



HAL
open science

Le pharmacien d'officine acteur de santé en matière de prévention, de sevrage et de suivi du tabagisme

Adeline Bertrand

► **To cite this version:**

Adeline Bertrand. Le pharmacien d'officine acteur de santé en matière de prévention, de sevrage et de suivi du tabagisme. Sciences pharmaceutiques. 2017. hal-01931980

HAL Id: hal-01931980

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931980>

Submitted on 23 Nov 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE DE LORRAINE

2017

FACULTE DE PHARMACIE

THESE

Présentée et soutenue publiquement

Le 16 février 2017, sur un sujet dédié à :

**LE PHARMACIEN D'OFFICINE ACTEUR DE SANTE
EN MATIERE DE PREVENTION, DE SEVRAGE ET DE
SUIVI DU TABAGISME**

Pour obtenir

Le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

Par Adeline BERTRAND

Née le 15 juillet 1991 à Metz (57)

Membres du jury :

Président : Nathalie THILLY

Professeur des universités, Santé publique
et épidémiologie

Juges : Ndeye Coumba NDIAYE

Maitre de conférences

Emmanuelle BENOIT

Maitre de conférences

Viet-Cuong Kenny NGUYEN Docteur en pharmacie

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE PHARMACIE
Année universitaire 2016-2017

DOYEN

Francine PAULUS

Vice-Doyen

Béatrice FAIVRE

Directeur des Etudes

Virginie PICHON

Conseil de la Pédagogie

Président, Brigitte LEININGER-MULLER

Collège d'Enseignement Pharmaceutique Hospitalier

Président, Béatrice DEMORE

Commission Prospective Facultaire

Président, Christophe GANTZER

Vice-Président, Jean-Louis MERLIN

Commission de la Recherche

Président, Raphaël DUVAL

Responsable de la filière Officine
Responsables de la filière Industrie

Béatrice FAIVRE
Isabelle LARTAUD,
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS
Béatrice DEMORE
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS
Raphaël DUVAL
Marie-Paule SAUDER

Responsable de la filière Hôpital
Responsable Pharma Plus ENSIC
Responsable Pharma Plus ENSAIA
Responsable de la Communication
Responsable de la Cellule de Formation

Béatrice FAIVRE

Continue

et individuelle



Responsable de la Commission d'agrément
des maîtres de stage

Béatrice FAIVRE

Responsables des échanges
internationaux

Bertrand RIHN

Responsable ERASMUS

Mihayl VARBANOV

DOYENS HONORAIRES

Chantal FINANCE
Claude VIGNERON

PROFESSEURS EMERITES

Jeffrey ATKINSON
Jean-Claude BLOCK
Max HENRY
Gérard SIEST
Claude VIGNERON

PROFESSEURS HONORAIRES

Roger BONALY
 Pierre DIXNEUF
 Marie-Madeleine GALTEAU
 Thérèse GIRARD
 Michel JACQUE
 Pierre LABRUDE
 Vincent LOPPINET
 Janine SCHWARTZBROD
 Louis SCHWARTZBROD

ASSISTANTS HONORAIRES

Marie-Catherine BERTHE
 Annie PAVIS

MAITRES DE CONFERENCES HONORAIRES

Monique ALBERT
 Mariette BEAUD
 Gérald CATAU
 Jean-Claude CHEVIN
 Jocelyne COLLOMB
 Bernard DANGIEN
 Marie-Claude FUZELLIER
 Françoise HINZELIN
 Francine KEDZIEREWICZ
 Marie-Hélène LIVERTOUX
 Bernard MIGNOT
 Jean-Louis MONAL
 Blandine MOREAU
 Dominique NOTTER
 Christine PERDICAKIS
 Marie-France POCHON
 Anne ROVEL
 Maria WELLMAN-ROUSSEAU

ENSEIGNANTS

Section
 CNU*

Discipline d'enseignement

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|--------------------------------|----|--|
| Danièle BENSOUSSAN-LEJZEROWICZ | 82 | Thérapie cellulaire |
| Jean-Louis MERLIN | 82 | Biologie cellulaire |
| Alain NICOLAS | 80 | Chimie analytique et Bromatologie |
| Jean-Michel SIMON | 81 | Economie de la santé, Législation pharmaceutique |
| Nathalie THILLY | 81 | Santé publique et Epidémiologie |

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

| | | |
|-------------------------------|----|--|
| Christine CAPDEVILLE-ATKINSON | 86 | Pharmacologie |
| Joël DUCOURNEAU | 85 | Biophysique, Acoustique, Audioprothèse |
| Raphaël DUVAL | 87 | Microbiologie clinique |
| Béatrice FAIVRE | 87 | Biologie cellulaire, Hématologie |
| Luc FERRARI | 86 | Toxicologie |
| Pascale FRIANT-MICHEL | 85 | Mathématiques, Physique |
| Christophe GANTZER | 87 | Microbiologie |
| Frédéric JORAND | 87 | Eau, Santé, Environnement |
| Isabelle LARTAUD | 86 | Pharmacologie |
| Dominique LAURAIN-MATTAR | 86 | Pharmacognosie |
| Brigitte LEININGER-MULLER | 87 | Biochimie |
| Pierre LEROY | 85 | Chimie physique |
| Philippe MAINCENT | 85 | Pharmacie galénique |
| Alain MARSURA | 32 | Chimie organique |
| Patrick MENU | 86 | Physiologie |
| Jean-Bernard REGNOUF de VAINS | 86 | Chimie thérapeutique |
| Bertrand RIHN | 87 | Biochimie, Biologie moléculaire |

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|-----------------|----|--|
| Béatrice DEMORE | 81 | <i>Pharmacie clinique</i> |
| Julien PERRIN | 82 | <i>Hématologie biologique</i> |
| Marie SOCHA | 81 | <i>Pharmacie clinique, thérapeutique et biotechnique</i> |

MAITRES DE CONFÉRENCES

| | | |
|-------------------------|----|---|
| Sandrine BANAS | 87 | <i>Parasitologie</i> |
| Xavier BELLANGER | 87 | <i>Parasitologie, Mycologie médicale</i> |
| Emmanuelle BENOIT | 86 | <i>Communication et Santé</i> |
| Isabelle BERTRAND | 87 | <i>Microbiologie</i> |
| Michel BOISBRUN | 86 | <i>Chimie thérapeutique</i> |
| François BONNEAUX | 86 | <i>Chimie thérapeutique</i> |
| Ariane BOUDIER | 85 | <i>Chimie Physique</i> |
| Cédric BOURA | 86 | <i>Physiologie</i> |
| Igor CLAROT | 85 | <i>Chimie analytique</i> |
| Joël COULON | 87 | <i>Biochimie</i> |
| Sébastien DADE | 85 | <i>Bio-informatique</i> |
| Dominique DECOLIN | 85 | <i>Chimie analytique</i> |
| Roudayna DIAB | 85 | <i>Pharmacie galénique</i> |
| Natacha DREUMONT | 87 | <i>Biochimie générale, Biochimie clinique</i> |
| Florence DUMARCAY | 86 | <i>Chimie thérapeutique</i> |
| François DUPUIS | 86 | <i>Pharmacologie</i> |
| Adil FAIZ | 85 | <i>Biophysique, Acoustique</i> |
| Anthony GANDIN | 87 | <i>Mycologie, Botanique</i> |
| Caroline GAUCHER | 86 | <i>Chimie physique, Pharmacologie</i> |
| Stéphane GIBAUD | 86 | <i>Pharmacie clinique</i> |
| Thierry HUMBERT | 86 | <i>Chimie organique</i> |
| Olivier JOUBERT | 86 | <i>Toxicologie, Sécurité sanitaire</i> |
| Alexandrine LAMBERT | 85 | <i>Informatique, Biostatistiques</i> |
| Julie LEONHARD | 86 | <i>Droit en Santé</i> |
| Christophe MERLIN | 87 | <i>Microbiologie environnementale</i> |
| Maxime MOURER | 86 | <i>Chimie organique</i> |
| Coumba NDIAYE | 86 | <i>Epidémiologie et Santé publique</i> |
| Francine PAULUS | 85 | <i>Informatique</i> |
| Caroline PERRIN-SARRADO | 86 | <i>Pharmacologie</i> |
| Virginie PICHON | 85 | <i>Biophysique</i> |
| Sophie PINEL | 85 | <i>Informatique en Santé (e-santé)</i> |
| Anne SAPIN-MINET | 85 | <i>Pharmacie galénique</i> |
| Marie-Paule SAUDER | 87 | <i>Mycologie, Botanique</i> |
| Guillaume SAUTREY | 85 | <i>Chimie analytique</i> |
| Rosella SPINA | 86 | <i>Pharmacognosie</i> |
| Gabriel TROCKLE | 86 | <i>Pharmacologie</i> |
| Mihayl VARBANOV | 87 | <i>Immuno-Virologie</i> |
| Marie-Noëlle VAULTIER | 87 | <i>Mycologie, Botanique</i> |

| | | |
|-----------------|----|--|
| Emilie VELOT | 86 | <i>Physiologie-Physiopathologie humaines</i> |
| Mohamed ZAIYOU | 87 | <i>Biochimie et Biologie moléculaire</i> |
| Colette ZINUTTI | 85 | <i>Pharmacie galénique</i> |

PROFESSEUR ASSOCIE

| | | |
|--------------------|----|-------------------|
| Anne MAHEUT-BOSSER | 86 | <i>Sémiologie</i> |
|--------------------|----|-------------------|

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

| | | |
|-----------------|----|--|
| Alexandre HARLE | 82 | <i>Biologie cellulaire oncologique</i> |
|-----------------|----|--|

PROFESSEUR AGREGE

| | | |
|--------------------|----|----------------|
| Christophe COCHAUD | 11 | <i>Anglais</i> |
|--------------------|----|----------------|

**Disciplines du Conseil National des Universités :*

80 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

81 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

82 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

85 ; Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

86 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

87 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

32 : Personnel enseignant-chercheur de sciences en chimie organique, minérale, industrielle

11 : Professeur agrégé de lettres et sciences humaines en langues et littératures anglaises et Anglo-Saxon

« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION, NI IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS LES THESES, CES OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEUR AUTEUR ».

SERMENT DES APOTHICAIRES

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

D' honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

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

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

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements les plus sincères à toutes les personnes qui m'ont aidée dans la rédaction de ce mémoire, et à toutes les personnes qui m'ont encouragée et soutenue.

A mon Président du Jury,

Madame Nathalie THILLY, professeur des universités en santé publique et épidémiologie. En tant que président du jury de thèse, je la remercie d'avoir rempli cette fonction à responsabilités. Soyez assurée de tout mon respect.

A mon Directeur de Thèse,

Madame Ndeye Coumba NDIAYE, maître de conférences en épidémiologie et santé publique. En tant que directeur de thèse, elle m'a beaucoup guidée dans mon travail, s'est montrée très disponible et m'a aidée à alimenter ma réflexion. Je la remercie infiniment et lui envoie toute ma gratitude.

A mes juges,

Madame Emmanuelle BENOIT, maître de conférences en communication et santé.

Monsieur Viet-Cuong Kenny NGUYEN, docteur en pharmacie. Une reconnaissance infinie pour votre enthousiasme et votre implication immédiate dès l'annonce de mon sujet. Un professionnel de santé qui aime son métier et qui accorde de l'importance à aider ses confrères. Un regard critique sur mon travail qui n'a été que bénéfique pour le finaliser.

Mes maîtres de stages et collègues de travail,

Qui m'ont appris beaucoup de choses et qui ont su se montrer toujours agréables et à l'écoute au cours de mon parcours universitaire.

Je dédie cette thèse à,

Ma famille et à mes amis, qui ont été présents à mes côtés, m'ont soutenue et encouragée dans la réalisation de ce mémoire de fin d'étude.

Naoual,

Ma plus ancienne amie qui a toujours été une oreille attentive, qui m'a soutenue dans les moments de doute. Il n'y a pas assez de mots pour exprimer toute ma reconnaissance. Que notre amitié soit éternelle.

Mes parents,

Qui m'ont donné toutes les chances de réussir et de mener à terme mes études. Un soutien permanent qui m'a beaucoup apporté. Je vous dois une reconnaissance infinie pour tout ce que vous avez fait.

Mon frère, Michaël,

Qui a partagé une bonne partie de ma scolarité et toutes mes années de faculté. Une présence constante qui m'a apporté beaucoup d'aide.

Mes sœurs, Aurélie et Alizée,

Que j'adore, et qui m'ont permis de décompresser pendant les périodes stressantes des études. Merci d'être là.

Mon grand-père,

Qui a suivi de loin ma scolarité. A mes autres grands-parents partis trop tôt, vous me manquez beaucoup.

Mon oncle,

Bien que je ne te vois pas souvent. La distance n'est pas un obstacle.

Mes amis de faculté,

Marie-Lauren et Mathilde,

Votre présence sur les bancs de la faculté n'a été que rire et complicité. De bons souvenirs au quotidien et un soutien constant tout au long de ces années qui n'a été que bénéfique. De magnifiques moments partagés ensemble que je n'oublierai jamais. Merci infiniment, vous êtes des perles rares et je vous souhaite tout le bonheur du monde. La suite reste à écrire...

Sophie,

Mon binôme adoré de TP, avec qui j'ai passé de nombreux moments de réflexions et de nombreux bons moments tout au long de la faculté.

Mathieu, Jean-Felix, Clotilde, et tous les autres membres du groupe 1,

Merci d'avoir fait régner la bonne humeur tout au long de nos études. Le temps n'efface pas les bons souvenirs.

La filière officine de 6^{ème} année,

Mathilde, Aurélie, Noémie, Mélodie, Pierre, Laurent, Jean-Felix... Cette dernière année nous aura tous rapprochés.

Merci pour ces moments inoubliables à vos côtés, merci pour votre aide et tout ce que vous m'avez apporté. La 6^{ème} année a de loin été la meilleure grâce à vous tous.

On recommence quand vous voulez, vous êtes des champions !

Et le meilleur pour la fin,

Dimitri,

Merci pour ton soutien constant, ta présence et ton écoute,

Une personne en or aux multiples qualités, avec tout mon amour, merci.

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|-------------|
| REMERCIEMENTS..... | I |
| TABLE DES MATIERES | IV |
| TABLE DES ILLUSTRATIONS | X |
| TABLE DES TABLEAUX | XI |
| LISTE DES ABREVIATIONS..... | XII |
| PROBLEMATIQUE..... | XIII |
| INTRODUCTION..... | 1 |
| PARTIE I : SANTE PUBLIQUE ET TABAC EN FRANCE..... | 4 |
| I. Epidémiologie | 4 |
| A. Quelques chiffres..... | 4 |
| B. Le tabac inducteur de cancer..... | 5 |
| C. Un tabagisme précoce | 6 |
| II. Une unité de mesure | 7 |
| III. Le tabagisme et les dépenses de santé..... | 7 |
| IV. Différentes mesures | 8 |
| A. La Convention Cadre pour la Lutte Anti-tabac..... | 8 |
| B. Le « Moi(s) sans tabac » | 9 |
| PARTIE II : LEGISLATION EN FRANCE | 11 |
| I. La loi Veil..... | 11 |
| II. La loi Evin..... | 11 |
| III. LES Autres réglementations..... | 12 |
| IV. Les nouveautés..... | 13 |
| PARTIE III : TABAC ET DEPENDANCE | 14 |
| I. Le tabac | 14 |
| A. Substances contenues dans une cigarette | 14 |
| 1. La nicotine | 14 |
| a. Origine | 14 |
| b. Structure | 15 |
| c. Consommation | 15 |
| d. Mécanisme d'action..... | 16 |
| e. Pharmacocinétique | 17 |

| | | |
|--------------------|---|-----------|
| i. | Absorption | 17 |
| ii. | Distribution | 17 |
| iii. | Elimination | 17 |
| f. | Pharmacodynamie | 18 |
| 2. | Le monoxyde de carbone | 19 |
| 3. | Les autres toxiques..... | 20 |
| B. | Interactions avec les médicaments..... | 21 |
| C. | Les risques du tabagisme | 22 |
| 1. | Les maladies liées au tabac..... | 22 |
| a. | Le cancer | 22 |
| b. | La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)..... | 23 |
| c. | Les maladies cardio-vasculaires..... | 23 |
| d. | Les autres pathologies | 24 |
| e. | Le tabagisme passif | 25 |
| 2. | Les effets secondaires du tabac | 25 |
| 3. | Le tabac, la conception et la grossesse | 26 |
| a. | La conception..... | 26 |
| b. | La grossesse..... | 26 |
| II. | La dépendance..... | 27 |
| A. | La dépendance physique..... | 27 |
| B. | La dépendance psychique..... | 28 |
| C. | La dépendance environnementale..... | 28 |
| D. | Effet d'une privation temporaire | 28 |
| PARTIE IV : | METHODES DE SEVRAGE | 29 |
| I. | Substitution nicotinique..... | 29 |
| A. | Rôle de la substitution | 29 |
| B. | Les différentes formes de substitutions..... | 30 |
| 1. | Les systèmes transdermiques (timbre ou patch)..... | 30 |
| 2. | Les substituts oraux..... | 32 |
| a. | Les gommes | 32 |
| b. | Les comprimés sublinguaux et à sucer..... | 32 |
| c. | L'inhalateur | 33 |
| d. | Le spray | 34 |
| e. | Recommandation pour les substituts oraux..... | 34 |
| C. | Durée du traitement | 35 |

| | |
|--|-----------|
| 1. Les patches | 35 |
| a. Forte dépendance | 35 |
| b. Faible dépendance | 35 |
| 2. Les gommes à mâcher | 36 |
| 3. Les comprimés à sucer | 36 |
| D. Interactions | 37 |
| E. Effets indésirables | 37 |
| 1. Les patches | 37 |
| 2. Les gommes, les comprimés sublinguaux et le spray | 37 |
| F. Contre-indications | 38 |
| G. Limites des substituts nicotiques | 38 |
| II. Les autres méthodes de sevrage | 39 |
| A. Les médicaments | 39 |
| 1. Bupropion (Zyban®) | 39 |
| a. Présentation et posologie | 39 |
| b. Propriétés et cinétique | 39 |
| c. Effets indésirables | 40 |
| d. Précaution d'emploi et interactions médicamenteuses | 40 |
| e. Contre-indications | 40 |
| 2. Varénicline (Champix®) | 41 |
| a. Présentation et posologie | 41 |
| b. Propriétés et cinétique | 42 |
| c. Effets indésirables | 42 |
| d. Précautions d'emploi | 42 |
| e. Contre-indication | 42 |
| B. L'homéopathie | 43 |
| 1. Les différentes souches | 43 |
| 2. En résumé | 44 |
| C. La cigarette électronique | 45 |
| 1. La composition | 45 |
| 2. Le « e-liquide » | 45 |
| 3. La législation | 46 |
| 4. Sujet à controverse | 46 |
| D. Les médecines alternatives | 47 |
| 1. L'acupuncture | 47 |
| 2. L'hypnose | 48 |

| | |
|--|-----------|
| 3. Le magnétisme | 49 |
| PARTIE V : ROLE DU PHARMACIEN..... | 50 |
| I. La prévention | 50 |
| A. Les différents types de prévention | 50 |
| 1. La prévention primaire | 50 |
| 2. Prévention secondaire | 51 |
| 3. Prévention tertiaire..... | 51 |
| B. Généralités..... | 51 |
| C. Concernant le pharmacien | 57 |
| II. La prise en charge du patient fumeur..... | 58 |
| A. Faire le point sur le patient et sa vie avec le tabac..... | 59 |
| 1. « Fumer est un plaisir » | 60 |
| 2. « Fumer me détend »..... | 60 |
| 3. « Je ne me sens pas prêt »..... | 60 |
| 4. « Je ne fume que des cigarettes légères »..... | 60 |
| 5. « Il y a tellement longtemps que je fume, ça ne sert à rien d'arrêter maintenant » | 60 |
| 6. « J'ai peur de grossir »..... | 61 |
| 7. « Je n'ai pas assez de volonté, je n'y arriverai pas » | 61 |
| 8. « J'ai peur d'être nerveux, irritable » | 61 |
| 9. « J'ai fait plusieurs tentatives et à chaque fois je recommence » | 61 |
| 10. En résumé..... | 61 |
| B. Aborder le sevrage avec le patient | 62 |
| C. Evaluation de la dépendance | 64 |
| 1. Test de dépendance physique | 64 |
| 2. Test de dépendances psychiques et comportementales..... | 66 |
| D. Lutter contre la dépendance psychologique..... | 66 |
| E. Connaitre son patient | 67 |
| 1. Stade fumeurs indécis | 68 |
| 2. Stade fumeur qui décide d'essayer | 68 |
| 3. Stade préparation | 68 |
| 4. Stade action..... | 69 |
| 5. Stade de la maintenance | 69 |
| 6. Pour tous les stades | 69 |
| F. Exposer les différents modes d'arrêt..... | 70 |
| 1. Arrêt d'un coup (fumeurs peu dépendants)..... | 70 |

| | |
|---|-----------|
| 2. Arrêt progressif (fumeurs très dépendants)..... | 70 |
| G. Adapter le traitement substitutif en fonction du patient..... | 72 |
| H. Tabac info service..... | 73 |
| III. Suivi du sevrage tabagique par le pharmacien..... | 77 |
| A. Le patient face aux difficultés du sevrage..... | 77 |
| B. Le suivi du pharmacien..... | 77 |
| 1. Fiche de suivi hebdomadaire | 78 |
| a. Pulsions à fumer à leur paroxysme | 78 |
| b. Anxiété et baisse de moral | 79 |
| i. Les mesures hygiéno-diététiques | 79 |
| ii. Les plantes contre l'anxiété | 79 |
| iii. Le magnésium | 79 |
| iv. L'homéopathie | 80 |
| c. Difficultés à se concentrer | 81 |
| d. Augmentation de l'appétit..... | 81 |
| e. Constipation | 82 |
| i. Les mesures hygiéno-diététiques | 82 |
| ii. Les laxatifs | 82 |
| f. Troubles du sommeil | 84 |
| i. Les mesures hygiéno-diététiques | 84 |
| ii. Les plantes sédatives | 84 |
| iii. L'homéopathie | 85 |
| iv. Les somnifères | 85 |
| g. Intolérance cutanée..... | 86 |
| h. Toux avec expectoration | 86 |
| 2. La visite des patients en cours de sevrage | 87 |
| a. Patient équilibré dans son sevrage..... | 87 |
| b. Patient présentant des symptômes de sous-dosage | 87 |
| c. Patient présentant des symptômes de surdosage | 87 |
| 3. Constater les progrès accomplis..... | 88 |
| 4. Prévention des rechutes | 89 |
| a. Prise de poids | 89 |
| b. Dépendance physique..... | 90 |
| c. Perte de motivation | 90 |
| d. Dépression..... | 90 |
| e. Les événements de vie | 91 |

| | |
|--|------------|
| f. Environnement convivial | 91 |
| g. Constipation | 91 |
| C. Les effets bénéfiques de l'arrêt du tabac | 92 |
| 1. Sur le cours terme | 92 |
| 2. Sur le long terme | 93 |
| IV. Proposition de parcours patient à disposition du pharmacien | 95 |
| CONCLUSION | 101 |
| ANNEXES | 102 |
| BIBLIOGRAPHIE | 109 |

TABLE DES ILLUSTRATIONS

| | |
|---|----|
| Figure 1 : Structure de la nicotine..... | 15 |
| Figure 2 : Principales voies métaboliques de la nicotine..... | 17 |
| Figure 3 : Schéma de la stimulation d'un récepteur nicotinique par la nicotine. | 18 |
| Figure 4 : Réaction du monoxyde de carbone avec l'hémoglobine. | 19 |
| Figure 5 : Récapitulatif de la prise en charge homéopathique du patient tabagique. | 44 |
| Figure 6 : Campagne publicitaire 2009 de l'Inpes sur la sensibilisation contre le tabac. | 53 |
| Figure 7 : Campagne publicitaire 2010. | 54 |
| Figure 8 : Campagne publicitaire 2011, tabac info service..... | 55 |
| Figure 9 : Campagne publicitaire 2012 sous forme d'affiche..... | 56 |
| Figure 10 : Questionnaire de prise en charge du patient tabagique. | 59 |
| Figure 11 : Schéma de Prochaska..... | 63 |
| Figure 12 : Application smartphone tabac info service..... | 75 |

TABLE DES TABLEAUX

Tableau I : Equivalences des timbres contenant de la nicotine.....31

Tableau II : Évaluation par une note de 0 (néant) à 10 (extrême) des raisons qui vous poussent à fumer.....66

Tableau III : Choisir une substitution adaptée en fonction du nombre de cigarettes fumées et des habitudes.....72

Tableau IV : Dépenses engendrées par le tabac en fonction du temps93

LISTE DES ABREVIATIONS

| | |
|---------------|--|
| ALD | Affection de Longue Durée |
| AMM | Autorisation de Mise sur le Marché |
| ANSM | Agence Nationale de Sécurité du Médicament |
| AVC | Accident Vasculaire Cérébral |
| BPCO | Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive |
| CCLAT | Convention Cadre pour la Lutte Anti-tabac |
| Cd | Cadmium |
| CH | Centésimale Hahnemannienne |
| CMU | Couverture Maladie Universelle |
| CNAMTS | Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés |
| CYP | Cytochrome P-450 |
| DOT | Disodium Octaborate Tetrahydrate |
| Eprus | Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires |
| FDA | Food and Drug Administration |
| HAD | Hospital Anxiety and Depression |
| HbCO | Carboxyhémoglobine |
| Hg | Mercure |
| Inpes | Institut national de Prévention et d'Education pour la Santé |
| InVS | Institut de Veille Sanitaire |
| IRS | Inhibiteur de Recapture de la Sérotonine |
| mg | Milligramme |
| NO | Monoxyde d'azote |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ORL | Oto-Rhino-Laryngée |
| Pb | Plomb |
| PIB | Produit Intérieur Brut |
| Po | Polonium |
| Ppm | Partie Par Million |
| Sr | Strontium |

PROBLEMATIQUE

Toute personne dispose de sa liberté individuelle pour commencer à fumer, et ce malgré les avertissements sur les méfaits du tabagisme adressés aux consommateurs. Ces avertissements se sont traduits par des campagnes publicitaires multiples ainsi que par des phrases et des images chocs figurant sur le paquet de cigarette, dans le but de mettre en garde le consommateur sur les méfaits du tabac et sur le côté pervers de ce produit. Le plus dur n'est pas de fumer sa première cigarette, mais de s'arrêter après sa dernière cigarette. Ce produit de consommation, nocif à la santé, est bien souvent difficile à abandonner. (1)

Des campagnes de désinformation sur la cigarette ont été menées dès la fin des années 1960. Elles faisaient suite aux premières initiatives visant à alerter les pouvoirs publics et les consommateurs de cigarettes des dangers du tabac. Des milliers de documents provenant des industriels du tabac sont rendues publiques, suite au procès contre les cigarettiers américains en 1998. Ces industries considéraient alors l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme leur ennemi public numéro un et voulaient à tout prix contrer la campagne menée contre « les dangers du tabagisme ». Les cigarettiers ont financé des contre-recherches scientifiques afin de critiquer et de discréditer les études menées sur les méfaits du tabagisme actif et passif.

Philip Morris, un des plus puissants cigarettiers américain, a même pris le contrôle, en 1970, d'un centre de recherche à Cologne, en Allemagne. Tout un stratagème a été monté pour mieux contrôler les résultats des études concernant le tabac et pour mieux les dissimuler. Les industriels n'hésitaient pas à payer les scientifiques pour qu'ils modifient les résultats, par exemple, ceux concernant le tabagisme passif. Au cours des années 1980, Philip Morris est entré en guerre contre les firmes pharmaceutiques pour empêcher la mise sur le marché de substituts nicotiques afin de faciliter le sevrage tabagique. C'est notamment par le biais de chantages qu'il remporte une fois de plus la bataille, menaçant les firmes de ne plus acheter chez eux les matières premières, ou les divers produits destinés à faire pousser les plants de tabac. C'est un véritable complot contre la santé publique que Philip Morris a organisé. En 2008, une enquête sur l'analyse des plants de tabac cultivés révèle la présence de polonium 210 dans les feuilles. Cet élément radioactif dangereux et cancérigène, serait à l'origine de 1% des cancers du poumon chez les fumeurs, une information que Philip Morris détenait depuis les années 1960. (1)(2)

C'est une fois de plus une dissimulation de la toxicité du tabac. Les cigarettiers ont aussi collaboré avec l'industrie du cinéma, afin de diffuser une image tendance du tabac, notamment par la mise en avant des cigarettes dans les films. (1)

Selon le Comité National Contre le Tabagisme, la lutte contre cette pratique devient une urgence planétaire. Les chiffres sont très parlants : le tabagisme, c'est 5 millions de morts dans le monde par an, et c'est une personne qui meurt toutes les 6 secondes. Il s'agit de la première cause de décès évitables, et pourtant, il continue à tuer prématurément un de ses consommateurs sur deux. (3)

Alors il faut agir, et mobiliser le plus de moyens possibles pour contrer ce fléau. Ainsi, les professionnels de santé doivent se sentir concernés car ce sont eux qui peuvent prévenir, sevrer, ou aider au maintien de l'abstinence d'un ancien patient tabagique. Parmi le personnel de santé, le pharmacien peut jouer un rôle prédominant de par la proximité qu'il a avec la population. C'est un acteur de santé que beaucoup consultent et avec qui il est possible d'échanger pour avoir un avis, à titre gratuit, et ce, sur divers sujets de santé.

La question est de savoir : Quel(s) rôle(s) le pharmacien d'officine peut-il jouer en matière de prévention, de prise en charge et de suivi du tabagisme ?

INTRODUCTION

Le problème essentiel que représente le tabagisme au sein de la société française a été pointé du doigt de longue date, et des stratégies de lutte contre cette pratique ont été mises en place de façon précoce, avec notamment la loi Veil du 9 Juillet 1976, la loi Evin du 10 Janvier 1991 ou la publication, en 1994, du rapport du Haut Comité de Santé Publique : 'La santé en France : 1994-1998'. Plus récemment, le premier plan cancer 2003-2007 proposait d'accentuer la difficulté d'accès au tabac par notamment l'augmentation des prix et l'interdiction de vente de cigarettes aux moins de 16 ans. Ce plan projetait également de faire interdire la consommation de tabac dans les lieux collectifs et transports en commun, et de renforcer le respect des espaces non-fumeur. Les établissements scolaires sans tabac étaient aussi un objectif à atteindre, tout comme la mise en place de l'interdiction de promouvoir le tabac, et le fait de donner plus de pouvoir aux associations de lutte contre le tabac.

Ce plan avait proposé de faire des campagnes de publicité anti-tabac et d'assurer l'éducation à la santé, surtout concernant les femmes enceintes. Pour finir, il proposait aussi une augmentation des taxes qui a permis le financement de la prévention et des soins. (4)

Le plan cancer 2009-2013 avait proposé une méthode « préventive » pour poursuivre la lutte contre le tabagisme. La population ciblée lors du plan cancer précédent était les jeunes et les femmes. L'objectif de réduire la consommation de tabac chez ces deux populations avait été respecté, mais les efforts devaient être poursuivis. Il fallait arriver à une prévalence inférieure à 20% de fumeurs selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le cancer broncho-pulmonaire chez la femme étant encore trop important. (5)

Pour ce faire, il était nécessaire d'éviter de rendre attractif le tabac et de vaincre les inégalités socio-régionales face au tabagisme. L'aide au sevrage devait être renforcée avec le développement de l'accès aux substituts nicotiques pour les femmes enceintes, et les personnes bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU). En 2007, dans un premier temps, c'est un forfait qui a été financé par les caisses d'assurance maladie à hauteur de 50 euros par an et par assuré. En 2010, compte tenu du contexte particulier qu'est la grossesse, et concernant les jeunes de 25 à 30 ans, l'Etat et l'assurance maladie ont proposé de rembourser 150 euros par an et par assuré en substituts nicotiques (ce qui correspond environ à 3 mois de traitement). Dans un second temps, à partir du 1^{er} juillet 2015, les jeunes de 25 à 30 ans, les bénéficiaires de la CMU et les patients en affections de longue durée (ALD) pouvaient bénéficier d'un forfait de 150 euros par an et par assuré ; ce qui a élargi encore le périmètre des personnes ciblées par rapport à 2010.

Depuis le 1^{er} novembre 2016 (mois sans tabac), tout assuré peut bénéficier d'un remboursement de la sécurité sociale à hauteur de 150 euros par an, s'il possède une prescription médicale. De plus, depuis le 26 janvier 2016, la loi de modernisation de notre système de santé élargit le droit de prescription des substituts nicotiques aux médecins du travail, aux infirmiers, aux masseurs-kinésithérapeutes, et aux chirurgiens-dentistes (en plus des médecins et sages-femmes). Ceci permet de toucher une population encore plus large, et aussi de prescrire à l'entourage de la femme enceinte ou d'un nouveau-né. (5)(6)(7)

La mise en place de campagnes d'informations dissuasives, mettant en avant les dangers du tabagisme, et la publication plus régulière des chiffres concernant la consommation de tabac ont été instaurés. L'interdiction de vendre du tabac via Internet faisait aussi partie des objectifs. La protection des mineurs face au tabagisme a été adoptée dans la loi « Hôpital, patients, santé, territoires », et il a aussi été convenu d'interdire la vente des « cigarettes bonbons ». Les résultats obtenus pour ce plan cancer concernant la réduction du tabac n'ont malheureusement pas été suffisants ; les mesures prises pour parvenir à l'objectif de réduction du tabagisme ont donc été revues et renforcées dans le plan cancer suivant. (5)(6)

Le troisième plan cancer a été lancé pour la période de 2014-2019 et l'un de ses objectifs est toujours de réduire le tabagisme en France. Ce plan rappelle que le tabac est le premier facteur de risque de cancer évitable dans notre pays. Le tabac, c'est 30% des décès par cancer, mais aussi 90% de cancer du poumon, sans énumérer pour le moment la multitude d'autres cancers dont il est responsable. C'est plus de 13 millions de personnes qui sont concernées par la consommation de tabac au quotidien. Le plan cancer 2014-2019 vise à réduire le nombre de fumeur d'un tiers afin de pouvoir sauver 15 000 vies chaque année en France. Il repose sur quatre grands principes qui sont : dissuader l'entrée dans le tabagisme pour éviter que les plus jeunes ne soient touchés, faciliter l'arrêt du tabac, avoir une politique de prix cohérente avec pour objectif la santé publique, et associer les buroalistes à la démarche.

Il faut cibler les personnes les plus susceptibles d'entrer dans le tabagisme (les jeunes, les personnes précaires et les femmes). L'objectif est de renforcer l'interdiction de vente de tabac aux mineurs, de s'inspirer des directives des autres pays pour supprimer l'image attractive du tabac, d'améliorer les mesures concernant le tabagisme passif, et de mettre en place dans le système éducatif des interventions anti-tabac.

Il faut réussir à motiver les professionnels de santé, afin qu'ils s'investissent auprès de leurs patients qui souhaitent arrêter de fumer. Un bon encadrement et de bons outils sont nécessaires pour avoir des résultats probants. En effet, c'est plus de la moitié des fumeurs réguliers qui déclarent avoir envie d'arrêter de fumer, et pourtant, peu d'entre eux ont reçu des conseils adaptés. Dans le plan cancer 2014-2019, les pharmaciens sont cités comme étant des « professionnels de santé impliqués dans la démarche d'arrêt du tabac ». (8)

Plus le temps passe, et plus la prévention axée sur le tabac s'amplifie. Dans le premier plan cancer, les mesures concernant le tabac étaient moins élaborées et moins étendues que celle du plan 2014-2019. Le Gouvernement a pris conscience de la difficulté à lutter contre le tabagisme et à trouver des mesures appropriées pour y remédier. Les objectifs mettent du temps à se réaliser, et la mortalité liée au tabac ne chute pas assez rapidement. C'est pour cette raison qu'un investissement de la part des professionnels de santé est important. Des formations appropriées sont à mettre en place pour apprendre aux professionnels à sensibiliser les fumeurs aux « dangers du tabagisme ». Parler d'un sujet maîtrisé est toujours plus convainquant qu'un discours approximatif.

Le pharmacien d'officine est un professionnel de santé de proximité qui donne des conseils gratuitement. Il est à même de jouer un rôle dans la prévention, le sevrage et le suivi des patients tabagiques. Il serait intéressant d'agir dans ce sens afin de diminuer la morbidité et la mortalité liée au tabagisme.

J'ai pu constater à plusieurs reprises sur le terrain, à l'officine, que les personnes ne se rendent pas compte de la toxicité des composants contenus dans la cigarette, et que, bien souvent, il y a des confusions entre substances toxiques et nicotine. Un dialogue avec les patients souhaitant arrêter de fumer est un premier pas à faire lors d'une demande de substituts nicotiques au comptoir. Ainsi, il faut avoir un discours pertinent et ne pas se contenter de procurer la boîte en question et d'y facturer le prix correspondant. Etre capable de poser les bonnes questions, chercher le moyen de substitution adapté à la personne, l'encourager dans sa démarche en lui donnant les avantages du sevrage qui changeront son quotidien, c'est déjà la moindre des choses en tant que professionnel de santé de proximité. Si le patient le souhaite, l'équipe officinale pourra aller plus loin pour l'accompagner. Cela nécessite juste du temps de la part des deux parties, une prise en charge élaborée, avec éventuellement des protocoles standards à l'appui afin de suivre un plan logique et d'être le plus efficace possible. En effet, une rechute est vite arrivée, et ce, à cause de la dépendance à la nicotine, à cause du geste qui manque à la personne, du stress quotidien, mais aussi de l'entourage du fumeur.

Participer au sevrage tabagique, c'est aussi trouver des solutions pour pallier à ces problèmes ; et le pharmacien de ville est à même d'y parvenir.

PARTIE I : SANTE PUBLIQUE ET TABAC EN FRANCE

I. EPIDEMIOLOGIE

Une étude publiée par l'institut de veille sanitaire (InVS) en 2012 classe les cancers selon leurs incidences et leurs mortalités en France :

En termes d'incidence, le cancer du poumon se situe en deuxième position chez l'homme, et en troisième position chez la femme par rapport aux autres cancers.

En termes de mortalité, le cancer du poumon est la première cause de décès chez l'homme, et la deuxième cause de décès chez la femme par rapport aux autres cancers. (9)

A. Quelques chiffres

Chaque année, 73 000 personnes meurent en France à cause du tabac ; ce qui représente autant que la somme de tous les décès concernant l'alcool, les accidents de la route, le sida, les suicides, les homicides et les drogues illicites. Le tabac n'est pas responsable uniquement des décès par cancer, il entraîne aussi des décès par maladies cardio-vasculaires et par maladies respiratoires. Les morts sont encore trop nombreux, il est impératif d'agir rapidement. (3)

Il est aussi possible de comparer le nombre de morts à cause du tabac avec certains autres scandales sanitaires. Par exemple, le Médiator, médicament des laboratoires Servier, était un anorexigène caché, qui était commercialisé comme antidiabétique. Ce médicament a fait scandale pendant un an, parce qu'il a causé entre 500 et 2 000 décès en l'espace de 33 ans. Le tabac, quant à lui, a tué 1,8 millions de personnes en France durant cette même période. Tout le monde a parlé de la tromperie du laboratoire qui commercialisait le Médiator, mais le nombre de décès à cause du tabac n'a pas fait scandale, alors que les risques sont connus. Les gens meurent des conséquences du tabagisme généralement sans vouloir porter plainte, ni se révolter contre l'industrie du tabac, mais plutôt en silence, se sentant responsables de leur propre sort, et c'est bien cela qui est dramatique. (1)

B. Le tabac inducteur de cancer

Le cancer du poumon résulte de plusieurs facteurs, dont un primordial : la consommation de tabac.

Une étude, « mortalité par cancer du poumon en France métropolitaine », a été menée par l'InVS de 1975 à 2014, au sujet de l'évolution du cancer du poumon en France chez l'homme et la femme de 20 ans et plus. Elle prend en compte plusieurs variables et divise la période en deux parties : de 1975 à 1979 et de 1995 à 1999. Entre ces deux périodes, le nombre de décès par cancer du poumon chez l'homme a augmenté de 49% et le nombre de décès par cancer du poumon chez la femme a augmenté de 19%. Puis cette étude a estimé l'évolution du nombre de décès par cancer du poumon sur les quinze années suivantes chez l'homme, et chez la femme, de manière indépendante. Il s'avère que chez l'homme, le taux de décès diminuait légèrement alors qu'il augmentait fortement chez la femme. Cette différence est due à la diminution de la consommation de tabac chez l'homme, contrairement à la femme qui a augmenté la sienne.

La conclusion de cette étude montre qu'il faut mettre en place des mesures préventives, afin de limiter la morbidité et la mortalité liées au tabac. C'est donc la population auprès de laquelle il faut augmenter la prévention, en mettant en place des mesures qui les touchent directement. (10)

Selon l'Institut National du Cancer, c'est le cancer du poumon qui est la première cause de décès en France (chez l'homme et la femme confondus), et c'est le tabac qui en est le premier responsable. Or le tabac est un facteur de risque qui résulte d'un choix de vie et qui expose le corps à des substances cancérigènes. La consommation de tabac est toujours nocive, peu importe la quantité consommée. Plus l'intensité et la période d'exposition au tabac sont importantes, plus la personne sera susceptible de développer un cancer du poumon. Un homme qui fume a dix fois plus de risque de développer un cancer bronchique comparativement à un homme n'ayant jamais fumé. C'est un facteur de risque qui est donc évitable et sur lequel il est possible d'agir en faisant de la prévention. (10)(11)

Cependant, le tabac n'est pas la cause unique du cancer du poumon. Il existe d'autres facteurs de risques (hérédité, exposition au radon, infections, pollution de l'air, amiante, etc.). Mais ce n'est pas parce qu'une personne présente plusieurs facteurs de risques, qu'elle devra impérativement développer un cancer du poumon ; et inversement, une personne ne présentant aucun facteur de risque peut tout de même développer un cancer du poumon. Le processus de cancérogénèse est complexe et il y a toujours plusieurs facteurs qui peuvent en être à l'origine.(10)(11)

Actuellement, c'est un cancer bronchique sur trois qui trouve son origine dans la consommation de tabac. Mais ce sont aussi de nombreux autres organes qui sont touchés par le cancer dû au tabac, comme :

- La sphère oto-rhino-laryngée (ORL),
- L'œsophage,
- La vessie,
- Le col de l'utérus,
- Le pancréas,
- Les reins,
- Le foie,
- L'estomac,
- Le colon,
- Le rectum,
- La moelle osseuse.

En effet, la fumée du tabac contient 4 000 substances chimiques, parmi lesquelles, 70 d'entre elles au minimum sont cancérogènes. (11)

C. Un tabagisme précoce

Le comité national contre le tabagisme évalue l'âge de la première cigarette à 11 ans et 8 mois. En 2010 c'est presque 27% des 12-85 ans qui déclarent fumer quotidiennement, et presque 5% des personnes de cette tranche d'âge qui déclarent fumer occasionnellement, ce qui représente une augmentation du nombre de fumeurs quotidiens comparée à la période 2005-2010.

Le tabagisme qui touche les jeunes, encore insouciants des conséquences sur leur santé, constitue les futurs fumeurs quotidiens adultes. De nos jours, il est rare de commencer à fumer après l'âge de 20 ans. Plus les jeunes commencent tôt, plus il leur est difficile d'arrêter. C'est d'ailleurs le cigarettier Philip Morris lui-même (1947) qui dit que : « Cibler les jeunes peut être plus efficace, même si le coût pour les atteindre est très élevé, car ils ne demandent qu'à faire des expériences, ils ont plus d'influence sur leurs camarades de même âge que plus tard dans la vie ». (1)(3)

L'âge d'initiation au tabac est précoce, il est nécessaire d'agir dès le collège et de diminuer rapidement le nombre de fumeurs chez les plus jeunes. (3)

II. UNE UNITE DE MESURE

Pour évaluer la consommation de tabac chez une personne, le « paquet-année » est l'unité de mesure qui a été instaurée.

Elle permet d'évaluer le nombre de paquets fumés par une personne au cours du temps. Des études ont été réalisées, et elles ont démontré qu'une consommation de 20 paquets-années augmentait le risque de cancer, donc, il est considéré qu'un risque cancéreux apparait à partir de 20 paquets-années.

Pour calculer le nombre de paquet-année, il faut multiplier le nombre de paquets de cigarettes fumés par jour, par le nombre d'année de tabagisme. Dans le cas de 20 paquets années, cela correspond soit à 2 paquets de cigarettes fumées par jour pendant une période de 10 années, soit à un paquet de cigarettes fumé par jour pendant 20 ans, et les exemples sont multiples. (11)

Cette unité de mesure rappelle qu'une consommation minime de cigarettes par jour influence tout de même l'état de santé futur du fumeur. Les facteurs « temps » et « quantité » sont importants à prendre en compte.

III. LE TABAGISME ET LES DEPENSES DE SANTE

En plus de ses effets nocifs sur la santé, le tabac coûte cher à la société. Pour évaluer les dépenses engendrées par la consommation de tabac, les économistes ont considéré :

- Les coûts directs (prise en charge des pathologies dues au tabac).
- Les coûts indirects (journées de travail perdues, arrêt de travail, perte de productivité, morbidité et mortalité prématurées dues au tabac).
- Le coût en matière de prévention.
- Les incendies.

Il a été démontré que la réduction de la consommation de tabac est bénéfique au développement de l'économie et à l'emploi au sein du pays.

C'est 47 milliards d'euros que coûte chaque année le tabac à la société française ; ce qui représente 3% du produit intérieur brut (PIB), et l'équivalent de 772 euros par personne habitant en France (selon un rapport sur les politiques de lutte contre le tabagisme).

Les frais de santé s'élèvent à 18,3 milliards pour la prise en charge en ville ou à l'hôpital des méfaits du tabac (regroupant les maladies cardio-vasculaires, les maladies respiratoires et les cancers). (12)(13)

L'Etat doit impérativement réagir pour éviter la morbidité et la mortalité dues au tabac, et pour contrôler les dépenses de santé. Des lois anti-tabac spécifiques ont alors vu le jour en France.

IV. DIFFERENTES MESURES

Des mesures sont à prendre pour stopper ce phénomène banalisant la consommation de tabac : l'objectif est de réduire le nombre de fumeurs et le nombre de personnes exposées à la fumée du tabac.

A. La Convention Cadre pour la Lutte Anti-tabac

La Convention Cadre pour la Lutte Anti-tabac (CCLAT) ainsi que l'OMS ont réuni diverses mesures dans un traité international. Il vise, entre autres, à éviter que les jeunes ne commencent à fumer, à aider au sevrage tabagique et à protéger les fumeurs passifs. Les principes directeurs de cette convention sont :

- L'information de la population au sujet de la cigarette (toxicité, dépendance, mortalité).
- Différentes dispositions mises en place pour protéger la population contre l'exposition à la fumée.
- Des mesures de prévention coordonnées avec un engagement politique fort pour servir d'appui.
- Une coopération internationale pour partager les technologies, les connaissances, les finances et les compétences concernant le tabac.
- Des mesures provenant de tous les secteurs pour réduire le tabagisme.
- La question de la responsabilité de chacun face au tabac.
- La reconversion économique de toutes les professions tournant autour du tabac.
- L'appui de la société civile dans la lutte contre le tabac.

Cette synergie d'accords serait encourageante pour le sevrage de la population, à condition qu'elle soit respectée. (14)

B. Le « Moi(s) sans tabac »

Le 1^{er} mai 2016, L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), l'InVS et l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus) se regroupent pour créer « Santé publique France ». C'est la nouvelle agence de santé publique en France, créée par Marisol Touraine dans le cadre de la loi de la modernisation du système de santé.

Santé publique France, en collaboration avec le ministère de la Santé et la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), lancent l'opération « Moi(s) sans tabac ». La méthode s'est inspirée du modèle britannique qui propose un mois sans tabac par an depuis 2012. La campagne d'information a débuté en octobre par le biais de différents médias.

Outre le petit jeu de mot, c'est un défi collectif qui s'est déroulé du 1^{er} jusqu'au 30 novembre 2016. Le but était d'arrêter de fumer ensemble pendant un mois complet. En effet, stopper la cigarette un mois c'est cinq fois plus de chance de ne pas recommencer car la dépendance est bien moins forte. Cette action a réuni 180 150 participants, ce qui est un chiffre encourageant.

A l'officine, à l'occasion du mois sans tabac, des outils spécifiques pouvaient être commandés :

- Des flyers.
- Une affiche comportant le slogan « en novembre, on arrête ensemble » (annexe 1).
- Une deuxième affiche « Ici, on soutient tous ceux qui ont décidé d'arrêter de fumer. Parlons-en aujourd'hui. ».
- Ainsi que des dépliants (« Arrêter de fumer, besoin d'aide ? », « Pourquoi arrêter de fumer ? », et « Grossesse sans tabac »).

Chaque officine a reçu pour l'occasion cinq kits de sevrage par l'intermédiaire du grossiste répartiteur. S'il le souhaitait, le fumeur pouvait réclamer à titre gratuit son kit anti-tabac. Ce kit était composé :

- D'un agenda qui proposait chaque jour différents conseils pendant un mois.
- D'un livret pour se préparer à l'arrêt du tabac.
- D'une carte donnant des conseils pour lutter contre le stress.
- D'une roue permettant de calculer les économies réalisées.
- D'un sticker avec des conseils nutritionnels pour éviter la prise de poids.

Cependant, un défaut d'approvisionnement du kit au niveau du grossiste répartiteur s'est répercuté sur les officines. La demande était trop grande comparée à la quantité de base prévue, ce qui a rapidement entraîné une rupture de stock. Devant la demande grandissante des patients, les officinaux ont dû rediriger la population vers le site tabac-info-service.fr. En s'inscrivant à la rubrique « Moi(s) sans tabac » ils pouvaient recevoir gratuitement chez eux le kit d'arrêt. Cela leur permettait par la même occasion de parcourir le site internet et de découvrir qu'une application mobile existe. Une consultation téléphonique gratuite avec un tabacologue était aussi proposée durant cette période. (15)(16)

Cette action, bien menée au niveau de la communication, s'est très vite essoufflée par manque de kits disponibles : en effet, chaque officine en France n'avait reçu que 5 kits de sevrage. L'engouement pour le côté « gratuit » du sevrage a été victime de son succès.

PARTIE II : LEGISLATION EN FRANCE

I. LA LOI VEIL

Le Ministre de la santé de l'époque, Simone Veil, a donné son nom à la première loi anti-tabac parue le 9 juillet 1976. Elle visait à combattre la publicité, à mettre en place l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs, l'interdiction de distribution à titre gratuit, et à obliger l'inscription « Abus dangereux » sur chaque paquet de cigarettes. (17)

Une première mesure qui a mis en évidence une prise de conscience de la nocivité du tabac. Une loi encourageante pour la suite, qui a signé le début d'un combat qu'il va falloir mener pendant plusieurs années.

II. LA LOI EVIN

La deuxième loi pour la lutte contre le tabagisme est parue le 10 janvier 1991, c'est la loi Evin. Elle a permis une diminution de la consommation de tabac, et a également pris des mesures concernant l'alcool. Suite à cette loi est survenue une hausse du prix des cigarettes, un renforcement de l'interdiction de fumer dans les locaux collectifs (sauf lieux réservés aux fumeurs), une interdiction de vente aux mineurs etc. La loi Evin a aussi fixé la teneur en goudron des cigarettes à 15 milligrammes (mg). Cette valeur a encore diminué aujourd'hui, pour atteindre 10 mg par cigarette. La loi Evin visait à faire passer un message : le tabac est un produit dangereux et socialement incorrect. (7)(17)

Un décret paru le 15 novembre 2006, visait à modifier la loi Evin. Il a étendu l'interdiction de fumer à tous les lieux fermés et couverts publics ou constituant des lieux de travail, aux établissements de santé, aux transports en commun, et dans tous les types d'écoles, et tous les centres pour l'accueil, la formation ou l'hébergement des mineurs. Cette modification a été un grand succès dans la lutte contre le tabac. (17)

Cependant, l'interdiction de vente de tabac aux moins de 18 ans est encore insuffisamment respectée par les buralistes, alors que cette mesure a été renforcée depuis 2009. (8)

III. LES AUTRES REGLEMENTATIONS

Depuis 1995 plusieurs autres mesures concernent le tabac :

- Comme précisé ci-dessus, les teneurs maximales en goudrons sont fixées par arrêté du ministre de la santé. La teneur en nicotine, en goudrons et en monoxyde de carbone inhalés doit quant à elles figurer sur le paquet.
- En 2003, les appellations « light », « légères » ou « mild » ont été interdites à cause de la plus grande nocivité de ces cigarettes. De plus, des avertissements sanitaires doivent impérativement apparaître sur les deux faces du paquet (en blanc dans un cadre noir).
- La loi du 31 juillet 2003 visant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes prévoit l'obligation de la sensibilisation au risque du tabac dans les classes de l'enseignement primaire et en seconde (mission d'éducation pour la santé de l'éducation nationale).
- Depuis 2011, des photos dissuasives sont ajoutées sur les paquets.
- Sur la face du paquet, l'une des deux phrases ci-après peut apparaître : « Fumer tue » ou « Fumer nuit gravement à votre santé et à celle de votre entourage » ; et sur le dos du paquet, une phrase (parmi quinze phrases d'avertissement) peut apparaître, comme par exemple : « Votre médecin ou votre pharmacien peuvent vous aider à arrêter de fumer ».
- Un pictogramme concernant les femmes enceintes doit être apposée obligatoirement sur le paquet pour les avertir du danger (pictogramme identique aux bouteilles d'alcool). (17)
- Depuis le 20 mai 2016, une directive européenne interdit les arômes dits « perceptibles » dans les cigarettes ; ce qui inclut les capsules dans les filtres comportant des arômes. Les cigarettes mentholées sont autorisées jusqu'en mai 2020. (7)

Toutes ces mesures visent à faire réfléchir le consommateur, à montrer la dangerosité du tabac, à dégouter pour limiter la consommation de cigarettes. Malheureusement, l'addiction, ou tout simplement, le plaisir de fumer n'arrêtent pas les adeptes aussi facilement.

IV. LES NOUVEAUTES

La ministre de la santé Marisol Touraine a présenté les nouvelles mesures de lutte contre le tabagisme à l'automne 2015. Elles visent à diminuer davantage le nombre de fumeurs, qui n'a pas assez baissé depuis 2010.

Une des mesures phare de cette campagne antitabac est la mise en place du paquet de cigarettes neutre. Pour enlever le côté « glamour », tous les paquets auront la même forme, la même taille, la même couleur et la même typographie avec absence de logo fabricant. Ce système alerte le consommateur du danger. La loi concernant le paquet neutre a été appliquée à partir du 20 mai 2016, et a été votée à une courte majorité à l'Assemblée Nationale. La mise en place sera progressive, jusqu'en janvier 2017, avec obligation de fabrication des paquets neutres à partir du 20 mai 2016, obligation de livraison à partir du 20 novembre 2016, et vente obligatoire en 2017. C'est donc depuis mai 2016 que la France est devenue le deuxième pays du monde (après l'Australie) à sortir le paquet neutre. (7)(18)(19)

Une autre mesure vise à l'interdiction de fumer en voiture en présence d'un enfant de moins de 12 ans sous peine de contraventions. Ceci pour éviter l'exposition des enfants au tabac, et pour empêcher la banalisation de l'image des fumeurs auprès des plus jeunes. Le «vapotage» est interdit dans les lieux publics et au travail, au même titre que la cigarette ; ceci pour éviter de créer une porte d'entrée vers le tabagisme chez les jeunes. La publicité dans les lieux de vente est interdite pour que le paquet neutre ait un plus gros impact sur la population. (18)

Ces dernières mesures sont plus strictes que les précédentes, afin de laisser à la population une image négative et peu attractive du tabac. Le paquet neutre était attendu depuis longtemps. Il a enfin réussi à se faire une place auprès des buralistes, qui ont longtemps été contre ce projet. Beaucoup de mesures ont été mise en place depuis le début de la lutte contre les méfaits du tabac. Il reste à savoir si elles suffiront ou si d'autres seront nécessaires pour contrer ce fléau.

PARTIE III : TABAC ET DEPENDANCE

La consommation de tabac au quotidien entraîne une dépendance pharmacologique, due à la présence de nicotine dans la cigarette. En effet, la nicotine est psychoactive, ce qui veut dire qu'elle agit sur le cerveau. Elle est responsable de la dépendance physique et psychique. Le tabac est une drogue, et sa consommation est devenue un problème de santé publique, causant plusieurs milliers de morts par an. Fumer n'est pas seulement une habitude, c'est un comportement qui est renforcé par un phénomène de dépendance, causé par la nicotine présente dans le tabac. D'autres composants présents dans la fumée de cigarette, ainsi que certains additifs, pourraient aussi jouer un rôle dans ce phénomène de dépendance. Cependant leur mécanisme d'action n'a pas encore été mis en évidence.(1)(20)(21)

La production de fumée induite par le tabac qui brûle contient du monoxyde de carbone, des produits irritants qui favorisent les infections bronchiques, des hydrocarbures polycycliques dont le goudron, des carcinogènes, et la nicotine qui induit une dépendance. (21)

I. LE TABAC

A. Substances contenues dans une cigarette

1. La nicotine

a. Origine

Nicotiana tabacum est la plante à partir de laquelle la production de tabac est majoritaire. Elle est cultivée dans le monde entier. Elle appartient à la famille des Solanacées, et est une plante annuelle de 1 à 3 mètres de hauteur avec une tige cylindrique. Elle présente de grandes feuilles sessiles ou légèrement pétiolées qui sont étroites, entières et alternes. Les fleurs sont roses en forme de cloche, avec un long tube en forme d'entonnoir et, au bord de la corolle, 5 lobes triangulaires espacés. Les fruits sont des capsules ovales renfermant de nombreuses graines. L'ensemble de la plante est toxique, même si la nicotine est présente en plus grande concentration dans les feuilles au sommet de la plante. La plante doit être séchée et les feuilles mises à fermenter pour obtenir un goût spécifique. (7)(22)(23)

La nicotine est présente dans la feuille de tabac (90 à 95% du contenu total en alcaloïdes), dans la fumée de cigarette et tous ses dérivés (cigares, cigarillos, tabac à rouler ou pour la pipe, en vrac, à chiquer). La teneur en nicotine dépend de la façon dont les feuilles de tabac sont traitées après la récolte. (7)(22)

b. Structure

La nicotine appartient à la famille des alcaloïdes, c'est une amine tertiaire avec un noyau pyridine et un cycle N-méthyl-pyrrolinide : (22)(24)(25)

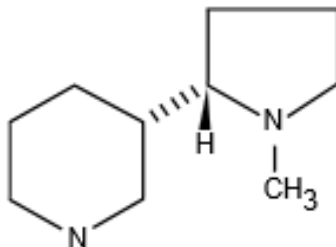


Figure 1 : Structure de la nicotine.

c. Consommation

Le tabac se présente sous différentes formes. La cigarette sous sa forme industrielle est la plus répandue, c'est la méthode la plus courante pour fumer du tabac. Elle est différente par sa composition (tabac brun ou blond), sa forme, son goût et son attractivité. Il existe aussi des cigarettes dites « légères » car elles contiennent moins de goudrons que les cigarettes classiques. Elles sont munies d'un filtre particulier qui dilue la fumée. Cependant, le fumeur tire plus profondément sur ce type de cigarette pour récupérer la nicotine, et s'expose donc à des pathologies atteignant les petites bronches profondes. (21)

Le tabac à rouler, dit « tabac brun », se présente dans un conditionnement en vrac. Le fumeur prépare sa cigarette avec un papier à rouler spécifique, et il peut y ajouter un filtre (vendu séparément). Ce mode de consommation a augmenté ces dernières années avec la hausse des prix des cigarettes industrielles. Le risque des cigarettes à rouler, c'est que lorsqu'elles s'éteignent et qu'il faut les rallumer, cela entraîne une nouvelle combustion et donc une nouvelle dose de charge en produits toxiques. Le tabac en vrac permet aussi de satisfaire les fumeurs de pipe. (21)

Il existe aussi les cigares et les cigarillos, constitués de feuilles de tabac de grosseur variable, les cigarillos étant tout de même moins chers que les cigares. Aucune teneur en nicotine et en goudrons n'est indiquée sur le conditionnement de ces produits, ce qui peut laisser penser qu'ils sont moins toxiques. Concernant la quantité de nicotine et de produits toxiques, deux cigarettes fumées sont équivalentes à un cigarillo. Les fumeurs de cigarillos, cigares et pipes n'inhalent pas la fumée car elle est irritante. La nicotine est alors absorbée directement au niveau de la muqueuse buccale, ce qui rend la toxicité des composants uniquement locale, avec des atteintes au niveau de la langue, des lèvres et du haut du pharynx. (21)

La chicha, aussi appelée pipe à eau, ou encore narguilé, est très répandue dans les pays orientaux, et ce mode d'utilisation s'est beaucoup propagé auprès des jeunes. C'est en fait un mélange de tabac, de plantes, aromatisé par différents parfums, où il est possible de rajouter du cannabis. La fumée est moins chargée en goudrons, mais plus riche en monoxyde de carbone, ce qui entraîne un état d'ébriété. Les inhalations sont plus profondes, et une seule soirée avec ce mode de consommation représente 20 cigarettes fumées. Contrairement aux idées reçues ce mode de consommation est donc hautement toxique. (21)

Il existe aussi du tabac à mâcher, ou à chiquer, qui est un mode de consommation de moins en moins répandu. La salive se charge en nicotine, devient irritante, et est donc crachée. De nos jours, le tabac à chiquer est remplacé par le tabac à sucer (surtout aux Etats-Unis et en Suède) ce qui permet l'absorption de la nicotine au niveau de la muqueuse buccale. (21)

Les risques ne sont pas semblables en fonction du type de consommation de tabac. La finalité reste un passage rapide de la nicotine au niveau du sang pour arriver au cerveau. Au niveau cérébral, il existe des neurones avec des récepteurs nicotiques spécifiques qui jouent un rôle dans le phénomène de dépendance. (21)

d. Mécanisme d'action

La nicotine se fixe au niveau des récepteurs nicotiques pour permettre leur ouverture. Cette fixation entraîne des mouvements ioniques qui activent le système de récompense du cerveau.

Les monoamines (dopamine, sérotonine et noradrénaline) sont libérées au cours de l'interaction nicotine/récepteurs nicotiques, et elles engendrent une sensation de plaisir. Le fumeur ressent donc du plaisir à fumer, et cette sensation est comparable à la sensation de satiété après avoir eu faim. Plus ces récepteurs sont stimulés, et plus leur nombre augmente au niveau cérébral.

La nicotine a une action coupe-faim, elle est stimulante et elle est anxiolytique à dose raisonnable. La connaissance de son mécanisme d'action permet de mieux comprendre le phénomène de dépendance dû à sa consommation. (7)(21)

e. Pharmacocinétique

i. Absorption

Le phénomène d'absorption de la nicotine est pH dépendant. A un pH physiologique, la nicotine traverse facilement les membranes. Elle est rapidement absorbée au niveau de la muqueuse buccale et nasale car l'épithélium est fin et très irrigué. Il n'y a pas de premier passage hépatique, ce qui entraîne une nicotémie plus importante. Pour ce qui est de l'inhalation, la nicotine est absorbée par l'épithélium alvéolaire et passe rapidement dans la circulation systémique grâce aux flux sanguins pulmonaires élevés. La distribution vers tous les organes, dont le cerveau, est très rapide. Cependant, l'absorption et la vitesse de distribution de la nicotine diffèrent en fonction des individus. La dose de nicotine présente dans l'organisme dépend de plusieurs facteurs : l'intensité, la durée, le nombre de bouffées, la profondeur de l'inhalation, et de la dilution de la fumée avec l'air inspiré. La quantité moyenne de nicotine extraite par cigarette est de 1 mg, et provoque un pic d'absorption rapide. (22)

ii. Distribution

L'inhalation est un mode de consommation qui entraîne l'entrée directement au niveau du système veineux pulmonaire. En l'espace de 9 à 19 secondes, la nicotine atteint le cerveau. Après l'exposition pulmonaire, les concentrations artérielles et cérébrales augmentent rapidement, puis elles diminuent en 20 à 30 minutes. Enfin, la nicotine se distribue dans l'ensemble des tissus de l'organisme, et surtout au niveau des muscles squelettiques. (22)

iii. Elimination

Le métabolisme de la nicotine se fait majoritairement au niveau du foie, et à moindre mesure au niveau des reins et des poumons. En moyenne, la demi-vie d'élimination de la nicotine est de l'ordre de 2 heures. Il existe deux métabolites primaires de la nicotine qui sont la cotinine (oxydée par le cytochrome P450 et éliminée en 16 heures) et le N-oxyde de nicotine. La cotinine est utilisée comme marqueur dans le suivi du sevrage tabagique, ou pour ajuster la dose du traitement de substitution. (22)

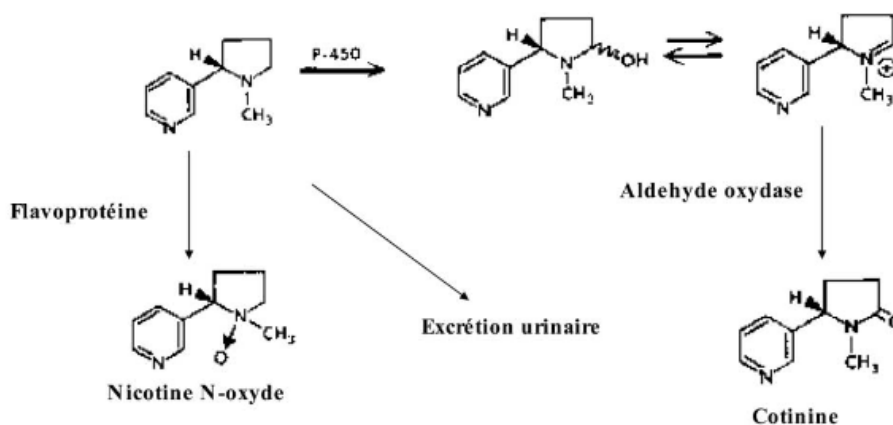


Figure 2 : Principales voies métaboliques de la nicotine.

La cotinine est présente en faible quantité dans la fumée de cigarette. Elle présente diverses activités pharmacologiques. Au niveau du système nerveux central, elle a une action stimulante, antidépressive, elle favorise la libération de dopamine et de noradrénaline, et elle a une action au niveau des récepteurs sérotoninergiques (au niveau central). Au niveau cardio-vasculaire, la cotinine a une action artériorelaxante, une action bradycardisante chez l'animal, et une action de stimulation sur la synthèse des prostaglandines. (25)

f. Pharmacodynamie

La consommation de tabac entraîne rapidement un pic de nicotine au niveau du cerveau, et provoque au long terme une dépendance. La nicotine interagit avec des récepteurs nicotiques qui se trouvent au niveau des corps cellulaires des neurones dopaminergiques. La fixation de la nicotine au niveau de son récepteur induit la libération de dopamine, qui est responsable de l'activation du circuit de récompense. (22)(26)

Au niveau cérébral, quand la quantité de dopamine augmente, l'Homme perçoit une sensation de plaisir. La dopamine déclenche le système de récompense de l'organisme, provoque le phénomène de dépendance, et sur le long terme, une tolérance. (26)

La tolérance fait suite à une stimulation répétée des récepteurs, et favorise une diminution de l'effet pharmacologique de la substance à la dose habituelle. Il est nécessaire d'augmenter la dose initiale afin d'obtenir la même sensation qu'à la dose précédente. Ce phénomène apparaît lors de consommation chronique. La demi-vie de la nicotine dans l'organisme est de 2 heures, et elle est pratiquement éliminée de l'organisme après une nuit d'abstinence. De ce fait, il y a une resensibilisation des récepteurs, mais en fonction de la dépendance, cette resensibilisation peut prendre plusieurs jours. (22)

L'administration répétée de nicotine entraîne une augmentation du nombre de récepteurs au niveau du cerveau. Cette augmentation est la conséquence de la désensibilisation des récepteurs nicotiques. La fixation de nicotine au niveau des récepteurs provoque une modification allostérique du récepteur, qui ne répond plus à la stimulation par la nicotine pendant un certain temps. (22)

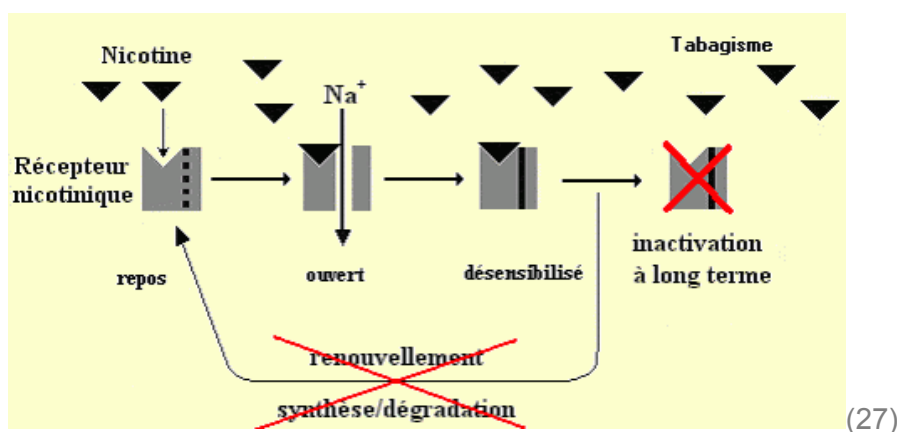


Figure 3 : Schéma de la stimulation d'un récepteur nicotinique par la nicotine.

2. Le monoxyde de carbone

Le monoxyde de carbone est présent dans la fumée de cigarette, c'est un composant toxique car il prend la place de l'oxygène au niveau de l'hémoglobine du globule rouge. Il se forme alors un complexe appelé carboxyhémoglobine (HbCO). L'hémoglobine a une affinité 230 fois plus grande envers le monoxyde de carbone par rapport à l'oxygène, la fixation est stable mais réversible. Le monoxyde de carbone déplace même l'oxygène de sa combinaison avec l'hémoglobine appelé oxyhémoglobine (HbO₂). (28)



Figure 4 : Réaction du monoxyde de carbone avec l'hémoglobine.

Le monoxyde de carbone se forme lors d'une combustion incomplète. Chaque cigarette fumée correspond à 50 mg de monoxyde de carbone. Il endommage les organes et provoque des maladies cardio-vasculaires, avec augmentation du risque d'infarctus et d'artérite, ainsi qu'une altération des parois des artères. Le monoxyde de carbone présente empêche l'oxygène de se fixer à l'hémoglobine, ce qui provoque un essoufflement, une altération du fonctionnement musculaire, et une asphyxie tissulaire. Les vaisseaux perdent aussi leur capacité à se dilater convenablement pouvant mener à un spasme artériel. Si ce spasme se produit au niveau d'une artère coronaire, il peut alors entraîner une occlusion complète qu'il est courant d'appeler « angine de poitrine spastique ». (1)(21)(28)

Il est possible de mesurer la présence du monoxyde de carbone dans l'air expiré grâce à un CO-analyseur, aussi appelé CO-testeur. Cet appareil peut être un indicateur de la dépendance physique chez le fumeur, et peut aider au suivi d'un patient en cours de sevrage. La mesure se fait en particules par millions (ppm), et le taux est variable selon la dépendance :

- 0 à 15 ppm : non-fumeur ou ex-fumeur.
- 5 à 10 ppm : tabagisme passif ou fumeur peu dépendant.
- 10 à 20 ppm : tabagisme passif ou fumeur moyennement dépendant.
- A partir de 20 ppm : fumeur dépendant.

Le taux de monoxyde de carbone chez un fumeur est de 15 ppm, ou plus pour un fumeur de 20 cigarettes par jour, mais il peut être plus important. Le monoxyde de carbone s'élimine par voie pulmonaire en 24 heures, à condition qu'il n'y ait pas de nouvelle exposition. (21)(28)

3. Les autres toxiques

La fumée de cigarette est composée de nombreux toxiques, comme le goudron, c'est une vraie usine chimique (annexe 2 et 3). C'est un aérosol, c'est-à-dire un mélange de gaz et de particules.

Elle renferme de nombreux composés inorganiques comme de l'azote, de l'oxygène, du dioxyde de carbone, du monoxyde de carbone, de l'argon, de l'hydrogène, de l'eau, de l'ammoniac, du monoxyde d'azote, des nitrates mais aussi des sulfures d'hydrogène.

La présence de métaux lourds comme le plomb, le mercure, le cadmium, le polonium et le strontium sont nocifs. Il y a aussi des composés organiques (hydrocarbures, méthane, alkyle volatile etc.), (annexe 4).

Des additifs sont ajoutés aux cigarettes, ce sont :

- Des humectants (glycérol, propylène-glycol, sorbitol etc.).
- Des aromatisants (menthol, miel, cacao, réglisse, ammoniac et dérivés etc.).
- Ainsi que des agents de combustion (nitrates). (25)

Le pharmacien se doit d'expliquer au comptoir la différence entre nicotine et substances toxiques, car beaucoup de confusions du grand public sont encore à noter. Ce quiproquo peut être la cause de la réticence de certains à se sevrer, ne voyant pas la différence entre cigarettes et substituts nicotiniques.

B. Interactions avec les médicaments

La consommation de tabac influence le métabolisme des médicaments aussi bien sur un plan pharmacocinétique que sur un plan pharmacodynamique (annexe 5). (29)

La théophylline est un médicament à marge thérapeutique étroite utilisé dans le traitement de fond de l'asthme et des bronchopneumopathies chroniques obstructives. Un patient tabagique aura une plus forte dose de théophylline par rapport à un non-fumeur, car le tabac augmente le métabolisme de la molécule. En cas de sevrage tabagique, une surveillance de la théophyllinémie devra être réalisée afin d'éviter un surdosage. (29)(30)

Les héparines sont utilisées en préventif ou en curatif afin de contrôler les maladies thrombo-emboliques. Chez un fumeur, la demi-vie des héparines est plus courte, ce qui signifie que la dose administrée devrait être augmentée par rapport à un non-fumeur. (29)

Les antiulcéreux, utilisés pour traiter les problèmes d'acidité gastrique, doivent être utilisés à une dose plus élevée chez les patients fumeurs et sur une durée plus longue. De plus, un fumeur sécrète plus d'acide chlorhydrique, au niveau de l'estomac, par rapport à un non-fumeur. (29)(30)

Le tabac a un effet inducteur enzymatique, ce qui fait que certains antalgiques doivent être utilisés à des doses plus élevées chez les fumeurs par rapport au non-fumeur. (29)

Pour les bêta-bloquants, utilisés couramment pour traiter les maladies cardio-vasculaires, leur efficacité sur la tension artérielle et sur la fréquence cardiaque est diminuée par rapport à un non-fumeur. (29)

La flécaïnide, antiarythmique de classe I utilisée dans le traitement des troubles du rythme cardiaque, nécessite aussi une augmentation de la dose chez le fumeur. (29)

L'association tabac, alcool et médicaments est à déconseiller à cause d'un risque d'interactions trop important. De la même manière, une précaution d'emploi est à prendre chez la femme fumeuse de plus de 40 ans à cause d'une augmentation du risque d'infarctus du myocarde et de thrombose. (29)

C'est pourquoi le pharmacien doit être attentif aux médicaments pris par le patient qui souhaite entamer un sevrage tabagique. Le risque de surdosage, ou de décompensation de la maladie, est présent avec différentes catégories de médicaments. Dans ces cas complexes, il serait utile d'orienter le patient vers un tabacologue ou un médecin spécialisé (annexe 6). (29)

C. Les risques du tabagisme

1. Les maladies liées au tabac

a. Le cancer

Les maladies causées par le tabac sont très nombreuses. Il est important de rappeler qu'un cancer sur trois est dû au tabagisme. Le plus connu des cancers liés au tabac est le cancer du poumon, avec 90% lié au tabagisme actif, et 5% lié au tabagisme passif.

D'un point de vue histologique, le cancer du poumon se divise en deux grands types :

- Les cancers broncho-pulmonaires non à petites cellules (représentent 85% des cas).
- Les cancers broncho-pulmonaires à petites cellules (représentent 15% des cas). Ce sont les moins fréquent des deux, mais les plus agressifs.

Le risque concerne la dose et la durée d'exposition. Si une personne double sa consommation de cigarettes, alors le risque de cancer du poumon est multiplié par un facteur 2. Si une personne double sa durée de consommation, alors le risque de cancer du poumon est multiplié par un facteur allant de 16 à 32.

Le taux de survie à 5 ans, concernant un stade localisé de la tumeur, est seulement de 52,6%. C'est-à-dire que, même avec une prise en charge précoce, le patient a une chance sur deux de survie. Cette probabilité n'est pas étonnante car c'est un organe vital qui est atteint. Malheureusement, c'est souvent à un stade avancé que le cancer du poumon est diagnostiqué (dans 50% des cas), avec un taux de survie quasi-nul.

De nombreux autres cancers sont associés au tabac : cancer de la bouche, de la lèvre, de la gorge, de la langue, du pancréas, du rein, de la vessie, de l'utérus, etc.

Une étude américaine publiée en 2009, par le *Journal of the National Cancer Institute*, montre un effet de plus en plus délétère du tabac sur la vessie. Ce type de cancer est multiplié par 5 chez le fumeur, par rapport à un non-fumeur, à cause de l'ajout de nouveaux additifs au tabac.(1)(7)(31)(32)

Parmi les recommandations concernant la prise en charge médicale globale du cancer induit par le tabac, il est clairement écrit que le sevrage tabagique est de rigueur. En effet, le risque de récurrence, ou de second cancer, est augmenté si le patient continue à fumer. (32)

b. La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)

La broncho-pneumopathie chronique obstructive est une diminution non-complètement réversible des débits aériens pulmonaires par rétrécissement des bronches. Le malade ne peut plus respirer autant d'air qu'il le veut. Une fois la BPCO installée, les fonctions respiratoires ne reviennent pas à leur état initial, même après le sevrage tabagique. Le risque de BPCO est accru en fonction de la durée du tabagisme et de la quantité de cigarettes fumées au cours de cette période. (1)

Cette maladie implique au premier plan le tabac. Les substances irritantes de la fumée altèrent les cils et l'épithélium de surface tapissant les bronches, les bronchioles et les alvéoles. Ceci entraîne une inflammation qui favorise diverses infections, c'est le stade de la bronchite chronique. Apparaît une toux chronique matinale avec expectoration, considérée par le fumeur comme normale, puis s'en suit un essoufflement à l'effort.

La bronchite chronique est un épisode de toux, ou d'expectoration, d'au moins trois mois par an, sur minimum deux années consécutives. L'inflammation chronique provoque une sclérose sur le long terme, et donc un rétrécissement du calibre de l'arbre pulmonaire. La spirométrie est un test qui permet d'évaluer la capacité respiratoire, et le degré d'obstruction des bronches. (1)

Si le patient ne stoppe pas le tabac, la BPCO évolue ensuite vers de l'insuffisance respiratoire. Quand la pathologie arrive à ce stade, le malade est essoufflé même au repos, et s'étouffe quand il prend la parole, d'où la nécessité d'une oxygénothérapie. (1)(31)

Il existe aussi des cas d'emphysèmes pulmonaires dus au tabac, qui se traduisent par une dilatation des alvéoles pulmonaires de façon permanente, avec ruptures des cloisons séparant les alvéoles. (1)(31)

Selon l'OMS, c'est la quatrième maladie la plus meurtrière après l'infarctus, le cancer et l'accident vasculaire cérébral. Sachant que ces trois derniers peuvent aussi compter comme facteurs de risque le tabac. (1)

c. Les maladies cardio-vasculaires

Le tabac favorise les caillots sanguins, une augmentation des globules rouges circulants, et une augmentation du fibrinogène qui est impliqué dans la coagulation sanguine. Ces éléments favorisent la formation de thrombose vasculaire. C'est pourquoi le tabac est aussi responsable de maladies cardio-vasculaires, avec notamment un plus grand risque d'infarctus du myocarde, d'accidents vasculaires cérébraux, ou encore d'artérite du membre inférieur. (1)(7)(31)

La consommation quotidienne d'un paquet par jour multiplie le risque d'infarctus du myocarde par 7. Le tabac fait ainsi partie des cinq facteurs de risques qui augmentent la probabilité d'infarctus, avec l'hypertension artérielle, le cholestérol, la sédentarité et le diabète. (1)

L'artérite du membre inférieur résulte de la mise en place progressive d'une plaque d'athérome, réduisant le calibre des artères, et diminuant le passage du sang et donc de l'oxygène. Cette plaque entraîne une ischémie du membre concerné, au départ asymptomatique, puis qui se manifeste par une douleur insupportable (type crampe du mollet). Passée une certaine distance de marche, cette douleur oblige la personne à s'asseoir régulièrement. Le degré de l'atteinte est évalué par la détermination d'un périmètre de marche. L'évolution de cette maladie est une douleur constante au repos, surtout en position allongé, puis des ulcères de jambe peuvent apparaître, pour finir avec l'amputation du membre concerné. (1)

La fumée de tabac peut aussi être responsable d'anévrismes ou de l'hypertension artérielle. L'atteinte vasculaire concerne aussi les troubles de l'érection. (1)(7)(31)

Beaucoup de gens ignorent les effets du tabac sur le système cardio-vasculaire. Grâce à une ordonnance, le pharmacien peut rapidement identifier les patients souffrant de ce type de pathologie, et initier le dialogue au sujet du tabac par la question fatidique « fumez-vous ? ».

d. Les autres pathologies

Tout un ensemble d'autres pathologies peuvent être aggravées par la consommation de tabac :

- Les gastrites.
 - Les ulcères gastroduodénaux.
 - Le diabète de type 2.
 - L'hypercholestérolémie.
 - Les maladies de la peau : l'eczéma, le psoriasis et le lupus.
 - Les infections ORL : au niveau mondial, il y a une augmentation du risque d'infection pulmonaire, de maladie et de décès de tuberculose.
 - Les infections dentaires, ainsi que la parodontite (qui peut entraîner le déchaussement des dents).
 - La cataracte et la dégénérescence maculaire liée à l'âge qui peut aboutir à la cécité.
- (7)(25)(31)(33)

Le tabac entraîne de multiples effets néfastes, autant d'un point de vue physique que psychique. La population doit être informée du risque qu'elle prend en s'exposant à la cigarette, et des conséquences d'une exposition prolongée.

e. Le tabagisme passif

Le fumeur n'est pas le seul à prendre des risques avec sa santé lorsqu'il fume, il expose aussi son entourage à la nocivité de la fumée de cigarette. Des analyses biologiques, pratiquées sur un non-fumeur exposé à la fumée de cigarette, montrent la présence, dans le sang et les urines, de petites quantités de nicotine et de dérivés cancérigènes.

Une étude américaine datant de 1998 a été publiée dans le *Journal of the National Cancer Institute* et a conclu que les personnes exposées au tabagisme passif augmentaient leur risque de cancer du poumon de 16 à 17%. Cette étude a été menée dans 12 grandes villes de 7 pays européens de 1991 à 1995. L'Institut National du Cancer français parle lui d'un risque de cancer du poumon augmenté de 26% pour une personne en situation de tabagisme passif. Deux résultats différents mais qui pointent du doigt le problème. Il y aurait même un risque supérieur, en fonction du nombre d'heures qu'un non-fumeur passe avec un fumeur. D'autres études, plus récentes, ont confirmé ces résultats. Elles ont mis en évidence un risque accru d'avoir une maladie cardio-vasculaire chez le non-fumeur exposé à la fumée de cigarette, par rapport au non-fumeur non exposé.(1)(34)

Le tabagisme passif aurait aussi un impact sur les maladies respiratoires, sur les cas d'exacerbations d'asthme, d'allergie et de broncho-pneumopathie chronique obstructive.

Toutes ces constatations ont mené à une séparation des fumeurs et des non-fumeurs dans les espaces publics. Dans les prochaines années, il serait convenable d'inciter les fumeurs à ne plus fumer chez eux, afin de protéger la santé de leur famille, mais aussi des animaux exposés malgré eux à la fumée de cigarette. (1)

2. Les effets secondaires du tabac

Le tabac a des effets au niveau de la peau, avec l'apparition plus précoces des rides, le teint qui devient terne, et les doigts qui jaunissent. En effet, le tabac diminue l'oxygénation de la peau, ce qui la rend plus terreuse et favorise l'apparition des rides. (31)

Les effets délétères interviennent aussi au niveau buccal, avec une coloration jaune des dents, des atteintes au niveau des gencives, avec fragilisation et déchaussement des dents, ainsi qu'une mauvaise haleine. Il y a aussi une altération des muqueuses buccales et nasales, des papilles gustatives, des glandes salivaires, ainsi que des organes vocaux (apparition d'une voix rauque). (31)

Le fumeur est carencé en vitamine B et C car elles sont détruites par la fumée du tabac. Il est donc conseillé de manger des fruits et légumes, ou d'ajouter de la vitamine C en comprimé de 500 mg à croquer. La vitamine C a aussi la propriété de repousser l'envie de fumer, donc à conseiller en cas de désir de sevrage tabagique. (21)(31)

Le tabac altère le sens de la vision, de l'audition, et peut aussi avoir des effets sur la mémoire avec une atteinte des artères cérébrales. Il y a aussi une baisse de fertilité. (31)

3. Le tabac, la conception et la grossesse

a. La conception

Au moment de la conception, le tabac peut être un frein avec une baisse significative de la fécondité. Une relation dose-effet a été mise en évidence concernant la fertilité (réversible à l'arrêt de la cigarette).

Concernant la procréation médicale assistée, il a été observé une diminution du nombre d'ovocytes recueillis et une diminution du taux d'implantation de l'embryon. En effet, la nicotine a une action anti-œstrogène avec une altération de la glaire cervicale, une action toxique sur l'ovaire, et elle modifie l'activité ciliaire dans les trompes.

Si la femme qui désire avoir un enfant arrête de fumer, cela peut favoriser ses chances de tomber enceinte. Cette information est valable pour le partenaire. (31)(35)

Chez l'homme le système reproducteur peut aussi être atteint. Le tabac altère les paramètres spermiologiques :

- Modification de la mobilité des spermatozoïdes.
- Anomalie de la tête du spermatozoïde, appelé tératospermie.
- Diminution du nombre de spermatozoïdes et de leur vitalité.
- Présence de leucocytes dans le spermogramme, aussi appelé leucospermie.
- Fragmentation de l'ADN des spermatozoïdes à cause du stress oxydatif.
- Augmentation de la présence de chromosome en deux exemplaires, appelée disomie.(35)

b. La grossesse

Quoi qu'il en soit, il est préférable de ne consommer aucune cigarette au cours de la grossesse, et c'est autant pour préserver la santé de la mère que du bébé. En effet, fumer pendant la grossesse comporte un certain nombre de risques, comme :

- Faire une grossesse extra-utérine (35% de risque), avec des cas d'insertion basse du placenta qui augmente le risque d'hémorragie grave.
- Faire une fausse couche au début de la grossesse (trois fois plus de risque).
- Un retard de croissance intra-utérin, qui entraîne un nouveau-né avec un petit poids de naissance, une petite taille, ainsi qu'un petit périmètre crânien.
- Une augmentation de 25% du nombre de cas d'hématome rétro-placentaire (complications du troisième trimestre de la grossesse).
- Un accouchement prématuré.

Concernant le fœtus, il est intoxiqué par la fumée de cigarette car le sang de la mère se charge en monoxyde de carbone. Le monoxyde de carbone a une affinité pour l'hémoglobine fœtale quatre cent cinquante fois supérieure à celle de l'oxygène. Le fœtus est mal oxygéné, et d'autres substances chimiques peuvent interagir sur son développement. Plus précisément, la fumée de cigarette augmente le rythme cardiaque du fœtus, modifie son système respiratoire et diminue ses mouvements. Ce qui peut entraîner des problèmes cardiaques, ou encore des lésions du système nerveux. Le risque est le même concernant le tabagisme passif chez la femme enceinte. (1)(7)(31)

Il est recommandé d'arrêter de fumer avant la grossesse. Les professionnels de santé doivent le communiquer de façon univoque. Dans le cas où la grossesse a débuté, il est conseillé d'arrêter le plus tôt possible. Le message doit être celui-ci : « il n'est jamais trop tard pour arrêter ». Des exercices simples, et la discussion sont à proposer en priorité pour stopper le tabac chez la femme enceinte.

Ainsi le pharmacien d'officine a un rôle à jouer quant à l'explication de tous ces risques. Il peut aussi proposer des solutions pour arrêter de fumer, comme les substituts nicotiques, qui sont autorisés chez les femmes enceintes qui n'arrivent pas à arrêter de fumer. La nicotine « seule » restera moins nocive pour le fœtus que tous les autres composants de la cigarette. Le mieux restera la prévention auprès des femmes en âge de procréer. (1)(31)(35)

II. LA DEPENDANCE

Fumer crée une dépendance aussi bien physique que psychique, mais aussi environnementale. Il n'est pas possible de parler de « liberté de fumer » chez le fumeur. Certes il choisit de commencer, mais il lui est beaucoup plus difficile d'arrêter la cigarette. (1)

A. La dépendance physique

La dépendance physique se manifeste par une sensation de manque, par l'envie irrépressible de reprendre une cigarette. Elle provoque différents symptômes : nervosité, irritabilité, anxiété, perturbation du sommeil, constipation, augmentation de l'appétit, humeur dépressive, trouble de la concentration, etc. C'est la nicotine qui crée ce manque. (21)(36)

Le fumeur a le « besoin du geste », surtout pour les gros fumeurs chez qui c'est un réflexe automatique. (21)

Le fumeur a besoin de la cigarette pour gérer un stress ou une situation difficile, la sensation de détente est très rapide. En réalité, la nicotine mime la sécrétion d'acétylcholine au niveau du cerveau. Elle stimule un type de récepteurs, qui sont les « récepteurs nicotiques de l'acétylcholine ». Cette activation entraîne, entre autres, la sécrétion d'adrénaline, l'hormone du stress, au niveau des glandes surrénales. (21)(22)

B. La dépendance psychique

La dépendance psychique est due au plaisir que les personnes ont à fumer. Cela peut être une récompense après un effort, ou après le travail, un soutien en cas de baisse de moral, ou simplement une compagnie lors des moments de solitude. La dépendance commence dès que la consommation atteint cinq à six cigarettes quotidiennes, et que le fumeur augmente progressivement la quantité fumée chaque jour. Il faut que le fumeur remplace ce plaisir par une autre activité pour compenser le manque. (21)

S'il y a un problème de baisse de moral avant même l'arrêt du tabac, il faut tout d'abord identifier les troubles psychologiques en effectuant le test *Hospital Anxiety and Depression* (annexe 6). Si besoin, il ne faut pas hésiter à orienter le fumeur vers une consultation spécialisée car le manque de nicotine peut aggraver un état dépressif préexistant. (21)

C. La dépendance environnementale

Le tabac est associé à un environnement social (personne, lieu, situation etc.) qui suscite l'envie de fumer. Il est donc important que face à ces situations, la personne en sevrage trouve des astuces pour ne pas se laisser tenter. Tout d'abord, il est impératif de prévenir son entourage lorsqu'on décide d'arrêter de fumer. C'est un choix qui doit être respecté par tous et encouragé. Il faut momentanément changer ses habitudes pour éviter les tentations. (21)(36)

D. Effet d'une privation temporaire

Le fumeur est désormais de plus en plus confronté à la privation de fumer dans sa vie quotidienne. C'est le cas notamment dans les lieux publics, ou sur son lieu de travail (avec l'application de la loi Evin), ou lors de vols long-courriers, d'hospitalisation en urgence, ou encore d'obligation familiale, avec par exemple l'enfant en bas âge dans la famille. Or, la privation de nicotine peut engendrer des sensations désagréables (sensation de manque, pensée obsédante, nervosité, irritabilité, agressivité, ou colères), mais aussi des troubles du comportement qui sont difficiles à gérer par le fumeur et son entourage. Le fumeur doit trouver des solutions pour pallier à ce manque. (29)

Le tabagisme est actuellement considéré comme l'une des formes la plus grave de dépendance. Ce mécanisme est essentiellement dû à la nicotine qui semble provoquer au niveau cérébral les mêmes effets que les drogues dures. (25)

PARTIE IV : METHODES DE SEVRAGE

Avant de commencer un sevrage, il est important de faire prendre conscience au patient qu'il doit cerner les avantages, les inconvénients et ses propres motivations à arrêter de fumer. Ceci permet d'éviter les récurrences, et permet de passer d'un sevrage ponctuel à un sevrage permanent. (1)

I. SUBSTITUTION NICOTINIQUE

Pour conseiller une substitution nicotinique au comptoir, il faut au préalable être à même d'identifier les personnes concernées. Il existe trois cas de figures fréquents rencontrés à l'officine :

- Le premier concerne le patient qui possède une ordonnance provenant d'un professionnel de santé habilité, qui prescrit un moyen de substitution.
- Ensuite, cela peut être une demande spontanée d'un client à la recherche d'un traitement de substitution.
- Dans le dernier des cas, c'est un conseil de l'équipe destinée à une personne fumeuse qui serait motivée, ou non, à arrêter le tabac.

La prise de substituts évite le syndrome de sevrage dû à l'arrêt brutal de la cigarette. Les patches et les substituts oraux (gommes, comprimés à sucer, spray), contiennent de la nicotine à divers dosages. Ils peuvent être utilisés ensemble si besoin. La nicotine permet de lever progressivement l'accoutumance. C'est une aide au fumeur souhaitant arrêter, uniquement si la substitution est adaptée au profil de la personne. Un accompagnement est recommandé, mais aussi un soutien psychologique. (21)

A. Rôle de la substitution

La substitution nicotinique permet de supprimer l'envie de fumer. Il est nécessaire de savoir combien de cigarettes la personne fume par jour, afin d'adapter la dose de nicotine. Pour choisir le bon moyen de substitution, il est recommandé de faire des tests adaptés, dont le test de Fagerström. Ce test permet d'évaluer la dépendance d'une personne au tabac, par l'intermédiaire de différentes questions sur les habitudes de consommation de cigarettes, et de proposer ainsi une prise en charge. (21)

Avec des doses de nicotine insuffisantes, des troubles peuvent apparaître : comme une pensée obsédante de la cigarette, de la nervosité, de l'irritabilité, de la colère, de la déprime, des troubles de la concentration, une augmentation de l'appétit, ou une envie de grignoter. Il est parfois nécessaire d'augmenter les doses en cas de sous dosage. (21)

Au contraire, des doses de nicotine trop importantes peuvent entraîner d'autres troubles comme des états nauséux, des maux de tête, des diarrhées, une sensation de malaise, une tachycardie, ou encore une hyperactivité au cours de la journée. Dans ce cas de figure, il est conseillé d'arrêter temporairement le traitement et de le reprendre à des doses plus faibles. (21)

B. Les différentes formes de substitutions

1. Les systèmes transdermiques (timbre ou patch)

Ces systèmes diffusent lentement et progressivement à travers la peau, ainsi la nicotémie est constante. Ils permettent de faire disparaître les pulsions du fumeur. L'observance du traitement est assurée par l'application journalière du dispositif. (21)(37)

Il existe différents dosages (7 mg, 10 mg, 14 mg, 15 mg, 21 mg et 25 mg) à adapter en fonction du degré de dépendance, et différents temps de diffusion (durée de traitement de 16 heures ou de 24 heures). Le changement de ce dispositif s'effectue chaque jour. Après la mise en place du système transdermique, le délai d'action est de 1 à 2 heures. (21)(37)

Les patchs de 24 heures sont à conseiller aux personnes qui sont fortement dépendantes et qui commencent à fumer tôt le matin (30 minutes après le réveil). Les patchs de 16 heures sont à conseiller aux personnes fortement à moyennement dépendantes, qui fument plus tard dans la matinée (1 heure après le réveil) et qui ont des difficultés d'endormissement. (21)

Chez certains fumeurs fortement dépendants, les patchs ne suffisent pas et un apport de substituts oraux est nécessaire pour combler le manque de nicotine. (21)

Il est important de savoir que, selon les marques, la concentration en nicotine varie, et la superficie du patch aussi. Cela modifie la vitesse d'absorption et la diffusion du principe actif. Il est nécessaire de conserver la même marque pendant tout le traitement substitutif car son changement peut entraîner un résultat différent. (21)

Tableau I : Equivalences des timbres contenant de la nicotine.

| NICOPATCH® ou NICOTINELL® | NIQUITIN® + CLEAR | NICORETTESKIN® |
|--|---|--|
| 21 mg/24 h = 52,5 mg 30 cm ² | 21 mg/24 h = 114 mg 22 cm ² | 25 mg/16 h = 39,37 mg 22,5 cm ² |
| 14 mg/24 h = 32 mg 20 cm ² | 14 mg/24 h = 78 mg 15 cm ² | 15 mg/ 16 h = 23,62 mg 13,5 cm ² |
| 7 mg/24 h = 17,5 mg 10 cm ² | 7 mg/24 h = 36 mg 7 cm ² | 10 mg/ 16 h = 15,75 mg 9 cm ² |

Exemple : pour le patch à 14 mg/24h, la concentration peut varier du simple au double en fonction de la marque (Nicopatch 14 mg/24h = 32 mg et Niquitin 14 mg/24h = 78 mg).

Précautions d'emploi :

- Les patchs sont à mettre sur une peau sèche, non grasse (sans lotion ni crème), sans poils.
- Il est nécessaire de presser fortement 10 secondes sur tout le patch afin qu'il adhère à la peau.
- Il est nécessaire d'appliquer le patch à un nouvel endroit à chaque changement (la face externe du bras, l'omoplate, la hanche, etc.).
- Le patch ne doit pas être appliqué sur une zone mobile susceptible de subir le frottement des vêtements et la sudation.
- Le patch ne doit pas être placé sur une zone adipeuse afin de ne pas diminuer la diffusion de la nicotine.
- Il est nécessaire d'éviter la chaleur comme les bains d'eau chaude, ou l'exposition au soleil. En cas d'exposition à l'eau (bain, douche, etc.), le patch doit être recouvert par un pansement étanche, ou alors il faut retirer le patch et le replacer sur son support afin de le recoller sur une peau sèche ultérieurement.

Afin d'éviter les rechutes, il n'est pas recommandé d'arrêter subitement un traitement substitutif. Dans ce sens, il est conseillé d'avoir toujours à portée de main un patch, une gomme ou un comprimé, en cas d'oubli ou d'une envie soudaine de fumer.

Avant de les jeter, les patchs doivent être repliés sur eux-mêmes. Il faut les éliminer hors de la portée des enfants afin d'éviter une intoxication grave ou mortelle. (21)

En cas de forte pulsion à fumer, il ne faut pas retirer le patch. Le fumeur en cours de sevrage peut prendre une gomme, un comprimé ou une pastille afin de soulager le besoin de fumer.

Si l'envie de fumer est trop forte, il est préférable d'enlever le patch pour fumer et d'en remettre un le lendemain. Sachant que la rémanence de la nicotine au niveau cutané est de 2 heures environ, il existe un risque de surdosage si le retrait du patch s'effectue pour fumer immédiatement après. (20)

Chez le fumeur en échec de sevrage, il est préférable d'arrêter le traitement substitutif et de retourner consulter son médecin traitant, ou spécialisé, afin de reprendre l'arrêt le plus rapidement possible. (21)

Il n'est pas recommandé d'appliquer un patch dans certains cas comme :

- Les affections cutanées, pouvant gêner l'utilisation du patch. Le mieux est de prendre un autre moyen de substitution.
- La présence d'une réaction allergique empêchant l'utilisation d'un patch. Le changement de marque ou de moyen de substitution est préférable. (37)(38)

2. Les substituts oraux

Les substituts oraux, à l'inverse des patchs, génèrent l'effet « shoot » de la consommation de cigarette, et ils se prennent à la demande (effet rapide). (21)

a. Les gommes

Il existe différents dosages (2 mg et 4 mg) qui sont à conseiller en fonction du degré de dépendance du patient. Les plus dépendants prendront le dosage le plus élevé, et les moins dépendants prendront le dosage le plus faible. Les taux plasmatiques de nicotine sont moins importants par rapport à une prise de cigarette. Le taux de nicotine libéré est environ 1 mg pour les gommes à 2 mg, et 2 mg pour les gommes à 4 mg, soit 50% moindre.

L'absorption se fait au niveau de la muqueuse buccale. Différentes saveurs existent pour les gommes à mâcher : eucalyptus, fruits rouges, orange, menthe, etc. (21)(25)(37)

Les gommes doivent être mâchées quelques secondes avant d'être placées au niveau de la paroi buccale. Ce ne sont pas des chewing-gums et une mastication prolongée peut provoquer des brûlures d'estomac, des maux de gorge ou encore le hoquet. (37)

Les gommes à mâcher sont à déconseiller en cas d'intolérance au fructose. (38)

b. Les comprimés sublinguaux et à sucer

Ils agissent plus rapidement sur une durée de 15 à 20 minutes et conviennent aux fumeurs assez dépendants. Une pastille de 1 mg libère environ 1 mg, et une pastille de 2 mg libère environ 2 mg de nicotine. La pharmacocinétique est semblable à la gomme à mâcher et l'absorption de la nicotine se fait au niveau de la muqueuse buccale. Une partie de la nicotine peut être déglutie et parvient à l'estomac, puis à l'intestin où elle est inactivée. La prise d'un comprimé donne une concentration plasmatique moindre par rapport à la cigarette. (21)(37)

Il existe différents dosages (1 mg, 1,5 mg, 2 mg, 2,5 mg et 4 mg), et il faut sucer le comprimé pendant 20 minutes sans le croquer. Il se délite très lentement dans la bouche. Au début du traitement, les comprimés peuvent favoriser des irritations de la gorge, et une augmentation de la production de salive. Si le comprimé est sucé trop vite, cela peut entraîner des troubles comme de la dyspepsie ou des brûlures d'estomac. Si la personne déglutit trop de nicotine, cela peut provoquer un hoquet.

Différents parfums sont disponibles : menthe fraîche, menthe glaciale, réglisse menthe, fruits rouges, avec ou sans sucre, etc. (21)(37)

Ils sont contre-indiqués en cas de phénylcétonurie car ils contiennent de l'aspartam et il ne faut pas les conseiller en cas d'intolérance au fructose. (38)

c. L'inhalateur

L'inhalateur est un dispositif médical, il est dosé à 10 mg et s'utilise en inspirant le contenu de la cartouche. La posologie est variable en fonction de la dépendance, et la cartouche est donc renouvelable à la demande. L'utilisateur doit tirer doucement sur le dispositif afin de ne pas déclencher une irritation de la bouche, ou une toux provoquée par une arrivée trop brutale de la nicotine. Le changement de la cartouche s'effectue lorsque celle-ci est vide.(21)(37)

Il n'est pas recommandé de dépasser 12 cartouches par jour ni 12 mois de traitement. La durée d'utilisation d'une cartouche est d'environ 20 minutes si l'utilisateur tire dessus de manière intense et continue. La durée d'utilisation peut être quadruplée si l'utilisateur tire dessus de façon peu intense et discontinue. (37)

d. Le spray

Le spray buccal est une autre forme de substitution qui permet à la nicotine d'être plus rapidement absorbée. Une pulvérisation buccale correspond à 1 mg de nicotine, et le flacon contient 150 doses. Il est possible de prendre quatre pulvérisations par heure, sans dépasser deux pulvérisations par prise. Il ne faut pas utiliser plus de soixante-quatre pulvérisations par jour.

Au niveau du mode d'utilisation, il n'est pas recommandé d'inhaler au moment des pulvérisations afin de ne pas emmener le produit au niveau des voies respiratoires. Il convient d'éviter de déglutir pendant quelques secondes après la pulvérisation, et de ne pas fumer quand le dispositif est utilisé.

Il est également déconseillé d'utiliser le dispositif plus de 6 mois, à cause de l'éthanol contenu dans la formulation. (37)

e. Recommandation pour les substituts oraux

Lors de l'utilisation des substituts oraux, la prise de café ou de boissons acides doit être évitée dans un délai de 15 minutes, afin de ne pas diminuer l'absorption de la nicotine au niveau buccal. (25)

Il ne faut pas dépasser 6 mois de traitement en continu, en théorie. La pratique n'est pas toujours en concordance avec cette durée pour les plus gros fumeurs. Certains utilisent pendant des années les substituts à la nicotine. Il est important de leur rappeler qu'une utilisation ponctuelle est conseillée, et que le but ultime est de stopper toutes consommations de nicotine. (30)

Pour les femmes allaitantes, il est recommandé d'éviter les patchs et de préférer les gommes ou les comprimés sublinguaux. Les patchs permettent de diminuer le taux de nicotine contenu dans le lait par rapport aux mères fumeuses. Les gommes et les comprimés entraînent un pic de nicotine juste après la prise. Il suffit alors, aux femmes allaitantes, de différer la prise de 2 à 3 heures par rapport à la prise de substitut, afin de rendre minimales les doses ingérées par le nouveau-né. (35)

C. Durée du traitement

1. Les patchs

a. Forte dépendance

Pour les patients ayant une dépendance forte à très forte à la nicotine, c'est-à-dire avec un score au test de Fagerström supérieur ou égale à 5 (ou fumeurs de 20 cigarettes ou plus par jour) :

- La phase initiale doit durer 3 ou 4 semaines avec des patchs à 21 mg/24 heures.
- Le suivi du traitement se fait pendant 3 ou 4 semaines avec des patchs de 21 mg/24 heures, ou de 14 mg/24 heures en fonction des résultats et des symptômes de sevrage.
- Le sevrage thérapeutique peut se faire 3 à 4 semaines plus tard, en fonction des résultats obtenus, en passant par des patchs de 7 mg/24 heures, ou en revenant au patch de 14 mg/ 24 heures, pour finir avec les patchs de 7 mg/ 24 heures. (38)

b. Faible dépendance

Pour les patients ayant une faible dépendance à la nicotine, c'est-à-dire les patients présentant un score au test de Fagerström inférieur ou égale à 5 (ou fumeurs de moins de 20 cigarettes par jour) :

- La phase initiale doit durer 3 à 4 semaines, en commençant avec des patchs de 21 mg/24 heures ou de 14 mg/24 heures.
- Le suivi du traitement se fait pendant 3 ou 4 semaines avec des patchs de 14 mg/24 heures, ou de 7 mg/24 heures, en fonction des résultats et des symptômes de sevrage.
- Le sevrage thérapeutique peut se faire 3 à 4 semaines plus tard en fonction des résultats obtenus avec les patchs de 7 mg/24 heures, et en finissant par stopper tout traitement. (38)

2. Les gommes à mâcher

Le dosage est à adapter en fonction du degré de dépendance à la nicotine. Pour ce faire, il faut identifier si le patient est faiblement, moyennement ou fortement dépendant à la nicotine.

Concernant les patients faiblement à moyennement dépendants à la nicotine (c'est-à-dire les patients fumant moins de 20 cigarettes par jour), l'utilisation de gommes dosées à 2 mg est recommandée.

Pour les patients moyennement à fortement dépendants à la nicotine (c'est-à-dire ceux qui consomment entre 20 et 30 cigarettes par jour), les gommes dosées à 2 mg ou 4 mg peuvent être utilisées.

Pour les patients fortement et très fortement dépendants à la nicotine (c'est-à-dire les patients fumant plus de 30 cigarettes par jour), l'utilisation des gommes à 4 mg est recommandée.

Le but étant de réduire au fur et à mesure la consommation de gommes à mâcher, il ne faut pas dépasser 25 gommes à 2 mg par jour ou 15 gommes à 4 mg par jour. (38)

3. Les comprimés à sucer

Tout comme les gommes à mâcher, le dosage est à adapter en fonction du degré de dépendance à la nicotine.

Pour les patients faiblement à moyennement dépendants (c'est-à-dire ceux qui fument moins de 20 cigarettes par jour), les comprimés dosés à 1 mg peuvent être utilisés.

Pour les patients moyennement à fortement dépendants (c'est-à-dire ceux qui consomment entre 20 et 30 cigarettes par jour), les comprimés dosés à 1 mg et à 2 mg sont recommandés.

Pour les patients fortement à très fortement dépendants à la nicotine (c'est-à-dire ceux dont la consommation dépasse 30 cigarettes par jour), il est préférable d'utiliser les comprimés dosés à 2 mg. (38)

En théorie la durée de traitement est variable et peut aller de 3 à 6 mois en fonction des patients et de leur réponse au traitement substitutif. En réalité j'ai pu constater qu'ils continuaient à prendre ces substituts parfois pendant plusieurs années pour satisfaire leur besoin en nicotine tout en évitant le côté toxique de la cigarette. (38)

D. Interactions

Les interactions sont similaires à celles de la nicotine contenue dans une cigarette. Lors de l'instauration d'un traitement substitutif, il est important de tenir compte des médicaments pris par le patient. En effet, pour certains d'entre eux il y a un risque de surdosage lors de l'arrêt du tabac (annexe 7). (39)

E. Effets indésirables

Les traitements substitutifs à la nicotine peuvent provoquer des effets indésirables semblables à ceux de la nicotine. Les effets les plus fréquents sont des céphalées, des troubles de la perception du goût, un hoquet, des nausées, une dyspepsie, des douleurs et paresthésies au niveau des tissus mous de la cavité buccale, une stomatite, une hypersalivation, une brûlure des lèvres, une sécheresse de la bouche et de la gorge. (30)(37)(40)

En cas de surdosage, des nausées, des céphalées, des palpitations avec possible vasoconstriction artérielle et perte de connaissance peuvent apparaître. Il ne faut pas associer la substitution au tabac inhalé. (30)

1. Les patchs

Les patchs peuvent entraîner des irritations cutanées chez certaines personnes, de l'eczéma de contact ou encore un prurit. Ces effets indésirables régressent rapidement après arrêt du traitement. (25)(30) (37)(40)

2. Les gommes, les comprimés sublinguaux et le spray

Concernant les substituts oraux, ils peuvent provoquer des brûlures pharyngées et des brûlures d'estomac. Les gommes en particulier peuvent entraîner un décollement des prothèses dentaires. (25)

F. Contre-indications

Chez les fumeurs dépendants qui souhaitent arrêter de fumer, il y a peu de contre-indication à l'utilisation des substituts nicotiques. Le niveau d'interaction est, « à prendre en compte », concernant les médicaments pris en même temps que les substituts nicotiques.

Un contrôle médical doit se faire concernant l'utilisation des substituts chez la femme enceinte ou allaitante, et chez les personnes venant de faire un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral.

Selon le *Vidal*, l'utilisation des substituts peut être contre-indiquée :

- Pour les patients ayant fait un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral récent, les patients présentant un angor instable ou des troubles du rythme cardiaque sévère.
- Pour ceux qui ont un ulcère gastro-duodéal évolutif.
- Chez l'enfant, en l'absence de donnée.
- En cas d'hypersensibilité à l'un des constituants dont la nicotine. (20)(31)

G. Limites des substituts nicotiques

La nicotine, administrée sous forme de substituts nicotiques, permet de faciliter le sevrage mais son efficacité est limitée. Plusieurs explications peuvent être proposées :

- L'adaptation de la dose qui reste approximative.
- Les intervalles d'utilisation qui ne reflètent pas toujours la réalité de la consommation de cigarettes.
- La biodisponibilité des traitements substitutifs inférieure à la nicotine contenue dans la cigarette.
- La pharmacocinétique des traitements substitutifs mal reproduite.
- Les phénomènes spécifiques à la cigarette (gestes, situations déclenchant la consommation, automatismes) ne pouvant pas être comblés de la même manière avec les substituts nicotiques.
- Les effets sensoriels (chaleur, goût, odeur, l'inhalation de la fumée) de la cigarette n'étant pas reproductibles. (25)

II. LES AUTRES METHODES DE SEVRAGE

A. Les médicaments

1. Bupropion (Zyban®)

Il s'agit d'un médicament aussi appelé Amfébutamone. Il est uniquement délivré sur prescription médicale émanant d'un médecin généraliste ou d'un tabacologue. A la base, c'est un antidépresseur qui a obtenu une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) uniquement pour le sevrage tabagique. Il appartient à la liste I et n'est pas remboursé par la sécurité sociale.

Tout d'abord, l'équipe officinale devra s'assurer de la bonne motivation du patient pour être sûr de son observance au traitement. (21)(25)

a. Présentation et posologie

Le Bupropion se présente sous forme de comprimés à libération prolongée. Ce sont des boîtes de 60 comprimés dosés à 150 mg.

La posologie adulte est de 150 mg par jour pendant 6 jours, puis la posologie peut être augmentée à 150 mg deux fois par jour pendant 7 à 9 semaines si besoin. La posologie maximale journalière est de 300 mg. (25)(30)

b. Propriétés et cinétique

Il appartient aux psychotropes et inhibe la recapture de la noradrénaline et de la dopamine. Il est absorbé au niveau digestif, puis métabolisé majoritairement par le cytochrome P-450 2B6 (CYP 2B6), et enfin éliminé par voie urinaire. La demi-vie d'élimination est assez longue puisqu'elle est de 20 à 27 heures. (30)

c. Effets indésirables

Les effets indésirables les plus fréquents sont des réactions d'hypersensibilités (prurit, urticaire, œdème de Quincke, bronchospasme, choc anaphylactique), mais aussi de la fièvre, la bouche sèche, des troubles du goût, des troubles digestifs (nausées, vomissements, douleurs abdominales, constipation), insomnie, anxiété, tremblements, maux de tête, ataxie, dépression et agitation. (25)(30)

d. Précaution d'emploi et interactions médicamenteuses

Ce médicament est un inhibiteur du CYP 2D6. Le traitement doit être immédiatement stoppé en cas de réaction d'hypersensibilité ou de convulsions. Son association est déconseillée avec les amphétamines, les anorexigènes et les psychostimulants.

Une précaution d'emploi est nécessaire avec les médicaments abaissant le seuil épileptogène (antidépresseurs, neuroleptiques, antipaludéens, tramadol, théophylline, stéroïdes, quinolones, etc.) mais aussi avec les insulines, les hypoglycémifiants et les médicaments métabolisés par le CYP 2D6.

Il ne faut pas dépasser une dose de 150 mg par jour chez les patients présentant une insuffisance hépatique ou une insuffisance rénale et chez le sujet âgé. (30)

e. Contre-indications

Son utilisation est contre-indiquée chez la femme enceinte (à cause du risque de malformations cardiaques chez le fœtus) et chez la femme allaitante. De la même manière, il ne faut pas administrer ce médicament chez les enfants et les adolescents de moins de 18 ans. (21)(25)(30)

Son association est contre-indiquée avec les inhibiteurs de la monoamine oxydase sélectifs et non sélectifs et avec le ritonavir. (30)

Une contre-indication concerne également les personnes présentant des antécédents de troubles convulsifs, des tumeurs au niveau du système nerveux central, une insuffisance hépatique sévère, des antécédents de boulimie ou d'anorexie mentale, des troubles bipolaires et tout patient sous antidépresseurs. (25)(30)

Pour les patients en sevrage alcoolique, ou en sevrage des benzodiazépines, il est aussi contre-indiqué de l'utiliser. (30)

2. Varénicline (Champix®)

C'est un médicament dérivé de la cystisine (molécule provenant d'une plante qui s'appelle *Cystis viburnum*), qui a certains éléments proches de la structure moléculaire de la nicotine. Il est prescrit dans les mêmes conditions que le bupropion, il n'est pas remboursé par la sécurité sociale et appartient à la liste I. (21)(30)

Cependant, la Commission de Transparence de la Haute Autorité de santé est favorable au remboursement du Champix®, à hauteur de 65%, dans la prise en charge de seconde intention du tabagisme. En effet, le service médical rendu est élevé concernant les fortes dépendances au tabac (score au test de Fagerström ≥ 7). Le Champix® est un moyen supplémentaire de lutte contre le tabagisme à utiliser en cas d'échec des autres méthodes de sevrage. Ce remboursement ne tient pas compte du forfait annuel de 150 euros attribué aux substituts nicotiques. (41)

a. Présentation et posologie

La varénicline se présente sous différentes formes :

- Boîte de 56 comprimés dosés à 0,5 mg.
- Boîte de 28 ou 56 comprimés dosés à 1 mg.
- Boîte de 11 comprimés dosés à 0,5 mg et 14 comprimés dosés à 1 mg.

Ces différents conditionnements sont dus aux différentes posologies à adapter au cours du traitement. (21)(30)

Lors de la première semaine de traitement, la dose de Varénicline doit être augmentée progressivement. Le traitement peut être débuté avant l'arrêt du tabac.

Posologie :

- Au départ c'est 0,5 mg par jour pendant 3 jours.
- Augmenter la dose à 0,5 mg deux fois par jour pendant 4 jours.
- Le dernier pallier est de 1 mg deux fois par jour pendant 11 à 23 semaines.

La posologie doit être augmentée de façon progressive. Les comprimés peuvent être pris au milieu du repas en cas de nausées. (21)(30)

L'arrêt du tabac est fixé au 14^{ème} jour après le début du traitement. Il y a une perte de plaisir de la cigarette pendant les premiers jours de traitement. Il est recommandé d'arrêter au bout de 12 semaines en cas d'inefficacité du traitement. (21)

b. Propriétés et cinétique

La Varénicline est un agoniste partiel qui est sélectif d'un certain type de récepteurs nicotiques. Ce médicament a un effet agoniste-like partiel. (21)

Le mécanisme d'action du médicament repose sur le soulagement du besoin de fumer et l'absence de manque de nicotine, mais aussi sur la réduction des effets de récompense apportés par la nicotine.

La résorption digestive est presque totale avec une concentration plasmatique maximale atteinte en 3 à 4 heures, un métabolisme qui est réduit, et une élimination dans les urines sous forme inchangée en 24 heures. (30)

c. Effets indésirables

Les effets indésirables « très fréquents » sont : l'insomnie, des modifications de l'activité onirique (c'est-à-dire ayant un rapport au rêve), des maux de tête et des nausées.

Ensuite viennent les effets indésirables « fréquents » qui sont : la fatigue, la somnolence, des troubles du goût, et des troubles digestifs (vomissement, troubles du transit, augmentation de l'appétit). Si le patient présente un état dépressif avec des idées suicidaires, il doit immédiatement arrêter le traitement. (30)

En cas d'effets indésirables trop importants, la dose de Varénicline peut être diminuée à 0,5 mg en deux prises journalières. Pour les patients présentant un fort risque de rechute, la posologie peut être diminuée de façon progressive. (21)

d. Précautions d'emploi

Pour les patients présentant une insuffisance rénale sévère, il est recommandé de ne pas dépasser 1 mg par jour en une seule prise.

En cas de maladie psychiatrique (schizophrénie, troubles bipolaires, etc.) ou d'antécédents de maladie psychiatrique, il est recommandé d'utiliser le traitement avec précaution et de surveiller tout signe de dépression ou d'idées suicidaires. (21)(30)

e. Contre-indication

Le traitement par Varénicline est contre-indiqué chez la femme enceinte ou qui allaite. L'utilisation chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans est à proscrire. (30)

B. L'homéopathie

1. Les différentes souches

Différentes souches sont utilisées en homéopathie au cours du sevrage tabagique, elles sont choisies en fonction du profil du patient :

- *Argentum nitricum* 9 à 15CH est à donner à la personne ayant un tempérament nerveux, constamment en mouvement, pressé. Il est à utiliser en traitement de fond avec 5 granules le matin.

- *Nux vomica* 9 à 15CH convient à la personne stressée et surmenée qui consomme des excitants comme le thé, le café ou de l'alcool. Il agit aussi sur l'élimination des toxines. Il est conseillé de prendre 5 granules le soir.

- *Anacardium orientale* 9CH permet une désintoxication globale, aussi bien psychique que physique : par exemple, quand la prise de cigarette calme l'irritabilité, les maux de tête ou le manque de concentration. A recommander quand le plaisir de fumer et la raison d'arrêter de fumer s'opposent. Il est conseillé de prendre 5 granules matin et soir, et à chaque fois que l'envie de fumer se fait ressentir.

- *Staphysagria* 15CH est donné aux personnes frustrées, en colère ou irritables à hauteur d'une dose par semaine.

- *Tabacum* 7CH agit sur le malaise de la première cigarette qui manque, et non sur les effets chroniques du tabac. Il est conseillé de prendre 3 granules matin et soir.

- *Caladium* 5CH traite les effets du tabac sur le long cours (troubles de la mémoire, toux chronique, etc.) et peut avoir un effet dissuasif de fumer.

- *Lobelia inflata* 5CH permet une désaccoutumance au tabac par le dégoût.

- *Gelsemium* 9 à 15CH agit sur l'anxiété du sevrage. Il est conseillé de prendre 3 granules trois fois par jour.

Il est recommandé de laisser fondre les granules sous la langue, sans les avaler ou les croquer, à distance des repas (c'est-à-dire 30 minutes avant ou 2 heures après), dans une « bouche propre ». (42)(43)

Une spécialité prête à l'emploi est disponible comme adjuvant au sevrage tabagique, c'est Tabapass®. Elle comprend différentes souches homéopathiques : *Caladium seguinum* 5CH, *Nux vomica* 5CH et *Tabacum* 5CH. La posologie recommandée est de 1 comprimé à sucer trois fois par jour, et 1 comprimé à sucer à chaque envie de fumer, toujours à distance des repas (sans dépasser 6 comprimés par jour). La durée de traitement recommandée est de 1 mois, renouvelable si besoin sur avis médical.

Quand la pulsion de fumer disparaît, le patient doit espacer les prises, et il doit cesser de prendre ce médicament quand il n'a plus envie de fumer. Il peut fonctionner pour les patients faiblement dépendants ou pour les patients très motivés.

2. En résumé(42)(43)

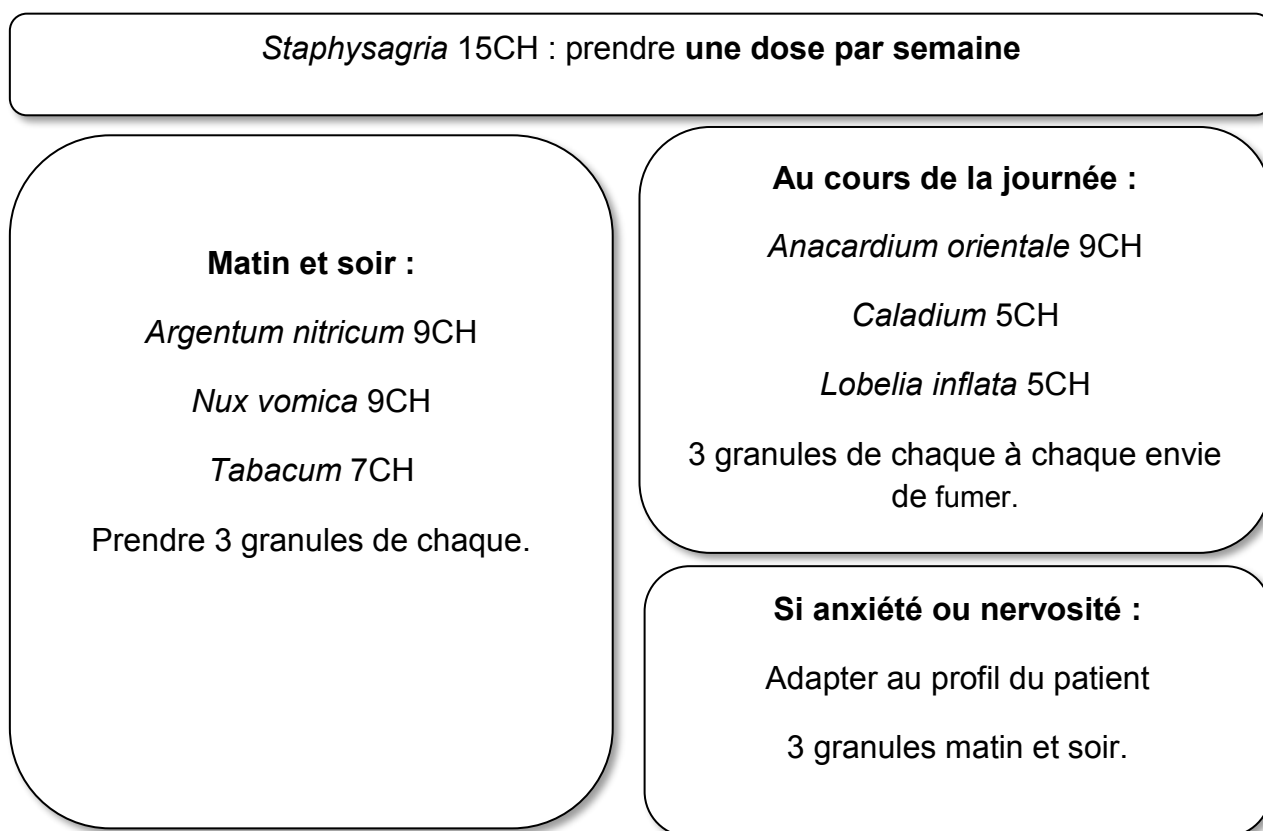


Figure 5 : Récapitulatif de la prise en charge homéopathique du patient tabagique.

C. La cigarette électronique

1. La composition

La cigarette électronique a été commercialisée pour la première fois en Chine, courant 2004, par un pharmacien. Elle est constituée d'une batterie, d'un atomiseur et d'une cartouche contenant le « e-liquide ».

Elle mime une cigarette classique :

- À une extrémité une diode rouge qui représente la combustion.
- De l'autre côté une résistance qui communique avec une cartouche contenant le « e-liquide », et qui ressemble à un filtre de cigarette.

Lorsque la personne aspire au niveau de l'embout de la cigarette électronique, la solution de « e-liquide » chauffe pour produire de la vapeur, qui est ensuite inhalée par l'utilisateur. (20)

2. Le « e-liquide »

La composition des cartouches de « e-liquide » est variable :

- Elles contiennent ou non de la nicotine. Ce qui permet aux fumeurs dépendants de se sevrer en diminuant les doses de nicotine progressivement.
- Elles contiennent aussi du propylène-glycol, qui est un solvant pouvant entraîner un état d'ébriété et des effets indésirables neurologiques. De plus, sa consommation par inhalation sur le long terme n'a pas encore été évaluée.
- Elles peuvent contenir des terpènes (menthol, linalol), pouvant provoquer des convulsions.
- Elles peuvent contenir différents arômes (menthe, chocolat, fruit, etc.), pouvant inciter les plus jeunes à la consommation.

La cigarette électronique est utilisée aussi bien par les fumeurs que par les non-fumeurs. Ce qui peut inciter les personnes non fumeuses à entrer dans le tabagisme et à normaliser cet acte. (21)

3. La législation

Une législation encadre la cigarette électronique. Elle concerne plus particulièrement tous les produits de vapotage. Cette législation est assez proche de celle concernant les produits contenant du tabac.

La cigarette électronique est soumise aux obligations ci-dessous :

- Si les produits contiennent de la nicotine, un avertissement sanitaire doit apparaître sur au moins 30% des deux surfaces les plus grandes du conditionnement : « La nicotine contenue dans ce produit crée une forte dépendance. Son utilisation par les non-fumeurs n'est pas recommandée. »
- L'interdiction de faire de la publicité ou de la propagande à propos de ces produits, sauf dans les revues professionnelles spécialisées, ou dans le magasin lui-même à condition de ne pas être visible de l'extérieur.
- L'interdiction de vendre ou d'offrir à titre gratuit à un mineur.
- L'interdiction de vapoter dans les établissements scolaires, dans les structures accueillant des mineurs, dans les transports en commun fermés, ou dans les lieux de travail couverts.
- La notification obligatoire aux autorités 6 mois avant la commercialisation d'un nouveau produit mis sur le marché.
- Les additifs et la concentration maximale en nicotine sont réglementés. (7)(21)

4. Sujet à controverse

Selon le spécialiste de la nicotine Jacques le Houezec, arrêter de fumer avec la cigarette électronique permet d'arrêter dans le plaisir, et non plus dans la souffrance. Cependant, il ne la classe ni dans la catégorie « produits pharmaceutiques », ni dans la catégorie « produits du tabac ». Il affirme que c'est un intermédiaire entre les deux. Selon lui, il n'existe pas de vapotage passif, contrairement au tabagisme passif, donc le risque toxique pour les non-fumeurs est inexistant. Il précise que les ingrédients de la cigarette électronique, comme le propylène glycol et la glycérine végétale, ne sont pas dangereux. Ils sont utilisés en cosmétique et même en alimentaire, ils permettent de porter l'eau afin de créer de la vapeur. Il faut que leur pureté soit rigoureusement contrôlée pour éviter tout problème. Pour lui, il ne faut pas inquiéter la population, car la cigarette électronique restera moins dangereuse que la cigarette classique. (44)

Cependant, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) a recommandé, en 2011, de ne pas utiliser les cigarettes électroniques. Aux Etats-Unis, la *Food and Drug Administration* (FDA) a analysé divers « e-liquides » et a mis en évidence la présence de différentes substances toxiques (déthylène glycol) et cancérigènes (nitrosamides). De plus l'ingestion accidentelle d'une cartouche par un enfant pourrait être mortelle.

La cigarette électronique n'a pas obtenu d'AMM car elle ne répond pas à la définition du médicament, et parce que son utilisation pourrait être risquée. Il est préférable d'appliquer le principe de précaution en attendant d'obtenir plus d'information sur le sujet. Le pharmacien doit mettre en garde la femme enceinte ou allaitante qui utilise la cigarette électronique, car il n'y a pas d'étude à ce sujet. Pour le reste de la population, il est à même de donner son opinion, les avis étant très divergents pour le moment. Apparemment, la cigarette électronique ne serait pas plus efficace dans le sevrage tabagique que les substituts nicotiques. Les études se poursuivent pour alimenter les données à ce sujet. (7)(21)

D. Les médecines alternatives

1. L'acupuncture (45)

L'acupuncture est une « branche de la médecine chinoise traditionnelle, elle consiste à piquer avec des aiguilles en des points précis de la surface du corps d'un patient pour soigner différentes maladies ou provoquer un effet analgésique ». (46)

La méthode Chiapi est une méthode d'acupuncture pour arrêter de fumer. Elle a été mise au point et enseignée par le docteur Requena. Il s'agit pour l'acupuncteur de piquer en deux points d'acupuncture, situés sur chaque face latérale du nez. Cette zone est un point particulier qui active la fonction biliaire. Les aiguilles sont insérées de part et d'autre du nez, ce qui procure une sensation désagréable mais non douloureuse. La pose des aiguilles dure 15 minutes, puis elles sont stimulées manuellement pendant quelques secondes avant d'être retirées.

Cette méthode enlèverait le « manque » de nicotine, c'est-à-dire le besoin, mais ne supprimerait pas l'« envie » qui pourrait être comparée à un caprice. La suppression du manque rend la personne plus sereine, elle n'est plus énervée, ni perturbée, ni obsédée par la cigarette.

2. L'hypnose (47)

L'hypnose est un « état de conscience particulier, entre la veille et le sommeil, provoqué par la suggestion ». (46)

Il existe une association française pour l'étude de l'hypnose médicale qui propose, entre autres, le sevrage tabagique par l'hypnose.

La technique repose sur le principe de la suggestion et le concept de l'empreinte. Il existe chez chaque fumeur un désir d'arrêter de fumer, et c'est cette facette qui est amplifiée par le thérapeute. Elle fait associer à la personne désirant se sevrer plusieurs idées, comme par exemple tabac-nausées, ou le plaisir de respirer, le désir de se débarrasser des toxiques, de vaincre cette dépendance, ou de maîtriser son corps. Un dialogue est nécessaire afin de mettre en avant tous les aspects du sevrage, ainsi que les craintes du patient.

La technique d'hypnose peut fonctionner aussi bien sur les sujets faiblement dépendants, que chez les sujets fortement dépendants à la nicotine. Elle permet de calmer les symptômes de manque sévères, les gestes automatiques, et les comportements addictifs. Une ou plusieurs séances peuvent être nécessaires, en fonction du profil du patient et des difficultés rencontrées. Un suivi permet d'améliorer les résultats obtenus. Les patients qui choisissent l'hypnose sont ceux qui veulent se débarrasser au plus vite du tabac.

Une séance d'arrêt du tabac par hypnose se déroule au préalable par un entretien individuel, pour évaluer la dépendance, la motivation, l'environnement du fumeur, et le risque d'effets secondaires (prise de poids, anxiété, dépression, etc.). Le thérapeute peut alors mettre au point sa stratégie d'hypnose.

Des séances de groupes peuvent être envisagées par la suite. Le déroulement de la séance consiste à mettre le groupe sous hypnose. L'induction se fait en position assise, puis il y a une phase de pesanteur, d'engourdissement, et de suggestions thérapeutiques visant à dégouter les personnes du tabac.

Le thérapeute arrive à modifier le comportement des personnes (oubli du geste, oubli du tabac, fumer appartenant au passé), renforce le plaisir de respirer et de vivre. S'en suit la phase de réveil et l'association de règles hygiéno-diététiques.

Sujet à controverse, l'hypnose montre un taux de réussite à 72% seulement un mois après la séance. Cependant, le nombre de rechutes est significatif avec 35 et 40% d'abstinents à 6 mois de sevrage.

Il faut au minimum être convaincu par cette pratique, le nombre de thérapeutes est limité, et ce n'est pas une méthode reconnue efficace par l'OMS.

3. Le magnétisme (48)

Le magnétisme est considéré comme un don que certaines personnes possèdent. Ce don peut intervenir dans l'aide au sevrage tabagique, chez tous types de fumeurs. La seule condition est « la motivation » pour arrêter de fumer, selon le guérisseur Christophe Limayrac. Il précise que chaque fumeur est différent, et qu'il cadre le nombre de séances en fonction du nombre de paquets de cigarettes fumées par jour. Par exemple, pour un fumeur qui consomme un paquet de cigarette par jour, une à deux séances suffiront. Une séance dure en moyenne 45 minutes, soit 15 minutes de discussion et 30 minutes de magnétisme. Les séances sont au moins espacées de 3 semaines.

Le magnétiseur peut associer des remèdes à base de plantes en complément du magnétisme. Le mélange est prescrit sur une « ordonnance » pour que l'équipe officinale le prépare, il n'est pas remboursé. Les indications sont diverses et concernent essentiellement les effets secondaires du sevrage.

Il existe de multiples manières de se sevrer, à chacun sa méthode. Le maître mot pour y parvenir reste la détermination. Le pharmacien d'officine se doit d'orienter le patient au mieux dans son choix.

PARTIE V : ROLE DU PHARMACIEN

I. LA PREVENTION

Selon l'article issu de la loi du 4 mars 2002, concernant les droits des malades et la qualité du système de santé (Article L 1417-1) :

« La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents » d'une part.

Et d'autre part, elle favorise « les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident ».

« A travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé ».

En ce qui concerne le sevrage tabagique, l'action du pharmacien se situe au niveau de la réduction de la consommation de tabac, de l'identification des personnes fumeuses, de l'information de la population sur les risques du tabac, et de son éducation. (49)

Selon l'OMS, la prévention est classée en différentes catégories qui sont : la prévention primaire, la prévention secondaire et la prévention tertiaire.

A. Les différents types de prévention

1. La prévention primaire

La prévention primaire « a pour objectif de limiter l'incidence des maladies par une action au niveau des causes et des facteurs de risque. ».

Elle concerne une population dite « saine » pour laquelle il faudra éviter les comorbidités liées à la consommation de tabac. Dans le cas présent, il s'agit d'éviter à la population de rentrer dans le tabagisme. (49)(50)

2. Prévention secondaire

La prévention secondaire concerne une population dite « asymptotique », c'est-à-dire qui ne présente pas de conséquences néfastes dues au tabac. Dans ce cas de figure, l'essentiel va être le sevrage de la personne pour préserver son état de santé. (49)

Le but est de sensibiliser les individus aux effets délétères du tabac, par le biais d'affiches, de publicités, de discussions dans les établissements scolaires, mais aussi de spots à la radio. Plus le sevrage est réalisé rapidement, plus la santé de la personne sera préservée.

3. Prévention tertiaire

La prévention tertiaire concerne une population dite « symptomatique », c'est-à-dire qui présente des complications liées au tabac. Dans ce cas de figure, il faut prendre en charge les pathologies développées afin d'éviter de les aggraver, et sevrer les personnes malades. (49)

B. Généralités

En dehors des murs de la pharmacie, la prévention primaire se traduit par différentes mesures :

- Une augmentation des prix des cigarettes.
- Une prise en charge par l'assurance maladie des substituts nicotiques à hauteur d'une certaine somme (150 euros pour tous les assurés).
- L'interdiction de fumer dans les lieux publics.
- La mise en garde sur la composition des cigarettes.
- Des avertissements sanitaires visibles dans différentes campagnes de publicité.
- Une campagne d'information par le biais de la radio, de la télévision ou encore par le biais d'internet.
- Des supports d'information sur les risques liés à la consommation de tabac : par exemple le guide papier « j'arrête de fumer » qui est distribué un peu partout dans les gares, et au pied des immeubles d'affaires. L'objectif est de faire passer un message de prévention et d'inciter à l'arrêt du tabac.
- Le numéro de tabac info service qui s'est simplifié en 2009 : d'un numéro à huit chiffres il est passé à un numéro à quatre chiffres, donc plus facile à mémoriser (39 89). Des campagnes radio ont été mises en place pour faire connaître le nouveau numéro et mettre en avant le coaching personnalisé. Une affiche promotionnelle du nouveau numéro était affichée avec le slogan « Mille façons d'arrêter, un seul numéro : 39 89 ».
- Un renforcement des interdictions de vente de tabac aux personnes mineures.

Le but de la prévention est d'éviter aux personnes de rentrer dans le tabagisme et de préserver leur santé en dénormalisant la consommation de cigarette.

Un message a aussi été lancé plus particulièrement aux femmes enceintes, avec le slogan « vous n'êtes pas seule à arrêter de fumer ». Sous-entendu : votre enfant aussi en a besoin pour préserver sa santé. De la même manière, des dépliants « Vous êtes enceinte et vous souhaitez arrêter de fumer ? » ont été distribués, ceci pour souligner qu'une aide pouvait leur être apportée. (49)

Depuis le début des années 2000, la lutte anti-tabac s'intensifie par le biais de campagnes, et avec la dénonciation de la manipulation de l'industrie du tabac (qui ne voulait pas admettre que la cigarette rend dépendant, et qu'elle est entre autres responsables de cancers et de millions de morts à travers le monde).

Le tabagisme passif est aussi mis en avant, avec les méfaits qu'il peut avoir sur les plus jeunes exposés. Le message qui doit passer est : « quand on fume à côté d'un non-fumeur il fume aussi » (octobre 2004).

Les campagnes de publicité énumèrent aussi les composés toxiques de la fumée de cigarette et sa dangerosité.

Exemple de publicités anti-tabac les plus récentes :



Figure 6 : Campagne publicitaire 2009 de l'Inpes sur la sensibilisation contre le tabac.

En 2009, le message de l'Inpes pour la journée mondiale contre le tabac est « un fumeur sur deux meurt prématurément de son tabagisme ». Cette campagne met en avant la probabilité importante de mourir si l'on consomme du tabac. Ce slogan cherche à mettre en avant le décalage entre le risque perçu et le danger réel du tabagisme, en faisant une comparaison avec le risque pour un homme de se faire dévorer par un requin. (51)

La même année, un spot télévisé appelé « big-bang » est mis en place avec la mise en avant d'un certain nombre de probabilités. Il parle du hasard du big-bang, de la formation de notre planète, de l'apparition de l'être humain et de la conception d'un enfant, etc. toutes ces probabilités infimes sont comparées à la forte probabilité de mourir à cause du tabac chez un fumeur. (51)



Figure 8 : Campagne publicitaire 2011, tabac info service.

En 2011, toujours dans le cadre de la journée mondiale sans tabac, une publicité a mis l'accent sur le sevrage tabagique avec comme slogan « on entend toujours le même refrain quand on veut arrêter de fumer. Pour être bien conseillé, appeler tabac info service au 39 89 ».

Ce court métrage avait pour but d'inciter les fumeurs à se lancer dans le sevrage, car de nombreuses méthodes sont disponibles pour réussir. Il ne faut pas craindre les effets indésirables associés, les fumeurs ne sont pas seuls face au sevrage. Ils peuvent trouver de l'aide auprès d'un professionnel de santé, ou avec tabac info service.

Ce spot télévisé a mis en avant les différentes peurs du fumeur. Notamment la prise de poids, l'isolement social, ou le stress quotidien dû à la privation de cigarette.

L'affiche de tabac info service était aussi mise en avant avec le slogan « mille façons d'arrêter de fumer un seul numéro : 39 89 ». (51)



Figure 9 : Campagne publicitaire 2012 sous forme d'affiche.

La campagne du 31 mai 2012 était un spot télévisé mettant en avant les différentes raisons pour lesquelles une personne peut arrêter de fumer. Elle se terminait par la phrase « on a tous une bonne raison d'arrêter de fumer, quel que soit la vôtre, il existe une solution. Appeler tabac info service au 39 89 ». Cette version était déclinée sous la forme d'une affiche colorée mettant l'accent sur les diverses raisons d'arrêter.

L'OMS a aussi mis en place deux affiches lors de la journée mondiale sans tabac. La première avait pour slogan « que l'industrie du tabac ne vous trompe pas » suivi d'un texte qui dénonce le contraste entre le côté « responsable » de l'industrie du tabac (prévention, éducation, écologie) et le fait que cet industrie est aussi « responsable » de 60 000 morts en France et par an.

La deuxième affiche avait pour slogan « l'interférence de l'industrie du tabac ». Ce slogan montrait que l'industrie du tabac ne prenait pas part à la lutte anti-tabac, et qu'elle interférait avec l'objectif de santé publique qui vise à réduire le nombre de personnes fumeuses. (51)

C. Concernant le pharmacien

A l'officine de ville, différentes possibilités s'offrent à l'équipe pour faire de la prévention. Il est possible de diffuser une publicité sur un écran au niveau de la surface de vente. Pendant la durée d'attente, le patient au comptoir regardera l'écran et sera sensibilisé. Répéter toujours les mêmes informations peut provoquer un déclic chez le fumeur ou peut éviter à une personne non fumeuse de rentrer dans le tabagisme.

Des affiches de prévention peuvent aussi être placardées sur les murs de la pharmacie. Ainsi, la patientèle sera susceptible de les voir (aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur). De la même manière, des brochures peuvent être mise à disposition des patients : soit au niveau des comptoirs, soit dans l'espace documentation de la pharmacie, ou encore sur demande spontanée au comptoir.

Le personnel officinal doit être en mesure de communiquer le numéro de tabac info service (39 89). L'équipe peut mettre en avant l'aide procurée par cette ligne téléphonique lors d'un sevrage. Elle doit être en mesure de communiquer au patient les informations dont il a besoin.

Il convient de ne pas négliger le fait que les substituts nicotiques peuvent être pris en charge à hauteur de 150 euros par an, à condition que le patient dispose d'une ordonnance provenant d'un prescripteur habilité. Il faut préciser aux patients que l'ordonnance doit uniquement être consacrée à la substitution, et qu'aucun autre médicament ne doit figurer dessus. Les substituts nicotiques doivent être réglés à la pharmacie (pas de tiers payant). Le traitement n'est pas forcément délivré en une seule fois : le patient peut collecter les feuilles de soins jusqu'au montant pris en charge par l'assurance maladie. Ensuite, il doit joindre l'ordonnance à ces feuilles de soins pour être remboursé.

A défaut, les substituts nicotiques peuvent être pris en charge par la mutuelle du patient, ou par une assurance complémentaire santé si le contrat le prévoit. Le patient doit donc se renseigner auprès de ces organismes pour savoir s'il y a une prise en charge ou non.

Si la situation de l'officine le permet, elle peut essayer d'appliquer les prix les plus justes possibles pour les substituts nicotiques, afin que le tarif ne soit pas un frein au sevrage. L'officine doit être en mesure de proposer des prix cohérents par rapport à l'objectif de santé publique (pour réduire le nombre de personnes concernées par le tabagisme).

L'argument à fournir au patient est celui-ci : « la substitution nicotique vous reviendra moins cher que l'achat de paquets de cigarette ». De plus, les substituts aident à l'arrêt du tabac. Cet argent est dépensé intelligemment, cela reste donc intéressant pour le fumeur. Si le patient reste hésitant, il peut être intéressant de calculer avec lui ses dépenses annuelles en paquets de cigarettes. Il faut lui faire prendre conscience des économies qu'il pourrait réaliser (pour partir en vacances, acheter une nouvelle voiture, etc.).

Et pourquoi ne pas mettre en place un système de carnet de suivi pour la substitution nicotinique ? Le patient devra reporter sur ce carnet les substituts nicotiniques qu'il utilise, et la durée pendant laquelle il les prend. Ainsi, le pharmacien pourrait suivre l'évolution du sevrage, et prévenir les éventuelles rechutes, ou les corriger en identifiant plus facilement la cause des écarts. Ce carnet permettrait un suivi de la diminution du dosage (recommandé toutes les 3 à 4 semaines si le patient est prêt). L'accompagnement sera ainsi plus efficace et le suivi plus rigoureux.

Le pharmacien a son rôle à jouer dans chaque type de prévention, en sensibilisant la population pour préserver leur état de santé, en aidant un patient présentant des comorbidités à se sevrer afin de ne pas aggraver son état de santé, ou encore, en accompagnant un patient présentant une pathologie due au tabac.

II. LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT FUMEUR

Le pharmacien et son équipe doivent commencer par identifier les patients fumeurs : ceux qui fument plus ou moins sans pour autant présenter de pathologie ; ceux qui fument plus ou moins et qui présentent des pathologies en lien avec le tabac, ou des pathologies qui peuvent être aggravées par celui-ci ; ceux qui ont déjà subi les conséquences de leur consommation, mais qui n'ont toujours pas réussi à se sevrer. Parmi cette population, certains ont déjà pensé à arrêter de fumer, certains ont essayé sans succès, et d'autres n'y ont même pas pensé. Voilà les multitudes de situations auxquelles le pharmacien et son équipe peuvent être confrontés.

Le personnel officinal doit commencer par poser deux questions simples au patient : « fumez-vous ? » et « voulez-vous arrêter ? ». Cela permet de repérer les fumeurs et de savoir à quel stade ils se trouvent. Si le patient répond « oui » aux deux questions, lui proposer une brochure, ou commencez le dialogue au comptoir s'il a le temps. Cette démarche fait partie du conseil minimal. (40)

Si le patient n'est pas motivé il faut saisir chaque occasion pour lui en reparler, sans le faire culpabiliser. Ainsi, il pourra y méditer et revenir peut-être sur sa décision. (40)

A. Faire le point sur le patient et sa vie avec le tabac

Pour commencer, le pharmacien et son équipe peuvent donner au patient une fiche permettant de faire le point sur sa situation face au tabac. La personne devra cocher une case en face de chaque proposition, pour permettre de donner une idée sur sa relation avec le tabac. Pour le résultat, face à chaque proposition où la case « un peu », « assez », ou « beaucoup » est cochée, un dialogue doit être instauré avec le patient pour l'orienter et éviter les idées reçues. Les explications à fournir doivent être simples et adaptées au patient. (52)

Faites le point sur votre situation

| | PAS DU TOUT | UN PEU | ASSEZ | BEAUCOUP |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Fumer est un plaisir | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Fumer me détend | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Je ne me sens pas prêt(e) à arrêter maintenant | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Je ne fume que des cigarettes légères | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Il y a tellement longtemps que je fume ! Ça ne sert à rien d'arrêter maintenant | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. J'ai peur de grossir | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Je n'ai pas assez de volonté, je n'y arriverai jamais | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. J'ai peur d'être nerveux(se), irritable | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. J'ai fait plusieurs tentatives et à chaque fois je recommence | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| TOTAL DES RÉPONSES | | | | |

Figure 10 : Questionnaire de prise en charge du patient tabagique.

1. « Fumer est un plaisir »

Au niveau du cerveau, des cellules captent la nicotine de la cigarette et entraînent une sensation de bien-être. C'est le circuit de récompense qui est activé et qui provoque ce plaisir. Avec l'arrêt du tabac, les anciens fumeurs redécouvrent le plaisir du goût, de l'odorat et des aliments en général. Respirer est plus facile, et l'arrêt du tabac les rend fiers car ils se sentent libres et indépendants. (52)

2. « Fumer me détend »

C'est l'effet de la nicotine sur le cerveau. La cigarette est un faux anti-stress car c'est le phénomène de manque qui crée un état de tension qui sera calmé par la prise de nicotine. Après quelques semaines d'arrêt, les personnes se sentent soulagées car ils n'ont plus le sentiment de manque qui provoquait l'anxiété. (52)

3. « Je ne me sens pas prêt »

Si ce n'est pas le moment, il ne faut pas se précipiter et prendre son temps. Mais l'arrêt du tabac n'est pas une épreuve insurmontable, il faut seulement trouver la méthode qui convient et prendre le temps nécessaire. (52)

4. « Je ne fume que des cigarettes légères »

Contrairement aux idées reçues, elles ne sont pas moins toxiques que les cigarettes classiques. Les gens ont tendance à tirer plus fort dessus, ce qui permet une pénétration plus profonde des particules toxiques. Elles sont génératrices de nouveaux types de cancers. (52)

5. « Il y a tellement longtemps que je fume, ça ne sert à rien d'arrêter maintenant »

Rappeler au patient qu'il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer et que cet arrêt ne peut être que bénéfique. Le risque de développer une maladie grave diminue avec l'arrêt de la cigarette. (52)

6. « J'ai peur de grossir »

Ce n'est pas systématique et évitable avec une hygiène de vie adaptée. Le poids pris correspond au poids que la personne pèserait si elle n'avait pas fumé. (52)

7. « Je n'ai pas assez de volonté, je n'y arriverai pas »

Certaines personnes y parviennent du jour au lendemain, d'autres ont besoin de plus de temps, à chacun son rythme. C'est un apprentissage et il faut se débarrasser des réflexes conditionnés. Le manque de volonté peut en fait être un manque de nicotine, ou les craintes inconscientes de la personne. (52)

8. « J'ai peur d'être nerveux, irritable »

Ce sont des signes qui marquent le manque de nicotine et qui ne sont présent que pendant la période de sevrage. Les traitements substitutifs nicotiques permettent d'éviter ces symptômes. (52)

9. « J'ai fait plusieurs tentatives et à chaque fois je recommence »

Ne pas laisser le patient se décourager. Il a réussi à vivre un moment sans tabac, alors il peut recommencer à le faire. Les rechutes sont dues à un manque de méthode, ou un manque de soutien. Il est fréquent d'essayer plusieurs fois avant d'arrêter définitivement. Identifier avec le patient les raisons de sa reprise pour les contrôler. Chaque tentative d'arrêt est une victoire sur le tabac. (52)

10. En résumé

Au comptoir il est simple de faire un état des lieux rapide, et de donner une argumentation convaincante aux patients indécis ou sceptiques. Plus le professionnel de santé encadrera le patient tabagique et meilleures seront ses chances de prendre la décision d'arrêter de fumer. Ce questionnaire cible les points faibles du patient et permet d'y répondre de façon concise pour avoir un impact efficace.

B. Aborder le sevrage avec le patient

L'équipe officinale doit demander au patient s'il connaît les troubles causés par le sevrage. Il faut lui expliquer que son corps lui réclame ses doses de nicotine, c'est ce qui est appelé « dépendance physique ». Mais il y a aussi une dépendance psycho-comportementale à cause des gestes automatiques, des moments particuliers où la cigarette était consommée, des problèmes de concentration, du stress, etc. (40)

Il est nécessaire d'informer le patient sur les symptômes de manque, qui peuvent se traduire par de l'irritabilité, une humeur dépressive, de la somnolence, des troubles du sommeil, des problèmes de transit ou encore un appétit accru. Pour éviter ces troubles, des médicaments conseils sont proposés, c'est ce qu'on appelle « les substituts nicotiniques ». (40)

Pour commencer, le patient fumeur doit déjà se fixer une date d'arrêt, puis il doit parler de son projet à ses proches (famille, amis, collègues). Ainsi il sera d'autant plus motivé et soutenu, et personne ne jugera ses changements d'humeurs. Certains fumeurs, au contraire, ne voudront pas parler de leur projet de sevrage et se sevreront seuls. Cette façon de faire est plus risquée, car le soutien psychologique est important lors du sevrage. (21)(40)

L'entourage du fumeur devra éviter de fumer devant lui dans un premier temps, afin de ne pas le tenter. Par la suite, quand le sevrage est consolidé, il est plus simple pour l'ancien fumeur de contrôler ses envies de cigarettes. (21)

Il faut inciter le patient à dresser la liste des avantages et des inconvénients du sevrage tabagique, en mettant en avant les bénéfices de l'arrêt. Il faut lui rappeler qu'il n'est jamais trop tard pour arrêter le tabac. La substitution nicotinique est un bon moyen pour éviter les désagréments du syndrome de sevrage si c'est ce qui rend la personne réticente à l'arrêt. En évitant ces troubles, le risque de rechute est évité plus facilement. (21)

La motivation est primordiale dans la démarche d'arrêt et de maintien de l'abstinence. Le fumeur doit trouver quelque chose qui le motive (santé personnelle, projet futur, santé de ses proches, etc). (21)

Un schéma est proposé pour évaluer l'état psychologique du patient dans sa démarche pour arrêter de fumer, c'est le schéma de Prochaska. Deux psychologues (James Prochaska et Carlo diClemente) ont mis en place ce schéma qui décrit les différentes étapes psychologiques dans lesquelles se trouve le fumeur selon son degré de motivation à arrêter de fumer. (21)

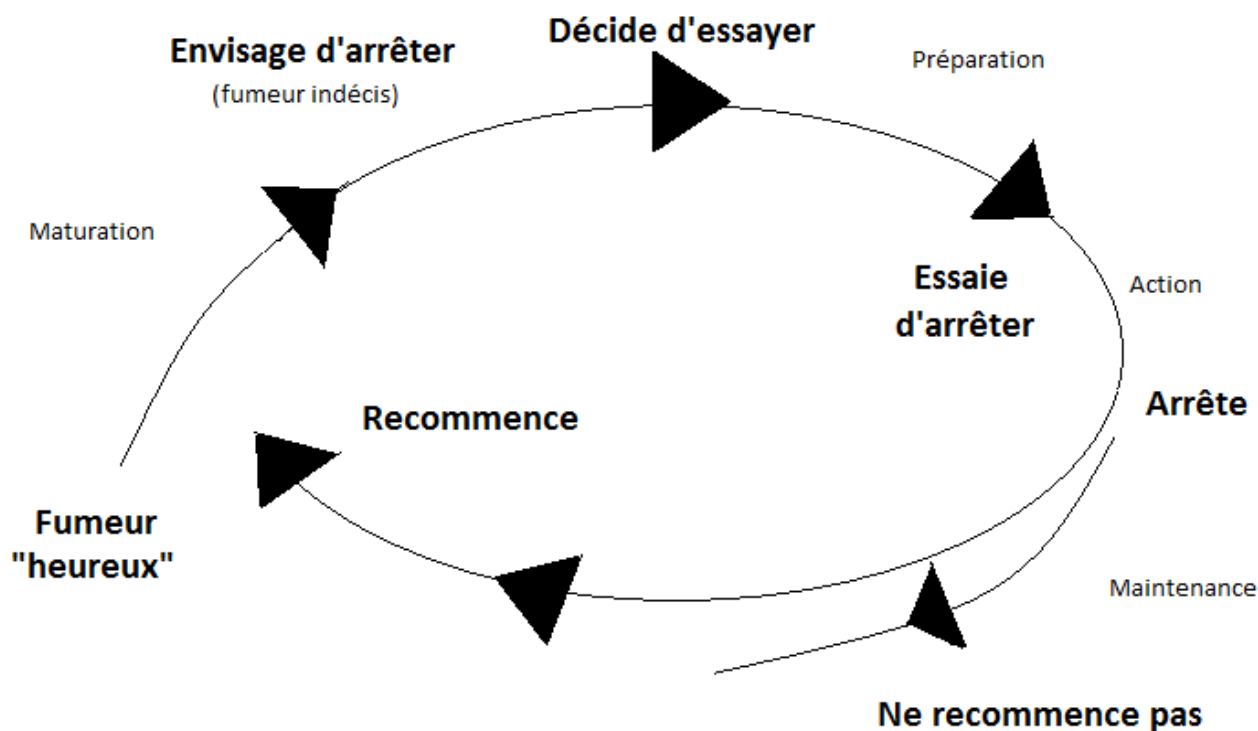


Figure 11 : Schéma de Prochaska.

Au départ, le fumeur est « heureux », puis il va mûrir et traverser une série d'étapes pour arriver au sevrage. En fonction des personnes, ces étapes sont plus ou moins longues et imprévisibles. Soit la personne arrête de fumer et ne recommence plus, soit la personne arrête de fumer mais recommence pour diverses raisons. (21)

C. Evaluation de la dépendance

La dépendance physique à la nicotine est évaluée par le test de Fagerström. Ce test comporte six questions auxquelles le fumeur doit répondre. (40)

1. Test de dépendance physique (21)

A quel moment après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

- Dans les 5 premières minutes 3
- Entre 6 et 30 minutes 2
- Entre 31 et 60 minutes 1
- Après 60 minutes 0

Trouvez- vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?

- Oui 1
- Non 0

Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?

- La première 1
- Une autre 0

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

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

Fumez-vous de façon plus rapprochée dans les premières heures après le réveil que pendant le reste de la journée ?

- Oui 1
- Non 0

Fumez-vous-même si une maladie vous oblige à rester au lit ou à la maison toute la journée ?

- Oui 1
- Non 0

Réponses :

- **Score 0 à 2 :**

Pas de dépendance, c'est-à-dire que le patient peut arrêter de fumer sans passer par la case « substitution nicotinique ». L'accompagnement du patient peut être uniquement comportemental, avec des conseils comme « jetez tous ce qui est en rapport à la cigarette », « buvez un grand verre d'eau en cas d'envie de fumer », « changez de pièce », « occupez-vous les mains », « l'envie de fumer ne dure que quelques minutes, passé ce délai la pulsion va disparaître » etc.

- **Score 3 à 4 :**

Faible dépendance, c'est-à-dire que le recours aux substituts nicotiques n'est pas systématique sauf en cas de difficultés.

- **Score 5 à 6 :**

Moyennement dépendant, c'est-à-dire que la prise de substituts nicotiques augmente les chances de réussite. Il faut aider le patient à choisir la galénique de sa substitution.

- **Score 7 à 10 :**

Forte dépendance, c'est-à-dire que le recours aux substituts est systématique. En cas de difficulté il ne faut pas hésiter à orienter le patient vers une consultation avec un spécialiste. (21)(40)

Il faut adapter le traitement de substitution en fonction du degré de dépendance à la cigarette. La dose est à adapter en fonction du nombre de cigarettes consommées par jour.

Une réévaluation de la dose est à réaliser au bout de 8 jours pour vérifier si le dosage est le bon. Ainsi, le professionnel de santé pourra augmenter la dose en cas de signe de sous dosage ou diminuer la dose en cas de signe de surdosage. (40)

2. Test de dépendances psychiques et comportementales (21)

Tableau II : Évaluation par une note de 0 (néant) à 10 (extrême) des raisons qui vous poussent à fumer.

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Le besoin du geste | | | | | | | | | | | |
| Une situation conviviale (fêtes, soirées...) | | | | | | | | | | | |
| Pour le plaisir | | | | | | | | | | | |
| En réponse à un stress | | | | | | | | | | | |
| Comme stimulant intellectuel | | | | | | | | | | | |
| Comme soutien moral | | | | | | | | | | | |
| Pour contrôler l'appétit et le poids | | | | | | | | | | | |

Ce test permet de situer le profil psychologique du fumeur, et il permet ainsi de mieux le conseiller et de l'aider à gérer certaines situations difficiles auxquelles il sera confronté. (21)

D. Lutter contre la dépendance psychologique

Lorsqu'une personne se lance dans le sevrage tabagique, elle doit se sentir soutenue psychologiquement. Ce soutien peut aussi passer par le biais d'un groupe dans un centre de tabacologie.

Il existe aussi le réseau tabac info service, pour répondre à toutes questions du patient, et pour trouver des solutions appropriées aux problèmes rencontrés au cours du sevrage. Le patient doit composer le numéro 39 89. (40)

E. Connaître son patient

Pour commencer il faut connaître le stade où se situe le fumeur en lui posant des questions. Ainsi il sera plus facile de déterminer son niveau de motivation à stopper le tabac :

1. Pour décrire votre situation actuelle, laquelle des propositions suivantes est la plus adaptées ?

- a. Je fume et je n'ai pas l'intention d'arrêter de fumer dans les 6 prochains mois.
- b. Je fume mais j'envisage sérieusement d'arrêter de fumer dans les 6 prochains mois.
- c. Je fume mais j'ai décidé de faire une tentative pour arrêter de fumer dans les 30 prochains jours.
- d. Je suis ancien fumeur et j'ai arrêté de fumer il y a moins de 6 mois.
- e. Je suis ancien fumeur et j'ai arrêté de fumer il y a plus de 6 mois.

2. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous tenté d'arrêter de fumer et réussi à ne pas fumer pendant au moins 24 heures ?

Selon les réponses :

- Réponse négative à la question 1/a : stade fumeur indécis.
- Réponse positive à la question 1/b ou 1/c et réponse négative à la question 2 : stade fumeur qui décide d'essayer.
- Réponse positive à la question 1/c et négative à la question 2 : stade préparation.
- Réponse positive à la question 1/d et positive à la question 2 : stade action.
- Réponse positive à la question 1/e et positive à la question 2 : stade consolidation ou maintenance de l'abstinence.

Après avoir déterminé le stade dans lequel se trouve le fumeur, il faut le motiver pour lui faire atteindre l'étape suivante par le biais d'un entretien motivationnel. Pour ce faire, il est préférable d'utiliser un certain nombre de questions ouvertes afin de faciliter le dialogue. (21)

1. Stade fumeurs indécis

C'est le stade où le fumeur ne pense pas ou ignore qu'il est dépendant. Il faut amorcer la discussion à l'occasion de la délivrance d'une ordonnance où se trouvent des médicaments pour des pathologies cardio-vasculaires, pulmonaires, antibiotiques pour une infection ORL, un contraceptif oral. Avec ce type de prescription, le tabac peut être un facteur aggravant.

Le professionnel de santé doit alors poser à la personne, de façon empathique, des questions du type : « envisagez-vous d'arrêter de fumer ? ». Il faut arriver à instaurer un dialogue afin de créer un échange autour du tabac et de ses méfaits.

L'important est de sensibiliser les individus, et de donner de l'information. Ne pas hésiter à souligner l'effet bénéfique de l'arrêt, aussi bien d'un point de vue organique que financier. (21)

2. Stade fumeur qui décide d'essayer

A ce stade, la personne sait qu'elle est dépendante et reconnaît qu'il serait bien de stopper sa consommation, mais pas de façon immédiate.

Le dialogue doit permettre de comprendre pourquoi la personne ne veut pas arrêter tout de suite. Le mieux est de faire le test de Fagerström pour définir clairement son profil. Une balance décisionnelle mettant en avant les avantages et les inconvénients de l'arrêt peut être construite avec la personne, en appuyant sur l'aspect bénéfique de l'arrêt.

Il est préférable de faire le test *Hospital Anxiety and Depression* (HAD) pour vérifier qu'il n'y a pas de problème psychique chez le fumeur qui décide d'arrêter. (21)

3. Stade préparation

Le patient fumeur cherche des conseils et des méthodes pour arrêter de fumer. Il faut lui proposer des solutions pour éviter les situations qui déclenchent son envie de cigarette. Le pharmacien peut exposer les méthodes pour arrêter de fumer et faire un bilan des dépendances physiques et psychiques.

4. Stade action

C'est à ce moment que l'arrêt est souhaité. Ce changement de comportement nécessite beaucoup de volonté de la part du fumeur. Il ne faut pas hésiter à l'encourager, à lui proposer une méthode de sevrage adaptée à son profil et à répondre à ses diverses questions.

Le professionnel de santé sera amené à parler de difficultés rencontrées au cours du sevrage (irritabilité, nervosité, troubles du sommeil, constipation, etc.). Mais aussi des craintes de la personne (prise de poids, problème de concentration, baisse de moral, etc.). L'important est de toujours mettre en avant l'aspect bénéfique du sevrage.

5. Stade de la maintenance

A ce stade le problème de l'ex-fumeur est d'éviter la reprise du tabac. C'est de la prévention que le professionnel de santé doit faire pour éviter les rechutes. Si la personne est à un second sevrage, insister sur la difficulté de l'arrêt et sur le fait qu'il est parfois nécessaire de s'y reprendre à plusieurs fois pour y parvenir.

Ne jamais parler d'échec mais de succès différés, car chaque tentative emmène la personne vers une réussite future.

6. Pour tous les stades

Peu importe le stade dans lequel le patient se trouve, il ne faut jamais oublier de mettre en avant l'aspect bénéfique de l'arrêt du tabac notamment en énumérant tous les bienfaits que cela procure sur le corps.

Le patient doit comprendre qu'il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer et qu'il est toujours temps de se décider pour un sevrage.

Certains effets bénéfiques perceptibles par l'individu se manifestent rapidement. D'autres, qui se basent plus sur le côté statistique, prennent du temps à revenir à la norme « non-fumeur ». (21)

F. Exposer les différents modes d'arrêt

Il convient de conseiller le patient dans le choix de sa substitution orale, il convient également de discuter avec lui pour savoir s'il souhaite arrêter sa consommation d'un seul coup, ou s'il préfère réduire sa consommation avec l'aide des substituts nicotiques afin d'arrêter par la suite. (21)

1. Arrêt d'un coup (fumeurs peu dépendants)

Ce type de sevrage est réalisable chez les patients très motivés et peu dépendants. Il leur suffit de remplacer les cigarettes fumées par un substitut oral et/ou un patch. La dose est à adapter en fonction du degré de dépendance. Pour les patients les plus dépendants, il est recommandé d'associer les deux méthodes de substitution (substitut oral et patch). (21)

Le moyen de substitution est choisi en fonction du profil du patient. La durée du sevrage peut être très rapide, avec une diminution du dosage toutes les 4 semaines comme le précise le schéma classique. Parfois, 3 mois de traitement peuvent suffire, contre plusieurs mois pour un sevrage plus difficile. (21)

2. Arrêt progressif (fumeurs très dépendants)

C'est un arrêt en deux temps, avec une diminution progressive de la consommation de cigarettes avant l'arrêt définitif. Cette méthode permet au fumeur de se rendre compte qu'il est possible de supprimer certaines cigarettes inutiles. Ainsi le fumeur sera rassuré sur sa capacité à arrêter complètement. (21)

A la suite d'une étude américaine (la *Lung Health Study*), l'arrêt « progressif » de la cigarette s'est avéré être une méthode efficace. Des résultats chez les personnes qui n'avaient pas réussi leur sevrage ont été publiés :

- 5% des fumeurs ont réussi à réduire leur consommation de cigarettes, en associant des gommes ou des comprimés nicotiques à hauteur de 5 ou 6 substituts par jour.
- 14% des fumeurs ont arrêté et consomment encore 10 substituts nicotiques par jour.
- 76% des fumeurs n'ont pas réussi à arrêter au terme de l'étude.

Ce qui a été remarqué, c'est que chez ces trois groupes de personnes, le taux de cotinine plasmatique (qui reflète le taux de nicotine) était plus ou moins similaire. (29)

Cependant, il est à noter que des études plus récentes publiées dans l'*Annals of Internal Medicine* concluaient au contraire, que l'arrêt progressif semblait moins efficace qu'un arrêt immédiat. Ces résultats sont donc en contradiction avec l'étude précédente et un consensus reste à trouver.

Le principe de l'arrêt progressif est le suivant : le fumeur doit alterner les substituts nicotiques et la cigarette afin de ne pas laisser apparaître le manque. L'arrêt progressif permet au fumeur de remplacer les cigarettes qu'il juge inutiles, par des substituts nicotiques oraux. Ce système permet d'éviter le phénomène de compensation qu'aurait le fumeur s'il n'utilisait pas de substituts nicotiques. Ce phénomène consiste à fumer plus intensément les cigarettes non supprimées afin de maintenir une nicotémie convenable. (21)(29)

Ainsi, il est possible au fumeur de diminuer sa consommation sans phénomène de manque de nicotine, et sans se décourager. (21)

Il faut demander au patient de repérer les cigarettes inutiles pour amorcer la diminution. Le mieux est d'essayer de lui faire réduire de moitié sa consommation journalière. Il faut fixer un objectif à atteindre avec lui pour le motiver. Les cigarettes qui doivent être supprimées sont celles allumées de façon automatique. Il doit donc se poser la question : « est-ce que celle-ci est vraiment utile ? » à chaque fois qu'il sort une cigarette de son paquet. Le patient doit conserver les cigarettes indispensables, comme celle du matin, qui lui permettront de recharger son organisme en nicotine, ou celles qu'il prend après les repas. (21)

Il faut conseiller au fumeur d'arrêter les cigarettes deux par deux, et de noter sur une fiche de suivi les réactions observées. Il supprimera les cigarettes aussi rapidement que cela lui est possible en les remplaçant à chaque fois par un substitut par voie orale. Quand toutes les cigarettes ont été supprimées, un traitement associant une substitution par patch et/ou un substitut nicotinique par voie orale peut être envisagé. (21)

Cette méthode de sevrage convient parfaitement au patient faiblement motivé, et au patient avec une très forte consommation de cigarette.(21)

G. Adapter le traitement substitutif en fonction du patient

Pour adapter un traitement substitutif, il faut déjà savoir choisir le dosage. Pour cela, il faut se baser sur le nombre de cigarettes fumées par jour. Il faut partir du principe qu'une cigarette fumée correspond à 1 mg de nicotine. (38)

Tableau III : Choisir une substitution adaptée en fonction du nombre de cigarettes fumées et des habitudes. (40)

| LE PATIENT FUME : | < 10 cigarettes par jour | 10-19 cigarettes par jour | 20-30 cigarettes par jour | >30 cigarettes par jour |
|---------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--|
| Pas tous les jours | Rien ou forme orale | Rien ou forme orale | - | - |
| Pas le matin | Rien ou forme orale | Rien ou forme orale | Forme orale | - |
| Moins de 60 min après le lever | Rien ou forme orale | Forme orale | Patch forte dose | Patch forte dose +/- forme orale |
| Moins de 30 min après le lever | - | Patch forte dose | Patch forte dose +/- forme orale | Patch forte dose +/- forme orale |
| Moins de 5 min après le lever | - | Patch forte dose +/- forme orale | Patch forte dose +/- forme orale | Patch forte dose et moyenne dose +/- forme orale |

Le patient doit choisir la forme orale qui lui convient le mieux. Attention, les gommes devront être prohibées en cas de prothèse dentaire.

Si le patient ressent le manque du « geste » de la cigarette, l'équipe officinale peut lui conseiller l'inhalateur. Dans un premier temps, il lui permettra de conserver le mouvement. Cependant, il faudra tout de même que le patient perde cette habitude au fur et à mesure des semaines. Pour ce faire, il pourra éventuellement alterner avec une autre méthode de substitution pour se sevrer du « geste » tout doucement.

Si le patient dit que le manque de nicotine le stresse, alors il faudra privilégier les gommes ou les comprimés à sucer. Ils agiront plus vite et permettront au patient de se sentir soulagé.

H. Tabac info service

C'est un réseau d'aide et de soutien à la personne contre le tabagisme. La ligne téléphonique a été mise en place en 1998. En 2005, c'est le site internet www.tabac-info-service.fr qui a été créé en complément. La combinaison des deux (ligne et site) forme le dispositif permanent d'aide et d'accompagnement à l'arrêt du tabac. Récemment, l'application smartphone s'est développée. (51)

Sur la ligne, ce sont des spécialistes qui répondent à toutes les questions que se posent les fumeurs ou leur entourage. Les personnes qui appellent cette ligne sont entourées, écoutées et renvoyées vers un tabacologue si besoin. La ligne est ouverte du lundi au samedi de 8 heures à 20 heures (appel non surtaxé depuis un poste fixe). (31)(51)

Les professionnels de santé peuvent aussi se servir de la ligne pour être conseillés afin d'accompagner les patients fumeurs, pour recevoir de la documentation ou encore pour échanger sur la prise en charge des patients tabagiques. (51)

Le site internet est utilisé par les plus jeunes, car il est moins intimidant de poser ses questions sur internet. Le site est gratuit, et l'internaute peut le consulter autant de fois qu'il le souhaite. Il peut imprimer les informations intéressantes pour lui ou pour son entourage. Le site est bien conçu avec plusieurs onglets à disposition de l'utilisateur :

- « le tabac et moi » : avec une partie qui permet à la personne :
 - o D'estimer son degré de dépendance à la cigarette.
 - o De mettre en place son profil face à la décision d'arrêter.
 - o De se procurer des informations sur les effets néfastes du tabac, les effets bénéfiques de l'arrêt et la manière de procéder pour stopper le tabac.

- « j'arrête de fumer » : permet à l'utilisateur de :
 - o Télécharger l'application mobile tabac info service (coaching personnalisé du sevrage).
 - o Faire le point sur sa motivation, sur sa consommation, et sur ses habitudes en rapport à la cigarette.
 - o Choisir son traitement ou son suivi adapté.
 - o Connaitre les difficultés susceptibles d'être rencontrées.
 - o Choisir une date d'arrêt et s'y tenir, en gérant le jour J où le sevrage commence.
 - o Trouver des informations sur la grossesse et le tabac.
 - o Consulter quelques fiches pratiques sur le sevrage tabagique.

- « je tiens bon » : comprend différentes parties dont une:
 - o Pour faire face à l'envie de fumer.
 - o Pour apprendre à vivre sans tabac.
 - o Pour faire face aux difficultés et aux rechutes éventuelles.

- « j'aide un proche » : permet d'aider une personne à arrêter de fumer, permet d'ouvrir le dialogue avec les enfants et propose un service de parrainage.

- « vos questions/nos réponses » : est une rubrique qui permet aux personnes de poser toutes sortes de questions sur le tabac, le sevrage, les rechutes, etc. (29)

Sur le site internet, le patient peut créer son propre compte de suivi, il lui suffit de renseigner quelques informations sur lui, et de donner son adresse mail ainsi qu'un code d'accès. De cette façon, le patient peut se faire suivre par courriel à un rythme prédéfini pour l'aider à chaque étape du sevrage. Les courriels proposent diverses informations et astuces pour arrêter, ou ils renvoient vers certaines pages du site pour accéder à des exercices. (29)(51)

De la même manière, l'application mobile « tabac info service » est désormais disponible. Elle est téléchargeable gratuitement. Il suffit de s'inscrire et de renseigner son adresse mail pour recevoir des courriels périodiquement. L'utilisateur peut consulter les différentes rubriques qui sont :



Figure 12 : Application smartphone tabac info service.

- « mes raisons d'arrêter » : la personne peut noter ses trois principales raisons d'arrêter de fumer. Ainsi il peut les consulter à tout moment lorsqu'il se sent découragé.
- « mes inquiétudes » : de multiples vidéos sont disponibles pour donner des solutions adaptées au patient qui se retrouve face au sevrage.
- « je pèse les pour et les contre » : permet de mettre en avant les avantages et les inconvénients à l'arrêt du tabac.
- « mes dépenses » : calcul pour l'utilisateur du coût en euros par mois et par an, en fonction du nombre de cigarettes fumées par jour et du prix du paquet.
- « je change mes habitudes » : constitue une liste des habitudes du patient. Il doit juger par lui-même de la difficulté ou non à les changer.
- « prêt à me lancer ? » : le fumeur doit s'auto-évaluer en se mettant une note en fonction de son degré de motivation.
- « je choisis ma date d'arrêt » : directement sur un calendrier, le fumeur doit inscrire la date qu'il a choisi pour stopper la cigarette.

L'application est complète et bien élaborée, c'est un outil pratique et intuitif. Il est possible de personnaliser son profil, de recevoir des vidéos de soutien de ses amis, de constater ses propres progrès, de poser des questions directement à un tabacologue, ou de trouver un tabacologue à proximité. Cette application peut être conseillée à tous les utilisateurs de smartphone.

Tabac info service est une aide non négligeable à proposer aux patients. La triade ligne téléphonique, site internet et application smartphone est une force à utiliser pour lutter contre le tabagisme. Chaque personne peut choisir l'outil qui lui convient le mieux.

III. SUIVI DU SEVRAGE TABAGIQUE PAR LE PHARMACIEN

A l'officine, l'équipe est confrontée chaque jour à de nombreux fumeurs. L'objectif est de commencer par sensibiliser les plus réticents à l'arrêt du tabac. Certains expliquent qu'ils aimeraient bien arrêter de fumer, mais qu'ils ont peur des difficultés qu'ils pourraient rencontrer. D'autres sont demandeurs de conseils quant à la façon de procéder pour se sevrer, ce qui nécessite un accompagnement. Il y a aussi ceux qui ont tenté maints sevrages mais n'arrivent pas à maintenir l'abstinence. Le rôle de l'équipe officinale est d'aider chacune de ces personnes. Etre à l'écoute des patients qui expriment leur crainte, ou leur ressenti, est primordial. Il faut repérer ce qui les freine, ou essayer de provoquer un déclic lors du dialogue.

A. Le patient face aux difficultés du sevrage

Le plus important est de ne pas laisser les personnes se décourager par les difficultés du sevrage. Certaines personnes ont besoin d'un soutien dans leur démarche.

Le syndrome de sevrage se manifeste après un arrêt soudain du tabac, dans les 24 heures, par plusieurs signes (humeur dépressive, besoin de fumer, insomnie, irritabilité, frustration, colère, anxiété, difficultés de concentration, diminution du rythme cardiaque, augmentation de l'appétit, prise de poids, etc.). Ce syndrome peut avoir un retentissement sur la vie quotidienne. (21)

B. Le suivi du pharmacien

Un suivi du sevrage peut être effectué à l'officine par le pharmacien et son équipe. Des entretiens peuvent être organisés avec le patient tout au long du sevrage.

Le mieux est de commencer par mettre en place un traitement substitutif adapté. Puis, vérifier au bout d'une semaine si tout se passe bien. Repérer les éventuels surdosages ou sous dosages, adapter les doses en conséquence, et vérifier si l'arrêt du tabac est effectif.

Pendant toute la durée du traitement, il faut s'adapter au cas de chaque patient. Le suivi peut être plus ou moins régulier (toutes les semaines, toutes les deux semaines, tous les mois, etc.) par rapport au degré de difficulté rencontré. L'accompagnement du patient au moment du changement de doses est aussi important. Ainsi, les symptômes de sevrage seront plus facilement décelés.

Une fiche de suivi hebdomadaire peut être donnée au patient pour surveiller son sevrage, et pour que l'équipe s'y retrouve plus facilement. (21)

1. Fiche de suivi hebdomadaire

Cette fiche devra comporter différents items qui reflètent différentes situations dans lesquelles le patient pourra se trouver. Ces items permettent, entre autres, de repérer un syndrome de sevrage. Le patient devra attribuer un score de 0 (minimum) jusque 3 (maximum) en fonction de la situation dans laquelle il se trouve. Elle sera surtout utile entre la date du premier entretien et 8 jours après. Cette fiche de suivi permet aussi à la personne en cours de sevrage de prendre du recul sur la situation, et ainsi, de mieux maîtriser son sevrage. (Le détail de cette fiche de suivi se situe au paragraphe IV). (21)

a. Pulsions à fumer à leur paroxysme

Les pulsions témoignent d'un mauvais dosage en substitut nicotinique. Un sous dosage est effectif si le score est élevé au niveau des items « irritabilité », « accès de colère », « agitation », et « nervosité » (dans la fiche de suivi). (21)

Les pulsions sont imprévisibles et difficile à contrôler, mais elles sont assez brèves, c'est-à-dire de l'ordre de 3 à 4 minutes. Il existe des astuces pour y pallier et ne pas craquer :

- Boire un grand verre d'eau,
- Faire des exercices de respiration,
- Prendre un substitut nicotinique par voie orale,
- S'occuper les mains et l'esprit,
- Quitter l'endroit où se manifeste la pulsion,
- Se brosser les dents,
- Prendre un fruit,
- Modifier ses habitudes afin de ne pas tomber dans le piège de la reprise.

En fait il faut trouver quelque chose à faire pour occuper la période vide laissée par la non prise de cigarette. (21)(53)

Il est conseillé de jeter tous les accessoires de fumeur (briquet, cendrier, paquets de cigarettes) et de limiter la consommation d'excitants (alcool, thé, café, etc.). Il est préférable d'éviter les autres fumeurs au début du sevrage, ainsi que les atmosphères de fêtes. De la même manière, penser à prévenir les autres de l'arrêt du tabagisme, et préparer des réponses à l'avance quand une cigarette est proposée. (21)

Compenser par une autre activité, comme du sport, ou différents loisirs, afin de ne pas penser à son envie de fumer. (21)

b. Anxiété et baisse de moral

L'anxiété et la baisse de moral sont des situations à surveiller de très près. Le test HAD (annexe 5) est à réaliser pour voir s'il faut ou non continuer le sevrage, ou s'il faut le remettre à plus tard. L'anxiété est souvent associée à l'envie de fumer. (21)(53)

i. Les mesures hygiéno-diététiques

L'anxiété légère peut être prise en charge à l'officine si ce n'est pas un handicap majeur à la vie du patient. Il faut lui apprendre à se détendre, avec certaines techniques de relaxation comme le yoga, ou la respiration profonde, qui soulagent les tensions nerveuses. Un exercice physique peut être adapté pour réduire l'anxiété et pour favoriser le sommeil. Conseiller au patient d'éviter les excitants comme l'alcool ou les boissons contenant de la caféine (café, thé, boissons à base de cola) car elles sont stimulantes et majorent l'anxiété. (54)

ii. Les plantes contre l'anxiété

Plusieurs plantes peuvent agir contre l'anxiété, comme l'angélique, la mélisse, la passiflore, le tilleul, la verveine, la valériane, ou encore le houblon.

Ces plantes peuvent se retrouver sous forme de tisane, de gélules sous forme d'extraits secs (gamme Arkogélules, Elusanes, Prophar), de teintures mères, ou encore de spécialités (Euphytose®, Spasmine®).

Elles sont à privilégier car elles n'entraînent pas d'accoutumance au long terme contrairement à certains médicaments allopathiques. (54)

iii. Le magnésium

Le magnésium est un des cations intracellulaires le plus important de l'organisme. Il agit sur différents niveaux et les apports sont en général insuffisants par rapport aux besoins.

Un manque de magnésium peut être la cause d'un état anxieux. L'équipe officinale peut le proposer en cure de 3 semaines avec un apport journalier de l'ordre de 200 à 400 mg. Il existe différentes spécialités contenant du magnésium (Megamag®, Thalamag®, MagnéVieB6®, Magnésium 300®, MagnActifs®, Spasmag®, etc.). (30)(54)

Il est la plupart du temps bien toléré, mais peut provoquer des maux d'estomac ou des diarrhées. Dans ce cas, orienter le patient vers du magnésium marin qui sera mieux toléré.

iv. L'homéopathie

L'homéopathie est un remède de première intention à proposer en cas d'anxiété légère. Le rapport entre l'efficacité et la tolérance est excellent, et il n'y a pas de risque d'accoutumance. Chaque souche homéopathique correspond à un état particulier. En fonction des symptômes décrits il est possible de sélectionner la souche adaptée, par exemple :

- En cas de trac qui inhibe le patient, il est possible de conseiller le *Gelsemium* 9 ou 15CH en tube granules.
- Si au contraire, le patient se plaint d'une sensation de boule dans la gorge ou d'un passage du rire aux larmes en l'espace de quelques minutes, l'orienter vers de l'*Ignatia* 9 ou 15CH en tube granules.
- Si le patient est très agité, s'il veut toujours finir avant même de commencer, lui proposer *Argentum nitricum* 9 ou 15CH en tube granules.
- Pour une personne agressive, surmenée qui abuse des excitants, conseiller *Nux vomica* 9 ou 15CH en tube granules.
- En cas de frustration, de colère ou de chagrin dissimulé, c'est *Staphysagria* 9 ou 15 CH qu'il faut proposer. La posologie est d'une dose à prendre par jour pendant 3 jours.
- Un patient pris de panique qui présente des palpitations sera stabilisé avec *Aconitum napellus* 30CH, une dose à renouveler plus tard si besoin.
- Il existe aussi des spécialités toutes prêtes comme Sédatif PC® ou Zenalia®. (54)

Pour les tubes granules, la posologie est de 3 à 5 granules matin et soir, pendant quelques jours, et à renouveler si besoin.

La solution trouvée pour répondre à un état anxieux avec l'homéopathie se fait en fonction du patient, ce qui est intéressant. C'est une solution adéquate pour les anxieux non réticents à cette alternative.

Il existe d'autres solutions pour lutter contre l'anxiété comme l'aromathérapie ou les fleurs de Bach. Ces remèdes naturels sont de plus en plus utilisés mais ne font pas encore l'unanimité. Le pharmacien dispose d'une multitude de ressources pour conseiller un patient anxieux.

c. Difficultés à se concentrer

Les difficultés de concentration sont fréquentes en début de sevrage, et sont plus ou moins faciles à gérer en fonction des personnes. Elles sont transitoires, et disparaissent assez rapidement (au bout de quelques jours ou quelques semaines).

Il est nécessaire d'expliquer au patient que le monoxyde de carbone du tabac n'étant plus là, le cerveau est alors mieux oxygéné et la concentration s'améliore au bout de quelques semaines d'arrêt. Les substituts par voie orale peuvent aider à pallier à ces troubles, et la prise de vitamine C peut être utilisée comme psychostimulant. Des solutions existent en aromathérapie, en phytothérapie ou encore en homéopathie. (21)

d. Augmentation de l'appétit

L'arrêt du tabac redonne un sens plus aiguisé en matière de goût et d'odorat, ce qui explique que le patient aura plus tendance à manger. De plus, la nicotine avait un effet coupe-faim qui a disparu, mais qui peut être réintroduit par le biais de substituts nicotiques. Si les pulsions persistent, orienter le patient vers un tabacologue ou un médecin spécialiste en tabacologie. (21)

Il existe des « coupe-faim » naturels comme :

- L'ispaghul.
- Le fucus.
- La gomme de caroube.
- La gomme de sterculia.

Ils forment un gel visqueux au niveau de l'estomac, et gonflent pour provoquer un effet de satiété. Ces plantes peuvent être conseillées chez le patient en sevrage afin d'éviter une prise de poids trop importante. « Boire un grand verre d'eau » ou « manger une pomme » sont des conseils à donner pour calmer les fringales. (55)

Un tiers des fumeurs ne prennent pas de poids, un tiers des fumeurs prennent jusqu'à cinq kilos, et un tiers des fumeurs prennent plus de cinq kilos au cours du sevrage. Personne n'est égal face à la prise de poids, c'est pour cette raison qu'un accompagnement adapté doit être proposé.

Le mieux est de conseiller au patient de prendre rendez-vous chez un diététicien pour une adaptation de l'alimentation. Une activité physique est à prévoir pour de meilleurs résultats. (21)

e. Constipation

La constipation correspond à la diminution de la fréquence des selles (moins de trois selles par semaine). C'est le résultat d'un transit ralenti et d'une déshydratation des selles.

La nicotine joue un rôle sur le péristaltisme du côlon et entraîne un effet laxatif. L'arrêt du tabac peut donc provoquer une constipation plus ou moins prononcée.

L'équipe officinale doit donner des conseils hygiéno-diététiques pour lutter contre la constipation. Si cela ne suffit pas, elle pourra conseiller un traitement ou orienter le patient vers un médecin généraliste ou un tabacologue pour éviter les rechutes. (21)

i. Les mesures hygiéno-diététiques

Les règles diététiques suffisent dans la plupart des cas à retrouver un transit normal. Il est conseillé de consommer des aliments riches en fibres comme les légumes verts, les fruits, les céréales, et le pain complet qui favorisent un bon transit. La pectine de pomme et la rhubarbe peuvent aussi aider à réguler le transit. Dans tous les cas il est recommandé de manger cinq fruits et légumes par jour.

Il est conseillé de boire au moins un litre et demi d'eau par jour. Un grand verre d'eau pris à jeun le matin, ou un verre de jus de fruit frais, déclenche le réflexe gastrocolique en entraînant la sécrétion biliaire. L'eau Hépar, riche en magnésium, est légèrement laxative.

La pratique d'une activité sportive est essentielle à une bonne activité des intestins. A défaut, essayer de marcher quotidiennement d'un bon pas.

Si les mesures diététiques ne fonctionnent pas, recommander les laxatifs de façon transitoire. (55)

ii. Les laxatifs

Le conseil de l'équipe officinale doit être limité, dans le cas présent à une constipation transitoire, liée à un changement d'habitude du patient. Il existe différents types de laxatifs : les laxatifs osmotiques, les laxatifs de lest, les laxatifs lubrifiants, les laxatifs par voie rectale, et les laxatifs stimulants.

Les laxatifs osmotiques attirent l'eau dans la lumière de l'intestin, et hydratent les selles (ex : Macrogol, Lactulose, Sorbitol, etc.). Il est nécessaire d'attendre 24 à 48 heures pour avoir un effet. Ils ont une bonne tolérance digestive et sont donc à privilégier en première intention.

Il existe des laxatifs de lest, qui sont représentés par les mucilages (Spagulax®, Transilane®, etc.) et par les fibres alimentaires présentes dans le son. Ces laxatifs gonflent en présence d'eau pour augmenter le volume des selles, ils ont une action mécanique. Ils sont susceptibles d'entraîner des ballonnements et il faut donc les augmenter de manière progressive. Ils agissent en 24 à 72 heures.

Les laxatifs lubrifiants à base d'huile de paraffine et de vaseline (Lansoyl®, Lubentyl® etc.) vont ramollir le contenu intestinal et lubrifier les parois. Ils peuvent cependant induire une perte de vitamines liposolubles (A, D, E, K). Ils sont donc à utiliser avec modération et surtout pas de façon continue. Il faut les conseiller au coucher, en une seule prise, pour éviter qu'il y ait une incidence sur l'absorption des nutriments.

Les laxatifs par voie rectale, c'est-à-dire les suppositoires (Eductyl®, Rectopanbiline®, suppositoire à la glycérine), ou microlavements (Microlax®), sont recommandés en cas de constipation terminale. Ils provoquent un réflexe de défécation sans pour autant traiter la cause. Une utilisation prolongée peut entraîner une irritation anale, et une perte du réflexe d'exonération.

Les laxatifs stimulants, contenant des anthracénosides, ou médicaments à base de bisacodyl (Dulcolax®), de docusate (Norgalax®, voie rectale) ou de picosulfate de sodium (Fructines®), sont dotés d'un double effet. Ils sont à la fois des stimulants du péristaltisme intestinal, et à la fois des médicaments sécréteurs d'eau et d'électrolytes de la muqueuse intestinale. Cependant, ce sont des laxatifs irritants, qui ne doivent donc être conseillés que sur de courtes durées (pas plus de 5 jours). Une utilisation prolongée peut conduire à la maladie des laxatifs (alternance de diarrhée et de constipation, coliques abdominales parfois violentes) et une hypokaliémie avec des risques cardiaques. (54)(55)

Les mesures hygiéno-diététiques sont à privilégier en première intention pour traiter la constipation. Si besoin, les laxatifs doux sont à utiliser en priorité, mais toujours de façon transitoire pour ne pas perturber le réflexe de transit.

f. Troubles du sommeil

Les troubles du sommeil entraînent un sommeil qui n'est pas réparateur malgré un environnement adapté. Ils peuvent être dus soit à des troubles de l'endormissement, à cause d'un état anxieux dû au sevrage ; à des réveils nocturnes à cause d'un arrêt trop brutal ; à un traitement par patch de 24 heures ; ou à un réveil matinal par rapport à un état dépressif (faire un test HAD dans ce cas-là). (21)(55)

Un traitement par patch sur 24 heures peut provoquer des troubles du sommeil, avec de courts réveils successifs ou un sommeil « haché ». Dans ce cas, enlever le patch le soir au coucher, ou au moment où était prise la dernière cigarette du soir. (21)

i. Les mesures hygiéno-diététiques

Il est recommandé d'éviter toutes activités physiques le soir, surtout avant le coucher (sport, activité intellectuelle, jeux vidéos, etc.). Il est nécessaire de se dépenser suffisamment au cours de la journée, de se coucher et de se lever à heure fixe. Ne pas faire de sieste l'après-midi, ou alors la limiter à 20 minutes au maximum.

Ne pas consommer de boissons excitantes après 16 heures (thé, café, etc.). Ne pas prendre de bain chaud avant le coucher, et éviter de surchauffer la chambre. S'assurer que la chambre est dans l'obscurité totale et qu'il n'y a pas de bruits parasites. (54)(55)

ii. Les plantes sédatives

L'utilisation de plantes médicinales est une solution, car elles sont dépourvues d'action hypnotique. Elles sont à utiliser en premier lieu, car sans accoutumance. Elles ont l'avantage d'avoir un effet détente qui facilite l'endormissement. (55)

Différentes plantes peuvent être utilisées :

- La passiflore est relaxante et calmante.
- La valériane est plutôt anxiolytique, spasmolytique et myorelaxante.
- L'eschsoltzia est sédative et hypnotique.
- Le houblon est sédatif et relaxant.
- L'aubépine est cardio-régulatrice et peut être associée aux plantes précédentes pour lutter contre l'oppression thoracique.
- La ballote est un sédatif nerveux et un anxiolytique.
- Le coquelicot, la lavande et la mélisse sont utilisés contre la nervosité, ils sont sédatifs et spasmolytiques. (55)

iii. L'homéopathie

L'homéopathie est une solution à proposer pour pallier aux problèmes de sommeil. La souche est à adapter en fonction des symptômes décrits par le patient.

En cas d'insomnie d'endormissement :

- Faisant suite à une mauvaise nouvelle et aggravée par la crainte de ne pas dormir, proposer *Gelsemium* 15CH en tube granules.
- Faisant suite à de fortes émotions, une hypersensibilité, une boule dans la gorge ou un nœud dans l'estomac, c'est *Ignatia* 15CH en tube granules qu'il faut proposer.
- Faisant suite à une fatigue nerveuse, un surmenage intellectuel, ou des troubles de la mémoire, c'est *Kalium phosphoricum* 15CH en tube granules qui sera la solution.
- Si le patient est épuisé sur tous les plans, proposer *Acidum phosphoricum* 15CH en tube granules.

En cas de réveils nocturnes, faisant suite à un surmenage, à l'abus d'excitants, à un repas trop copieux ou si le patient se réveille vers 3 heures du matin parce qu'il est préoccupé, c'est *Nux vomica* 15CH qu'il faut lui proposer.

Conseiller la prise de 3 à 5 granules le soir et au coucher, à renouveler en cas de réveils nocturnes. (43)

iv. Les somnifères

Les somnifères sont à utiliser en traitement ponctuel. Il existe des spécialités disponibles au comptoir sans prescription médicale.

La doxylamine (Donormyl®) est un antihistaminique qui est utilisé pour traiter les insomnies occasionnelles. Ce médicament est disponible en pharmacie de ville et n'est pas listé. Cependant, la molécule peut provoquer des effets indésirables (sécheresse de la bouche, rétention urinaire, troubles de l'accommodation, etc.). Le traitement doit être le plus court possible. (54)

Les règles hygiéno-diététiques sont à proposer en première intention. Si cela ne suffit pas il vaut mieux conseiller en priorité les plantes ou l'homéopathie avant de passer aux médicaments allopathiques. Les fleurs de Bach ou l'aromathérapie peuvent faire l'objet d'un conseil adapté.

g. Intolérance cutanée

Une intolérance cutanée peut apparaître dès les premières minutes après la pose du patch. Elle se manifeste par une réaction d'irritation, avec une sensation de démangeaisons qui s'atténue dans les 15 à 20 minutes. Ce n'est pas une réaction allergique donc il ne faut pas interrompre le traitement.

Une réaction allergique au patch se manifeste par une démangeaison importante avec présence d'un érythème et de rougeurs à l'emplacement du patch. Les symptômes persistent plusieurs heures et s'accroissent au fil des jours du traitement par patch. Le recours aux autres moyens de substitution est alors recommandé (gommes, comprimés à sucer, spray, inhalateur). (21)

h. Toux avec expectoration

Une toux persistante avec expectoration, due à une hypersécrétion bronchique, peut apparaître en début de sevrage tabagique. C'est une situation transitoire qui ne doit pas décourager l'ex-fumeur. La toux peut persister quotidiennement pendant 2 à 4 semaines, ce qui ne doit pas inquiéter le patient. Plus la personne avancera dans son sevrage, et moins elle toussera pour détoxifier ses bronches.

Il convient d'expliquer au patient, qu'auparavant, les cils vibratiles des cellules bronchiques des poumons étaient paralysés. Elles n'assuraient donc plus la fonction d'évacuation des sécrétions bronchiques à cause de la fumée de tabac. Les poumons n'étaient donc pas désencrassés des polluants et des agents infectieux. A l'arrêt du tabac, c'est donc « le grand nettoyage », car les mouvements des cils reprennent pour évacuer tous les déchets. (21)

Il convient de rassurer le patient quant à l'aspect transitoire de cette toux, et d'insister sur les effets bénéfiques qui suivent et l'encourager à poursuivre son sevrage.

La fiche de suivi hebdomadaire est un outil intéressant à utiliser pour retracer le parcours du patient. L'équipe peut ainsi suivre l'évolution et les difficultés rencontrées au fil des semaines. L'important est de constamment apporter des solutions pour éviter l'abandon du sevrage par le patient. L'écoute et le dialogue restent des éléments fondamentaux de l'accompagnement.

2. La visite des patients en cours de sevrage

Lors des visites de suivi au comptoir, programmées ou non, différents critères sont à évaluer. Tout d'abord, il est conseillé de mettre en place une fiche de suivi hebdomadaire pour le patient. Cela permet de déceler les points faibles et d'y remédier par le dialogue.

a. Patient équilibré dans son sevrage

Ne pas hésiter à encourager le patient dans sa démarche et le féliciter de son abstinence. Conserver la posologie du traitement pour le moment. Il faudra penser à la modifier au bout de 4 semaines.

Le pharmacien et son équipe doivent mettre le doigt sur les difficultés rencontrées et en parler avec le patient au besoin. Les rechutes sont toujours possibles, même avec un traitement équilibré, donc il ne faut pas négliger un patient qui s'en sort bien. (38)

b. Patient présentant des symptômes de sous-dosage

Si le patient présente des symptômes de sevrage, c'est qu'il est en sous-dosage de nicotine. Les symptômes se manifestent par des changements d'humeur, des difficultés à se concentrer, des troubles du transit type constipation, et un accroissement de l'appétit.

Le pharmacien et son équipe doivent réajuster les posologies en augmentant les doses, afin de faire disparaître ces symptômes qui peuvent mettre le sevrage en échec. Il est possible de proposer des formes à absorption orale pour combler les envies de fumer.

Préciser au patient que, grâce au rééquilibrage, les symptômes disparaîtront, et qu'il est nécessaire de maintenir l'abstinence. Parler avec le patient des difficultés rencontrées et le rassurer en cas de perte de motivation due aux symptômes de sevrage. (38)(40)

c. Patient présentant des symptômes de surdosage

Le patient est susceptible de présenter des symptômes de surdosage aux substituts nicotiques. Ces symptômes peuvent se manifester de différentes manières : une sensation de bouche pâteuse, des palpitations, des insomnies avec cauchemars ou encore de la diarrhée.

Le pharmacien et son équipe doivent réajuster la posologie en diminuant les doses. Les symptômes pourront alors s'estomper. Il faut toujours écouter, expliquer et rassurer le patient face à ces symptômes afin de ne pas le démotiver. (38)(40)

3. Constater les progrès accomplis

Une chose importante dans le sevrage tabagique, est de valoriser et de féliciter le patient lorsqu'il progresse dans son sevrage. Pour ce faire, un tableau avec différents items peut être donné à remplir au patient :

DATE D'ARRÊT: _____

| SEMAINE | 1 ^e | 2 ^e | 3 ^e | 4 ^e | 5 ^e |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| COMMENT VOUS SENTEZ-VOUS ? | | | | | |
| Très bien | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Bien | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Assez bien | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pas très bien | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pas bien du tout | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| RESSENTEZ-VOUS UNE ENVIE TRÈS FORTE DE FUMER ? | | | | | |
| Pratiquement jamais | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Rarement | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1 à 2 fois par semaine | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Plusieurs fois par jour | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Presque à chaque instant | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| COMMENT ÉVALUEZ-VOUS VOS CHANCES DE RÉUSSITE ? | | | | | |
| Je suis sûr(e) d'y arriver | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Je suis dans de bonnes conditions | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Je ne suis pas très à l'aise avec cette idée | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Je suis sûr(e) de reprendre un jour | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Je suis sûr(e) de ne pas y arriver | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Figure 12 : Auto-évaluation du patient tabagique en cours de sevrage.

Une fois par semaine, le tableau devra être rempli par le patient pour apprécier l'évolution de ses efforts. Il devra cocher pour chaque question la situation dans laquelle il se trouve.

Ces trois questions évaluent l'état général du patient, son contrôle sur la cigarette et sa motivation à arrêter de fumer au fur et à mesure des semaines. C'est un outil utile au professionnel de santé. Ce test permet d'identifier une rechute éventuelle ou un sevrage difficile. Dans quel cas il faudrait au besoin orienter le patient vers un tabacologue. (52)

4. Prévention des rechutes

La réussite d'un sevrage ne réside pas seulement dans le fait d'arrêter de fumer, mais aussi dans le fait de maintenir cette abstinence en évitant les rechutes du patient. (21)

La prévention de la reprise du tabac se fait par l'identification des éléments qui pourraient faire recommencer à fumer. Parmi les motifs les plus courants, il y a la prise de poids, la dépendance physique à la cigarette, la perte de motivation, la dépression, les aléas de la vie (heureux ou malheureux), l'environnement avec l'entourage, et les problèmes de constipation. (21)

a. Prise de poids

Il est important de rappeler aux patients que chacun a son propre métabolisme, et qu'il est normal que l'arrêt puisse conduire à la prise de quelques kilos. Il convient de rappeler l'énorme bénéfice pour la santé de l'abstinence. Le poids obtenu à la fin du sevrage correspondrait en fait au poids du patient si celui-ci n'avait pas fumé. (21)(38)

Insister sur le fait qu'il ne pourra pas faire un régime en même temps que son sevrage, cela serait trop dur. Par contre il pourra consulter un diététicien pour apprendre à mieux manger.

Le patient devra respecter quelques règles qui paraissent évidentes pour éviter la prise de poids :

- Eviter le grignotage.
- Eviter les aliments gras comme la charcuterie, les pâtisseries, certains fromages ainsi que les sauces.
- Limiter les aliments riches en calories et privilégier les légumes, les crudités, les fruits ainsi que les viandes maigres et le poisson.
- Boire de l'eau tout au long de la journée et de façon régulière.
- Limiter l'alcool qui est une bombe calorique.
- Pratiquer une activité physique régulière ou marcher d'un bon pas au moins une heure chaque jour. Conseiller de prendre les escaliers plutôt que l'ascenseur. Une heure de marche permet de brûler autant de calories que la consommation de 20 à 30 cigarettes.

En cas de grosses difficultés, il faut orienter le patient vers un diététicien ou vers d'autres spécialistes de la nutrition. Il ne faut en aucun cas le laisser seul face à sa prise de poids. (21)(52)

b. Dépendance physique

Dans ce cas de figure, le patient est irritable, nerveux, agité et pense sans cesse à la cigarette. Il faut rappeler au patient que cet état est transitoire et dure généralement entre 3 et 4 minutes. Pour résister à l'envie de fumer plusieurs solutions existent :

- Boire un grand verre d'eau.
- Mâcher un chewing-gum.
- Manger un fruit.
- Prendre une grande inspiration.
- Changer d'activité, de pièce, s'occuper l'esprit ou les mains.
- Passer un coup de fil.

Globalement le patient en « crise » ne doit pas rester sans rien faire, et occuper le moment laissé vide par l'absence de cigarette. Ces envies ne surviennent pas par hasard, mais elles apparaissent lors de circonstances où la personne avait l'habitude de fumer.

Si ces pulsions apparaissent trop souvent, il faut revoir avec lui si le sevrage n'a pas été réalisé de façon trop rapide. Cela peut venir d'un arrêt prématuré des substituts nicotiniques ou d'un sous dosage. (21)(52)

c. Perte de motivation

Le patient ne fait plus la balance des avantages et des risques à fumer, il ne voit plus que les avantages de la cigarette. Ce changement de comportement peut provoquer un échec du sevrage.

Si le patient est en trop grande difficulté, il est préférable de l'orienter vers un tabacologue ou un médecin spécialisé. (21)

d. Dépression

Chez certaines personnes, l'arrêt de la cigarette peut conduire à une déprime passagère, puis à une dépression persistante. Il est conseillé de faire un test HAD pour voir si la poursuite de l'arrêt est réalisable.

En fonction des résultats obtenus, et si le patient souhaite poursuivre le traitement, il sera préférable de l'orienter chez un tabacologue ou un médecin spécialiste. (21)

e. Les événements de vie

Quand un patient est confronté à un évènement de vie difficile à surmonter, il est tenté de reprendre la cigarette.

Dans ce cas, expliquer au patient que son cerveau a en mémoire les effets positifs de la cigarette, c'est-à-dire l'effet plaisir, anxiolytique, anti-stress. Revoir à quel stade il en est (schéma de Prochaska), afin de vérifier si la reprise du sevrage est possible ou non.

Si la reprise du sevrage n'est pas d'actualité, ne pas culpabiliser le patient et lui dire de revenir quand il se sentira prêt à franchir le pas. (21)

f. Environnement convivial

Le patient ne peut pas éviter systématiquement les autres fumeurs. Son cerveau a le souvenir des effets du tabac, et le patient doit être attentif aux situations à risques.

Lui rappeler de bien prévenir son entourage qu'il est ex-fumeur et qu'il ne souhaite pas reprendre le tabac même le temps d'une soirée. (21)

D'une façon générale, il est plus facile de ne pas fumer si la cigarette disparaît de l'environnement immédiat du patient, ce qui n'est pas toujours évident. (52)

g. Constipation

Si la constipation devient gênante au point de reprendre la cigarette, le patient doit en parler à un professionnel de santé, par exemple son pharmacien, afin de trouver une solution adaptée. Les mesures hygiéno-diététiques doivent être conseillées en première intention, puis seront proposés les laxatifs doux.

La constipation peut être traitée de différentes façons et ne doit pas être un frein au sevrage. (21)

L'équipe officinale doit être attentive à tous signes de rechute du patient. Le dialogue est essentiel pour comprendre les changements qui sont survenus. Quand l'équipe sent que le sevrage est mis à mal, l'orientation vers un tabacologue est impérative.

C. Les effets bénéfiques de l'arrêt du tabac

L'arrêt du tabac entraîne des bénéfices aussi bien sur le plan médical que sur le plan sensoriel chez le patient. Ces bénéfices augmentent en fonction du temps d'abstinence. (38)

1. Sur le cours terme

L'arrêt du tabac permet de retrouver indépendance et liberté psychologique, et les bénéfices sont quasiment immédiats. (53)

Après 20 minutes d'arrêt du tabac, la pression sanguine et les pulsations cardiaques redeviennent normales, la température au niveau des extrémités augmente pour atteindre la normale.

Au bout de 8 heures d'abstinence, la quantité de monoxyde de carbone diminue de moitié dans le sang, ce qui permet une meilleure oxygénation des cellules, et une diminution du risque d'infarctus du myocarde. (38)(53)

En l'espace de 48 heures la nicotine n'est plus décelable ni dans le sang, ni dans les urines. (21)

Respirer devient beaucoup plus facile pour le patient après 72 heures d'arrêt, mais la toux peut persister un moment (de deux semaines à trois mois) en fonction des patients. (38)

Il suffit d'une semaine d'arrêt pour que les poumons commencent à éliminer le mucus et les résidus de fumée. La personne en cours de sevrage retrouvera le sens du goût des aliments et l'odorat grâce à la repousse des terminaisons nerveuses. (21)(38)(53)

Quinze jours sont nécessaires pour avoir une meilleure oxygénation des tissus avec le teint qui s'éclaircit. (21)

Puis la fatigue et la toux diminueront et le patient récupèrera son souffle plus facilement. La marche est moins pénible au bout de deux semaines à trois mois d'abstinence. (53)

2. Sur le long terme

Le sevrage tabagique permet d'éviter les problèmes broncho-pulmonaires, ainsi que les troubles cardiaques, les différents types de cancers (poumon, vessie, langue, etc.) et allonge l'espérance de vie. (55)

Trois à six mois plus tard, le souffle et la respiration s'améliorent de manière significative.

Les cils des bronches repoussent pour permettre une évacuation du mucus, une évacuation des impuretés, et donc une diminution des infections. Le patient est moins essoufflé au bout de neuf mois d'abstinence.

Après un an de sevrage, le risque de maladie cardio-vasculaire a diminué de moitié.

Au bout de cinq ans d'arrêt, la probabilité de développer un cancer du poumon diminue presque de moitié. Le risque reste toutefois plus élevé en comparaison à une personne n'ayant jamais fumé. Le risque de cancer de la bouche, des bronches, de l'œsophage et de la vessie diminue de moitié.

Et c'est seulement au bout de 10 à 15 ans d'arrêt, que l'espérance de vie revient à la normale, si elle est comparée à une personne n'ayant jamais fumé. Le risque de cancer du poumon baisse encore, et le risque d'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) rejoint celui d'un non-fumeur.

Si le patient souffre d'une maladie chronique comme le diabète, l'asthme, l'insuffisance rénale ou d'une maladie cardio-vasculaire, son état de santé général peut s'améliorer avec l'arrêt du tabac. (38)(53)

D'un point de vue budget, l'arrêt du tabac permet de faire des économies. S'il est considéré qu'un paquet de 20 cigarettes coûte 7 euros les économies seront de: (42)

Tableau IV : Dépenses engendrées par le tabac en fonction du temps.

| Nombre de cigarettes par jour | Durée du tabagisme | | | |
|-------------------------------|--------------------|--------|---------|---------|
| | 3 mois | 1 an | 5 ans | 10 ans |
| 15 | 441€ | 1 764€ | 8 820€ | 17 640€ |
| 20 | 588€ | 2 352€ | 11 760€ | 23 520€ |
| 40 | 1 176€ | 4 704€ | 23 520€ | 47 040€ |

En réalité, un paquet de cigarettes coûte plus de 5 euros. Depuis le 21 mai 2016, les tarifs ont été revus à la hausse par le ministre de la santé Marisol Touraine. Elle souhaiterait voir le prix des paquets de cigarettes fixé à 10 euros, ce qui n'est pas encore acté selon un article paru dans *le Figaro* le 25 février 2016 rédigé par Damien Mascaret.

En effet, il semble qu'une augmentation du tarif du paquet soit une mesure efficace pour diminuer le nombre de fumeurs. Un paquet de cigarettes en France revient en moyenne à 7 euros pour un paquet de Marlboro de 20 cigarettes. Sur une année complète c'est un budget conséquent pour le consommateur.

Cependant, la question « est-ce une mesure efficace ? » est légitime. Les fumeurs savent que chez nos voisins frontaliers, le paquet de cigarettes est bien moins cher (selon un article publié dans le *20 minutes* le 22 février 2016 par Audrey Chauvet). C'est pourquoi, les cigarettes fumées en France sont de plus en plus achetées à l'étranger.

Cette mesure pourrait être efficace, si les autres pays suivaient la cadence, comme ce n'est pas le cas, ce sont les réseaux de contrebande qui vont de plus en plus se développer. C'est pourquoi, le code des Douanes encadre le transport et l'achat de tabac dans les pays de l'union européenne. En 2014, la quantité de tabac légale transportée, par véhicule ou par personne majeure, était de 800 cigarettes (ce qui correspond à quatre cartouches de cigarettes), et un kilogramme de tabac à rouler. (7)

Le suivi du patient par l'équipe officinale doit se faire régulièrement. L'équipe pourra souligner de nouveau tous les bienfaits du maintien de l'abstinence. Encourager le patient à poursuivre ses efforts, et lui conseiller de consulter tabac info service quand la pharmacie n'est pas ouverte.

Le pharmacien ne doit en aucun cas faire culpabiliser un patient qui retombe dans la cigarette. Il n'y a jamais d'échec lors du sevrage tabagique, ce ne sont que des succès différés.

IV. PROPOSITION DE PARCOURS PATIENT A DISPOSITION DU PHARMACIEN

Le pharmacien peut accompagner le patient dans son sevrage tabagique de façon plus ou moins poussée.

L'équipe officinale doit identifier les fumeurs qui se présentent au comptoir. La discussion peut démarrer suite aux pathologies identifiées à partir d'une prescription médicale. Dans ce cas-là, il faudra faire comprendre au patient qu'un sevrage serait bénéfique à sa santé. Il ne faut pas avoir peur de poser clairement la question « fumez-vous ? » à une femme enceinte ou allaitante, ou à une personne qui présente une forte odeur de tabac froid.

Le dialogue peut aussi s'ouvrir suite à une demande spontanée du patient. Il peut être à la recherche d'une méthode de sevrage ou être en quête de diverses informations pour déterminer ses capacités à arrêter. Dans ce cas, il faudra faire le point et réaliser les tests adéquats avec lui.

Dans certains cas, l'équipe officinale peut être amenée à proposer un sevrage à un fumeur qui n'a jamais songé à arrêter la cigarette. Elle peut inviter un patient à réitérer l'expérience du sevrage suite à une rechute.

S'il est possible d'atteindre ce stade, le pharmacien peut terminer par la proposition d'un suivi afin d'encadrer au maximum le patient et de l'aider dans sa démarche d'abstinence.

La trame que j'ai moi-même élaborée ci-dessous peut être utile pour guider l'équipe officinale dans sa démarche d'aide au sevrage tabagique.

Pour commencer, il suffit de suivre les branches de l'arbre et d'adapter les réponses en fonction du patient présent au comptoir. Différents tests sont proposés au fumeur qui souhaite se sevrer. Il peut choisir un arrêt imminent de la cigarette, ou un arrêt progressif. L'équipe devra lui communiquer les différentes méthodes de sevrage possible, ainsi il choisira celle qui semble lui convenir. Un suivi pourra aussi être mis en place si le patient le souhaite.

Dans le cas où la personne souhaite arrêter de fumer, mais qu'elle n'a pas le temps de faire l'ensemble des évaluations, c'est le test de Fagerström qui est à privilégier afin d'évaluer la dépendance à la nicotine. Les différents tests et leur interprétation sont fournis à la suite, ainsi que la fiche de suivi patient.

A partir d'une prescription médicale :

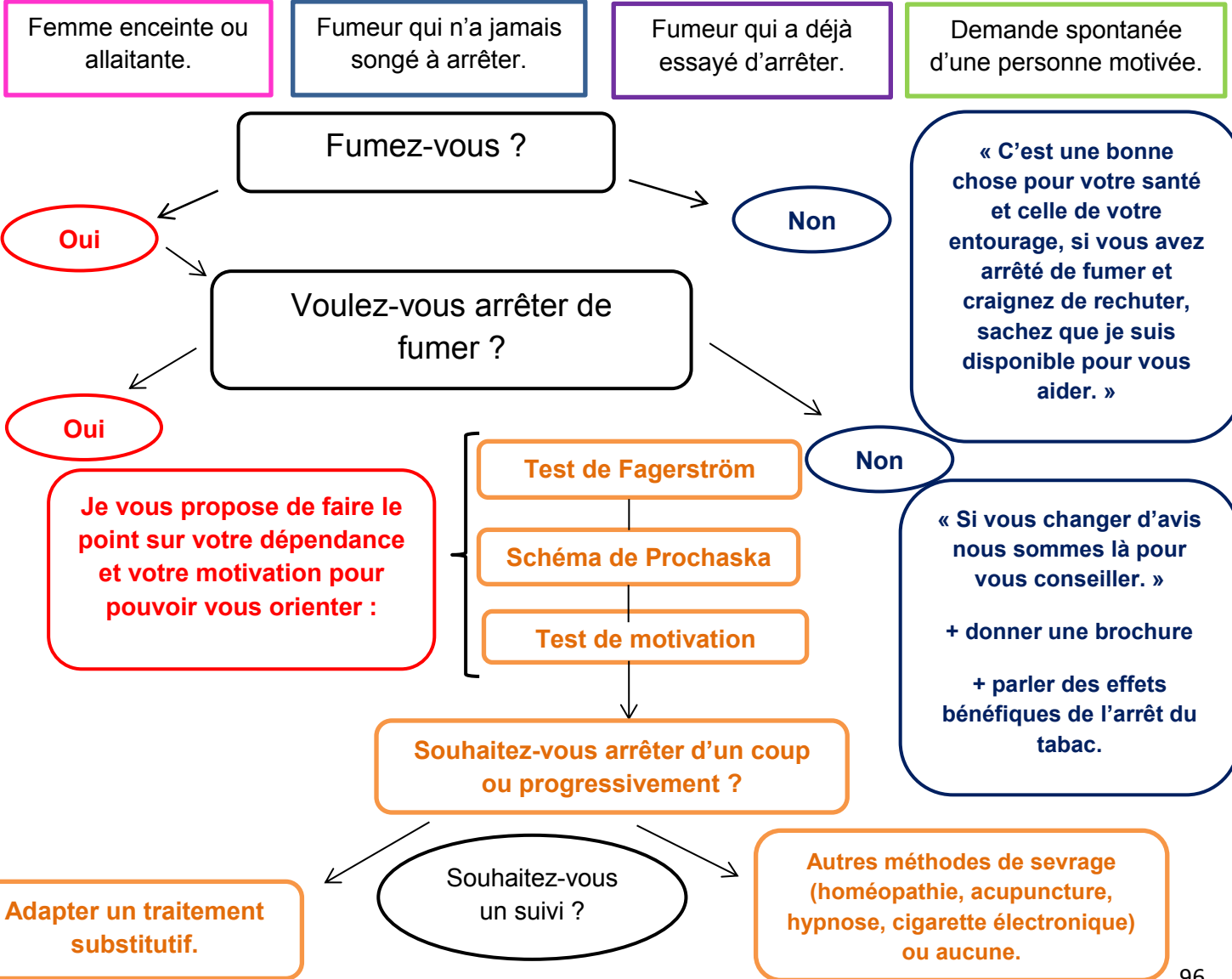
- Ordonnance pour une pathologie cardio-vasculaire (hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète).

- Ordonnance pour une pathologie pulmonaire (BPCO, asthme).

- Ordonnance de contraceptif (pilule de 3^{ème} et 4^{ème} génération).

- Ordonnance avec des médicaments pour des problèmes gastroduodénaux, des infections ORL ou infection de la peau.

Cibler les patients fumeurs :



Je vous propose de faire le point sur votre dépendance et votre motivation pour pouvoir vous orienter :

+ Renseignement possible grâce à Tabac Info Service (ligne téléphonique et/ou site internet et/ou application smartphone gratuite).

FICHE DE SUIVI

Nom /Prénom :

Date : / /

Début du sevrage : / / Début du traitement substitutif : / /

Avez-vous complètement arrêté de fumer ? Oui - Non

Ou

Avez-vous diminué votre consommation de cigarette(s) ? Oui - Non

Combien de cigarette(s) fumez-vous par jour ?

Avez-vous respecté la prise du traitement substitutif ? Oui - Non

Quel est votre traitement actuel (type de traitement et dose journalière) ?

.....

Notez-vous sur une échelle de 0 à 3 pour chaque rubrique suivante, en appliquant le barème suivant :

0 = pas du tout

1 = modéré

2 = moyen

3 = maximum

| | Dates de la semaine : / / au / / | | | | | | |
|--------------------------------------|--|-------|----------|-------|----------|--------|----------|
| | lundi | mardi | mercredi | jeudi | vendredi | samedi | dimanche |
| Pulsion à fumer ₁ | | | | | | | |
| Irritabilité ₁ | | | | | | | |
| Accès de colère ₁ | | | | | | | |
| Agitation, nervosité ₁ | | | | | | | |
| Anxiété ₃ | | | | | | | |
| Tendance dépressive ₃ | | | | | | | |
| Concentration difficile ₁ | | | | | | | |
| Appétit accru ₁ | | | | | | | |
| Constipation ₁ | | | | | | | |
| Diarrhée ₂ | | | | | | | |
| Troubles du sommeil ₂ | | | | | | | |
| Rêves ou cauchemars ₂ | | | | | | | |
| Intolérance cutanée ₄ | | | | | | | |
| Café (nombre de tasses) ₅ | | | | | | | |
| Alcool (en verres) ₅ | | | | | | | |
| Cigarettes fumées ₆ | | | | | | | |
| Substituts consommés ₇ | | | | | | | |

Code numérique : (à disposition du pharmacien)

- Les marqueurs témoignant d'un sous dosage en substitut [1].
- Les marqueurs témoignant d'un surdosage en substitut [2].
- Effectuer un test HAD (situation à surveiller de près) [3].
- Changer de traitement de substitution (passer aux gommes, aux comprimés, à l'inhalateur ou au spray) [4].
- Attention à ne pas remplacer une dépendance par une autre (à surveiller) [5].
- L'objectif est de diminuer le nombre de cigarettes fumées chaque semaine [6].
- L'objectif est de diminuer chaque semaine le nombre de substituts consommés [7].

Le code numérique permet au pharmacien et à son équipe d'identifier les problèmes rencontrés au cours du sevrage, de les corriger afin d'aider au mieux le patient.

A chaque passage à la pharmacie, une nouvelle grille pourra être donnée au patient pour observer sa progression au fil du temps, mais aussi pour repérer ses faiblesses et les corriger.

Dans le cas d'un patient pour lequel un test HAD serait positif, il est évident que le recours à un tabacologue ou à un médecin est à envisager pour un encadrement plus strict. C'est le même cas de figure pour un patient qui déplacerait sa dépendance à la cigarette vers un autre type d'addiction.

TEST DE FAGERSTRÖM

(Test de dépendance à la nicotine)

| | | | |
|---|---|------------------|--|
| Le matin, combien de temps après être réveillé(e) fumez-vous votre première cigarette ? | Dans les 5 premières minutes Entre 6 et 30 minutes Entre 31 et 60 minutes Après 60 minutes | 3 2 1 0 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Trouvez-vous qu'il soit difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? | Oui Non | 1 0 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| A quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ? | A la première de la journée A une autre | 1 0 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ? | 31 ou plus 21 à 30 11 à 20 10 ou moins | 3 2 1 0 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ? | Oui Non | 1 0 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ? | Oui Non | 1 0 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Score | | | |

Score de 0 à 2 : vous n'êtes pas dépendant à la nicotine :

Vous pouvez arrêter sans avoir recours à des substituts nicotiques. Si toutefois vous redoutez cet arrêt, prenez conseil auprès de votre pharmacien ou de votre médecin.

Score de 3 à 4 : vous êtes faiblement dépendant à la nicotine.

Score de 5 à 6 : vous êtes moyennement dépendant à la nicotine :

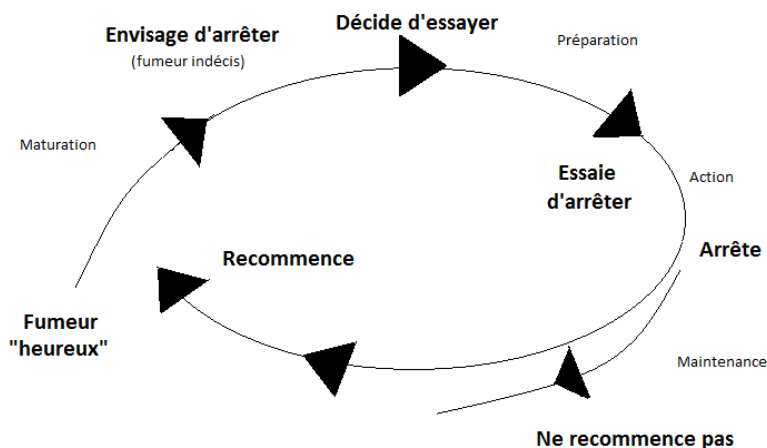
L'utilisation de substituts nicotiques augmente vos chances de réussite. Le conseil de votre médecin ou de votre pharmacien sera utile pour vous aider à choisir le traitement le plus adapté à votre cas.

Score de 7 à 10 : vous êtes fortement ou très fortement dépendant à la nicotine :

L'utilisation de substituts nicotiques est recommandée pour vous aider à surmonter cette dépendance à la nicotine. Ce traitement doit être utilisé à dose suffisante et adaptée. Prenez conseil auprès de votre pharmacien ou de votre médecin, éventuellement dans le cadre d'une consultation spécialisée d'aide au sevrage tabagique. (52)

SCHEMA DE PROCHASKA

Le patient doit se situer sur le schéma pour prendre conscience de son état psychologique par rapport à la cigarette.



TEST DE MOTIVATION

| | | | |
|--|--|------------------|--|
| Pensez-vous que dans 6 mois... | Vous fumerez toujours autant ? Vous aurez diminué un peu votre consommation ? Vous aurez beaucoup diminué votre consommation ? Vous aurez arrêté de fumer ? | 0 2 4 6 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous actuellement envie d'arrêter de fumer ? | Pas du tout Un peu Beaucoup Enormément | 0 1 2 3 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Pensez-vous que, dans quatre semaine... | Vous fumerez toujours autant ? Vous aurez diminué un peu votre consommation ? Vous aurez beaucoup diminué votre consommation ? Vous aurez arrêté de fumer ? | 0 2 4 6 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Vous arrive-t-il de ne pas être content(e) de fumer ? | Jamais Quelquefois Souvent Très souvent | 0 1 2 3 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Score | | | |

Score > 12 : motivation bonne à très bonne.

Score de 7 à 12 : motivation moyenne.

Score < 6 : motivation insuffisante (faible chance de réussite). (52)

CONCLUSION

Une dissimulation pernicieuse des effets du tabac a coûté la vie à de nombreuses personnes en France et dans le monde. Cependant, de nombreuses mesures ont vu le jour au cours de ces dernières années concernant la lutte contre le tabagisme. Les actions engagées récemment par le Gouvernement, bien que pertinentes ne sont néanmoins pas encore suffisantes. C'est pourquoi il est nécessaire d'allier dans ce combat tous les professionnels de santé, et surtout le pharmacien.

L'avantage de l'officine de ville, c'est son accessibilité à tout public. La surface de vente est variable en fonction des pharmacies, mais les vitrines, les comptoirs et les murs, sont des espaces adaptés à la prévention. Des affiches, de la documentation et des écrans pour diffuser des spots publicitaires peuvent être utiles pour interpeller la patientèle. En somme, c'est un lieu idéal pour prévenir des dangers du tabagisme et pour sensibiliser tous ceux qui franchiront la porte d'entrée.

Le pharmacien d'officine, ainsi que son équipe, est un des premiers professionnels de santé apte à aborder avec son patient le sevrage tabagique. C'est un acteur de santé indispensable pour répondre à cette mission, de par sa proximité et sa disponibilité. Nul besoin de rendez-vous pour le consulter. Il écoute, conseille gratuitement, et dispose de substituts nicotiques pour mettre en place un sevrage. Il connaît sa patientèle régulière, et il est à même d'effectuer le suivi des patients en cours de sevrage.

La seule réelle difficulté, resterait de dégager du temps de la part des deux parties. Le patient est parfois pressé quand il vient à la pharmacie et le pharmacien n'est jamais à court de missions dans le cadre de sa profession. Malgré sa disponibilité au comptoir, c'est une activité qui pourrait se montrer chronophage face à toutes les autres responsabilités inhérentes à son activité. Former plusieurs personnes de l'équipe et les rendre responsables d'un atelier « sevrage tabagique à l'officine » pourrait être envisageable. En fonction des centres d'intérêts de l'équipe et de la population qui se trouve face à elle, chaque officine est libre de se spécialiser dans différents domaines.

Le pharmacien d'officine peut, à lui seul, prendre en charge un patient tabagique, et l'aider dans son sevrage. Il possède tous les outils et toutes les connaissances nécessaires pour y parvenir. Il est apte à faire de la prévention, à conseiller une substitution et à faire un suivi. Il est capable de repérer les points faibles et de prévenir les rechutes. Si nécessaire, il sait à quel moment il doit conseiller au patient de consulter un tabacologue, et c'est souvent le cas pour les sevrages difficiles. Le pharmacien d'officine connaît donc les limites de son conseil ; son rôle consiste aussi à recommander un autre professionnel de santé en cas de besoin, et c'est aussi cela être pharmacien.

ANNEXES

Annexe 1 : Affiche du « Moi(s) sans tabac ». (16)

The poster features a bright yellow background. At the top center is a red circular logo with a white hand making a 'V' sign (for 'sans') and the text 'Mois sans tabac' in white. Below this, the main message is written in large, bold, red letters on white rectangular backgrounds: 'En novembre, on arrête ensemble.' At the bottom left, there is a call to action: 'Pour participer, rendez-vous sur : **tabac info service** le site + l'appli + le 39 89' with a small question mark icon. Below this, it says 'Du lundi au samedi de 8h à 20h.' At the bottom right, there is a supporting message: 'Nous soutenons Moi(s) sans tabac. Parce qu'un mois sans fumer, c'est 5 fois plus de chances d'arrêter. En novembre, on arrête ensemble!' The bottom of the poster contains several logos: '3989 Service gratuit + prix appel', the French Republic logo, 'Assurance Maladie', and 'Santé publique France'.

Mois sans tabac

**En novembre,
on arrête
ensemble.**

! Pour participer, rendez-vous sur :
tabac info service
le site + l'appli + le **39 89**
Du lundi au samedi de 8h à 20h.

Nous soutenons Moi(s) sans tabac.
Parce qu'un mois sans fumer,
c'est 5 fois plus de chances d'arrêter.
En novembre, on arrête ensemble!

3989 Service gratuit + prix appel

Assurance Maladie

Santé publique France

Annexe 2 : Composition chimique de la fumée de cigarette. (25)

| Composés | Phase vapeur | Phase particulaire | Analyses requises pour l'enregistrement (Santé Canada) |
|--|---------------------------|--------------------|--|
| Composés inorganiques | | | |
| Azote | 62 % (composant de l'air) | | |
| Oxygène | 13 % (composant de l'air) | | |
| Dioxyde de carbone | 14 % | | + |
| Monoxyde de carbone | 4 % (composant de l'air) | | |
| Argon | + | | |
| Hydrogène | + | | |
| Eau | 1 % | 15 % | |
| Ammoniac | + | | + |
| NO, NO _x (NO ₂ + NO) | + | | + |
| Nitrates (additif ou résidu agricole) | | | |
| Sulfure d'hydrogène | + | | |
| Métaux | | | |
| Pb | | + | + |
| Hg | + | + | + |
| Cd | | + | + |
| ²¹⁰ Po | | + | |
| Sr | | + | |
| Composés organiques | | | |
| <i>Hydrocarbures</i> | | 15 % | |
| Aliphatiques saturés | méthane, alcanes volatils | | |

Annexe 3 : Autopsie d'un meurtrier, Inpes.



Annexe 4 : Agents responsables des principaux troubles liés au tabac (d'après Hoffmann et coll., 1997).

| Troubles | Agents incriminés | Potentialisateurs ou agents associés |
|--|---|--|
| Dépendance tabagique | Majeur : nicotine Mineurs : alcaloïdes mineurs des nicotiana Agents d'aromatisation | Acétaldéhyde |
| Maladies cardiovasculaires | Majeurs : monoxyde de carbone, oxydes d'azote, acide cyanhydrique, goudron Mineurs : Cd, Zn, CO, goudron | Nicotine Agents alkoylants |
| Maladies obstructives chroniques du poumon | HCN, aldéhydes volatiles, NO, NOx, CO, goudron | |
| Cancers du poumon et du larynx | Majeurs : HPA, NNK Mineurs : ²¹⁰ Po, formaldéhyde, acétaldehyde, butadiène, Cr, Cd, Ni | Catéchol, promoteurs de tumeurs, acétaldéhyde, alimentation, agents alkoylants |
| Cancers de la cavité orale | Majeurs : NNN, NNK Mineur : HPA | <i>Herpes simplex</i> , alcool, alimentation |
| Cancers de l'œsophage | NNN | Alcool, alimentation |
| Cancers urinaires et de la vessie | 4-aminobiphényl, 2-naphtylamine, autres amines aromatiques | |
| Cancer du pancréas | NNK, NNAL | Alimentation |

HCN : cyanure d'hydrogène ; HPA : hydrocarbures polynucléaires aromatiques ; NNK : 4-(méthylnitrosamine)-1-(3-pyridyl)-1-butanone ; NNN : n'-nitroso-nornicotine ; NNAL : 4-(méthylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-1-butanol

Annexe 5 : Interactions entre tabac et médicaments. (29)

| Médicaments (DCI) | Interaction en cas de tabagisme actif | | |
|--|--|---|---|
| | Pharmacocinétique | Pharmacodynamique | Conséquences thérapeutiques en cas de tabagisme actif |
| Anti-coagulants Warfarine et anti-vitamine K Héparine | Augmentation de la clairance Augmentation de la clairance | Pas d'effet sur le temps de prothrombine | Augmentation de la posologie |
| Antalgiques Paracétamol, codéinés, Dextropropoxifène | Induction Cytochrome 2E1 | Abaissement du seuil de tolérance à la douleur | Augmentation de la posologie |
| Glucocorticoïdes | Non | Non | Aucune |
| Anti-ulcéreux | | Augmentation de la sécrétion gastrique Retard à la cicatrisation | Augmentation de la posologie et de la durée du traitement |
| Médicaments cardiovasculaires Quinidine Bêta-bloquants | Non Glucuronidation (induction Cytochrome 1A, 2C, 2 ^E) Augmentation de l'élimination rénale | Non Augmentation de la libération des catécholamines | Aucune Prescription de bêta-bloquants hydrosolubles ou peu métabolisés |
| Flécainide | Augmentation de la clairance | | Augmentation des doses (17 %) |
| Oestroprogestatifs Estradiol | Augmentation du métabolisme (hydroxylation) | Augmentation du risque d'infarctus du myocarde et du risque thrombo-embolique | Précaution d'emploi chez la femme fumeuse de plus de 40 ans |

| Médicaments (DCI) | Pharmacocinétique | Pharmacodynamique | Conséquences thérapeutiques en cas de tabagisme actif |
|---|---|--|---|
| Anti-diabétiques Insulines | Diminution de l'absorption sous-cutanée | | Ajustement de posologie |
| Psychotropes · Antidépresseurs · Tricycliques · IRS · Benzodiazépines · Neuroleptiques | Augmentation de la clairance Induction Cytochrome 1A2 Induction Cytochrome 1A2, 2D6 | Baisse de la sédation Baisse de la sédation et de l'hypotension orthostatique | Sans conséquence clinique Surveillance clinique |
| Chlorpromazine Clozapine Halopéridol Olanzapine Risperidone | Induction Cytochrome 1A2 Induction Cytochrome 1A2 Augmentation de la clairance Induction Cytochrome 1A2 Induction Cytochrome 1A2, 2D6 | | Conséquences cliniques inconnues |
| Théophylline | Induction Cytochrome 1A2 Augmentation de la clairance | | Dosage thérapeutique à 7-15 jours |
| Autres Alcool | Induction Cytochrome 2D6, 2 ^E 1 (induction du métabolisme) | Augmentation des effets subjectifs potentialisation des effets cardiaques | Risque de nombreuses interactions si on associe des médicaments |
| Caféine | Induction Cytochrome 1A2 Augmentation de la clairance (60 %) | | En cas de sevrage tabagique, risque d'hypervigilance |

Annexe 6 : Test HAD. (21)

| A. | | D. | |
|--|---|--|---|
| 3 2 1 0 | Je me sens tendu(e), énérvé(e) : - La plupart du temps - Souvent - De temps en temps - jamais | 0 1 2 3 | J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent : - oui toujours - le plus souvent - de plus en plus rarement - tout est plus difficile |
| 3 2 1 0 | J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver : - oui très nettement - oui, mais ce n'est pas trop grave - un peu, mais cela ne m'importe pas pas du tout | 0 1 2 3 | Je sais rire et voir le bon côté des choses : - toujours autant - plutôt moins - nettement moins - plus du tout |
| 3 2 1 0 | Je me fais souvent du souci : - très souvent - assez souvent - occasionnellement - très occasionnellement | 3 2 1 0 | Je me sens ralenti(e) : - pratiquement tout le temps - très souvent - quelquefois - pas du tout |
| 3 2 1 0 | J'éprouve des sensations d'angoisse et j'ai une boule dans la gorge ou l'estomac noué : - très souvent - assez souvent - parfois - jamais | 3 2 1 0 | Je me sens de bonne humeur : - jamais - pas souvent - quelquefois - la plupart du temps |
| 3 2 1 0 | Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir détendu(e) : - jamais - rarement - oui en général - oui quoi qu'il arrive | 3 2 1 0 | J'ai perdu l'intérêt pour mon apparence : - totalement - je n'y fais plus attention - je n'y fais plus assez attention - j'y fais attention comme d'habitude |
| 3 2 1 0 | J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place : - oui, c'est tout à fait le cas - un peu - pas tellement - pas du tout | 0 1 2 3 | Je m'intéresse à la lecture d'un bon livre ou à un bon programme radio ou télévision : - souvent - assez souvent - rarement - pratiquement jamais |
| 3 2 1 0 | J'éprouve des sensations soudaines de panique : - très souvent - assez souvent - rarement - jamais | 0 1 2 3 | J'envisage l'avenir avec optimisme : - comme d'habitude - plutôt moins qu'avant - beaucoup moins qu'avant - pas du tout |
| | Score de A | | Score de D |

Si le score A est égal ou supérieur à 12 et le score D égal ou supérieur à 8, le sevrage tabagique risque de poser quelques difficultés au patient.

Annexe 7 : Risques médicamenteux au cours de l'arrêt du tabac. (29)

| Médicaments (DCI) | Effet thérapeutique | Risque | Action à entreprendre |
|-------------------------|--|-----------|--|
| Théophylline et dérivés | Accumulation par diminution du métabolisme | Surdosage | Réduction des doses de 30 % à 50 % Effectuer des dosages plasmatiques |
| Héparines | Diminution de la clairance | Surdosage | Diminution des doses Doser l'activité anti-Xa |
| Neuroleptiques | Diminution de la clairance | Surdosage | Diminution des doses |
| Bêta-bloquants | Diminution de la clairance | Surdosage | Diminution des doses |

BIBLIOGRAPHIE

1. **PEREZ, M.**, *Interdire le tabac l'urgence!* Paris: Odile Jacob, 2012. 250 p. ISBN 978-2-7381-2787-7
2. **NCBI**. *Waking a Sleeping Giant: The Tobacco Industry's Response to the Polonium-210 Issue*. [En ligne] 2008. [cité 4 janv 2016]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2509609/>
3. **Comité National Contre le tabagisme (CNCT)** - *Enjeux et chiffres*. [En ligne] 2012. [cité 29 nov 2016]. <http://www.cnct.fr/enjeux-chiffres-71.html>
4. **Institut National du Cancer**, *Plan cancer 2003-2007*. [En ligne]. [cité 4 janv 2016]. <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2003-2007>
5. **Institut National du Cancer**, *Plan cancer 2009-2013*. [En ligne]. [cité 6 janv 2016]. <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2009-2013>
6. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, *HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires)*. [En ligne] 2009. [cité 7 déc 2016]. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plaquette_HPST_grand_public-2.pdf
7. **OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies)**, *Tabac et cigarette électronique - Synthèse des connaissances*. [En ligne] 2016. [cité 29 nov 2016]. <http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/tabac-et-cigarette-electronique/>
8. **Institut National du Cancer**, *Plan Cancer 2014-2019*. [En ligne]. [cité 14 janv 2016]. <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs>
9. **Invs, Santé publique France**, *Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012*. [En ligne] 2011. [cité 29 nov 2016]. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Espace-presse/Communiqués-de-presse/2013/Evolution-de-l-incidence-et-de-la-mortalité-par-cancer-en-France-entre-1980-et-2012>
10. **Invs, Santé publique France**, *Mortalité par cancer du poumon en France métropolitaine-Analyse de tendance et projection de 1975 à 2014*. [En ligne]. [cité 29 nov 2016]. http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/2005/cancer_poumon/rapport_cancer_poumon.pdf
11. **Institut National Du Cancer**, *Quelques chiffres - Cancer du poumon*. [En ligne]. [cité 29 nov 2016]. <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-poumon/Quelques-chiffres>
12. **Comité National Contre le Tabagisme (CNCT)**, *Le tabac coûte cher à la société*. [En ligne]. [cité 29 nov 2016]. <http://www.cnct.fr/combien-ca-coute-77/le-tabac-coute-cher-a-la-societe-1-24.html>

13. **Le Figaro, Chayet D**, *Le tabac coûte 47 milliards d'euros par an à la collectivité*. [En ligne] 2013. [cité 29 nov 2016]. <http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2013/06/06/20002-20130606ARTFIG00499-le-tabac-coute-47-milliards-d-euros-par-an-a-la-collectivite.php>
14. **OMS**, *Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*. [En ligne] 2004. [cité 2 janv 2017]. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42812/1/9242591017.pdf>
15. **Santé publique France**, *Lancement de l'opération Moi(s) sans tabac : une nouvelle stratégie pour Santé publique France*. [En ligne] 2016. [cité 2 janv 2017]. <http://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Lancement-de-l-operation-Moi-s-sans-tabac-une-nouvelle-strategie-pour-Sante-publique-France>
16. **Tabac-info-service**, *Moi(s) sans tabac, un défi collectif d'arrêt du tabac*. [En ligne] 2016. [cité 2 janv 2017]. <http://pro.tabac-info-service.fr/Moi-s-sans-tabac-un-defi-collectif-d-arret-du-tabac2#toc-zoom-sur-le-kit-d-aide-l-arr-t>
17. **Inpes, Santé publique France**, *La législation antitabac en France*. [En ligne]. [cité 29 nov 2016]. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/legislation.asp>
18. **Le Figaro**, *Paquet neutre, vapotage restreint... : les principales mesures du plan antitabac*. [En ligne]. [cité 29 nov 2016]. <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2015/03/18/01016-20150318ARTFIG00018-paquet-neutre-vapotage-restreint-les-principales-mesures-du-plan-antitabac.php>
19. **Les Echos**, *Tabac : l'Assemblée nationale vote de justesse le paquet neutre*. [En ligne] 2015. [cité 29 nov 2016]. http://www.lesechos.fr/26/11/2015/lesechos.fr/021511187692_tabac---l-assemblee-nationale-vote-de-justesse-le-paquet-neutre.htm
20. **Tabac-info-service**, *Dépendance - Vos questions/ Nos réponses*. [En ligne]. [cité 29 nov 2016]. <https://www.tabac-info-service.fr/Vos-questions-Nos-reponses/Dependance2>
21. **Mautrait, C.**, *Sevrage tabagique: le conseil à l'officine*. Rueil-Malmaison Cedex: Le Moniteur des Pharmaciens, 2013. 91 p. ISBN 979-10-90018-55-6
22. **Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale)**, *Pharmacocinétique et pharmacodynamie de la nicotine*. [En ligne]. [cité 29 nov 2016]. <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/149/?sequence=8>
23. **HAMMER, C.**, *Tabac - Nicotiana tabacum L.* [En ligne] 2016. [cité 29 nov 2016]. <http://www.toxiplante.fr/monographies/tabac.html>
24. **National Center for Biotechnology**, *Nicotine structure* [Internet]. [cité 29 nov 2016]. <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/nicotine#section=Top>
25. **Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale)**, *Tabac: comprendre la dépendance pour agir*. [En ligne] 2004. [cité 29 nov 2016]. http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/149/expcol_2004_tabac.pdf?sequence=1
26. **MILD&CA (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives)**, *Les drogues et l'addiction: le tabac*. [En ligne]. [cité 29 nov 2016]. <http://www.drogues.gouv.fr/>

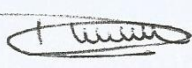




27. *Métabolisme de la nicotine*. [En ligne]. [cité 12 déc 2016]. <http://www.chm.bris.ac.uk/motm/nicotine/metabolisme.html>
28. *Monoxyde de carbone*. [En ligne]. [cité 29 nov 2016]. http://www.appa.asso.fr/_docs/7/fckeditor/file/Revues/AirPur/Airpur_70_Bonte.pdf
29. **Tabac-info-service**, *les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non-médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac*. [En ligne] 2003. [cité 29 nov 2016]. https://www.tabac-info-service.fr/var/storage/upload/25.AfSSAPS_pdf_allant_de_1_a_10/AfSSAPS_pdf_9_situations-particulieres.pdf
30. **VITAL DURAND, D., LE JEUNNE, C., DOROSZ**, *Guide pratique des médicaments*. 32ème. 2013. 1905 p. ISBN 978-2-224-03295-1
31. **Tabac-info-service**, *Traitements et substituts*. [En ligne]. [cité 29 nov 2016]. <https://www.tabac-info-service.fr/Vos-questions-Nos-reponses/Traitements-et-substituts>
32. **HAS**, *Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique - Cancers broncho-pulmonaires*. [En ligne] 2013. [cité 6 oct 2016]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/guide_k_bronchopulmonaires_finalweb__091013.pdf
33. **OMS**, *Rôle professionnel de santé dans la lutte anti-tabac*. [En ligne] 2005. [cité 19 déc 2016]. <file:///C:/Users/Desktop/Th%C3%A8se/r%C3%B4le%20professionnel%20de%20sant%C3%A9.pdf>
34. **Institut National Du Cancer**, *Tabac - Facteurs de risque - tabagisme passif*. [En ligne]. [cité 7 janv 2017]. <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-poumon/Facteurs-de-risque/Tabac>
35. **HAS (Haute Autorité de Santé)**, *Conférence de consensus - Grossesse et tabac*. [En ligne] 2004. [cité 14 déc 2016]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Grossesse_tabac_long.pdf
36. **Inpes, Santé Publique France**, *La dépendance au tabac*. [En ligne]. [cité 29 nov 2016]. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/621.pdf>
37. **HAS (Haute Autorité de Santé)**, *Les TNS en pratique - Recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »*. [En ligne] 2014. [cité 29 nov 2016]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_les_tns_en_pratique_2014-11-14_12-18-51_242.pdf
38. **Novartis Santé France**, *Guide pratique à l'officine, arrêt du tabac*, Nicotinell. 2015.
39. **ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé)**, *Thesaurus des interactions médicamenteuses-substitution nicotinique*. [En ligne] 2016. [cité 30 nov 2016]. http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/de444ea9eb4bc084905c917c902a805f.pdf

40. **Inpes**, *La prise en charge du patient fumeur en pratique quotidienne*. [En ligne] 2003. [cité 30 nov 2016]. http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/Tabac_INPES_afssaps.pdf
41. **Le Moniteur des pharmacies**, *Champix : avis de remboursement*. [En ligne] 2016. [cité 19 déc 2016]. <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-medicaments/161206-champix-avis-de-remboursement.html>
42. **BOIRON, M., et ROUX, F.**, *Homéopathie et Prescription Officinale, 43 situations cliniques*. Similia. 2008. 106 p.
43. **PACAUD, G.**, *Mon guide de l'homéopathie*. MARABOUT, Hachette Livre. 2015. 351 p. ISBN 978-2-501-10466-1
44. **Le HOUZEZEC, J.**, *La nicotine par Jacques Le Houezec*. [En ligne] 2015. [cité 19 déc 2016]. https://www.youtube.com/watch?v=GdugCMp_fZo
45. **REQUENA, Y.**, *La méthode Chiapi pour arrêter de fumer* [En ligne] 2012. [cité 30 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.unairneuf.org/2012/01/methode-chiapi-arreter-de-fumer-requena-acupuncture.html>
46. **Larousse**, *Dictionnaire le petit larousse illustré*. 110ème. Larousse. 2015.
47. **BENHAIEM, J-M.**, *Arrêt du tabac par hypnose : arrêter de fumer définitivement*. [En ligne] 2013. [cité 30 nov 2016]. <http://www.hypnose-medicale.com/hypnose-arret-tabac/>
48. **LIMAYRAC, C.**, *Guerisseur-Rebouteux* [En ligne] 2016. [cité 30 nov 2016]. <http://www.guerisseur-rebouteux.fr/fr/component/content/article?id=111>
49. **Legifrance**, Le service public de la diffusion du droit, *Code de la santé publique - Article L1417-1*. [En ligne] 2002. [cité 30 nov 2016]. https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=D7434C1415C17C568D815B1E82DFBCB1.tpdila07v_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687017&dateTexte=20160501&categorieLien=id#LEGIARTI000006687017
50. **FOURNIER, C.**, *Le rôle de l'éducation pour la santé dans la prévention cardiovasculaire*. [En ligne] 2010. [cité 30 nov 2016]. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/international/docs/prevention-cardiovasculaire.pdf>
51. **Inpes**, *Trente ans de communication contre le tabac : les campagnes CFES-Inpes de 2001 à 2011*. [En ligne]. [cité 30 nov 2016]. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/docs/detail-campagnes.pdf>
52. **Tabac-info-service**, *J'arrête de fumer : le guide pratique pour y parvenir*. [En ligne]. [cité 30 nov 2016]. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1110.pdf>
53. **Pfizer**, Vous avez décidé d'arrêter de fumer, Pfizer, documentation élaborée à partir du site de l'INPES « j'arrête de fumer », de l'AFSSAPS « recommandations de bonne pratique », la revue du praticien « les stratégies thérapeutiques actuelles du sevrage tabagique ». 2015.

54. **BONTEMPS, F.**, *Le conseil à l'officine dans la poche*. 7ème édition revue et mise à jour. Rueil-Malmaison Cedex: Le Moniteur des Pharmacies, 2012. 154 p. ISBN 979-10-9001834-1
55. **HERVE, N., LORIOL, M.**, *100 conseils de comptoir*. Rueil-Malmaison Cedex: Le Moniteur des pharmacies, 2013. 208 p. ISBN 978-2-362920-02-8

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : 16/02/2017

| | |
|---|--|
| <p style="text-align: center;">DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE</p> <p>présenté par : BERTRAND Adeline</p> <p><u>Sujet</u> : LE PHARMACIEN D'OFFICINE ACTEUR DE SANTE EN MATIERE DE PREVENTION, DE SEVRAGE ET DE SUIVI DU TABAGISME.</p> <p><u>Jury</u> :</p> <p>Président : Mme Nathalie THILLY, Professeur des universités Directeur : Mme Ndeye Coumba NDIAYE, Maître de Conférences Juges : Mme Emanuelle BENOIT, Maître de Conférences M. Viet-Cuong NGUYEN, Docteur en Pharmacie</p> | <p style="text-align: center;">Vu, Nancy, le 11/01/2017</p> <p>Le Président du Jury Directeur de Thèse</p> <p>Mme Nathalie THILLY Mme Ndeye Coumba NDIAYE</p> <p> </p> |
| <p style="text-align: center;">Vu et approuvé, Nancy, le 13 .01. 2017</p> <p style="text-align: center;">Doyen de la Faculté de Pharmacie de l'Université de Lorraine,</p> <p style="text-align: center;"> Francine PAULUS</p> <p style="text-align: center;"></p> | <p style="text-align: center;">Vu, Nancy, le 25.02.2017</p> <p style="text-align: center;">Le Président de l'Université de Lorraine,</p> <p style="text-align: center;"> Pierre MUTZENHARDT</p> <p>N° d'enregistrement : 9433</p> |

N° d'identification :

TITRE :

LE PHARMACIEN D'OFFICINE ACTEUR DE SANTE EN MATIERE DE PREVENTION, DE SEVRAGE ET DE SUIVI DU TABAGISME.

Thèse soutenue le 16/02/2017, par Adeline BERTRAND

RESUME :

Selon l'Inpes, le tabagisme est la cause de 73 000 décès prématurés tous les ans en France. Ce nombre est équivalent à la somme de tous les décès concernant l'alcool, les accidents de la route, le sida, les suicides, les homicides et les drogues illicites. Fumer est un comportement acquis, trop souvent banalisé par les consommateurs et évitable, à condition d'agir par le biais de différentes mesures. Cela commence par l'interdiction dans les lieux publics, la sensibilisation aux dangers du tabac dans les écoles, l'interdiction de l'appellation « light » et la limitation des teneurs en goudrons par cigarette. Puis récemment, le paquet neutre a été instauré par le ministre de la santé Marisol Touraine, et leur vente est obligatoire chez les buralistes depuis 2017.

La prévention et l'information de la population sur les dangers du tabagisme sont devenues indispensables. En novembre 2016, le mois sans tabac, la distribution de kits de sevrage, et l'augmentation du forfait annuel de remboursement en substituts nicotiques par la caisse d'assurance maladie, ont fait l'objet d'une communication forte auprès de la population. Des mesures respectables, qui visent à sensibiliser tous les fumeurs, et qui portent doucement leurs fruits.

La dépendance au tabac est telle que, le fumeur choisit de commencer, mais ne sait plus comment faire pour stopper sa consommation. Et pour cause, la nicotine contenue dans le tabac est un véritable dopant qui nourrit le système de récompense du cerveau. Un engrenage infernal qui nécessite de l'aide de la part des professionnels de santé. Le pharmacien d'officine, acteur de santé de proximité, a tout un rôle à jouer auprès de la population. Il peut intervenir au niveau de la prévention, du sevrage ou du suivi du tabagisme, car il dispose des connaissances et des outils pour y parvenir aisément. Une formation adéquate du personnel, une écoute attentive et des conseils adaptés au comptoir sont de rigueur pour mener à bien cette mission de santé publique.

Dans cette guerre contre le tabagisme, le pharmacien d'officine peut évidemment gagner quelques combats.

MOTS CLES : PHARMACIEN, OFFICINE, TABAC, PREVENTION, SEVRAGE, SUIVI, NICOTINE, DEPENDANCE, PAQUET-ANNEE, SUBSTITUTS, SANTE PUBLIQUE, TABAC INFO SERVICE

| Directeur de thèse | Intitulé du laboratoire | Nature |
|-------------------------|---------------------------------|--|
| Mme Ndeye Coumba NDIAYE | Santé publique et épidémiologie | Expérimentale <input type="checkbox"/> Bibliographique <input checked="" type="checkbox"/> Thème <input type="checkbox"/> |

Thèmes : 1- Sciences fondamentales 2- Hygiène/Environnement ③ Médicament

4- Alimentation-Nutrition 5- Biologie ⑥ Pratique professionnelle