, de cigarettes traditionnelles de goût français ou pour l'usage de la pipe. Ces modes de consommation étant marginaux, la production de ce type de produit est réduite.
- Le Burley est un tabac clair très répandu.
- Le Virginie est la variété la plus cultivée dans le monde, elle est utilisée pour les mélanges de goût américain, neutre et léger, qui représentent le produit le plus apprécié.
- Le tabac oriental doit son nom à sa zone de production correspondant à la méditerranée orientale : Turquie, Grèce, Macédoine, Italie... Ce tabac a un goût léger et typé.<sup>[14] [15]</sup>

### 1.2.2.2. Principes de cultures

Le tabac peut se cultiver dans des climats très variés, entre le 60<sup>e</sup> degré de latitude nord, latitude traversant la Finlande, et jusqu'au 40<sup>e</sup> degré de latitude sud, soit au niveau de l'Australie.

L'époque de plantation varie évidemment en fonction du climat, les semis sont effectués au début du printemps en France, fin janvier en Floride et en octobre à Cuba.

Le tabac nécessite un sol léger, de type argilo-calcaire ou argilo-siliceux, qui laissera l'eau s'écouler plus facilement.

La densité de la plantation influe aussi sur le taux de nicotine : plus elle est aérée, plus le taux de nicotine des feuilles sera important et inversement.

Au début de l'été, pour la France, le tabac atteint une hauteur d'environ 1.80 m et la floraison commence. Il faut alors couper la fleur pour que les feuilles atteignent une taille maximale.<sup>[16]</sup>

### 1.2.2.3. La récolte

Chaque pied porte une vingtaine de feuilles, qui seront récoltées au début de leur décoloration, qui survient durant les mois de juillet/août en France, et en fonction du stade de maturation de la feuille, qui sera choisi selon le type de tabac, ou du résultat désiré, les tabacs foncés sont généralement récoltés très murs, les tabac légers un peu avant maturité, les tabacs d'Orient et de Virginie à maturité avancée. <sup>[16]</sup>

### 1.2.2.4. Transformation du tabac

Une fois la récolte réalisée, les feuilles sont triées et suspendues dans les séchoirs. La dessiccation qui suit, voit d'abord la feuille jaunir et mourir, l'amidon est alors transformé en sucres. Les protéines ainsi que les pigments sont dégradés et la feuille sèche à proprement parler. Le séchage est une étape clef : s'il est rapide, les tabacs obtenus sont peu foncés, s'il est lent, le résultat est plus foncé. Il existe cinq types de séchage :

- à l'air libre et au soleil,
- à l'air libre dans un séchoir,
- à feu direct,
- à feu indirect,
- à l'air chaud.

Le tabac blond, qui est le plus répandu, est généralement séché en séchoir.

Les feuilles sont ensuite rassemblées en manoques, qui sont des liasses regroupant environ 25 feuilles, pour être soumises à la fermentation. Pour l'instant, le tabac n'a pas de goût.

Le niveau de fermentation varie selon le tabac. Il est modéré pour les tabacs d'Orient, très long pour d'autres. Durant la fermentation, le taux de nicotine diminue, de même que la quantité de sucres, mais il se développe des acides gras, des alcools et des esters qui donnent au tabac son caractère aromatique. Les fabricants surveillent la température des masses de feuilles et les retournent pour les aérer.

Le tabac va ensuite être transformé en tabac haché *via* de nombreuses opérations.

L'industriel va effectuer des mélanges, jusqu'à 30 tabacs différents, les mouiller pour pouvoir les hacher, enlever la nervure centrale..., le tabac est ensuite torréfié pour lui donner son goût. Ensuite, le tabac ainsi haché, parfois appelé *scaferlati*, subit le plus souvent une opération de *sauçage*, durant laquelle on aromatise les feuilles par ajout du *casing*, mélange contenant de la glycérine, de la réglisse, du sucre, ce dernier provenant du sirop d'érable ou de raisin, et le *flavoring*, qui ajoute un parfum dû à un mélange de rhum ou d'essences variées, tel qu'orange, pêche, cacao, anéthol... Il est alors emballé et envoyé à l'usine où il sera transformé en cigares, cigarettes.<sup>[16]</sup>

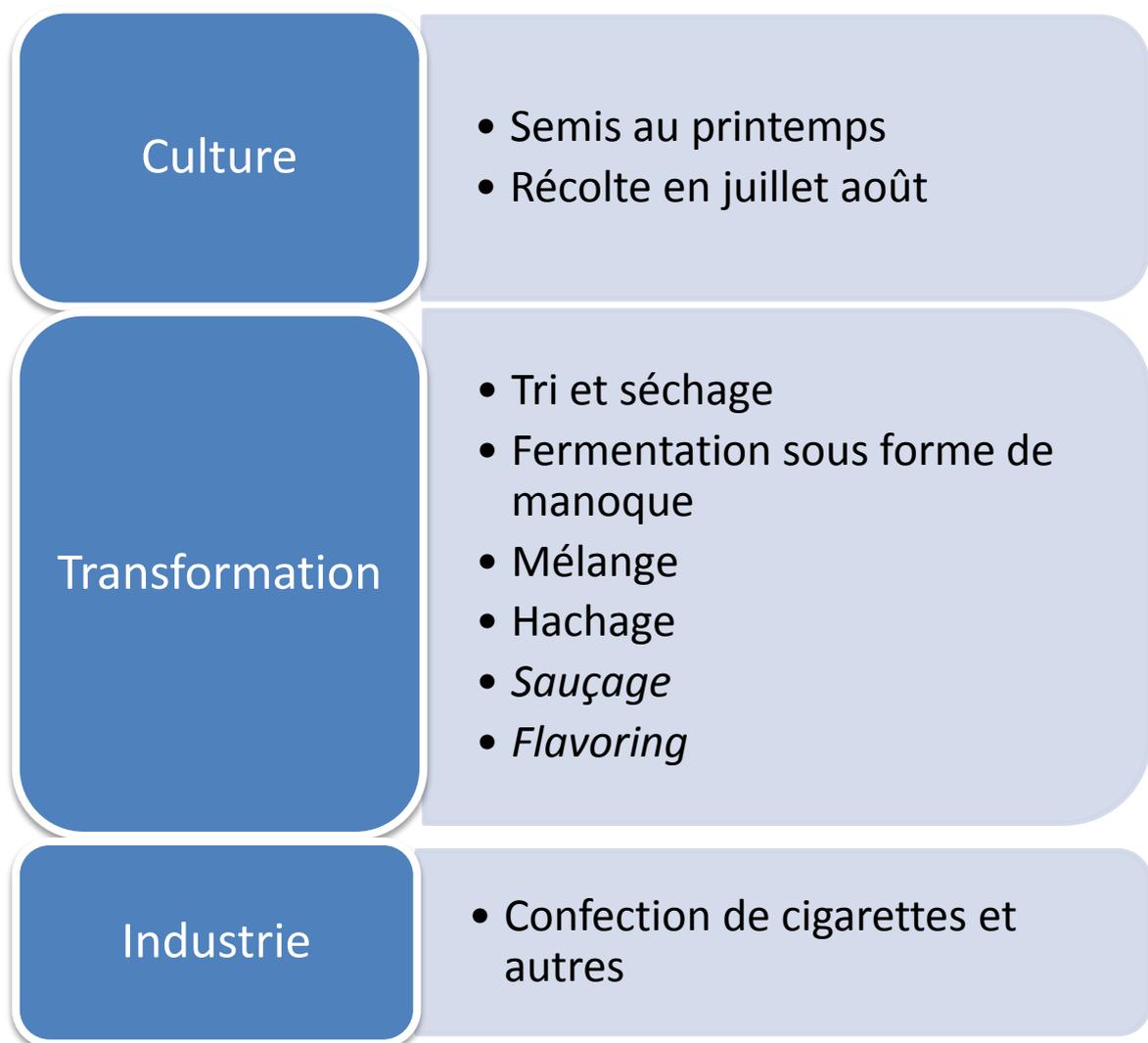


Figure 2 : Résumé des principales étapes permettant de transformer un plan de tabac en cigarette manufacturée.

## 1.3. Epidémiologie

### 1.3.1. L'évolution du tabac en France

En 2010 en France, parmi les 11-75 ans, environ 13,4 millions de personnes fument quotidiennement, dont plus de 9 millions consomment plus de 10 cigarettes par jour<sup>[17]</sup>.

Depuis la fin de la seconde guerre mondiale, la proportion des fumeurs a globalement baissé, sauf entre 2005 et 2010 où elle a augmenté, de même que l'usage quotidien, ce dernier représentant 30 % de la population des 18-75 ans.

### 1.3.2. Le tabagisme féminin

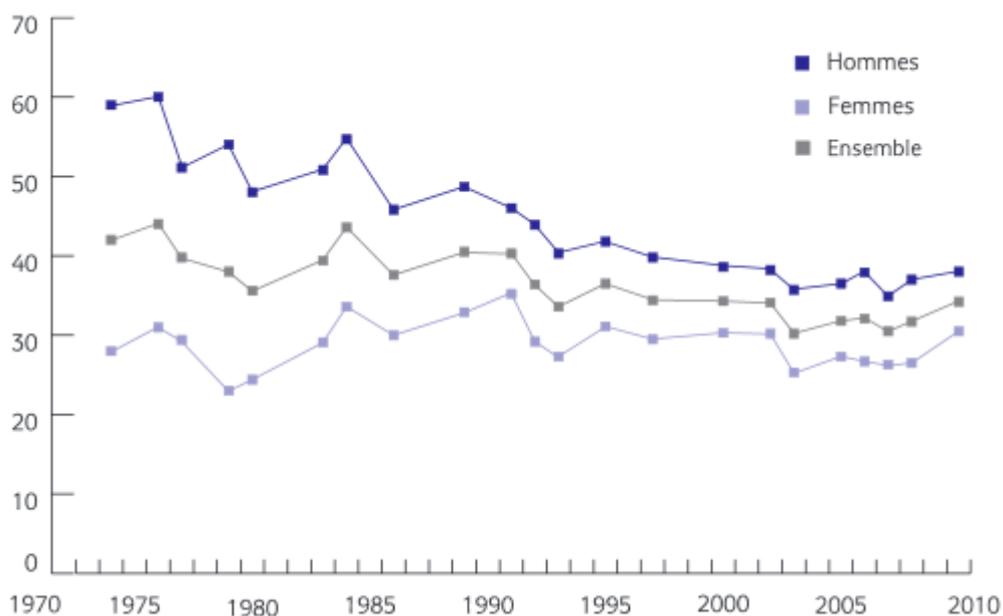


Figure 3 : Proportion de fumeurs actuels parmi les 18-75 ans selon le sexe, 1974-2010 (en%).<sup>[17]</sup>

La plus grande évolution concerne les femmes qui sont de plus en plus nombreuses à fumer quotidiennement, passant de 23 % à 27%, toujours entre 2005 et 2010. Cette augmentation est particulièrement remarquable pour la génération comprise entre 45 et 64 ans, + 6 points en 5 ans, car elles sont issues de la première tranche d'âge des femmes à avoir fumé sur le même mode de consommation que les hommes, et qui ne se sont pas arrêtées avec l'âge ou dont les tentatives de sevrage ont échoué.<sup>[17]</sup> Les hommes restent

tout de même plus souvent fumeurs avec 36 % des 15-85 ans contre 28 % chez les femmes.<sup>[18]</sup>

### 1.3.3. Les jeunes et le tabac

Malgré l'interdiction de la vente de cigarette aux mineurs, la consommation de tabac est présente dès le collège comme le montre la figure 4 : 13 % des 6<sup>èmes</sup> ont expérimenté le tabac. A la fin du collège, plus de la moitié des 3<sup>èmes</sup>, 52 %, ont expérimenté du tabac c'est à dire ont essayé de fumer au moins une fois dans leur vie.

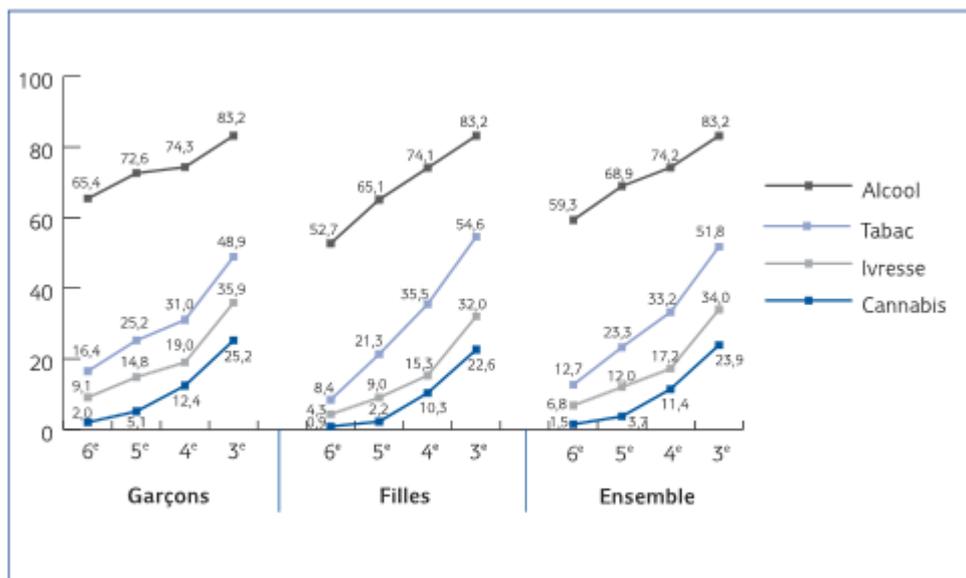


Figure 4 : Les expérimentations de tabac, de boissons alcoolisées, de cannabis, ainsi que les premières ivresses parmi les collégiens selon le sexe et le niveau scolaire (%)<sup>[19]</sup>

La figure 5 montre l'usage quotidien de tabac chez les collégiens et indique que 16 % des jeunes de 3<sup>ème</sup> fument tous les jours.

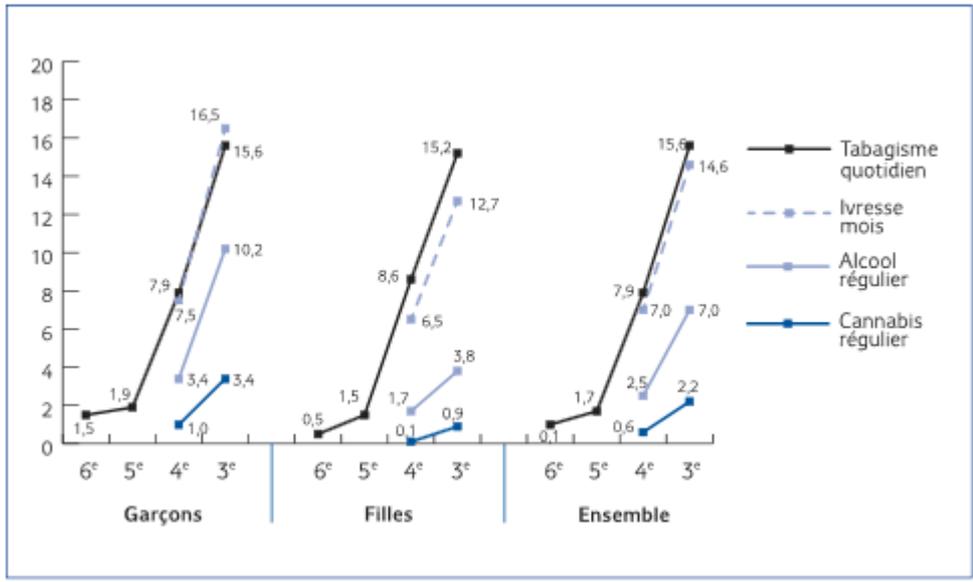


Figure 5 : Les usages récents de tabac, d'alcool, de cannabis et ivresses selon le sexe et la classe (%)<sup>[19]</sup>

A 17 ans, la proportion de fumeur régulier est de 32 %.

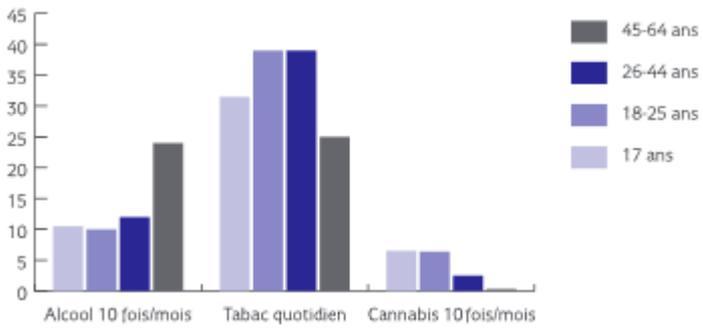


Figure 6 : Fréquence de la consommation régulière des trois principaux produits psychoactifs, en France métropolitaine, de 18 à 64 ans (2010) et à 17 ans (2011)<sup>[17]</sup>.

Ces chiffres montrent une certaine banalisation ou normalisation de la consommation de tabac chez les jeunes. Ils posent également la question de la place de la cigarette chez les jeunes et de son utilisation : facteur d'intégration sociale, le côté illégal, ... ?

La problématique de santé publique est liée à l'usage régulier de tabac, et celui-ci est de loin la première substance consommée quotidiennement par les jeunes.

### 1.3.4. Relation entre l'évolution de la consommation de tabac et l'âge

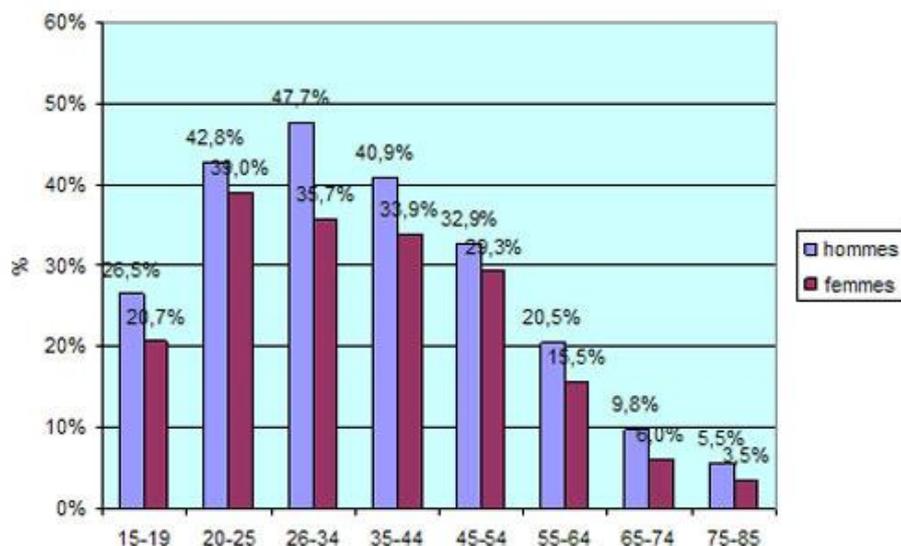


Figure 7 : Proportions de fumeurs quotidiens de tabac en 2010, suivant l'âge et le sexe.<sup>[18]</sup>

Le nombre de fumeurs diminue fortement à mesure qu'on avance dans les tranches d'âge suivant les 30 ans, et ce phénomène est encore plus marqué après 50 ans, pour les deux sexes. La proportion de femmes fumeuses diminue dès la tranche 20-25 ans, ce qui est peut être lié aux grossesses et à la présence d'enfants en bas âge, qui sont autant d'opportunités de stopper la cigarette. <sup>[18]</sup>

### 1.3.5. Dépendance

	2005	2010
Signes de dépendance moyenne	34%	35%
Signes de dépendance forte	20%	18%

[17]

En matière de tabagisme, le référentiel utilisé pour déterminer le degré de dépendance au tabac est le test de Fagerström, dont nous reparlerons ultérieurement. Une dépendance moyenne correspond à un score entre 5 et 6, et une dépendance forte à un score supérieur

à 7. On peut voir qu'entre 2005 et 2010 il y'a une stagnation dans l'évolution de la dépendance<sup>[17]</sup>.

### **1.3.6. Consommation quotidienne**

Le nombre moyen de cigarettes fumées par les consommateurs réguliers recule, il était de 15,1 par jour en 2005, il n'est plus que de 13,6 par jour en 2010. La proportion du nombre de fumeurs consommant plus de 10 cigarettes par jour est passée de 72 % en 2005 à 68 % en 2010. On peut expliquer cette diminution par l'établissement de l'interdiction de fumer sur le lieu de travail.<sup>[18]</sup>

### **1.3.7. Rapport entre catégorie sociale et tabagisme**

Les inégalités sociales vis-à-vis du tabac semblent augmenter.

#### **1.3.7.1. Niveau d'études**

Entre 2005 et 2010 :

- La proportion de fumeur a augmenté chez les personnes n'ayant pas fait d'études supérieures :
  - sans diplôme : 30 % à 34 %,
  - avec un diplôme de niveau inférieur au bac : 27 % à 30 %.
- La prévalence de fumeur quotidien est restée plus stable chez les personnes ayant fait des études supérieures :
  - ayant le bac : environ 30 %,
  - ayant un diplôme de niveau supérieur : environ 24 %.

### 1.3.7.2. Catégories socioprofessionnelles

Les chômeurs représentent une forte hausse sur la même période de 44 % à 51 %.

Les actifs occupés ont augmenté dans une moindre mesure, de 31 % à 33 %, avec parmi eux :

- les employés qui passent de 31 % à 36 %,
- les agriculteurs de 15 % à 20 %,
- les commerçants, artisans et chefs d'entreprises de 37 % à 40 %,
- les ouvriers 44 % à 47 %.

En revanche, la consommation diminue faiblement chez les cadres, passant de 26 % à 24 %.

### 1.3.7.3. Précarité

Il semblerait que les classes défavorisées soient moins sensibles à la prévention. Fumer est aussi utilisé par les plus précaires en tant qu'antistress et permettrait d'endurer les difficultés ou de tromper l'ennui. Des études ont aussi indiqué, que bien que les tentatives d'arrêt soient aussi fréquentes chez les fumeurs pauvres que chez les autres fumeurs, les premiers ont un taux de succès plus faible. Les fumeurs les moins aisés sont donc plus touchés, notamment par les hausses de prix.<sup>[18]</sup>

### 1.3.8. Evolution des ventes de tabac

Entre 2004 et 2011, les ventes de cigarettes et de tabac à rouler ont eu une légère tendance à la baisse. Cette diminution peut sembler minime si on met en regard de la hausse du prix du tabac et des campagnes de prévention.



Figure 8 : Ventes totales de tabac (en tonnes) et répartition entre cigarettes, tabac à rouler et autres tabacs.<sup>[20]</sup>

## Le prix des cigarettes

Toutes les marques de cigarettes vont augmenter de 20 centimes le 6 janvier 2014

**Prix du paquet de la marque la plus vendue**  
en euros

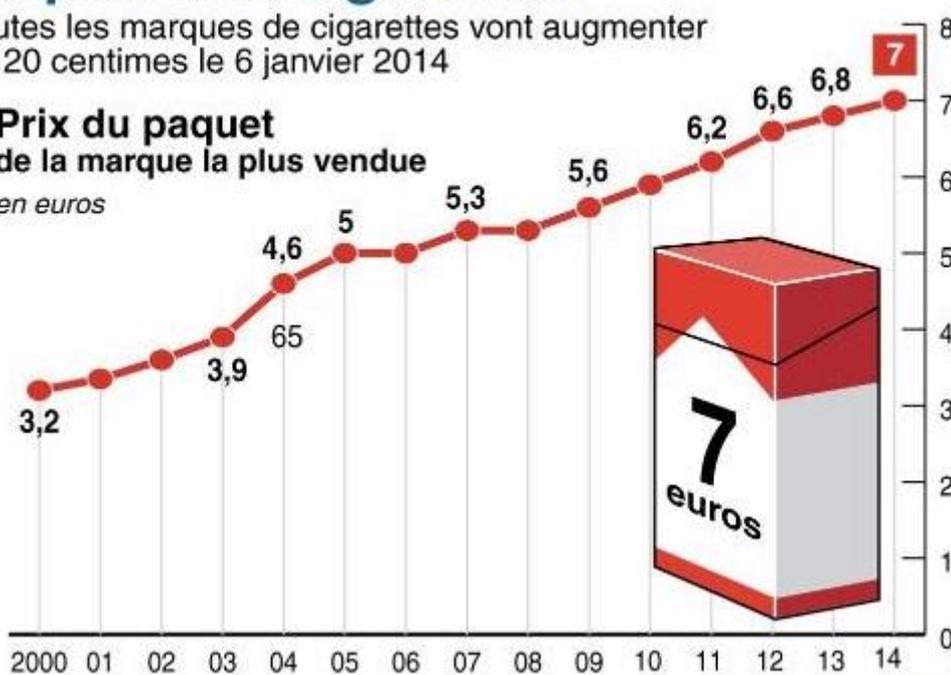


Figure 9 : Prix du paquet (en euro) de la marque la plus vendue en fonction du temps (en année).<sup>[21]</sup>

Les ventes de cigarettes continuent de régresser en 2012, de 4,9 % par rapport en 2011, très probablement à cause de la hausse du prix du paquet jusqu'à 6,50 €, et aussi, comme nous allons l'évoquer, aux réseaux d'achats parallèles : contrebande, contrefaçon, achats transfrontaliers... Rappelons qu'une cigarette sur cinq fumée au niveau national ne

proviendrait pas du réseau de buralistes français. Ces chiffres confirment tout de même la tendance générale observée : depuis la fin de la seconde guerre mondiale, les ventes de cigarettes ont progressé en continu, même si la croissance a très fortement stagné à partir de la loi Veil de 1976, pour enfin diminuer depuis 1991 et la loi Evin, lois que nous développerons dans une partie ultérieure. Il a même été observé en 2004 une baisse de 21 % des ventes de cigarettes, cf. figure 16, dont on peut penser que l'augmentation du prix du paquet à la barre symbolique des 5 € y est pour beaucoup.<sup>[17]</sup>

### **1.3.9. La mortalité**

La population masculine, que les femmes rattrapent, est la plus touchée par la mortalité liée au tabagisme : en 2004 sur environ 73 000 morts attribuables au tabac, 59 000 étaient des hommes, ce qui représente 1 décès sur 3 parmi les 30-69 ans. L'espérance de vie d'un fumeur est réduite de 20 à 25 ans par rapport à celle d'un non fumeur.<sup>[17]</sup>

## **1.4. Toxicité et mode de consommation**

### **1.4.1. Toxicité de la fumée**

#### **1.4.1.1. Les principaux composés toxiques**

La fumée de cigarettes est un aérosol qui mélange gaz et particules, contient environ 4000 substances différentes, dont 40 sont cancérigènes. A froid, une cigarette contient du tabac, donc de la nicotine, divers composés comme des agents de saveur et de texture, aussi appelés additifs. Cependant, lorsque la cigarette est allumée, la combustion entraîne la formation de nombreux composés toxiques comme les goudrons, divers gaz toxiques (monoxyde de carbone, oxyde azote, acide cyanhydrique, ammoniac) ; des métaux lourds (cadmium, plomb, chrome, mercure) ; ainsi que de substances irritantes.<sup>[22]</sup>

- La nicotine est une des substances les plus connues. Elle est soupçonnée d'être responsable de la dépendance au tabac.
- Le monoxyde de carbone (ou CO) est un gaz formé lors de la combustion de la cigarette. Sa toxicité est due à sa forte affinité avec la molécule d'hémoglobine, car une fois fixée sur cette dernière, le CO ayant une affinité plus forte que celle

du dioxygène vis-à-vis du fer de l'hémoglobine, il provoque une hypoxie par défaut du transport de l'O<sub>2</sub>. Le corps répond alors par une tachycardie et une augmentation de la pression artérielle, d'où un risque cardiaque accru.

- Les goudrons sont les composés principalement mis en cause dans l'apparition des cancers liés à la consommation de cigarettes. On englobe sous ce terme générique un grand nombre de molécules différentes, des hydrocarbures comme le benzène, le benzopyrène qui est cancérigène à cause de ses propriétés d'agent intercalant de l'ADN.
- Les métaux lourds comme le plomb ou le cadmium, dont l'exposition chronique peut :
  - provoquer des problèmes squelettiques en se substituant au calcium dans les cristaux osseux,
  - entraîner un cancer du poumon,
  - induire des atteintes rénales, dont la toxicité est provoquée par l'exposition chronique et dont les syndromes sont connus.

Ces métaux lourds sont présents en grandes variétés, le tout faisant un « cocktail » toxique important, qui s'accumule avec le temps.

- Des substances irritantes comme les nitrosamines, qui sont aussi fortement cancérigènes, ou encore l'acroléine dont l'inhalation provoque une sensation de brûlure, de la toux, des maux de gorges, des nausées... Elles favorisent la production d'un mucus plus visqueux.<sup>[23]</sup> La fumée du tabac contient aussi des phénols, de l'acide cyanhydrique et d'autres aldéhydes qui peuvent être classés comme substances irritantes.
- Des additifs qui sont utilisés pour différentes raisons comme donner un arôme particulier à la cigarette, dans le but de fidéliser le consommateur à sa marque. Chaque fabricant crée un goût particulier grâce à son propre cocktail. Les additifs permettent aussi de contrôler la façon dont la cigarette se consume, maintenir une humidité constante et voulue dans le tabac pour éviter qu'il ne devienne sec. De prime abord, on peut se demander ce que font ces produits dans la liste des toxiques, mais en fait, donner un arôme à la cigarette permet de masquer une amertume ou une odeur désagréable, d'adoucir la fumée. Donc en réduisant l'irritation des voies aériennes, ils permettent de fumer plus et plus facilement. Ils peuvent aussi servir à blanchir la fumée et les cendres pour améliorer l'aspect général de la cigarette et donc rendre l'image que l'on a

de la cigarette plus attrayante. Le fait que nous n'ayons pas une réelle connaissance de ce que les additifs produisent lors de leur combustion, ni de leur toxicité intrinsèque et collective pose problème.<sup>[24]</sup> Par exemple l'acétaldéhyde, substance produite par dégradation de l'éthanol dans le corps, est utilisé comme aromatisant et est produit par la combustion de nombreuses molécules, comme le sorbitol et le glycérol. Il est l'un des composants principal de la fumée de cigarette. Le problème de l'acétaldéhyde est sa grande réactivité, il est classé comme agent cancérigène possible pour l'homme par le Centre International de Recherche sur le Cancer et il est de plus irritant pour les voies respiratoires. Il semblerait que l'acétaldéhyde augmenterait la dépendance à la cigarette et potentialiserait la dépendance à la nicotine. Un de ses produits de dégradation, l'harmane, aurait une action antidépressive de type inhibitrice de la monoamine oxydase, qui serait donc impliqué indirectement dans l'addiction à la cigarette, de par ses effets bénéfiques sur l'humeur et par un mécanisme plus complexe qui sera développé par ailleurs.<sup>[4, 25]</sup>

#### 1.4.1.1.1. La fumée

La fumée produite par la cigarette peut être décomposée en trois courants :

- le courant primaire, qui est produit lorsque le fumeur tire sur la cigarette, ce qui active le foyer de combustion. Il est alors libéré un courant primaire dont les particules ont un diamètre moyen de 0,3  $\mu\text{m}$  ;
- le courant secondaire, qui est libéré lorsque l'on laisse la cigarette se consumer, dans un cendrier par exemple. Les particules ainsi formées sont d'un diamètre moyen de 0,1  $\mu\text{m}$  ;
- le courant tertiaire est formé lors de l'expiration de la fumée précédemment inhalée par le fumeur. Les toxiques véhiculés par ce dernier courant sont ceux qui ne se sont pas déposés dans les voies respiratoires. On considère que sa toxicité est limitée.

La composition de la fumée varie plus en fonction de la façon de fumer propre au tabagisme plutôt qu'en fonction de la marque et du type de cigarette. La fumée secondaire contient une concentration de produits toxiques beaucoup plus élevée que celui du courant principal :

Tableau 1 : Composition de la fumée de tabac dans le courant principal et le courant secondaire.

	Type de toxicité	Quantité dans le courant principal par cigarette	le Ratio $\frac{\text{courant secondaire}}{\text{courant principal}}$
<b>Phase gazeuse</b>			
Monoxyde de carbone	Toxique	26,8-61 mg	2,5-14,9
Benzène	Cancérogène	400-500 µg	8-10
Formaldéhyde	Cancérogène	1500 µg	50
3-vinylpyridine	Suspect Cancérogène	300-450 µg	24-34
Cyanure d'hydrogène	Toxique	14-110 g	0,06-0,4
Hydrazine	Suspect Cancérogène	90 ng	3
Oxydes d'azote (NOx)	Toxique	500-2000 µg	3,7-12,8
N-nitrosodiméthylamine	Suspect Cancérogène	200-1040 ng	20-130
N-nitrosopyrrolidine	Suspect Cancérogène	30-390 ng	6-120
<b>Phase particulaire</b>			
Goudrons	Cancérogène	14-30 mg	1,1-15,7
Nicotine	Toxique	2,1-46 mg	1,3-21
Phénol	Promoteur	70-250 µg	1,3-3,0
Catéchol	Suspect Cancérogène	58-290 µg	0,67-12,8
O-toluidine	Cancérogène	3 µg	18,7
2-naphthylamine	Cancérogène	70 ng	39
4-aminobiphényl	Cancérogène	140 ng	3,1
Benz(a)anthracène	Cancérogène	40-200 ng	2-4

Benzo(a)pyrène	Cancérogène	40-70 ng	2,5-20
Quinoléine	Cancérogène	15-20 µg	8-11
N-nitrosornicotine	Suspect Cancérogène	0,15-1,7 µg	0,5-5,0
Nor nitrosocotinine	Suspect Cancérogène	0,2-1,4 µg	1,0-22
N-nitrosodiéthanolamine	Cancérogène	43 ng	1,2
Cadmium	Cancérogène	0,72 µg	7,2

[26]

Ces particules toxiques vont pénétrer dans différents sites de l'organisme en fonction de leur diamètre. Les plus grosses resteront dans les voies aériennes supérieures où, en contact direct avec les muqueuses, elles peuvent provoquer des irritations, ce qui augmente l'incidence de maladie oto-rhino-laryngologique (ORL), et aussi, une altération du système d'épuration : mucus plus épais, mouvements ciliaires inhibés. Ces grosses particules restent donc en contact plus longtemps, ce qui augmente les effets au long court. Les plus fines iront jusqu'aux voies aériennes basses, les alvéoles, où elles vont pénétrer dans le sang, qui va les véhiculer *via* les artères, vers tous les organes du corps où ces toxiques pourront causer leurs dommages.<sup>[4]</sup>

#### 1.4.1.1.2. La cinétique de la nicotine

L'absorption de la nicotine est très rapide car elle passe *via* la muqueuse pulmonaire directement dans la circulation sanguine, au niveau de l'artère pulmonaire, qui l'amène au cœur. Ce dernier va permettre son acheminement direct à tous les organes du corps, y compris le cerveau. D'après les données physiologiques, la nicotine atteint le cerveau en 9 à 19 secondes, soit plus rapidement qu'après une injection intraveineuse. La demi-vie d'élimination est de l'ordre de 2 heures.<sup>[27]</sup>

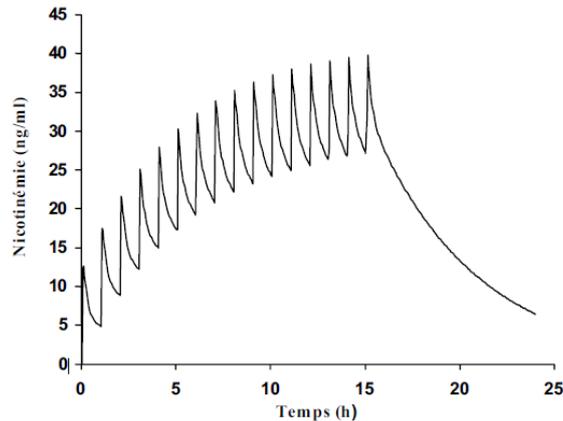


Figure 10 : Simulation de la nicotémie d'un fumeur au cours de la journée basée sur des données pharmacocinétiques moyennes, une cigarette par heure pendant 16 heures.<sup>[27]</sup>

Cette cinétique rapide est une des composantes qui permet à la cigarette de présenter une grande addictivité, car elle agit vite et est vite éliminée, ce qui provoque chez le fumeur une nécessité de répéter les prises tout au long de la journée.

#### 1.4.1.1.3. Le tabagisme passif

Grâce aux nouvelles législations sur les interdictions de fumer dans les lieux publics, la prévention du tabagisme passif est devenue plus facile, de par l'évolution des mentalités et tout simplement par la réduction des zones où fumeurs et non fumeurs partagent un lieu confiné et peu aéré. Les professionnels comme par exemple les restaurateurs, barman, et personnels de boîtes de nuit sont dorénavant exposés de façon beaucoup moins élevée au tabac. Le tabagisme passif reste quand même une problématique complexe car, comme son nom l'indique, les personnes exposées ne peuvent pas aisément contrôler la quantité, ni la durée à laquelle elles y sont soumises.

#### 1.4.2. Les modes de consommation

De par l'ubiquité de la consommation du tabac, il s'est développé dans le monde entier différentes façons de le consommer.

Il existe différents mode de consommation, plus ou moins répandus en fonction des régions du monde et des modes. Les plus répandus se présentent sous forme de tabac à inhaler :

- la cigarette industrielle,
- la cigarette roulée,
- la pipe,
- le cigare,
- le narguilé ou pipe à eau,

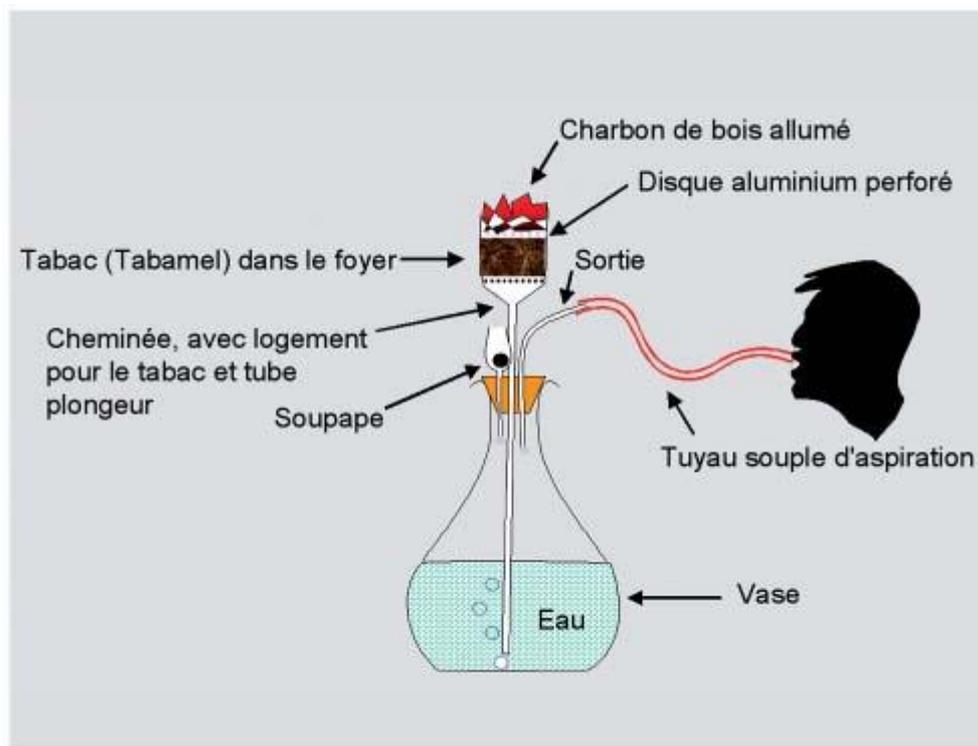


Figure 11 : Le narguilé.<sup>[28]</sup>

- la cigarette indienne, aussi appelée bidi,



Figure 12 : Beedies de la marque 501 Ganesh®.

- le tabac à priser.

### Quelques mots sur le snus

Le snus, qui provient des pays nordiques, Suède et Norvège principalement, se présente sous forme de poudre de tabac humide située dans un sachet, comparable à un sachet de thé. On le consomme en le plaçant derrière la lèvre supérieure. Depuis 1992, il est interdit à la commercialisation en France, de même que dans tous les pays de l'Union Européenne à l'exception de la Suède. Cependant, des modifications de son statut légal sont régulièrement discutées à Bruxelles et il se développe un véritable phénomène de mode autour de ce produit.<sup>[28, 29]</sup>



Figure 13 : Snus.<sup>[28]</sup>

## Un nouveau mode de consommation : la cigarette électronique

La cigarette électronique est un nouveau mode de consommation de nicotine plutôt que de tabac, bien que certains modèles ne contiennent pas de nicotine. Les connaissances à son sujet et notamment sur son usage au long cours sont limitées.

Concernant son mode de fonctionnement, la cigarette électronique, ou e-cigarette, est un système produisant de la vapeur, reproduisant visuellement la fumée de la cigarette, avec ou sans présence de nicotine. C'est un tube composé d'une batterie et d'un pulvérisateur, où l'on place des cartouches de différents arômes. Il existe différents dispositifs, ainsi que différents « e-liquides » contenant, ou pas, de la nicotine. La vapeur produite contient du propylène glycol, un solvant irritant dont on ne connaît pas les conséquences d'une exposition sur le long terme. En revanche, comme elle n'occasionne pas de combustion, elle ne dégagerait pas les substances cancérigènes contenues dans la fumée de cigarette, ni de monoxyde de carbone ou de goudrons. Cependant, il faut être prudent car les données sont encore insuffisantes pour l'affirmer. Il faut noter que le produit n'est pas considéré comme un médicament tant qu'il n'est pas présenté comme aidant au sevrage tabagique, ou qu'il contient moins de 10 mg de nicotine par cartouche, ou 20 mg/ml d'e-liquide. En l'absence de données plus précises sur son innocuité ou sur sa capacité à aider à diminuer sa consommation de cigarettes, on ne peut que recommander la prudence vis-à-vis d'un produit qui semble moins dangereux que le tabac, mais dont l'innocuité sur le long terme n'est pas encore démontrée.<sup>[28] [17] [30]</sup>

L'utilisation, le risque et l'intérêt des produits contenant de la nicotine peuvent être synthétisés dans le tableau ci-dessous :

	Utilisation	Risques	Intérêt	Dépendance
<b>Narguilé</b>	Tabac chauffé par le charbon, passage de la fumée dans l'eau	Equivalents à la cigarette	Pas d'intérêt concernant la santé	Oui
<b>Tabac oral</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tabac à chiquer</li><li>• Tabac moulu, parfois conditionné en sachet (snus)</li></ul>	Risque de cancer oral et du pancréas augmenté	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pas de produits de combustion</li><li>• Certains produits avec faible teneur en nitrosamines</li></ul>	Oui
<b>Tabac à priser</b>	Tabac en poudre à usage nasal	Exposition à des carcinogènes	Pas de produits de combustion	Oui
<b>Cigarette électronique</b>	Dispositif produisant de la vapeur tiède de nicotine	Possible risque lié au propylène glycol	Pas de tabac, pas de produits de combustion	Pas de données

Figure 14 : Utilisation, risque et intérêt des produits contenant de la nicotine.<sup>[28]</sup>

## 1.5. Conséquences individuelles et santé publique

### 1.5.1. Conséquences sur la santé de l'individu

#### 1.5.1.1. La toxicité du tabac

Les maladies liées au tabac sont nombreuses et variées : la cigarette a provoqué en 2004 en France la mort d'environ 73 000 fumeurs, dont 59 000 hommes et 14 000 femmes. Pour l'année 2002, on a enregistré le décès de 1 000 personnes par le biais du tabagisme passif. Ces chiffres font du tabac la première cause de mort évitable.<sup>[31]</sup> Les maladies provoquées sont diverses et touchent un grand nombre d'organes. Le tabac peut provoquer :

- des cancers :
  - de la langue,
  - du pharynx,
  - du larynx,
  - de l'œsophage,
  - du poumon,
  - du pancréas,
  - de la vessie,
- une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO),
- des maladies cardiovasculaires :
  - un accident vasculaire cérébral (AVC),
  - des coronaropathies,
  - un anévrisme de l'aorte,
  - des artériopathies des membres,
- des effets toxiques sur la reproduction, au niveau de la fertilité comme de la grossesse,
- une augmentation de l'incidence des maladies infectieuses,
- des effets néfastes sur les os et les phanères,
- des effets toxiques sur le système digestif, autres que des cancers.<sup>[4]</sup>

### 1.5.1.1.1. Le cancer

#### La durée de consommation

Pour le grand public, la maladie associée au tabac est le cancer du poumon. C'est le cancer responsable du plus grand nombre de décès, alors que la suppression de l'exposition à la fumée de la cigarette pourrait permettre d'éviter environ 90 % des cancers du poumon. En effet, le risque de développer ce cancer, pour un fumeur très dépendant, est 30 fois supérieur à celui d'un non-fumeur, chez qui le cancer du poumon est exceptionnel. On peut considérer comme très dépendant un fumeur qui est à 60 paquets-années par exemple. Un paquet-année étant le nombre de paquet de cigarettes fumé par jour, multiplié par le nombre d'années de tabagisme : 60 paquets-années correspondent donc à 2 paquets de cigarette par jour pendant 30 ans, ou 1 paquet par jour pendant 60 ans. Le nombre d'années de tabagisme, même s'il n'est pas très important, compte plus que la dose quotidienne.<sup>[4]</sup>

#### Chez la femme

Chez la femme, cette complication du tabagisme était auparavant très rare, mais elle est en constante augmentation ces dernières années, du fait de l'augmentation de la consommation de cigarettes par les femmes.<sup>[4]</sup>

#### Le type de tabac

On peut noter que le type de cancer peut être influencé par le type de tabac fumé : chez les consommateurs de cigarettes de tabac brun, le cancer le plus fréquent est le cancer épidermoïde, qui est une forme de cancer bronchique proximal, alors que chez la personne qui fume du tabac blond, le cancer le plus fréquent est l'adénocarcinome, qui est une maladie plus distale.

Ce phénomène s'explique logiquement car la nicotine, comme toutes les molécules, traverse mieux les membranes sous forme non ionique, forme dans laquelle est l'alcaloïde au pH physiologique, qui est légèrement supérieur à 7.

Le tabac brun, lors de sa combustion, produit une fumée dont le pH avoisine 7-8 donc plutôt basique, ce qui permet une absorption de la nicotine au niveau de la muqueuse ORL, dont l'épithélium est fin et bien irrigué. En revanche, la fumée produite par le tabac blond est

acide, pH de 5-6, et la nicotine y est donc ionisée. Cette dernière ne sera absorbée qu'au niveau alvéolaire, car même si l'absorption est difficile, l'immense surface d'échange offerte par le tissu alvéolaire permet une absorption importante, d'autant plus que ce tissu est très bien irrigué. La fumée du tabac blond est donc inspirée plus profondément que celle du tabac brun. Tous les toxiques présents dans la fumée sont amenés plus profondément dans l'arbre respiratoire.

Il faut aussi savoir que moins de 10% des personnes atteintes d'un cancer du poumon survivent plus de 5 ans et que l'on peut diviser ce chiffre par deux s'il y a poursuite du tabagisme après le diagnostic.<sup>[4, 27]</sup>

### **Les autres cancers**

Comme énoncé précédemment, la fumée du tabac est directement responsable d'autres cancers, comme ceux des voies aérodigestives supérieures, des cancers de la langue, du pharynx, du larynx, de l'œsophage. La co-exposition à l'alcool augmente le risque de développer de telles maladies. Malheureusement, comme nous l'avons déjà expliqué, les molécules cancérigènes produites par la cigarette vont être transportées par le sang vers les autres organes du corps humain. Parmi les organes les plus exposés, les reins filtrent les cancérigènes et la vessie les stocke entre deux mictions. Pour les autres cancers cités, col de l'utérus, sein, pancréas, les liens restent plus faiblement établis et la relation de cause à effet est inférieure.<sup>[4]</sup>

#### **1.5.1.1.2. Les maladies de l'arbre respiratoire**

Le tabac peut aussi altérer le poumon d'autres manières et la maladie principale en résultant est la BPCO. Cette maladie se caractérise principalement par une bronchite chronique et un emphysème, qui est une destruction des parois alvéolaires. Pour comprendre comment cette pathologie s'installe, il faut savoir que la fumée du tabac provoque dès les premières bouffées une paralysie des cils bronchiques et une modification de la viscosité du mucus. Ce mécanisme déstabilise l'élimination du mucus. Si le tabagisme persiste, les cils des cellules bronchiques, responsables de l'ascension du mucus, régressent et la toux devient la seule façon d'éliminer les crachats. A ce problème s'ajoute, l'augmentation de la production de mucus par les cellules glandulaires de la muqueuse bronchique et des glandes bronchiques sous l'influence de la fumée, ce qui majore le phénomène d'encombrement. Au réveil, le fumeur a donc accumulé une quantité de mucus

dans ses poumons trop importante, ce qui l'oblige à tousser pour évacuer ces crachats, d'où la bronchite chronique. La répétition de cette toux, trois mois par an et pendant deux années consécutives est le stade 0 de la BPCO qui en compte 4. On peut noter que plus la fumée est irritante, comme pour le tabac brun, plus ce phénomène est marqué.<sup>[4]</sup>

Mais la fumée a aussi un autre impact sur les voies respiratoires, au niveau des petites bronches distales, dont l'irritation provoque progressivement leur obstruction, ce qui entraîne un essoufflement, d'abord lors des efforts importants, puis de plus en plus faibles, jusqu'à être présent au repos, stade où le fumeur se rend compte de la dyspnée. Lorsque cette atteinte devient suffisamment forte, on peut la découvrir grâce à la mesure du Volume Expiratoire Maximum expiré en une Seconde (VEMS), dont la mesure baisse et qui est à la base de la classification des stades de BPCO. Il faut noter que cette atteinte n'est pas toujours accompagnée de l'atteinte du système muco-ciliaire susnommée et que le tabac blond est plus pourvoyeur de cette atteinte basse, étant inspiré plus profondément. La BPCO n'est malheureusement plus réversible dès le stade I, quand la dyspnée se fait ressentir, d'où l'importance d'un dépistage précoce.

Tableau 2 Les 4 stades de la BPCO.

Stade I : léger	Stade II : modéré	Stade III : sévère	Stade IV : très sévère
VEMS/CV < 70 % VEMS ≥ 80 % de la valeur prédite	VEMS/CV < 70 % 50 % ≤ VEMS ≤ 80 % de la valeur prédite	VEMS/CV < 70 % 30 % ≤ VEMS ≤ 50 % de la valeur prédite	VEMS/CV < 70 % VEMS < 30 % de la valeur prédite ou VEMS < 50 % de la valeur prédite avec une insuffisance respiratoire chronique

[32]

Quand l'obstruction chronique des bronchioles atteint un stade avancé, les centres des lobules pulmonaires deviennent soufflés, les parois des alvéoles disparaissent, augmentant le volume résiduel dans les poumons, et diminuant donc la capacité vitale, que l'on peut définir comme étant le volume d'air mobilisable par les poumons, c'est l'emphysème. La dyspnée devient de plus en plus forte, devenant gênante dès le moindre effort et une des

complications possibles est un retentissement sur le cœur droit, lié à l'hypertension artérielle pulmonaire, le corps essayant de compenser les difficultés respiratoires.

Au niveau du système immunitaire des voies aériennes, il a été démontré que les fumeurs ont des perturbations de leurs leucocytes, dans les proportions de certains types par rapport à d'autres et dans leurs activités respectives. Leurs macrophages alvéolaires ont une activité microbicide inférieure, ce qui explique la plus grande incidence des maladies infectieuses respiratoires chez le tabagique.<sup>[33]</sup>

### **1.5.1.1.3. Les maladies cardiovasculaires**

Le tabac a aussi un impact important au niveau vasculaire, pouvant entraîner des maladies cardiaques, des AVC et des artériopathies des membres inférieurs. Chez un fumeur récent, la cigarette agit en provoquant une tachycardie ainsi qu'une dérégulation de la pression artérielle, mais plus le fumeur a l'habitude de fumer, plus les variations de ces deux paramètres diminuent lors d'une exposition à la cigarette et finalement elles passent inaperçues sauf lors de la première prise de la journée, où de légères perturbations surviennent encore.

#### **Les différents mécanismes**

La toxicité de la cigarette au niveau cardiaque s'explique donc par d'autres mécanismes, impliquant une action sur les parois vasculaires, l'intoxication chronique par le CO, la thrombose et le spasme des vaisseaux.

#### **Les parois des vaisseaux**

Sur les parois des vaisseaux, le tabac active les facteurs de l'inflammation, ce qui contribue à augmenter le risque de former des plaques d'athérome, en synergie avec d'autres facteurs de risques comme l'hyperglycémie et les dyslipidémies. Ces altérations, qui s'installent de façon lente, ne se résorbent malheureusement pas à l'arrêt du tabagisme, elles ne font que se stabiliser.

## **L'intoxication chronique par le CO**

Le CO contenu par la fumée du tabac, forme de la carboxyhémoglobine en prenant la place de l'oxygène, provoquant un manque chronique en oxygène, car ce dernier n'est plus acheminé correctement aux organes. Le corps réagit en synthétisant plus d'hématies, entraînant une polyglobulie et donc une hyperviscosité du sang. Ce phénomène permet aussi de comprendre pourquoi il est déconseillé d'associer une contraception œstro-progestative, qui est thrombogène, avec le tabac.

## **Spasme et thrombose**

La fumée du tabac agit également sur le spasme artériel et la thrombose durant le temps de l'exposition, mais cet effet s'estompe rapidement à l'arrêt du stimulus. Il est important de noter que ces effets concernent toutes les artères : les artères coronaires, l'aorte, les artères cérébrales et des membres inférieurs...<sup>[4]</sup>

## **Les conséquences pathologiques**

S'il est fait un résumé de tous les problèmes engendrés par le tabac sur le plan cardiovasculaire, à savoir :

- tachycardie,
- altération des parois vasculaires,
- augmentation de la viscosité sanguine,
- spasmes et thromboses des vaisseaux,

une équation est alors obtenue, où de nombreux facteurs de risques s'additionnent et agissent sur les principaux paramètres nécessaires à la survenue de la majorité des problèmes cardiovasculaires. Ainsi, le risque d'angor est doublé chez le fumeur, le risque d'infarctus du myocarde et de mort subite est plus que multiplié par deux chez le jeune fumeur, la reprise du tabac après un infarctus du myocarde double la mortalité à un an, ce qui souligne qu'il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer. Le tabac est donc un important facteur de risque des AVC, de même que des artérites des membres inférieurs, dont il est le principal pourvoyeur avec le diabète.

#### 1.5.1.1.4. Les effets sur la reproduction

Le tabac agit de façon néfaste à tous les niveaux de la reproduction humaine :

- sur la fertilité : le tabagisme augmente le risque d'impuissance chez l'homme à cause de son impact vasculaire ; chez la femme, fumer durant le protocole d'une fécondation *in vitro* diminue par 5 la chance de réussite de l'implantation d'embryons,
- lors du premier trimestre de grossesse : le tabac est responsable d'une augmentation d'un facteur 3 du risque de grossesse extra-utérine et de fausse-couche, d'une augmentation du risque de placenta *prævia*, qui est une anomalie de l'insertion du placenta, d'arrêts spontanés de la grossesse ; d'une faible augmentation du risque de fente labiale et de bec-de-lièvre,
- durant les deuxième et troisième trimestres de grossesse, la fumée du tabac, et surtout le CO qu'elle contient, a un impact important sur le développement du fœtus. Plus la mère fume, plus le taux sanguin de CO est élevé et donc plus la qualité du sang nourricier diminue. Pour un paquet de cigarettes par jour fumé par la mère, le poids de naissance est diminué de 200 g à 600 g par rapport à un nouveau né non exposé, ce qui entraîne un risque plus grand que le poids du bébé soit inférieur à 2500 g, engendrant un risque plus élevé d'une nécessité d'un traitement médical à la naissance. Par ailleurs, le risque d'accoucher d'un enfant mort-né est doublé pour une femme qui fume après la fin du premier trimestre, par rapport à une autre femme qui aurait arrêté ou n'aurait pas fumé de sa grossesse. Enfin, il y a un risque doublé de mortalité dans la première année de vie, notamment par le syndrome de mort subite inexpliquée du nourrisson.
- La maman fumeuse a un risque hémorragique augmenté d'origine placentaire.<sup>[4]</sup>

#### 1.5.1.1.5. Le risque infectieux

L'incidence des infections bactériennes est augmentée chez les fumeurs, le risque de pneumonie notamment est triplé, ainsi que le risque de pneumonie à pneumocoque et de légionellose. Ces phénomènes peuvent s'expliquer par une augmentation de l'adhésion

bactérienne, une diminution de la clairance du mucus et des modifications de la réponse immunitaire. <sup>[4]</sup>

#### **1.5.1.1.6. Les effets sur la peau, les phanères et l'os**

La fumée du tabac est délétère aux fibres élastiques de la peau, elle accentue les rides et le risque d'acné, dessèche la peau, donne un teint gris, rend les ongles et les cheveux cassants. Chez la femme, le tabac augmente le risque d'ostéoporose et de fracture pathologique. Fumer rallonge le temps de consolidation osseuse postopératoire. <sup>[4]</sup>

#### **1.5.1.1.7. Effet sur le système digestif**

Le tabac altère le goût et l'odorat, mais de façon réversible à l'arrêt ce qui peut être utile pour encourager les fumeurs à arrêter de fumer, ces effets étant dans les premiers à régresser. Comme beaucoup d'excitants, il favorise la survenue d'œsophagites, de gastrites, de reflux œsophago-gastriques et d'ulcères gastroduodénaux. La recto-colite-ulcéro-hémorragique est, par contre, améliorée par la prise de nicotine et que son incidence est moindre chez les fumeurs. La maladie de Crohn est plus fréquente chez les fumeurs et plus difficile à contrôler. <sup>[4]</sup>

### **1.6. La législation et son historique en France**

#### **1.6.1. Législation régissant la culture du tabac**

Dès 1629, le Cardinal de Richelieu impose des taxes sur le tabac en instaurant un droit de douane à l'importation de tabac, ce qui entrainera le début de l'exploitation de la plante en métropole.

En 1674, un décret de « Privilège de fabrication et de vente » est produit par Colbert, le tabac devient un monopole sous la coupe de la Compagnie des Indes.

Durant la révolution, l'Assemblée Nationale abroge en 1791 ce monopole en déclarant la liberté de cultiver, de fabriquer et de débiter le tabac, mais le monopole est rétabli en 1810, sous l'égide de l'Etat.

Un article de loi du 28 avril 1816, déclare que « nul ne pourra se livrer à la culture du tabac sans avoir fait préalablement la déclaration, et sans en avoir obtenu l'autorisation ».

En avril 1970, la Communauté Européenne harmonise sur le plan européen la législation sur le tabac, ce qui entraîne la fin du monopole.

En 1993, l'Union Européenne instaure des quotas de production.

En 1995, la SEITA, Société d'Exploitation Industrielle des Tabacs et Allumettes, qui était l'organisme public assurant le monopole de la production, de l'importation et de la distribution du tabac pour l'Etat, *via* le Ministère des Finances, est privatisé et devient ALTADIS, suite à sa fusion avec une société espagnole. La vente de tabac reste tout de même un monopole d'Etat par l'intermédiaire des débitants de tabac.

2010 est l'année d'arrêt des versements de subventions ainsi que de toute aide rattachée à la production de tabac et cela au niveau européen.<sup>[1]</sup>

## **1.6.2. Législation concernant la consommation de tabac**

### **1.6.2.1. La loi Veil**

La loi Veil du 9 juillet 1976 est le texte fondateur de la lutte anti-tabac en France. Pour la première fois elle régleme la publicité pour les cigarettes.<sup>[34]</sup> Elle instaure aussi l'interdiction de fumer dans certains lieux comme, par exemple, les écoles, les hôpitaux, les trains, les avions..., et l'inscription sanitaire « abus dangereux » sur les paquets. Le texte prévoit aussi la mise en place d'interventions informatives obligatoires sur les méfaits du tabac dans les écoles et dans l'armée. Même si c'est une avancée majeure, cette loi est incomplète car elle ne vise pas la publicité dans la presse écrite et ne parle pas assez du droit des non fumeurs.<sup>[34]</sup>

### **1.6.2.2. La loi Evin**

Le 10 janvier 1991, la loi Evin renforce la lutte contre le tabagisme commencée en 1976, en continuant de légiférer dans certains domaines traités par la loi Veil, mais traite

aussi de la protection des non-fumeurs. Elle contribue à dénormaliser l'usage de la cigarette. Cette loi prévoit :

- de favoriser la hausse du prix des cigarettes,
- d'étendre l'interdiction de fumer dans certains lieux, avec toujours la possibilité d'aménager des fumeurs selon des normes strictes,<sup>[35]</sup>
- d'interdire toute promotion, publicité, propagande ou parrainage en faveur du tabac,<sup>[35]</sup>
- que les associations dont le statut prévoit la lutte contre le tabagisme puissent se porter partie civile pour les infractions à la loi Evin,<sup>[35]</sup>
- que les paquets de tabac mentionnent la composition des filtres, la mention « nuit gravement à la santé », la teneur moyenne en nicotine et goudron et que cette dernière voit sa valeur maximale fixée par décret.<sup>[35]</sup>

Le fumeur et la cigarette deviennent donc de plus en plus des exceptions, avec pour objectif de rendre le tabac lui-même exceptionnel et non plus un produit de consommation courante.<sup>[36, 37]</sup>

### **1.6.2.3. Diverses mesures adoptées entre 1991 et 2006**

#### **1.6.2.3.1. Divers**

En 1999, l'arrêté du 30 novembre prévoit le délistage des substituts nicotiniques en officine.<sup>[38]</sup> En 2002, la loi du 20 décembre supprime certaines descriptions de paquets de cigarettes, telles que « light » ou « léger ». <sup>[38]</sup>

En 2003, la lutte contre le tabagisme chez les jeunes est développée par l'interdiction de vendre des paquets de moins de 19 cigarettes. Un renforcement de la prévention dans les écoles est prévu et la vente de tabac est dorénavant interdite aux mineurs de moins de 16 ans.<sup>[38]</sup>

#### **1.6.2.3.2. Messages sanitaires**

La même année, un arrêté relatif aux teneurs maximales de goudrons, nicotine et monoxyde de carbone est pris. De nouveaux avertissements sanitaires au nombre de 15 seront affichés sur les paquets, rejoignant les anciens. Ils évoquent les conséquences du

tabagisme sur la fertilité, l'espérance de vie réduite...<sup>[38]</sup> En 2004, les messages sanitaires apparaissent aussi sur les paquets de tabac à rouler et l'interdiction de la publicité sur internet est clairement formulée.<sup>[38] [39]</sup>

#### **1.6.2.4. Le décret du 15 novembre 2006**

Le décret porte sur la loi Evin et étend l'interdiction de fumer, dans tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent des lieux de travail, les établissements de santé, l'ensemble des transports en commun, dans tous les lieux destinés à l'enseignement ou l'hébergement de mineurs. Certains de ces lieux peuvent créer des fumeurs dans certaines conditions<sup>[40]</sup>. Toute infraction est passible d'une amende de 68 € pour le fumeur et de 135 € pour le lieu n'ayant pas appliqué la loi.

#### **1.6.2.5. Depuis 2006**

##### **1.6.2.5.1. Loi HPST**

Le 21 juillet 2009, la loi HPST, acronyme de Hôpital Patient Santé Territoire, interdit la vente de tabac pour les mineurs de moins de 18 ans.<sup>[41]</sup>

##### **1.6.2.5.2. Images chocs**

Un arrêté de 2010, appliqué en 2011 prévoit que les paquets présentent des photographies chocs en couleur qui occupent une surface relativement faible de la surface du dos du paquet, conséquence d'une pression des fabricants de tabac. Les clichés n'étant pas sur la face antérieure du paquet, elles ne sont pas visibles lors de l'achat du paquet, ce qui est dommageable pour le rôle qui leur est destiné.<sup>[42]</sup>

### 1.6.3. La contrefaçon et la contrebande

#### 1.6.3.1. Généralités

La problématique posée par la contrefaçon et la contrebande du tabac, outre l'aspect économique, avec une perte fiscale importante pour l'état et une diminution des recettes pour les buralistes ainsi que pour les fabricants de tabac, car on considère qu'une cigarette sur 5 fumée en France n'est pas taxée<sup>[43]</sup>, concerne la qualité du produit proposé. En effet, même si une cigarette industrielle est néfaste pour la santé, sa production respecte des normes strictes et est contrôlée. La contrefaçon quant à elle, est produite n'importe où, n'importe comment, ne répond à aucune norme et est stockée et transportée dans des conditions inconnues. Les consommateurs s'exposent donc à plus d'effets nocifs dont on ignore la nature.

Les produits de contrebande ne sont pas des contrefaçons, mais des produits importés illégalement dans le but de ne pas payer de taxe. Par exemple, acheter du tabac sur internet est interdit en France, plus précisément, la vente au détail de tabac manufacturés, cigarettes, tabac à rouler, à narguilé, à priser, est un monopole détenu par l'administration des douanes qui l'exerce par le biais des débitants de tabac, l'article 568 ter du code général des impôts créé par la loi N°2009-1674 du 30 décembre 2009 – article 36(V), prévoit que « la commercialisation à distance de produits du tabac manufacturé est interdite en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer ».<sup>[44] [45]</sup>

Ces cigarettes achetées sur internet sont illégales et évitent le passage des douanes, donc des taxes, ce sont des produits de contrebande.

## ACHAT DE CIGARETTES SUR INTERNET



Figure 15 : Douane, achat de tabac et de cigarettes sur internet.<sup>[45]</sup>

Le service des douanes a d'ailleurs eu en 2011 une année record de saisie de tabac pour le XXI<sup>e</sup> siècle avec 462 tonnes de saisie et la deuxième meilleure année en 2012 avec 371 tonnes.<sup>[46] [47]</sup>

Cette augmentation récente peut s'expliquer par les mesures d'augmentation du prix des paquets de cigarettes. Les fumeurs essayent donc de contourner ces mesures dissuasives en achetant des paquets à la sauvette, ou à l'étranger, cette dernière méthode étant légale dans les conditions prévues par la loi. La quantité de tabac pouvant être ramenée en France a été revue à la hausse récemment, le 7 mai 2013, passant de 5 cartouches par personne à 10, soit 2000 cigarettes<sup>[48] [49]</sup> sous la pression de la Commission européenne qui avait posé un recours devant la Cour Européenne de Justice. Il ne faut cependant pas imputer aux seules taxes l'existence de ce marché parallèle, en effet, dans certains états d'Afrique où malgré le prix du paquet qui reste très faible, la contrebande de cigarettes est endémique, car d'autres facteurs interviennent comme le pouvoir d'achat, la situation géographique, les grands ports, la proximité d'une frontière, la culture de la contrebande.

### 1.6.3.2. Estimation du phénomène

Il faut garder en tête l'impact de la part des cigarettes contrefaites et de contrebande, sur lesquelles on ne peut faire que des estimations et qui ne sont pas comptabilisées dans les chiffres, lorsque l'on parle de recul des ventes de cigarettes. Les ventes de cigarettes

peuvent effectivement baisser chez les buralistes, mais peuvent augmenter sur le marché parallèle, l'un compensant l'autre. L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) a réalisé une estimation des achats parallèles en comparant la consommation totale estimée de cigarettes et de tabac à rouler, aux ventes officielles en 2010, en tonnes.

Tableau 3 : Comparaison de la consommation totale estimée de cigarettes et de tabac à rouler aux ventes officielles, en 2010, en tonnes.

	Cigarettes	Tabac à rouler	Total
Consommation déclarée	69 354	14 974	84 328
Ventes officielles	54 797	7 598	62 395
Différentiel = achats hors réseau buralistes français	14 557	7 376	21 772
Dont achats transfrontaliers	10 710	Non déterminé	Non déterminé

[50]

On peut aussi mettre en parallèle deux graphiques :



Figure 16 : Ventes de cigarettes (en millions d'unités) et prix des cigarettes de la marque la plus vendue.<sup>[51]</sup>

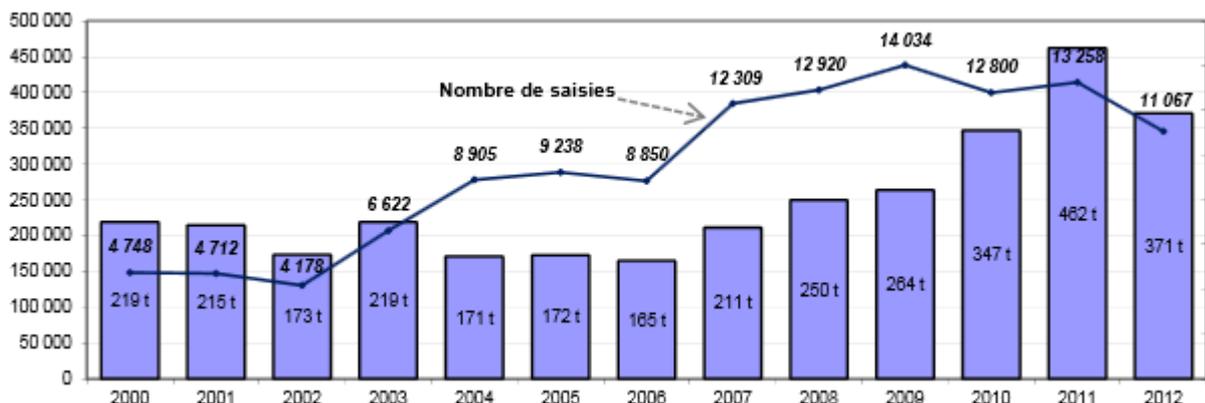


Figure 17 : Nombre et volume (en tonnes) de saisies de cigarettes.<sup>[51]</sup>

Le premier montre l'évolution des ventes de cigarettes, avec en parallèle l'évolution du prix du paquet, alors que le second montre le nombre et le volume des saisies de cigarettes ; en fonction des années. On voit donc que l'augmentation du prix du paquet se traduit par une baisse des ventes avec des paliers symboliques où les baisses sont plus marquées : le paquet à 5 € en 2004 et à 6 € en 2011-2012 et que les saisies de cigarettes augmentent de façon analogue ; confirmant le modèle évoqué précédemment.

# **PARTIE 2**

## **PRISE EN CHARGE DU TABAC**

## **2. PRISE EN CHARGE DU TABAC**

### **2.1. Addiction au tabac : quelques définitions**

#### **2.1.1. Généralités**

##### **2.1.1.1. Notion d'addiction selon Goodman**

Avant d'aborder le vif du sujet, il est important pour la compréhension de rappeler quelques définitions importantes notamment celle du concept de l'addiction. Le modèle faisant consensus actuellement dans le milieu de l'addictologie est la définition d'Aviel Goodman, un psychiatre américain, qui en 1990, décrit l'addiction comme « un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives ». Le psychiatre a ensuite proposé des critères pour évaluer le trouble addictif :

- A. Echecs répétés à résister à l'impulsion d'entreprendre un comportement spécifique
- B. Sentiment de tension augmentant avant de débiter un comportement
- C. Sentiment de plaisir, de soulagement en entreprenant le comportement
- D. Sentiment de perte de contrôle pendant la réalisation du comportement
- E. Au moins 5 des items suivants :
  1. Fréquentes préoccupations liées au comportement ou aux activités préparatoires du comportement ;
  2. Fréquence du comportement plus importante ou sur une période de temps plus longue que celle envisagée ;
  3. Efforts répétés pour réduire, contrôler ou arrêter le comportement ;
  4. Un temps important passé dans les activités nécessaire au comportement, à réaliser le comportement ou à récupérer de ses effets ;
  5. Réalisation fréquente du comportement lorsque des obligations occupationnelles, académiques, domestiques ou sociales doivent être accomplies ;
  6. D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison du comportement ;

7. Poursuite du comportement malgré la connaissance de l'exacerbation des problèmes sociaux, psychologiques ou physiques persistants ou récurrents déterminés par ce comportement ;
  8. Tolérance : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement pour obtenir l'effet désiré ou effet diminué si le comportement est poursuivi avec la même intensité ;
  9. Agitation ou irritabilité si le comportement ne peut être poursuivi ;
- F. Certains symptômes du trouble ont persisté au moins un mois ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée.<sup>[52]</sup>

On peut noter que le critère E.8 définit la tolérance.

### 2.1.1.2. La dépendance selon l'OMS

L'OMS définit la dépendance 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 ».<sup>[53]</sup> Cette définition dégage différentes notions dont les différents aspects de l'addiction, explicités ici par l'exemple du tabac :

- la dépendance physique et la notion de sevrage, qui est l'ensemble des symptômes liés à l'arrêt d'un comportement ou d'une substance ayant entraîné une dépendance ;
- la dépendance psychologique et la notion de *craving*, envie irrésistible de fumer. La dépendance psychologique peut provenir des effets psychotropes recherchés : plaisir, effet psychostimulant, antistress, antidépresseur, coupe faim ;
- la dépendance comportementale : la cigarette est associée à de nombreux comportements et habitudes, café et cigarette, cigarette et pause, cigarette et voiture, ... Fumer est devenu un réflexe et fait partie de la routine quotidienne.<sup>[39]</sup>

### 2.1.1.3. Notion d'usages

Le concept d'addiction présenté précédemment est à différencier des usages problématiques, tels que l'usage à risque ou l'usage nocif, où les risques sur la santé existent mais en ayant encore une maîtrise de la substance.

La classification DSM-IV-TR, qui signifie, en anglais, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 4<sup>e</sup> édition texte révisé, et qui est un classement des troubles mentaux publié par l'Association Américaine de Psychiatrie, faisant foi dans le milieu médical ; décrit trois types de comportements :

- L'usage à risque, correspondant à un usage qui paraît socialement acceptable, mais qui dans un contexte particulier ne l'est plus. Par exemple : une personne qui a bu exceptionnellement 3 verres d'alcool lors d'une soirée, ce qui correspond aux recommandations de l'OMS, mais qui prend le volant ; ou encore une femme qui fume une cigarette tous les jours, ce qui paraît relativement anodin en tant normal devient un usage à risque si cette femme est enceinte.
- L'usage nocif encore appelé abus, correspond à l'utilisation inadaptée d'une substance ce qui entraîne des souffrances cliniques ou une altération du fonctionnement, et qui est caractérisé par au moins une des trois manifestations suivantes lors des 12 derniers mois :
  1. utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité à remplir des obligations sociales, par exemple laisser un enfant sous la pluie à la sortie de l'école pour aller acheter un paquet de cigarette,
  2. utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut-être physiquement dangereux, par exemple fumer au volant, l'attention baisse, une main est occupée, ou fumer en présence d'oxygène médical,
  3. problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation de la substance, toujours dans le cas de la cigarette, fumer dans un endroit où c'est normalement interdit, comme au cinéma...,
  4. utilisation de la substance malgré des problèmes sociaux récurrents à cause de celle-ci, disputes avec le

conjoint parce que le fumeur ne peut pas s'empêcher de fumer quand un nouveau né est présent.

L'usage nocif implique que les symptômes n'ont pas atteint les critères qui définissent la dépendance.<sup>[54]</sup>

- La dépendance qui, selon le DSM IV, se caractérise par l'existence d'une tolérance, d'un syndrome de sevrage, par le fait que la substance est souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que prévu. La personne présente un désir persistant ou fait des efforts infructueux pour contrôler l'utilisation de la substance. Un temps considérable est passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets. D'importantes activités sociales sont abandonnées pour utiliser la substance. L'utilisation de la substance est poursuivie malgré l'existence d'un problème physique ou psychologique relié à la substance. On remarque que cette définition complète celle de l'OMS en insistant sur l'impact social de la consommation, même si pour le tabac les conséquences de ce point de vue peuvent sembler moins importantes que pour une autre drogue, comme l'héroïne par exemple, et sont plus d'ordre sanitaire que social.<sup>[4, 39, 54]</sup>

En 2013, une nouvelle version, le DSM-V apparaît, apportant deux principales nouveautés en ce qui concerne le domaine qui nous intéresse :

- l'ajout de la notion de *craving*, notion que nous allons aborder,
- le retrait du critère portant sur la récurrence des problèmes légaux due à l'utilisation de la substance.

Le seuil pour le diagnostic de trouble d'utilisation d'une substance est dorénavant de 2 critères minimum, anciennement il était de 1. Le tabac fait dorénavant parti des troubles décrit par ces critères. Une graduation des troubles apparaît en fonction du nombre de critères rencontrés :

- 2 à 3 critères : trouble léger,
- 4 à 5 critères : trouble modéré,
- 6 ou plus critères : trouble sévère.

Un trouble est considéré comme en rémission si le trouble n'est pas apparu depuis 3 mois. Il est considéré comme une rémission durable s'il n'est apparu en 12 mois.<sup>[55]</sup>

Pour diagnostiquer une addiction, le clinicien dispose d'outils, appelés tests diagnostiques, comme le CIDI-SAM, pour *Composite International Diagnostic Interview-*

*Substance Abuse Module*. C'est un test diagnostique qui permet de voir si la personne est addictive, entre autre au tabac, selon les critères du DSM. Il prévoit pour le tabac en général un questionnaire d'une vingtaine de pages très complet.<sup>[27] [56]</sup>

La classification DSM-IV-TR définit en outre des critères diagnostiques du sevrage à la nicotine :

L'arrêt brutal de l'utilisation ou la réduction de la quantité de nicotine utilisée est suivi, dans les 24 heures, d'au moins quatre des signes suivants :

- humeur dysphorique ou dépressive ;
- insomnie ;
- irritabilité, frustration, colère ;
- anxiété ;
- difficultés de concentration ;
- fièvre ;
- diminution du rythme cardiaque ;
- augmentation de l'appétit ou prise de poids.

Ces symptômes peuvent provoquer une altération sociale, professionnelle, et/ou une souffrance cliniquement significative.<sup>[27]</sup>

#### **2.1.1.4. Notion de changements de comportement**

Avant d'aborder l'addiction du tabac plus spécifiquement, il convient d'abord d'exposer le modèle transthéorique de la disposition au changement. C'est une approche comportementale développée par les psychologues Prochaska et DiClemente qui aide à comprendre le comportement d'addiction et les différentes épreuves que traverse la personne addictive dans sa (ses) tentative(s) pour se sevrer. Ce modèle considère que le changement, vis-à-vis du comportement incriminé, est un processus progressif qui comporte 5 stades :

- la précontemplation : c'est le stade où la personne est heureuse, n'a pas l'intention de modifier son comportement à court terme, dans les 6 mois à venir, par déni des conséquences néfastes de ses actes. Ce déni peut provenir d'une ignorance sur les conséquences de son comportement, ou parce que ses échecs pour changer l'ont démotivée ;

- la contemplation : c'est le stade de l'indécision, la personne compte avoir changé de comportement dans les 6 mois à venir. Elle a pris conscience des inconvénients mais apprécie toujours les effets recherchés. C'est cette opposition qui peut faire stagner un patient dans ce stade ;
- la préparation : la personne a pris sa décision d'arrêt. Elle a l'intention de passer à l'action dans le mois. Elle doit s'organiser pour préparer son arrêt, en se renseignant sur les méthodes de sevrage, lire des témoignages d'autres personnes qui en sont passées par là par exemple ;
- l'action : c'est l'arrêt, préparé en amont par des modifications notables de son comportement et une adaptation de son mode de vie, nécessaire au sevrage pour anticiper les problèmes que ce dernier entraîne et pour les minimiser ;
- la maintenance ou consolidation : c'est le stade où la principale préoccupation du patient est de ne pas rechuter, et d'inscrire dans la durée ses nouveaux comportements pour y parvenir ;
- la régression et la rechute : considérée comme une 6<sup>e</sup> étape du parcours de la personne addictive, elle est une régression à un stade précédent. Elle permet cependant de progresser, la personne tirant des conclusions de son échec, mais elle peut aussi décourager fortement le patient. C'est un stade délicat. La rechute est un élément essentiel au diagnostic d'une addiction.<sup>[4]</sup>



Figure 18 : Modèle Transthéorique de Prochaska et DiClemente des stades de changement.

### 2.1.1. L'addiction au tabac du point de vue pharmacologique

La nicotine interfère avec des processus physiologiques en mimant l'action de l'acétylcholine. Pour cela, elle active l'un des deux types de récepteurs à l'acétylcholine : les récepteurs nicotiques. L'activation de ces récepteurs au niveau du neurone présynaptique, déclenche la libération dans la synapse de différents neuromédiateurs tels que la dopamine, la noradrénaline, la sérotonine et l'acétylcholine. Ces récepteurs sont situés dans de nombreux systèmes :

- dans le système nerveux autonome où leur activation ganglionnaire a des répercussions :
  - cardiovasculaires, à type d'hypotension ou d'hypertension, ces effets étant doses dépendants,
  - sur les fibres musculaires lisses avec une activation du péristaltisme intestinal,
- dans le système nerveux central, leur stimulation provoquant nausées, stimulation de l'attention...,
- au niveau de la plaque motrice où ils sont impliqués dans la transmission neuromusculaire, même si ici leur rôle est mineur,
- dans le système respiratoire où, à dose toxique, la nicotine peut provoquer une dépression respiratoire.<sup>[57, 58]</sup>

Pour comprendre le phénomène de l'addiction au tabac, il faut d'abord rappeler comment s'explique le phénomène d'addiction aux substances psychoactives. Il se trouve que ces substances entraînent un découplage entre l'action de deux ensembles de neurones, noradrénergiques et sérotoninergiques qui, en temps normal, se contrôlent mutuellement. Le premier met en valeur les événements extérieurs, l'autre régule les impulsions. La prise de ces substances provoque chez le sujet addicte une sensibilité exacerbée aux stimuli externes, dont le désir de reproduire le comportement addictif, et une perte de la possibilité de réguler les impulsions.<sup>[59]</sup>

On a longtemps cru que la nicotine était la seule substance responsable de l'addiction au tabac, mais il semble que ce ne soit pas le cas. Des recherches ont montré que la fumée du tabac, produite par la combustion de la cigarette, contient des inhibiteurs de la monoamine oxydase, IMAO. L'addiction serait donc le fruit de la synergie de ces différents composés inhibiteurs de la dégradation de neuromédiateurs, la dopamine, la sérotonine, ainsi que la noradrénaline, et de l'action agoniste de la nicotine qui entraîne l'augmentation

de la libération de sérotonine. La sérotonine est donc libérée en plus grande quantité dans la synapse et le rétro contrôle qui se déclencherait normalement est bloqué par les IMAO. Cela engendre un déséquilibre entre les ensembles noradrénergiques et sérotoninergiques, reproduisant le modèle de l'addiction décrit précédemment. Si la nicotine est seule, le rétrocontrôle négatif de la libération de sérotonine maintient le système à l'équilibre. La nicotine seule ne serait donc pas ou peu addictogène.<sup>[59]</sup>

On pourrait donc se demander pourquoi, comme nous allons le développer par la suite, le traitement de référence du sevrage tabagique reste le substitut nicotinique ? Il semblerait que les IMAO persistent chez l'individu une certaine période, même avec l'arrêt de la consommation de tabac, ce qui expliquerait pourquoi, malgré une bonne efficacité au début du traitement, les personnes recommencent à fumer après un certain temps.<sup>[59]</sup> Mais il y a sûrement d'autres voies de recherche qui se sont ouvertes et qui pourraient déboucher sur des thérapies nouvelles dans les années à venir.

## **2.2. La prise en charge de l'addiction tabagique**

### **2.2.1. Avant le traitement**

#### **2.2.1.1. Tests de repérage tabac**

La première étape pour traiter une personne dépendante au tabac consiste à tenter d'évaluer au mieux son degré de dépendance à la substance, dans le but de lui proposer le traitement le mieux adapté et de repérer des situations à risque, ainsi que des profils particuliers comme des co-addictions, des comorbidités, des femmes en désir de grossesse...

Les professionnels peuvent s'appuyer sur différents tests de repérage, cependant, comme nous avons pu le voir dans les définitions de l'addiction, le diagnostic de dépendance à une substance reste un diagnostic clinique. Ainsi, une personne positive à un test devra obligatoirement rencontrer un médecin pour valider ou non le diagnostic d'addiction. Les tests doivent être vus comme un support pour dialoguer avec le patient et mieux connaître son historique et ses motivations : première relation avec le tabac, nombre de cigarettes fumées par jour, pourquoi fume-t-il...

### 2.2.1.1.1. Le test de Fagerström

Le test de Fagerström pour la dépendance physique à la nicotine est le test de référence pour évaluer de façon facile et rapide la dépendance physique du fumeur. Il comporte 5 questions :

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

Si le score est inférieur ou égal à 2 on considère que le fumeur n'est pas dépendant, entre 3 et 4, la personne est faiblement dépendante, entre 5 et 6 moyennement dépendante, supérieur à 7, le sujet est fortement à très fortement dépendant. Plus le score est élevé, plus le risque de rechute lors d'une tentative de sevrage est élevé. Le résultat final est aussi utilisé pour proposer un traitement en adéquation avec le niveau de dépendance.<sup>[60]</sup> Une version plus courte de ce test est aussi utilisée, sous le nom de *Heaviness of Smoking Index* (HSI). Cette version ne comporte que les questions 1 et 4 du test de Fagerström :

1. Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?
  - a. Dans les 5 minutes 3
  - b. De 6 à 30 minutes 2
  - c. De 31 à 60 minutes 1
  - d. Après 60 minutes 0
2. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?
  - a. 10 ou moins 0
  - b. 11 à 20 1
  - c. 21 à 30 2
  - d. 31 ou plus 3

Les résultats sont :

- 0-2 : addiction faible,
- 3-4 : addiction modérée,
- 5-6 : addiction forte. <sup>[61]</sup>

#### **2.2.1.1.2. Le test de Horn**

Le test de Horn est aussi utile pour déterminer les raisons qui poussent le patient à fumer et donc trouver les moyens pour diminuer sa consommation.

		Toujours	Souvent	Moyennement	Parfois	Jamais
A	Je fume pour me donner un coup de fouet	5	4	3	2	1
B	Je prends plaisir à fumer et tenir ma cigarette	5	4	3	2	1
C	Tirer sur une cigarette est relaxant	5	4	3	2	1
D	J'allume une cigarette quand je suis soucieux	5	4	3	2	1
E	Quand je n'ai plus de cigarettes je cours en acheter	5	4	3	2	1
F	Je fume avec automatisme	5	4	3	2	1
G	Je fume pour me donner du courage	5	4	3	2	1
H	Le plaisir c'est d'abord manipuler ma cigarette	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	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 en imposer aux autres	5	4	3	2	1
N	J'ai du plaisir à regarder les volutes de fumée	5	4	3	2	1
O	Je fume même si je suis détendu	5	4	3	2	1
P	Je fume pour oublier quand j'ai le cafard	5	4	3	2	1
Q	J'ai toujours besoin de manipuler quelque chose	5	4	3	2	1
R	J'oublie la cigarette qui est dans ma bouche	5	4	3	2	1

### Résultats :

- 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 =

Si la personne obtient un 10 sur l'une des lignes ci-dessus, cela indique que c'est une raison qui la pousse à fumer.<sup>[62]</sup>

Il faut aussi refaire l'historique tabagique de la personne et notamment de ses tentatives d'arrêts passées, pour en tirer des enseignements. Qu'est-ce qui avait marché ? Qu'est-ce qui n'avait pas fonctionné ?

### 2.2.1.2. Comorbidités

Il est aussi important de voir si le fumeur présente des comorbidités associées. Il s'agit de repérer si le patient est déjà atteint par :

- des pathologies somatiques, respiratoires, cardiovasculaires, ..., développées dans la première partie ;
- des pathologies psychiatriques. Les comorbidités psychiatriques, anxiété, dépression, psychose, ..., non prises en charge augmentent les risques de rechutes.

#### 2.2.1.2.1. Echelle HAD : dépression/anxiété

Il existe une relation étroite entre dépression et tabagisme, l'humeur dépressive étant un symptôme du sevrage au tabac. Les personnes ayant déjà fait une dépression vivent plus mal leur sevrage et tentent moins d'arrêter de fumer. Il semblerait aussi que ces personnes risqueraient plus que la population générale de faire un épisode dépressif lors d'une tentative d'arrêt.<sup>[4]</sup> L'échelle HAD (pour *Hospital Anxiety and Depression scale*) mixte portant sur l'anxiété et la dépression permet une autoévaluation par le patient :

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

2. J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent
- a. Oui, toujours 0
  - b. Le plus souvent 1
  - c. De plus en plus rarement 2
  - d. Tout est plus difficile 3
3. Je me sens ralenti
- a. Pratiquement tout le temps 3
  - b. Très souvent 2
  - c. Quelquefois 1
  - d. Pas du tout 0
4. J'éprouve des sensations d'angoisse et j'ai une boule dans la gorge ou l'estomac noué
- a. Très souvent 3
  - b. Assez souvent 2
  - c. Parfois 1
  - d. Jamais 0
5. J'ai perdu l'intérêt pour mon apparence
- a. Totalement 3
  - b. Je n'y fais plus attention 2
  - c. Je n'y fais plus assez attention 1
  - d. J'y fais attention comme d'habitude 0
6. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place
- a. Oui, c'est tout à fait le cas 3
  - b. Un peu 2
  - c. Pas tellement 1
  - d. Pas du tout 0
7. J'envisage l'avenir avec optimisme
- a. Comme d'habitude 0
  - b. Plutôt moins qu'avant 1
  - c. Beaucoup moins qu'avant 2
  - d. Pas du tout 3
8. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver
- a. Oui, très nettement 3
  - b. Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
  - c. Un peu, mais cela n'a pas d'importance 1
  - d. Pas du tout 0
9. Je sais rire et voir le bon côté des choses
- a. Toujours autant 0
  - b. Plutôt moins 1
  - c. Nettement moins 2
  - d. Plus du tout 3
10. Je me fais souvent du souci
- a. Très souvent 3
  - b. Assez souvent 2
  - c. Occasionnellement 1
  - d. Très occasionnellement 0
11. Je me sens heureux
- a. Jamais 3
  - b. Pas souvent 2
  - c. Quelquefois 1
  - d. La plupart du temps 0

12. <u>Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir heureux</u>	
a. Jamais	3
b. Rarement	2
c. Oui, en général	1
d. Oui, quoi qu'il arrive	0
13. <u>Je m'intéresse à la lecture d'un bon livre ou à un bon programme radio ou télé</u>	
a. Souvent	0
b. Assez souvent	1
c. Rarement	2
d. Pratiquement jamais	3
14. <u>J'éprouve des sensations soudaines de panique</u>	
a. Très souvent	3
b. Assez souvent	2
c. Rarement	1
d. Jamais	0

Interprétation du score :

- Anxiété : somme des scores des questions 1, 4, 6, 8, 10, 12, 14 ; un score > 12 est significatif,
- Dépression : somme des scores des questions 2, 3, 5, 7, 9, 11, 13 ; un score > 8 est significatif.<sup>[4]</sup>

### 2.2.1.2.2. Schizophrénie

La prévalence tabagique chez le sujet atteint de schizophrénie est de 72 à 93 %, ce qui est bien plus élevé que dans la population générale. Il semblerait aussi que le tabac augmente le métabolisme de certains médicaments utilisés pour traiter cette pathologie, comme certains neuroleptiques, le métabolisme de l'halopéridol est, par exemple, multiplié par un facteur allant de 2 à 7.<sup>[4]</sup>

### 2.2.1.2.3. Suicide

Le risque suicidaire est augmenté chez les fumeurs et plus particulièrement chez les femmes.<sup>[4]</sup> Il faut donc faire très attention, le suicide étant évidemment corrélé à la dépression et comme nous l'avons vu ci-dessus, la dépression étant elle aussi liée au tabac, il faut prendre garde aux risques que comportent un sevrage chez un dépressif. Un échec renforcerait d'autant plus le patient dans un cercle autodestructeur de rabaissement et de culpabilisation.

Ces cas de comorbidités, tabac-affection psychiatrique, seront développés dans une partie ultérieure.

### **2.2.1.3. Recherche de polyconsommation**

#### **2.2.1.3.1. Alcool**

Il existe des liens très forts entre alcool et tabac : les gros fumeurs boivent plus que les petits fumeurs et les gros buveurs fument plus que les petits buveurs. La prévalence tabagique est de 80 % chez l'alcoolique en cours de sevrage et la prévalence de la dépendance alcoolique est multipliée par 3 chez les fumeurs de plus de 20 cigarettes par jour aux Etats-Unis.<sup>[4]</sup> Les conséquences de ce tabagisme sont telles qu'une étude visant à déterminer l'impact du tabac et de l'alcool sur la mortalité des patients suivant un traitement pour l'alcoolisme, ou une addiction autre que pour la nicotine, a mis en évidence que 51 % des décès étaient dû à la cigarette, alors que seulement 34 % étaient dû à l'alcool.<sup>[63]</sup> A la lumière de ces chiffres, on comprend que les comorbidités ne sont pas à négliger, et qu'il ne faut pas oublier de les prendre en compte.

L'alcool et le tabac sont très souvent associés, notamment chez les jeunes, pour qui les échecs d'arrêts sont souvent dus à des rechutes lors de soirées alcoolisées où la levée d'inhibition due à l'alcool et la facilité de se procurer des cigarettes, n'aident pas le patient en cours de sevrage. Le patient aurait besoin d'une aide accrue de son entourage dans ces moments là. De plus, il existe le risque que des sujets ayant une consommation excessive d'alcool, montent une marche de plus vers l'alcoolisme lors d'un sevrage nicotinique, en compensant la diminution de leur consommation de cigarettes par une augmentation de la consommation d'alcool.

#### **2.2.1.3.2. Cannabis**

La co-consommation de tabac et de cannabis est réellement problématique pour plusieurs raisons. Les fumeurs ont souvent tendance à vouloir arrêter leur consommation de cigarettes mais pas celle de cannabis, ce dernier étant vu comme plus naturel, moins nocif et moins addictif. Il y a un phénomène de compensation entre les deux, et la présence de tabac dans les « joints » entretient l'apport de nicotine et donc l'addiction au tabac.<sup>[64]</sup> Une étude qui a suivi pendant 13 ans 431 adultes fumeurs de tabac et pour certains de cannabis a

montré que les fumeurs réguliers de cannabis étaient trois fois plus nombreux à continuer de fumer du tabac après les 13 ans de l'étude.<sup>[65] [66]</sup>

### 2.2.1.3.3. Autres addictions

Actuellement, la consommation de plusieurs produits addictogènes est fréquente. Dans le cadre d'une personne addictive, le *switch* d'addiction est un comportement à prendre en compte, par exemple : couple tabac/alcool, tabac/médicaments anxiolytique,... Il est important de pouvoir avoir une vision d'ensemble de la consommation des produits et des conduites addictives pour anticiper le mésusage d'autres substances. Le pharmacien a un rôle de conseil et d'orientation.

### 2.2.1.4. Motivation

La motivation est définie par le dictionnaire Larousse comme « les raisons, intérêts, éléments qui poussent quelqu'un dans son action »<sup>[67]</sup>. On peut aussi parler de changement de motivation étant donné que pour la personne dépendante, la motivation à changer de comportement va prendre le dessus sur la motivation à reproduire le comportement dont elle est dépendante. Les deux facteurs importants sont donc l'importance que revêt pour soit le changement et la confiance du fumeur en lui-même pour accomplir le changement. Le degré de motivation de la personne est primordial à mesurer car le succès de la tentative de sevrage en dépend. Le test de référence est le Q-MAT, qui permet d'évaluer la motivation du patient en 4 questions.

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. Vous aurez arrêté de fumer ? 8
  
2. Avez-vous, actuellement, envie d'arrêter de fumer ?
  - a. Pas du tout 0
  - b. Un peu 1
  - c. Beaucoup 2
  - d. Enormément 3
  
3. Pensez-vous que, dans 4 semaines :
  - a. Vous fumerez toujours autant ? 0
  - b. Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarette ? 2
  - c. Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarette ? 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

Total : /20

Si le score de cette échelle est inférieur à 6, le patient n'est pas motivé à l'arrêt, entre 7 et 12 la motivation est moyenne, supérieure à 12 la motivation est considérée comme bonne. L'expérience montre que seuls les résultats supérieurs à 16 sont synonymes d'une bonne motivation.

Les motivations à arrêter de fumer sont diverses, mais les plus fréquemment citées sont :

- la santé, avec les risques de maladies graves, de rechutes, la fertilité ;

- l'intoxication de l'entourage, notamment des nouveau-nés ;
- l'aspect physique, comme nous l'avons vu le tabac jaunit les doigts, les dents, donne des rides, déforme la voix ;
- la liberté retrouvée, l'addiction « enchaînant » la personne au tabac ;
- les finances, notamment avec les augmentations successives du prix moyen du paquet de cigarettes ;
- l'estime de soi, arrêter de fumer étant difficile, c'est un acte socialement valorisant, contrairement à d'autres addictions, comme l'alcool, où quel que soit le stade de l'addiction et du sevrage, les alcooliques chroniques sont mal perçus ;
- l'image sociale, surtout depuis la politique de dénormalisation du tabac, le fumeur est mal vu en société, même dans les lieux de convivialité où une place lui était précédemment réservée.<sup>[4]</sup>

Leurs valeurs ne sont pas forcément égales, certaines motivations étant temporaires. A titre d'exemple, le fumeur qui veut arrêter de fumer pour préparer une compétition sportive, avec le risque qu'une fois l'épreuve accomplie et malgré un sevrage réussi, la baisse de motivation, l'ennui provoqué par la diminution de la fréquence des entraînements, la perte du but, peuvent amener la personne à penser qu'elle contrôle dorénavant sa consommation, et qu'elle a bien mérité une cigarette « récompense », provoquant la rechute. Souvent, à la moindre rechute, les fumeurs culpabilisants se disent que tous les efforts ont été réduits à néant, et recommencent à fumer au moins autant qu'avant et cela très rapidement. Au contraire, arrêter de fumer pour accueillir un nouveau né, ou avant une gestation semble être une motivation plus durable et peut-être moins abstraite que d'arrêter pour diminuer ses risques pour la santé à long terme. Il y a malgré tout des risques de rechutes tardives, par exemple quand l'enfant quitte la maison, le vide provoqué par ce départ peut amener l'ancien tabagique à recommencer sa consommation.

### Les facteurs prédictifs à l'arrêt du tabac

Des études ont essayé de trouver des liens entre certains paramètres et l'arrêt du tabac. Les facteurs les plus prédictifs d'arrêt du tabac sont :

- un haut niveau d'éducation ou socio-économique,

- une faible consommation de cigarette,
- l'absence d'entourage fumeur,
- une faible consommation d'alcool,
- un âge de début de tabagisme tardif,
- une durée de tabagisme brève,
- un long délai entre l'éveil et la première cigarette,
- une forte motivation à l'arrêt.

D'autres facteurs ont été étudiés tel que le sexe, l'âge, la vie en couple, un indice de masse corporelle élevé, l'existence d'une maladie liée au tabac mais la relation est moins claire que pour les facteurs listés ci-dessus. Il semblerait que la connaissance des effets du tabagisme sur la santé n'ait pas de lien avec l'arrêt du tabac.<sup>[27]</sup>

## **2.2.2. Les traitements médicamenteux et non médicamenteux**

### **2.2.2.1. Les traitements médicamenteux**

S'il existe une dépendance physique, un traitement médicamenteux peut être nécessaire. Le pharmacien ainsi que le médecin peuvent conseiller l'utilisation de substituts nicotiques, patchs, gommes, pastilles, inhalateurs, pulvérisateurs buccaux. Le médecin peut prescrire ZYBAN® bupropion et CHAMPIX® varénicline.

#### **2.2.2.1.1. Les substituts nicotiques**

Les substituts nicotiques, ou traitements nicotiques de substitution (TNS), présentent l'avantage de donner une substance déjà absorbée par le fumeur, mais débarrassée des autres molécules toxiques. Les substituts n'ont pas de contre-indications, ils laissent une souplesse de traitement qui permet d'adapter la posologie facilement, et une variété de formes galéniques qui donne au patient une latitude suffisante pour trouver la forme qui lui convient. Il faut garder en tête que les timbres peuvent provoquer des allergies cutanées, que les formes orales sont parfois peu appréciées, à cause de leur goût, ou

encore des irritations de la bouche et de la gorge qu'elles peuvent provoquer, et qu'un avis médical est recommandé si on dépasse la posologie d'un timbre par jour, ainsi que chez la femme enceinte ou allaitante.

Il existe différentes formes de substituts nicotiques :

### **Le système transdermique**

Appelé aussi patch ou timbre, il permet une administration automatique et passive de nicotine qui n'est pas contrôlée par le fumeur. Sa facilité d'administration permettrait une meilleure observance par le fumeur. Il existe des timbres de 16 h ou 24 h délivrant respectivement 25, 15, 10, 5 mg et 21, 14, 7 mg de nicotine. La nicotémie atteint un taux stable en 4 à 11 heures après la pose du timbre. Les patchs de 24 h permettent d'atténuer le phénomène de manque matinal, en contrepartie ils peuvent provoquer des troubles du sommeil, tel que des insomnies, des réveils nocturnes, ou un hyperonirisme. Dans ces cas, il peut s'avérer nécessaire de rediriger le patient vers des timbres de 16 h. Les effets secondaires les plus fréquents sont des manifestations cutanées : érythèmes, prurits... qui peuvent être prévenues par un changement quotidien du site d'application.

Il faut expliquer que les systèmes transdermiques doivent être appliqués sur une peau glabre et propre, le matin, en remplacement de celui enlevé la veille, pour un timbre de 16 h, ou le matin, pour un timbre de 24 h, et sur une partie du corps différente. La taille du timbre, 30 cm<sup>2</sup>, 20 cm<sup>2</sup> et 10 cm<sup>2</sup>, détermine la posologie en nicotine. Il faut utiliser des ciseaux pour les sortir de l'emballage et faire attention à ne pas toucher la partie adhésive du timbre. Prévenir le patient que même si les systèmes transdermiques supportent le ruissellement, il faut éviter l'humidité et que si le timbre se décolle, on peut le recoller. Après utilisation, le timbre devra être replié et mis dans un endroit sûr pour éviter qu'un enfant joue avec car il y a un taux de nicotine résiduel, en attendant d'être ramené à l'officine pour y être détruit *via* CYCLAMED®.<sup>[68]</sup>

### **Les substituts oraux**

Ils permettent aux fumeurs d'adapter la dose selon leurs besoins. Ils les aident aussi à répondre, mieux que le timbre, aux envies, notamment celles provoquées par des stimuli situationnels et permettent aussi au fumeur d'avoir une sensation de contrôle durant ces moments. Il faudra éviter l'erreur de restreindre l'usage de ces formes à ces seules situations, d'autant que leur action est plus ou moins rapide selon la galénique, alors que la

prise régulière durant la journée limite la survenue de *craving* et de symptômes de manque. Il faut donc apprendre au fumeur à repérer la survenue de sous-dosage à la nicotine, pour en adapter la posologie.

Ne pas hésiter à prendre la dose nécessaire ! Si le fumeur ne doit pas trop consommer de substitut nicotinique, il ne faut pas qu'il tombe dans l'excès inverse et ne prenne pas assez de substituts oraux.

- Gommages à mâcher :

C'est le premier substitut nicotinique commercialisé en France. Il existe deux dosages : 2 mg et 4 mg, ce dernier dosage étant recommandé pour les fumeurs fortement dépendants. Différentes saveurs sont proposées pour améliorer l'acceptation du traitement : nature, menthe, menthe réglisse ... l'absorption se fait au niveau de la muqueuse buccale et dépend du respect des règles de mastication : mâcher très lentement, une fois de temps en temps, à la fréquence à laquelle la personne aurait tiré une bouffée de cigarette, pas comme un chewing-gum, et la salive ne doit pas être déglutie rapidement. Le non respect de ces règles est souvent la cause de la survenue des effets indésirables buccaux ou gastriques. Une pause de 30 min est à respecter entre deux gommages, et la prise de soda, café, thé pendant 15 min avant ou après l'utilisation de gomme est à éviter, car elle risquerait de modifier le pH buccal et donc l'absorption de nicotine. Le pic de nicotémie est observé 30 à 45 minutes après le début de la mastication. Le risque de dépendance est faible mais pas inexistant. <sup>[68]</sup>

- Comprimés sublinguaux et pastilles à sucer :

La pharmacologie est proche de celle des gommages, mais bien que les dosages soient proches, 1.5, 2 et 4 mg, la quantité de nicotine libérée est supérieure. Les pastilles existent aussi sous différents arômes et semblent moins irritantes au niveau buccal. Leur dissolution est totale en 30min et le pic plasmatique est obtenu en 45 min. Cette forme est intéressante car il n'y a pas de confusion vis-à-vis du mode d'utilisation. Les comprimés peuvent être utiles dans certains cas d'intolérance aux gommages, par exemple si la personne développe des irritations, ou en cas de port de prothèses dentaires. Il faut apprendre au fumeur à anticiper les situations à risques, pour débiter la prise de substituts oraux en amont de la situation problématique, en raison de leur délai d'action.

Un point positif à relever avec l'usage de ces substituts oraux, est l'intérêt qu'il constitue dans la prévention de la compensation alimentaire du fumeur lors de l'arrêt du tabac. Durant des moments d'envie, le fumeur utilise une gomme pour diminuer le *craving*,

au lieu de porter de la nourriture à sa bouche, pour combler l'absence de la gestuelle associée au tabac, il mâche la gomme ou suce la pastille.

- **Inhaleur :**

Il est constitué d'un embout buccal dans lequel le fumeur insère une cartouche de 10mg de nicotine. Une bouffée du système libère environ un dixième de la nicotine libérée par une bouffée de cigarette. Il faut prévenir le patient que la quantité délivrée est température dépendante, elle est plus faible lorsque la température ambiante est basse, et que l'absorption a lieu au niveau buccal et non pulmonaire, il n'est donc pas recommandé d'inspirer fort. La posologie quotidienne est de 6 à 12 cartouches. La durée d'utilisation d'une cartouche varie de 20 à 80 min selon l'utilisation plus ou moins intensive. En plus des effets indésirables habituels dus à la nicotine, les effets secondaires sont essentiellement irritatifs au niveau ORL et pulmonaire.

Ce produit ne doit pas être confondu avec la cigarette électronique. Ici, l'inhalateur est un médicament reconnu par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM), ce qui n'est pas le cas de la cigarette électronique. En revanche, le geste est également conservé. Ce système peut être utilisé par les fumeurs de cigares, la gestuelle étant relativement semblable de même que l'aspect visuel.

- **Pulvérisateur buccal :**

Cette catégorie n'est représentée pour l'instant que par le produit NICORETTESPRAY®. C'est un spray buccal qui délivre une dose de 1 mg de nicotine par pulvérisation. Il faut d'abord amorcer la pompe, ensuite viser la cavité buccale, car le système ne présente pas de canule, puis délivrer une dose et cela sans inspirer, l'absorption étant elle aussi buccale. Il faut donc éviter d'avaler sa salive dans les secondes suivant une utilisation et ne pas manger ni boire pendant l'administration. La concentration maximale est obtenue après 13 min<sup>[69]</sup>, ce qui est sensiblement plus rapide que les autres formes orales. Les posologies recommandées pour le sevrage se découpent en trois étapes :

1. Etape I : semaine 1 à 6

Utiliser 1 ou 2 pulvérisation(s) pour remplacer la consommation habituelle de tabac, ou en cas de *craving*. Si 2 pulvérisations sont nécessaires pour diminuer une envie, le patient peut à la prochaine prise en prendre 2 d'emblée. Habituellement, 1 à 2 pulvérisation(s) toutes les 30 min à 1 h sont nécessaires. Par exemple, pour une consommation quotidienne de 15 cigarettes, le patient utilisera 1 à 2 pulvérisation(s) environ 15 fois par jour.

## 2. Etape II : semaine 7 à 9

L'utilisateur diminue son nombre d'utilisation quotidienne. En règle générale, à la fin de la 9<sup>e</sup> semaine, il faudrait que le patient ait diminué par 2 sa consommation initiale du pulvérisateur.

## 3. Etape III : semaine 10 à 12

Le but est de diminuer la fréquence d'usage quotidien pour passer sous la barre des 4 pulvérisations par jour à la fin de cette étape. Ensuite la personne peut arrêter d'utiliser le produit, sauf en cas de *craving*.

Il faut noter qu'un traitement ne doit pas excéder 6 mois, qu'il ne faut pas dépasser 2 pulvérisations par prise, et 64 pulvérisations par jour, ce qui représente 4 pulvérisations par heure pendant 16 h, pour chaque jour.

Les effets indésirables les plus fréquents sont des céphalées, des troubles digestifs à type de dysgueusies, hoquets, nausées, dyspepsies, vomissements, flatulences... et des troubles locaux tels que des paresthésies des muqueuses buccales, des hypersialies, des sécheresses buccales et des brûlures labiales.<sup>[69]</sup> Pendant un traitement par spray buccal, il faut impérativement s'abstenir de fumer.<sup>[70]</sup>

### Exemple de dose initiale à proposer :

Fume	10-19 cigarettes/jour	20-30 cigarettes/jour	>30 cigarettes/jours
Pas tous les jours	Pas de timbre	Pas de timbre	Pas de timbre
Pas le matin	Pas de timbre	Forme orale	Grand timbre
<60' après le matin	Forme orale	Grand timbre	Grand timbre +/- forme orale
<30' après le lever	Grand timbre	Grand timbre +/- forme orale	Grand timbre +/- forme orale
<5' après le lever	Grand timbre +/- forme orale	Grand timbre +/- forme orale	Grand timbre +/- forme orale

[71]

Un autre moyen d'évaluation rapide :

- 1 cigarette = 1 mg de nicotine,
- 1 paquet/jour, soit 20 cigarettes = 1 paquet de tabac de 50 g à rouler tous les 3 jours = 1 timbre à 21 mg,
- 1 cigarillo = 2 cigarettes.<sup>[72]</sup>

Ces doses ne sont que des guides qu'il faudra adapter à court terme en fonction des sensations du patient, que ce soit dans le sens d'un sous-dosage ou d'un surdosage, qui ont chacun leurs manifestations spécifiques :

- sous-dosage : fortes pulsions à fumer, irritabilité, colère, anxiété, agitation, nervosité, difficulté de concentration, augmentation de l'appétit...
- surdosage : impression d'avoir trop fumé, douleurs musculaires, maux de tête, bouche pâteuse, frissons, accès de fièvre, ces symptômes disparaissant, par exemple, quelques heures après que la personne ait enlevé son timbre, dans le cas de l'utilisation d'un système transdermique. <sup>[68, 72]</sup>

Dans le cadre d'un sevrage tabagique, la durée d'un traitement de substitution nicotinique varie en fonction du vécu du patient : en général trois mois avec dose régressive à chaque mois de sevrage passé. Le traitement peut être de 4 à 5 mois chez les patients très dépendants. Il faut rappeler à la personne qui a effectué un sevrage qu'il existe un risque de rechute toute sa vie. Il ne faudra pas hésiter à prendre des nouvelles de son sevrage au cours d'une visite ultérieure et de l'encourager à nouveau.

Le taux de réussite à long terme semble assez restreint, qu'il y ait usage de TNS ou pas. Des études comparant les gommes à la nicotine *versus* gommes placebo montrent une réussite de 27 % vs 18 % à 6 mois et 23 % vs 13 % à 12 mois.<sup>[73]</sup> Pour le timbre, des études montrent un résultat plus favorable : 27 % avec nicotine vs 13 % placebo en fin de traitement et 22 % vs 9 % à 6 mois.<sup>[74]</sup>

En ce qui concerne le prix du traitement, il faut compter environ 2 à 3 € par jour. La sécurité sociale prend en charge les substituts nicotiniques inscrits sur la liste des TNS remboursables, sur prescription d'un médecin ou d'une sage-femme, à hauteur d'un forfait de 50 € par année civile. Ce montant est porté à 150 € pour les femmes enceintes et pour les jeunes de 20 à 25 ans. Certaines mutuelles peuvent prendre en charge des frais, en fonction du contrat.<sup>[75]</sup>

#### **2.2.2.1.2. Le bupropion : ZYBAN LP®**

Cet antidépresseur atypique, inscrit sur la liste I, indiqué dans le sevrage tabagique, est un inhibiteur sélectif de la recapture neuronale de la noradrénaline et de la dopamine, mais son mécanisme d'action dans l'aide à l'arrêt du tabac est imparfaitement connu. Bien qu'étant indiqué dans d'autres pays pour le traitement de la dépression, il ne doit pas être utilisé préférentiellement chez les fumeurs dépressifs. Son action sur l'humeur est variable

aux doses utilisées dans le sevrage tabagique. Il agit en provoquant un dégoût du tabac, en diminuant la perception de ses effets positifs et en diminuant des signes liés au sevrage : difficultés de concentration, irritabilité, *craving*. Cependant, il n'atténue pas les manifestations anxieuses et la sensation de faim. La prise de poids sur le court terme serait cependant moindre en utilisant ce traitement. Il n'a pas été clairement prouvé qu'associer ZYBAN LP® aux TNS améliorerait les résultats du sevrage tabagique, cette association n'est donc pas recommandée, elle augmente de plus le risque tensionnel, qu'il faudra surveiller hebdomadairement le cas échéant. La prescription se fait sur 7 à 9 semaines et contrairement aux TSN, il n'est pas recommandé d'arrêter le tabac au début du traitement mais au cours de la deuxième semaine. La posologie initiale est de 150 mg par jour pendant les six premiers jours, puis de 300 mg par jour en 2 prises quotidiennes séparées d'au moins 8 heures à partir du septième jour. Les contre-indications sont nombreuses :

- hypersensibilité aux constituants,
- patient présentant un trouble convulsif évolutif ou des antécédents de troubles convulsifs,
- tumeurs du système nerveux central,
- début de sevrage risquant de provoquer des troubles convulsifs durant le traitement, benzodiazépines par exemple,
- troubles du comportement alimentaire présents ou passés, boulimie, anorexie ...,
- insuffisance hépatique sévère,
- association aux IMAO,
- antécédents de troubles bipolaires.

Le traitement chez la femme enceinte ou allaitante est déconseillé.

Les effets indésirables sont nombreux. Parmi les plus fréquents on note des troubles digestifs (une sécheresse buccale, des nausées, des vomissements, des douleurs abdominales, de la constipation...), des troubles cutanés (éruptions, prurit...), des troubles nerveux, et notamment des insomnies. On peut limiter les troubles du sommeil en prenant la prise du soir avant 17 h. Dans ce cas, bien prendre les deux prises, le cas échéant, avec un intervalle de 8 heures, car il y a un risque de survenue de crise convulsive dose-dépendant. Il y a aussi risque de dépression et de troubles suicidaires.

La durée du traitement est de 2 mois, sauf en cas d'échec où il faudra arrêter le traitement rapidement.

Le prix est libre, environ 80 €/mois, soit environ 2,66 €/jour. Le traitement n'est pas remboursé. <sup>[76]</sup>

### **2.2.2.1.3. La varénicline : CHAMPIX®**

La varénicline est un agoniste partiel des récepteurs nicotiques neuronaux à l'acétylcholine : il a, à la fois une activité agoniste, avec une efficacité intrinsèque inférieure à la nicotine et une activité antagoniste en présence de nicotine. C'est un médicament disponible sur ordonnance, le résumé des caractéristiques du produit (RCP) mentionne une seule contre-indication : l'hypersensibilité au produit. Le patient doit fixer une date pour arrêter de fumer : le CHAMPIX® est habituellement administré 1 à 2 semaines avant cette date avec une posologie d'installation progressive : de 0.5 mg une fois par jour, les jours 1 à 3. On passe à 0.5 mg deux fois par jour de J4 à J7 inclus, puis de J8 jusqu'à la fin du traitement la posologie sera de 1 mg deux fois par jour. Si les effets secondaires sont trop importants pour le patient, la dose peut être diminuée à 0.5 mg deux fois par jour de façon temporaire ou permanente. La durée de traitement est de 12 semaines, mais pour les patients qui ne sont pas parvenus à arrêter de fumer durant ce laps de temps, une durée de 12 semaines supplémentaires peut être envisagée. Les effets indésirables les plus fréquents sont sans gravité : nausées, vomissements, douleurs abdominales, troubles du sommeil, cauchemars, troubles de l'humeur, anxiété, agressivité. Il faudra être vigilant vis-à-vis de l'apparition de troubles dépressifs, idées et comportements suicidaires qui apparaissent même chez les patients sans antécédents psychiatriques, ainsi que des risques de troubles cardiaques chez les patients ayant une maladie cardiaque stable.

Le traitement coûte environ 100 €/mois à la posologie de 1 mg deux fois par jour, soit 3,30 €/j environ. Ce médicament n'est pas remboursé et est placé sur la liste I. <sup>[76]</sup>

### **2.2.2.2. Les traitements non médicamenteux**

#### **2.2.2.2.1. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC)**

Recommandée parmi les stratégies thérapeutiques non médicamenteuse par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS), devenue l'ANSM, La TCC est une thérapie centrée au niveau du comportemental, du cognitif et de l'émotionnel. Il s'agit de favoriser le maintien de l'abstinence tabagique par un nouvel

apprentissage. L'utilisation de ces méthodes multiplie par deux le taux d'abstinence à 6 mois.<sup>[77]</sup> Cette méthode est complémentaire des traitements pharmacologiques et est différente selon le stade où se situe le fumeur car elle peut être d'abord utilisée durant la préparation, pour aider le fumeur à se décider, pour lui donner les armes nécessaires à son sevrage ; puis durant le sevrage, pour soutenir le patient dans sa démarche et entretenir sa motivation, enfin une fois l'arrêt consolidé, pour apprendre au patient à éviter l'écueil de la rechute. Le thérapeute devra manifester une attitude comprenant empathie, concertation et compréhension du fumeur, il s'agit d'une alliance thérapeutique qui placera le fumeur dans une spirale positive, méthode plus efficace que la culpabilisation. La thérapie sera adaptée au stade où se situe le fumeur selon la théorie de Prochaska et DiClemente.

### **Stade de Préparation**

Durant la phase de préparation, il s'agit de motiver le patient, en lui montrant que l'on comprend son ressenti, en évitant l'affrontement et en l'amenant à développer lui-même les arguments pour qu'il arrête son comportement. Pour cela, il faut utiliser des méthodes simples mais efficaces comme poser des questions ouvertes, ce qui amène la personne à développer sa propre pensée. Cela lui permet de mieux comprendre sa démarche et l'amène à le responsabiliser dans son sevrage et renforcerait le sentiment de contrôle. Il comprend alors qu'il peut exprimer son point de vue, ce qui l'aide chercher ses motivations.

Par exemple, il est préférable de demander « pourquoi venez-vous à cette consultation ? », qui est une question ouverte, plutôt que « vous êtes venu pour arrêter de fumer ? », question fermée, et « parlez-moi de votre consommation de tabac », question ouverte, à la place de « combien fumez-vous de cigarettes par jour ? », question fermée.

Utiliser la reformulation et l'écho permet d'explicitier les propos tenus par le patient en les reformulant, ce qui a l'avantage de les clarifier et de les lui refaire entendre en leur donnant du poids :

- Echo simple :
  - Fumeur « je n'arrive plus à monter deux étages sans être essoufflé »
  - Soignant « vous avez des problèmes respiratoires »

- Echo amplifié :
  - Fumeur « je ne suis pas dépendant au tabac »
  - Soignant « vous pouvez arrêter de fumer sans difficulté dès que vous le voulez »
- Double écho :
  - Fumeur « je n'ai pas envie d'arrêter de fumer », « je sais que j'ai les poumons du fumeur »
  - Soignant « votre consommation de tabac vous pose de gros problèmes, mais vous n'envisagez pas, pour l'instant, d'arrêter »

L'écho simple reformule de façon neutre une déclaration motivationnelle. L'écho amplifié est utilisé face à une déclaration traduisant une résistance. Il faut exagérer légèrement les propos du patient pour l'amener à réagir. Le double écho permet de mettre en exergue une contradiction en reformulant deux déclarations, faites à des moments différents de la discussion. En fin d'entretien, il est toujours utile de résumer les arguments motivationnels. <sup>[4]</sup>

### **Stade d'action**

Pour aider le patient à appréhender les moments de *craving* qui seront forcément là, et après avoir repéré les situations à risque, ainsi que les autres stimuli déclencheurs, en ayant fait un test de Horn, en discutant avec lui de ses habitudes de consommation, en amont et avec lui, le thérapeute peut l'aider en lui donnant différentes méthodes pour s'affranchir de la tentation que provoquent ces situations :

- l'évitement : éviter de voir des personnes fumer, éviter de faire des pauses au travail avec des fumeurs dans un premier temps par exemple,
- la substitution : lors des soirées festives remplacer les boissons alcoolisées par des non alcoolisées,
- le changement : modifier la situation déclenchante, comme prendre son café dans un autre endroit, ce dernier étant souvent associé à la cigarette.

Repérer ces situations permet aussi d'optimiser l'utilisation des TNS, en anticipant l'envie, comme en prenant une pastille juste avant le trajet en voiture, parfois synonyme de cigarette, ce qui permet d'éviter le moment où l'envie apparaît et diminue la frustration

ressentie avant que le TNS ne fasse effet, donnant, en plus, un sentiment de contrôle au patient.

Certaines pensées permettent en outre de réduire l'intensité et la durée des envies de fumer. La personne peut se rappeler que les envies sont de courte durée, dédramatiser, se répéter la liste des motivations, d'où l'intérêt de résumer les arguments en faveur de l'arrêt en fin d'entretien. Elle peut aussi penser à quelque chose de plaisant, faire une activité brève lors des envies comme effectuer des activités ménagères, se brosser les dents... Plus l'activité est agréable, plus la technique est efficace, d'autant plus qu'elle permet de diminuer l'anxiété qui accompagne le sevrage.

Le fumeur qui a conscience de ces stimuli peut aussi se préparer avant son sevrage, en déréglant au préalable les cigarettes « automatiques » : commencer une semaine avant la date prévue par décaler la cigarette de fin de repas et la fumer dans un autre contexte. Il faut aussi prévoir un emploi du temps chargé lors de l'arrêt, l'oisiveté favorisant les pensées liées au tabac, d'autant plus que les fumeurs consomment souvent des cigarettes lors des moments d'ennuis.

Prévenir son entourage est important pour encourager les proches à soutenir le patient et à éviter les tentations. Il est commun que le fumeur ne veuille pas prévenir les gens de sa tentative de sevrage par peur d'être ridiculisé en cas d'échec, ce qui le place déjà dans une situation où l'échec est envisagé, provoquant une baisse de motivation et pré-culpabilisant la rechute éventuelle. <sup>[4]</sup>

## Maintenance

Après l'arrêt de la consommation de tabac, il faudra encore aider le patient pour prévenir les rechutes, qui, sans aide, arrivent dans près de 90 % des cas dans l'année<sup>[4]</sup> et qui peuvent survenir longtemps après l'arrêt. De plus, très souvent lors des rechutes, la consommation reprend très vite, à des doses qui correspondent à la consommation à laquelle le fumeur était habitué avant le processus de désaccoutumance. On pourra donc sensibiliser le patient à ce risque en lui rappelant que la rechute est toujours possible et qu'il ne faut pas relâcher ses efforts, qu'il faut essayer d'éviter certains comportements, comme par exemple « je contrôle ma consommation, je peux bien en fumer une pour me récompenser ». Les causes peuvent être variées, les symptômes du sevrage peuvent réapparaître en cas d'arrêt trop prématuré du traitement, en cas de stress important, de situation de crise, la personne peut se réfugier dans la cigarette. La prise de poids peut être

aussi un facteur néfaste, surtout chez la femme où elle est plus mal acceptée, d'où l'intérêt d'accompagner les arrêts par des conseils hygiéno-diététiques.

S'il y a malgré tout rechute, dédramatiser la situation pour éviter que tous les bénéfices de cette expérience soient perdus, pour éviter l'installation des raisonnements tel que « je suis nul, j'ai échoué, ça ne sert à rien, je n'y arriverai jamais ». On pourra expliquer à la personne qu'il faut en tirer des enseignements ; notamment pourquoi et comment il a réussi à arrêter et qu'est-ce qui a déclenché la reprise, pour reprendre la lutte en gardant ce qui a marché et en évitant les écueils. <sup>[4]</sup>

### **2.2.2.3. Les traitements non recommandés**

Les recommandations de 2003 de l'AFSSAPS dressent une liste des thérapies qui ne peuvent être recommandées, car aucune étude ne prouverait une efficacité significative, il s'agit de :

1. la clonidine, les antidépresseurs tricycliques, la buspirone, les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO), les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (IRS) ;
2. les anorexigènes, les bêta-bloquants, le Nicoprive®, l'association caféine/éphédrine, la cimétidine, la lobeline, les médicaments homéopathiques, le méprobamate, les benzodiazépines, l'ondansétron, la vaccinothérapie, l'acétate d'argent ;
3. l'acupuncture, la mésothérapie, l'auriculothérapie, les cigarettes sans tabac, l'hypnose, le laser. <sup>[60]</sup>

## **2.3. Approches de groupes spécifiques**

### **2.3.1. La femme enceinte et allaitante**

#### **2.3.1.1. Les risques**

##### **2.3.1.1.1. Etat des lieux**

Comme nous l'avons déjà évoqué précédemment, fumer durant la grossesse expose l'enfant à naître, ainsi que la parturiente, à des complications aussi diverses que graves :

augmentation du risque d'enfant mort-né, de fausse-couche, diminution de la croissance fœtale, accouchements prématurés, grossesse extra-utérine dont 35 % seraient dues au tabac<sup>[78]</sup>, placenta *prævia*, mort subite du nourrisson. De même, durant la petite enfance et donc si la mère ou le père expose l'enfant au tabac, il y a une augmentation de l'incidence de la mort subite du nourrisson, de l'asthme, des otites et des infections respiratoires.<sup>[77]</sup>

Le taux de consommation de tabac chez la femme enceinte, ou en désir de grossesse est plus important qu'on pourrait le penser : une enquête de 2003 montre que, parmi les femmes interrogées :

- 37 % de ces femmes fument avant la grossesse,
- et durant la grossesse, 17 % de ces femmes fument le 1er trimestre, 15 % le 2e et 14 % le 3e,
- on peut aussi noter que 20.5 % de ces femmes étaient revenues au tabagisme à 2 ans de l'accouchement et que 29 % de ces femmes ont déclaré n'avoir reçu aucune information sur l'influence néfaste du tabac, mais depuis, l'affichage des mentions sanitaires sur les paquets de tabac notamment « fumer pendant la grossesse nuit à la santé de votre enfant » est devenu obligatoire.<sup>[78]</sup>

Il faut prendre en compte que ces résultats sont ceux d'une enquête et présentent des données qui peuvent sous refléter la réalité et que le tabagisme passif pourrait aussi être pris en compte, ce qui a été réalisé sur un groupe de 856 femmes en salle d'accouchement dans une même maternité, on a mesuré le taux de CO expiré :

- 60 % présentaient un taux inférieur à 5 ppm, pouvant être considéré comme non fumeuses,
- 13 % présentaient un taux compris entre 6 et 10 ppm, qui peut refléter un tabagisme passif,
- 27 % présentaient un taux supérieur à 11 ppm, dont 7 % de plus de 20 ppm, synonyme de tabagisme actif.<sup>[78]</sup>

Même si cette enquête présente de nombreux biais, comme le fait que l'échantillon ne soit pas représentatif, notamment parce que toutes les patientes proviennent de la même maternité, on peut être interpellé par l'ampleur du phénomène, même s'il serait à la baisse, comme semblerait l'indiquer des données rassemblées par AUDIPOG, registre des données recueillies par différentes maternités en France, au moment de l'accouchement :

	1994	1999	2002-2003
Nombre de femmes interrogées	7 770	14 671	7 218
Fumeuses (%)	23.70	21.75	19.5
Plus de 10 cigarettes/j (%)	8.25	7.23	6.3

Ces résultats ne sont pas très représentatifs, car il n'y a pas toutes les maternités de France et le système déclaratif sous-estime sans doute la réalité, mais permet encore une fois de se faire une idée des tendances. <sup>[78]</sup>

### 2.3.1.1.2. Diminution de la fertilité

Le but chez la femme enceinte est de parvenir le plus tôt possible à l'abstinence et si possible anticiper, en prévoyant un arrêt dès la volonté de conception.

En effet, la consommation de tabac s'associe avec un retard dans la conception, réversible en cas de sevrage. Selon la durée et l'intensité du tabagisme, l'âge de la ménopause est aussi plus prématuré. Les femmes qui ont été exposées au tabac *in utero* voient aussi leur fertilité amoindrie. Même en cas d'établissement d'une procréation médicalement assistée, il se trouve que le tabac a un impact en diminuant le nombre d'ovocytes recueillis et il semblerait que l'implantation s'en trouve aussi altérée. Ces phénomènes pourraient s'expliquer par une action antioestrogénique de la nicotine, une action directe des toxiques de la fumée sur les ovaires et des altérations des cils présents dans les trompes, ces dernières voyant leur potentiel d'adhésion de l'ovocyte réduit. La consommation de tabac féminine n'est pas la seule responsable car l'impact est plus fort quand le partenaire est lui aussi fumeur. La fumée de cigarette ayant un impact sur la fertilité, utiliser le désir de grossesse comme moteur peut être un avantage, ce qui permet d'éviter de devoir faire un sevrage en urgence et donc de pouvoir le prévoir de façon optimisée.

## **2.3.1.2. Stratégie thérapeutique et particularité**

### **2.3.1.2.1. Un arrêt simultané du couple**

Pour que la femme soit placée dans des conditions optimales pour effectuer son sevrage, il peut être utile de proposer un arrêt simultané de son conjoint, le cas échéant, car cela a aussi un impact comme nous venons de le voir. Le fait de se battre ensemble contre la cigarette est « un plus », les patients entretenant leur motivation et se soutenant mutuellement. La grossesse est un moment privilégié pour le sevrage, car comme nous l'avons vu, arrêter de fumer nécessite une modification profonde des habitudes quotidiennes et la grossesse provoque ces modifications.

### **2.3.1.2.2. Grossesse : traitements proposés**

Si un sevrage précoce n'a pas été possible, il faut rappeler qu'arrêter le plus rapidement possible semble le plus bénéfique pour la femme ainsi que pour le fœtus et qu'un sevrage à tout stade de la grossesse est positif. En première intention, il sera proposé la TCC et un soutien psychologique. En cas d'échec, ou sur demande de la patiente, un traitement par des TNS peut être envisagé, mais doit être évalué au cas par cas à partir du 6<sup>e</sup> mois de grossesse, car à partir de ce stade, les effets intrinsèques à la nicotine pourraient avoir des conséquences sur le fœtus d'autant plus que la gestation arrive à son terme. Bien que le TNS doit présenter une part de risque, ce risque est moins important que si la femme enceinte continue de fumer.

La nicotémie est aussi plus faible durant l'usage d'un TNS que si la personne consomme du tabac normalement. De plus, le patient évite tous les toxiques engendrés par la fumée, comme le CO ainsi que les composés issus de la combustion du tabac. Quelques recommandations spécifiques sont néanmoins importantes, comme éviter les timbres de 24h qui exposent plus longtemps le fœtus, ne pas conseiller les formes orales en cas de nausées et/ou vomissements importants. Le métabolisme étant modifié à la hausse chez la femme enceinte, il faut conseiller des doses plus fortes de TNS. Une forme orale et un timbre peuvent être associés, le cas échéant. <sup>[78] [79]</sup>

Le bupropion ZYBAN® est déconseillé pendant la grossesse, en l'absence de données suffisantes. Si une patiente sous ZYBAN® découvre qu'elle est enceinte, on peut cependant la rassurer, les effets du bupropion sur l'enfant à naître ne semblent pas être significatifs. Il

est préférable d'arrêter le traitement, à cause de la composante amphétaminique de la molécule.<sup>[80]</sup>

Les données concernant l'usage de la varénicline CHAMPIX® durant la gestation sont limitées à l'animal. Il n'est pas donc recommandé d'utiliser ce médicament durant la grossesse et il faut l'arrêter lors de la découverte d'une grossesse.<sup>[81]</sup>

### **2.3.1.2.3. Le facteur stress**

Le stress provoqué par l'arrêt du tabac est un facteur important à prendre en compte durant la grossesse. Des études montrent un lien entre le stress prénatal et le développement neurocomportemental du fœtus. Il semblerait aussi qu'il pourrait résulter de ce stress une incidence sur le développement de pathologie psychiatrique sur le long terme, tel qu'un déficit de l'attention, une hyperactivité, une anxiété...<sup>[82]</sup> Ce paramètre n'est donc pas à négliger dans le cadre d'une évaluation de la balance bénéfique/risque d'un sevrage.

### **2.3.1.3. Allaitement : traitements proposés**

En ce qui concerne l'allaitement, il faut encourager la femme qui se pose des questions sur le sujet et qui a du mal à se sevrer ou qui fume, car l'allaitement maternel est toujours bénéfique pour l'enfant.

Comme pour la femme enceinte, on proposera d'abord les TCC et un soutien psychologique.

Les TNS peuvent aussi être utilisés, notamment les timbres, car le taux de nicotine dans le lait maternel d'une femme sous TNS est inférieur à celui d'une femme fumeuse. Les formes orales peuvent aussi être conseillées, mais en raison du pic plasmatique de nicotine qu'elles provoquent, il est plus prudent de les prendre après la tétée, ou au moins 2 h avant. Il semble plus prudent d'utiliser les formes orales au regard des avantages de ces dernières, et parce que la patiente a la possibilité de calquer sa consommation sur la fin des tétées et donc d'exposer le moins possible le nourrisson à la nicotine. Concernant le bupropion, il semblerait que le passage mère-enfant via le lait soit négligeable et donc que cette molécule puisse être utilisable pendant l'allaitement.<sup>[80]</sup> Il n'y a aucune donnée sur la varénicline actuellement concernant l'allaitement.<sup>[76]</sup>

Si toutefois la mère ne peut pas complètement arrêter de consommer du tabac, il faudra qu'elle fume de préférence après les tétées.

## 2.3.2. L'adolescent

### 2.3.2.1. Très peu d'études scientifiques

Il n'existe actuellement que peu d'études sur la consommation chez les jeunes réalisées par la communauté scientifique. Ce problème peut s'expliquer de différentes manières, comme le fait que les jeunes semblent moins intéressés pour répondre à des études, biaiseraient leurs réponses par peur du jugement, leur consommation étant illégale. Il y a donc un certain manque de données sur le sujet, la première étude prouvant que de jeunes fumeurs éprouvent des symptômes de sevrage lors d'une tentative d'arrêt date de 1986<sup>[27]</sup> et il y a très peu de test réellement adaptés à la problématique de l'adolescent, la majorité de ces tests ayant été développés pour des adultes et se basent de par ce fait, sur une évaluation sur le long terme de leur consommation, ce qui n'est évidemment pas adapté au tabagisme récent des adolescents.

On se rend compte que les adolescents peuvent avoir des symptômes de sevrage qui se manifestent malgré une consommation de cigarettes et un taux salivaire de cotinine, qui est parfois utilisé comme marqueur de la consommation de tabac, relativement faible par rapport à un adulte.

L'évaluation d'une dépendance éventuelle pondérée par le nombre de cigarettes fumées quotidiennement est donc biaisée. Certains auteurs, comme DiFranza, proposent donc d'utiliser le moment où la personne perd le contrôle de sa consommation comme marqueur de la dépendance *via* le test de Honc, signifiant *Hooked on nicotine checklist*, qui date du début des années 2000 :

		Non	Oui
1.	Avez-vous déjà tenté d'arrêter de fumer mais vous ne pouviez pas ?		
2.	Fumez-vous actuellement parce que c'est vraiment difficile d'arrêter ?		
3.	Avez-vous déjà pensé que vous fumez parce que vous êtes dépendant(e) du tabac ?		
4.	Avez-vous déjà eu des envies impérieuses de fumer ?		
5.	Avez-vous déjà senti que vous aviez vraiment besoin d'une cigarette ?		
6.	Est-ce difficile de ne pas fumer dans les endroits où c'est interdit comme par exemple à l'école ?		
<b>Quand vous avez essayé d'arrêter de fumer ... ou quand vous n'avez pas fumé depuis un certains temps...</b>			
7.	Avez-vous trouvé difficile de vous concentrer sur votre travail parce que vous ne pouviez pas fumer ?		
8.	Avez-vous été plus irritable parce que vous ne pouviez pas fumer ?		
9.	Aviez-vous senti un besoin urgent, une envie impérieuse de fumer ?		
10.	Vous êtes vous senti(e) nerveux (se), incapable de rester tranquille, ou angoissé(e) parce que vous ne pouviez pas fumer ?		
11.	Vous-êtes vous senti(e) triste ou déprimé(e) parce que vous ne pouviez pas fumer ?		

## Résultats :

Si la personne interrogée répond « Non » à toutes les questions, il est considéré qu'elle contrôle entièrement sa consommation de tabac. En revanche, si elle répond « Oui » à au moins l'une des questions, on peut en conclure qu'elle a perdu une partie de son autonomie face au tabac, dont la part est d'autant plus grande qu'il y a de réponse positive à ce test. <sup>[27]</sup>

Ce test a été utilisé lors de l'étude *Dandy* qui a suivi 681 jeunes de 12 à 13 ans pendant 1 an. Sur cette population, 95 jeunes ont commencé à fumer occasionnellement et parmi ceux-ci, 63 % présentaient au moins un des symptômes de dépendance et 62 % de ces derniers les présentaient avant même de fumer quotidiennement. Ces résultats confirmant ce qui a été entrevu précédemment, c'est-à-dire que les jeunes n'ont pas les mêmes pré-requis à l'addiction.

Deux tiers des adolescents fumeurs regrettent avoir commencé à consommer du tabac, alors même qu'ils ne perçoivent encore que les effets positifs de la cigarette, malgré tout, les trois quarts de ceux qui ont tenté d'arrêter n'y sont pas parvenus. Avec un taux d'échec si élevé, on pourrait se dire que cette population devrait être une population particulièrement visée sur les stratégies d'aide au sevrage, notamment sur l'utilisation des TNS, malheureusement ce n'est une fois encore pas le cas, car pour plusieurs raisons, il y a très peu d'études sur le sujet. D'abord, il existe comme nous l'avons dit, une sous-évaluation de la dépendance chez les jeunes, du fait de l'inadaptation des tests diagnostiques de dépendance ; ensuite il est toujours très difficile d'inclure des jeunes dans une étude du fait de leur statut de mineur et de la difficulté de les garder durant la durée de l'étude ; l'absence de mesure biologique d'abstinence adaptée à cette population et un côté éthique qui n'est pas évident pour les commanditaires de l'étude qui peuvent être réticents à l'idée d'inclure des mineurs dans des essais thérapeutiques, qui plus est pour une étude sur le tabac.

### **2.3.2.2. Stratégie thérapeutique : des voies à explorer**

Une étude a tenté d'évaluer l'efficacité et la survenue d'éventuels effets indésirables des TNS chez l'adolescent *versus* placebo, en associant le traitement pharmacologique à des rendez-vous individuel, 10 en 13 semaines, comprenant un TCC. Si au final l'étude n'a pu prouver la supériorité du groupe traité avec de la nicotine, par rapport au groupe traité par placebo, malgré le fait qu'il y aurait une diminution plus forte du *craving* chez les premiers, il a montré une bonne tolérance des TNS, le groupe placebo montrant des céphalées plus fréquentes.<sup>[83]</sup> D'autres études plus récentes avec un programme similaire, comprenant utilisation de TNS et TCC, semblent montrer qu'il y a aussi une certaine utilité pour ces

méthodes chez les jeunes, sans toutefois pouvoir affirmer de façon significative son efficacité<sup>[84]</sup>. Concernant le bupropion, il a été utilisé chez des mineurs atteints de comorbidité psychiatrique, déficit de l'attention et/ou hyperactivité. Même si l'échantillon est relativement petit, 16 enfants, une certaine efficacité a pu être dégagée et surtout une bonne tolérance, ouvrant la voie à des recherches plus approfondies.<sup>[85]</sup>

En conclusion, le tabagisme des adolescents peut être considéré un problème de santé public majeur et que de grandes améliorations peuvent y être appliquées. La dépendance des adolescents n'est pas à prendre à la légère, ni à sous-estimer. Les traitements qui peuvent être proposés sont en premier lieu les TCC et les TNS, en respectant les contre-indications, notamment à partir de 15 ans et en prenant garde au surdosage à la nicotine<sup>[77]</sup>. Le bupropion semblerait utilisable mais il n'y a pas de recommandation dans ce sens pour l'instant. Il n'existe pour l'instant pas de résultat sur la varénicline. Le point noir du tabagisme des mineurs est le manque d'études, de recommandations, ainsi que de motivation, les jeunes voyant moins sur le long terme et sous estimant leur consommation, tout comme les études scientifiques d'ailleurs et ils ne sont pas motivés à l'arrêt malgré le fait qu'ils émettent le souhait d'en finir avec leur consommation.

### **2.3.3. Tabac péri-opératoire**

Chaque année en France sont opérés environ 2 millions de fumeurs.<sup>[86]</sup> Comme nous l'avons vu, la consommation de tabac impacte de nombreux organes tels que la peau, les vaisseaux sanguins, les os... et en 2005, une réunion d'experts, produite par l'Association Française de Chirurgie, AFC, la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, SFAR, l'Office Français de prévention du Tabagisme, OFT, s'est rassemblée dans le but de répondre à des interrogations concrètes.

#### **2.3.3.1. Les risques liés au tabac lors d'une intervention chirurgicale**

Lors d'une intervention chirurgicale, le patient encours de nombreux risques du fait de son tabagisme. Encore une fois, les points d'impacts sont variés : complications respiratoires, infectieuses, chirurgicales au niveau cicatriciel et pour différents tissus, augmentation de la morbidité cardiovasculaire...

Une étude prospective portant sur 2 989 patients admis pour une intervention chirurgicale générale, montre que le risque de mortalité ainsi que le risque d'admission aux

soins intensifs est multiplié par plus de 2 chez les fumeurs d'au moins 51 paquets-années.<sup>[87]</sup> Le risque d'être transféré en réanimation est multiplié par environ 2, les complications infectieuses sont multipliées par 2, voir 3,5 selon les études, les complications coronariennes par 3, et les complications respiratoires immédiates par 1,71.<sup>[86]</sup>

#### **2.3.3.1.1. Complication de la cicatrisation**

Une étude<sup>[88]</sup> a été réalisée pour évaluer la survenue des complications de cicatrisation lors d'une incision en regard du sacrum chez différents groupes, un groupe de non fumeurs, puis des groupes de fumeurs fumant 20 cigarettes/jour pendant une semaine.

Il en ressort qu'il n'y pas de différence entre les patchs placebos et les patchs actifs et par conséquent que la nicotine ne serait pas impliquée dans les complications, que les fumeurs présentent 12% de complications de cicatrisations alors que les non fumeurs seulement 2 %.<sup>[88]</sup>

Une autre étude a cherché à voir quels pourraient être les effets d'un sevrage de 6 à 8 semaines avant l'opération. Il en ressort donc qu'arrêter de fumer, voire diminuer sa consommation de tabac 8 semaines avant l'intervention, serait bénéfique pour diminuer les complications imputables au tabac, notamment au niveau de la cicatrisation.

#### **2.3.3.1.2. Complications pulmonaires**

Concernant les complications pulmonaires, une étude menée sur 410 patients ayant subi une chirurgie non cardiaque montre que les complications sont directement reliées à l'historique tabagique des patients. Des complications pulmonaires sont apparues chez 22 % des fumeurs, 13 % des anciens fumeurs et 5 % des non fumeurs. Les fumeurs ont environ 4 fois plus de risque d'avoir des complications pulmonaires.<sup>[89]</sup>

#### **2.3.3.1.3. Les effets de l'arrêt préopératoire du tabac**

##### **Au niveau respiratoire**

- Diminution de l'activité pro-inflammatoire : l'arrêt du tabac entraîne une rapide diminution de son activité pro-inflammatoire, qui augmente la réactivité bronchique et

des voies aériennes supérieures. Le bénéfice apparaît dès 48 h après le sevrage et il est total au bout de 10 à 14 jours. Ce bénéfice est aussi retrouvé chez les enfants exposés au tabagisme passif. Une surmorbidity respiratoire est décrite chez les enfants exposés à une anesthésie et qui sont exposés au tabagisme parental. <sup>[90]</sup>

- Diminution du taux de CO consécutive au sevrage est bénéfique pour de nombreux organes, notamment le myocarde et la cicatrice du site chirurgical.
- Restauration des défenses immunitaires tardives : au niveau pulmonaire, nécessite, par exemple, un arrêt de 2 à 6 mois pour les macrophages. L'arrêt de la cigarette peut aussi provoquer un effet délétère à court terme. La fumée de cigarette ayant un effet anesthésiant sur la muqueuse bronchique, elle permet à cette dernière de mieux tolérer une quantité importante de sécrétions bronchiques sans tousser. A l'arrêt et jusqu'à 2 mois après, il y a donc une augmentation de la toux réflexe et des sécrétions bronchiques. Il se trouve que la toux, l'hypersécrétion bronchique et l'encombrement des voies aériennes sont des facteurs de risques pour les complications postopératoires. Toutefois, dans la balance bénéfice-risque, il est considéré que les bénéfices attendus sont supérieurs aux risques et que le délai de 8 semaines de sevrage avant l'opération, minore suffisamment ces risques. <sup>[90]</sup>

### **Au niveau de la métabolisation hépatique**

On peut noter que le tabagisme améliore la métabolisation hépatique des agents anesthésiques, diminuant leur effet émétisant, mais aussi l'élimination des morphiniques, ce qui augmente le besoin chez les fumeurs en analgésique. Le stress provoqué par l'arrêt du tabac ne serait pas majoré par le stress préopératoire<sup>[90]</sup>.

### **2.3.3.2. La prise en charge préopératoire du sevrage**

#### **2.3.3.2.1. Repérage**

La première chose à faire est de repérer le patient tabagique lors de l'interrogatoire effectué par le médecin chirurgien ou anesthésiste réanimateur, lors de la consultation en amont de l'acte chirurgical. Ce repérage doit donc se faire au moins 8 semaines avant l'acte pour permettre au patient d'effectuer un sevrage suffisamment précoce pour en tirer tous les bénéfices escomptés. Le pharmacien peut bien sûr envisager la question avec un patient qui

a une opération prévue longtemps à l'avance, ou ré-insister sur le sujet avec un patient peu motivé par son sevrage et l'aider dans sa démarche.

### 2.3.3.2.2. Méthode

La Conférence d'actualisation du Congrès national d'anesthésie et de réanimation de 2007 propose d'utiliser des phrases telles que : « Fumez-vous actuellement, ne serait-ce qu'occasionnellement ? Je vous pose la question car fumer est associé à un triplement du risque de survenue de complications du site opératoire »<sup>[90]</sup>. Sous cette question anodine et l'air de rien, sans apporter de jugement de valeur, le soignant fait donc passer un message clair et simple, à savoir que la consommation de tabac préopératoire peut avoir des conséquences graves qu'il ignore probablement, ce qui peut inciter le fumeur à poser lui-même les questions et donc commencer dès le début à prendre en main son sevrage. Les experts estiment que 4 points fondamentaux doivent alors être évoqués :

- les fumeurs ont 3 fois plus de complications de cicatrices, restent en moyenne plus souvent hospitalisés, ont plus de risque de passer en réanimation que les non-fumeurs ;
- arrêter de fumer, 6 à 8 semaines avant l'intervention et durant la phase de cicatrisation, annule l'excès de risques dû au tabagisme ;
- se faire aider augmente les chances d'arrêts ;
- un arrêt plus tardif ou une simple réduction du tabagisme substitué réduit également le sur-risque, mais il ne l'annule pas.<sup>[90]</sup>

La remise d'une brochure sur le sujet peut également compléter la discussion, le patient aura alors loisir d'approfondir la question à tête reposée et une fois que l'idée aura fait son chemin.

Le but étant d'être efficace et rapide, il peut s'avérer nécessaire de diriger le patient vers un tabacologue, de le suivre régulièrement que ce soit à l'hôpital ou à la pharmacie, pour permettre une réactivité forte en cas de problèmes, d'hésitations, de questions. La prise en charge et l'évaluation de la consommation se font ensuite classiquement. Il peut être utile d'arrêter l'utilisation de substitut le jour de l'opération, la nicotine pouvant avoir un léger impact dans certains cas précis et particuliers. Après l'intervention, il faut rappeler que les efforts ne sont pas terminés, la phase de cicatrisation étant aussi importante que la phase préopératoire. Une séance motivationnelle peut être prévue pour aider le patient à garder

son envie intacte après l'acte chirurgical. Le but à long terme étant de profiter de cet arrêt pour le transformer en arrêt définitif.

### **2.3.4. Tabac et affections psychiatriques**

Le tabac est un problème récurrent et important chez le patient atteint d'affections psychiatriques : les maladies liées au tabac sont une cause majeure de décès chez les patients souffrants d'affections psychiatriques, ces derniers fumant plus que les fumeurs sains<sup>[91]</sup>. Les comorbidités psychiatriques associées au tabagisme sont particulières et il ne faut pas négliger l'impact de l'un sur l'autre. Le tabac est une addiction avec des effets sur le psychisme de l'individu, au niveau de sa concentration, de son anxiété. Si on déséquilibre le tabagisme, on déséquilibre les autres atteintes du patient, que ce soit une autre addiction qui pourrait s'en voir aggravée par effet de compensation, comme pour la dépendance à l'alcool, ou une maladie dont l'état pourrait être dégradé. Une dépression peut être facilement exacerbée par un sevrage tabagique en cas d'échec, par un sentiment de culpabilité ou de dénigrement personnel, voire simplement par l'anxiété causée par l'arrêt de l'apport en nicotine, se surajoutant à la maladie préexistante. C'est pour cela qu'il est important de ne pas traiter maladies et addictions séparément mais comme un ensemble étroitement imbriqué. Au niveau pharmacologique, le sevrage peut aussi avoir un impact, le tabac influençant le métabolisme de certains médicaments, son arrêt peut provoquer des modifications à surveiller ou anticiper si possible.

#### **2.3.4.1. Tabagisme et troubles anxieux**

Le trouble anxieux est étroitement lié au tabac et doit être pris en compte lors de l'arrêt de la cigarette. Le sevrage augmente l'anxiété durant les deux premières semaines, mais après un mois, son niveau se situe en dessous de l'anxiété que le sujet présentait durant son tabagisme.

Il faudra surveiller étroitement le patient lors de la consolidation du sevrage, une rechute tabagique augmentant l'anxiété. Même s'il semblerait que le tabac puisse interagir avec l'activité du cytochrome CYP450 1A2, les études sur le rapport entre métabolisme des médicaments anxiolytiques et tabagisme restent contradictoires, aucune modification de traitement ou de dosage n'est préconisée durant un sevrage.

Une tentative d'arrêt sera effectuée de préférence à distance d'un épisode aigu ou lors d'une hospitalisation. Tout comme dans la population générale, il est important de se

coordonner entre les différents professionnels de santé qui suivent le patient pour une meilleure efficacité.

En cas de co-addiction à l'alcool, il est préférable de d'abord traiter cette dernière substance, l'éthanol augmentant la fréquence et l'intensité du *craving* au tabac, il n'aide pas au sevrage de la cigarette, d'autant plus que le fumeur anxieux subit un syndrome de sevrage plus marqué que les autres fumeurs. Il peut être utile de noter que le bupropion est contre indiqué lors d'un sevrage à l'alcool ou aux benzodiazépines et qu'il doit être utilisé avec précaution chez les patients qui peuvent avoir une consommation excessive d'alcool.  
[92]

#### 2.3.4.2. Tabagisme et troubles de l'humeur

Les troubles de l'humeur, tels qu'états dépressifs, troubles unipolaires et troubles bipolaires, montrent une forte relation avec le tabagisme et influent son intensité en le majorant.

Les fumeurs ont plus de 2 fois plus de probabilité d'avoir un épisode dépressif que les non fumeurs<sup>[92]</sup>. Les personnes atteintes de troubles bipolaires ont 3 fois plus de chance d'être ou d'avoir été fumeuses<sup>[92]</sup>. Il semblerait que les personnes ayant des antécédents de trouble de l'humeur sont plus exposées à faire d'autres épisodes à l'arrêt du tabac.

Les traitements de ces troubles ne sont que peu influencés par le tabac :

- soit leur métabolisme est augmenté, ce qui est le cas pour l'amitriptyline, l'imipramine, mais leur marge thérapeutique étant suffisamment large, cette modification est négligeable ;
- soit il ne l'est pas du tout, comme pour le bupropion, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et/ou de la noradrénaline, les sels de lithium, l'acide valproïque... la seule molécule avec laquelle certains auteurs recommandent d'augmenter la posologie d'un facteur 1.5<sup>[92]</sup> chez les patients fumeurs par rapport à un non fumeur, est l'olanzapine, présente dans la spécialité ZYPREXA®.

L'arrêt peut être effectué à tout moment, mais il est plus souhaitable de le faire hors d'une phase aigue pour des raisons évidentes. Dans le cas contraire une réduction de la consommation par substitution nicotinique est toujours envisageable et bénéfique. Il est particulièrement recommandé de tenter le sevrage en relation avec le psychiatre, si ce n'est pas ce dernier qui traite les 2 problèmes. Il faudra se rappeler que le bupropion est contre-indiqué chez les patients souffrant de trouble bipolaire et ceux traités par des médicaments

épileptogènes. Comme pour les autres troubles psychiatriques, le traitement recommandé est en priorité la TCC et l'utilisation de TNS. <sup>[92]</sup>

### 2.3.4.3. Tabagisme et psychoses

La plus grande partie des schizophrènes sont fumeurs, avec la particularité qu'ils fument deux fois plus de cigarettes que la population générale et pendant une période plus longue de leur vie. Cela a pour conséquence que, par rapport à la population générale, leur mortalité cardiovasculaire est 6 fois plus élevée et la mortalité respiratoire l'est 5 fois plus.

A l'arrêt du tabac, les patients atteints de psychose ne verraient pas leur maladie s'aggraver, mais il semblerait qu'il apparaisse un trouble au niveau des fonctions cognitives, qui pourrait être réduit par l'utilisation de TNS. Au niveau des traitements, aucune interaction particulière nouvelle par rapport à ce qui a été énoncé, n'est à signaler, si ce n'est pour l'halopéridol, HALDOL® et la chlorpromazine, dans LARGACTIL®, dont les concentrations peuvent être diminuées par la consommation de tabac ; et la clozapine, LEPONEX® qui tout comme l'olanzapine, nécessite une surveillance appuyée lors d'un traitement et une diminution posologique de 1.5 en 2 à 4 semaines. De même que pour les patients atteints de troubles de l'humeur, toute fenêtre peut être utilisée, même s'il est plus facile d'effectuer un sevrage hors des épisodes aigus. Attention, l'administration de varénicline et de bupropion est possible, mais la majoration des risques suicidaires sera à surveiller de près. <sup>[92]</sup>

En conclusion, il faut faire preuve de prudence lors de sevrage chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques. D'abord parce qu'ils utilisent souvent les cigarettes comme un moyen de contrôler leurs émotions, leur humeur, ainsi que certains troubles cognitifs et cette perte de contrôle sur la maladie peut être délétère, de même que les symptômes du sevrage, d'où l'importance d'entreprendre toute démarche de préférence en dehors des épisodes aigus. Tous les traitements peuvent être utilisés, TNS, TCC, varénicline et bupropion, en étant particulièrement vigilant vis-à-vis des contre-indications relatives à ces deux derniers. Dans tous les cas, une action concertée des professionnels de santé est bénéfique pour le patient. <sup>[83]</sup>

# **PARTIE 3**

## **TABAC ET OFFICINE**

### 3. TABAC ET OFFICINE

Le pharmacien d'officine est un acteur important du parcours de soins. Sa proximité avec les patients et la large palette des connaissances qu'il possède lui permet de participer aux actions de santé publique par la prévention et l'éducation pour la santé des personnes.

Il est donc particulièrement bien placé pour contribuer à la désaccoutumance tabagique : d'abord par l'information, ensuite par le traitement et les conseils. Il peut aussi servir de relais entre les différents professionnels de santé dans cet objectif.

Selon l'article L. 5125-1-1 A du Code de la santé publique, le pharmacien d'officine :

- « contribue aux soins de premier recours », parmi lesquels l'éducation pour la santé, la prévention et le dépistage, il dispense aussi les médicaments et les produits et dispositifs médicaux. Le tabac est particulièrement concerné par cette mission, il s'agira pour le pharmacien de repérer les patients fumeurs, de les informer sur les risques qu'ils encourent et les aider à traiter cette addiction, notamment en délivrant des médicaments adaptés sur prescription médicale, ou non ;
- « participe à la coopération entre les professionnels de santé », le pharmacien est un acteur au sein d'une équipe de soins et peut participer à l'analyse des situations des patients ;
- « participe à la mission de service public de permanence des soins », une pharmacie est toujours ouverte dans une zone relativement restreinte grâce au maillage du territoire, 24 h/24 h et 7 j/7 j *via* les gardes, les pharmaciens sont donc facilement accessibles et disponibles sans rendez-vous, obtenir un conseil et donc relativement aisé, une personne cherchant de l'aide pour son tabagisme a juste à pousser la porte de la pharmacie la plus proche ;
- « concourt aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de soins », il participe à ces actions qui peuvent bien entendu porter sur le tabac, par exemple pour la journée mondiale sans tabac. Le pharmacien peut saisir l'occasion pour faire des questionnaires systématiques ou cibler les populations à risques.<sup>[41]</sup>

Donc, grâce à la loi, le pharmacien possède tous les atouts, ainsi que tous les devoirs, pour aider les fumeurs vis-à-vis du tabac.

Cependant le pharmacien peut rencontrer des difficultés dans le suivi à cause de l'irrégularité des achats des patients par exemple, ou par manque d'expérience dans le

domaine. Il va donc être présenté dans la présente partie, une proposition visant à guider le pharmacien comme le fumeur dans la réalisation d'un sevrage tabagique.

Cette partie propose une structuration du suivi officinal de la personne dépendante au tabac. Il existe un site officiel contenant toutes les informations nécessaires à la personne pour arrêter de fumer : tabac info service. Ce site regroupe entre autres les questions et les causes de rechutes les plus fréquentes. C'est un outil pertinent et pratique sur lequel le pharmacien pourra s'appuyer dans son conseil.

L'objectif de cette partie n'est pas de reprendre toutes les informations pratiques de ce site mais plutôt répondre aux questions :

- Comment le pharmacien peut optimiser le suivi de ces patients dépendant au tabac ?
- Quelle peut être la plus value du conseil officinal ?
- Comment le pharmacien s'articule avec les autres professionnels de santé ?

### **3.1. Aborder la consommation de tabac**

Lors du premier entretien, le but est d'obtenir le maximum d'informations, en un minimum de temps sur l'historique tabagique du sujet. On peut utiliser une méthodologie préétablie pour que l'entretien soit relativement rapide, ce qui permet de l'appliquer à la pratique officinale. La durée d'un tel entretien peut s'échelonner entre 5 et 20 min, selon le temps dont dispose(ent) le fumeur et/ou le pharmacien.

En officine, il existe différentes situations nécessitant d'aborder la consommation de tabac :

- la demande de substituts nicotiques,
- dans le cadre de conseils associés : pathologie ORL, cardiovasculaire, ...
- dans le cadre de situations particulières : désir d'enfant, sportif, ...
- une population particulière : enfant, hospitalisation, ...

Un échange court aura pour objectif de placer la personne sur le cercle de Prochaska et DiClemente.

Depuis quelques années, la modification de l'image du « fumeur » permet un dialogue plus simple avec le fumeur dépendant, contrairement à d'autres addictions comme l'éthanol,

où les représentations péjoratives du buveur dépendant sont nombreuses, ou le cannabis, l'héroïne et la cocaïne à cause de leurs statuts illicites qui peuvent freiner les échanges.

Pour échanger avec une personne qui n'a pas exprimé le souhait d'arrêter, le pharmacien peut ouvrir un dialogue :

- par une attitude ouverte, empathique et de non jugement ;
- par une question simple, par exemple dans le cadre d'un conseil pour une pathologie ORL : « Pendant le temps que va durer votre rhume, je vous conseille d'arrêter de fumer. Est-ce que vous pensez pouvoir vous passer de la cigarette ? » ;
- par des questions ouvertes évaluant les motivations à arrêter ou à continuer sa consommation de cigarettes. Par exemple : « Pourquoi arrêteriez-vous de fumer ? », « Dans quelles conditions aimez-vous fumer ? ». L'objectif est d'explorer l'ambivalence de la personne à modifier son comportement ou à rester dans sa situation actuelle. (Cf. tableau 4)

Tableau 4 : Motivation à changer ou à ne pas changer : avantages et inconvénients.

	Avantages	Inconvénients
Motivation à changer	<i>Arguments du patient</i>	<i>Arguments du patient</i>
Motivation à ne pas changer	<i>Arguments du patient</i>	<i>Arguments du patient</i>

A partir de ce petit entretien et du tableau n°4, la personne peut être située dans le modèle décrit par Prochaska et DiClemente, et permettra de mettre en place des objectifs pour le pharmacien :

- Stade de précontemplation ou de contemplation :  
« *Je suis bien avec la cigarette, je n'ai pas de problèmes* »

Tableau 5 : Motivation à changer ou à ne pas changer : avantages et inconvénients : stade la précontemplation ou de contemplation.

	Avantages	Inconvénients
Motivation à changer	<i>Peu</i>	<b>Beaucoup</b>
Motivation à ne pas changer	<b>Beaucoup</b>	<i>Peu</i>

Objectifs :

- faire comprendre les sources de plaisir liées à la cigarette,
- faire émerger les problématiques liées à sa consommation,
- être identifié comme un acteur de santé.

A ce stade, la personne n'a pas, voire, n'a aucune conscience des risques liés à la cigarette. Proposer une prise en charge à ce stade n'a que très peu d'intérêt car la personne n'est pas réceptive. Les seules choses à faire sont de donner de l'information sur les risques et donner à la personne une documentation adéquate.

Les messages répétés d'information et de prévention permettent à la personne de prendre conscience des effets négatifs du tabac, et au pharmacien d'être identifié comme un professionnel pouvant l'aider.

- Stade de contemplation ou de préparation :

« Je n'ai pas de problème même si des fois... »

Tableau 6 : Motivation à changer ou à ne pas changer : avantages et inconvénients : stade de contemplation ou de préparation.

	Avantages	Inconvénients
Motivation à changer	<i>Moyen</i>	<i>Moyen</i>
Motivation à ne pas changer	<i>Moyen</i>	<i>Moyen</i>

Objectifs :

- faire comprendre les sources de plaisir,
- faire émerger les problématiques liées à la consommation,
- être identifié comme un acteur de santé.

Les objectifs sont les mêmes que pour le stade précédent, en continuant de faire émerger les problématiques liées au tabac et en commençant à évoquer les bénéfices à l'arrêt. Le pharmacien rappellera qu'il est un interlocuteur pour l'aider à arrêter.

- Stade d'action :

« *Je souhaite arrêter/arrêter de nouveau* »

Tableau 7 : Motivation à changer ou à ne pas changer : avantages et inconvénients : stade d'action.

	Avantages	Inconvénients
Motivation à changer	<b><i>Beaucoup</i></b>	<i>peu</i>
Motivation à ne pas changer	<i>peu</i>	<b><i>Beaucoup</i></b>

Objectifs :

- proposer un suivi personnalisé,
- préparer une vie sans tabac.

Le but sera de proposer un entretien complet, que nous allons décrire.

## 3.2. Mise en place d'un suivi personnalisé

### 3.2.1. Evaluation de la demande

#### 3.2.1.1. Objectifs

La première question à poser est « qu'est ce vous souhaitez idéalement ? », deux objectifs sont possibles :

- arrêter de fumer,
- diminuer la consommation :
  - diminuer le nombre de cigarettes par jour,
  - ne pas fumer dans certains lieux.

Il est important que le pharmacien et le patient soient d'accord sur l'objectif. Ce dernier pourra changer avec les rendez-vous. La notion de date pour ces objectifs est importante, elle doit venir du patient et doit être réalisable pour celui-ci.

Longtemps la diminution de la consommation de tabac n'était pas citée dans les recommandations, car le principe était qu'il n'existe pas de petit tabagisme. Cependant, ce paradigme est en train de changer pour rejoindre la pratique.

Si une personne n'est pas prête à arrêter d'emblée, la diminution peut être une première étape vers un sevrage. Le fait de s'attarder sur la diminution progressive de la consommation de cigarettes permet de travailler, faire réfléchir le patient sur son comportement vis à vis de la cigarette et de fixer des objectifs réalisables et valorisables par le professionnel. Il peut s'agir, par exemple, d'associer des TNS à une diminution du nombre de cigarettes, ce qui permet un contrôle du comportement addictif et une réduction des risques. Les TNS sont utiles pour éviter que le fumeur n'inspire plus profondément la fumée, ou ne la contienne plus longtemps, par phénomène de compensation.<sup>[70]</sup>

#### 3.2.1.2. Motivation

Le degré de motivation du fumeur est une information importante à recueillir et la méthode la plus simple pour l'évaluer est de demander :

« Sur une échelle de 1 à 10, à combien estimeriez-vous votre motivation à arrêter ? »

Les recommandations actuelles sont de ne pas commencer avant une motivation supérieure à 7 ou 8. Si le score est inférieur, le pharmacien peut travailler sur le motivationnel en essayant de faire avancer le patient sur le cercle de Prochaska et DiClemente et en travaillant sur l'ambivalence. L'ambivalence peut être abordée par le biais du score. Par exemple, si une personne note un score de 7, vous pouvez poser 2 questions :

- « que vous manque-t-il actuellement pour avoir un score de 10 ? » la réponse permettra de travailler sur les freins actuels,

ou si vous avez un suivi régulier avec la personne et que vous évaluez régulièrement sa motivation :

- « qu'est ce qui vous a fait passer de 5 à 7 ? », ce qui peut permettre de travailler sur les facteurs qui ont favorisé sa motivation.

Il est toujours possible d'utiliser le questionnaire Q-MAT pour une analyse plus précise.

Le travail motivationnel sera d'autant plus efficace que plusieurs professionnels du patient travaillent ensemble et de manière coordonnée vers un même objectif. Cette coordination peut être envisagée dans le cadre d'un réseau.

### **3.2.2. Les situations nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire**

Certaines situations complexes nécessitent une prise en charge avec d'autres professionnels :

- des co-addictions non traités : proposer une prise en charge avec le médecin généraliste et/ou un addictologue et/ou un psychiatre,
- des comorbidités psychiatriques, telles que celles énoncées dans la partie 2.3.4. : proposer une prise en charge avec le médecin généraliste et/ou un psychiatre,
- des comorbidités somatiques, telles qu'une BPCO, un infarctus du myocarde... : proposer une prise en charge avec le médecin généraliste et/ou spécialiste adapté,
- de nombreux échecs de sevrage, surtout si les causes de rechutes sont toujours les mêmes : proposer une prise en charge avec le médecin généraliste et/ou un addictologue et/ou un psychiatre et/ou un psychologue,
- des problématiques sociales importantes : proposer une prise en charge avec le médecin généraliste et une assistante sociale,

- chez la femme enceinte : proposer une prise en charge avec le médecin généraliste, le gynécologue, la sage-femme, un addictologue,
- chez une personne avec une opération prévue : proposer une prise en charge avec le médecin généraliste et le chirurgien.

La prise en charge des addictions nécessite une prise en charge pluridisciplinaire. L'implication du médecin généraliste dans le suivi officinal est un facteur essentiel pour la prise en charge tabagique. Le bilan somatique, pulmonaire, cardiaque, ..., chez le fumeur chronique est une étape importante dans la prise en charge et permettra au médecin et/ou au pharmacien de sensibiliser, d'informer, de conseiller et d'éduquer le patient fumeur.

### **3.2.3. Le suivi officinal**

Le pharmacien proposera un suivi officinal personnalisé. Ces rendez-vous de suivi peuvent prendre la forme d'entretiens individuels d'une durée de 5 à 20 minutes en fonction du temps. Le mieux étant de fixer à l'avance ces rendez-vous et de recevoir le patient dans un lieu confidentiel.

#### **3.2.3.1. Les premiers entretiens**

Les objectifs de ces premiers entretiens porteront sur :

- l'adaptation posologique des traitements pharmacologiques,
- les conseils officinaux sur les problèmes liés à l'arrêt.

#### **Début du premier entretien**

Le pharmacien peut utiliser une fiche de premier entretien :

<b>Premier entretien</b>	
Date, nom, prénom, âge	
1. Date de la 1 <sup>ère</sup> cigarette	
2. Motif(s) du patient à l'arrêt ou à la diminution	
3. Fumeur chronique (au moins 1 cigarette par jour) depuis :	Moins d'un an 1 à 5 ans 5 à 10 ans 10 à 20 ans Plus de 20 ans
Nombre de cigarettes en usage chronique par jour :	Moins de 10 10 à 20 Plus de 20
4. Score test de Fagerström (sur 10) <i>Faire passer le test</i>	Score : 0-2 pas dépendant 3-4 faiblement 5-6 moyennement 7-10 fortement à très fortement dépendant
5. Problème(s) somatique(s) <i>maladie(s) chronique(s) ou hospitalisation(s)</i>	Cardiovasculaire Cholestérol Pulmonaire Autres :
6. Problème(s) psychiatriques(s)	Anxiété Dépression Autres (troubles de l'humeur, psychose,...) :
7. Consommation d'autres substances <i>Spécifier la fréquence et la quantité</i>	Alcool : Cannabis : Autres :
8. Nombre d'arrêt(s) précédent(s) et durée(s)	
9. Traitement(s) déjà utilisé(s)	TNS CHAMPIX® ZYBAN LP® Homéopathie Phytothérapie  Acupuncture Cigarette électronique Hypnose Autres :

10. Motivation (sur 10) <i>Entourer la réponse</i>	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
11. Quel est l'objectif actuel du patient ?	Arrêter de fumer, Diminuer la consommation, Diminuer le nombre de cigarettes par jour, Ne pas fumer dans certains lieux.
Remarques complémentaires :	

Quelques précisions pratiques pour l'utilisation de ce tableau :

1. Date de la 1 <sup>ère</sup> cigarette	Plus le patient a commencé tôt, plus il sera difficile d'arrêter.
2. Fumeur chronique	Pour les personnes fumant depuis longtemps, il peut sembler judicieux de leur proposer d'en parler à leur médecin pour un bilan pulmonaire.
3. Score test de Fagerström	Si le Fagerström est trop long, il existe un mini test de Fagerström. Ce test permet de pondérer la consommation de la personne en seulement deux questions, il peut donc être effectué facilement de tête et rapidement. Cela permettra, le cas échéant, d'adapter le dosage de TNS qui pourrait être proposé pour le sevrage.
4. Problème(s) somatique(s)	Exemples de questions : « au cours de votre vie, avez-vous ou avez-vous eu des problèmes de santé au niveau du cœur ou des poumons, par exemple, qui ont demandé une hospitalisation ? » « Avez-vous une maladie chronique ? »  Il s'agit de repérer d'éventuels antécédents ou maladies chroniques et leurs potentielles évolutions. Le malade est-il suivi ? Le malade est-t-il traité ? La pathologie est-elle stabilisée ? Si « non » peut être la réponse à l'une de ces dernières questions, il peut être utile de rediriger la personne vers son médecin traitant, ou le spécialiste concerné, le cas échéant.
5. Problème(s) psychiatriques(s)	Exemples de questions : « Etes-vous actuellement suivi par le médecin pour des problèmes liés à l'anxiété ou à la dépression ? » « Avez-vous eu dans votre vie un traitement « psy » de manière ponctuel ou chronique ? »  Même idée que ci-dessus, il ne s'agit pas de poser un diagnostic mais de savoir si la personne a, ou a eu, des problèmes psychiatriques. S'ils ne sont actuellement plus pris en charge, consulter un médecin serait bien, avant une prise en charge du tabagisme. Des tests, HAD..., peuvent être utilisés par le

	<p>pharmacien pour l'aider dans son repérage, mais surtout pas pour donner un diagnostic. Si le test est positif, il faut que le médecin consulte obligatoirement le patient pour poser un diagnostic.</p>
6. Consommation d'autres substances	<p>Exemple de question :</p> <p>« Si vous souhaitez arrêter ou diminuer votre consommation de tabac, il peut arriver que la consommation d'autres substances augmente. Pensez-vous que l'arrêt du tabac puisse influencer sur votre consommation d'alcool ? ou d'autres substances ? (cannabis, médicament psychotrope, ...) »</p> <p>Il est important d'aborder les substances actuelles ou passées et de ne pas oublier de parler des médicaments anxiolytiques ou hypnotiques. Le cas échéant, informer le spécialiste concerné.</p>
7. Nombre d'arrêt(s) précédent(s) et durée(s)	<p>Exemple de question :</p> <p>« Depuis que vous fumez, avez-vous essayé d'arrêter de fumer ? Combien de temps avez-vous réussi à tenir le plus longtemps ? »</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Penser à valoriser la personne même s'il s'agissait juste de quelques heures. Le patient a quand même mis en place des stratégies pour résister au <i>craving</i>. On pourra étudier avec lui pourquoi telle ou telle méthode a marché.</li> <li>- La tentative ayant échoué, il peut être utile de présenter ces échecs sous un jour nouveau au patient, en le félicitant d'avoir essayé et en l'incitant à retenter l'expérience. Les rechutes font partie du phénomène de l'addiction, il ne faut pas culpabiliser et en tirer des leçons pour être plus équipé à la tentative suivante.</li> <li>- Le test de Horn peut être utilisé pour mieux cibler le rapport avec la cigarette et donc les points à travailler.</li> </ul>
9. Traitement(s) déjà utilisé(s)	<p>Demander au patient son ressenti vis-à-vis de ces formes, sa compliance et si l'utilisation qu'il en avait fait avait été correcte.</p> <p>Discuter sur les points positifs et négatifs de chaque traitement. Il faut utiliser les acquis positifs de chaque expérience pour valoriser le patient et optimiser les chances de réussite.</p>
10. Motivation (sur 10)	<p>Si le score est &gt;7 : mise en place d'un suivi</p> <p>Si le score est &lt;7 : travailler sur la motivation</p>
11. Quel est votre objectif ?	<p>La question ouverte peut permettre au patient de s'exprimer librement.</p>

Ce tableau permettra d'avoir une première évaluation de la situation et de repérer les situations problématiques nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire.

Le temps peut varier de 5 min à 20 min en fonction du temps laissé au développement des réponses et des échanges. Il est possible d'étaler cet entretien sur plusieurs séances si

besoin, si par exemple, il semble nécessaire au pharmacien de préciser des points et d'utiliser d'autres tests :

- le test de Horn (cf. annexe 3) pour la façon de fumer, le professionnel peut poser des questions ciblées, comme par exemple les 5 premières questions du test de Horn, qui correspondent aux 5 items différents : stimulation, plaisir du geste, relaxation, anxiété / soutien, besoin absolu et habitude acquise ;
- le Q-MAT (cf. annexe 5) pour une évaluation plus précise de la motivation ;
- l'échelle HAD (cf. annexe 4) s'il semble que la personne présente une anxiété et/ou une dépression, dans ce cas là, une prise en charge pluridisciplinaire peut être nécessaire ;
- le test de Honc (cf. annexe 6) pour évaluer la dépendance chez l'adolescent de façon plus adaptée.

### **Fin du premier entretien : présentation du suivi**

A la fin de cet entretien, le pharmacien proposera à la personne une prise en charge personnalisée :

- soit dans le cadre d'un réseau, pour les personnes présentant une problématique particulière. Le pharmacien, en accord avec le patient et le médecin généraliste pourra proposer une prise en charge en réseau avec ce dernier, lui-même, et le spécialiste ;
- soit dans le cadre d'un suivi officinal. Le pharmacien tiendra informé le médecin généraliste du suivi fait à l'officine.

Après avoir évalué la situation et placé le patient dans le cercle de Prochaska et DiClemente, le pharmacien peut s'aider d'une feuille ci-dessous pour mettre en place des actions auprès du patient :

Situation dans le modèle de Prochaska et DiClemente	Actions effectuées	Commentaires
Précontemplation	<p>Faire émerger les aspects positifs et négatifs de la cigarette</p> <p>Remise de la documentation</p> <p>Proposer d'aborder ultérieurement sa consommation avec l'équipe officinale</p>	<p>- Soit la personne n'est pas intéressée par le discours tenu, il faut appliquer le conseil minimal, c'est-à-dire rappeler les informations de base et procurer à la personne une documentation adéquate. Les messages répétés d'information et de prévention permettent à la personne de prendre conscience des effets négatifs du tabac, et au pharmacien d'être identifié comme un professionnel pouvant l'aider ;</p> <p>- Soit la personne est intéressée mais n'est pas assez motivée, il faudra insister sur deux points, à savoir la réduction ou au moins la stabilisation de la consommation et le renforcement de la motivation. Le pharmacien pourra donner au fumeur qui est encore au stade de précontemplation une brochure sur le tabac, un rappel des bénéfices à l'arrêt et lui proposer de revenir le voir quand il sera prêt.</p>
Contemplation	<p>Faire émerger les aspects positifs et négatifs de la cigarette</p> <p>Remise de la documentation</p> <p>Proposition de réduction du nombre de cigarette</p> <p>Proposer d'aborder ultérieurement sa consommation avec l'équipe officinale</p>	<p>Si la personne est intéressée mais n'est pas actuellement prête pour arrêter, il faut lui donner les armes adéquates pour l'aider quand elle se décidera.</p> <p>Il peut être évoqué avec elle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les bénéfices à l'arrêt,</li> <li>- les méthodes pour l'aider à arrêter : TNS, TCC, les médicaments sur prescriptions...,</li> <li>- les tentatives de sevrage précédentes en insistant sur ce qui avait marché et ce qui n'avait pas marché, pour qu'elles n'aient pas été inutiles à la personne et bien sûr, lui dire que les professionnels de santé, tel que son médecin, son pharmacien... peuvent l'aider dans son sevrage.</li> </ul>
Préparation	<p>Faire émerger les aspects positifs et négatifs de la cigarette</p> <p>Présenter les différents traitements actuels</p> <p>Remise de la documentation</p> <p>Proposition de</p>	<p>Le discours tenu sera similaire à celui de la contemplation, avec une notion supplémentaire de projection dans l'action à court terme.</p>

	<p>réduction du nombre de cigarette</p> <p>Proposer d'aborder ultérieurement sa consommation avec l'équipe officinale</p> <p>Envisager une date d'action</p>	
Action	Mise en place d'un suivi	<p>Si les éléments sont réunis, le pharmacien pourra utiliser une fiche de suivi tel que nous le proposons ci-après avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Objectif,</li> <li>• Moyens utilisés,</li> <li>• Date de rendez-vous pour le suivi.</li> </ul>
Stabilisation	Prévention de la rechute	<p>Une fois que la personne a arrêté de fumer, le but est de la maintenir dans le sevrage, en parlant régulièrement avec elle des éventuelles situations à risques ou des difficultés qu'elle éprouve encore.</p>

Cette fiche pourra aider le pharmacien en tant que point d'ancrage pour voir les points à aborder avec le patient en fonction de sa situation. En fonction du plan d'action, il pourra donner au patient une fiche telle que nous allons en proposer :

## Fiche stade « Action »

<p>Objectif du patient et du pharmacien</p>	<p>Réduire sa consommation à x cigarettes par jour</p> <p>Ne pas fumer dans certaines situations : avion, voiture, travail, ...</p> <p>Arrêter sa consommation</p>	<p>Poser une date</p> <p>Il faut d'abord poser une date pour le jour d'arrêt ou de diminution qui sera émise par le fumeur.</p> <p>Jusqu'à l'échéance tout est bon pour renforcer l'armement qu'aura le fumeur pour son arrêt : il sera plus à même de repérer les situations à risques et autres pièges pour préparer une réponse efficace quand le moment de l'arrêt sera survenu.</p> <p>Durant cette période, il pourra aussi prévenir le maximum de proches qu'il va arrêter de fumer pour récolter leur soutien, leur demander de lui éviter les tentations et donc l'aider à arrêter. Cela peut aussi permettre à un fumeur en cours de sevrage de ne pas être mis à l'écart socialement s'il ne vient plus, dans un premier temps, à la pause cigarette avec ses collègues.</p>
<p>Moyens envisagés</p>	<p>TNS</p> <p>Homéopathie</p> <p>Phytothérapie</p> <p>Acupuncture</p> <p>Cigarette électronique</p> <p>Hypnose</p> <p>Autres</p> <p>Approche comportementale</p> <p>CHAMPIX® /ZYBAN LP® →Partenariat avec médecin obligatoire</p>	<p>La cigarette électronique n'est actuellement pas recommandée du fait du manque de recul. Mais il ne faut pas négliger son utilité en matière de réduction des risques, notamment quand le fumeur a déjà commencé à l'utiliser avec succès.</p>
<p>Rendez-vous avec le pharmacien</p>	<p>Date 1 :</p> <p>Date 2 :</p>	<p>On pourra proposer à la personne de revenir à échéances, d'abord rapprochées, puis de plus en plus étalées, en fonction de son ressenti. L'idéal étant que le patient revient à une heure calme à l'officine pour pouvoir échanger dans les meilleures conditions.</p> <p>Le revoir d'abord à une semaine peut paraître une date suffisamment proche pour éviter qu'une situation d'échec, au moins partielle, ne l'ait découragé ; et suffisamment loin pour que ce rendez-vous lui apporte des choses. Durant ce laps de temps, le fumeur aura sans doute de nouvelles interrogations ou des situations qu'il n'avait pas envisagé qui se seront présentées à lui.</p>

### 3.2.3.2. Les entretiens de stabilisation

Les objectifs de ces entretiens tourneront principalement autour de 3 grands points :

- le travail motivationnel,
- les modifications comportementales,
- avancer vers l'objectif prévu.

Si les objectifs ne sont pas atteints, ou s'ils ne conviennent plus au patient, il faudra réévaluer la prise en charge. Le but n'est pas de décourager le patient, ni de le forcer, ce qui n'aurait de toute façon pas de bénéfices.

Entretien de stabilisation		
Objectif du patient et du pharmacien	Avez-vous réussi à tenir votre objectif ?  Si oui pourquoi ?  Si non pourquoi ?	Le but est de laisser le patient s'exprimer par des questions ouverte pour mieux appréhender la situation.
Traitement	Le traitement nécessite-t-il une adaptation ?	Repérer les signes de sous-dosage/surdosage en nicotine, pour adapter la posologie, voire la forme.  Ajouter des traitements homéopathique et/ou de phytothérapie,... si d'autres symptômes sont apparus.
Motivation (sur 10)	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Continuer à voir l'évolution de sa motivation pour travailler dessus et garder un score supérieur à 7/8
Comportemental	Le patient a-t-il modifié ses habitudes/ comportements vis à vis de la cigarette ? (association avec le café/l'alcool, en voiture, la pause cigarette, ...)	Par exemple, si la personne fume par automatisme en prenant la voiture, on pourra lui proposer de dissocier petit à petit ces deux actions, en proposant au fumeur de s'arrêter sur le bord de la route s'il veut fumer, qu'il se rende vraiment compte de cette cigarette, qu'elle ne soit pas juste automatique et qu'il la dissocie de la conduite automobile avec le temps.

### 3.2.3.3. Anticiper les risques de rechutes

Problèmes	Conseils hygiéno-diététiques	Conseils pharmaceutiques
<p>Les troubles du sommeil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-insomnie,</li> <li>-réveil nocturne,</li> <li>-hyperonirisme,</li> <li>...</li> </ul>	<p>Habituels, mais transitoire.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• respectez votre horloge biologique (bâillement, frisson, yeux qui piquent, ...),</li> <li>• avoir autant que possible un rythme de vie régulier (des horaires de coucher et de lever similaires tout au long de la semaine),</li> <li>• le soir évitez un repas lourd, diminuez vos activités physiques durant l'heure précédent le coucher et les excitants de manière générale, alcool, thé, café...,</li> <li>• relaxez-vous avant d'aller au lit,</li> <li>• diminuez la température de la chambre, mais veillez à garder les pieds au chaud.<sup>[93]</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En cas de traitement par TNS, vérifier si le patient n'est pas en surdosage de nicotine. Proposer dans ce cas des patches 16h.</li> <li>- En phytothérapie, EUPHYTOSE®, OMEZELIS®, des spécialités à base de valériane, d'escholtzia, de passiflore</li> <li>- En homéopathie : passiflora composé 5 granules au coucher,</li> <li>- En allopathie, le doxylamine, mais attention aux contre-indications, risque de rétention urinaire, antécédents personnels ou familiaux de glaucome aigu par fermeture de l'angle.</li> </ul>
<p>Le stress</p>	<p>Le stress est un symptôme fréquent du sevrage et peut être responsable de difficulté d'endormissement.</p> <p>Le patient pourra apprendre à reconnaître le début d'une phase de stress pour tenter d'en diminuer les manifestations, par exemple en faisant un exercice de relaxation dès les premiers signes :</p> <p>1°) S'installer confortablement                  2°) Fermer les yeux                  3°) Respirer calmement                  4°) Se concentrer sur sa respiration et cela pendant 5 minutes.</p> <p>Fumer ajoutera juste de la culpabilité à son geste et amplifiera son stress.</p> <p>Le pharmacien pourra développer ce type d'exercice s'il y est formé ou orienter le patient vers un professionnel.<sup>[94]</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un traitement phytothérapeutique avec de l'EUPHYTOSE®, de la valériane seule ou en association avec la rhodiola (stress imprévu), ou avec de la mélisse (troubles de l'humeur, agressivité).</li> <li>- En homéopathie, on peut conseiller gelsenium sempervirens (stress, difficultés à se concentrer) et/ou Argentum nitricum (agitation anxieuse).</li> <li>- Ces traitements adjuvants de l'anxiété peuvent aussi être efficaces sur l'éventuelle insomnie secondaire.</li> </ul> <p>Sur une anxiété marquée, il est toujours possible d'effectuer une échelle HAD à titre indicatif. En cas de doute, ou d'antécédent dépressif chez la personne, ne pas hésiter à la rediriger vers son médecin généraliste, ou son psychiatre.</p>

<p>Les troubles de la concentration</p>	<p>Ces troubles peuvent être très gênants, surtout en milieu professionnel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire des pauses à intervalles réguliers, en se fixant des objectifs durant cette période : les pauses permettent de se relaxer, les objectifs de se féliciter.</li> <li>• La cigarette étant souvent utilisée comme stimulant, le patient pourrait se répéter des slogans tels que « c'est moi qui réfléchis et pas la cigarette » ou utiliser la méthode Coué en se persuadant qu'il en est capable pour éviter les tentations et les rechutes.</li> <li>• Ces troubles sont en général temporaires et diminuent avec le temps, en quelques jours voire quelques semaines maximum.<sup>[95]</sup></li> </ul>	<p>- Il semblerait que la prise de vitamine C puisse atténuer ces troubles.<sup>[95]</sup> D'autres types de traitements peuvent être utilisés tels que des compléments alimentaires avec différentes vitamines, du magnésium...</p>
<p>L'irritabilité</p>	<p>L'irritabilité est un symptôme fréquent, qui peut aussi affecter l'entourage.</p> <p>Diminuer la consommation d'excitants, d'alcool, de café, dormir suffisamment, en prenant du temps pour soi, pour manger, faire des exercices de relaxation.</p> <p>Penser à s'auto-congratuler, relativiser les remarques péjoratives ou tous les petits riens qui peuvent agacer ...<sup>[96]</sup></p>	<p>Ce phénomène peut être dû à un sous dosage en nicotine, il peut être utile de réévaluer le traitement le cas échéant.</p> <p>Il peut s'avérer utile de réaliser une échelle HAD à titre indicatif et le cas échéant informer le médecin traitant ou rediriger le patient chez le clinicien.</p>
<p>La prise de poids</p>	<p>Il y a deux mécanismes entraînant la prise de poids avec la cigarette :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la perte de l'effet anorexigène et de l'augmentation du catabolisme de base,</li> <li>• le grignotage, pouvant être provoqué par l'habitude de porter la cigarette à sa bouche.</li> </ul> <p>Si peur de prendre du poids, rappeler à la personne des conseils hygiéno-diététiques de base.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avoir un minimum d'activité physique tous les jours,</li> <li>- Eviter les grignotages,</li> <li>- Faire ses repas soit même plutôt que d'acheter des plats tout prêts, (occupe l'esprit, et le plat est souvent plus équilibré),</li> <li>- Avoir conscience qu'un arrêt de la cigarette provoque une prise de poids de 2 kg à 4 kg (due à la perte de l'effet anorexigène du tabac, au développement du goût, et à la</li> </ul>	<p>La phytothérapie peut être utilisée : par exemple le konjac, qui va gonfler dans l'estomac provoquant un sentiment de satiété. On peut aussi associer un brûleur, tel que le thé vert ou le guarana, avec un draineur, orthosiphon.</p> <p>Le pharmacien pourra aussi veiller à ce qu'il ne se développe pas chez le patient un trouble du comportement alimentaire, et donc si besoin, à rediriger le patient vers le médecin traitant ou le psychiatre.</p>

	<p>disparition de l'augmentation du métabolisme par le tabac).<sup>[97, 98]</sup></p> <p>Pour atténuer une partie de la perte de l'effet anorexigène de la nicotine, le patient pourra prendre un substitut nicotinique 20 min avant le repas. La dose de nicotine pourra aussi subsister jusqu'au fameux café, si cher à de nombreux fumeurs, faisant d'une pierre deux coup.</p>	
La constipation	<p>- La nicotine stimulant le péristaltisme intestinal, un sevrage peut entraîner une constipation.</p> <p>- Exposer des aliments riches en fibres, tels que les céréales, les fruits, le pain complet, rappeler de boire un grand verre d'eau fraîche le matin, faire un peu de marche tous les jours, aller à la selle à des heures régulières...<sup>[99]</sup></p>	<p>La constipation peut aussi être signe de sous dosage en nicotine dans le cadre d'un TNS.</p> <p>Le cas échéant adapter le traitement.</p> <p>En cas de constipation prononcée, le pharmacien pourrait conseiller des spécialités à base d'huile de paraffine : MELAXOSE®, LANSOYL®...</p>
La difficulté à changer les habitudes	<p>Les tentations dues aux habitudes sont liées à deux choses :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les catalyseurs : briquets, cendrier, coupe cigare...,</li> <li>• la nostalgie.</li> </ul> <p>Le patient doit se couper du rituel et donc des objets qui s'y rapportent.</p> <p>Le patient devra rompre avec la nostalgie de la cigarette, qu'il peut associer à sa jeunesse passée, de bons moments...</p> <p>Fumer n'était plus un plaisir en soi, mais une façon de stopper les symptômes du manque.<sup>[100]</sup></p>	
La co-consommation de cannabis	<p>La consommation de cannabis, en plus de ses effets néfastes intrinsèques, est un frein à l'arrêt du tabac.</p> <p>Attention à la compensation du tabac vers le cannabis.</p> <p>Il est donc conseillé d'arrêter les deux substances de concert.</p> <p>Attention, l'usage régulier de cannabis de façon non festive peut aussi être le signe d'un problème moins superficiel qu'il ne le semblerait, pour trouver le sommeil, s'éloigner de la réalité ou de certaines pensées...<sup>[101]</sup></p>	<p>Si nécessaire, le pharmacien pourra mettre la personne en relation avec un addictologue ou lui donner le numéro d'Ecoute cannabis (08 11 91 20 20)</p>
La « déprime »	<p>L'arrêt du tabac est un grand choc dans la vie du fumeur.</p> <p>Pour tenter d'éviter ce problème :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ne pas vouloir brûler les étapes</li> </ul>	<p>- Eviter de culpabiliser le patient pour les erreurs qu'il aurait commises, sans les minimiser. Chaque bon point effectué depuis la dernière visite est l'occasion de le féliciter et de lui montrer</p>

	<p>et poser des objectifs réalistes,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• placer le fumeur dans un cercle vertueux : la personne fait une démarche difficile par choix. Ne pas hésiter à se féliciter de chaque petite victoire sur le tabac : cigarette non fumée, tentation évitée..., se rappeler ses motivations initiales régulièrement, qui peuvent être affichées sur son bureau. Penser positif, se faire plaisir, faire le bilan des bénéfices ressentis : goût, odorat, souffle...<sup>[102]</sup></li> </ul>	<p>de l'empathie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si la « déprime » semble légère, il est possible de conseiller des traitements phytothérapeutiques, à base de millepertuis, en prenant bien garde aux interactions nombreuses : médicaments à marge thérapeutiques étroites, antivitamine K, antirétroviraux, pilules œstroprogestatives, ciclosporine, digoxine, antiépileptique, antidépresseurs...</li> <li>- Il est toujours possible d'effectuer une échelle HAD à titre indicatif. En cas de doute, ou d'antécédent dépressif chez la personne, ne pas hésiter à la rediriger vers son médecin généraliste, ou son psychiatre.</li> </ul>
La toux	<p>Dans les premiers jours, voire semaines du sevrage, le patient peut ressentir un paradoxe :</p> <p>Le patient se met à tousser et avoir mal à la gorge alors qu'il s'attendait à retrouver son souffle.</p> <p>Cela est dû au retour à la normale du système de clairance du mucus : les cellules ciliées qui avaient régressé sous l'influence du tabac se remettent à fonctionner, ce qui peut provoquer toux grasses, sinusites, angines, maux de gorges, rhumes... ce phénomène s'estompe avec le temps.</p> <p>La consommation de boisson chaude et épaisse, lait, infusion avec du miel..., peut améliorer l'évacuation du mucus et diminuer les manifestations de l'irritation de la gorge.<sup>[103]</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En allopathie on pourra conseiller : des pastilles adoucissantes, voire anesthésiantes.</li> <li>Les fumigations ainsi que des lavages nasals à base de pulvérisateurs d'eau de mer.</li> <li>Des mucolytiques à base d'acétylcystéine, d'ambroxol....</li> <li>- En phytothérapie, l'eucalyptus peut être utilisé pour ses propriétés décongestionnantes, ainsi que le coquelicot pour ses propriétés béchiques.</li> <li>- De nombreuses souches homéopathiques peuvent être utilisées : les divers kaliums pour les écoulements, ipeca en cas de toux...</li> </ul>
La consommation d'alcool	<p>Les consommations d'alcool et de tabac sont souvent liées, surtout lors d'usage récréatif.</p> <p>Attention l'équation désinhibition + présence fumeurs mène à de dangereuses tentations.</p> <p>Pour éviter cela :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La personne pourra analyser les raisons de sa consommation, pour tenter de mieux la contrôler,</li> <li>- Pré-établir la quantité de verre qui sera bue dans la soirée, boire lentement en savourant.</li> </ul> <p>Attention au phénomène de compensation d'une de ses consommations vers l'autre.<sup>[104]</sup></p>	<p>Le pharmacien pourra demander à la personne si sa consommation d'alcool n'a pas augmenté depuis le début de sevrage. En cas d'augmentation inquiétante ou d'antécédent d'alcoolisme, le patient peut être redirigé vers le site d'alcool info service, vers son médecin traitant ou un addictologue.</p>

### 3.3. L'accompagnement à l'arrêt

Lors des rendez-vous suivants, le nombre de cigarettes fumées par le patient va graduellement diminuer. Il faudra donc, quand cet objectif sera envisageable ou si ce n'était pas l'objectif initial, fixer avec lui une date d'arrêt total de la cigarette. Le pharmacien pourra alors se projeter dans l'avenir avec le patient et proposer des échéances telles que « lors de notre prochain entretien, de combien de cigarettes pensez-vous raisonnablement avoir diminué ? ».

Les entretiens suivants permettront de faire le point sur les problèmes qu'aura connus la personne depuis. La pharmacie pourra aborder des sujets tels que comment gérer : les tentations, les objets du fumeur, la nostalgie, la rechute...

Durant ces moments d'échanges, l'attitude du soignant est primordiale : il doit, encore une fois, faire preuve d'écoute et d'empathie, valoriser les efforts effectués par le patient ainsi que ses victoires, le féliciter à chaque objectif atteint... Toute difficulté rencontrée par le patient doit faire naître un dialogue entre le pharmacien et le fumeur pour élaborer une solution qui conviendra au patient. Cette difficulté ne doit surtout pas être source de culpabilisation. Le fumeur quitte le confort de sa consommation de cigarettes et entreprend une démarche courageuse. Avoir un discours négatif ou apporter un jugement de valeur aux actions du patient ne peut pas être bénéfique à sa démarche de soins.

Le patient devra être particulièrement vigilant durant cette phase où le moindre écart est souvent perçu comme un échec, plongeant la personne dans une spirale culpabilisatrice néfaste. D'où l'importance du discours tenu par le soignant. Il est important de lui signifier que fumer une cigarette ce n'est pas échouer, qu'il ne faut pas reprendre sa consommation en cas de faux pas. Le but est, dans cette situation, d'amener le fumeur à réengager le processus.

Quand l'objectif 0 cigarette sera atteint, l'ex-fumeur pourra commencer à diminuer les traitements jusqu'à l'arrêt complet des produits en relation avec le tabac. Il pourra ensuite revoir son pharmacien selon ses besoins, une fois par mois s'il n'éprouve pas de besoin particulier, pour faire le point sur différents points déjà évoqués tels que l'anxiété, la dépression, la prise de poids, sur la possibilité de compensation avec d'autres substances, ... à chaque étape ou à chaque moment où cela peut sembler nécessaire, le pharmacien ne doit pas hésiter à rediriger le patient vers son médecin traitant. Cette orientation peut se faire sentir avec la suspicion d'apparition de troubles de l'alimentation, de dépression ou de compensation vers un autre comportement addictif.

### 3.3.1. Gérer les tentations

Pour l'aider à éviter cet écueil, on pourra apprendre le patient à utiliser le principe des colonnes de Beck. C'est un système qui permet au patient de mieux comprendre dans quelle situation il a envie de fumer et pourquoi, ce que cela déclenche chez lui et enfin comment éviter cette tentation.

<b>Événements Situations</b>	<b>Emotions Réactions</b>	<b>Pensées automatiques</b>	<b>Pensées alternatives</b>
<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.

Le but est qu'à l'éclairage de ces exemples, le patient arrive lui-même à se sortir de situations périlleuses, en repérant quelles situations risquent de lui faire ressentir quelles émotions, réveillant quels reflexes d'anciens fumeurs. Une fois qu'il trouve tout cela lui-même, il pourra y proposer une solution alternative à la cigarette.<sup>[105]</sup>

### **3.3.2. Eviter les catalyseurs**

Un autre moyen d'éviter la tentation est de se débarrasser de tous les objets en relation avec le tabac : briquets, vieux paquets, cendrier, coupe cigare, cave à cigare... Comme dans tout comportement addictif, le rituel occupe une place importante dans la consommation de tabac, que ce soit de rouler une cigarette, préparer un cigare, regarder la fumée,... Ce rituel est associé à l'habitude ou à l'automatisme. Il peut être source de plaisirs, combler un temps libre, donner une contenance, ou encore être rassurant.

### **3.3.3. Se débarrasser de la nostalgie**

Le patient devra rompre avec la nostalgie de la cigarette, qu'il peut associer à sa jeunesse passée, de bons moments... il faut l'amener à prendre conscience que ces moments auraient eu lieu sans cigarette. D'ailleurs d'autres bons moments ont dû apparaître depuis et il se peut que ceux-ci n'aient pas eu lieu avec la cigarette : un excellent repas ou une dégustation de vin qu'en tant que fumeur, la personne n'aurait pas apprécié à sa juste valeur. La cigarette n'était plus un plaisir en soi, mais fumer était une façon de stopper les symptômes du manque. Il faut laisser ce passé derrière soi pour aller de l'avant.<sup>[100]</sup>

### **3.3.4. Gérer la rechute**

#### **Déculpabiliser et faire le point**

En cas de rechute, faire le point avec le patient, le déculpabiliser lui montrer ce qui a marché et ce qui ne l'a pas, pour lui réexpliquer encore une fois que ce n'est pas vraiment un échec, car il a appris de nouvelles choses et que c'est une autre étape vers l'arrêt définitif. Le but est de dédramatiser sans pour autant banaliser et que la personne tire quelque chose de cette expérience pour qu'elle ne soit pas inutile.

#### **Restimuler de suite la motivation**

Il faut aussi lui faire comprendre qu'il peut reprendre dès maintenant un objectif, ce n'est pas parce qu'il a fumé 10 cigarettes dans la journée que ces dernières semaines

d'efforts et de sevrages sont réduites à néant, c'est juste un contretemps, il n'est pas nécessaire d'arrêter tout traitement pharmacologique et de racheter des paquets de cigarettes, le sevrage continue.<sup>[106]</sup>

### **Reprendre un suivi personnalisé**

Il pourra ensuite se représenter selon ses besoins, une fois par mois s'il n'éprouve pas de besoin particulier, pour faire le bilan sur différents points déjà évoqués tels que l'anxiété, la dépression, la prise de poids, sur la possibilité de compensation avec d'autres substances...

### **Faire le point avec le médecin traitant**

A chaque étape ou à chaque moment où cela peut sembler nécessaire, le pharmacien ne doit pas hésiter à contacter le médecin traitant. La prise en charge des addictions nécessite une collaboration pluridisciplinaire. La gestion de la rechute à plusieurs permet de retravailler rapidement sur la motivation du patient... et sur la motivation des professionnels.

## Conclusion

Le pharmacien joue un rôle important dans la prise en charge tabagique car il est le seul professionnel pouvant délivrer des médicaments contenant de la nicotine. Actuellement, on peut toutefois s'interroger sur le rôle du pharmacien d'officine dans la prévention et sur la plus value de l'officine sur les cigarettiers. Quelle peut être l'image de l'officine en matière d'aide au tabac ? L'officine est-elle adaptée à la confidentialité ? Comment sont formés les pharmaciens à la prise en charge tabagique ?

Le métier de pharmacien est en perpétuelle évolution. De nouvelles missions lui sont confiées. Cependant, il faut du temps et des outils pour que la profession puisse se les approprier.

La présente thèse propose des pistes de réflexions pratiques et des dispositifs permettant d'optimiser le repérage, le conseil, le suivi et la prise en charge du fumeur dans la pratique quotidienne. Ces documents, utilisés lors de rendez-vous réguliers avec le patient, peuvent apporter une plus value pour le soignant comme pour le soigné.

Le pharmacien a un grand rôle à jouer dans la lutte contre le tabac, en repérant les fumeurs, les informant et les conseillant grâce à sa connaissance des traitements, sa proximité des patients et son accessibilité. Cependant la dépendance au tabac correspond à une situation complexe qui nécessite un suivi au long cours. Comme pour toute addiction, la prise en charge et le suivi par un professionnel seul est difficile sur le long terme, du fait des variations de motivation de la personne. L'implication de tous les professionnels susceptibles de travailler avec le patient, dont notamment le médecin généraliste, optimiserait la chance de réussite. Cette coopération interprofessionnelle nécessite une coordination de ces acteurs, qui peut s'effectuer dans le cadre d'un réseau, bien que le pharmacien soit également légitime pour faire le lien entre eux.

## Références bibliographiques

1. France-Tabac. *L'histoire du tabac* [en ligne]. Paris: France-Tabac U.S.C.A., 2013. Disponible sur: <<http://www.france-tabac.com/histoire.htm#haut>> (consulté le 05 novembre 2013).
2. INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. *Petite histoire du tabac*. Saint-Denis: INPES, 2013. 6 p.
3. INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. *Le produit : historique et composition* [en ligne]. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2012. Disponible sur: <<http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/tabac/historique-composition.asp>> (consulté le 5 novembre 2013).
4. Reynaud M. *Traité d'addictologie*. Paris: Médecine-Sciences Flammarion, 2006. 800 p.
5. Société de médecins et de chirurgiens. *Dictionnaire des sciences médicales*. 54. Paris: C. L. F. PANCKOUCKE, 1821. 572 p.
6. WYNDER E L, GRAHAM E A. Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchiogenic carcinoma : a study of six-hundred and eighty-four proved cases. *The journal of the American Medical Association*, 1950, vol. 143, n° 4, p. 329-336.
7. DOLL R, HILL A. B. Smoking and carcinoma of the lung: preliminary report. *British Medical Journal*, 1950, vol. 2, n° 4682, p. 739-748.
8. LEGACY TABACCO DOCUMENTS LIBRARY. *Cigarettes & women are best thin & rich - Silva Thins* [en ligne]. San Francisco: University of California, 1999. Disponible sur: <<http://legacy.library.ucsf.edu/tid/vcf51a00/pdf>> (consulté le 10 décembre 2013).
9. LEGACY TABACCO DOCUMENTS LIBRARY. *More Doctors Smoke Camels Than Any Other Cigarette* [en ligne]. San Francisco: University of California, 2009. Disponible sur: <<http://legacy.library.ucsf.edu/tid/vqw93b00/pdf>> (consulté le 10 décembre 2013).
10. LEGACY TABACCO DOCUMENTS LIBRARY. *A Public Relations Strategy for the Tobacco Advisory Council* [en ligne]. San Francisco: University of California, 2004. Disponible sur: <<http://legacy.library.ucsf.edu/tid/msu40a99/pdf>> (consulté le 10 décembre 2013).
11. LEGACY TABACCO DOCUMENTS LIBRARY. *Statement of David Goerlitz former model for Winston Cigarettes before the subcommittee on transportation and hazardous*

*materials of the house committee on energy and commerce* [en ligne]. San Francisco: University of California, 2009. Disponible sur: <<http://legacy.library.ucsf.edu/tid/pvt37b00/pdf>> (consulté le 10 décembre 2013).

12. COOKE R. A. III. *Tabac en fleurs, dans une plantation de Caroline du Nord, États-Unis* [en ligne]. [s.l.]: Tony Stone Image/ Getty, [s.d.]. Disponible sur: <[http://www.universalis-edu.com.ezproxy.unilim.fr/media-cl/?tx\\_eu\[mref\]=PH996561&cHash=57c333f2d9c3bafb5c9aa8328428a1c1](http://www.universalis-edu.com.ezproxy.unilim.fr/media-cl/?tx_eu[mref]=PH996561&cHash=57c333f2d9c3bafb5c9aa8328428a1c1)> (consulté le 6 mai 2014).

13. ASSOCIATION TELA BOTANICA. *Nicotiana tabacum L.* [en ligne]. Montpellier: Institut de Botanique, 2013. Disponible sur: <<http://www.tela-botanica.org/bdtx-nn-44086>> (consulté le 12 décembre 2013).

14. France-Tabac. *Botanique / Variétés* [en ligne]. Paris: France-Tabac U.S.C.A., 2013. Disponible sur: <<http://www.france-tabac.com/botanique.htm>> (consulté le 10 décembre 2013).

15. YESMOKE. *Oriental* [en ligne]. Turin: Yesmoke S.p.A., 2013. Disponible sur: <<http://yesmoke.eu/fr/marque/tabacs-selectionnees/oriental/>> (consulté le 10 décembre 2013).

16. JUILLARD O. *Tabac* [en ligne]. Encyclopædia Universalis, Disponible sur: <[http://www.universalis-edu.com.ezproxy.unilim.fr/encyclopedie/tabac/?tx\\_eu\[pop\]=true](http://www.universalis-edu.com.ezproxy.unilim.fr/encyclopedie/tabac/?tx_eu[pop]=true)> (consulté le 11 novembre 2013).

17. OBSERVATOIRE FRANCAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES. *Drogues et addictions, données essentielles*. Saint-Denis: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 2013. 399 p.

18. INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. *Les profils des fumeurs en France* [en ligne]. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2012. Disponible sur: <<http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/tabac/consommation/profils-fumeurs.asp>> (consulté le 26 novembre 2013).

19. OBSERVATOIRE FRANCAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES. *Alcool, tabac et cannabis durant les "années collège"* [en ligne]. Saint-Denis: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 2012. Disponible sur: <<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxsss4.pdf>> (consulté le 6 mai 2014).

20. INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. *Le marché du tabac* [en ligne]. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2012. Disponible sur:

<<http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/tabac/consommation/marche-tabac.asp>> (consulté le 6 mai 2014).

21. AGENCE FRANCE-PRESSE. *Prix du paquet (en euro) de la marque la plus vendue en fonction du temps (en année)* [en ligne]. Paris: Agence France-Presse, 2013. Disponible sur:

<<http://www.masantefacile.com/img/mag/78e063912891a481e9f3fd7890101a5b36887d0c.jpg>> (consulté le 6 mai 2014).

22. INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. *Risques du tabagisme* [en ligne]. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2013. Disponible sur: <<http://www.tabac-info-service.fr/Vos-questions-Nos-reponses/Risques-du-tabagisme#Que%20contient%20la%20fum%C3%A9e%20de%20cigarettes%20?>> (consulté le 12 décembre 2013).

23. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, COMMISSION EUROPEENE, PROGRAMME INTERNATIONAL SUR LA SECURITE DES SUBSTANCES CHIMIQUES. *Fiches Internationales de Sécurité Chimique Acroleine* [en ligne]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 1999. Disponible sur: <<http://www.cdc.gov/niosh/ipcsnfrn/nfrn0090.html>> (consulté le 12 décembre 2013).

24. LABORATOIRE NATIONAL DE METROLOGIE ET D'ESSAIS. *Projet européen PITOC : fiches d'information additifs* [en ligne]. Paris: Laboratoire national de métrologie et d'essais, 2012. Disponible sur: <[http://www.lne.fr/fr/services\\_ligne/fiches-pitoc.asp](http://www.lne.fr/fr/services_ligne/fiches-pitoc.asp)> (consulté le 12 décembre 2013).

25. LABORATOIRE NATIONAL DE METROLOGIE ET D'ESSAIS. *L'acétaldéhyde* [en ligne]. Paris: Laboratoire national de métrologie et d'essais, [s.d.]. Disponible sur: <<http://www.lne.fr/composition-tabac/fiches-additifs/FR-F-Acetaldehyde.pdf>> (consulté le 12 décembre 2013).

26. DAUTZENBERG B. *Le tabagisme passif*. Paris: La Documentation française, 2001. 200 p.

27. INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE. *Tabac : Comprendre la dépendance pour agir*. Paris: Les éditions Inserm, 2004. 473 p.

28. JACOT SADOWSKI I, CORNUZ J. Nouveaux modes de consommation du tabac et de la nicotine. *Revue médicale Suisse*, 2009, vol. 210, n° 5, p. 1457-1461.

29. EUROPEAN SMOKELESS TOBACCO COUNCIL. *Background* [en ligne]. [s.l.]: European Smokeless Tobacco Council, 2013. Disponible sur: <<http://www.estoc.org/regulation/background>> (consulté le 13 décembre 2013).
30. COMITE NATIONAL CONTRE LE TABAGISME. *Que peut-on dire sur la cigarette électronique ?* [en ligne]. Paris: Comité National contre le Tabagisme, [s.d.]. Disponible sur: <<http://www.cnct.fr/tous-les-dossiers-73/que-peut-on-dire-sur-la-cigarette-electronique-1-106.html>> (consulté le 13 décembre 2013).
31. HILL C. *Mortalité attribuable au tabac en France* [en ligne]. Villejuif: Institut Gustave Roussy, [s.d.]. Disponible sur: <[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Mortalite\\_attribuable\\_au\\_tabac\\_en\\_France.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Mortalite_attribuable_au_tabac_en_France.pdf)> (consulté le 13 décembre 2013).
32. HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Guide du parcours de soins bronchopneumopathie chronique obstructive* [en ligne]. Saint-Denis: Haute Autorité de Santé, 2012. Disponible sur: <[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide\\_parours\\_de\\_soins\\_bpco\\_finale.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parours_de_soins_bpco_finale.pdf)> (consulté le 17 décembre 2013).
33. U.S. Department of Health and Human Service. *The Health Consequences of Smoking : A report of the Surgeon General* [en ligne]. Atlanta: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004. Disponible sur: <[http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/sgr/2004/pdfs/chapter4.pdf](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/pdfs/chapter4.pdf)> (consulté le 17 décembre 2013).
34. COMITE NATIONAL CONTRE LE TABAGISME. *Loi Veil* [en ligne]. Paris: Comité National contre le Tabagisme, [s.d.]. Disponible sur: <<http://www.cnct.fr/lexique-94/loi-veil-37.html>> (consulté le 17 décembre 2013).
35. République française. *Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme* [en ligne]. Paris: Secrétariat général du Gouvernement, 1991. Disponible sur: <[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=C1F065487F3389ECC664BF57DBD82988.tpdjo02v\\_1?cidTexte=JORFTEXT000000344577&dateTexte=19921231](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=C1F065487F3389ECC664BF57DBD82988.tpdjo02v_1?cidTexte=JORFTEXT000000344577&dateTexte=19921231)> (consulté le 17 décembre 2013).
36. INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. *La législation antitabac en France* [en ligne]. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2012. Disponible sur: <<http://www.inpes.sante.fr/20000/mentions.asp>> (consulté le 17 décembre 2013).

37. COMITE NATIONAL CONTRE LE TABAGISME. *Loi Evin* [en ligne]. Paris: Comité National contre le Tabagisme, [s.d.]. Disponible sur: <<http://www.cnct.fr/lexique-94/loi-evin-38.html>> (consulté le 17 décembre 2013).
38. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. *Historique de la lutte contre le tabac* [en ligne]. Paris: Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2009. Disponible sur: <[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/historique\\_textes.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/historique_textes.pdf)> (consulté le 19 décembre 2013).
39. INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE, MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE. *Drogues et dépendance : le livre d'information*. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2006. 177 p.
40. République française. *Décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif* [en ligne]. Paris: Secrétariat général du Gouvernement, 2006. Disponible sur: <[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000818309&dateTexte=> (consulté le 19 décembre 2013).</a></p>
<p>41. République française. <i>LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires</i> [en ligne]. Paris: Secrétariat général du Gouvernement, 2009. Disponible sur: <<a href=)> (consulté le 19 décembre 2013).
42. République française. *Arrêté du 15 avril 2010 relatif aux modalités d'inscription des avertissements de caractère sanitaire sur les unités de conditionnement des produits du tabac* [en ligne]. Paris: Secrétariat général du Gouvernement, 2010. Disponible sur: <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022120525&fastPos=1&fastReqId=1966549224&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>> (consulté le 19 décembre 2013).
43. COGEZ S. *Trois questions à Klaus Berg, responsable chez Philip Morris* [en ligne]. Lille: La Voix du Nord, 2013. Disponible sur: <<http://www.lavoixdunord.fr/region/un-vaste-traffic-de-cigarettes-contrefaites-demantele-une-jna29b0n973868>> (consulté le 19 décembre 2013).
44. République française. *Article 568 ter créé par LOI n°2009-1674 du 30 décembre 2009 - art. 36 (V)* [en ligne]. Paris: Secrétariat général du Gouvernement, 2009. Disponible sur: <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000021664323&cidT>

[exte=LEGITEXT000006069577&dateTexte=20130212&oldAction=rechCodeArticle>](#)

(consulté le 19 décembre 2013).

45. DIRECTION GENERALE DES DOUANES ET DROITS INDIRECTS. *La réglementation du tabac* [en ligne]. Montreuil: Direction générale des douanes et droits indirects, 2013. Disponible sur: <http://www.douane.gouv.fr/page.asp?id=4370> (consulté le 19 décembre 2013).

46. DIRECTION GENERALE DES DOUANES ET DROITS INDIRECTS. *Douane : Le défi de la régulation des échanges 2011*. Montreuil: Direction générale des douanes et des droits indirects, 2012. 12 p.

47. DIRECTION GENERALE DES DOUANES ET DROITS INDIRECTS. *Douane : une administration au service des citoyens et des entreprises 2012*. Montreuil: Direction générale des douanes et des droits indirects, 2013. 12 p.

48. République française. *Circulaire du 7 mai 2013 précisant les règles de circulation et de taxation des tabacs manufacturés détenus par les particuliers* [en ligne]. Paris: Secrétariat général du Gouvernement, 2013. Disponible sur: [http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/05/cir\\_36955.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/05/cir_36955.pdf) (consulté le 19 décembre 2013).

49. DIRECTION DE L'INFORMATION LEGALE ET ADMINISTRATIVE. *Rapporter en France du tabac et de l'alcool d'un autre pays européen* [en ligne]. Paris: Direction de l'information légale et administrative, 2013. Disponible sur: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F804.xhtml> (consulté le 19 décembre 2013).

50. LALAM N, LERMENIER A, MARTINEAU H, WEINBERGER D., *L'observation du marché illicite de tabac en France*. Saint-Denis: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 2012. 49 p.

51. OBSERVATOIRE FRANCAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES. *Tableau de bord mensuel des indicateurs tabac (Version du 24/09/2013)* [en ligne]. Saint-Denis: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 2013. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt130924.pdf> (consulté le 19 décembre 2013).

52. GOODMAN A. Addiction: definition and implications. *British Journal of Addiction*, 1990, vol. 85, n° 11, p. 1403-1408.

53. ADDICTIONS DROGUES ALCOOL INFO SERVICE. *Définition de la dépendance* [en ligne]. Paris: Addictions drogues alcool info service, 2010. Disponible sur: [http://www.drogues-info-service.fr/spip.php?page=reponse&id\\_question=292](http://www.drogues-info-service.fr/spip.php?page=reponse&id_question=292) (consulté le 27 avril 2014).

54. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : Texte révisé*. Issy-les-Moulineaux: Masson, 2005. 1082 p.
55. AUTHIER N. *DSM-5 : Fin des abuseurs et dépendants, bienvenue aux troubles légers, modérés ou sévères* [en ligne]. Clermont-Ferrand: Centre Addictovigilance Auvergne, Service de Pharmacologie, Centre de Biologie, Centre Hospitalier Universitaire Gabriel-Montpied, 2013. Disponible sur: <<http://www.addictauvergne.fr/dsm-5-v-addiction/>> (consulté le 3 janvier 2013).
56. COTTLER L. *SUBSTANCE ABUSE MODULE (SAM®) version : 4.1* [en ligne]. Gainesville: Department of Epidemiology, University of Florida, 2000. Disponible sur: <[https://nidagenetics.org/study\\_descriptions/study\\_11/sam\\_entire.pdf](https://nidagenetics.org/study_descriptions/study_11/sam_entire.pdf)> (consulté le 3 janvier 2014).
57. ALLAIN P. *Acétylcholinomimétiques directs* [en ligne]. Bouchemaine: CdM Editions, 2008. Disponible sur: <<http://www.pharmacorama.com/Rubriques/Output/Acetylcholinea3.php>> (consulté le 28 janvier 2014).
58. BERLIN I. *Pharmacologie clinique du tabagisme: absorption, biodisponibilité, effets centraux, neurobiologie chez l'Homme* [en ligne]. Paris: Groupe Hospitalier Universitaire Pitié Salpêtrière, Service de Pharmacologie & INSERM U 677, [s.d.]. Disponible sur: (consulté le 28 janvier 2014).
59. CENTRE NATIONAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE. *Communiqués de presse : Sevrage tabagique : quelle efficacité pour les substituts nicotiques ?* [en ligne]. Paris: Centre national de la recherche scientifique, 2009. Disponible sur: <<http://www2.cnrs.fr/presse/communiqué/1498.htm>> (consulté le 4 janvier 2014).
60. AGENCE FRANCAISE DE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE. *Recommandation de Bonne Pratique : Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non-médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac, Argumentaire*. Saint-Denis: Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, 2003. 70 p.
61. American Society of Clinical Oncology. *Heaviness of Smoking Index* [en ligne]. Alexandria (Virginie): ASCO, 2013. Disponible sur: <[http://www.asco.org/sites/default/files/tobacco\\_cessation\\_hsi.pdf](http://www.asco.org/sites/default/files/tobacco_cessation_hsi.pdf)> (consulté le 12 novembre 2013).
62. Office français de prévention du tabagisme. *Test de Horn* [en ligne]. Paris: OFT, 2013. Disponible sur: <<http://www.ofta-asso.fr/index.php/publics-et-particuliers/et-vous-ou>>

[en-etes-vous-avec-le-tabac/testez-vous/478-article-de-base-muet](#)> (consulté le 12 novembre 2013).

63. HURT R. *Mortality following inpatient addictions treatment. Role of tobacco use in a community-based cohort* [en ligne]. Rochester, Minnesota: Nicotine Dependence Center, Mayo Clinic, 1996. Disponible sur: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8601929>> (consulté le 12 novembre 2013).

64. JACOT SADOWSKI I. *Consommation conjointe cigarette et cannabis quelles implications pour le sevrage ?* [en ligne]. Berne: Polyclinique médicale universitaire Lausanne, 2009. Disponible sur: <[http://www.stop-cannabis.ch/fr/images/stories/documents\\_stop\\_cannabis/i\\_jaccot.pdf](http://www.stop-cannabis.ch/fr/images/stories/documents_stop_cannabis/i_jaccot.pdf)> (consulté le 12 novembre 2013).

65. FORD D. *Marijuana use and cessation of tobacco smoking in adults from a community sample* [en ligne]. Baltimore: Department of Medicine, The Johns Hopkins University School of Medicine, 2002. Disponible sur: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12127195>> (consulté le 12 novembre 2013).

66. GLOVER-BONDEAU A-S. *Double dépendance tabac-cannabis : un sevrage plus difficile ?* [en ligne]. Suisse: Stop-cannabis, 2011. Disponible sur: <<http://www.stop-cannabis.ch/fr/types-de-consommation/tabac-et-cannabis>> (consulté le 12 novembre 2013).

67. LAROUSSE. *Dictionnaire de français* [en ligne]. Paris: Hachette, 2013. Disponible sur: <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/motivation/52784>> (consulté le 14 novembre 2013).

68. PLASSART J. *Addiction au tabac* [en ligne]. Grenoble: Centre hospitalier universitaire de Grenoble, 2011. Disponible sur: <[http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/cms/sites/medatice/home/addictologie/docs/20120408104720/JMPlassart\\_Addictions\\_Tabac.pdf](http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/cms/sites/medatice/home/addictologie/docs/20120408104720/JMPlassart_Addictions_Tabac.pdf)> (consulté le 14 novembre 2013).

69. VIDAL. *NICORETTESPRAY®* [en ligne]. Issy-Les-Moulineaux: VIDAL, 2013. Disponible sur: <[http://news.vidal.fr/annexes/24\\_13/id13380.htm#phard](http://news.vidal.fr/annexes/24_13/id13380.htm#phard)> (consulté le 14 novembre 2013).

70. HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours, Méthode Recommandations pour la pratique clinique* [en ligne]. Saint-Denis: Haute Autorité de Santé, 2013. Disponible sur: <[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations\\_-\\_arret\\_de\\_la\\_consommation\\_de\\_tabac.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations_-_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf)> (consulté le 31 janvier 2014).

71. MASURE M, DEPINOY D,. *Guide de bonne pratique pour l'arrêt du tabac*. Reims: ADDICA, 2005. 16 p.
72. REZO ADDICTIONS 41 MGADDOC. *Protocole de sevrage en ambulatoire* [en ligne]. Blois: REZO ADDICTION 41 MGADDOC, 2013. Disponible sur: <[https://www.sante-centre.fr/portail/gallery\\_files/site/133/1040/1075/1490.pdf](https://www.sante-centre.fr/portail/gallery_files/site/133/1040/1075/1490.pdf)> (consulté le 14 novembre 2013).
73. LAM W, SZE PC, SACKS HS, CHALMERS TC. Meta-analysis of randomised controlled trials of nicotine chewing-gum. *Lancet*, 1987, vol. 330, n° 8549, p. 27-30.
74. FIORE MC, SMITH SS, JORENBY DE, BAKER TB,. The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation. A meta-analysis. *The journal of the American Medical Association*, 1994, vol. 271, n° 24, p. 1940-1947.
75. HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Arrêter de fumer et ne pas rechuter : la recommandation 2014 de la HAS, questions/réponses : sevrage tabagique* [en ligne]. Saint-Denis: Haute Autorité de Santé, 2014. Disponible sur: <[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/question\\_reponse\\_sevrage\\_tabagique.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/question_reponse_sevrage_tabagique.pdf)> (consulté le 25 janvier 2014).
76. VIDAL. *Dictionnaire Vidal 2013*. Issy-Les-Molineaux: OVP, 2013. 3024 p.
77. AGENCE FRANCAISE DE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE. *Recommandation de bonne pratique : les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac*. Saint-Denis: Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, 2003. 39 p.
78. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. *Conférence de consensus : grossesse et tabac* [en ligne]. Saint-Denis: Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, 2004. Disponible sur: <[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Grossesse\\_tabac\\_long.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Grossesse_tabac_long.pdf)> (consulté le 19 novembre 2013).
79. CENTRE DE REFERENCE SUR LES AGENTS TERATOGENES. *Substituts nicotiques* [en ligne]. Paris: Hôpital Armand-Trousseau, 2011. Disponible sur: <[http://www.lecrat.org/article.php3?id\\_article=362](http://www.lecrat.org/article.php3?id_article=362)> (consulté le 22 novembre 2013).
80. CENTRE DE REFERENCE SUR LES AGENTS TERATOGENES. *Bupropion* [en ligne]. Paris: Hôpital Armand-Trousseau, 2013. Disponible sur: <[http://www.lecrat.org/article.php3?id\\_article=745](http://www.lecrat.org/article.php3?id_article=745)> (consulté le 22 novembre 2013).
81. CENTRE DE REFERENCE SUR LES AGENTS TERATOGENES. *Varénicline* [en ligne]. Paris: Hôpital Armand-Trousseau, 2013. Disponible sur: <[http://www.lecrat.org/article.php3?id\\_article=743](http://www.lecrat.org/article.php3?id_article=743)> (consulté le 22 novembre 2013).

82. TALGE NM, NEAL C, GLOVER V. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2007, vol. 48 n° 3-4, p. 245-261.
83. HANSON K, ALLEN S, JENSEN S, HATSUKAMI D. *Treatment of adolescent smokers with the nicotine patch* [en ligne]. Minneapolis: University of Minnesota, departement of psychiatry, 2003. Disponible sur: <[www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12959789](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12959789)> (consulté le 28 novembre 2013).
84. MOOLCHAN ET, ROBINSON ML, ERNST M, CADET JL, PICKWORTH WB, HEISHMAN SJ, SCHROEDER JR. *Safety and Efficacy of the Nicotine Patch and Gum for the Treatment of Adolescent Tobacco Addiction* [en ligne]. Baltimore: Teen tobacco addiction research clinic, Clinical pharmacology and therapeutics research branch, national institute on drug abuse, 2005. Disponible sur: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/115/4/e407.full.html>> (consulté le 28 novembre 2013).
85. UPADHYAYA HP, BRADY KT, WANG W. *Bupropion SR in adolescents with comorbid ADHD and nicotine dependence: a pilot study* [en ligne]. Charleston: Medical university of South Carolina, department of psychiatry and behavioral sciences, 2004. Disponible sur: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14726727>> (consulté le 28 novembre 2013).
86. DAUTZENBERG B. *Diaporama pour les professionnels suite à la conférence d'experts sur le tabagisme périopératoire*. [s.l.]: [s.n.], 2007. 87 p.
87. DELGADO-RODRIGUEZ M, MEDINA-CUADROS M, MARTINEZ-GALLEGO G, GOMEZ-ORTEGA A, MARISCAL-ORTIZ M, PALMA-PEREZ S, SILLERO-ARENAS M. *A prospective study of tobacco smoking as a predictor of complications in general surgery* [en ligne]. Jain: Division of Preventive Medicine and Public Health, University Jain, 2003. Disponible sur: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12558234>> (consulté le 3 décembre 2013).
88. SORENSEN L T, KARLSMARK T, GOTTRUP F. *Abstinence From Smoking Reduces Incisional Wound Infection* [en ligne]. Copenhague: Department of Surgery K, Bispebjerg University Hospital, 2003. Disponible sur: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1422652/>> (consulté le 5 décembre 2013).
89. BLUMAN LG, MOSCA L, NEWMAN N, SIMON DG. *Preoperative smoking habits and postoperative pulmonary complications* [en ligne]. Durham: Cancer Prevention, Detection and Control Research Program, Comprehensive Cancer Center, Duke University Medical

Center, 1998. Disponible sur: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9554620>> (consulté le 5 décembre 2013).

90. LEROY S, LAGOUCHE S, DUREUIL B. *Tabagisme et anesthésie* [en ligne]. Rouen: Département d'anesthésie-réanimation Samu, CHU - Hôpital Charles Nicolle, 2007. Disponible sur: <[http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca07/html/ca07\\_06/ca07\\_06.htm](http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca07/html/ca07_06/ca07_06.htm)> (consulté le 5 décembre 2013).

91. OFFICE FRANCAIS DE PREVENTION DU TABAGISME, FEDERATION FRANCAISE DE PSYCHIATRIE. *Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques : les 20 messages clés* [en ligne]. Paris: Office français de prévention du tabagisme, 2009. Disponible sur: <<http://www.hopitalsanstabac.be/images/documents/recoatmp.pdf>> (consulté le 30 décembre 2013).

92. OFFICE FRANCAIS DE PREVENTION DU TABAGISME, FEDERATION FRANCAISE DE PSYCHIATRIE. *Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques : le texte long* [en ligne]. Paris: Office français de prévention du tabagisme, 2009. Disponible sur: <<http://www.reseau-paris-nord.com/documents/OFT.pdf>> (consulté le 30 décembre 2013).

93. INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. *J'ai du mal à dormir* [en ligne]. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, [s.d.]. Disponible sur: <<http://www.tabac-info-service.fr/Je-tiens-bon/Difficultes-et-solutions/J-ai-du-mal-a-dormir>> (consulté le 15 avril 2014).

94. INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. *Exercice de relaxation : la respiration abdominale* [en ligne]. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, [s.d.]. Disponible sur: <<http://www.tabac-info-service.fr/Mes-Fiches-Pratiques/Exercice-de-relaxation-la-respiration-abdominale>> (consulté le 8 mai 2014).

95. INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. *J'ai du mal à me concentrer* [en ligne]. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, [s.d.]. Disponible sur: <<http://www.tabac-info-service.fr/Je-tiens-bon/Difficultes-et-solutions/J-ai-du-mal-a-me-concentrer>> (consulté le 15 avril 2014).

96. INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. *Je suis irritable* [en ligne]. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, [s.d.]. Disponible sur: <<http://www.tabac-info-service.fr/Je-tiens-bon/Difficultes-et-solutions/Je-suis-irritable>> (consulté le 15 avril 2014).

97. INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. *Je prends du poids* [en ligne]. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, [s.d.]. Disponible sur: <<http://www.tabac-info-service.fr/Je-tiens-bon/Difficultes-et-solutions/Je-prends-du-poids>> (consulté le 15 avril 2014).
98. INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. *Arrêter de fumer sans prendre du poids*. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, [s.d.]. 6 p.
99. INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. *Je suis constipé(e)* [en ligne]. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, [s.d.]. Disponible sur: <<http://www.tabac-info-service.fr/Je-tiens-bon/Difficultes-et-solutions/Je-suis-constipe-e>> (consulté le 15 avril 2014).
100. INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. *Rompre avec la nostalgie de la cigarette* [en ligne]. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, [s.d.]. Disponible sur: <<http://www.tabac-info-service.fr/Je-tiens-bon/Apprendre-a-vivre-sans-tabac/Rompre-avec-la-nostalgie-de-la-cigarette>> (consulté le 15 avril 2014).
101. INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. *Je consomme du cannabis* [en ligne]. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, [s.d.]. Disponible sur: <<http://www.tabac-info-service.fr/Je-tiens-bon/Difficultes-et-solutions/Je-consomme-du-cannabis>> (consulté le 15 avril 2014).
102. INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. *Je sens que je déprime* [en ligne]. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, [s.d.]. Disponible sur: <<http://www.tabac-info-service.fr/Je-tiens-bon/Difficultes-et-solutions/Je-sens-que-je-deprime>> (consulté le 15 avril 2014).
103. INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. *Je tousse, j'ai mal à la gorge* [en ligne]. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, [s.d.]. Disponible sur: <<http://www.tabac-info-service.fr/Je-tiens-bon/Difficultes-et-solutions/Je-tousse-j-ai-mal-a-la-gorge>> (consulté le 15 avril 2014).
104. INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. *Je consomme de l'alcool* [en ligne]. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, [s.d.]. Disponible sur: <<http://www.tabac-info-service.fr/Je-tiens-bon/Difficultes-et-solutions/Je-consomme-de-l-alcool>> (consulté le 15 avril 2014).
105. HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de*

*l'abstinence* » : *Adaptation des colonnes de Beck à la prévention de la rechute* [en ligne]. Saint Denis: Haute Autorité de santé, 2013. Disponible sur: <[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/corrige\\_outil\\_rechute\\_colonnes\\_de\\_beck\\_2014-01-20\\_11-06-41\\_406.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/corrige_outil_rechute_colonnes_de_beck_2014-01-20_11-06-41_406.pdf)> (consulté le 15 avril 2014).

106. HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence » : Attitudes et actions recommandées en fonction du stade de changement du patient* [en ligne]. Saint Denis: Haute Autorité de santé, 2013. Disponible sur: <[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/corrige\\_outil\\_attitudes\\_stade\\_changement\\_patient.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/corrige_outil_attitudes_stade_changement_patient.pdf)> (consulté le 15 avril 2014).

## Table des annexes

Annexe 1. Test de Fagerström .....	138
Annexe 2. <i>Heaviness of Smoking Index</i> .....	139
Annexe 3. Test de Horn.....	140
Annexe 4. Echelle HAD .....	141
Annexe 5. Q-MAT.....	143
Annexe 6. Test de Honc ( <i>Hooked on nicotine checklist</i> ) .....	144
Annexe 7. Fiche de premier entretien.....	145
Annexe 8. Proposition de conduite à tenir en fonction de la situation dans le modèle de Prochaska et DiClemente .....	146
Annexe 9. Fiche stade « Action » .....	147
Annexe 10. Fiche pour un entretien de stabilisation .....	148
Annexe 11. Fiche d'aide à la résolution des problèmes du sevrage : Conseils hygiéno-diététiques.....	149
Annexe 12. Fiche d'exemple pour apprendre à gérer les tentations .....	152

## Annexe 1. Test de Fagerström

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

### Résultats :

- 0-2 : non dépendant,
- 3-4 : faiblement dépendant,
- 5-6 : moyennement dépendant,
- 7-10 : fortement à très fortement dépendant.

## **Annexe 2. Heaviness of Smoking Index**

1. Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?
  - a. Dans les 5 minutes 3
  - b. De 6 à 30 minutes 2
  - c. De 31 à 60 minutes 1
  - d. Après 60 minutes 0
2. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?
  - a. 10 ou moins 0
  - b. 11 à 20 1
  - c. 21 à 30 2
  - d. 31 ou plus 3

### Résultats :

- 0-2 : addiction faible,
- 3-4 : addiction modérée,
- 5-6 : addiction forte.

### Annexe 3. Test de Horn

		Toujours	Souvent	Moyennement	Parfois	Jamais
A	Je fume pour me donner un coup de fouet	5	4	3	2	1
B	Je prends plaisir à fumer et tenir ma cigarette	5	4	3	2	1
C	Tirer sur une cigarette est relaxant	5	4	3	2	1
D	J'allume une cigarette quand je suis soucieux	5	4	3	2	1
E	Quand je n'ai plus de cigarettes je cours en acheter	5	4	3	2	1
F	Je fume avec automatisme	5	4	3	2	1
G	Je fume pour me donner du courage	5	4	3	2	1
H	Le plaisir c'est d'abord manipuler ma cigarette	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	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 en imposer aux autres	5	4	3	2	1
N	J'ai du plaisir à regarder les volutes de fumée	5	4	3	2	1
O	Je fume même si je suis détendu	5	4	3	2	1
P	Je fume pour oublier quand j'ai le cafard	5	4	3	2	1
Q	J'ai toujours besoin de manipuler quelque chose	5	4	3	2	1
R	J'oublie la cigarette qui est dans ma bouche	5	4	3	2	1

#### Résultats :

- 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 =

Si la personne obtient un 10 sur l'une des lignes ci-dessus, cela indique que c'est une raison qui la pousse à fumer.

## Annexe 4. Echelle HAD

1. Je me sens tendu, énervé
  - a. La plupart du temps 3
  - b. Souvent 2
  - c. De temps en temps 1
  - d. Jamais 0
2. J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent
  - a. Oui, toujours 0
  - b. Le plus souvent 1
  - c. De plus en plus rarement 2
  - d. Tout est plus difficile 3
3. Je me sens ralenti
  - a. Pratiquement tout le temps 3
  - b. Très souvent 2
  - c. Quelquefois 1
  - d. Pas du tout 0
4. J'éprouve des sensations d'angoisse et j'ai une boule dans la gorge ou l'estomac noué
  - a. Très souvent 3
  - b. Assez souvent 2
  - c. Parfois 1
  - d. Jamais 0
5. J'ai perdu l'intérêt pour mon apparence
  - a. Totalelement 3
  - b. Je n'y fais plus attention 2
  - c. Je n'y fais plus assez attention 1
  - d. J'y fais attention comme d'habitude 0
6. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place
  - a. Oui, c'est tout à fait le cas 3
  - b. Un peu 2
  - c. Pas tellement 1
  - d. Pas du tout 0
7. J'envisage l'avenir avec optimisme
  - a. Comme d'habitude 0
  - b. Plutôt moins qu'avant 1
  - c. Beaucoup moins qu'avant 2
  - d. Pas du tout 3
8. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver
  - a. Oui, très nettement 3
  - b. Oui, mais ce n'est pas trop grave 2

c. Un peu, mais cela n'a pas d'importance	1
d. Pas du tout	0
9. <u>Je sais rire et voir le bon côté des choses</u>	
a. Toujours autant	0
b. Plutôt moins	1
c. Nettement moins	2
d. Plus du tout	3
10. <u>Je me fais souvent du souci</u>	
a. Très souvent	3
b. Assez souvent	2
c. Occasionnellement	1
d. Très occasionnellement	0
11. <u>Je me sens heureux</u>	
a. Jamais	3
b. Pas souvent	2
c. Quelquefois	1
d. La plupart du temps	0
12. <u>Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir heureux</u>	
a. Jamais	3
b. Rarement	2
c. Oui, en général	1
d. Oui, quoi qu'il arrive	0
13. <u>Je m'intéresse à la lecture d'un bon livre ou à un bon programme radio ou télé</u>	
a. Souvent	0
b. Assez souvent	1
c. Rarement	2
d. Pratiquement jamais	3
14. <u>J'éprouve des sensations soudaines de panique</u>	
a. Très souvent	3
b. Assez souvent	2
c. Rarement	1
d. Jamais	0

Interprétation du score :

- Anxiété : somme des scores des questions 1, 4, 6, 8, 10, 12, 14 ; un score > 12 est significatif,
- Dépression : somme des scores des questions 2, 3, 5, 7, 9, 11, 13 ; un score > 8 est significatif.

## Annexe 5. Q-MAT

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. Vous aurez arrêté de fumer ? 8
  
2. Avez-vous, actuellement, envie d'arrêter de fumer ?
  - a. Pas du tout 0
  - b. Un peu 1
  - c. Beaucoup 2
  - d. Enormément 3
  
3. Pensez-vous que, dans 4 semaines :
  - a. Vous fumerez toujours autant ? 0
  - b. Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarette ? 2
  - c. Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarette ? 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

Total : /20

- Inférieur à 6 : non motivé
- Entre 7 et 12 : motivation moyenne
- Supérieur à 12 : bonne motivation
- L'expérience montre que seuls les résultats supérieurs à 16 sont synonymes d'une bonne motivation.

## Annexe 6. Test de Honc (*Hooked on nicotine checklist*)

		Non	Oui
1.	Avez-vous déjà tenté d'arrêter de fumer mais vous ne pouviez pas ?		
2.	Fumez-vous actuellement parce que c'est vraiment difficile d'arrêter ?		
3.	Avez-vous déjà pensé que vous fumez parce que vous êtes dépendant(e) du tabac ?		
4.	Avez-vous déjà eu des envies impérieuses de fumer ?		
5.	Avez-vous déjà senti que vous aviez vraiment besoin d'une cigarette ?		
6.	Est-ce difficile de ne pas fumer dans les endroits où c'est interdit comme par exemple à l'école ?		
<b>Quand vous avez essayé d'arrêter de fumer ... ou quand vous n'avez pas fumé depuis un certains temps...</b>			
7.	Avez-vous trouvé difficile de vous concentrer sur votre travail parce que vous ne pouviez pas fumer ?		
8.	Avez-vous été plus irritable parce que vous ne pouviez pas fumer ?		
9.	Aviez-vous senti un besoin urgent, une envie impérieuse de fumer ?		
10.	Vous êtes vous senti(e) nerveux (se), incapable de rester tranquille, ou angoissé(e) parce que vous ne pouviez pas fumer ?		
11.	Vous-êtes vous senti(e) triste ou déprimé(e) parce que vous ne pouviez pas fumer ?		

### Résultats :

- Si « Non » à toutes les questions → Contrôle entièrement sa consommation de tabac.
- Si elle répond « Oui » à au moins l'une des questions → Perte d'une partie de son autonomie face au tabac, d'autant plus grande qu'il y a de réponse positive.

## Annexe 7. Fiche de premier entretien

Premier entretien	
Date, nom, prénom, âge	
1. Date de la 1 <sup>ère</sup> cigarette	
2. Motif(s) du patient à l'arrêt ou à la diminution	
3. Fumeur chronique (au moins 1 cigarette par jour) depuis :	Moins d'un an 1 à 5 ans 5 à 10 ans 10 à 20 ans Plus de 20 ans
Nombre de cigarettes en usage chronique par jour :	Moins de 10 10 à 20 Plus de 20
4. Score test de Fagerström (sur 10) <i>Faire passer le test</i>	Score : 0-2 pas dépendant 3-4 faiblement 5-6 moyennement 7-10 fortement à très fortement dépendant
5. Problème(s) somatique(s) <i>maladie(s) chronique(s) ou hospitalisation(s)</i>	Cardiovasculaire Cholestérol Pulmonaire Autres :
6. Problème(s) psychiatriques(s)	Anxiété Dépression Autres (troubles de l'humeur, psychose,...) :
7. Consommation d'autres substances <i>Spécifier la fréquence et la quantité</i>	Alcool : Cannabis : Autres :
8. Nombre d'arrêt(s) précédent(s) et durée(s)	
9. Traitement(s) déjà utilisé(s)	TNS CHAMPIX® ZYBAN LP® Homéopathie Phytothérapie Acupuncture Cigarette électronique Hypnose Autres :
10. Motivation (sur 10) <i>Entourer la réponse</i>	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
11. Quel est l'objectif actuel du patient ?	Arrêter de fumer, Diminuer la consommation, Diminuer le nombre de cigarettes par jour, Ne pas fumer dans certains lieux.
Remarques complémentaires :	

## Annexe 8. Proposition de conduite à tenir en fonction de la situation dans le modèle de Prochaska et DiClemente

Situation dans le modèle de Prochaska et DiClemente	Actions effectuées	Commentaires
Précontemplation	<p>Faire émerger les aspects positifs et négatifs de la cigarette</p> <p>Remise de la documentation</p> <p>Proposer d'aborder ultérieurement sa consommation avec l'équipe officinale</p>	
Contemplation	<p>Faire émerger les aspects positifs et négatifs de la cigarette</p> <p>Remise de la documentation</p> <p>Proposition de réduction du nombre de cigarette</p> <p>Proposer d'aborder ultérieurement sa consommation avec l'équipe officinale</p>	
Préparation	<p>Faire émerger les aspects positifs et négatifs de la cigarette</p> <p>Présenter les différents traitements actuels</p> <p>Remise de la documentation</p> <p>Proposition de réduction du nombre de cigarette</p> <p>Proposer d'aborder ultérieurement sa consommation avec l'équipe officinale</p> <p>Envisager une date d'action</p>	
Action	Mise en place d'un suivi	
Stabilisation	Prévention de la rechute	

## Annexe 9. Fiche stade « Action »

<p>Objectif du patient et du pharmacien</p>	<p>Réduire sa consommation à x cigarettes par jour</p> <p>Ne pas fumer dans certaines situations : avion, voiture, travail, ...</p> <p>Arrêter sa consommation</p>	
<p>Moyens envisagés</p>	<p>TNS Homéopathie Phytothérapie Acupuncture Cigarette électronique Hypnose Autres Approche comportementale</p> <p>CHAMPPIX® /ZYBAN LP® →Partenariat avec médecin obligatoire</p>	
<p>Rendez-vous avec le pharmacien</p>	<p>Date 1 :</p> <p>Date 2 :</p>	

## Annexe 10. Fiche pour un entretien de stabilisation

Entretien de stabilisation		
Objectif du patient et du pharmacien	<p>Avez-vous réussi à tenir votre objectif ?</p> <p>Si oui pourquoi ?</p> <p>Si non pourquoi ?</p>	
Traitement	Le traitement nécessite-t-il une adaptation ?	
Motivation (sur 10)	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	
Comportemental	<p>Le patient a-t-il modifié ses habitudes/ comportements vis à vis de la cigarette ? (association avec le café/l'alcool, en voiture, la pause cigarette, ...)</p>	

## Annexe 11. Fiche d'aide à la résolution des problèmes du sevrage : Conseils hygiéno-diététiques

Problèmes	Conseils hygiéno-diététiques
<p>Les troubles du sommeil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-insomnie,</li> <li>-réveil nocturne,</li> <li>-hyperonirisme, ...</li> </ul>	<p>Habituels, mais transitoire.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• respectez votre horloge biologique (bâillement, frisson, yeux qui piquent, ...),</li> <li>• avoir autant que possible un rythme de vie régulier (des horaires de coucher et de lever similaires tout au long de la semaine),</li> <li>• le soir évitez un repas lourd, diminuez vos activités physiques durant l'heure précédent le coucher et les excitants de manière générale, alcool, thé, café...,</li> <li>• relaxez-vous avant d'aller au lit,</li> <li>• diminuez la température de la chambre, mais veillez à garder les pieds au chaud.</li> </ul>
<p>Le stress</p>	<p>Le stress est un symptôme fréquent du sevrage et peut être responsable de difficulté d'endormissement.</p> <p>Le patient pourra apprendre à reconnaître le début d'une phase de stress pour tenter d'en diminuer les manifestations, par exemple en faisant un exercice de relaxation dès les premiers signes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1°) S'installer confortablement</li> <li>2°) Fermer les yeux</li> <li>3°) Respirer calmement</li> <li>4°) Se concentrer sur sa respiration et cela pendant 5 minutes.</li> </ol> <p>Fumer ajoutera juste de la culpabilité à son geste et amplifiera son stress.</p> <p>Le pharmacien pourra développer ce type d'exercice s'il y est formé ou orienter le patient vers un professionnel.</p>
<p>Les troubles de la concentration</p>	<p>Ces troubles peuvent être très gênants, surtout en milieu professionnel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire des pauses à intervalles réguliers, en se fixant des objectifs durant cette période : les pauses permettent de se relaxer, les objectifs de se féliciter.</li> <li>• La cigarette étant souvent utilisée comme stimulant, le patient pourrait se répéter des slogans tels que « c'est moi qui réfléchis et pas la cigarette » ou utiliser la méthode Coué en se persuadant qu'il en est capable pour éviter les tentations et les rechutes.</li> <li>• Ces troubles sont en général temporaires et diminuent avec le temps, en quelques jours voire quelques semaines maximum.</li> </ul>
<p>L'irritabilité</p>	<p>L'irritabilité est un symptôme fréquent, qui peut aussi affecter l'entourage.</p> <p>Diminuer la consommation d'excitants, d'alcool, de café, dormir suffisamment, en prenant du temps pour soi, pour manger, faire des exercices de relaxation.</p> <p>Penser à s'auto-congratuler, relativiser les remarques péjoratives ou tous les petits riens qui peuvent agacer ...</p>

<p>La prise de poids</p>	<p>Il y a deux mécanismes entraînant la prise de poids avec la cigarette :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la perte de l'effet anorexigène et de l'augmentation du catabolisme de base,</li> <li>• le grignotage, pouvant être provoqué par l'habitude de porter la cigarette à sa bouche.</li> </ul> <p>Si peur de prendre du poids, rappeler à la personne des conseils hygiéno-diététiques de base.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avoir un minimum d'activité physique tous les jours,</li> <li>- Eviter les grignotages,</li> <li>- Faire ses repas soit même plutôt que d'acheter des plats tout prêts, (occupe l'esprit, et le plat est souvent plus équilibré),</li> <li>- Avoir conscience qu'un arrêt de la cigarette provoque une prise de poids de 2 kg à 4 kg (due à la perte de l'effet anorexigène du tabac, au développement du goût, et à la disparition de l'augmentation du métabolisme par le tabac).</li> </ul> <p>Pour atténuer une partie de la perte de l'effet anorexigène de la nicotine, le patient pourra prendre un substitut nicotinique 20 min avant le repas. La dose de nicotine pourra aussi subsister jusqu'au fameux café, si cher à de nombreux fumeurs, faisant d'une pierre deux coup.</p>
<p>La constipation</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La nicotine stimulant le péristaltisme intestinal, un sevrage peut entraîner une constipation.</li> <li>- Exposer des aliments riches en fibres, tels que les céréales, les fruits, le pain complet, rappeler de boire un grand verre d'eau fraîche le matin, faire un peu de marche tous les jours, aller à la selle à des heures régulières...</li> </ul>
<p>La difficulté à changer les habitudes</p>	<p>Les tentations dues aux habitudes sont liées à deux choses :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les catalyseurs : briquets, cendrier, coupe cigare...</li> <li>• la nostalgie.</li> </ul> <p>Le patient doit se couper du rituel et donc des objets qui s'y rapportent.</p> <p>Le patient devra rompre avec la nostalgie de la cigarette, qu'il peut associer à sa jeunesse passée, de bons moments...</p> <p>Fumer n'était plus un plaisir en soi, mais une façon de stopper les symptômes du manque.</p>
<p>La co-consommation de cannabis</p>	<p>La consommation de cannabis, en plus de ses effets néfastes intrinsèques, est un frein à l'arrêt du tabac.</p> <p>Attention à la compensation du tabac vers le cannabis.</p> <p>Il est donc conseillé d'arrêter les deux substances de concert.</p> <p>Attention, l'usage régulier de cannabis de façon non festive peut aussi être le signe d'un problème moins superficiel qu'il ne le semblerait, pour trouver le sommeil, s'éloigner de la réalité ou de certaines pensées...</p>
<p>La « déprime »</p>	<p>L'arrêt du tabac est un grand choc dans la vie du fumeur.</p> <p>Pour tenter d'éviter ce problème :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ne pas vouloir brûler les étapes et poser des objectifs réalistes,</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• placer le fumeur dans un cercle vertueux : la personne fait une démarche difficile par choix. Ne pas hésiter à se féliciter de chaque petite victoire sur le tabac : cigarette non fumée, tentation évitée..., se rappeler ses motivations initiales régulièrement, qui peuvent être affichées sur son bureau. Penser positif, se faire plaisir, faire le bilan des bénéfices ressentis : goût, odorat, souffle...</li> </ul>
La toux	<p>Dans les premiers jours, voire semaines du sevrage, le patient peut ressentir un paradoxe :</p> <p>Le patient se met à tousser et avoir mal à la gorge alors qu'il s'attendait à retrouver son souffle.</p> <p>Cela est dû au retour à la normale du système de clairance du mucus : les cellules ciliées qui avaient régressées sous l'influence du tabac se remettent à fonctionner, ce qui peut provoquer toux grasses, sinusites, angines, maux de gorges, rhumes... ce phénomène s'estompe avec le temps.</p> <p>La consommation de boisson chaude et épaisse, lait, infusion avec du miel..., peut améliorer l'évacuation du mucus et diminuer les manifestations de l'irritation de la gorge.</p>
La consommation d'alcool	<p>Les consommations d'alcool et de tabac sont souvent liées, surtout lors d'usage récréatif.</p> <p>Attention l'équation désinhibition + présence fumeurs mène à de dangereuses tentations.</p> <p>Pour éviter cela :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La personne pourra analyser les raisons de sa consommation, pour tenter de mieux la contrôler,</li> <li>- Pré-établir la quantité de verre qui sera bue dans la soirée, boire lentement en savourant.</li> </ul> <p>Attention au phénomène de compensation d'une de ses consommations vers l'autre.</p>

## Annexe 12. Fiche d'exemple pour apprendre à gérer les tentations

<b>Événements Situations</b>	<b>Emotions Réactions</b>	<b>Pensées automatiques</b>	<b>Pensées alternatives</b>
<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.

## Table des illustrations

Figure 1 : Tabac en fleurs, dans une plantation de Caroline du Nord, Etats-Unis. <sup>[12]</sup> .....	18
Figure 2 : Résumé des principales étapes permettant de transformer un plan de tabac en cigarette manufacturée. ....	21
Figure 3 : Proportion de fumeurs actuels parmi les 18-75 ans selon le sexe, 1974-2010 (en%). <sup>[17]</sup> .....	22
Figure 4 : Les expérimentations de tabac, de boissons alcoolisées, de cannabis, ainsi que les premières ivresses parmi les collégiens selon le sexe et le niveau scolaire (%) <sup>[19]</sup> .....	23
Figure 5 : Les usages récents de tabac, d'alcool, de cannabis et ivresses selon le sexe et la classe (%) <sup>[19]</sup> .....	24
Figure 6 : Fréquence de la consommation régulière des trois principaux produits psychoactifs, en France métropolitaine, de 18 à 64 ans (2010) et à 17 ans (2011) <sup>[17]</sup> .....	24
Figure 7 : Proportions de fumeurs quotidiens de tabac en 2010, suivant l'âge et le sexe. <sup>[18]</sup> .....	25
Figure 8 : Ventes totales de tabac (en tonnes) et répartition entre cigarettes, tabac à rouler et autres tabacs. <sup>[20]</sup> .....	28
Figure 9 : Prix du paquet (en euro) de la marque la plus vendue en fonction du temps (en année). <sup>[21]</sup> .....	28
Figure 10 : Simulation de la nicotémie d'un fumeur au cours de la journée basée sur des données pharmacocinétiques moyennes, une cigarette par heure pendant 16 heures. <sup>[27]</sup> .....	34
Figure 11 : Le narguilé. <sup>[28]</sup> .....	35
Figure 12 : Beedies de la marque 501 Ganesh®. ....	36
Figure 13 : Snus. <sup>[28]</sup> .....	36
Figure 14 : Utilisation, risque et intérêt des produits contenant de la nicotine. <sup>[28]</sup> .....	37
Figure 15 : Douane, achat de tabac et de cigarettes sur internet. <sup>[45]</sup> .....	50
Figure 16 : Ventes de cigarettes (en millions d'unités) et prix des cigarettes de la marque la plus vendue. <sup>[51]</sup> .....	52
Figure 17 : Nombre et volume (en tonnes) de saisies de cigarettes. <sup>[51]</sup> .....	52
Figure 18 : Modèle Transthéorique de Prochaska et DiClemente des stades de changement. ....	59

## Table des tableaux

Tableau 1 : Composition de la fumée de tabac dans le courant principal et le courant secondaire.....	32
Tableau 2 Les 4 stades de la BPCO.....	41
Tableau 3 : Comparaison de la consommation totale estimée de cigarettes et de tabac à rouler aux ventes officielles, en 2010, en tonnes. ....	51
Tableau 4 : Motivation à changer ou à ne pas changer : avantages et inconvénients.....	101
Tableau 5 : Motivation à changer ou à ne pas changer : avantages et inconvénients : stade la précontemplation ou de contemplation. ....	102
Tableau 6 : Motivation à changer ou à ne pas changer : avantages et inconvénients : stade de contemplation ou de préparation. ....	102
Tableau 7 : Motivation à changer ou à ne pas changer : avantages et inconvénients : stade d'action.....	103

## Liste des abréviations :

- ADN : acide désoxyribonucléique
- AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
- ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament
- AVC : accident vasculaire cérébral
- BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive
- CO : monoxyde de carbone
- IMAO : inhibiteur de la monoamine oxydase
- O<sub>2</sub> : dioxygène
- OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
- OFT : Office Français du Tabagisme
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ORL : oto-rhino-laryngologique
- RCP : résumé des caractéristiques du produit
- TCC : thérapie cognitivo-comportementale
- TNS : traitement nicotinique de substitution
- VEMS : volume expiratoire maximum expiré en une seconde

## SERMENT DE GALIEN

Je jure en présence de mes Maîtres de la Faculté et de mes condisciples :

- d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;
- d'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
- de ne jamais oublier ma responsabilité, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

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

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



**Laurent BARATAUD**

## **PRISE EN CHARGE DU TABAC EN OFFICINE, RÔLE DU PHARMACIEN, DANS LE REPERAGE ET LE SUIVI**

Résumé :

En France, le tabac est responsable de 73 000 morts par an. Le législateur s'inquiète de la problématique en multipliant les protections pour les non-fumeurs et en suivant de près les nouvelles méthodes de consommations, comme la cigarette électronique. Cependant, un fléchissement dans l'intensité des campagnes anti-tabac peut également être constaté. La politique de soin en France ne prend pas la mesure du rôle que peut avoir la prévention, notamment dans un contexte où la réduction des coûts de la santé est un objectif majeur.

Le pharmacien d'officine, en tant qu'acteur du parcours de soin, peut s'inscrire dans cette démarche de santé, notamment grâce aux nouvelles missions qui lui sont confiées. Il peut utiliser ses compétences dans le repérage, le suivi, la diminution de la consommation ou le maintien du sevrage. Cette thèse propose des outils synthétiques et des rappels des recommandations existantes dans une proposition de trame d'entretien officinale.

Mots-clefs :

Tabac, dépendance, traitement, risque santé, officine, repérage, prévention, santé publique, suivi

---

### **CARE OF TABACCO IN PHARMACY, ROLE OF THE PHARMACIST, IN THE IDENTIFICATION AND THE FOLLOW-UP**

Abstract :

In France, tobacco is responsible of 73 000 death each year. The legislator worries over the problem by multiplying up the protections to non-smokers and by monitoring new ways of consumption, like electronic cigarettes. However, a reduction in the intensity of anti-smoking campaigns can also be noticed. The health policy in France does not take stock of the role that prevention can have, notably in a environment where healthcare cost reduction is a major goal.

The pharmacist, as a member of the care pathway, can fit that health approach, in particular thanks to new missions assigned to him. He can use his skills in the identification, the follow-up and the reduction of the consumption or the withdrawal sustain. This thesis aims at providing global tools and reminders of the applicable recommendations as part of an officinal interview outline.

Keywords :

Tabacco, dependence, treatment, health risk, pharmacy, identification, prevention, public health, follow up