

UNIVERSITE TOULOUSE III - PAUL SABATIER
FACULTE DE SANTE
DEPARTEMENT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

ANNEE : 2023

THESE 2023/TOU3/2133

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement par

BELLON Pierre

Le 8 décembre 2023

**L'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE : DES SOLUTIONS DE PROXIMITÉ
AVEC L'APPUI DU PHARMACIEN D'OFFICINE**

Directrice de thèse : Dr. RÉCOCHÉ-LISSORGUES Isabelle

JURY

Président : Pr. CESTAC Philippe
1er assesseur : Dr. CAMBON Amandine
2ème assesseur : Dr. RABEAU Audrey
3ème assesseur : Dr. RÉCOCHÉ-LISSORGUES Isabelle



PERSONNEL ENSEIGNANT
du Département des Sciences Pharmaceutiques
de la Faculté de santé
au 08 mars 2023

Professeurs Emérites

Mme BARRE A.	Biologie Cellulaire
M. BENOIST H.	Immunologie
Mme NEPVEU F.	Chimie analytique
Mme ROQUES C.	Bactériologie - Virologie
M. ROUGE P.	Biologie Cellulaire
M. SALLES B.	Toxicologie

Professeurs des Universités

Hospitalo-Universitaires

Mme AYYOUB M.	Immunologie
M. CESTAC P.	Pharmacie Clinique
M. CHATELUT E.	Pharmacologie
Mme DE MAS MANSAT V.	Hématologie
M. FAVRE G.	Biochimie
Mme GANDIA P.	Pharmacologie
M. PARINI A.	Physiologie
M. PASQUIER C.	Bactériologie - Virologie
Mme ROUSSIN A.	Pharmacologie
Mme SALLERIN B. (Directrice-adjointe)	Pharmacie Clinique
M. VALENTIN A.	Parasitologie

Universitaires

Mme BERNARDES-GENISSON V.	Chimie thérapeutique
Mme BOUTET E.	Toxicologie - Sémiologie
Mme COSTE A.	Parasitologie
Mme COUDERC B.	Biochimie
M. CUSSAC D. (Doyen-directeur)	Physiologie
Mme DERAËVE C.	Chimie Thérapeutique
M. FABRE N.	Pharmacognosie
Mme GIROD-FULLANA S.	Pharmacie Galénique
M. GUIARD B.	Pharmacologie
M. LETISSE F.	Chimie pharmaceutique
Mme MULLER-STAUMONT C.	Toxicologie - Sémiologie
Mme REYBIER-VUATTOUX K.	Chimie analytique
M. SEGUI B.	Biologie Cellulaire
Mme SIXOU S.	Biochimie
M. SOUCHARD J-P.	Chimie analytique
Mme TABOULET F.	Droit Pharmaceutique
Mme WHITE-KONING M.	Mathématiques

Maîtres de Conférences des Universités

Hospitalo-Universitaires		Universitaires	
M. DELCOURT N.	Biochimie	Mme ARELLANO C. (*)	Chimie Thérapeutique
Mme JUILLARD-CONDAT B.	Droit Pharmaceutique	Mme AUTHIER H.	Parasitologie
Mme KELLER L.	Biochimie	M. BERGE M. (*)	Bactériologie - Virologie
M. PUISSET F.	Pharmacie Clinique	Mme BON C. (*)	Biophysique
Mme ROUCH L.	Pharmacie Clinique	M. BOUJILA J. (*)	Chimie Analytique
Mme ROUZAUD-LABORDE C.	Pharmacie Clinique	M. BROUILLET F.	Pharmacie Galénique
Mme SALABERT A.S.	Biophysique	Mme CABOU C.	Physiologie
Mme SERONIE-VIVIEN S. (*)	Biochimie	Mme CAZALBOU S. (*)	Pharmacie Galénique
Mme THOMAS F. (*)	Pharmacologie	Mme CHAPUY-REGAUD S. (*)	Bactériologie - Virologie
		Mme COLACIOS C. (*)	Immunologie
		Mme ECHINARD-DOUIN V. (*)	Physiologie
		Mme EL GARAH F.	Chimie Pharmaceutique
		Mme EL HAGE S.	Chimie Pharmaceutique
		Mme FALLONE F.	Toxicologie
		Mme FERNANDEZ-VIDAL A.	Toxicologie
		Mme GADEA A.	Pharmacognosie
		Mme HALOVA-LAJOIE B.	Chimie Pharmaceutique
		Mme JOUANJUS E.	Pharmacologie
		Mme LAJOIE-MAZENC I.	Biochimie
		Mme LEFEVRE L.	Physiologie
		Mme LE LAMER A-C. (*)	Pharmacognosie
		M. LE NAOUR A.	Toxicologie
		M. LEMARIE A.	Biochimie
		M. MARTI G.	Pharmacognosie
		Mme MONFERRAN S.	Biochimie
		M. PILLOUX L.	Microbiologie
		M. SAINTE-MARIE Y.	Physiologie
		M. STIGLIANI J-L.	Chimie Pharmaceutique
		M. SUDOR J. (*)	Chimie Analytique
		Mme TERRISSE A-D.	Hématologie
		Mme TOURRETTE-DIALLO A. (*)	Pharmacie Galénique
		Mme VANSTEEELANDT M.	Pharmacognosie

(*) Titulaire de l'habilitation à diriger des recherches (HDR)

Enseignants non titulaires

Assistants Hospitalo-Universitaires		Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche (ATER)	
M. AL SAATI A.	Biochimie	Mme HAMZA Eya	Biochimie
Mme BAKLOUTI S.	Pharmacologie	Mme MALLI Sophia	Pharmacie Galénique
Mme CLARAZ P.	Pharmacie Clinique	M. TABTI Redouane	Chimie Thérapeutique
Mme CHAGNEAU C.	Microbiologie		
Mme DINTILHAC A.	Droit Pharmaceutique		
M. LE LOUEDEC F.	Pharmacologie		
Mme RIGOLOT L.	Biologie Cellulaire, Immunologie		
Mme STRUMIA M.	Pharmacie Clinique		

REMERCIEMENTS

Au Professeur Philippe CESTAC, pharmacien PU-PH, Chef du Pôle Pharmacie au CHU de Toulouse et enseignant de pharmacie clinique à l'Université Paul Sabatier, qui nous fait l'honneur de présider ce jury de thèse. Votre bienveillance à mon égard me va droit au cœur.

Au Docteur Isabelle RÉCOCHÉ-LISSORGUES, pharmacienne PH à l'Hôpital Larrey de Toulouse, qui a accepté de diriger ce travail. Votre expertise et votre patience ont été d'une aide précieuse. Je garde un excellent souvenir de notre collaboration.

Aux membres du jury, le Docteur Amandine CAMBON, pharmacienne au CHU de Toulouse, coordinatrice REIPO et le Docteur Audrey RABEAU, Médecin PH, Tabacologue, Pneumologue et Oncologue à l'Hôpital Larrey de Toulouse, pour la faveur que vous nous faites de siéger parmi les membres du jury. Le temps que vous m'avez consacré a été essentiel pour accomplir ce travail.

Au personnel enseignant de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques de Toulouse, pour la qualité de leur instruction et leur compréhension.

Aux équipes des Pharmacies d'officines dans lesquelles j'ai eu la chance de travailler, car c'est grâce à leur confiance que ce projet a pu se réaliser.

A ma famille et à mes proches, pour leur soutien constant. Mon amour pour vous est absolu.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES FIGURES.....	page 7
LISTE DES TABLEAUX.....	page 8
LISTE DES ANNEXES.....	page 9
LISTE DES ABRÉVIATIONS	page 10
INTRODUCTION.....	page 12
PARTIE I - LE SEVRAGE TABAGIQUE.....	page 13
A - GENERALITES SUR LE TABAGISME.....	page 13
1 - Historique.....	page 13
2 - Composition du tabac et de ses produits dérivés.....	page 17
3 - Consommation du tabac.....	page 22
4 - Données épidémiologiques.....	page 28
5 - Addiction et dépendances.....	page 29
6 - Pathologies liées au tabagisme.....	page 32
7 - Tabagisme passif.....	page 34
8 - Co-addiction et polyconsommation.....	page 39
B - SEVRAGE TABAGIQUE.....	page 40
1 - Stratégie de prise en charge.....	page 40
a - Evolution de la politique face au tabac.....	page 40
b - Stratégie thérapeutique.....	page 49
2 - Prise en charge à l'officine.....	page 72
a - Place et rôle du pharmacien d'officine.....	page 72
b - Outils existants.....	page 77
c - Formations existantes pour le pharmacien d'officine.....	page 78

PARTIE II - MISE EN PLACE DANS UNE OFFICINE D'ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES

D'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE.....	page 81
A - CONTEXTE.....	page 81
B - OBJECTIFS.....	page 82
C - MATERIEL ET METHODE.....	page 82
1 - Prérequis : formation tabacologie et espace de confidentialité...	page 83
2 - Créations d'outils.....	page 86
a - Sources.....	page 86
b - Supports de recueil de données.....	page 86
c - Autres outils créés.....	page 88
3 - Mise en place de l'étude.....	page 90
4 - Inclusion des patients.....	page 90
5 - Saisie des données et analyse statistique.....	page 90
D - RESULTATS.....	page 91
1 - Description des caractéristiques des patients.....	page 91
2 - Description des entretiens de contact.....	page 93
3 - Description des entretiens de suivi.....	page 97
4 - Description des tests de Fagerström adaptés et leur évolution...	page 99
5 - Description de l'évolution du poids des patients.....	page 100
6 - Description de la satisfaction patient.....	page 101
E - DISCUSSION.....	page 103
CONCLUSION ET PERSPECTIVES.....	page 115
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	page 117
ANNEXES.....	page 123
SERMENT DE GALIEN.....	page 145

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Affiche publicitaire de Joséphine Baker pour les Havanaises (1920)	Page 16
Figure 2	<i>Nicotiana tabacum L.</i> par Franz Eugen Köhler	Page 17
Figure 3	Évolution de la proportion de fumeurs pour chaque type de tabac entre 2005 et 2018	Page 23
Figure 4	Frise temporelle de l'évolution de la politique de lutte contre le tabagisme	Page 40
Figure 5	Du dépistage à la mise en place d'un traitement de l'aide à l'arrêt du tabac (HAS, 2014)	Page 51
Figure 6	Schématisation du modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente (HAS, 2014)	Page 74
Figure 7	Frise temporelle décrivant le déroulé de l'étude	Page 90
Figure 8	Logigramme décrivant les résultats du repérage	Page 92
Figure 9	Satisfaction générale des patients concernant les entretiens	Page 101
Figure 10	Satisfaction des patients concernant le lieux des entretiens	Page 101
Figure 11	Satisfaction des patients concernant la qualité des informations délivrées	Page 102
Figure 12	Satisfaction des patients concernant l'efficacité de la démarche	Page 102

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Proportion de consommateurs pour chaque type de tabac en France (2018)	Page 22
Tableau 2	Types de courant et fumées	Page 35
Tableau 3	Avantages et inconvénients des différents types de TNS	Page 60
Tableau 4	Comparaison des caractéristiques de la varénicline et du bupropion	Page 62
Tableau 5	Données démographiques des patients repérés	Page 93
Tableau 6	Principales caractéristiques des patients ayant réalisé le 1er entretien	Page 93
Tableau 7	Caractéristiques relatives au tabagisme actif lors de l'entretien de contact	Page 94
Tableau 8	Données relatives aux traitements et conseils associés lors de l'entretien de contact	Page 95
Tableau 9	Description des entretiens pharmaceutiques de contact	Page 96
Tableau 10	Caractéristiques relatives au tabagisme actif lors de l'entretien de suivi	Page 97
Tableau 11	Données relatives aux traitements et conseils associés lors de l'entretien de suivi	Page 98
Tableau 12	Description des entretiens pharmaceutiques de suivi	Page 98
Tableau 13	Evolution du test de Fagerström adapté	Page 99
Tableau 14	Evolution par patient du test de Fagerström adapté	Page 99
Tableau 15	Evolution du poids	Page 100
Tableau 16	Evolution par patient du poids	Page 100

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1	Attestation de réussite au MOOC Tabac (2019)	Page 123
Annexe 2	Dossier de Consultation de Tabacologie (SFT, 2018)	Page 124
Annexe 3	Fiche d'aide au sevrage tabagique à l'officine (REIPO, 2022)	Page 125
Annexe 4	Fiche Entretien Pharmaceutique Tabagisme (Contact)	Page 129
Annexe 5	Fiche Entretien Pharmaceutique Tabagisme (Suivi)	Page 136
Annexe 6	Carte de visite du pharmacien	Page 141
Annexe 7	Test de Fagerström Simplifié (HAS, 2014)	Page 142
Annexe 8	Test de Fagerström Complet (HAS, 2014)	Page 143
Annexe 9	Affiche Entretien Pharmaceutique Tabac	Page 144

LISTE DES ABREVIATIONS

AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANSES	Agence nationale de sécurité de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
AFDET	Association francophone des diplômés et étudiants en tabacologie
BEH	Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
BPCO	BronchoPneumopathie Chronique Obstructive
CCLAT	Convention Cadre pour la Lutte AntiTabac
CNCT	Comité National Contre le Tabagisme
CO	Monoxyde de carbone
DIU	Diplôme Inter-Universitaire
DU	Diplôme Universitaire
DPC	Développement Professionnel Continu
FTA	Fumée de Tabac Ambiante
FTE	Fumée de Tabac Environnementale
ID	Identifiant
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
IDM	Infarctus Du Myocarde
IMAO	Inhibiteurs de la MonoAmine Oxydase
ISRS	Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine
HAS	Haute Autorité de Santé
HTA	HyperTension Artérielle
MOOC	Massive Open Online Course
N/A	Non applicable

N.B.	Nota Bene
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORL	Oto-Rhino-Laryngologi(qu)e
PNLT	Plan National de Lutte contre le Tabac
REIPO	Réseau d'Enseignement et d'Innovation pour la Pharmacie d'Officine
SEDEN	Système Électronique de Délivrance de Nicotine
SEDESN	Système Électronique de Délivrance Sans Nicotine
SFT	Société Francophone de Tabacologie
TCC	Thérapie cognitive et comportementale
TNS	Traitements Nicotiniques de Substitution
UE	Union Européene

INTRODUCTION

Le tabac est la première cause de mortalité évitable dans le monde. De ce fait, la lutte contre le tabagisme est un des enjeux majeurs de Santé Publique. Malgré une prise de conscience croissante des risques associés à la consommation de tabac, le nombre de fumeurs exposant leur santé et celles de leurs proches reste conséquent.

La prise en charge du patient tabagique est complexe et l'approche multidisciplinaire est indispensable à l'efficacité des stratégies thérapeutiques. Elle concerne tous les acteurs du système de santé, notamment les pharmaciens d'officine, maillon de la chaîne indispensable pour lutter contre le tabagisme. La pharmacie d'officine est un lieu propice à des solutions simples et accessibles pour les fumeurs. Les pharmaciens, souvent en première ligne, sont idéalement positionnés pour offrir une aide au sevrage tabagique.

Les chances de succès du sevrage tabagique et de son maintien à long terme augmentent avec un soutien médical et un traitement pharmacologique adapté mais les rechutes restent fréquentes. Le pharmacien d'officine doit pouvoir participer activement à l'accompagnement et au suivi du patient pour optimiser sa prise en charge et ses chances de réussite.

Cette thèse souligne le rôle crucial que peuvent jouer les pharmaciens d'officine dans l'aide au sevrage tabagique, en mettant l'accent sur les solutions de proximité. Dans une première partie, nous présenterons des généralités sur le tabagisme et les stratégies de prise en charge, en particulier à l'officine. Puis, nous avons souhaité décrire la mise en place dans une officine d'entretien pharmaceutique de sevrage tabagique.

PARTIE I - LE SEVRAGE TABAGIQUE

A - GENERALITES SUR LE TABAGISME

1 - Historique

L'histoire du tabac est complexe. Mille cinq cents ans avant notre ère, les premières fumigations étaient partie constituante des rituels religieux de la période védique. Probablement, le chanvre faisait partie de rituels, puisque parmi les substances utilisées on comptait le soma et le bhangas, le bhang étant le nom usuel du cannabis en Inde. L'usage des fumigations se répandait d'autant plus que certaines fumées génèrent une sorte d'enthousiasme, une élévation de l'âme et un obscurcissement de la conscience. Par un glissement sémantique, le mot de fumée en est venu à exprimer ces vertus, si bien qu'on parle encore de nos jours des "fumées" de l'alcool (1).

L'utilisation individuelle n'était d'ailleurs pas inconnue : un cylindre assyrien du VI^e siècle avant Jésus-Christ représente un roi aspirant par un tuyau la fumée d'un petit fourneau rond. Il aurait pu servir à aspirer la fumée de quelques aromates, le tabac semblant exclu, puisque les nicotianées sont des plantes américaines et australiennes. Pourtant l'utilisation d'une sorte de tabac sauvage à fleurs jaunes, qui pourrait être une variété de *Nicotiana rustica*, aurait déjà été signalée en Chine dans la province de Gan Su en 225 de notre ère (1).

Dans l'Antiquité, le tabac était inconnu sur le vieux continent. Pourtant, les hommes brûlaient diverses plantes et herbes dont ils utilisaient la fumée à des fins religieuses et médicales. On aurait retrouvé à Pompéi, en Italie, des fresques prouvant l'usage d'ustensiles utiles à l'aspiration de fumée comme des pipes (2).

En Amérique du sud, les Aztèques et les Incas connaissaient le tabac, qu'ils considéraient comme une plante d'une grande valeur. Ils l'utilisaient lors de rituels pour la purification des adultes et pour entrer en communication avec le « Grand Esprit ». Le tabac était aussi utilisé pour pratiquer les soins (2).

Lorsqu'ils débarquèrent de la Pinta sur le sol de Cuba le 28 octobre 1492, Christophe Colomb observa les indigènes fumer une plante nommée « petum ». Il interprète ce comportement comme des rituels religieux. Plusieurs modes de consommation sont utilisés, et Christophe Colomb mentionne que les indigènes brûlent la plante avec de petits morceaux de charbon et en aspirent la fumée odorante ; d'autres utilisent des bâtons creux remplis de feuilles hachées ; d'autres encore fument des calumets, chiquent ou respirent une sorte de poudre. En 1493, le missionnaire espagnol Fray Romano Pane accompagne Christophe Colomb dans son deuxième voyage au Nouveau Monde. Il envoie du tabac à Charles Quint et l'Espagne choisit alors Cuba pour y faire pousser son tabac. Plus tard, quand le bateau accoste sur les côtes portugaises, l'équipage a pris l'habitude de consommer du tabac, dont il vante les mérites (2).

Par la suite, toujours au Portugal, le tabac est cultivé et utilisé comme une plante médicinale. A cette époque, Jean Nicot est ambassadeur de France au Portugal. Il envoie en 1561 des feuilles de tabac râpées à Catherine de Médicis, reine de France. Le tabac est décrit à la reine comme une plante qui peut soulager ses terribles migraines. Elle donne l'ordre d'en cultiver en Bretagne, en Gascogne et en Alsace. On la surnomme « l'herbe à la Reine » ou encore « la Catherinaire ». La reine utilise le tabac sous forme de "prises", toute la Cour adopte cette nouvelle lubie et le tabac se popularise rapidement. Dans les autres pays, l'engouement est tout aussi rapide. Il apparaît en même temps en Angleterre, en Italie, en Allemagne, en Turquie, au Maroc, en Corée, au Japon, et en Chine. Dès la fin du XVIe siècle, le tabac est connu dans le monde entier et est l'objet de cultures locales qui vont le diversifier prodigieusement (1).

Il est intéressant de remarquer que sans aucun outil technologique de communication, et uniquement par le bouche à oreille, le tabac a conquis le monde entier en moins d'un siècle après la découverte de Colomb en 1492 (1).

En France, le succès du tabac grandit et l'État le considère comme une source potentielle de revenus. En 1629, le cardinal Richelieu crée le premier impôt sur le tabac. Colbert, responsable des finances sous Louis XIV, instaure le monopole d'État de la vente du tabac, auquel il ajoute le monopole de sa fabrication en 1681. Il faut attendre la révolution de 1789 pour que soit supprimé ce monopole, qui fut ensuite rétabli par Napoléon (2).

Les modes de consommation ont varié selon les milieux et les époques. La pipe et la chique, plus faciles à utiliser dans les embruns, ont toujours eu la faveur des marins. Le tabac était râpé directement par les fumeurs, ou acheté en poudre et conservé dans des tabatières qui allaient de la simple boîte à des objets de luxe. Elles faisaient partie des cadeaux diplomatiques aux grands de ce monde. En orient, les pipes à eau et le narguilé étaient beaucoup utilisés. Le cigare a vite été un symbole de luxe. Le mot cigaret (petit cigare) se féminisa en cigarette en 1840 (1).

A partir des années 1880, on construit des machines capables d'assurer une fabrication industrielle. Une machine présentée à l'exposition universelle de 1878 par Surini et Durand confectionnait 3600 cigarettes à l'heure. Ce passage au stade de la grande industrie et les améliorations technologiques permettant de fournir des cigarettes toutes faites, comme on les appelait encore entre les deux guerres. En 1900, on produisait en France un million de cigarettes. En 1923, dix milliards, et en 1939, près de 20 milliards. Les machines actuelles arrivent à des cadences supérieures à 12.000 unités par minute, et la consommation annuelle française atteint les 100 milliards de cigarettes. La cigarette industrielle a donc complètement supplanté tous les autres modes d'usage (1).

Une forme perçue comme plus "hygiénique", le tabac oral, s'est fortement développée aux Etats-Unis et en Scandinavie sous forme de sachets papier poreux contenant du tabac en poudre. La tentative de commercialisation en France s'est avérée un véritable échec, et sa commercialisation est interdite dans toute l'Europe, car considérée comme favorisant l'entrée en tabagisme. Seule la Suède a obtenu une dérogation pour son "snus" lors de son adhésion à la Communauté Européenne. La fumée étant la source des principaux dangers du tabagisme, le risque à utiliser ces tabacs sans fumée, serait selon les épidémiologistes plus de 90% inférieur à celui des cigarettes (1).

Concernant les événements majeurs de la propagation du tabagisme dans le monde, les guerres sont au cœur de la problématique. « Si vous me demandez ce dont nous avons besoin pour gagner cette guerre; je réponds, du tabac autant que des balles ». C'est ainsi que le général John Pershing, commandant du corps expéditionnaire américain répond en 1917 à Washington. C'est une forte illustration du rôle que jouait le tabac dans la vie du soldat pour lui permettre de supporter l'enfer des tranchées (3).

Jusqu'à la première guerre mondiale, le tabagisme reste un comportement masculin. Dans les années 50, les femmes se mettent à fumer en raison notamment du développement de la publicité (Figure 1) (4).

Figure 1 : Affiche publicitaire de Joséphine Baker pour les Havanaïses (1920) (4)

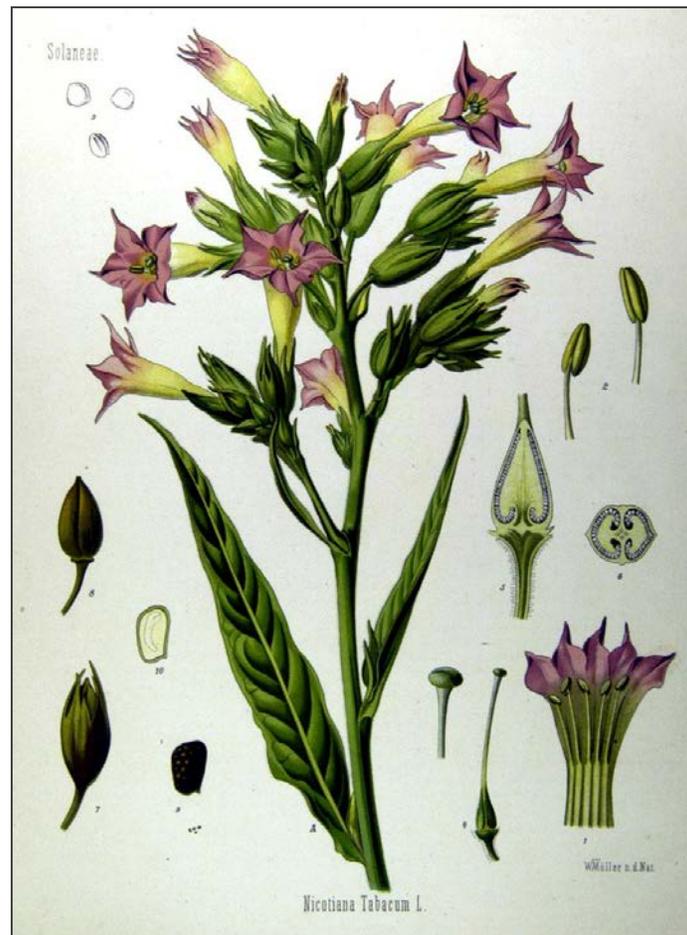


Les premières observations de médecins sur les méfaits du tabac remontent au XVIIe siècle, mais il faudra attendre les années 1950 pour que les premières études épidémiologiques prouvent indiscutablement la toxicité du tabac. Les experts affirment que si le tabac arrivait sur le marché aujourd'hui, il ne serait pas autorisé à la vente en raison des dangers qu'il représente. Pourtant, ce n'est qu'en 1987 que l'OMS instaure une journée mondiale de lutte contre le tabagisme (2).

2 - Composition du tabac et de ses produits dérivés

Le Grand Tabac, ou *Nicotiana tabacum* L. (Figure 2), est une plante herbacée de la famille des Solanacées. Elle est originaire d'Amérique centrale. Principalement annuelle, la plante est robuste et dégage une odeur vireuse. Elle peut mesurer jusqu'à 3 mètres de haut selon la variété (5).

Figure 2 : Nicotiana tabacum L. par Franz Eugen Köhler (6)



La tige de la plante est arrondie, pubescente et visqueuse au toucher, garnie de nombreuses feuilles sessiles légèrement décurrentes et alternées. L'imposant limbe des feuilles, de couleur vert pâle, est ovale à lancéolé avec un apex acuminé et possède de multiples nervures. Au toucher, les feuilles sont visqueuses. Cela est dû à la présence de poils glandulaires.

L'inflorescence de la plante en panicule contient de nombreuses fleurs et est très ramifiée. La corolle des fleurs, de couleur jaunâtre, verdâtre, blanche, rouge à rosée, est tubuleuse en entonnoir avec 5 lobes arrondis, imbriquée dans un calice vert à sépales soudés. La floraison a lieu de l'été à l'automne selon le climat, les fleurs hermaphrodites sont nectarifères avec une pollinisation entomophile assurée principalement par les hyménoptères (abeilles et guêpes) et les lépidoptères (papillons) qui sont attirés par les émanations issues des fleurs.

Les fruits de la plante sont des capsules ovoïdes qui apparaissent jusqu'à fin octobre, disposées sur les calices persistants, contenant de nombreuses graines oléagineuses. Les feuilles sont récoltées pour le tabac et pour l'extraction de son principe actif : la nicotine, utilisée également comme insecticide très puissant (5). La nicotine a été découverte en 1809 par un Normand, Louis Nicolas Vauquelin, professeur de chimie à l'École de médecine de Paris. Cet alcaloïde fut appelé « nicotine » en référence à Jean Nicot (1530-1604), considéré comme l'introducteur du tabac en France (2).

Le tabac est composé de plus de 7 000 substances chimiques, dont au moins 70 sont cancérogènes (7).

Certaines d'entre elles proviennent de la plante elle-même tandis que d'autres sont ajoutées par les fabricants ou engendrées par la combustion du tabac (8).

Les produits du tabac déclarés pour le marché français sont composés d'un nombre d'additifs plus ou moins élevé en fonction du type de produit concerné : un seul pour les cigares à une trentaine pour les cigarettes voire plus pour le tabac à pipe (7).

Avant même d'être transformé industriellement, la plante de tabac contient deux principaux éléments nocifs pour la santé humaine :

- La nicotine : elle est présente naturellement dans les feuilles séchées du tabac. Cette substance se fixe au cerveau et modifie le fonctionnement de ce dernier. Elle stimule la production de dopamine dans le corps, ce qui a pour effet de créer une sensation de bien-être passager chez les fumeurs. La nicotine n'est pas cancérogène, mais elle est le composant responsable de la dépendance.

- L'arsenic : il est présent dans les pesticides qui sont utilisés pour éloigner les insectes des plants de tabac. La plante de tabac s'en imprègne lorsqu'elle pousse dans la terre et la substance se retrouve dans les produits que consomment les fumeurs. L'arsenic est toxique et notamment cancérigène.

Lors de la transformation industrielle du tabac, plusieurs substances, appelées agents de composition, sont ajoutées par les fabricants. Ils ne sont pas intrinsèquement et nécessairement nocifs, mais le fait de masquer les effets négatifs du tabac les rend néfastes pour la santé des consommateurs. De plus, au contact du feu, ils libèrent plusieurs substances dangereuses. Ces produits augmentent donc l'attrait du tabac et les risques de dépendance liés à sa consommation. Parmi ces derniers, on retrouve :

- Les agents de saveurs et d'arômes (comme le sucre, les extraits de fruits ou le beurre de cacao) : ils améliorent le goût et adoucissent l'irritation de la fumée. Aussi ils camouflent l'odeur et la visibilité de la fumée passive. Ils servent à faciliter l'initiation à la consommation de tabac, en dissimulant le goût naturellement âpre du tabac.
- Les agents de texture (comme le sorbitol ou le glycérol) : ils maintiennent l'humidité du tabac et contrôlent la vitesse à laquelle il se consume.
- Les agents de conservation (comme l'acide benzoïque ou l'aldéhyde formique) : ils servent à une meilleure conservation des produits du tabac.

Avant 2020, on pouvait également trouver 2 types de substances ajoutées par les industriels :

- Des additifs (comme l'acide lévulinique ou le dioxyde de titane) : ils augmentaient la fixation de la nicotine au niveau des récepteurs nicotiniques. Ces substances sont interdites en France depuis le 1er janvier 2020.
- Des adoucissants (comme le menthol) : ils rendaient la fumée moins agressive. Les cigarettes au menthol sont interdites dans l'Union européenne depuis le 20 mai 2020, mais certaines marques en contiennent encore des résidus.

Les sociétés qui commercialisent les produits du tabac ont régulièrement augmenté le taux de nicotine contenu dans leurs produits. Par exemple, au Canada, la teneur en nicotine des cigarettes a augmenté de 53% depuis 1968. Aussi, en 2018, le CNCT accuse précisément les fabricants de tromper les autorités sanitaires en falsifiant les mesures en laboratoire des taux de goudrons, de nicotine et de monoxyde de carbone, grâce à des micro-perforations pratiquées dans les filtres des cigarettes. Ces micro-orifices ventilent la fumée lors des tests mécanisés mais sont largement obturés lors d'une consommation normale par les fumeurs, ce qui augmente alors la concentration des substances nocives, fait valoir le CNCT sur la base de deux études américaines.

Enfin, certaines substances sont générées par la combustion du tabac. Lorsqu'un de ses produits est allumé, une réaction chimique se produit. Le mélange du feu, de la chaleur et de l'oxygène transforme la matière. Ce phénomène appelé combustion libère des centaines de nouveaux composants, tous plus dangereux les uns que les autres, avec notamment :

- L'ammoniac : il se trouve dans la fumée ingérée par les fumeurs et il est très nocif car il favorise l'absorption de la nicotine dans le corps et augmente ainsi les risques de dépendance à cette dernière.
- Le cadmium : il cause de sérieux dommages pulmonaires. Aussi, il est responsable du jaunissement des dents et de la perte des sens de l'odorat et du goût des fumeurs.
- Le benzène : il est libéré dans la fumée de tabac. Ce produit pénètre dans les cellules et modifie leur ADN, ce qui engendre des risques de cancers.
- Le cyanure d'hydrogène : il est présent dans la fumée de tabac et endommage les voies respiratoires.
- Le formaldéhyde : il est contenu dans la fumée du tabac et est connu pour causer certains cancers, notamment des leucémies.

- Les goudrons : ce produit, qui sert entre autres à asphalter les rues, jaunit les dents et laisse des dépôts noirâtres dans les poumons des fumeurs. Le goudron se dépose sur les parois des voies respiratoires et cause des lésions pulmonaires.
- Le monoxyde de carbone : il affecte le transport de l'oxygène dans l'organisme. Il est entre autres très dangereux pour les femmes enceintes, car elle traverse la paroi placentaire et freine lentement la croissance du fœtus. Le CO est le gaz qui s'échappe des automobiles et des poêles à bois.
- L'oxyde d'azote : il est un irritant pour les poumons.

La nicotine est une substance clé à l'origine de la dépendance chez les consommateurs de tabac. Toutefois, de nombreuses substances chimiques comme l'ammoniaque, l'urée ainsi que des sucres, de la réglisse et des arômes ont été ajoutées au tabac par les industriels du secteur. Il en résulte un effet broncho-dilatateur, une alcalinisation du pH de la fumée, une atténuation de la sensation d'irritation et une amélioration de la palatabilité de la fumée. Ces effets permettent d'optimiser la rapidité et la quantité auxquelles la nicotine est absorbée lorsqu'elle est fumée. De plus, les aspects sensoriels de la cigarette, tels que la sensation d'inhalation de la fumée, son goût, son odeur ainsi que l'aspect visuel de la cigarette et du paquet sont finement maîtrisés par l'industrie du tabac (9).

Finalement, les 5 grands composants d'une cigarette sont les suivants :

1. La **nicotine** ;
2. Le **monoxyde de carbone** ;
3. Les **irritants** ;
4. Les **addictifs** ;
5. Les **substances cancérigènes**.

3 - Consommation du tabac

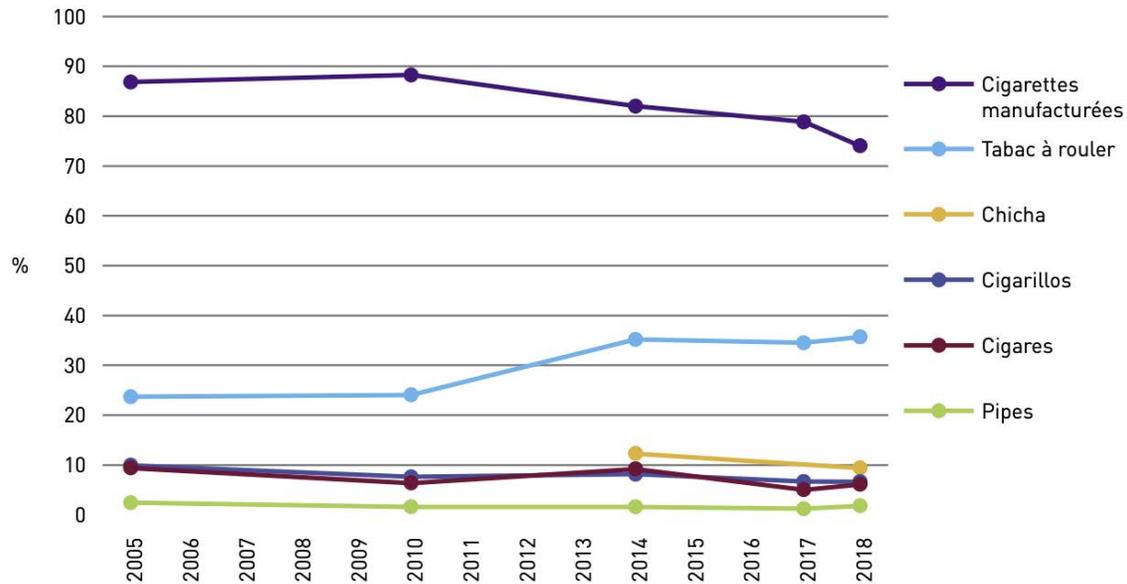
Toutes les formes de consommation du tabac sont nocives et il n'existe pas de seuil au-dessous duquel l'exposition est sans danger (10). Le tabac est le plus souvent consommé sous la forme de cigarettes, mais il existe d'autres produits comme le tabac pour pipe et pipe à eau (narguilé, chicha ou hooka), différents produits du tabac sans fumée, les cigares, les cigarillos (petits cigares étroits), le tabac à rouler, les bidis (le cigarillo indien) ou encore les kreteks (souvent appelées cigarettes aux clous de girofle) (11). Comme on peut le voir dans le tableau 1 ci-dessous, la répartition de ces modes de consommation n'est pas équivalente.

Tableau 1 : Proportion de consommateurs pour chaque type de tabac en France (2018) (11)

<i>Mode de consommation</i>	<i>Proportion de consommateurs parmi les fumeurs (%)</i>	<i>Proportion parmi l'ensemble des 18-75 ans (%)</i>	<i>Proportion de consommateurs exclusifs parmi les fumeurs (%)</i>
Cigarette manufacturées	74,0	23,7	51,6
Tabac à rouler	35,7	11,4	16,2
Cigarillos	6,6	2,1	1,3
Cigares	6,1	2,0	0,8
Pipe	1,8	0,6	0,2
Pipe à eau	9,4	3,0	4,1

Décrire les habitudes et modes de consommation des fumeurs et notamment les types de tabac consommés est nécessaire pour adapter les actions de prévention à promouvoir, mesurer les effets des politiques comme celle de l'augmentation des prix et, plus généralement, améliorer la lutte contre le tabagisme. Les préférences des fumeurs varient dans le temps sous l'effet de divers facteurs : effets de mode, prix des différents produits et représentations sur leur dangerosité (Figure 3). En particulier, le tabac à rouler est parfois perçu à tort comme moins nocif que les cigarettes manufacturées. Aussi, de nouveaux modes de consommation du tabac ou d'apport en nicotine, comme la cigarette électronique et les dispositifs chauffant le tabac, se sont récemment développés, attirant les consommateurs dans l'espoir de diminuer les risques pour leur santé, pour la nouveauté ou la possibilité de faire face aux interdictions de fumer.

Figure 3 : Évolution de la proportion de fumeurs pour chaque type de tabac entre 2005 et 2018, en France métropolitaine (11)



Dans le cadre de la réglementation sur les produits du tabac et produits connexes, l'ANSES classe les produits du tabac et produits connexes en trois catégories :

- Les produits du tabac : ils sont composés, même partiellement, de tabac. Ils comprennent les cigarettes, le tabac à rouler, le tabac pour pipe, le tabac pour pipe à eau, les cigares, les cigarillos, le tabac à mâcher, le tabac à priser ainsi que les nouveaux produits à base de tabac chauffé.
- Les produits du vapotage : ce sont des produits destinés à la consommation de vapeur contenant de la nicotine, ainsi que les flacons de recharge, c'est-à-dire les récipients renfermant un liquide contenant de la nicotine, qui peuvent être utilisés pour recharger un dispositif électronique de vapotage.
- Les produits à fumer à base de plantes (autres que le tabac) : ce sont les produits à base de végétaux, de plantes aromatiques ou de fruits, ne contenant pas de tabac et pouvant être consommés au moyen d'un processus de combustion.

Concernant les différents produits du tabac, voici quelques précisions (12,13) :

- Les cigarettes industrielles dites "légères" : Les cigarettes dites « légères » affichent sur les paquets des taux de nicotine et de goudrons plus bas que ceux des cigarettes classiques. Cela fait croire qu'elles sont moins dangereuses. Mais, un fumeur recherchera « sa dose » de nicotine en fumant différemment. Il prendra plus de bouffées et tirera plus fort sur sa cigarette. Le fait d'inhaler plus profondément expose davantage les poumons à la fumée et fait absorber plus de goudrons et de substances cancérigènes. Les cancers causés par les cigarettes « légères » sont situés plus bas dans les poumons. Ils ont tendance à être découverts plus tard et sont plus difficiles à soigner que ceux provoqués par les cigarettes classiques. En 2003, la loi française a pris la décision d'interdire la mention des cigarettes "light ou légères" sur les paquets de cigarettes. L'article 11 de la CCLAT prohibe les conditionnements et descriptifs trompeurs qui peuvent donner l'impression erronée qu'un produit du tabac est moins nocif qu'un autre.
- Les cigarettes sans additifs : Avec ou sans additifs, tous les produits du tabac sont la cause de graves maladies et peuvent entraîner une dépendance. Selon l'OMS, il n'a jamais été prouvé que les cigarettes sans additifs (également appelées « biologiques » ou « naturelles ») présentent un danger ou un risque de dépendance moins important que les cigarettes avec additifs.
- Le tabac à rouler : Les cigarettes roulées à la main séduisent de plus en plus de fumeurs, surtout des jeunes. Elles reviennent moins cher que les cigarettes en paquet et sont perçues comme plus « naturelles » et donc moins mauvaises pour la santé. Pourtant, elles sont tout aussi toxiques que les cigarettes classiques. Les risques pour la santé sont comparables. Selon certaines études, il semblerait même que les cigarettes roulées à la main comportent encore plus de goudrons, de nicotine et de monoxyde de carbone que les cigarettes en paquet. Cela en raison de la quantité de tabac mis et du type de papier utilisé. Les cigarettes roulées seraient ainsi encore plus nocives.

- Le tabac pour pipe : Faite d'argile, de bois ou d'un autre matériau, une pipe est un tuyau étroit comportant à une extrémité un petit bol appelé fournaise, qui contient le tabac en combustion, et à l'autre extrémité un bec servant à inhaler la fumée. Le tabac à pipe contient plusieurs des substances chimiques qu'on retrouve dans la fumée de cigarette et entraîne aussi une dépendance. Les fumeurs de pipe sont également plus sujets à développer un cancer des lèvres, s'ils sucent le tuyau de la pipe lorsqu'ils ne fument pas. Fumer la pipe peut aussi accroître le risque de développer des cancers.
- Le tabac pour pipe à eau : La pipe à eau est de plus en plus populaire auprès des jeunes adultes. Cela en raison de ses parfums agréables, de son côté exotique et de sa nature présumée sans danger. Contrairement à une idée répandue, l'eau ne filtre pas les substances toxiques contenues dans le tabac. La consommation d'une cigarette dure environ 5 minutes, celle d'une pipe à eau environ 50 minutes, ce qui implique une consommation de fumée plus importante que la consommation d'une cigarette. Une séance de narguilé d'une heure correspond à l'inhalation (absorption) de 100 à 200 fois le volume de fumée inhalée par cigarette. Le tabac adouci et aromatisé utilisé dans une pipe à eau peut donner envie à un certain nombre de personnes, particulièrement les jeunes, de commencer à fumer.
- Les cigares et cigarillos : Une bouffée de fumée de cigare contient plus de nicotine, de substances toxiques et cancérigènes qu'une bouffée de fumée de cigarette. Les fumeurs de cigares présentent une forte dépendance et courent un risque important de cancers (poumon, bouche, gorge) et de maladies cardiovasculaires. Comme la cigarette, le cigare n'est pas dangereux que pour le fumeur, il l'est aussi pour son entourage. D'ailleurs, la fumée produite par les cigares est encore plus toxique que celle produite par les cigarettes.
- Le tabac oral : Le tabac oral se consomme soit sous forme de tabac à chiquer ou à mâcher, soit sous forme de tabac moulu appelé snus. Le snus est conditionné en pâte humide avec laquelle on forme des boulettes à glisser entre la lèvre et la gencive. Il est aussi disponible dans des petits sachets, qui ressemblent un peu à de petits sachets de thé. Le commerce de snus est interdit partout dans l'UE (sauf en Suède où le snus est d'usage traditionnel). Mais l'importation de petites quantités pour une consommation

personnelle n'est pas interdite. Avec le snus et le tabac à chiquer, la nicotine pénètre dans le corps par la muqueuse buccale. La nicotine contenue dans le snus et le tabac à chiquer peut rendre dépendant et une consommation régulière peut tâcher et altérer les dents, les gencives et la muqueuse buccale. Le snus et le tabac à chiquer contiennent des substances qui peuvent provoquer des cancers bucco pharyngés et du pancréas.

- Le tabac à priser : Le tabac à priser se présente sous la forme d'une fine poudre, souvent vendue en petites boîtes métalliques. Il est généralement sec et souvent aromatisé (menthe, eucalyptus, cannelle, ...). Le tabac à priser est déposé en petites quantités sur le dos de la main puis est aspiré par une narine, puis par l'autre. Cette forme de consommation entraîne les conséquences suivantes :
 - La nicotine du tabac pénètre dans le corps par les muqueuses nasales, ce qui peut rendre aussi dépendant qu'en fumant ;
 - En prisant du tabac, on irrite la muqueuse nasale. Un usage à long terme peut aussi provoquer une obstruction des voies nasales et une diminution de l'odorat ;
 - Le tabac à priser contient également des substances cancérigènes.

- Le tabac chauffé : Le tabac grillé/chauffé se présente comme des mini-cigarettes contenant un filtre et du tabac (produit à usage unique, jeter après utilisation). Ces dernières doivent être insérées dans un appareil chauffant le tabac à 350°C environ, libérant un aérosol à inhaler. La combustion observée avec les cigarettes classiques est remplacée ici par une combustion incomplète. Le tabac grillé/chauffé est une innovation portée par l'industrie du tabac. Aucune étude indépendante n'est parvenue à démontrer que la consommation de tabac chauffé/grillé était corrélée à une réduction des risques pour le fumeur. Certaines particules toxiques sont effectivement trouvées à des niveaux moindres dans l'aérosol du tabac chauffé que dans la fumée de cigarette manufacturée. En revanche, pour d'autres particules toxiques ou potentiellement toxiques, les niveaux sont supérieurs. Il est probable que la consommation de tabac chauffé puisse causer des maladies que la consommation de cigarettes classiques ne provoque pas. Dans tous les cas, il est établi que le tabac chauffé est « considérablement plus nocif que la cigarette électronique ». En définitive, sa consommation s'accompagne d'un risque modifié, et non d'un risque réduit. Par ailleurs, le tabac chauffé, conçu pour délivrer un niveau nicotinique équivalent à celui d'une cigarette classique, ne peut être appréhendé

comme un outil de sevrage. Les études montrent d'ailleurs que la consommation de tabac chauffé se superpose à celle de la cigarette manufacturée (chez 69% des consommateurs). Enfin, le tabac chauffé serait davantage une porte d'entrée dans le tabagisme (20%), qu'une porte de sortie (11%) (14).

- Les produits du vapotage : Depuis leur apparition en France en 2007, l'utilisation de ces produits s'est très vite répandue et le marché national poursuit son essor. Ce sont des dispositifs électroniques de vapotage (ce sont les "vapoteuses" ou "cigarette électroniques" ou plus scientifiquement, les Système Électroniques de Délivrance, de Nicotine (SEDEN) ou Sans Nicotine (SEDESN)), c'est-à-dire des produits (ou tout composant de ces produits, y compris les cartouches, les réservoirs) qui peuvent être utilisés, au moyen d'un embout buccal, pour la consommation de vapeur contenant ou non de la nicotine. Trois éléments principaux composent généralement une cigarette électronique : un atomiseur, un réservoir d'e-liquide et une batterie. Les produits du vapotage comprennent également les cartouches et flacons de recharge, c'est-à-dire les récipients renfermant un liquide contenant le cas échéant de la nicotine. Comme leur nom l'indique, les flacons de recharge sont utilisés pour recharger un dispositif électronique avec le liquide à vapoter. La majorité des e-liquides déclarés sur le marché français :
 - Sont composés d'un support de dilution tel que propylène-glycol et/ou glycérol (glycérine végétale) ou éventuellement du 1,3-propylène-glycol, parfois de l'eau et de l'éthanol ;
 - Affichent une teneur en nicotine médiane d'environ 6 mg/ml et modulable ;
 - Comportent plusieurs substances conférant un goût ou une saveur. Les plus fréquentes sont la vanilline, le maltol, les menthols, les esters aux odeurs fruitées. On retrouve également des sucres et édulcorants (glucose, fructose, sucralose), des acides utilisés dans les sels de nicotine et des extraits de plantes. En Février 2023, le CNCT demande l'interdiction des arômes dans les cigarettes électroniques.

Concernant la réglementation sur les produits du vapotage , avec l'entrée en application le 20 mai 2016 de la directive européenne 2014/40/UE, les produits du vapotage tels que les dispositifs électroniques et les liquides à vapoter contenant de la nicotine se sont vus dotés d'un cadre réglementaire spécifique. Ce cadre limite notamment la concentration en nicotine des e-liquides à 20 mg/ml et le volume des flacons de recharge à 10 ml. Il oblige également les fabricants et importateurs à transmettre aux autorités compétentes, préalablement à toute commercialisation sur le territoire européen, un certain nombre d'informations sur les caractéristiques, la composition et les émissions des produits. Produits de consommation à part entière, ils sont soumis à l'obligation générale de sécurité ainsi qu'à certaines exigences spécifiques (ingrédients exclus, mélanges chimiques dangereux, équipements électriques) (15).

4 - Données épidémiologiques

Après une stabilité entre 2010 et 2016, une baisse significative de la prévalence des fumeurs de 3,2 points (- 9%) a été observée parmi les 18-75 ans entre 2016 et 2017, aussi bien parmi les hommes que parmi les femmes. La prévalence des fumeurs quotidiens a aussi diminué chez les hommes et les femmes. La part des personnes n'ayant jamais fumé était en augmentation (de 34,3% à 37,1%). Enfin, la part d'ex-fumeurs était stable par rapport à 2016 (16).

En 2018, 32,0% des 18-75 ans fumaient du tabac ne serait-ce qu'occasionnellement (35,3% des hommes et 28,9% des femmes, $p < 0,001$). La prévalence de la consommation du tabac au quotidien était de 25,4% (28,2% des hommes et 22,9% des femmes) et celle de la consommation de tabac occasionnelle de 6,6%, sans différence significative entre hommes et femmes. En 2018, les fumeurs quotidiens fumaient en moyenne 13 cigarettes (ou équivalent) par jour, les hommes 14 et les femmes 12 (16).

Ces résultats sont dans la continuité des dernières estimations montrant une diminution de la quantité moyenne fumée quotidiennement depuis 2010.

Selon l'observatoire français des drogues et des tendances addictives, en 2021, 31,9% des 18-75 ans déclarent fumer du tabac, dont 25,3% quotidiennement (17).

5 - Addiction et dépendances

L'addiction et la dépendance sont deux choses différentes. On parle de dépendance lorsqu'on souffre du syndrome de sevrage à l'arrêt brutal d'une consommation. Alors que l'addiction est la consommation excessive d'une substance, en dépit de la connaissance des conséquences néfastes (18).

Concernant le mot « drogue », selon l'angle que l'on cherche à privilégier, il existe plusieurs définitions, et dans l'histoire, cette définition a beaucoup évolué. Depuis un siècle, la drogue désigne généralement une substance exposant au risque de dépendance, jugée particulièrement dangereuse et interdite par la loi (19).

Dans une approche globale et scientifique, le mot « drogue » recouvre toutes les substances chimiques, naturelles ou synthétiques, qui peuvent modifier le fonctionnement du cerveau et provoquer ainsi des modifications psychiques et comportementales. Drogues, substances psychoactives et psychotropes sont trois synonymes. La capacité de certaines molécules chimiques à modifier le fonctionnement du système nerveux central tient pour beaucoup à leur parenté avec des substances endogènes, les neuromédiateurs, et à leur pouvoir de s'immiscer ainsi dans les mécanismes biochimiques de l'activité cérébrale. Ce sont des substances pharmacologiques et elles ont différents effets, mais toutes ont un point commun : elles augmentent la concentration de dopamine, un neurotransmetteur, dans le système cérébral de la récompense (20). Le tabac est donc considéré comme une drogue, et il peut entraîner à la fois des dépendances et une addiction. Il induit trois types de dépendance (21) :

- Une dépendance physique : induite par l'action de la nicotine sur le cerveau. La dépendance physique ou pharmacologique s'explique par l'augmentation, chez les fumeurs réguliers, du nombre de récepteurs nicotiques à la surface des cellules nerveuses. Seulement, dans des conditions naturelles, il n'y a pas de nicotine dans le corps humain : ces récepteurs sont en fait conçus à la base pour recevoir l'acétylcholine. Lorsque l'on consomme de la nicotine, le rôle de certains récepteurs se modifie. La nicotine va se fixer sur des récepteurs et agir sur le système de récompenses en libérant différents neurotransmetteurs dont la dopamine. Le nombre de récepteurs nicotiques va augmenter peu à peu et ce mécanisme va induire une accoutumance. L'apport de

nicotine devient peu à peu une condition indispensable pour que la dopamine se libère. La dopamine procure un sentiment de plaisir et de satisfaction. Quand cette substance chimique n'est pas suffisamment sécrétée, cela entraîne de la fatigue, un manque d'énergie, des troubles de la concentration et d'autres symptômes de sevrage. La nicotine est susceptible d'avoir des effets à tous les niveaux conscients et inconscients de l'être humain. Chez les sujets dépendants, les études montrent que le nombre de récepteurs nicotiniques diminue lentement après l'arrêt du tabac. Un niveau normal n'est atteint qu'après 6 à 12 mois après l'arrêt. Les effets aigus liés à la dépendance physique à la nicotine s'estompent néanmoins 1 à 2 mois après l'arrêt du tabac, selon le degré de dépendance. C'est pour cette raison qu'il est important de suivre les traitements pendant 2 mois au minimum. La prise en charge de cette dépendance passe essentiellement par l'apport de nicotine (TNS). Cette dépendance se traduit avec des symptômes de manque et s'évalue, notamment, avec les tests de Fagerström.

- Une dépendance psychique : Elle est liée aux effets psychoactifs de la nicotine qui procure du plaisir, une action anxiolytique et un effet coupe-faim. Elle est induite par l'état d'esprit, la situation du moment, l'état psychologique, une normalisation psychosociale... La dépendance psychique ou psychologique dure plus longtemps que la dépendance physique, et elle est plus difficile à saisir. Progressivement, la présence du produit est associée aux pensées et émotions de la vie privée, sociale, professionnelle. Les personnes souffrant de ce type de dépendance ont besoin de cet appui pour réfléchir, pour se relaxer ou tout simplement pour se sentir bien. Certains consommateurs vont même jusqu'à penser qu'ils ne sont pas capables de vivre sans tabac, et que le produit fait partie intégrante de leur vie d'adulte. Il faut compter 6 à 12 mois, voire davantage, pour se défaire de la dépendance psychologique. La prise en charge de cette dépendance repose essentiellement sur des techniques non médicamenteuses. Cette dépendance varie d'un individu à l'autre.
- Une dépendance comportementale : elle est liée à la dépendance psychique et physique. La dépendance comportementale ou environnementale concerne spécifiquement les gestes quotidiens, les habitudes, les rituels. Chaque comportement, chaque action est peu à peu associé à non seulement l'apport de la substance mais également au geste, au mouvement, à l'automatisme. C'est loin d'être anodin, puisque

les fumeurs réguliers portent leur main à leur bouche plusieurs centaines de fois par jour. C'est pour contrecarrer la dépendance comportementale que l'on conseille à certaines personnes, dans les semaines qui suivent l'arrêt du tabac, de trouver des stratégies (mâcher des gommes ou des bonbons, s'occuper les mains, ou se promener avec un objet dans la poche pour remplacer le paquet de cigarettes). La prise en charge de la dépendance comportementale est une approche principalement non médicamenteuse.

Les triples dépendances étroitement liées justifient une prise en charge globale associant des moyens médicamenteux et non médicamenteux.

La dépendance des femmes à l'égard du tabac possède sans doute une composante psychologique plus forte que la dépendance des hommes. D'après certains travaux, les femmes seraient plus sensibles aux aspects olfactifs et gustatifs de la cigarette : si on leur ôte l'odeur ou le goût de leur marque préférée, elles y perdent beaucoup plus de satisfaction que les hommes. Ces travaux suggèrent que les hommes fument généralement pour le renforcement lié à la nicotine, tandis que les femmes fument pour des facteurs non nicotiques. Les femmes ont plus de difficulté à arrêter de fumer et sont moins sensibles aux thérapies de remplacement de la nicotine que les hommes. Il y aurait une différence entre les sexes dans le système des récepteurs nicotiques de l'acétylcholine et dans le système dopaminergique en réponse à l'administration de nicotine et au tabagisme (21). Cette notion est d'autant plus importante que le nombre de femmes fumeuses rattrape le nombre d'hommes. Avec le développement du tabagisme féminin, la BPCO concerne aujourd'hui presque autant de femme que d'homme. Concernant la nicotine, les symptômes de sevrage peuvent être les suivants à des degrés différents en fonction des individus :

- Irritabilité, dépression, agitation, anxiété ;
- Difficultés de socialisation et de concentration ;
- Augmentation de la faim voire polyphagie ;
- Insomnie ;
- Envie subite et irrésistible de fumer (ou craving).

La dépendance au tabac est une combinaison de tous ces facteurs, ainsi la prise en charge doit être globale.

6 - Pathologies liées au tabagisme

Le tabagisme est une cause majeure de pathologies, associée à un très fort impact sanitaire sur la santé des populations. La consommation de tabac diminue la qualité de vie et le bien-être et reste la première cause de mortalité évitable, avec 75 000 décès, dont 45 000 par cancer, chaque année en France. En moyenne, un fumeur régulier sur deux meurt des conséquences de son tabagisme (22) :

- Un cancer sur trois est dû au tabagisme. Le plus connu est le cancer du poumon, dont 80 à 90% des cas sont liés au tabagisme actif. Mais l'apparition d'autres cancers peut être favorisée par le tabac : cancers de la gorge, de la bouche, des lèvres, du pancréas, des reins, de la vessie, de l'utérus.... Soit au total 17 localisations différentes de cancers. Le cancer de l'œsophage est plus fréquent en cas d'association du tabac et de l'alcool.
- Le tabagisme actif peut également être à l'origine de maladies cardio-vasculaires : fumer est un des principaux facteurs de risque d'IDM. Les accidents vasculaires cérébraux, l'artérite des membres inférieurs, les anévrismes, l'hypertension artérielle sont également liés, en partie, à la fumée des produits du tabac.
- La BPCO est une maladie respiratoire chronique qui est essentiellement due au tabagisme. Cette maladie peut évoluer vers une insuffisance respiratoire chronique. A tout stade de la maladie, le tabagisme est un facteur aggravant la maladie. Le sevrage tabagique est le seul traitement capable de réduire le déclin du VEMS (volume expiratoire maximal en 1 seconde).
- Maladie d'Alzheimer et démence vasculaire, notamment si le tabagisme est associé au diabète, à l'hypertension artérielle, à l'obésité, à l'inactivité physique et à la dépression. Le tabagisme passif semble également augmenter le risque de démence. Fumer expose à une baisse des capacités cognitives chez les plus de 65 ans. Par ailleurs, le déclin cognitif serait plus rapide chez les fumeurs de plus de 75 ans comparés aux anciens fumeurs du même âge qui ont arrêté de fumer.

- D'autres pathologies ont un lien ou sont aggravées par le tabagisme : les gastrites, les ulcères gastro-duodénaux, le diabète de type II, l'hypercholestérolémie, l'hypertriglycéridémie, l'eczéma, le psoriasis, le lupus, les infections ORL et dentaires, la cataracte et la DMLA (Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age) pouvant aboutir à la cécité. Sans oublier la parodontite, maladie des gencives qui provoque le déchaussement et la perte des dents.

Le tabagisme peut également entraîner (23) :

- Une diminution des capacités sexuelles et de la fertilité.
- Une altération de l'épiderme (rides, teint terne, doigts jaunis) car le tabac réduit l'oxygénation de la peau et rend celle-ci terne, moins souple ; ainsi rides et ridules apparaissent de manière précoce.
- Des affections gingivales, la coloration des dents, l'haleine : le tabac jaunit les dents, provoque des risques de déchaussement et fragilise les gencives.
- L'altération de la muqueuse buccale et nasale, des lèvres et de la langue, des papilles gustatives, des organes vocaux, des glandes salivaires.
- Des carences en vitamines B et C.
- Une altération des artères cérébrales (effets sur la mémoire, la vision, l'audition).

Il n'existe pas de seuil au-dessous duquel fumer ne représente pas de risque. Par exemple, le risque d'être victime d'un cancer du poumon dépend du nombre de cigarettes que l'on fume chaque jour, mais également de l'ancienneté de son tabagisme. Le seul moyen efficace pour réduire ce risque est l'arrêt du tabac.

7 - Tabagisme passif

Le tabagisme passif est l'exposition involontaire à un air ambiant contenant des substances toxiques résultant de la combustion des produits du tabac. C'est aussi l'exposition du fœtus in utero à du sang maternel contaminé par ces mêmes produits. Dans la Convention-Cadre pour la lutte Antitabac (CCLAT), ratifiée par la France en 2004, l'OMS confirme que « l'exposition à la fumée de tabac entraîne la maladie, l'incapacité et la mort ».

Un des premiers articles scientifiques évoquant les risques du tabagisme passif a été publié en Allemagne en 1928, mais sa nocivité était déjà connue et le 17ème siècle avait été marqué par des mesures de répression très sévères envers les fumeurs, comme la décapitation de Sir Walter Raleigh qui faisait tousser Jacques 1er dans sa cour d'Angleterre et l'ablation des lèvres des fumeurs par le shah de Perse qui ne supportait pas la fumée. Dans le monde, des données de 2010 faisaient état de 600 000 morts par tabagisme passif chaque année, soit 1 décès sur 100 directement imputable au tabagisme passif, mais en 2017 l'OMS avance le chiffre de 890 000 décès dont 28% surviendraient chez des enfants, ce qui représenterait environ 250 000 décès d'enfants (24).

En 2020, en France, 16% des 18-64 ans ont été exposés au tabagisme passif dans les locaux de leur lieu de travail, et 18% des 18-75 ans déclarent que quelqu'un fume à l'intérieur de leur domicile. De nos jours, en France, et d'après Santé Publique France, un million de personnes sont exposées au tabagisme passif et celui-ci provoque directement ou indirectement 3 000 à 5 000 morts par an (25).

La fumée émise lors de la combustion de tout produit du tabac se décompose en 3 courants : le courant primaire que le fumeur inhale en tirant sur sa cigarette, sa pipe ou sa chicha, le courant secondaire qui se répand dans l'air ambiant entre les bouffées et le courant tertiaire, exhalé par le fumeur (Tableau 2).

Tableau 2 : Types de courant et fumées (24)

<i>Types de courant et fumées</i>	<i>Caractéristiques</i>
Courant primaire	La fumée inhalée par le fumeur quand il tire sur sa cigarette.
Courant secondaire	La fumée issue de la combustion de la cigarette entre les bouffées, il est plus toxique que le courant primaire.
Courant tertiaire	La fumée rejetée par le fumeur, moins toxique car débarrassée d'une partie de ses composants retenus dans le corps du fumeur.
Fumée secondaire ou environnementale ou de seconde main	L'addition des courants secondaire et tertiaire. Responsable du tabagisme passif.
Fumée tertiaire ou de troisième main.	Produite par le dépôt sur les surfaces des composants toxiques de la fumée, dont les particules fines. Responsable du tabagisme tertiaire ou ultra-passif.

La fumée de tabac environnementale (FTE), qui est aussi appelée fumée secondaire ou fumée de tabac ambiante (FTA), représente 85% de la fumée émise par le tabac qui brûle. C'est l'agent du tabagisme passif. Elle est la somme du courant secondaire et du courant tertiaire qu'il ne faut pas confondre avec la fumée tertiaire, responsable du tabagisme ultra-passif.

Il existe deux types de tabagisme passif : celui auquel est exposé le fœtus dont la mère fume, et le tabagisme passif environnemental, auquel on est exposé en inhalant la fumée de tabac. La fumée de tabac est dangereuse dans la mesure où il n'existe pas de seuil minimum d'exposition sans risque pour la santé. Il n'est pas nécessaire d'être exposé des années pour en subir les conséquences. Au bout de quelques minutes, et même à partir d'une faible exposition, le tabagisme passif représente un danger.

Pour savoir si l'on est exposé aux toxiques présents dans la fumée de tabac, il ne faut pas se fier à son simple odorat et à la vision des volutes de fumée. En effet, si l'odeur et la fumée se dissipent assez rapidement, les toxiques qui la composent, en revanche, restent présents en suspension dans l'air, et fixés sur les tissus par exemple, sur une durée plus longue, pouvant

atteindre plusieurs heures, voire plusieurs jours pour certains d'entre eux. Ces toxiques sont à l'origine du tabagisme tertiaire quand ils sont relargués dans l'air ambiant.

Contrairement aux idées reçues, la fumée dégagée à l'extrémité d'une cigarette est en réalité plus toxique que la fumée inhalée par le fumeur. En effet, comme l'ont démontré les recherches effectuées sur ce thème, cette fumée est, par gramme de fumée, la cause de 2 à 6 fois plus de tumeurs que la fumée inhalée par le fumeur. L'exposition à la fumée de tabac représente donc un risque majeur aussi bien pour les fumeurs que pour les non-fumeurs. Quant aux fumeurs, ils cumulent ainsi les risques liés au tabagisme passif et à leur consommation active (26).

Selon la circulaire du 29 novembre 2006 relative à l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif, l'interdiction de fumer est appliquée dans :

- Tous les lieux de travail, fermés et couverts ;
- Les lieux accueillant du public ;
- Les lieux de convivialité : cafés, hôtels, restaurants, discothèques, casinos ;
- Les transports collectifs ;
- Les transports privés en présence d'un enfant de moins de 18 ans ;
- Les établissements scolaires, y compris les espaces à l'air libre ;
- Les établissements d'hébergement et de formation des mineurs ;
- Les aires collectives de jeux.

Concernant les SEDEN et les SEDESN, on ne connaît pas bien les effets des émissions du vapotage sur les personnes qui ne vapotent pas. Par sécurité, il est interdit de vapoter dans certains lieux :

- Les établissements scolaires, d'hébergement et de formation des mineurs ;
- Les transports collectifs fermés ;
- Les lieux de travail fermés et couverts collectifs.

Concernant les conséquences pathologiques du tabagisme passif, le risque cardiovasculaire est le plus important. Il est à ce point élevé que certains auteurs l'estiment assez proche de celui présenté par les fumeurs actifs. Ce risque survient pour des durées courtes d'exposition à la fumée environnementale, de l'ordre de quelques minutes à quelques heures. Le résultat de cette exposition se traduit par la survenue d'accidents cardiovasculaires comme des infarctus. Ainsi, être exposé de 1 à 7 heures par semaine au tabagisme passif augmente le risque d'infarctus du myocarde de 25%. Ce risque est augmenté de 60% pour les sujets exposés au tabagisme passif plus de 21 heures par semaine, un risque similaire à celui de fumeurs actifs consommant une à neuf cigarettes par jour.

Concernant le tabagisme au domicile, pour un non-fumeur, le fait de vivre avec un conjoint fumeur augmente notamment le risque d'accident vasculaire cérébral. La survenue de maladies respiratoires et de cancers est la deuxième conséquence du tabagisme passif. Il s'agit de cancers du poumon qui surviennent chez des non-fumeurs exposés de façon régulière, que ce soit dans le cadre de leur travail (comme l'étaient les employés de la restauration et du monde de la nuit avant 2008) ou à leur domicile, au contact d'un conjoint/colocataire fumeur. De plus, le tabagisme passif est un facteur d'aggravation de l'asthme et de la BPCO (26).

Le tabagisme passif augmente de 27% le risque de cardiopathie ischémique et de 25% le risque de cancer du poumon pour les non-fumeurs. Le risque relatif de cancer du sein chez les femmes exposées au tabagisme passif, comparé aux non-fumeuses n'ayant jamais été exposées au tabagisme passif, est augmenté d'environ 30% (26).

Également, la fumée passive est un facteur indépendant de risque de diabète. Une étude de 2014 a calculé que le risque de diabète des non-fumeurs soumis au tabagisme passif était augmenté de 20% par rapport à des non-fumeurs non exposés (27).

Le tabagisme passif favorise la prise de poids chez la souris par le biais de la perturbation du fonctionnement des mitochondries, organites essentiels dans la production d'énergie nécessaire au fonctionnement de la cellule, et d'une résistance à l'insuline.

Chez les enfants, l'exposition à la fumée de tabac augmente les risques d'infections respiratoires de 55%, d'asthme de 32% et d'otites aiguës de 38%. Aussi, l'exposition à la fumée de tabac, que ce soit avant ou après la naissance, multiplie par deux le risque de mort subite du nourrisson. Les principales conséquences sur le fœtus de cette exposition au tabac avant la naissance sont bien documentées (26) :

- Certaines malformations (cardiopathies congénitales, anomalies osseuses, de la face et du tube digestif) ;
- Mort fœtale in utero (+50%) ;
- Petit poids à la naissance (+100%) ;
- Augmentation du risque de prématurité (+10%) et de fausses couches précoces.

Certaines initiatives dans le domaine de la lutte contre le tabagisme, notamment passif, méritent d'être mises en lumière.

Un exemple notable est l'engagement pris par le CHU de Toulouse le 19 avril 2023 pour devenir un établissement de santé sans tabac. Diverses mesures sont mises en œuvre pour apporter un soutien aux fumeurs, aux usagers, et au personnel soignant. En effet, Le CHU de Toulouse est devenu le premier hôpital d'Occitanie à obtenir la labellisation "lieu de santé sans tabac". Cette initiative vise à améliorer la qualité de vie des patients et du personnel tout en luttant contre le tabagisme. Bien que l'interdiction de fumer dans l'enceinte de l'hôpital soit en vigueur depuis la loi Evin de 1991, elle était peu respectée en extérieur. Le CHU a choisi une approche pédagogique plutôt que répressive, avec une campagne de communication pour sensibiliser les usagers et le personnel. Les fumeurs seront encouragés à consulter et les soignants seront formés à la tabacologie. De plus, un questionnaire sera mis en place pour recueillir l'avis des usagers sur la prise en charge du tabagisme à l'hôpital (28).

8 - Co-addiction et polyconsommation

Le tabagisme est omniprésent dans les services d'addictologie et on estime que 80% des patients dépendants à une ou plusieurs substances psychoactives sont des fumeurs addicts et dépendants. L'existence d'une co-addiction chez un fumeur rend le sevrage plus difficile car elle impose de renforcer les stratégies thérapeutiques et de rechercher des troubles psychiatriques comorbides. Dans ces circonstances, la prise en charge du sevrage tabagique doit être multidisciplinaire (29).

En 2005, la polyconsommation régulière d'alcool, de tabac ou de cannabis touchait 8,3% de la population, avec la population des 20-24 ans affichant un taux plus élevé (11,6%). Cependant, la polyconsommation régulière des trois produits en même temps était rare, concernant moins de 1% des individus de 15 à 64 ans. La principale association observée était celle de l'alcool et du tabac chez les personnes de 35 ans et plus, tandis que les polyconsommations impliquant le cannabis étaient rares au-delà de 34 ans (30).

Dans les recommandations de l'HAS, il est confirmé que l'existence d'une co-addiction, notamment à l'alcool, est associée à un taux de succès du sevrage tabagique plus faible. La prise en charge doit s'intéresser à la consommation des autres substances en veillant au risque de déplacement ou de remplacement de la consommation. Il est recommandé de privilégier chaque fois que cela est possible le sevrage conjoint, simultané ou successif rapproché, des différentes substances psychoactives consommées. Il est recommandé de ne jamais refuser la prise en charge de l'usage problématique d'une seule substance psychoactive si, malgré les efforts d'information, la personne le demande. Si nécessaire, le patient pourra être dirigé vers un spécialiste des addictions, un professionnel d'un réseau ou d'une équipe spécialisée (31).

L'arrêt du tabac est possible pour tous les types de fumeurs, y compris les plus complexes, à condition de tenir compte des facteurs associés.

B - SEVRAGE TABAGIQUE

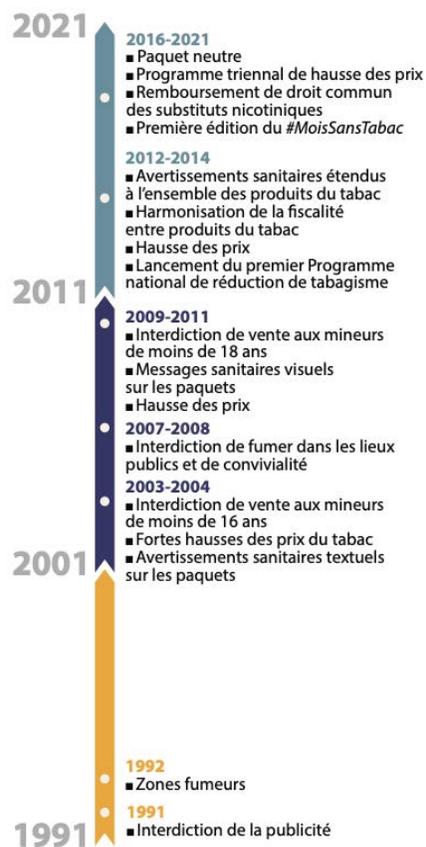
1 - Stratégie de prise en charge

a - Evolution de la politique face au tabac

Dans la deuxième moitié du XXe siècle, le tabagisme a progressivement été considéré comme un problème de santé publique appelant l'intervention du gouvernement qui a mis en place un cadre législatif de plus en plus restrictif. Les politiques publiques se sont structurées autour d'une stratégie globale d'encadrement de l'offre et de la demande, en réponse à un objectif prioritaire de maîtrise des consommations (32).

La frise temporelle en figure 4 ci-dessous précise les dates les plus importantes en lien avec la politique de lutte contre le tabagisme.

Figure 4 : Frise temporelle de l'évolution de la politique de lutte contre le tabagisme (32)



Les premières mesures de lutte contre le tabagisme apparaissent en France avec la loi Veil du 9 juillet 1976, qui réglemente la publicité des produits du tabac et instaure la mention d'un message sanitaire sur les paquets, ainsi que le principe d'un usage limité dans certains lieux accueillant du public. Ces dispositions ont été complétées et renforcées par la loi du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, dite loi Évin qui comporte :

- La sortie du tabac de l'indice général des prix permettant l'augmentation de son prix ;
- L'interdiction de la publicité directe et/ou indirecte et du parrainage ;
- L'étiquetage d'avertissements sanitaires ;
- La protection des non-fumeurs ;
- L'interdiction de l'offre gratuite de tabac.

Trente ans après, elle constitue encore la pierre angulaire de la politique de santé publique en France en matière de lutte contre le tabagisme (32). Les mesures développées au fil des décennies ont mobilisé trois principaux leviers d'action :

1. L'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, de travail et dans les transports collectifs ;
2. L'interdiction de toute forme de publicité directe ou indirecte en faveur du tabac et des produits dérivés (à laquelle s'ajoute le renforcement des avertissements sanitaires) ;
3. La politique fiscale d'augmentation des taxes à partir des années 2000.

La loi Évin demeure aujourd'hui un modèle de réglementation cité en exemple par de nombreux pays et préfigure une tendance générale de multiplication et de complémentarité des actions pour lutter contre le tabagisme. À ce jour, toutes les dispositions instaurées par la loi sont inscrites dans le code de la santé publique (articles L. 3512 et suivants). La volonté politique affirmée n'a néanmoins pas entraîné d'application immédiate des principes de la loi. Les

dispositions initiales ont fait l'objet d'un déploiement progressif depuis le début des années 2000, par décrets et par l'intermédiaire de différents plans nationaux : plans Cancer (le premier couvrant la période 2003-2007, avant un deuxième plan 2009-2013 puis un troisième 2014-2019, auxquels s'adjoint une stratégie décennale allant de 2021 à 2030), Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) de 2014 à 2019, et Programme national de lutte contre le tabac (PNLT) de 2018 à 2022. Les objectifs ont également été affirmés à nouveau dans le cadre de différentes lois de santé publique (telle que la loi n° 2004-806 du 9 août 2004). Par ces restrictions, la loi Évin est la première en France à mettre le tabac à l'écart d'une partie de la vie sociale, en reconnaissant le droit du non-fumeur à ne pas être exposé à la fumée des autres, en lien avec les nombreuses études scientifiques ne laissant aucun doute quant à la réalité des effets toxiques du tabagisme passif. L'usage est placé dans une perspective qui n'est plus seulement individuelle mais collective. L'enjeu est bien d'agir sur la demande, en dissuadant l'usage dans les espaces publics notamment auprès des mineurs. Dans cette même perspective de dissuasion, la loi Évin a aussi consolidé les dispositions de la loi Veil en interdisant la publicité (sauf dans les publications professionnelles), le parrainage et la distribution gratuite ou à un prix promotionnel de tabac. L'objectif est de contrer les stratégies commerciales de l'industrie en y substituant progressivement des mesures à caractère sanitaire. En 2003, les règles d'étiquetage des produits du tabac sont ainsi renforcées, avec les mentions « Fumer tue » ou « Fumer nuit gravement à votre santé et à celle de votre entourage » qui doivent figurer sur 30% de la face externe des paquets. Ces messages doivent par ailleurs s'accompagner de la teneur en nicotine, en goudrons et en monoxyde de carbone. Par la suite, en 2011 et 2012, le principe des avertissements textuels et visuels est adopté, auxquels s'ajoute l'inscription des coordonnées de Tabac Info Service sur l'ensemble des produits du tabac. Ces limitations se poursuivent en 2017, avec la mise en place effective du « paquet neutre » et uniformisé, ainsi que la suppression de tous les attributs de la marque : absence de logo, de textes ou de signes figuratifs indiquant une nocivité moindre, couleur et typographie harmonisées. La taille des avertissements est également étendue à 65% de la surface des paquets à cette occasion. La loi Évin a donc opéré une transition vers une stratégie visant à neutraliser les efforts des industriels pour promouvoir les produits du tabac, qui s'est prolongée ensuite avec l'encadrement de leurs règles d'étiquetage et de présentation. Enfin, le dernier levier d'intervention mobilisé par la loi Évin pour faire reculer le tabagisme porte plus spécifiquement sur l'offre, avec une politique fiscale et une stratégie de hausse des prix qui s'est perpétuée pendant 30 ans et a connu plusieurs moments-clefs.

Si évaluer le résultat d'une telle politique de santé publique se révèle complexe, le suivi des consommations au sein de la population permet d'en appréhender en partie les conséquences. Les niveaux d'usage de tabac sont mesurés régulièrement en population générale, depuis 1992 pour les adultes et depuis 2000 pour les adolescents. En 2020, 26% des personnes âgées de 18 à 75 ans déclarent fumer quotidiennement, soit 29% des hommes et 22% des femmes. Après une légère baisse de l'usage quotidien de tabac entre 1992 et 2000 (- 4 points), notamment chez les hommes, s'ensuit une longue période de stabilité entre 2000 et 2016. Depuis 2016, la part des fumeurs quotidiens a diminué puis s'est de nouveau stabilisée entre 2019 et 2020. Si cette dernière baisse du tabagisme concerne les hommes et les femmes, il est à noter, principalement jusqu'en 2000, une convergence des comportements tabagiques selon le sexe, le sex ratio de l'usage quotidien ayant diminué, passant de 1,5 à 1,3 entre 1992 et 2020. Enfin, si les personnes les moins diplômées, ayant les plus bas revenus ou en situation de chômage, sont plus représentées parmi les fumeurs, les inégalités sociales de santé, qui se creusaient depuis le début des années 2000 jusqu'à 2016, semblaient se stabiliser avant de s'accroître de nouveau depuis 2019.

En 2017, s'agissant de la population adolescente, six adolescents sur dix disent avoir déjà fumé une cigarette, soit une diminution substantielle de 19 points par rapport au niveau de 2000, en baisse ininterrompue sur toute la période. Il ressort également qu'un adolescent de 17 ans sur quatre (25%) fume tous les jours, contre quatre sur dix (41%) en 2000. Néanmoins, les inégalités sociales de santé apparaissent dès l'adolescence s'agissant du tabagisme. À 17 ans, les jeunes en apprentissage et les jeunes sortis du système scolaire sont respectivement 47% et 57% à fumer tous les jours, contre 22% parmi les élèves ou étudiants. Ces différences très marquées se sont fortement accrues entre 2000 et 2017, la baisse relative du tabagisme quotidien parmi les élèves ou étudiants s'élevant à 42% sur la période, contre respectivement 18% et 19% parmi les apprentis et les jeunes sortis du système scolaire. Ainsi, l'usage de tabac a d'abord connu une baisse en population adolescente entre 2002 et 2008, avant une diminution observable en population adulte une dizaine d'années plus tard. Pour un fumeur, indépendamment des possibles arrêts, le parcours tabagique débute le plus souvent à l'adolescence, expliquant ce décalage temporel entre les modifications des comportements juvéniles et adultes (32).

En matière de lutte contre le tabagisme, si la baisse de la prévalence dans la population est l'objectif à atteindre, celle des ventes de tabac s'apparente plus à une conséquence. Les volumes vendus se décomposent en trois parties :

1. Les achats domestiques légaux (dans le réseau des buralistes) ;
2. Les achats non domestiques légaux (dans un autre pays ou en duty free) ;
3. Les achats illégaux.

Seuls les achats domestiques légaux font l'objet d'un suivi régulier par la déclaration aux douanes des livraisons aux débiteurs de France métropolitaine. Ces dernières ont diminué de moitié en 20 ans (passant d'environ 92 000 tonnes en 2000 à 46 000 tonnes en 2020). La chute des volumes vendus chez les buralistes s'est accélérée entre 2017 et 2020. Les volumes reculent de 15,6% (passant de 55 000 tonnes en 2017 à 46 000 en 2020) corrélativement aux principales mesures publiques mises en œuvre et à celles mises en place depuis 2017. Les volumes de cigarettes ont reculé de 56,6% en 20 ans (de 83 millions d'unités en 2000 à 36 millions en 2020), pour un prix du paquet de la marque la plus vendue qui est passé de 3,20 euros à 10,40 euros en novembre 2020. La tendance à la baisse globale des volumes s'est néanmoins accompagnée d'une légère reconfiguration de la répartition des ventes entre les différents produits du tabac. En raison d'un prix au gramme plus élevé pour les cigarettes manufacturées que pour le tabac à rouler, ce dernier a pris une part importante, qui représente désormais 17% du marché en 2020, contre 11% en 2005. On constate aussi un effet différencié de la hausse des prix sur les variations de ventes puisque le tabac à rouler a vu ses volumes augmenter de 13,7% entre 2004 et 2020 (passant de 6 970 à 7 923 tonnes entre 2004 et 2020), alors que les prix ont presque quadruplé sur la même période, passant de 5,10 euros à 19,50 euros pour le paquet de 40 grammes de la marque la plus vendue. Ces données de ventes rejoignent les tendances observées dans les enquêtes en population générale puisque, depuis 2010, le tabac à rouler prend une place de plus en plus grande dans la consommation des fumeurs et que la part de ceux qui en consomment exclusivement a plus que doublé au cours des dernières années, passant de 8% en 2010 à 20% en 2018.

La baisse des usages de tabac et des volumes de ventes conduit plus largement à interroger la manière dont les politiques publiques influencent les changements de perceptions relatives au tabac. On remarque également que, à l'inverse des produits illicites, seule une minorité de personnes âgées de 18 à 75 ans perçoivent les substances licites, telles que le tabac et l'alcool, comme dangereuses dès la première consommation. Pour ces produits, c'est principalement l'usage quotidien qui est cité comme dangereux (51% pour le tabac). L'estimation subjective du seuil de dangerosité a néanmoins évolué puisque, désormais, près d'un Français sur deux (49%) considère que l'expérimentation ou la consommation occasionnelle constituent déjà des usages nocifs et dangereux pour la santé, contre près d'un sur cinq il y a vingt ans (22%). Le statut tabagique influence la représentation des personnes interrogées. Les fumeurs sont moins nombreux que les autres à classer le tabac comme dangereux dès l'expérimentation (28% contre 36%) et plus nombreux à le considérer dangereux simplement à partir d'une consommation quotidienne (56% contre 49%). Malgré cette tendance à une perception accrue de la nocivité du tabac, la majorité des personnes interrogées en 2018 se déclarent par ailleurs en désaccord avec le principe de les taxer davantage dans le but d'en réduire la consommation (32).

Le résultat des politiques publiques visant une sortie du tabagisme s'observe également à l'aune du nombre de personnes qui entreprennent une tentative d'arrêt. En 2020, cette dernière concerne presque 30% des fumeurs quotidiens de 18 à 75 ans, proportion en baisse significative par rapport à 2019 (33%) mais qui reste à un niveau supérieur aux années précédentes (autour de 25% entre 2016 et 2018) (17).

Pour aider à l'accessibilité financière aux TNS en France, il y a eu une montée en charge de leur remboursement au cours des années 2010 et la disparition du forfait des TNS au 1er janvier 2019. En effet, comme annoncé par le plan « Priorité prévention » et le PNL 2018-2022, la prise en charge des TNS est passée d'un forfait d'aide au sevrage de 150 € par an et par assuré à une prise en charge de droit commun. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé autorise, en plus des médecins et des sages-femmes, les médecins du travail, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes à prescrire les traitements nicotiques de substitution. Les sages-femmes ont bénéficié, dans le cadre de cette loi, d'un élargissement de leurs droits de prescription à l'entourage de la femme enceinte ou accouchée.

Le 22 octobre 2022, un amendement est adopté par l'Assemblée nationale et il entend précisément donner la possibilité à l'État « d'autoriser, pour une durée de deux ans et à titre expérimental, dans trois régions, la prise en charge par l'assurance maladie des traitements du sevrage tabagique par des substituts nicotiniques lorsqu'ils sont dispensés par les pharmaciens d'officine sans ordonnance ». Une proposition qui s'est longtemps heurtée à des refus, mais qui prend forme aujourd'hui. L'objectif de ces expérimentations est d'analyser l'impact d'un parcours simplifié pour les patients et d'une prise en charge facilitée en officine sur la diminution du nombre de fumeurs et sur les conséquences en termes de dépenses remboursées. Si un grand pas semble avoir été franchi avec cet amendement, la route est encore longue avant de voir les premiers pharmaciens se lancer dans ces expérimentations (33).

Au vu des expériences nationales et internationales et au regard de l'enjeu pour la santé de la population, la HAS (34) :

- Insiste sur l'importance d'une aide au sevrage tabagique, dont l'efficacité est renforcée dès lors qu'elle s'inscrit dans un programme global, associant diverses mesures ainsi que sur l'efficacité et l'efficience démontrée de la prise en charge financière de la démarche de sevrage ;
- Rappelle que si toute la population des fumeurs est concernée, les personnes atteintes de maladies causées ou aggravées par le tabac et les femmes enceintes le sont au premier chef ;
- Recommande le subventionnement d'une démarche individuelle active de sevrage tabagique, plutôt que le remboursement des thérapeutiques selon les modalités de droit commun ;
- Recommande que la prise en charge financière des thérapeutiques d'aide au sevrage soit à l'avenir conditionnée à l'implication dans une démarche structurée et adaptée, en fonction du niveau de dépendance et de motivation de chacun.

En réponse à la baisse des usages et des ventes, l'industrie du tabac fumé s'est adaptée en reportant son marketing vers des médias moins visibles et par le développement de campagnes de responsabilité sociétale des entreprises. Elle a aussi évolué progressivement vers ce qu'on l'on peut appeler une industrie de la nicotine. Deux facteurs en témoignent : d'abord, l'investissement croissant du secteur dans la cigarette électronique (principalement en circuit fermé). Ensuite, l'émergence de nouveaux produits du tabac chauffé reposant sur l'utilisation d'un dispositif électronique qui permet au consommateur d'inhaler un aérosol contenant un mélange de fumée et de vapeur produites par du tabac, présent dans une courte cigarette chauffée par une résistance à quelques centaines de degrés. Ces produits ne sont pas soumis à des mesures de conditionnement aussi strictes que pour les autres produits du tabac et ils font l'objet d'une taxation inférieure aux cigarettes traditionnelles. Ils ont néanmoins été inclus en France dans la catégorie des autres produits du tabac, alors que d'autres États européens ont créé une catégorie fiscale spécifique aboutissant à une taxation égale ou souvent inférieure au produit du tabac qui était déjà le moins taxé (généralement le tabac à rouler). Ces derniers font l'objet de stratégies de valorisation marketing qui les présentent comme plus « propres », moins nocifs que le tabac fumé et participant à la réduction des risques (avec des conditionnements rappelant ceux des traitements nicotiniques de substitution, et une confusion entretenue entre vape et produits du tabac chauffé). La continuité du marché passe aussi par le renouvellement générationnel des consommateurs et une banalisation sous d'autres formes. La loi Évin interdit le placement de produit dans les productions audiovisuelles dès lors qu'il y a un échange commercial entre la société de production et l'industrie du tabac, mais n'interdit pas la présence de tabac dans les œuvres si elle témoigne d'un choix scénaristique. Or, la simple présence de produits du tabac dans une fiction, tant au cinéma qu'à la télévision, est un facteur de maintien de la normalisation car elle a des effets sur l'image sociale du tabac. Cette stratégie va de pair avec le développement des placements indirects sur les réseaux sociaux. Le message est alors moins directement connecté aux fabricants, car il passe par une multitude d'intermédiaires trouvant un écho parmi les plus jeunes. L'identification du message est alors rendue difficile, par le public cible mais aussi par les autorités régulatrices, puisqu'il est dilué dans des contenus semblant totalement déconnectés de l'univers du tabac.

L'encadrement de l'offre et de la demande de tabac participe à une tendance internationale de maîtrise de la consommation en recourant aux instruments classiques de régulation des comportements, fondés notamment sur une combinaison de taxes et d'interdits ciblées sur la publicité et le marketing. Les effets produits par les politiques publiques menées en France depuis 30 ans tiennent eux aussi à la complémentarité des mesures mobilisées, la loi Évin préfigurant une intervention volontariste de l'État en régulant à la fois la consommation dans les espaces à usage collectif, en interdisant la publicité et en développant une politique fiscale et d'augmentation des prix. Par la complémentarité des mesures déployées et leur mise en cohérence ces dernières années, le tabagisme quotidien décline. Les volumes vendus ont par ailleurs chuté de moitié en 20 ans, avec une baisse qui s'est essentiellement concentrée sur les ventes de cigarettes. Ces tendances vont dans le sens de l'objectif principal de la loi : dénormaliser la consommation de tabac. Bien que celui-ci soit encore rarement perçu comme une drogue, son seuil de dangerosité perçu a néanmoins augmenté, notamment chez les jeunes mineurs à la fin des années 2010, qui constituent la première génération à avoir traversé l'enfance et l'adolescence sous un régime d'interdiction du tabac dans les espaces collectifs. Les enjeux actuels soulèvent de nombreuses problématiques d'observation. D'abord, la hausse des prix a entraîné une double stratégie de report, entre produits du tabac, mais aussi vers des achats réalisés en dehors du réseau des buralistes par des contournements qu'il est difficile de quantifier. Il y a ensuite une attention portée à l'articulation entre la réduction du tabagisme et les inégalités sociales de santé qui demeurent importantes. Enfin, l'apparition de nouveaux produits du tabac et de la nicotine suscitent les mêmes questionnements qu'il y a 30 ans en matière d'encadrement : stratégies à adopter en termes de taxation, de conditionnement, et de réponse vis-à-vis d'un marketing s'adaptant en permanence aux politiques publiques. Les résultats enregistrés en matière de réduction du tabagisme s'accompagnent donc d'une vigilance. L'attention pour les prochaines années consistera aussi bien à continuer de documenter les logiques d'entrée dans le tabagisme que celles qui favorisent la pluralité des trajectoires de sorties (32).

b - Stratégie thérapeutique

i. Objectifs, dépistage et évaluations

Les objectifs et considérations générales du sevrage tabagique sont les suivants (31) :

- L'objectif principal de l'aide à l'arrêt de la consommation de tabac est d'obtenir l'abstinence totale de l'usage du tabac et le maintien de l'abstinence sur le long terme ;
- Tous les professionnels de santé en contact avec la population devraient s'impliquer dans l'aide au sevrage tabagique, et il est recommandé que tous les patients soient questionnés sur leur consommation de tabac de façon systématique et que leur statut de consommation soit renseigné de façon régulière ;
- L'aide par un professionnel de santé est toujours efficace. Un fumeur recevant de l'aide et voulant arrêter aura plus de chances d'y parvenir que celui voulant arrêter sans aide ;
- Le soutien psychologique propre à la relation thérapeutique est une composante fondamentale de la prise en charge ;
- Il existe une relation entre l'intensité de la prise en charge psychologique et comportementale (durée et nombre de contacts) et le taux d'abstinence ;
- Les interventions complètes associant plusieurs outils (questionner, conseiller, évaluer) augmentent les chances de l'arrêt par rapport à l'absence d'intervention ou à une intervention minimale ;
- Les techniques issues des entretiens motivationnels sont particulièrement utiles dans la phase de préparation, mais également au cours du suivi afin de soutenir la motivation ;
- Une fois l'arrêt instauré, la prise en charge doit s'orienter autour de la prévention des rechutes. Plusieurs techniques de prévention de la rechute peuvent être employées : les stratégies d'ajustement du comportement, la méthode de résolution de problèmes,

l'apprentissage d'habiletés nouvelles et les techniques de gestion du stress. Les techniques cognitives présentent également un intérêt dans la gestion du craving ;

- L'éducation thérapeutique du patient fait partie intégrante de la prise en charge de l'arrêt de la consommation du tabac ;
- La mesure du CO expiré peut être utilisée avec l'accord du patient pour renforcer la motivation dans le respect de l'alliance thérapeutique, notamment chez les femmes enceintes.

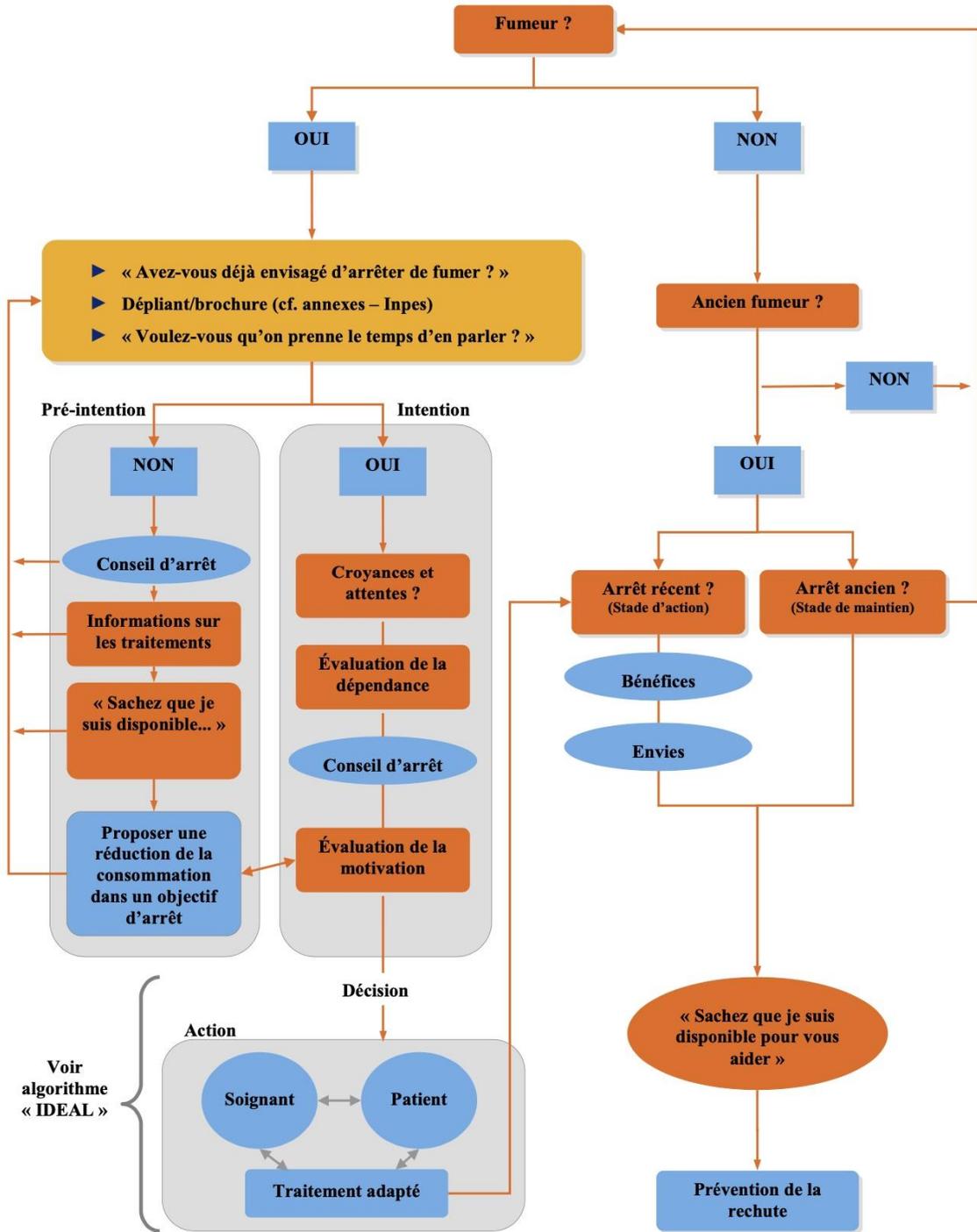
Le dépistage de la consommation de tabac doit faire partie de l'interrogatoire systématique de chaque patient et il ne faut pas oublier les autres formes d'utilisation du tabac (prisé, mâché, roulé, cigare, pipe, narguilé, snus, joint de cannabis, etc.). Les populations à viser en priorité sont les suivantes (31) :

- Les patients présentant des comorbidités somatiques ou mentales ;
- Les jeunes enfants (relever le statut tabagique des parents) ;
- Les adolescents, en rappelant la confidentialité et le secret professionnel ;
- La femme en projet de grossesse ;
- La femme enceinte ;
- La femme en post-partum, en réévaluant le statut tabagique même si la femme a arrêté de consommer pendant la grossesse (risque élevé de rechute après l'accouchement).

Il est également recommandé de rechercher également le tabagisme de l'entourage direct du patient (31).

La figure 5 ci dessous représente un algorithme de prise en charge du patient tabagique, de son dépistage individuel à la mise en place d'un traitement de l'aide à l'arrêt de la consommation de tabac.

Figure 5 : Du dépistage à la mise en place d'un traitement de l'aide à l'arrêt du tabac (HAS, 2014) (31)



Dans la stratégie thérapeutique, il est nécessaire de faire preuve d'attention face à certaines situations particulières. Concernant la grossesse et l'allaitement, la consommation de tabac réduit la fertilité de l'homme et de la femme, diminue les chances de succès en cas d'assistance médicale à la procréation du couple, allonge le délai de conception, potentialise l'effet négatif de l'âge sur la fécondité, augmente le risque de fausse couche, de grossesse extra-utérine et de morbidité et mortalité périnatales. Les données disponibles montrent l'importance de l'intoxication active et passive de la femme, mais également de celle de son compagnon, sur les risques graves de la consommation de tabac pour la femme enceinte et le fœtus. D'où la nécessité d'une prise de conscience par tous les intervenants de santé, et par les couples, des bénéfices de l'arrêt du tabac, de préférence avant la conception ou le plus rapidement possible au cours de la grossesse (31). Dans ce contexte, il est recommandé (31) :

- Que tous les intervenants de santé, les hommes et les femmes ayant un projet de conception, prennent conscience des bénéfices de l'arrêt de la consommation de tabac sur la fertilité et pour l'enfant à naître ;
- De profiter de ce projet pour repérer spécifiquement la consommation de tabac et conseiller l'arrêt ;
- Si une grossesse survient avant l'arrêt de la consommation du tabac, il faut encourager les femmes à arrêter de fumer le plus rapidement possible ;
- De prévenir la rechute en post-partum. Entre le baby blues, la chute d'hormones et la dépression post-partum, l'envie de reprendre peut se faire sentir juste après l'accouchement. En effet, les données montrent que 80% des femmes sevrées en cours de grossesse rechutent au cours de l'année suivant l'accouchement et que 30% rechutent juste après l'accouchement ;
- De proposer une aide au sevrage tabagique chez les femmes allaitantes. Le tabagisme maternel n'est pas une contre-indication à l'allaitement maternel mais le tabagisme passif augmente le risque des maladies respiratoires infantiles ;
- De contre-indiquer l'utilisation de la varénicline et du bupropion chez la femme enceinte ;

- De déconseiller l'utilisation de la varénicline et du bupropion chez la femme allaitante. Il faut recommander de fumer après la tétée, plutôt qu'avant.

Certaines populations présentant les comorbidités suivantes nécessitent une prise en charge renforcée et spécifique, et sont sujets à des risques de complications liées au tabagisme plus élevés (31) :

- Diabète ;
- Maladies cardiovasculaires et métaboliques :
 - Dyslipidémie ;
 - HTA ;
 - Hérité cardiovasculaire ;
 - Traitement hormonaux chez la femme ;
 - Antécédents de maladie cardiovasculaire.
- BPCO et autres troubles respiratoires ;
- Contraception hormonale ;
- Troubles psychiatriques ;
- Situations périopératoires ;
- Patients hospitalisés ;
- Sportifs : les risques cardio-vasculaires ne sont pas atténués par la pratique sportive.

Concernant l'évaluation initiale du patient, il faut (31,35) :

- Évaluer la consommation de tabac et la dépendance à la nicotine : Il est recommandé d'utiliser le test de dépendance à la cigarette de Fagerström. Ce point sera abordé plus en détail ultérieurement.
- Évaluer les comorbidités anxieuses et dépressives du patient : Les études montrent que les fumeurs souffrant de troubles anxieux présenteront en moyenne un syndrome de sevrage tabagique plus intense que les fumeurs sans trouble psychiatrique. Cependant, bien que le niveau d'anxiété augmente au cours des deux semaines suivant le sevrage tabagique, il diminue après un mois de sevrage à un niveau plus faible qu'avant l'arrêt du tabac. Concernant la symptomatologie dépressive, les données montrent qu'elle est plus sévère chez les sujets les plus dépendants du tabac. Les fumeurs ayant des antécédents dépressifs sont en outre les plus exposés à la décompensation d'un trouble de l'humeur à l'arrêt du tabac.
- Évaluer la présence de poly-consommations : Il est recommandé de se renseigner auprès du patient sur la consommation d'autres substances psychoactives (alcool, cannabis, opiacés, cocaïne, médicaments, etc.) et sur l'existence d'addictions comportementales.
- Évaluer la motivation à l'arrêt : Tous les patients ne sont pas prêts à modifier leurs habitudes et les interventions qui seront proposées devront être adaptées. La motivation du patient et le stade où se situe le patient dans son processus de changement peuvent être évalués à l'aide du modèle descriptif des changements de comportements développé par Prochaska et DiClemente. Ce point sera abordé plus en détail ultérieurement dans la partie "Prise en charge à l'officine".

ii. Thérapeutiques disponibles

Concernant prise en charge thérapeutique d'aide au sevrage tabagique, on distingue les thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses (31).

Dans les thérapeutiques médicamenteuses recommandées, on retrouve, en première intention, les traitements nicotiques de substitution (TNS), qui ont pour objectif de remplacer la nicotine contenue dans les produits du tabac. Ils réduisent les symptômes de sevrage associés à l'arrêt du tabac et peuvent ainsi augmenter la probabilité d'une abstinence durable (31). De plus, la nicotine thérapeutique ne présente pas de risque de dépendance car, via les TNS, son absorption est lente et n'entraîne pas de pic de concentration cérébrale.

En dehors des non-fumeurs et de l'hypersensibilité à l'un des composants, il n'existe aucune contre-indication aux TNS. On peut les recommander à tous les patients fumeurs de plus de 15 ans et leur utilisation est recommandée chez les patients coronariens et chez les femmes enceintes. Les TNS doivent être utilisés à dose suffisante et sur une durée suffisante d'au minimum 3 mois (36).

Il est important que le pharmacien d'officine connaisse le panel disponible en substitution nicotinique pour conseiller au mieux le patient. En France, plusieurs formes galéniques, avec différents mode de libération, sont disponibles (36) :

- Les timbres transdermiques ou patchs nicotiques (libération prolongée), développés pour éviter les difficultés d'usage liées aux gommes et permettre ainsi une meilleure observance :
 - Il existe 2 types de patchs (pour un même dosage, la bioéquivalence entre les différentes marques ne peut pas être garantie) :
 - Par 16h, avec 3 dosages :
 - 10mg/16h, 15mg/16h, 25mg/16h
 - Par 24h, avec 3 dosages :
 - 7mg/24h, 14mg/24h, 21mg/24h

- Le bon usage suivant est à conseiller :
 - Coller un patch chaque matin dès le lever, sur une peau sèche, saine et non pileuse (face externe du bras, haut de la fesse).
 - Retirer le patch au coucher (patch de 16H) ou le lendemain matin (patch de 24H).
 - Changer le site d'application tous les jours pour diminuer le risque d'irritation cutanée. Peut être placé sur la plante des pieds si allergie.
 - Il est possible de se doucher ou de prendre un bain avec un patch.
 - Si besoin, il est possible de couper un patch en deux ou plus.
 - Ne pas enlever le patch pour satisfaire une envie forte de fumer. Dans ce cas, réévaluer la posologie (suspicion de sous-dosage) et/ ou conseiller au fumeur de prendre une forme orale à la demande en complément.
 - En cas de réveils nocturnes ou de cauchemars sous patch, le retirer avant le coucher.
- Pour déterminer la dose initiale de TNS transdermique, la posologie s'adapte tout d'abord au niveau de dépendance à la nicotine (score et réponses au test de Fagerström). Par exemple, on préférera conseiller un patch sur 24h pour un patient avec un score élevé et nous répondant qu'il fume sa première cigarette 1 min après son réveil et on préférera conseiller un patch sur 16h pour un patient avec un score modéré ou faible et qui nous indique avoir un sommeil léger. Une équivalence proposée à titre indicatif par la HAS, mais n'étant pas démontrée, décrit "une cigarette industrielle = 1 mg de nicotine". Par exemple, pour un fumeur consommant 20 cigarettes par jour, on conseillera un patch à 21mg/24h ou à 25mg/16h. Il faut porter une attention particulière aux modes de consommation du tabac. En effet, une cigarette dite "roulée" équivaut à 2 voire 3 cigarettes industrielles classiques ou un joint de cannabis avec du tabac qui peut correspondre à 3 voire 4 cigarettes industrielles classiques.
- La consommation de tabac sous TNS transdermique n'est pas dangereuse mais peut entraîner des effets indésirables (principalement des palpitations et des céphalées). Elle traduit le plus souvent un sous-dosage du TNS et doit conduire à réévaluer le dosage utilisé.

- Les gommes à mâcher (libération immédiate) :
 - Elles existent en deux dosages, 2 et 4 mg : La dose de nicotine libérée est en moyenne de 1 mg pour les gommes à 2 mg et de 2 mg pour les gommes à 4 mg (recommandées pour les fumeurs fortement dépendants).
 - Le bon usage suivant est à conseiller :
 - Mâcher la gomme très lentement. Puis, la garder plusieurs minutes contre la joue. Alternier pendant 30 minutes des temps de mastication très brefs avec des pauses.
 - Ne pas laisser la gomme tout le temps au même endroit.
 - À utiliser chaque fois que l'envie de fumer apparaît. Ne pas attendre que celle-ci soit trop forte avant de réitérer la prise.
 - Éviter l'ingestion de boissons acides (café, jus d'orange) dans les 15 minutes précédant la prise (diminution de l'absorption de la nicotine).
 - En posologie initiale : à la demande en fonction des envies de fumer, sans dépasser 30 par jour pour les gommes à 2 mg ou 15 pour les gommes à 4 mg.

- Les comprimés sublinguaux et pastilles ou comprimés à sucer (libération immédiate) :
 - Ils existent en plusieurs dosages : 1 mg, 1,5 mg, 2 mg, 2,5 mg et 4 mg (recommandées pour les fumeurs fortement dépendants).
 - Le bon usage suivant est à conseiller :
 - À sucer ou laisser fondre sous la langue, pendant 20 à 30 minutes. Ne pas croquer ni avaler.
 - À utiliser chaque fois que l'envie de fumer apparaît. Ne pas attendre que celle-ci soit trop forte avant de réitérer la prise.
 - Éviter l'ingestion de boissons acides (café, jus d'orange) dans les 15 minutes précédant la prise (diminution de l'absorption de la nicotine).
 - En posologie initiale : à la demande en fonction des envies de fumer, sans dépasser 30 par jour pour les produits dosés à 1, 1,5, 2 et 2,5 mg ou 15 pour les ceux à 4 mg.

- L'inhaleur (libération immédiate) apporte une aide comportementale aux fumeurs pour lesquels la gestuelle est très importante. Il ressemble à un fume-cigarette dans lequel se trouve une cartouche contenant 10 mg de nicotine. En aspirant à travers l'embout en plastique, l'air se charge de micro-gouttelettes de nicotine qui viennent se déposer sur la muqueuse buccale :
 - Contrairement à ce que son nom pourrait laisser supposer, l'inhaleur ne s'accompagne d'aucune inhalation profonde de nicotine (pas de « shoot », mais diffusion lente au niveau de la muqueuse buccale).
 - Le bon usage suivant est à conseiller :
 - Aspirer une « bouffée » comme avec une cigarette.
 - Ne pas aspirer fortement (risque de toux).
 - À utiliser chaque fois que l'envie de fumer apparaît. Ne pas attendre que celle-ci soit trop forte avant de réitérer la prise.
 - Après ouverture, utiliser la cartouche dans les 12 heures (évaporation de la nicotine).
 - En posologie initiale : Dans la pratique, 1 à 3 cartouches par jour suffisent.

- Le spray buccal (libération immédiate) :
 - Chaque pulvérisation délivre 1 mg de nicotine.
 - Le bon usage suivant est à conseiller :
 - À pulvériser sur la face interne de la joue et faire circuler le produit avec la langue.
 - Ne pas pulvériser dans le fond de la gorge (risque de hoquet). Ne pas inhaler lors de la pulvérisation.
 - À utiliser aux moments habituels de fumer ou chaque fois que l'envie de fumer apparaît.
 - Éviter de déglutir pendant les quelques secondes qui suivent la pulvérisation.
 - En posologie initiale : En début de sevrage, il est recommandé d'effectuer 1 à 2 pulvérisations aux moments habituels de fumer ou en cas d'envie forte de fumer. Ne pas dépasser 2 pulvérisations par prise et 4 pulvérisations par heure.

La combinaison d'un TNS transdermique à libération prolongée (permettant le maintien d'une nicotémie relativement constante sur la journée) et d'un TNS oral à libération immédiate (permettant de gérer les envies ponctuelles de fumer) est plus efficace qu'une forme unique de TNS (36).

Le tableau 3 ci-dessous résume les avantages et inconvénients des différents types de TNS.

Tableau 3 : Avantages et inconvénients des différents types de TNS (36)

Forme	Avantages	Inconvénients
Timbre transdermique	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Il diminue fortement les envies de fumer (nicotémie relativement constante au cours de la journée) ✚ Il est discret et facile à utiliser ✚ Un seul geste par jour ✚ Maintien d'une nicotémie constante sur la journée 	<ul style="list-style-type: none"> — Un délai d'environ 1 à 2 heures après la pose est nécessaire pour atteindre une nicotémie stable. — Des intolérances cutanées (érythème, prurit, urticaire,...) peuvent apparaître. Pour les prévenir, il est recommandé de varier quotidiennement le site d'application. Un changement de marque peut également être proposé.
Gomme à mâcher	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Elles permettent la gestion, à la demande, des envies ponctuelles de fumer. ✚ Leur utilisation limite les envies de grignotage. 	<ul style="list-style-type: none"> — Une mastication trop rapide (comme un chewing-gum) peut entraîner : <ul style="list-style-type: none"> > des maux de gorge, des brûlures d'estomac et un hoquet > une moindre efficacité (diminution de l'absorption de la nicotine au travers de la muqueuse buccale).
Comprimé ou pastille à sucer et comprimé sublingual	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Ils permettent la gestion, à la demande, des envies ponctuelles de fumer. ✚ Leur discrétion (pas de mastication). 	<ul style="list-style-type: none"> — Ils peuvent provoquer en début de traitement une irritation de la gorge, une hypersalivation, une dyspepsie et des brûlures gastriques (pouvant être diminuées en suçant le comprimé plus lentement). — La déglutition d'une trop grande quantité de nicotine dans la salive peut entraîner un hoquet.
Inhaleur	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Il permet de conserver le « geste de fumer » ; ce qui est apaisant pour certains fumeurs. ✚ Il aide à gérer certaines situations dans lesquelles l'habitude de fumer était forte (par exemples : en voiture, devant l'ordinateur) 	<ul style="list-style-type: none"> — Il ne permet pas de gérer les envies fortes de fumer. — Une aspiration trop forte peut provoquer une toux.
Spray buccal	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Par rapport aux autres formes orales de TNS, la nicotine est absorbée plus rapidement. ✚ Le spray buccal permet de maîtriser les envies fortes de fumer. 	<ul style="list-style-type: none"> — Une mauvaise utilisation peut entraîner un hoquet. — Son goût mentholé très prononcé peut déplaire à certains fumeurs. — Il contient des traces d'éthanol.

Les TNS ne sont plus soumis à prescription depuis décembre 1999. Les spécialités suivantes ont fait l'objet d'un examen par la Commission de la Transparence :

- NICORETTE gomme 2 et 4 mg (janvier 2000)
- NICORETTE MICROTAB 2 mg (janvier 2000)
- NICORETTE dispositif transdermique 5 mg/16h (janvier 2000)
- NIQUITIN dispositif transdermique 7, 14 et 21 mg/24h (août 2000)
- NIQUITIN gomme 2 et 4 mg (décembre 2002)
- NICORETTE dispositif transdermique 5, 10 et 15 mg/16h (décembre 2002)
- NIQUITIN CLEAR dispositif transdermique 14 et 21 mg/24h (mai 2004)
- NICOPASS 1,5 mg (mai 2005)
- NICORETTE menthe sans sucre 2 et 4 mg (mai 2005)
- NICORETTE gomme 2 et 4 mg (mai 2006)
- NICORETTE inhalation 10 mg (mai 2006)
- NIQUITIN menthe sans sucre comprimé 2 et 4 mg (mai 2006)
- NICORETTE MENTHOLÉE 2 et 4 mg (juillet 2006)

Pour l'ensemble des spécialités citées examinées ci-dessus, le SMR a été considéré comme important. Un avis favorable a été rendu à l'inscription sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités et autres services publics. L'efficacité globale des TNS, toutes formes confondues, en termes d'abstinence continue à 6-12 mois, a été démontrée contre placebo (34).

En cas d'échec du traitement par TNS, on recommande, en deuxième intention, les médicaments suivants (31) :

- Le tartrate de varénicline (CHAMPIX®), qui est agoniste partiel des récepteurs nicotiques à l'acétylcholine. Cette spécialité a reçu, le 21 avril 2021, un avis favorable à l'inscription dans le sevrage tabagique chez l'adulte, chez les sujets ayant une forte dépendance au tabac (score au test de Fagerström ≥ 7), que ces sujets soient atteints de BPCO ou de maladies cardiovasculaires mais également s'ils n'ont pas d'affection particulière. Fin juin 2021, selon l'agence étatsunienne du médicament (FDA), la firme Pfizer a annoncé suspendre la distribution de ce médicament après la mise en évidence de nitrosamines (substances potentiellement cancérigènes). En France, en octobre

2021, tous les lots de CHAMPIX® ont été rappelés pour la même raison. Depuis, ce produit est en rupture de stock en France. C'est un médicament remboursé à 65%.

- Le bupropion LP (ZYBAN LP®), qui est un antidépresseur atypique qui agit en inhibant la recapture de la dopamine et de la noradrénaline au niveau du système nerveux central. Son mode d'action dans l'aide au sevrage tabagique n'est pas complètement élucidé. C'est un médicament non remboursable.

Le tableau 4 ci-dessous compare et résume les différentes caractéristiques de ces deux médicaments.

Tableau 4 : Comparaison des caractéristiques de la varénicline et du bupropion (36)

	Varénicline (CHAMPIX®) (comprimé à 0,5 mg et 1 mg)	Bupropion (ZYBAN LP®) (comprimé LP à 150 mg)
Pharmacodynamie	Agoniste partiel des récepteurs nicotiques $\alpha 4\beta 2$ à l'acétylcholine : → Diminue l'envie de fumer → Diminue le plaisir ressenti en fumant	Antidépresseur inhibiteur sélectif de la recapture neuronale de dopamine et de noradrénaline : → Diminue l'envie de fumer
Posologie	<u>Adultes ≥ 18 ans :</u> <ul style="list-style-type: none"> • J1 à J3 : 0,5 mg/j ; • J4 à J7 : 0,5 mg matin et soir ; • Puis : 1 mg matin et soir. 	<u>Adultes ≥ 18 ans :</u> <ul style="list-style-type: none"> • J1 à J6 : 150 mg/j, le matin ; • Puis : 300 mg/j, en 2 prises espacées de 8 heures; <i>Attention : pour limiter les insomnies, ce médicament ne doit pas être pris après 16h</i> <u>Sujet âgé :</u> 150 mg/j, le matin
Début du traitement	À débiter 1 à 2 semaines avant la date d'arrêt	À débiter environ 2 semaines avant la date d'arrêt
Durée de traitement	12 semaines, renouvelables éventuellement une fois en cas de succès (maintien de l'abstinence)	7 à 9 semaines (non renouvelables)

Intéractions médicamenteuses	Aucune significative	Associations contre-indiquées : <ul style="list-style-type: none"> ● IMAO sélectifs ou non sélectifs ● Ritonavir Associations déconseillées : <ul style="list-style-type: none"> ● Amphétamines ● Anorexigènes ● Psychostimulants Associations à utiliser avec précautions : <ul style="list-style-type: none"> ● Médicaments abaissant le seuil épileptogène ● Insuline et hypoglycémiant ● Médicaments métabolisés par le CYP 2D6 ● Lévodopa ● Inducteurs enzymatiques ● Valproate
Effets indésirables	Très fréquents : insomnies, modification de l'activité onirique, céphalées, nausées Fréquents : fatigue, somnolence, dysgueusie, vomissements, troubles du transit, augmentation de l'appétit <i>Attention : Les données de tolérance n'ont pas mis en évidence d'augmentation du risque des événements neuro-psychiatriques de la varénicline par rapport au placebo (37)</i>	Fréquents : insomnies, anxiété, dépression, agitation, réactions cutanées ou allergiques, céphalées, vertiges, sécheresse buccale, nausées, constipation <i>Attention : Survenue possible d'une agressivité, d'idées et de comportements suicidaires, de crises convulsives et d'une hypertension artérielle (parfois sévère)</i>
Contre-indications	Hypersensibilité connue au produit ou à l'un de ses composants Grossesse Patient < 18 ans Insuffisance rénale terminale	Hypersensibilité connue au produit ou à l'un de ses composants Grossesse (malformations cardiaques) et allaitement Patient < 18 ans Antécédents de troubles convulsifs Insuffisance hépatique sévère Antécédents de boulimie ou d'anorexie mentale ou de troubles bipolaires Sevrage en cours en alcool et/ou en benzodiazépines

D'autres thérapeutiques médicamenteuses non recommandées ont été étudiées, mais n'ont jamais démontré leur efficacité significative ou ne sont pas commercialisées en France (31) :

- Certains antidépresseurs :
 - Nortriptyline (antidépresseur tricyclique) ;
 - Moclobémide (inhibiteur de la mono-amine oxydase A) ;
 - Venlafaxine ;
 - ISRS (fluoxétine, paroxétine, sertraline).

- La clonidine : c'est un agoniste des récepteurs α 2-adrénergiques utilisé dans le traitement de l'hypertension artérielle. Elle est également indiquée dans le cadre de la prise en charge de la dépendance aux opiacés.

- Certains anxiolytiques : buspirone et diazépam.

- Certains bêta-bloquants.

- L'acétate d'argent : qui produit un goût métallique désagréable lorsqu'il est associé à la consommation de tabac. L'objectif est ainsi de provoquer un stimulus aversif.

- La mécamylamine : qui est un antagoniste nicotinique utilisé à l'origine pour diminuer l'activité cholinergique et ainsi réduire la pression sanguine. Elle bloque les effets de la nicotine sans précipiter les symptômes de manque.

- Les antagonistes opiacés : Naloxone, naltrexone et buprénorphine.

- La lobéline : qui est un agoniste nicotinique partiel, extrait de feuilles d'une plante de tabac indienne.

- Le nicoprive : qui associe du nicotinamide, de l'aubépine, du chlorure de pyridoxine, du nitrate de thiamine et de l'acide ascorbique.

Concernant les thérapeutiques non médicamenteuses recommandées, le champ des thérapies utilisées dans l'aide au sevrage tabagique est relativement vaste. Cette question peut être abordée sous plusieurs angles, celui de la structure et de l'intensité des interventions, celui de leur format et celui des techniques utilisées dans le cadre des interventions cliniques :

- Accompagnement psychologique par le professionnel de santé : Différentes formes d'accompagnement ont montré leur efficacité dans l'aide au sevrage tabagique, du simple soutien psychologique aux thérapies structurées comme les thérapies cognitives et comportementales. L'accompagnement nécessite des entretiens dédiés en face à face entre un fumeur et un soignant. Les professionnels de santé ont l'habitude d'écouter et d'accompagner leurs patients, dans une position thérapeutique appelée thérapie de soutien. Cette thérapie de soutien représente une forme de thérapie relationnelle, présente implicitement dans tout acte médical. Elle est fondée sur l'empathie, la confiance et le soutien. Elle comprend une dimension directive de conseil, d'information et d'explications qui, associée à l'écoute, représente une fonction thérapeutique essentielle. Les psychothérapies structurées, notamment les TCC, ont pour objectif de promouvoir un changement de fonctionnement dans un certain nombre de situations. Elles ont pour objectif d'aider à modifier les pensées que les patients élaborent, lorsqu'ils sont dépendants, pour justifier les comportements d'addictions, dans les habitudes comme dans les rechutes. Ces pensées sont désignées comme pensées dysfonctionnelles. Les changements cognitifs concernent les pensées et les croyances responsables des émotions ressenties par les patients. L'objectif est de modifier ces pensées et ces croyances pour les remplacer par des pensées adaptées. Les changements comportementaux concernent les actes, les réactions, et les attitudes des patients. L'abord des patients fumeurs devra donc tenir compte des trois versants cognitifs, comportementaux et émotionnels pour une prise en charge globale de l'addiction (31). Il est possible d'organiser les TCC conseillées en 5 catégories :
 - Alliance thérapeutique : Se base sur une relation de collaboration empirique qui sert de vecteur dans la dynamique de changement engagée par le patient.
 - Analyse fonctionnelle : Porte sur l'observation du comportement directement ou indirectement quantifiable.
 - Méthodes comportementales : Correspond à des méthodes simples, rapides et facilement applicables pour gérer le syndrome de sevrage et éviter les rechutes.

- Évaluations : Correspond à l'analyse des étapes du sevrage (savoir reconnaître les progrès réalisés et également les freins au sevrage) afin d'agir graduellement et parvenir au maintien de l'abstinence.
 - Soutien psycho-social : Correspond à un soutien psychologique et une éducation thérapeutique du patient, notamment en cas de troubles anxio-dépressif. Il a pour but la compréhension de la situation par le patient afin d'améliorer sa coopération.
- Le conseil médical à l'arrêt : qui est défini comme toute instruction verbale donnée par un médecin comportant un message incitant à l'arrêt de la consommation tabagique. Il s'agit d'une intervention minimale d'une durée inférieure à 3 minutes. L'efficacité du conseil médical à l'arrêt a été démontrée. Concernant l'intensité des interventions, l'efficacité du conseil médical dans le cadre d'une aide au sevrage tabagique a été étudiée en fonction de la durée de chaque contact et de la durée totale des contacts ainsi que du nombre de contacts ayant eu lieu et dans la durée des contacts. Il a été distingué trois niveaux d'intensité du conseil médical en fonction de la durée des contacts (31) :
 - Conseil minimal en dessous de 3 minutes ;
 - Conseil de basse intensité entre 3 et 10 minutes ;
 - Conseil de haute intensité au-delà de 10 minutes.
 - Diététique : Il est conseillé d'adopter un régime alimentaire dès l'arrêt du tabac. En effet, consommer plus de fibres, de protéines maigres et de nutriments peut vous aider à réduire les compensations alimentaires et éviter de prendre du poids (31).
 - Activité physique adaptée : Elle apparaît comme bénéfique lors du sevrage par une réduction des symptômes de manque, souvent à l'origine des difficultés d'abstinence tabagique et de la rechute (31).

Concernant les thérapies non médicamenteuses non recommandées, on peut décrire :

- Acupuncture, hypnothérapie et homéopathie : ces approches ont fait l'objet d'études dans l'aide à l'arrêt du tabac. Leur bénéfice dans l'aide à l'arrêt du tabac n'est pas établi, cependant, ces approches, qui bénéficient d'un certain recul, n'ont pas montré à ce jour de risque majeur. En tant que professionnel de santé, le pharmacien ne peut pas recommander une thérapeutique non validée. Pour autant, il ne doit pas empêcher un patient d'avoir recours à une approche qui pourrait être utile, si cette approche s'est avérée inoffensive. Par accord d'experts (31) :
 - Il n'y a pas de contre-indication à utiliser ces approches en plus des traitements recommandés.
 - Il n'y a pas de raison objective de dissuader le patient d'utiliser ces approches.
 - Il est nécessaire d'informer d'emblée les patients des thérapeutiques dont le bénéfice est établi.
 - Dans le cas où le patient a recours à des approches dont le bénéfice n'est pas établi, l'accompagnement doit être maintenu afin d'être en mesure de lui proposer les stratégies recommandées si nécessaire.

- Cigarettes électroniques ou SEDEN et SEDESN : Ils suscitent des discussions scientifiques et sociétales sur les risques associés à leur utilisation et leurs bénéfices potentiels pour la réduction du tabagisme. Ces questions font l'objet d'études épidémiologiques et expérimentales pour acquérir les connaissances nécessaires. En France, aucun type de cigarette électronique ne dispose d'une AMM. Du fait de leur statut actuel de produit de consommation, les cigarettes électroniques échappent à la réglementation sur les médicaments et aux contrôles applicables aux produits du tabac. L'ANSM recommande de ne pas consommer ce type de produit. Il est recommandé d'informer les fumeurs qui utilisent des cigarettes électroniques de l'insuffisance actuelle de données sur les risques associés à leur utilisation. Si un fumeur refuse les moyens de substitution nicotinique recommandés, leur utilisation ne doit pas être déconseillée mais doit s'inscrire dans une stratégie d'arrêt avec accompagnement (31). Cependant, des études récentes décrivent des bénéfices à l'utilisation des cigarettes électroniques lors du sevrage tabagique. En mai 2023, une revue systématique et une méta-analyse d'études randomisées, conçue pour comparer l'efficacité et la sécurité de ces produits

par rapport aux autres thérapies recommandées de sevrage tabagique, a montré des résultats très encourageants. Les cigarettes électroniques à la nicotine (SEDEN) étaient associées à une abstinence accrue du tabac par rapport aux cigarettes électroniques sans nicotine (SEDESN). De plus, les cigarettes électroniques avec et sans nicotine ont augmenté le taux de sevrage par rapport aux thérapies conventionnelles, et le risque absolu d'effets indésirables graves était faible dans toutes les études. Dans l'ensemble, ces données suggèrent que les cigarettes électroniques semblent être plus efficaces que les TNS ou les TCC de sevrage tabagique. Bien que les données de sécurité actuellement disponibles ne soient pas concluantes, les cigarettes électroniques peuvent être envisagées pour arrêter de fumer étant donné les conséquences établies sur la santé de la poursuite du tabagisme (38).

- Méthode de la fumée aversive (rapid smoking) : Elle a fait l'objet d'études dans l'aide à l'arrêt de la consommation de tabac. Cette méthode consiste à fumer à un rythme soutenu jusqu'au surdosage dans l'objectif de ressentir des effets aversifs : nausée, malaise, maux de tête, mal de gorge, toux, etc. Cette méthode n'a pas montré d'efficacité dans l'aide à l'arrêt du tabac et présente, de par son principe, des effets indésirables. Cette méthode n'est pas recommandée en raison de l'insuffisance de données sur son efficacité et de ses effets indésirables avérés (31).

i. Suivi et prévention des rechutes

Concernant les modalités du suivi, il est recommandé un suivi hebdomadaire dans un premier temps, puis mensuel pendant les 3 à 6 mois suivants. Des contacts par téléphone peuvent être nécessaires entre les contacts des premières semaines et il est recommandé de signaler sa disponibilité au patient en cas de besoin aussi bien pendant la période de sevrage qu'au-delà, pour prévenir les risques de rechute (31). Concernant l'adaptation de la posologie des TNS, il est recommandé d'ajuster la dose de TNS dès la première semaine de sevrage, en fonction de la présence (36) :

- Signes de sous-dosage : troubles de l'humeur, insomnie, irritabilité, anxiété, difficultés à se concentrer; augmentation de l'appétit, fébrilité, craving, rechute.
- Signes de surdosage (plus rares) : palpitations, céphalées, bouche pâteuse (sensation d'avoir trop fumé), diarrhées, nausées, sensations vertigineuses.

Il est possible de combiner des formes orales aux patchs ou d'associer plusieurs patchs pour atteindre la dose journalière nécessaire, mais également de fractionner les doses de patchs (exemple : enlever un patch la nuit, couper les patchs en deux ou plus). La dose appropriée devra généralement être maintenue pendant 1 à 2 mois voire davantage avant d'être progressivement réduite en fonction du ressenti du patient (35).

Concernant la gestion des rechutes, les fumeurs sevrés peuvent prévenir un écart d'abstinence en faisant face de manière appropriée à une situation à risque qui n'a pas pu être évitée, à condition que des stratégies adaptées aient été anticipées et les situations à risque repérées. Ces stratégies sont des éléments clés de la prévention de la rechute. Une situation à risque bien gérée a pour conséquences une augmentation du sentiment d'efficacité personnelle et une baisse du risque ultérieur de rechute. En revanche, une situation à risque mal gérée induit une baisse du sentiment d'efficacité personnelle et une attente des effets positifs du tabac. Cet état facilite le passage à la reprise de la consommation. Cet effet dit « de violation de l'abstinence » est en rapport avec une dissonance cognitive entre un engagement profond (abstinence) et un acte (reprise d'une consommation, rechute). Cette dissonance cognitive engendre des

sentiments de honte et de culpabilité ainsi qu'un sentiment de perte de contrôle. Le risque de rechute est alors très important (31).

Avant le début du sevrage, il est recommandé :

- De distinguer un faux pas (consommation ponctuelle) d'une rechute (consommation prolongée) ;
- D'envisager la possibilité de faux pas et de rechute afin de la dédramatiser et de la considérer comme une étape éventuelle vers la réussite ;
- D'aider le patient à anticiper les risques de rechute en repérant :
 - Toute pensée pouvant conduire à la prise d'une cigarette, à faire noter par le patient pour l'identifier, l'explorer et l'exploiter de manière positive ;
 - Les situations qui incitent habituellement le patient à fumer.

En cas de faux pas ou de rechute, la méthode suivante est recommandée :

- De réévaluer le stade de changement et analyser avec le patient :
 - Le contexte du faux pas ou de la rechute :
 - Facteurs associés et situations déclenchantes :
 - situation identifiée mais non gérée ;
 - situation non identifiée au préalable.
 - Les conséquences du faux pas ou de la rechute :
 - Bénéfices secondaires de la rechute: effets positifs immédiats de la reprise de la consommation pour le patient ;
 - Emotions et croyances liées à la rechute.

- De se méfier de l'effet de violation de l'abstinence qui fait que, par déception, dévalorisation, ou culpabilité, le faux pas se transforme en rechute. Il est nécessaire de le faire verbaliser par le patient pour lui rappeler que les faux pas sont prévisibles et font partie des étapes vers la réussite. Il faut prévenir l'effet de violation de l'abstinence en aidant le patient à :
 - Contrer le sentiment de culpabilité ;
 - Repérer les conditions dans lesquelles il a rechuté ;
 - Reprendre le contrôle sur sa consommation.

- De rechercher :
 - Une dépendance physique mal substituée (traitement substitutif insuffisant) ;
 - Un trouble anxio-dépressif sous-jacent ;
 - Une prise de poids ;
 - Des situations à risque.

Concernant l'intérêt et la place de la réduction accompagnée de la consommation du tabac, il faut rappeler que l'objectif principal de l'aide à l'arrêt du tabac est l'abstinence de tabac. Cependant, pour certains patients qui ne sont pas prêts à arrêter, la réduction de la consommation de tabac peut être considérée comme une étape intermédiaire vers l'abstinence totale. La réduction de la consommation de tabac, tout comme les cigarettes dites « légères », n'entraîne pas l'annulation des risques de morbidité liée au tabagisme car il peut exister un phénomène de compensation (absorption plus importante de la fumée). Ce phénomène peut être évité en recourant à des TNS. Une stratégie de réduction de la consommation est efficace pour atteindre l'abstinence si elle est accompagnée d'un soutien thérapeutique. Le recours à la substitution à long terme, associée ou non à un certain nombre de cigarettes sous forme contrôlée, participe d'une logique de réduction des risques. De plus, la réduction de la consommation permet au fumeur, qu'il soit prêt ou non à arrêter de fumer, un contrôle sur son comportement addictif, qui peut dans certains cas être moteur de changement (31).

2 - Prise en charge à l'officine

a - Place et rôle du pharmacien d'officine

En France, environ 4 millions de personnes entrent quotidiennement dans une pharmacie (39). Facilement accessible, sans rendez-vous, disponible sur une large plage horaire, que le l'on soit patient ou en bonne santé, le pharmacien d'officine offre l'opportunité de sevrage tabagique à un immense panel de la population.

La première mission du pharmacien d'officine concernant la prise en charge du patient tabagique consiste à aborder le sujet du tabac avec le patient.

Afin d'inciter au dialogue, il est important que l'officine soit clairement identifiée par la patientèle comme un espace d'aide à l'arrêt du tabac. À cet effet, le rôle du pharmacien consiste à mettre régulièrement en place des vitrines et visuels éducatifs sur cette thématique avec des messages d'appel pour interpeller le fumeur qui passe devant la pharmacie. À l'intérieur de l'officine, il est intéressant d'apposer également des affiches, mettre à disposition des brochures d'information et placer les substituts nicotiques de façon visible par le public (31).

Le pharmacien dispose de plusieurs opportunités pour repérer les patients tabagiques, parmi lesquelles :

- Les campagnes de promotion du sevrage tabagique : Journée mondiale sans tabac (le 31 mai), campagne #MoisSansTabac (en novembre), affichage dans l'officine ;
- La dispensation de médicaments destinés à traiter une pathologie pouvant être liée et/ou aggraver par le tabac (HTA, angor, infarctus, asthme, BPCO, diabète) ;
- La délivrance d'un test de grossesse ou d'un contraceptif oral ;
- L'annonce d'une intervention chirurgicale programmée ;
- Une demande d'ordre esthétique visant à atténuer les effets néfastes du tabac.

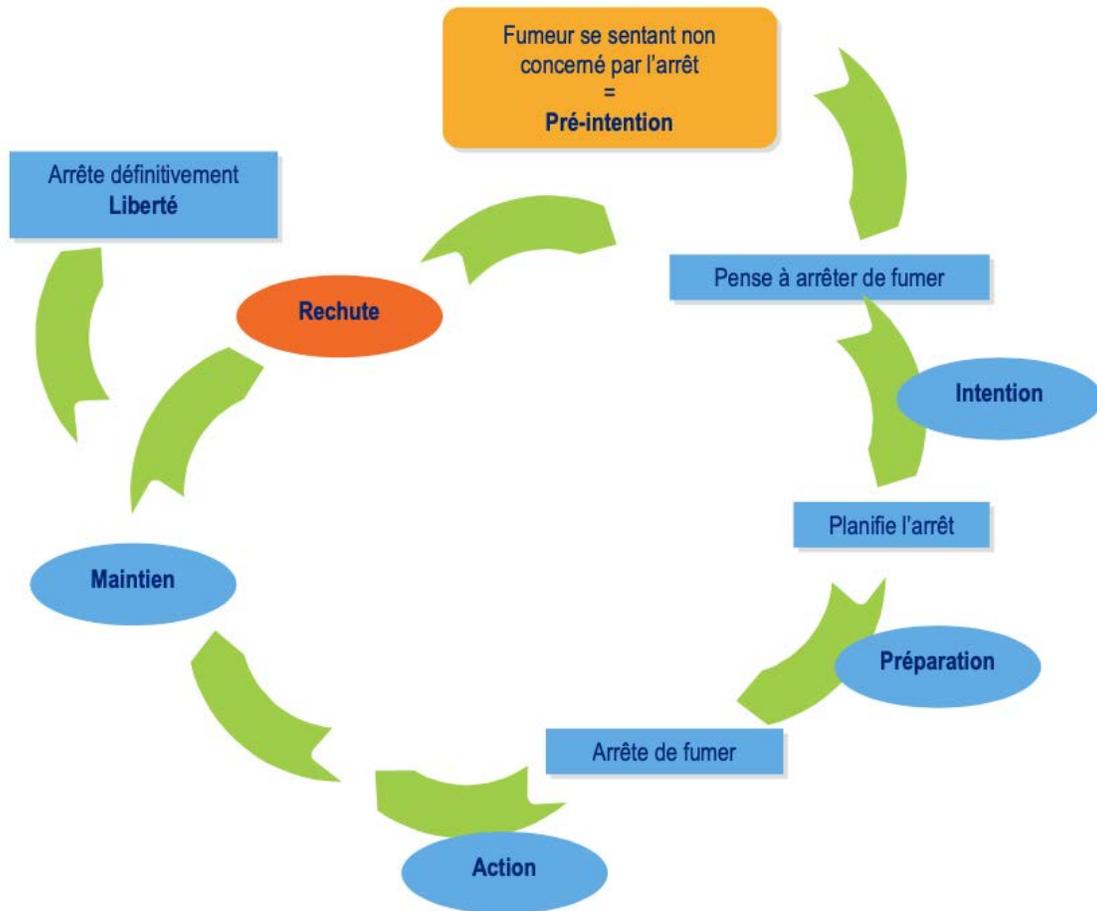
Quand un patient tabagique est repéré, il est nécessaire d'identifier le niveau de motivation de la personne à l'arrêt du tabac. Pour cela, le pharmacien peut s'appuyer sur le modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente (Figure 6).

Ce modèle est une théorie de changement comportemental basée sur les étapes de motivation. Il suppose que les fumeurs passent par une série d'étapes de motivation avant de s'occuper d'arrêter de fumer.

Les étapes de changement décrites par Prochaska et DiClemente sont les suivantes :

- La pré-intention : le sujet fumeur n'a aucune pensée de sevrage tabagique ;
- L'intention : il pense à arrêter de fumer ;
- La préparation : prise de décision (il planifie l'arrêt du tabac) ;
- L'action : il est activement engagé dans le changement ;
- Le maintien : il a fait des changements, mais reconnaît qu'il doit demeurer vigilant en cas de rechute ;
- La liberté : arrêt définitif ;
- La rechute : le patient recommence à fumer.

Figure 6 : Schématisation du modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente (HAS, 2014) (40)



D'après cette théorie reconnue, les programmes qui aident les gens à arrêter de fumer doivent être adaptés à l'étape de préparation au sevrage où ils se trouvent. Ils sont conçus pour les faire progresser d'étape en étape vers la réussite (40).

Pour accompagner une personne dans son désir de changement, il faut tenir compte du stade où elle se trouve et à chaque étape correspondent des modes d'intervention adaptés.

En effet, à chaque étape correspond une adaptation du discours (31) :

- Au niveau de la pré-intention :
 - On évoque l'arrêt du tabac et on propose d'en reparler ultérieurement ;
 - On remet une brochure d'information.

- Au niveau de l'intention :
 - On encourage au sevrage ;
 - On fait exprimer les bénéfices attendus à l'arrêt ;
 - On recherche les freins à l'arrêt et on y répond.

- Au niveau de la préparation :
 - On félicite la décision et on fixe des objectifs atteignables ;
 - On propose une évaluation du niveau de dépendance ;
 - On présente les différents moyens d'aide au sevrage, en essayant d'identifier les plus adaptés au patient ;
 - On délivre des conseils pratiques pour adapter l'environnement et une brochure d'information.

- Au niveau de l'action :
 - On encourage à continuer et on propose un suivi régulier à l'officine ;
 - On recherche des signes de sur ou sous-dosage en TNS ;
 - On délivre des conseils pratiques, notamment pour surmonter les cravings ;
 - On valorise les bénéfices.

- Au niveau du maintien :
 - On valorise les bénéfices et on félicite les efforts ;
 - On incite à rester vigilant plusieurs mois après le sevrage.

- Au niveau de la rechute :
 - On déculpabilise et on dédramatise ;
 - On explique que ce n'est qu'une étape vers la liberté et on encourage à reprendre le sevrage dès que possible.

Dans certaines situations, une réorientation vers un confrère ou un spécialiste (tabacologue, addictologue, psychologue, centre spécialisé) est nécessaire. Elle est recommandée dans les cas suivants (31) :

- Echechs répétés ;
- Nécessité d'un accompagnement psychothérapeutique spécifique ;
- Très forte dépendance et/ou poly-addictions ;
- Comorbidités sévères et/ou déséquilibrées, notamment psychiatriques ;
- À la demande du patient.

Le pharmacien d'officine a un aussi un rôle important dans la prise en charge des symptômes de sevrage et de leurs conséquences. Il est recommandé (31) :

- D'anticiper la survenue possible de symptômes de sevrage et d'en informer le patient afin d'améliorer l'alliance thérapeutique, notamment : troubles de l'humeur, insomnie, irritabilité, frustration, colère, anxiété, difficultés de concentration, augmentation de l'appétit, fébrilité ;
- De surveiller l'apparition des symptômes de sevrage et de leurs conséquences pour adapter la prise en charge ;
- D'orienter le patient vers un spécialiste des TCC si besoin ;
- D'augmenter la dose de TNS en cas de symptômes de sevrage persistants.

Comme cité plus haut, la surveillance du poids est à prévoir. En effet, l'arrêt du tabac peut entraîner une prise de poids parfois importante, qui parfois est un frein au sevrage pour les patients. Les données disponibles montrent que le bénéfice de l'arrêt de la consommation du tabac sur le risque cardio-vasculaire est significatif même en cas de prise de poids. Il est donc important d'inscrire l'arrêt du tabac dans un projet plus large d'amélioration de la santé et du bien-être, dont le patient est le principal acteur. Le patient est alors plus réceptif aux conseils que l'on peut lui apporter. Le sevrage peut être le moment de rappeler les règles de base de l'équilibre alimentaire. Pour éviter ou limiter la prise de poids, il est recommandé de conseiller au patient des méthodes et thérapies non médicamenteuses : diététique, activité physique,

voire aide psychologique spécifique. Il peut être approprié, en plus des méthodes et thérapies non médicamenteuses, de conseiller un TNS qui peut aider à limiter la prise de poids (31).

Il est également judicieux de surveiller la consommation d'alcool ou d'autres substances. En effet, il est recommandé d'être attentif à une éventuelle majoration des consommations d'alcool, de cannabis, ou d'autres substances psychoactives. En cas de majoration des consommations, il est recommandé d'explorer un état anxieux ou dépressif sous-jacent ainsi que l'existence d'une co-addiction, et de le/les prendre en charge le cas échéant, selon les modalités spécifiques à chaque affection (31).

b - Outils existants

Il existe de très nombreux outils pour mener à bien des entretiens pharmaceutiques à l'officine, ce qui à ce jour rend le choix complexe pour s'orienter vers tel ou tel outil. A titre d'exemple, le pharmacien a à sa disposition :

- Questionnaires d'évaluation de la dépendance à la nicotine : Test de Fagerström disponible en 2 versions (« classique » en 6 questions ou « simplifiée » en 2 questions).
 - Téléchargeable sur www.tabac-info-service.fr (Espace dédié aux professionnels de santé).
- Outils d'exploration de la motivation avec l'échelle analogique permettant de situer le niveau de motivation et le test de Richmond :
 - Téléchargeables sur www.tabac-info-service.fr (Espace dédié aux professionnels de santé).
- Le livret Cespharm "Prise en charge de l'arrêt du tabac" avec la fiche de suivi d'aide à l'arrêt du tabac :
 - Téléchargeable sur www.cespharm.fr (rubrique « Tout le catalogue », thème « Addiction/ Tabac ») (36).
- Le livret "Premiers gestes en tabacologie" :
 - Téléchargeable sur www.respadd.org

c - Formations existantes pour le Pharmacien d'officine

Il existe de multiples solutions pour le pharmacien d'officine afin de se former en Tabacologie et cette formation est un prérequis à la mise en place d'entretien pharmaceutique en Tabacologie. Sachant qu'un fumeur aura 80% de chance en plus de réussir à arrêter de fumer s'il reçoit l'aide d'un professionnel de santé pour un sevrage tabagique adapté à ses besoins, la relation de confiance entre patient et pharmacien est donc primordiale dans le succès de l'arrêt du tabac (41).

Les données disponibles montrent que la formation des professionnels de santé à l'aide sur la consommation du tabac augmente les chances de succès de la prise en charge. Il est recommandé que soient formés au dépistage individuel et à l'aide à l'arrêt de la consommation du tabac tous les professionnels de santé et qui prennent en charge des femmes enceintes.

Le dépistage individuel et l'aide à l'arrêt de la consommation du tabac doivent être intégrés dans la formation initiale de tous les professionnels de santé et dans les programmes de développement professionnel continu. Il est également souhaitable que les professionnels de santé soient sensibilisés à l'utilisation de l'entretien motivationnel (31).

Les DUs et DIUs s'adressent à tous les étudiants inscrits dans un cursus de Licence, Master ou Doctorat à l'Université mais également ouvert à tous les professionnels et peuvent se suivre en formation initiale ou en formation continue. Les conditions d'admission varient selon les universités. Il est délivré par une université française ou un grand établissement à caractère public dans le but de répondre à un besoin spécifique sur un territoire donné. Chaque université est autonome dans le choix de l'enseignement de son DU. Le pharmacien peut donc envisager d'obtenir un DU ou DIU en rapport avec la Tabacologie. De nombreuses universités en France proposent ce genre de formation. Ce sont des formations complètes et qui amènent à l'obtention d'un diplôme après évaluation et certification des connaissances acquises (42).

Une autre méthode est le suivi de MOOC, cours ouverts en ligne. De nos jours, ce format rencontre un grand succès dans le secteur de l'enseignement supérieur. Ces cours en ligne ouverts massivement permettent de former un grand nombre de personnes à distance. Ils possèdent de nombreux avantages par rapport aux formations conventionnelles mais comportent également leurs limites. Pour en revenir au sevrage tabagique, la SFT propose un MOOC nommé "Tabac, arrêtez comme vous voulez !" , avec le soutien du Fonds de lutte contre les addictions (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie) et financé par l'Agence Nationale de la Recherche. Ce cours en ligne est ouvert à tous, et entièrement gratuit. Il a été réalisé par le Dr Anne-Laurence LE FAOU, Présidente de la SFT. A travers des cours, des ateliers en groupe et du matériel pédagogique à disposition, ce MOOC permet de renforcer les connaissances des soignants (43).

Le dispositif de DPC mis en place en juillet 2009 a été réformé en profondeur par la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016. Cette réforme recentre le DPC sur le cœur de métier des professionnels de santé et sur le processus de prise en charge du patient dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Le DPC a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il constitue une obligation pour tout professionnel de santé, quel que soit son mode ou secteur d'activité, et notamment le pharmacien d'officine. Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de DPC comportant des actions d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques. Pour mener à bien son parcours, le professionnel de santé bénéficiera par son Conseil national professionnel (CNP) de recommandations sur un parcours adapté à son exercice et sur les méthodes de la Haute autorité de santé les plus pertinentes (44). En rapport avec l'aide au sevrage tabagique, on retrouve plusieurs formations disponibles aux pharmaciens en France, dont certaines sont listées ci-dessous :

- Formation "L'aide au sevrage tabagique" par le Journal International de Médecine : 3 heures en distanciel, dont l'objectif est d'apporter au professionnel de santé des outils qui l'aideront à prendre en charge ses patients en vue d'un sevrage tabagique prolongé.

- Formation “Arrêt du tabac, recommander les bonnes pratiques” par Ma Formation Officinale : 6 heures en distanciel et 3 heures en présentiel, dont l’objectif est de mieux connaître le tabac, la fumée et le fumeur et de savoir quand orienter vers une consultation médicale.
- Formation “Accompagnement des fumeurs dépendants” par la Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé (FRAPS) : 4 jours en présentiel, dont l’objectif est d’acquérir les bases de l’accompagnement au sevrage tabagique.

Un webinaire, ou séminaire en ligne, est un événement en ligne au cours duquel un présentateur et un public interagissent en temps réel, sur une plateforme digitale, utilisant généralement à la fois le son et la vidéo. Ils constituent une alternative pratique et rentable aux événements en direct tels que les ateliers ou les conférences. De plus, les participants ont la possibilité de regarder les enregistrements des webinaires précédents à leur convenance. Les séminaires en ligne peuvent aussi constituer une source de données fiables qui aident les professionnels de santé à mieux comprendre les besoins de leurs patients, ce qui leur permet de développer de meilleures stratégies thérapeutiques. Il existe de nombreux webinaires disponibles et le Comité Régional d’Education pour la Santé (CRES) propose dans le cadre de la campagne #MoisSansTabac une série de 6 webinaires pour les professionnels de santé sur la thématique "tabac", disponibles sur le site du CRES (45). Un webinaire de Tabacologie proposé par le REIPO est attendu fin 2023.

PARTIE II - MISE EN PLACE DANS UNE OFFICINE D'ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES D'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE

A - CONTEXTE

En 2016, la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 visant à moderniser notre système de santé a élargi significativement les droits de prescription des TNS accordés aux professionnels de santé. En plus des médecins et des sages-femmes, médecins du travail, chirurgiens-dentistes, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes sont habilités à prescrire des traitements nicotiques de substitution. De plus, dans le cadre de cette même loi, les sages-femmes ont vu leurs prérogatives de prescription étendues aux membres de l'entourage de la femme enceinte ou en période postnatale (46).

Ainsi, en plus de la fin du forfait et l'arrivée du remboursement des TNS, l'élargissement des prescripteurs entraîne une augmentation des délivrances par les pharmaciens d'officine. De plus, comme vu en première partie du manuscrit, environ 4 millions de personnes entrent quotidiennement dans une pharmacie. L'officine est un lieu de santé de proximité, où que l'on soit malade ou non, il est possible sans rendez-vous d'obtenir des informations ou de l'aide sur le sevrage tabagique. Ainsi, le pharmacien d'officine possède une situation et l'environnement propices au repérage des patients tabagiques pour un large panel de la population, ainsi qu'à l'aide au sevrage et au suivi de la guérison. C'est un lieu de confiance où le patient doit pouvoir compter sur une oreille attentive avec des solutions simples et efficaces pour arrêter de fumer.

Avec des pharmaciens formés, à l'exception des addictions sévères et de la présence de certaines comorbidités, il est possible d'envisager une prise en charge totale et complète à l'officine de l'arrêt du tabac.

Dans ce contexte, en 2023, deux travaux de thèse ont été mis en œuvre à l'initiative du REIPO et du CHU de Toulouse en rapport avec la prise en charge du tabagisme par le pharmacien d'officine :

- L'élaboration d'un webinaire sur le sevrage tabagique à destination des pharmaciens d'officine et des préparateurs en Occitanie.
- La réalisation d'une fiche réflexe « Aide au sevrage tabagique à l'officine » dans le but d'accompagner les patients dans leur sevrage tabagique. Elle est destinée aux pharmaciens officinaux ou tout autre professionnel de santé.

Ce travail de thèse s'inscrit donc dans la continuité des 2 travaux cités ci-dessus, encore en cours à ce jour, avec la mise en pratique d'entretiens pharmaceutiques d'aide au sevrage tabagique par le pharmacien d'officine.

B - OBJECTIFS

L'objectif principal était de décrire la mise en place d'entretiens pharmaceutiques d'aide au sevrage tabagique dans une officine et de mesurer la prévalence des entretiens réalisés.

Les objectifs secondaires sont de décrire les entretiens réalisées, les caractéristiques des patients, les solutions proposées par le pharmacien d'officine et d'évaluer la satisfaction générale des patients par rapport à ces entretiens.

C - MATERIEL ET METHODE

Afin de répondre aux différents objectifs, et après formation du pharmacien d'officine réalisant les entretiens, notre étude se divise en 2 parties :

1. Création d'outils nécessaires au bon déroulé des entretiens ;
2. Mise en place et mise en pratique desdits entretiens.

1 - Prérequis : formation tabacologie et espace de confidentialité

Pour commencer, en Juin 2022, nous avons opté pour le suivi d'un MOOC appelé "MOOC Tabac : Arrêtez comme vous voulez ! (2019)". Ce MOOC traite de l'importance de l'arrêt du tabac en prenant l'exemple de la France et d'un certain nombre de pays. Les aspects épidémiologiques, médicaux, sociologiques ainsi que la prise en charge de l'arrêt y était largement traités tant d'un point de vue scientifique que pratique.

Les groupes à forte prévalence tabagique ont fait l'objet de cours spécifiques (jeunes fumeurs, fumeurs précaires, femmes enceintes, patients souffrant de maladies somatiques liées au tabac et fumeurs atteints de pathologies psychiatriques) et des ateliers pratiques ont été proposés. Des contenus pédagogiques et des mini-évaluations ont été programmés afin de tester les connaissances du pharmacien d'officine et de devenir rapidement autonome pour construire un programme d'aide à l'arrêt du tabac, proposer son aide à des fumeurs, ou encore conseiller l'arrêt de façon adaptée aux choix de la personne. Les partenaires à la création du MOOC sont les suivants : Le Centre Virchow-Villermé de santé publique Paris-Berlin, l'Université Paris Descartes, l'Inserm, l'Université de Genève et l'ANEO.

Les objectifs de ce MOOC était d'apporter un enseignement complet sur le tabagisme, en France et à l'international, et surtout, sur les différents moyens possibles pour le combattre. En raison de ce double objectif, les enseignants présentent des profils variés avec, parmi eux :

- Des professionnels de santé, exerçant en pays francophone ou dans les pays ayant réussi à infléchir la prévalence tabagique ;
- Des membres des institutions de santé internationales ou nationales qui sont impliqués dans la lutte contre le tabac et le sevrage tabagique ;
- Des membres de la société civile ;
- Des experts de la lutte contre le tabagisme et de la prise en charge de fumeurs sont également invités dans ce MOOC : universitaires, chercheurs et praticiens expérimentés.

Il n'existe pas de pré-requis pour s'inscrire à ce MOOC. Le plan du cours était le suivant :

1. Module 1 - Tabac et santé
2. Module 2 - Dépendance
3. Module 3 - Qui peut aider les fumeurs ?
4. Module 4 - Comment organiser l'aide aux fumeurs ?
5. Module 5 - Outils pour aider le fumeur dans sa tentative d'arrêt
6. Module 6 - Les exemples de prise en charge du tabagisme en France et en Europe;
7. Module 7 - Que se passe-t-il au-delà des frontières de l'Europe continentale pour la lutte contre le tabagisme ?

Le MOOC a été suivi par le pharmacien réalisant les entretiens dès le 3 juin 2022. Pour obtenir avec succès l'attestation de suivi, il était nécessaire d'atteindre un taux de réussite d'au moins 50% pour l'ensemble des quizzes d'évaluation, ce qui a été réalisé le 26 juin 2022 (Annexe 1).

En parallèle du suivi de ce MOOC, le pharmacien a pu suivre des consultations médicales de tabacologie. Le service de pneumologie de l'hôpital Larrey dispose d'une Unité de Coordination d'Aide au Sevrage Tabagique (UCAST), sous la responsabilité du Dr Audrey RABEAU. Sur la journée du mercredi 13 juin 2022, le pharmacien d'officine a assisté aux consultations réalisées par le Dr RABEAU. Les consultations de tabacologie se déroulent en deux étapes :

- Étape 1 : bilan de la dépendance tabagique, avec :
 - évaluation de la dépendance à la nicotine ;
 - évaluation de la dépendance psychologique et comportementale.

- Étape 2 : propositions de solutions pour arrêter de fumer, avec :
 - prescription thérapeutique si nécessaire ;
 - conseils diététiques et d'hygiène de vie ;
 - suivi en relation d'aide tout au long du sevrage.

L'officine doit également disposer d'un espace de confidentialité adapté pour réaliser les entretiens. L'aménagement de la zone de confidentialité doit permettre la bonne conduite de ces actes.

Selon l'article 8 de la convention nationale des pharmacies d'officines organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance-maladie, le pharmacien prévoit dans son officine un espace de confidentialité où il peut recevoir isolément les patients.

Des recommandations rappelant la finalité de cette zone spécifique viennent s'ajouter à la définition réglementaire. Si sa signalétique doit être pensée pour éviter que sa fréquentation ne permette la distinction d'un patient parmi d'autres, l'espace de confidentialité est avant tout prévu pour qu'un dialogue singulier puisse se tenir entre l'officinal et la personne reçue :

- Deux sièges doivent être prévus pour recevoir l'interlocuteur car le patient peut être accompagné (notamment les personnes âgées) ;
- La surface minimale de l'espace doit avoisiner les 6 m². L'essentiel est de conserver une aisance de mouvement. Le degré de confort que propose la zone sera un grand atout. Dans tous les cas, l'aménagement de l'espace doit tenir compte des lois sur l'accessibilité des personnes à mobilité réduite (accès à la zone, porte d'une largeur de 90 cm, rotation du fauteuil roulant dans la pièce...) ;
- L'espace de confidentialité doit être clairement signalé dans l'officine. L'éclairage de la pièce va également jouer un grand rôle. Sans agresser, elle doit permettre de voir distinctement. De la couleur peut être apposée sur un pan de mur ou sur le sol pour réchauffer l'ambiance de la pièce qui peut aussi accueillir des autocollants.

Cet espace est réputé adapté dès lors qu'il permet un dialogue entre le pharmacien et le patient en toute confidentialité. Ainsi, la mise en place d'espace dédié pour les entretiens a été mis en œuvre.

2 - Création d'outils

Dans le cadre de la mise en place des entretiens pharmaceutiques à l'officine, nous avons créé différents outils permettant au pharmacien d'officine d'optimiser la prise en charge des patients tabagiques.

a - Sources

Les outils ont été créés à partir de 2 sources :

- Le Dossier de Consultation Tabacologique, validé par la Société Française de Tabacologie (Annexe 2) ;
- La fiche d'Aide au sevrage tabagique à l'officine du REIPO (Annexe 3).

b - Supports de recueil de données

i. Fiche Entretien Pharmaceutique Tabagisme (Contact) (Annexe 4)

La première entrevue avec le patient est un entretien servant de prise de contact. Sa date est définie avec le patient. Il se déroule à l'officine, dans l'espace de confidentialité. L'objectif de ce dernier est de :

- Prendre contact avec le patient et comprendre ses besoins ;
- Délivrer des informations et conseils au patient sur le tabagisme et ses traitements ;
- Proposer des solutions simples et de proximité pour l'aide au sevrage tabagique.

Durant cet entretien, le pharmacien se présente et expose les objectifs de la séance. Il utilise ensuite la "Fiche Entretien Pharmaceutique Tabagisme (Contact)", qu'il renseigne, pour engager l'entretien.

Le Pharmacien inscrit la date en haut de page et suit la trame de la fiche.

Cette dernière est composée de 5 parties :

1. Données relatives au patient ;
2. Caractéristiques relatives au tabagisme actif ;
3. Traitements et conseils associés ;
4. Caractéristiques de l'entretien et suivi ;
5. Retour d'information patient.

A l'issue de l'entretien de contact, le pharmacien remet au patient une carte de visite précisant ses coordonnées et disposant au verso d'une zone de texte libre afin de rappeler les points importants discutés lors de l'entretien.

ii. Fiche Entretien Pharmaceutique Tabagisme (Suivi) (Annexe 5)

Concernant l'entretien de suivi, sa date est définie avec le patient lors du premier entretien. Il peut se dérouler à l'officine (présentiel) ou par téléphone (distanciel).

L'objectif de ce dernier est de :

- Pour le patient :
 - De faire un bilan sur l'avancée de la démarche ;
 - De réévaluer les stratégies thérapeutiques si nécessaire ;
 - De renouveler les informations et le conseil.
- Pour l'officinal :
 - D'évaluer les bénéfices de la première consultation.

Durant cet entretien, le pharmacien se présente et expose les objectifs de la séance. Il utilise ensuite la "Fiche Entretien Pharmaceutique Tabagisme (Suivi)", qu'il renseigne, pour engager l'entretien.

c - Autres outils créés

i. Carte de visite du pharmacien (Annexe 6)

La carte de visite est délivrée au patient à la fin du premier entretien de contact. Les objectifs de cet outil sont les suivants :

- Recto : S'assurer que le patient puisse identifier et contacter le professionnel de santé avec qui il a réalisé l'entretien, qui a pour but de renforcer la démarche de TCC appelée Alliance Thérapeutique.
 - Nom, Prénom, Qualité, Numéro de téléphone et adresse e-mail.
- Verso : Permettre au praticien, avec une zone de texte libre, d'insister sur certaines informations délivrées pendant l'entretien.
 - Méthodes comportementales à appliquer, référence(s) de TNS, situations ou produits à éviter, prochain RDV, etc.

ii. Test de Fagerstöm adapté

Les questions 2 à 5 de l'entretien de contact correspondent à un test de Fagerstöm adapté, qui est un mélange du Test de Fagerstöm simplifié en deux questions (Annexe 7) et du Test de Fagerstöm complet en six questions (Annexe 8).

Il est utilisé afin d'orienter au mieux le pharmacien dans les conseils à donner en fin de consultation. Ces questions amènent à un score définissant le niveau de dépendance :

1. Combien de cigarettes consommez-vous par jour ?
 - a. 10 ou moins..... 0 point
 - b. 11 à 20..... 1 point
 - c. 21 à 30..... 2 points
 - d. 31 ou plus..... 3 points

2. Dans quel délai après le réveil consommez-vous votre première cigarette ?
- a. Moins de 5 minutes..... 3 points
 - b. 6 à 30 minutes..... 2 points
 - c. 31 à 60 minutes..... 1 point
 - d. Après plus d'1 heure..... 0 point
3. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?
- a. Oui..... 1 point
 - b. Non..... 0 point
4. À quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ?
- a. A la première de la journée 1 point
 - b. Une autre..... 0 point

L'interprétation des résultats se fait de la manière suivante :

- Score entre 0 et 1 : faible dépendance.
- Score entre 2 et 4 : dépendance modérée.
- Score entre 5 et 8 : dépendance forte.

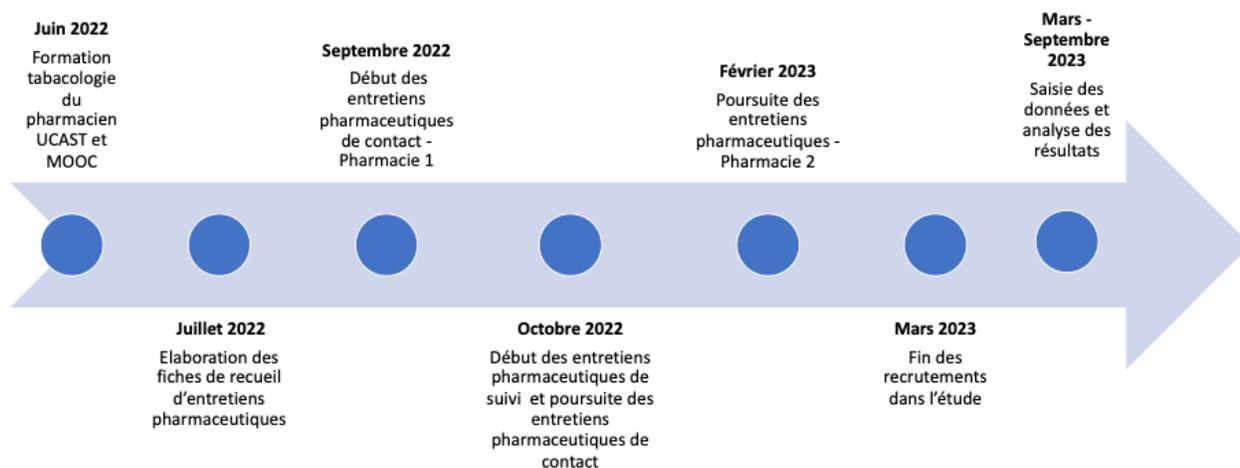
Ce test évalue le niveau de dépendance à la nicotine du patient et va aider le pharmacien à délivrer le traitement et les conseils adaptés.

iii. Affiche Entretien Pharmaceutique Tabac (Annexe 9)

Pendant la période d'inclusion, nous avons créé une affiche qui a été imprimée en plusieurs exemplaires et placée au comptoir pour avertir la patientèle de l'officine que nous proposons des entretiens pharmaceutiques d'aide au sevrage tabagique.

3 - Mise en place de l'étude (Figure 7)

Figure 7 : Frise temporelle décrivant le déroulé de l'étude



4 - Inclusion des patients

L'étude a inclus les patients adultes présentant un tabagisme actif. Lors du repérage les patients sont catégorisés en 3 groupes :

1. Patient proactif : patient souhaitant réaliser un premier entretien.
2. Patient ambivalent : patient souhaitant arrêter de fumer mais non décidé pour réaliser un entretien.
3. Patient en refus : patient refusant le sevrage et refusant l'entretien.

5 - Saisie des données et analyse statistique

Ces données recueillies et anonymisées ont été analysées à l'aide du logiciel Google Sheet®. Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et le pourcentage de chaque modalité, et les variables quantitatives ont été décrites par leur médiane, moyenne, écart-type, valeurs minimales et maximales.

D - RESULTATS

1 - Description des caractéristiques des patients

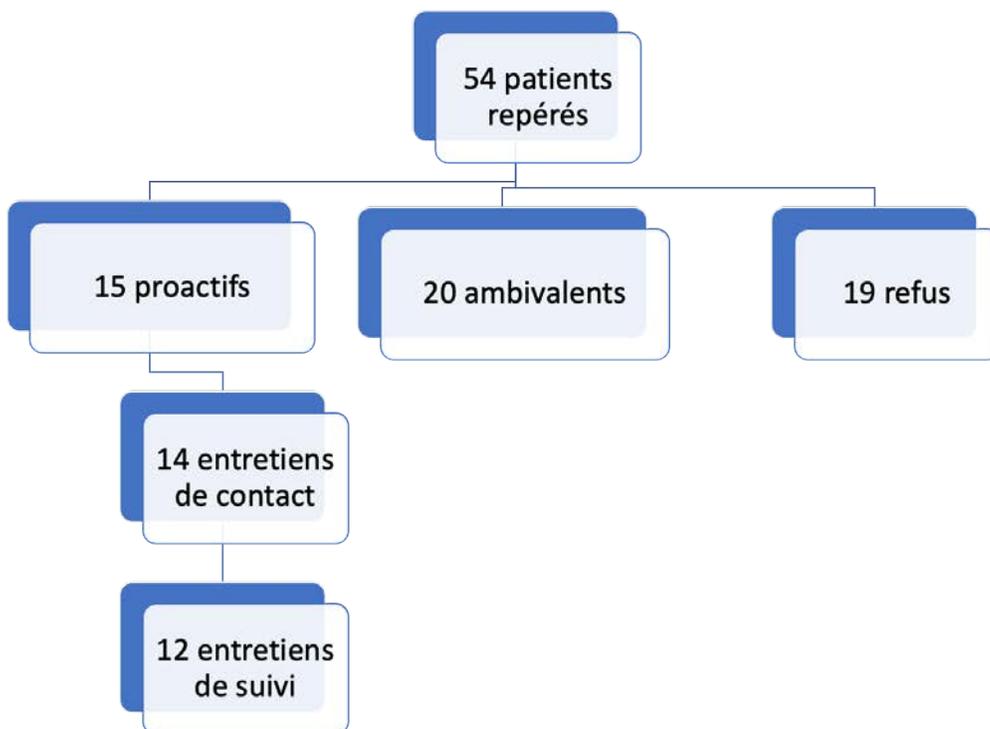
a - Repérage

Le repérage s'est effectué sur 2 pharmacies distinctes Toulousaines.

Du 1 septembre 2022 au 31 mars 2023, 54 patients tabagiques ont été repérés à l'officine, auxquels il a été proposé une aide au sevrage avec entretiens pharmaceutiques d'aide au sevrage:

- 35% des patients (n=19) ont refusé l'aide au sevrage.
- 37% des patients (n=20) ont été qualifiés d'ambivalents car intéressés mais non décidés à s'engager dans une démarche de sevrage.
- 28% des patients (n=15) ont été qualifiés de proactifs car motivés pour s'engager dans une démarche de sevrage ou de réduction de la consommation. La quasi-totalité de ces patients (n=14) a accepté de participer aux entretiens pharmaceutiques de contact. Par la suite, 12 patients sur 14 ont accepté un entretien pharmaceutique de suivi à 1 mois, comme prévu dans le déroulé de l'étude.

Figure 8 : Logigramme décrivant les résultats du repérage



La plupart des patients (5 patients) ayant accepté l'entretien pharmaceutique de contact a été repérée lors d'une campagne de promotion au sein de l'officine sous forme d'affiche de sensibilisation.

Les autres repérages proviennent d'une demande spontanée du patient (3 patients), d'une demande d'ordre esthétique (2 patients), d'une sortie d'hospitalisation (2 patients), d'une demande de contraception orale (1 patiente) et d'un contact par un réseau social (1 patiente).

b - Données démographiques

Tableau 5 : Données démographiques des patients repérés

Caractéristiques des patients	Patients repérés		Patients proactifs		Patients ambivalents		Patients en refus	
	Effectif total (n=54)	%	Effectif total (n=15)	%	Effectif total (n=20)	%	Effectif total (n=19)	%
Données démographiques								
Sexe								
Homme	31	57	8	53	10	50	13	68
Femme	23	43	7	47	10	50	6	32
Age (années)								
25-55 ans			8	53				
>55 ans			4	27				
<25 ans			3	20				

2 - Description des entretiens pharmaceutiques de contact

Tableau 6 : Principales caractéristiques des patients ayant réalisé le 1er entretien

Caractéristiques des patients	Effectif total (n=14)	%	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Mini - Max
Données démographiques						
Age (années)	14		38,9	34,5	16,8	19 - 77
Sexe						
Femme	7	50				
Homme	7	50				
Taille (m)	14		1,68	1,68	0,1	1,53 - 1,87
Poids (Kg)	14		67,8	66,5	15,6	49 - 103
IMC (Kg/m ²)	14		23,9	23,1	4,0	19,5 - 30,3
Catégorie socio-professionnelle						
Sans activité professionnelle	4	28,6				
Employé	4	28,6				
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	3	21,4				
Retraité	2	14,3				
Cadres et professions intellectuelles supérieures	1	7,1				
Comorbidité						
Aucune	9	64,3				
Maladie cardiovasculaire	1	7,1				
BPCO	1	7,1				
Diabète	1	7,1				
Troubles psychiatriques	1	7,1				
Co-addictions	1	7,1				

Tableau 7 : Caractéristiques relatives au tabagisme actif lors de l'entretien de contact

Tabagisme	Effectif total (n=14)	%
Début du tabagisme		
<20 ans	8	57,1
20-30 ans	6	42,9
>30 ans	0	0,0
Forme de consommation		
Cigarettes manufacturées	6	42,9
Cigarettes roulées	5	35,7
Cigarettes manufacturées "light"	3	21,4
Unités de tabac par jour		
21 à 30	6	42,9
11 à 20	4	28,6
10 ou moins	3	21,4
31 ou plus	1	7,1
Délai après le réveil de la première cigarette		
Moins de 5 mn	5	35,7
6 à 30 mn	5	35,7
Après plus d'une heure	3	21,4
31 à 60 mn	1	7,1
Difficulté d'abstinence dans les lieux où il est interdit de fumer		
Non	10	71,4
Oui	4	28,6
Cigarette à laquelle il est le plus difficile de renoncer		
A une autre	8	57,1
A la première de la journée	6	42,9
Tentative(s) précédente(s) d'arrêt du tabac		
Non	4	28,6
Oui je suis à la 2° tentative	3	21,4
Oui je suis à la 3° tentative	3	21,4
Oui je suis à la 4° tentative	2	14,3
Oui autre	2	14,3
Obstacles majeurs rencontrés lors des tentatives précédentes		
Oui (Névrose/Stress)	8	57,1
Oui (Dépression/Anxiété)	4	28,6
Non (Première tentative)	4	28,6
Oui (Autre)	1	7,1
Non (Autre)	1	7,1
Situations lors desquelles l'envie de fumer est la plus forte		
Post-prandial	6	42,9
Activité sociale	4	28,6
Alcool	4	28,6
Café	3	21,4
Autre	3	21,4
Situation de stress	1	7,1
Budget mensuel tabac		
Entre 100 et 200 euros	8	57,1
Entre 50 et 100 euros	3	21,4
Moins de 20 euros	1	7,1
Entre 20 et 50 euros	1	7,1
Supérieur à 200 euros	1	7,1

En moyenne, les patients fumaient depuis 20,4 ans, avec un minimum de 2 ans et un maximum de 52 ans.

64,2% des patients dépensent plus de 100 euros par mois pour le tabac.

Tableau 8 : Données relatives aux traitements et conseils associés lors de l'entretien de contact

Traitements et conseils associés	Effectif total (n=14)	%
Orientation vers une consultation médicale		
Non	13	92,9
Oui	1	7,1
Date d'arrêt fixée		
Oui	7	50,0
Non	7	50,0
Demande de réduction de consommation		
Oui	10	71,4
Non	4	28,6
TNS délivrés par le pharmacien		
TNS délivrés par le pharmacien	10	71,4
Absence de TNS délivrés par le pharmacien	4	28,6
TNS délivrés (associations possibles)		
Gomme	9	64,3
Dispositif transdermique	7	50,0
TCC conseillées (associations possibles)		
Alliance thérapeutique	14	100,0
Méthodes comportementales	14	100,0
Analyse fonctionnelle	8	57,1
Soutien psycho-social	4	28,6

Tableau 9 : Description des entretiens pharmaceutiques de contact

Caractéristiques de l'entretien de contact	Effectif total (n=14)	%
Type d'entretien		
Présentiel	12	85,7
Distanciel	2	14,3
Durée en minutes		
15 à 30 mn	6	42,9
30 à 45 mn	4	28,6
<15 mn	2	14,3
>45 mn	2	14,3
RDV de suivi programmé		
Oui	14	100,0

La durée moyenne d'un entretien était de 28 mn, avec une durée minimale de 12 mn et une durée maximale de 50 mn.

3 - Description des entretiens pharmaceutiques de suivi

A un mois des entretiens de contact, les résultats sont les suivants :

Tableau 10 : Caractéristiques relatives au tabagisme actif lors de l'entretien de suivi

Tabagisme	Effectif total (n=12)	%
Etat des lieux de la consommation à ce jour		
J'ai diminué ma consommation de moins de 50%	4	33,3
J'ai arrêté de fumer	3	25,0
J'ai diminué ma consommation de plus de 50%	3	25,0
J'ai la même consommation	2	16,7
Unités de tabac consommées par jour		
10 ou moins	8	66,7
21 à 30	3	25,0
11 à 20	1	8,3
Délai après le reveil de la première cigarette		
Après plus d'une heure	5	41,7
6 à 30 mn	3	25,0
Moins de 5 mn	2	16,7
31 à 60 mn	2	16,7
Difficulté d'abstinence dans les lieux où il est interdit de fumer		
Non	10	83,3
Oui	2	16,7
Cigarette à laquelle il est le plus difficile de renoncer		
A une autre	9	75,0
A la première de la journée	3	25,0
Usage de la cigarette électronique		
Non	10	83,3
Oui (faible consommation)	1	8,3
Oui (forte consommation)	1	8,3

Tableau 11 : Données relatives aux traitements et conseils associés lors de l'entretien de suivi

Traitements et conseils associés	Effectif total (n=12)	%
Observance du TNS dispensé lors de l'entretien de contact		
Oui	8	66,7
Non (oublis)	2	16,7
N/A	2	16,7
Prescription médicale d'un TNS depuis l'entretien de contact		
Non	12	100,0
TCC conseillée par le pharmacien la plus appréciée		
Alliance thérapeutique	7	58,3
Méthodes comportementales	3	25,0
Analyse fonctionnelle	1	8,3
Soutien psycho-social	1	8,3
Réévaluation du TNS par le pharmacien		
Réévaluation du TNS par le pharmacien	8	66,7
Absence de réévaluation du TNS par le pharmacien	4	33,3

Tableau 12 : Description des entretiens pharmaceutiques de suivi

Caractéristiques de l'entretien de suivi	Effectif total (n=12)	%	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Mini - Max
Délai entre entretien de contact et entretien de suivi (jours)	12		28,8	28	9,2	9 - 49
Type d'entretien						
Présentiel	8	66,7				
Distanciel	4	33,3				
Durée en minutes						
15 à 30 mn	8	66,7				
<15 mn	3	25,0				
30 à 45 mn	1	8,3				
Souhait de poursuivre les entretiens						
Oui	10	83,3				
Non	2	16,7				

La durée moyenne des entretiens de suivi était de 19 mn avec une durée minimale de 7 mn et une durée maximale de 29 mn.

4 - Description des tests de Fagerström adaptés et de leur évolution

Tableau 13 : Evolution du test de Fagerström adapté

Evolution du test de Fagerström adapté	n	%	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Mini - Max
Test de Fagerström adapté - entretien de contact	14		4,4	5,0	2,2	1 - 8
Dépendance forte (score entre 5 et 8)	9	64,3				
Dépendance moyenne (score entre 2 et 4)	3	21,4				
Dépendance faible (score entre 0 et 1)	2	14,3				
Test de Fagerström adapté - entretien de suivi	12		2,3	2,0	2,0	0 - 6
Dépendance moyenne (score entre 2 et 4)	6	50,0				
Dépendance faible (score entre 0 et 1)	4	33,3				
Dépendance forte (score entre 5 et 8)	2	16,7				

Selon le détail dans le Tableau 14 ci-dessus de l'évolution du test de Fagerström adapté de chaque patient, sur les 12 patients ayant participé à l'entretien pharmaceutique de suivi :

- 83% des patients ont un score au test de Fagerström adapté en baisse et
- 17% des patients ont un score au test de Fagerström adapté stable.

Tableau 14 : Evolution par patient du test de Fagerström adapté

Identifiant patient	Test de Fagerström lors de l'entretien de contact	Test de Fagerström lors de l'entretien de suivi	Evolution
01	1	0	↘
03	5	0	↘
05	3	1	↘
10	6	NA	NA
11	5	2	↘
14	5	4	↘
18	6	5	↘
21	6	4	↘
28	7	6	↘
32	1	0	↘
35	2	2	→
39	2	2	→
40	5	NA	NA
50	8	2	↘

5 - Description de l'évolution du poids

Tableau 15 : Evolution du poids

Evolution du poids	Effectif total (n)	%	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Mini - Max
Poids initial (entretien de contact) en Kg	14		67,8	66,5	15,6	49 - 102
Poids de suivi (entretien de suivi) en Kg	12		68,8	69	17,0	50 - 103
Ecart poids de suivi - poids initial en Kg	12		0,38	0,25	1,3	

Selon le détail dans le Tableau 15 ci-dessous de l'évolution du poids de chaque patient, sur les 12 patients ayant participé à l'entretien pharmaceutique de suivi, 3 patients ont perdu du poids, 6 patients ont pris du poids, 3 patients ont conservé un poids stable.

Tableau 16 : Evolution par patient du poids

Identifiant patient	Poids à l'entretien de contact (Kg)	Poids à l'entretien de suivi (Kg)	Evolution (%)
01	58	58,5	+0,86
03	77	77	0
05	67	65	-2,98
10	66	NA	NA
11	74	76	+2,70
14	49	49	0
18	56	57	+1,78
21	71	73	+2,81
28	103	102	-0,97
32	78	80	+2,56
35	52	51	-1,92
39	48	48	0
40	62	NA	NA
50	88	89	+1,13

6 - Satisfaction des patients sur les entretiens de contact et de suivi

Le retour des patients sur les entretiens pharmaceutiques a été recueilli lors des 14 entretiens de contact et des 12 entretiens de suivi.

Figure 9 : Satisfaction générale des patients concernant les entretiens

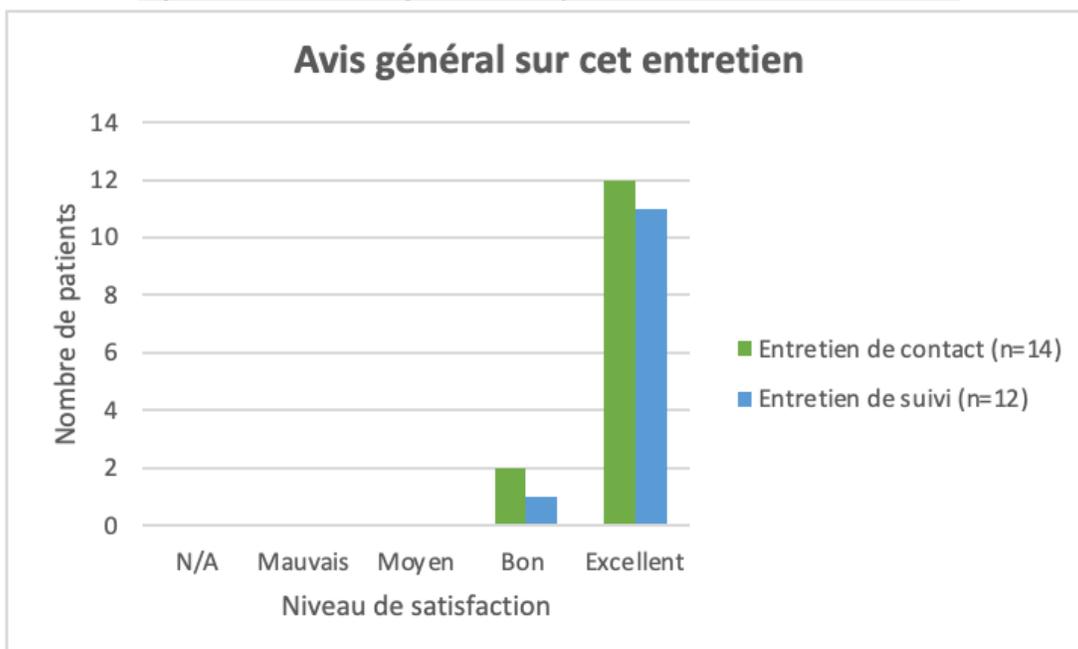
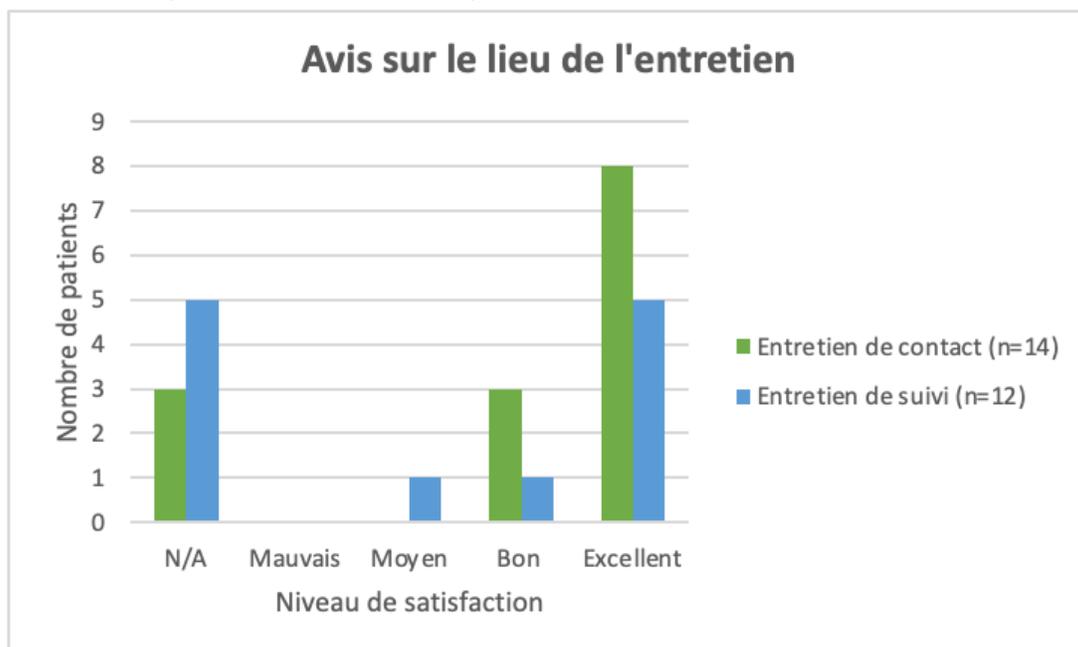


Figure 10 : Satisfaction des patients concernant le lieu des entretiens



Lors des entretiens en distanciel, la satisfaction concernant le lieu est non applicable.

Figure 11 : Satisfaction des patients concernant la qualité des informations délivrées

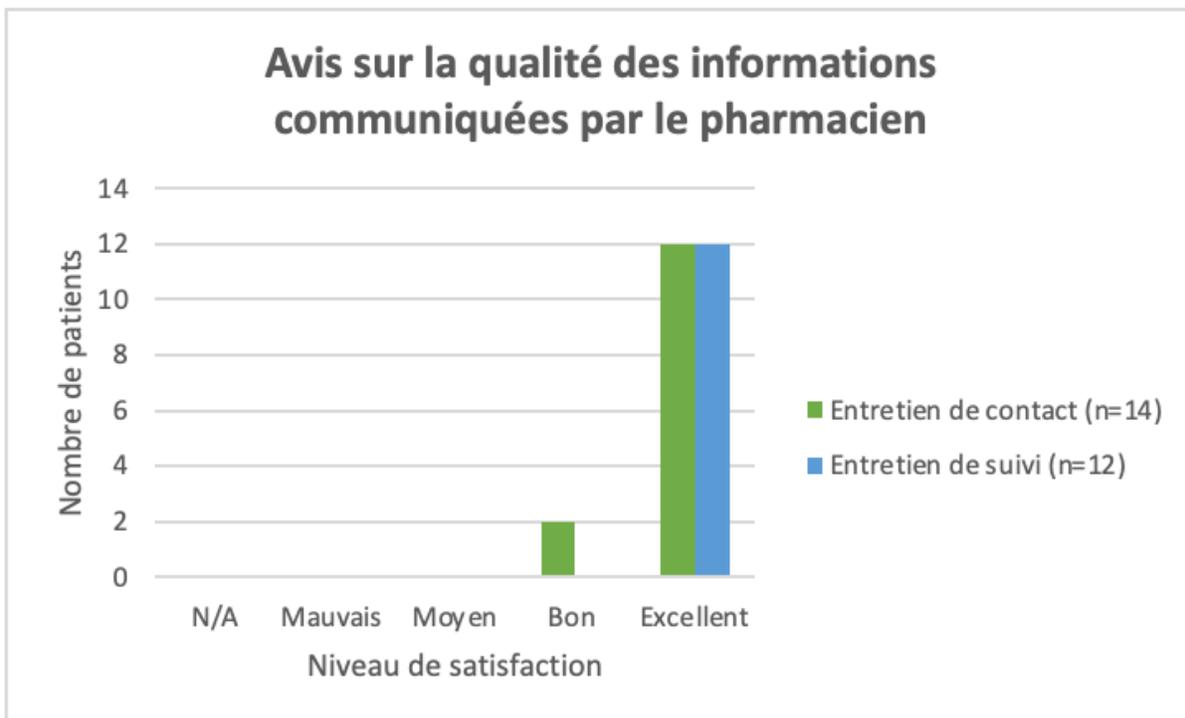
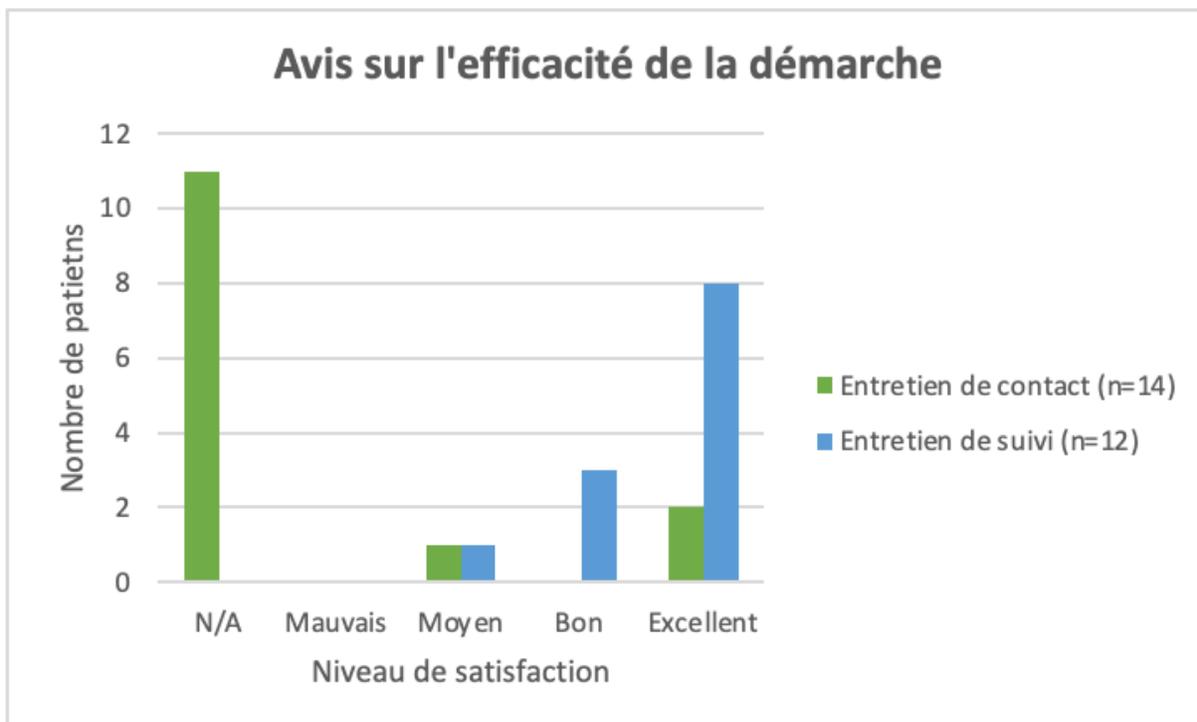


Figure 12 : Satisfaction des patients concernant l'efficacité de la démarche



Lors des entretiens de contact, l'efficacité de la démarche est difficilement évaluable.

E - Discussion

L'objectif de notre travail était de décrire la mise en place d'entretiens pharmaceutiques d'aide au sevrage tabagique dans une officine et de mesurer la prévalence des entretiens réalisés. Cet état des lieux a été réalisé afin d'orienter nos futurs outils pour conseiller les pharmaciens d'officines souhaitant réaliser des entretiens.

1 - La population étudiée

Dans notre étude, les patients repérés étaient en majorité des hommes (57%). En 2022, en France métropolitaine, les hommes fument davantage que les femmes (27,4% de tabagisme quotidien pour les hommes, contre 21,7% pour les femmes) (47).

Sur les 54 patients repérés, 35% (19 patients) ont refusé un entretien pharmaceutique pour une aide au sevrage tabagique, ce qui est proche des données du Baromètre de Santé publique France 2021 qui montre que parmi les fumeurs quotidiens, environ 40,7% déclarent ne pas avoir envie d'arrêter de fumer (48). Aussi, 20 patients (35%) étaient ambivalents, chiffre qui est retrouvé dans différentes enquêtes qui évaluent à 30% le nombre de fumeurs indécis. (47,49)

Dans notre étude, les sujets ayant réalisé le premier entretien étaient âgés en moyenne de 39 ans. Dans la littérature, l'âge moyen à l'arrêt du tabac est de 38,2 ans pour les hommes et 34,3 ans pour les femmes (35). Il semblerait donc que la population étudiée dans le cadre de cet état des lieux soit un bon reflet de la cohorte du fumeur souhaitant arrêter de fumer. La population ici est relativement jeune ce qui explique probablement que 64% n'est pas de comorbidités identifiées.

Les disparités sociales de consommation de tabac sont décrites depuis longtemps en France. Dans notre étude, les données montrent une population assez diversifiée. Seuls 7% sont des cadres et des professions intellectuelles supérieures et 28% sans activité professionnelle. La localisation des officines où le repérage s'est effectué (milieu urbain) et une méconnaissance de la terminologie de l'INSEE (aucune profession intermédiaire, alors qu'elles représentent une grande partie des travailleurs en France) peut avoir entraîné un biais. Cependant, on sait que la proportion de fumeurs diminue selon l'échelle sociale. Elle est ainsi deux fois plus élevée chez

les ouvriers que chez les cadres, ce qui pourrait expliquer notre faible proportion de cadres (50). Le nombre de fumeurs quotidiens reste en 2022 nettement plus élevé lorsque le niveau de diplôme est plus faible : elle varie de 30,8% parmi les personnes n'ayant aucun diplôme ou un diplôme inférieur au Baccalauréat à 16,8% parmi les titulaires d'un diplôme supérieur au baccalauréat. La prévalence est la plus élevée parmi le tiers de la population dont les revenus sont les plus bas (33,6%). Enfin, parmi les 18-64 ans, le nombre de fumeurs quotidiens reste nettement plus élevé parmi les personnes au chômage (42,3%), que parmi les actifs occupés (26,1%) ou les étudiants (19,1%) (48).

2 - Caractéristiques du tabagisme de la population

Concernant les caractéristiques du tabagisme des patients et l'âge auquel les patients ont commencé à fumer, dans notre étude, tous les patients ont commencé à fumer avant l'âge de 30 ans. En France, il est identifié que la première cigarette a lieu en moyenne à 14,1 ans, soit un an avant le premier joint. L'entrée dans le tabagisme quotidien se fait de plus en plus tard en moyenne (51). Il est donc important de cibler les populations jeunes dans les démarches de prévention, en adaptant nos outils et notre communication. Selon une étude publiée dans le British Medical Journal en 2000, un fumeur fume en moyenne 5772 cigarettes par an et perd 11 minutes d'espérance de vie par cigarette (52). Dans notre étude, chaque patient fume en moyenne depuis 20,4 ans, soit une espérance de vie perdue de 2,5 ans. Lors de l'entretien de suivi (en moyenne 28 jours après l'entretien de contact), sur l'ensemble des patients, on peut estimer à un total de 3640 cigarettes évitées. On peut donc calculer un gain de 2 jours d'espérance de vie gagnée par patient, sur une période d'environ 1 mois. C'est une donnée encourageante concernant l'efficacité des entretiens et du suivi.

Concernant les formes de consommation, les données de notre étude montrent des patients consommant seulement 3 types de produits du tabac, avec 64,3% des patients fumants des cigarettes manufacturés (cigarette industrielle "classique" et cigarette industrielle "light") et 35,7% des patients fumant du tabac à rouler, donnée dangereusement élevée en connaissance de la nocivité de ce produit. Les autres produits du tabac sont ici non représentés (pipe, chicha, cigare et cigarillos). En France, en 2010, chez les fumeurs âgés de 15 à 85 ans, 88% fumaient des cigarettes manufacturées, 24% du tabac à rouler, 9% la chicha, 7% des cigarillos, 6% des cigares et 2% la pipe. Cependant, en parallèle à la diminution des ventes de cigarettes

manufacturées, on observe une augmentation des autres formes de tabac (35). Cette augmentation a pu continuer à progresser et mener aux proportions que l'on retrouve dans notre étude. Il est aussi possible que notre étude présente un biais surexprimant les fumeurs de tabac à rouler.

Concernant le nombre d'unités de tabac fumée par jour, notre étude montre une moyenne de 20 cigarettes par jour. Chez les jeunes de 12 à 25 ans qui fument régulièrement, la consommation moyenne est de 12 cigarettes par jour. Cette quantité augmente rapidement au cours de l'adolescence. Les adultes de 26 à 75 ans qui fument régulièrement consomment en moyenne 16 cigarettes par jour (53). Avec une moyenne de 39 ans dans notre population, nos données sont proches de celles de la littérature et il semblerait donc que la population étudiée soit un bon reflet de la réalité actuelle de la situation.

Concernant le niveau de dépendance, en rapport avec les résultats au test de Fagersteröm adapté, notre étude montre que lors de l'entretien de contact, 85,7% des patients présentent une dépendance modérée à forte à la nicotine. Les enquêtes à ce sujet décrivent des proportions bien inférieures, avec 54% des 26-75 ans présentant des signes de dépendance similaires (53). Il est donc possible que le test de Fagerström adapté ait surestimé le niveau de dépendance des patients dans notre étude.

Dans notre étude, 71,4% des patients ne sont pas à leur première tentative de sevrage. C'est également ce que l'on retrouve dans différentes enquêtes où 75% des fumeurs réguliers déclarent avoir déjà arrêté de fumer au moins une semaine (53). On considère que chaque année, en France, 750 000 personnes arrêtent de fumer durant au moins 1 an, ce qui correspond à plus de 2000 personnes chaque jour. Cela renforce l'idée que le sevrage est un parcours souvent long fait d'avancées et de rechutes. Les premières tentatives se soldent souvent par un échec mais le fait de recommencer à nouveau augmente les chances de réussite du sevrage. C'est un argument majeur dans la communication et l'encouragement fait au patient.

Concernant les obstacles majeurs au sevrage tabagique, on observe une surexpression de certaines situations. En effet, le stress et la nervosité ressortent de manière quasi systématique et décrivent bien les problématiques du syndrome de sevrage tabagique. Cela confirme l'importance des TNS dans la prise en charge du patient tabagique.

Concernant les situations propices au Craving, on observe une large diversité de raisons, avec certaines situations souvent exprimées comme le post-prandiale, les activités sociales et la consommation d'alcool. Certaines études et enquêtes confirment cette diversité de situations (offre de tabac, effet d'amorce, contexte extérieur, stress, humeur dépressive, contexte interne, stimuli visuels) (54).

Dans notre étude, 64% des patients interrogés déclarent dépenser plus de 100 euros par mois pour le tabac. Selon une étude de l'Alliance contre le tabac publiée en janvier 2023, le budget mensuel moyen d'un fumeur est actuellement de 207 euros par mois, soit 2 484 € par an (55). De plus, le budget consacré au tabac est sous-estimé quand on sait que certaines dépenses liées au tabac sont indirectes (pathologies associées, transports et déplacements, objets en tout genre).

3 - Déroulement des entretiens et difficultés rencontrées

a - Entretiens pharmaceutiques de contact

Concernant la réorientation vers une consultation médicale, 93% des patients n'ont pas été réorientés par le pharmacien, ce qui suggère que, dans la grande majorité des cas, la prise en charge complète d'un patient tabagique peut s'effectuer à l'officine.

Concernant la demande de réduction de la consommation, on observe des données encourageantes. En effet, 71% des patients sont en demande de réduction et sur les 29% restant la demande concerne un arrêt total. On peut donc confirmer que 100% des patients proactifs sont en demande de réduction ou d'arrêt total de la consommation de tabac. Le niveau motivationnel du patient augmente ses chances de réussite du sevrage.

Concernant la délivrance des TNS par le pharmacien, on observe que 71% des patients sont repartis avec un TNS après le premier entretien de contact. Dans les 29% restant, la moitié était des entretiens en distanciel, empêchant la délivrance de TNS. En conséquence, nous pouvons suggérer que le taux de délivrance de TNS est probablement sous-estimé. La délivrance par le pharmacien n'étant pas prise en charge, cette délivrance a été effectuée aux frais du patient. Ceci peut être un frein financier pour le patient et les patients repartis sans TNS l'ont peut-être été pour cette raison. La prise en charge de la délivrance par un pharmacien pourrait lever ce frein et augmenter les chances de réussite du sevrage. En 2022, une expérimentation du remboursement des substituts nicotiques délivrés par le pharmacien sans ordonnance avait été votée dans le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS), mais les textes d'application n'ont jamais paru au Journal Officiel. En 2023, la mesure concernant la prescription des substituts nicotiques par le pharmacien devrait figurer dans le prochain plan tabac du gouvernement, a annoncé Philippe Besset, le président de la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF), lors d'une conférence de presse du 13 septembre 2023. Le plan tabac 2023-2025 serait présenté avant le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2024, c'est-à-dire avant fin septembre 2023 (56).

Concernant le type de TNS délivré, on observe une préférence pour les patchs transdermiques et les gommes, qui sont effectivement les traitements de références. Les comprimés sublinguaux, à sucer, l'inhalateur ou le spray buccal n'ont pas été délivrés, malgré la proposition du pharmacien. Cela peut s'expliquer par la méfiance des patients pour ces traitements moins connus. Selon une étude de Juin 2023, les personnes qui fument ont les mêmes chances d'arrêter avec succès, qu'elles utilisent un patch à la nicotine ou un autre type de TNS, comme une gomme ou une pastille. L'utilisation de patchs à la nicotine en même temps qu'un autre type de TNS augmentait de 17% à 37% les chances d'arrêter de fumer avec succès par rapport à l'utilisation d'un seul type de TNS (57).

Concernant les TCC conseillées par le pharmacien, on observe que les 2 types de TCC recommandés sont l'Alliance thérapeutique et les Méthodes comportementales. L'Alliance thérapeutique est recommandée et expliquée de manière systématique, à chaque entretien, qui explique sa surexpression. Concernant les méthodes comportementales, ce sont les TCC les plus simples à comprendre et souvent très efficaces.

b - Entretiens pharmaceutiques de suivi

Le taux de réussite à long-terme de l'arrêt du tabac sans aide est d'environ 5 à 7%. Avec l'aide d'un professionnel de santé, 25% des patients ayant entamé une démarche de sevrage seront ex-fumeurs à 1 an.

Concernant la consommation de tabac au jour de l'entretien de suivi à 1 mois, 25% des patients déclarent avoir arrêté totalement de fumer, 25% déclarent avoir diminué de plus de moitié leur consommation, 33% déclarent avoir diminué de moins de moitié leur consommation et 16% déclarent avoir la même consommation. Sur les patients qui déclarent avoir la même consommation, on peut remarquer que ce sont des patients qui n'ont pas suivi de TNS (aucune délivrance et défaut d'observance). Pour ces patients sans TNS, il serait intéressant d'aborder avec eux les SEDEN ou d'autres stratégies qui pourraient leur convenir. Il est tout de même encourageant d'observer qu'aucun patient ne déclare avoir augmenté sa consommation.

Concernant la prescription de TNS, 100% des patients se sont présentés à l'entretien de suivi sans avoir obtenu d'ordonnance. Il est possible que les patients n'aient pas eu le temps d'obtenir un rendez-vous entre les 2 entretiens ou que les patients aient le souhait de rester dans le même parcours de soin à l'officine.

Concernant la réévaluation du traitement, 67% des patients ont nécessité une réévaluation du traitement par le pharmacien. Cette réévaluation peut concerner le type de TNS, le dosage de TNS, l'introduction de TNS (non délivré lors du premier entretien). On peut observer ici l'importance du suivi et de l'action adaptée du pharmacien d'officine.

Concernant l'utilité du premier entretien de contact, 100% des patients déclarent que le premier entretien leur a été utile. Cette donnée est rassurante quant à l'impact positif que cette démarche a sur le patient. Les patients trouvent la forme et le fond de la démarche cohérente et bénéfique.

Concernant les TCC conseillées, les données sont semblables à celles de l'entretien de contact.

Notre étude montre que 67% des patients déclarent avoir suivi strictement leur traitement. Dans les 33% restants, la moitié n'avait pas eu de TNS délivrés et l'autre moitié correspond à quelques oublis. L'utilisation préférentielle de patch peut expliquer ce taux élevé. Une meilleure observance de ces traitements médicamenteux augmente la probabilité d'un arrêt prolongé du tabac. D'après Hollands et al. les personnes ayant reçu de l'aide pour améliorer leur utilisation des médicaments de sevrage tabagique consomment plus de TNS que les personnes n'ayant pas reçu cette aide. Certaines données indiquent que cela a également entraîné une légère augmentation du nombre de personnes ayant arrêté de fumer (58).

Concernant le suivi, 83% des patients ont déclaré vouloir rester en contact avec le pharmacien pour de nouveaux suivis, au-delà de la fin de l'expérimentation. Cette donnée est très encourageante et montre l'impact positif de la démarche sur les chances de réussite du sevrage tabagique. A la date du 15 octobre 2023, 3 patients sont encore suivis dans leur démarche de sevrage.

Concernant le niveau de dépendance, en rapport avec les résultats au test de Fagersteröm adapté, notre étude montre que lors de l'entretien de suivi, 66,7% des patients présentent une dépendance modérée à forte à la nicotine. C'est un taux qui reste relativement élevé mais il est intéressant de noter que ce taux est en baisse par rapport à l'entretien de contact (85,7%), ce qui est encourageant quant à l'efficacité de la démarche. Aussi, on peut imaginer que ce taux continuerait de baisser avec la poursuite du suivi sur plusieurs mois.

Concernant le lieu des entretiens, présentiel ou distanciel, il est à adapter aux contraintes du patient. Pour mieux répondre aux attentes des patients, certains entretiens se sont déroulés en distanciel : 2 sur 14 pour les entretiens de contact, 4 sur 12 pour les entretiens de suivi. La majorité des patients a été vue en présentiel au moins 1 fois et seulement 2 patients ont eu des contacts uniquement par téléphone : 1 patiente recrutée sur un réseau social et basée à Paris et 1 patient sortant d'hospitalisation avec difficulté à se déplacer. En pratique, la qualité de l'entretien est meilleure en présentiel :

- Échange mieux orienté par les expressions physiques du patient ;
- Meilleure identification du patient par le pharmacien ;

- Possibilité de remettre la carte de visite ;
- Présentation de supports visuels au patient par le pharmacien (meilleure compréhension du patient).

Cependant, la possibilité d'entretiens en distanciel facilite le suivi et augmente donc les chances de succès.

Concernant les rendez-vous, leur confirmation nécessite une bonne communication avec le patient et souvent une relance par le pharmacien. Le pharmacien dispose du numéro du patient et le patient celui du pharmacien (via la carte de visite donnée). Pour cela, le pharmacien a dû mettre en place des messages standardisés :

- La veille d'un entretien, un message de rappel est envoyé au patient par SMS ;
- Sans réponse du patient, un SMS de relance est envoyé 1 heure avant l'heure de l'entretien.

Ainsi, toute cette organisation à moyens identiques, reste contraignante pour le pharmacien. Cela demande au pharmacien une volonté, une adaptabilité et une démarche active pour le suivi.

La durée des entretiens est un critère majeur car il conditionne la disponibilité du pharmacien. Les entretiens de contact sont plus longs que les entretiens de suivi : la majorité dure moins de 30 minutes (57,1%). 4 entretiens ont duré entre 30 et 45 minutes et 1 entretien s'est prolongé au-delà de 45 minutes. Les entretiens de suivi sont plus courts, quasiment tous inférieurs à 30 mn et 25% d'entre eux inférieurs à 15 minutes. Cela reste chronophage pour le pharmacien.

En pratique, les premiers entretiens ont été réalisés sur le temps de travail du pharmacien mais très rapidement, et aux vues des durées des entretiens, cette situation a posé problème pour le fonctionnement normal de l'officine. En effet, l'absence au comptoir du pharmacien pour une durée parfois supérieure à 30 min est souvent très problématique, notamment en cas de présence d'un seul pharmacien dans l'officine. Certaines délivrances ne peuvent être effectuées

que par ce dernier (médicament stupéfiants, médicament d'exception, médicaments onéreux, etc.). Par la suite, les entretiens ont donc été réalisés sur le temps libre du pharmacien.

Concernant la carte de visite, il a été nécessaire, par manque de moyen, de communiquer les coordonnées personnelles du pharmacien d'officine en charge des entretiens ce qui a généré de nombreuses tentatives de contact en dehors des heures d'ouvertures de la pharmacie. Cette solution acceptable dans le cadre de l'étude, ne le serait pas pour un déploiement en routine dans les pharmacies d'officine.

4 - Satisfaction

Globalement le retour des patients suite aux entretiens pharmaceutiques est largement positif.

Le meilleur niveau de satisfaction des patients concerne l'information donnée par le pharmacien. Cela s'explique par un manque d'information des patients concernant les récentes avancées sur la prise du tabagisme et montre qu'une bonne formation des professionnels de santé a un impact très positif sur la satisfaction des patients. Il est notamment important de déconstruire les fausses croyances des patients sur le sevrage tabagique (la motivation seule suffit, non prise en charge, interdiction de fumer avec un patch, etc.).

Concernant l'espace de confidentialité, les avis sont plus mitigés. En effet, les espaces de confidentialité étaient présents dans les 2 officines où les entretiens se sont déroulés mais étaient souvent surchargés par des stocks de produits.

5 - Force et limites de l'expérimentation

Concernant la méthodologie, notre étude présente certaines limites.

Tout d'abord, le nombre de patients ayant été repérés et ayant accepté notre étude est limité. En effet, le fait d'avoir changé de pharmacie au cours de l'étude a limité le repérage des patients. La période sanitaire, l'activité croissante et les missions de plus en plus larges des pharmaciens d'officine (tests de dépistage et vaccinations anti-COVID) ont également contribué aux difficultés de recrutement.

Le suivi des patients reste également court (28 jours en moyenne) : selon Santé Publique France, le traitement de substitution nicotinique dure de 3 à 6 mois et peut être prolongé si nécessaire (31). L'accompagnement du pharmacien d'officine devrait donc pouvoir se réaliser sur cette période.

Il s'agit d'une étude descriptive, pouvant comporter plusieurs types de biais.

Tout d'abord un biais de sélection représentant une erreur systématique liée à la méthode de sélection de la population étudiée. La cohorte de patients ayant participé à notre état des lieux pourrait ne pas être représentative de l'ensemble des patients pouvant se présenter en officine pour un entretien pharmaceutique de sevrage tabagique. Cependant les données relatives aux caractéristiques patient et de leur tabagisme semble être un bon reflet de la population fumeuse.

Une autre limite est l'existence d'un biais d'information pouvant conduire à sous-estimer ou au contraire sur-estimer certaines variables à l'étude. En effet, malgré des supports de recueil standardisés, certaines questions ont pu être mal comprises et induire une réponse qui n'était pas le reflet de la pratique du répondant. Cependant le pharmacien réalisant l'entretien était toujours le même, ce qui limite ce biais de recueil. La retranscription des données a été faite par une seule et même personne dans la base de données. Cela a permis une harmonisation des réponses lors de la saisie des données, et à limiter ce biais d'information, les erreurs de compréhension et d'interprétation.

Dans les résultats concernant les tests de Fagerström adaptés, nous pouvons observer que les scores aux tests sont majoritairement en diminution entre l'entretien de contact et celui de suivi. Cependant, cette donnée est biaisée en raison du temps limité entre les entretiens et du fait de la substitution nicotinique. En effet, nous ne pouvons pas affirmer que cette diminution du score est une diminution de la dépendance à la nicotine, ou du moins, les deux données ne peuvent être corrélées.

Concernant les inconvénients et limites des MOOCs ayant permis la formation du pharmacien, les formations proposées peuvent avoir un caractère froid et impersonnel en raison du manque d'interaction. D'une part, le participant ne dispose pas d'encadrement et d'un suivi personnalisé

tout au long de la formation. De plus, les MOOCs tendent à supprimer les interactions sociales entre les participants. Ces derniers sont souvent confrontés au problème de manque de motivation. L'effort d'apprentissage qu'ils doivent fournir est plus important car ils doivent mobiliser toute leur attention et ne pas se laisser divertir par toute source de distraction. Encore une fois, pour mettre en place les entretiens pharmaceutiques en officine, le pharmacien doit faire preuve de volonté.

Devant les inconvénients des MOOCs, le digital learning se présente comme la meilleure solution alternative pour les formations en ligne. En effet, le digital learning dispose de nombreux outils permettant de pallier les insuffisances des formations en ligne ouvertes à tous. La force du digital learning réside dans le fait qu'il permet de mettre en place du tutorat en ligne. Il permet un meilleur encadrement des participants en raison de la présence d'un tuteur en ligne. Ce dernier peut effectuer un bon suivi de ses étudiants grâce aux outils statistiques permettant de visualiser la progression des participants.

Notre étude présente certaines forces.

Tout d'abord, le fait d'avoir changé de pharmacie pendant l'étude a prouvé que la méthodologie était applicable dans différentes officines, avec des patientèles variées. Le pharmacien ayant mené les entretiens était celui qui avait lui-même créé les outils (carte de visite, outil de recueil). Cette étude a créé une dynamique dans les pharmacies concernées. En effet, l'affichage dans l'officine, au comptoir, de la proposition d'entretiens pharmaceutiques sur le tabac (Annexe 9) a permis d'aborder plus facilement le sujet du tabac avec les patients et a déclenché des demandes spontanées d'information de la part de la patientèle. Cet affichage a été un élément majeur favorisant le recrutement des patients tabagiques. Au-delà des patients qui ont bénéficié d'un entretien pharmaceutique (14 patients), l'affichage a permis de sensibiliser un nombre plus important de patients (40 patients) sur le sujet du tabagisme. Et même bien au-delà car, selon un retour d'information du personnel de la pharmacie, de nombreux patients supplémentaires ont engagé des discussions concernant le sujet du tabagisme. On peut penser que ces patients sensibilisés s'engageront dans l'avenir dans une démarche de sevrage, ou du moins progresseront dans leur niveau motivationnel. L'affichage a nécessité, qu'en l'absence du pharmacien d'officine, le personnel de l'officine prenne en charge les patients tabagiques en demande ce qui a engagé tous les pharmaciens et préparateurs en pharmacie dans une

démarche de formation. L'affichage a également permis de communiquer sur les compétences du personnel de l'officine dans le domaine du tabagisme.

Cette étude préliminaire descriptive était nécessaire pour conseiller au mieux les futurs pharmaciens souhaitant mettre en place des entretiens pharmaceutiques d'aide au sevrage tabagique.

Les 2 autres thèses, menées par le REIPO, avec un webinaire et une fiche réflexe permettront de proposer aux pharmaciens d'officine un bagage complet sur le sevrage tabagique.

Concernant les avantages et forces de la formation du pharmacien par le MOOC s'avèrent être beaucoup plus intéressants d'un point de vue financier. En effet, le coût du MOOC est beaucoup moins élevé que les frais d'inscription des écoles. D'ailleurs, la plupart des MOOCs sont gratuits. Parfois, il est nécessaire de payer pour les MOOCs proposant une certification diplômante. De plus, les professionnels et étudiants en santé souhaitant se former et acquérir des nouvelles connaissances peuvent obtenir une certification diplômante à l'issue de la formation. Enfin, les MOOCs présentent de très nombreux avantages d'un point de vue pratique. Le participant peut suivre une formation d'une université située à l'autre bout du monde sans avoir à effectuer de déplacement et peut également apprendre à son propre rythme étant donné que le contenu des formations est disponible en ligne et accessible à tout moment.

Enfin, même si au cours des entretiens la multidisciplinarité n'as pas été mise en œuvre (absence d'échange avec le médecin traitant ou autre), la présence du pharmacien d'officine lors de la demi-journée en consultation de tabacologie pour sa formation, a permis des échanges très instructifs entre les tabacologues, pharmaciens hospitaliers et officinaux.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

L'expérience présentée dans ce travail de thèse montre que des solutions de proximité peuvent être apportées par le pharmacien d'officine pour aider au sevrage tabagique. La réalisation d'entretiens pharmaceutiques, de contact et de suivi, est possible. Les entretiens permettent :

- L'information et l'accompagnement du patient ;
- La dispensation de traitements adaptés ;
- Le suivi de la prise en charge.

Le pharmacien d'officine, sous réserve qu'il soit formé, a un rôle majeur dans la prise en charge des patients tabagiques. Il s'intègre pleinement dans une prise en charge pluridisciplinaire en pouvant assurer la détection des patients tabagiques, la dispensation de TNS, l'accompagnement et le suivi des patients. Pour la majorité des patients, hors situation médicale spécifique, une prise en charge complète par le pharmacien d'officine est envisageable.

La pharmacie d'officine est le lieu propice de par :

- Sa proximité ;
- Son accessibilité ;
- Son espace de confidentialité adapté à l'échange patient-soignant ;
- Son personnel formé à la tabacologie, de façon effective ou potentielle.

L'implication des pharmaciens d'officine comme acteurs du sevrage tabagique pourrait être améliorée en renforçant les liens avec le médecin généraliste, l'hôpital et les structures spécialisées en tabacologie : module de formation, relais pour les patients particuliers. Idéalement, avoir dans chaque officine, un référent tabacologie en lien avec les autres acteurs du sevrage apporterait une avancée majeure.

La prise en charge des patients tabagiques est chronophage pour les professionnels de santé. En effet, elle comporte un accompagnement sur un temps long, permettant un soutien psychologique, et un traitement médicamenteux si nécessaire. De plus, il est recommandé que l'aide au sevrage se fasse dans le cadre de consultations dédiées, c'est-à-dire spécifiquement

consacrées à cette prise en charge, quel que soit le professionnel (31). Dans ce contexte, il est important d'inciter les pharmaciens d'officine à suivre ces recommandations. La reconnaissance des entretiens pharmaceutiques comme acte pharmaceutique pris en charge par l'assurance maladie apparaît comme une solution raisonnable et favorable à une meilleure prise en charge des patients tabagiques.

Concernant la prise en charge médicamenteuse des patients, les recommandations indiquent, à ce jour, comme solution la plus efficace l'association d'un TNS à libération prolongée et un TNS à libération immédiate. Cependant, actuellement, seule la forme patch transdermique existe comme TNS à libération prolongée. Ces formes sont bien tolérées mais posent parfois problème, notamment concernant des réactions cutanées d'hypersensibilité, entraînant un arrêt de l'observance. La mise sur le marché de nouvelles formes de TNS à libération prolongée, augmentant la palette de choix disponible pour les professionnels de santé et les patients permettrait une augmentation des chances de réussite du sevrage.

L'expérimentation des entretiens patients a été réalisée par un pharmacien. Cependant, il est intéressant de discuter de la place des préparateurs en pharmacie (PP) dans le sevrage tabagique. En effet, certaines étapes de la prise en charge, comme le repérage des patients, ont souvent impliqué les PP de l'officine.

Les résultats retrouvés dans cette thèse encouragent à mettre en œuvre un travail complémentaire, avec les nouveaux outils bientôt disponibles (webinaire et fiche réflexe).

Ce travail ouvre sur des perspectives intéressantes qui pourraient permettre une amélioration des chances de succès des patients en démarche de sevrage, notamment le développement de l'approche pluridisciplinaire entre la ville et l'hôpital, l'évolution des entretiens pharmaceutiques vers un acte pris en charge par l'assurance maladie, et enfin la diversification des TNS proposés au patient. De plus, à l'instar de la prescription autorisée par les pharmaciens pour la prise en charge des cystites ou angine, la possibilité de prescription des TNS pourrait être un levier à l'implication des pharmaciens d'officine dans le sevrage tabagique et ainsi augmenter les chances de voir diminuer le tabagisme en France.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

(1) Molimard R. Historique du tabagisme. (1):11.

(2) Tabac Info Service, Office Français de prévention du Tabagisme (OFT). La composition de la fumée du tabac. :2.

(3) Fenster A. Agence Science-Presse. [cité 28 oct 2022]. La première guerre mondiale et le tabagisme. Disponible sur:
<https://www.sciencepresse.qc.ca/blogue/2014/11/13/premiere-guerre-mondiale-tabagisme>

(4) Advertising Times. Deux siècles de Tabac en 150 affiches [Internet]. [cité 3 nov 2022]. Disponible sur:
<http://www.advertisingtimes.fr/2010/07/deux-siecles-de-tabac-en-150-affiches.html>

(5) Mauric N. Jardin! L'Encyclopédie. [cité 3 nov 2022]. Nicotiana tabacum, culture et entretien du Tabac. Disponible sur: http://nature.jardin.free.fr/annuel/ft_nicotiana.html

(6) Köhler FE. Nicotiana tabacum L. (Köhler's Medizinal-Pflanzen) [Internet]. [cité 3 nov 2022]. Disponible sur: http://www.biolib.de/koehler1/high/DSC_2608.html

(7) Comité National Contre le Tabagisme (CNCT). La composition des produits et de la fumée de tabac [Internet]. CNCT. [cité 16 nov 2022]. Disponible sur:
<https://cnct.fr/tabac-sante/la-composition-des-produits-et-de-la-fumee-de-tabac/>

(8) Tabac Info Service, Office Français de prévention du Tabagisme (OFT). La composition de la fumée du tabac. :2.

(9) Conseil québécois sur le tabac et la santé. Les composants chimiques du tabac [Internet]. [cité 16 nov 2022]. Disponible sur:
<https://www.quebecsanstabac.ca/je-minforme/tabac-toutes-formes/composants-chimiques-tabac>

(10) Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Tabac [Internet]. 2022 [cité 18 nov 2022]. Disponible sur:
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

(11) Andler R, Guignard R, Pasquereau A, Richard J, Quatremère G, Nguyen-Thanh V. Types de tabac, évolutions et facteurs associés (Santé Publique France). Santé Publique France [Internet]. oct 2020; Disponible sur: file:///Users/admin/Desktop/348627_spf00002422.pdf

- (12) Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Lausanne (Unisanté). Modes de consommation, Informations - Tabagisme [Internet]. [cité 18 nov 2022]. Disponible sur: <https://tabagisme.unisante.ch/category/informations/modes-de-consommation/>
- (13) Jacot Sadowski I, Cornuz J. Revue Medicale Suisse. [cité 18 nov 2022]. Nouveaux modes de consommation du tabac et de la nicotine. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2009/revue-medicale-suisse-210/nouveaux-modes-de-consommation-du-tabac-et-de-la-nicotine>
- (14) Comité National Contre le Tabagisme (CNCT). Tabac chauffé/grillé : quels risques ? [Internet]. CNCT. [cité 18 nov 2022]. Disponible sur: <https://cnct.fr/topic/tabac-chauffe-grille-quels-risques/>
- (15) ANSES. Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. 2020 [cité 10 déc 2022]. Produits du vapotage. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/produits-du-vapotage>
- (16) Brehaux K, Durlach V, Martini H, Lalanne L, Mascaux C, Lang JP, et al. Référentiel Général de Tabacologie. 16 juill 2021; Disponible sur: <https://sevrage-tabagique.univ-lorraine.fr>
- (17) Douchet MA. Tabagisme et arrêt du tabac en 2022 [Internet]. 2023. Disponible sur: http://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_23bil.pdf
- (18) Gordon E, Lüscher C. «L'addiction et la dépendance sont deux choses différentes» - Planète santé. [cité 25 nov 2022]. L'addiction et la dépendance sont deux choses différentes. Disponible sur: <https://www.planetesante.ch/Magazine/Addictions/Drogues/L-addiction-et-la-dependance-sont-deux-choses-differentes>
- (19) Morel A. Les drogues : définition et classification. In: Addictologie [Internet]. Paris: Dunod; 2015 [cité 25 nov 2022]. p. 21-9. (Aide-Mémoire; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/addictologie--9782100721429-p-21.htm>
- (20) Axesslab. Neurosciences de l'addiction. 2009.
- (21) Stopsmoking.ch. Stop-tabac.ch. 2023 [cité 25 sept 2023]. Dépendance physique, psychique et comportementale. Tour d'horizon. Disponible sur: <https://www.stop-tabac.ch/en-bref/informations-tabagisme/types-dependance-nicotine/>

- (22) Santé Publique France. Tabagisme, conséquences sur la santé [Internet]. [cité 10 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/quelles-sont-les-consequences-du-tabagisme-sur-la-sante>
- (23) Ameli. Tabac : quels sont les risques ? [Internet]. [cité 10 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/tabac/risques-tabagisme>
- (24) Fournier C. Le tabagisme passif [Internet]. DNF - Demain sera non fumeur. [cité 26 nov 2022]. Disponible sur: <https://dnf.asso.fr/le-tabagisme-passif/>
- (25) Tabac Info Service. Tabagisme passif.
- (26) Comité National Contre le Tabagisme (CNCT). Le tabagisme passif, un risque mortel pour la santé [Internet]. CNCT. [cité 26 nov 2022]. Disponible sur: <https://cnct.fr/tabac-sante/le-tabagisme-passif-un-risque-mortel/>
- (27) Sun K, Liu D, Wang C, Ren M, Yang C, Yan L. Passive smoke exposure and risk of diabetes: a meta-analysis of prospective studies. *Endocrine*. 1 nov 2014;47(2):421-7.
- (28) Actu Toulouse. actu.fr. 2023 [cité 7 oct 2023]. Toulouse. Le CHU devient un lieu de santé sans tabac pour les patients et les soignants. Disponible sur: https://actu.fr/occitanie/toulouse_31555/toulouse-le-chu-devient-un-lieu-de-sante-sans-tabac-pour-les-patients-et-les-soignants_59061408.html
- (29) Cottencin O, Vannimetus C. Tabagisme et comorbidités addictives : facteurs limitants à l'arrêt du tabac. *janv 2017*;4.
- (30) Santé Publique France. Polyconsommation de substances psychoactives (alcool, tabac et cannabis) dans la population générale française en 2005. [Internet]. [cité 25 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/drogues-illicites/polyconsommation-de-substances-psychoactives-alcool-tabac-et-cannabis-dans-la-population-generale-francaise-en-2005>
- (31) Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. *oct 2014*;60.
- (32) Douchet MA, Le Nézet O. Trente ans de politiques publiques de réduction du tabagisme. 2021.

- (33) Pascal M. Le Quotidien du Pharmacien. [cité 23 nov 2022]. Sevrage tabagique : la nouvelle conquête officinale. Disponible sur:
<https://www.lequotidiendupharmacien.fr/exercice-pro/politique-de-sante/sevrage-tabagique-la-nouvelle-conquete-officinale>
- (34) Haute Autorité de Santé. Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique - Efficacité, efficacité et prise en charge financière. 2007.
- (35) Haute Autorité de Santé. Haute Autorité de Santé. 2015 [cité 25 oct 2023]. Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac. Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2635050/fr/depistage-du-tabagisme-et-prevention-des-maladies-liees-au-tabac
- (36) Cespharm. Prise en charge de l'arrêt du tabac - Conseiller et accompagner - Rôle du pharmacien. 2019.
- (37) Haute Autorité de Santé. Tartrate de varénicline CHAMPIX - Avis de la commission de la transparence. 2021.
- (38) Levett JY, Filion KB, Reynier P, Prell C, Eisenberg MJ. Efficacy and Safety of E-Cigarette Use for Smoking Cessation: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. The American Journal of Medicine. 1 août 2023;136(8):804-813.e4.
- (39) Ameli. Les missions du pharmacien d'officine [Internet]. 2022 [cité 1 nov 2023]. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/haute-garonne/assure/sante/medicaments/missions-pharmacien>
- (40) Haute Autorité de Santé. Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente. 2014.
- (41) Institut National du Cancer (INCa). Aider vos patients à s'arrêter de fumer - Tabac [Internet]. 2022 [cité 23 nov 2022]. Disponible sur:
<https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Facteurs-de-risque-et-de-protection/Tabac/Aider-vos-patients-a-s-arreter-de-fumer>
- (42) Nafziger R. Studyrama.com. [cité 10 nov 2022]. Focus : qu'est-ce qu'un diplôme universitaire (DU) ? Disponible sur:
<https://www.studyrama.com/formations/diplomes/licence/focus-qu-est-ce-qu-un-diplome-universitaire-du-105703>

- (43) Lieu A. Avantages et limites des MOOCs - Formation en Ligne [Internet]. Apolearn. [cité 10 nov 2022]. Disponible sur: <https://apolearn.com/avantages-et-limites-moocs/>
- (44) Ministère Français de la Santé et de la Prévention. Développement professionnel continu - DPC [Internet]. 2016 [cité 23 nov 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/dpc>
- (45) Gaska P. Définition Webinar [Internet]. 2023 [cité 5 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.leptidigital.fr/definition/webinar-34556/>
- (46) Ameli. Prise en charge du sevrage tabagique [Internet]. [cité 7 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/haute-garonne/masseur-kinesitherapeute/exercice-liberal/prescription-prise-charge/p rise-en-charge-sevrage-tabagique>
- (47) Santé Publique France. En 2022, la France compte toujours près de 12 millions de fumeurs quotidiens [Internet]. 2023 [cité 24 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2023/en-2022-la-france-compte-toujours-pres-de-12-millions-de-fumeurs-quotidiens>
- (48) MILDECA. Tabagisme en 2022 : un nombre de fumeurs stable et des inégalités de santé toujours marquées [Internet]. [cité 24 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/tabagisme-en-2022-un-nombre-de-fumeurs-stable-et-des-inegalites-de-sant e-toujours-marquees>
- (49) Inserm. Tabac : comprendre la dépendance pour agir. 10 févr 2004;
- (50) Institut de veille sanitaire. Consommation de tabac par catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité [Internet]. 2009 nov. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/193244/2346224?version=1>
- (51) Spilka S, Le Nézet O. Consommation de tabac chez les adolescents : état des lieux [Internet]. 2012. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Prevalence_du_tabagisme_chez_les_jeunes.pdf
- (52) Shaw M, Mitchell R, Dorling D. Time for a smoke? One cigarette reduces your life by 11 minutes. BMJ. 1 janv 2000;320(7226):53.
- (53) Tabac Info Service. Le tabac en quelques chiffres [Internet]. 2007. Disponible sur: <https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/ChiffresTabac.pdf>

(54) Stop-tabac.ch. Stop-tabac.ch. 2023 [cité 25 oct 2023]. Craving, l'envie d'une cigarette. Disponible sur: <https://www.stop-tabac.ch/sevrage/les-symptomes-de-sevrage/la-lutte-contre-le-craving/>

(55) Alliance contre le tabac. Campagne « Pouvoir de vivre » [Internet]. Alliance Contre le Tabac. 2023 [cité 25 oct 2023]. Disponible sur: <https://alliancecontreletabac.org/2023/01/08/pouvoir-de-vivre/>

(56) Le Moniteur des pharmacies.fr. 2023 [cité 25 oct 2023]. Substituts nicotiques : la prescription par les pharmaciens, c'est pour bientôt ! Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/substituts-nicotiques-la-prescription-par-les-pharmaciens-c-est-pour-bientot.html>

(57) Theodoulou A, Chepkin SC, Ye W, Fanshawe TR, Bullen C, Hartmann-Boyce J, et al. Different doses, durations and modes of delivery of nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2023 [cité 25 oct 2023];(6). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013308.pub2/full/fr>

(58) Hollands GJ, Naughton F, Farley A, Lindson N, Aveyard P. Interventions to increase adherence to medications for tobacco dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2019 [cité 25 oct 2023];(8). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009164.pub3/full/fr>

ANNEXE N°1 :
Attestation de réussite au MOOC Tabac (2019)



ATTESTATION DE PARTICIPATION

**MOOC TABAC :
ARRÊTEZ COMME
VOUS VOULEZ !
(2019)**

**le 26 June 2022,
PIERRE BELLON
a rempli les 2 conditions :
assiduité et test**

THÈMES TRAITÉS

- Tabac et santé
- Dépendance
- Qui peut aider les fumeurs ?
- Comment organiser l'aide aux fumeurs ?
- Outils pour aider le fumeur dans sa première tentative d'arrêt
- La prise en charge de l'arrêt du tabac et la lutte contre le tabac en Europe
- Que se passe-t-il au delà des frontières de l'Europe continentale pour la lutte contre le tabac ?

ANNEXE N°2 :

Dossier de Consultation de Tabacologie (SFT, 2018)

Dossier validé par la Société francophone de tabacologie

Consultation de tabacologie

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Code postal Ville _____

Téléphone _____ (où vous êtes facilement joignable)

Téléphone portable _____

Vous voulez essayer d'arrêter de fumer

Pour vous accompagner dans cette démarche, le médecin qui va vous recevoir en consultation a besoin de connaître vos habitudes de fumeur. Merci de bien vouloir prendre le temps de répondre aux questions des pages suivantes : elles vous aideront à faire le point et faciliteront le dialogue avec le médecin.

Les informations contenues dans ces questions pourront faire l'objet d'un traitement informatique. Conformément aux articles 26 et 27 de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 "Informatique et Liberté" et à son décret d'application n°78-774 du 17 juillet 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression de ces données. Pour l'exercer, adressez-vous à votre centre de consultation de tabacologie.



ANNEXE N°3 :

Fiche d'aide au sevrage tabagique à l'officine (REIPO, 2022)



Reipo

CRU de Toulouse

Aide au sevrage tabagique à l'officine

Travail réalisé dans le cadre de la thèse de Morgane Guerreiro, Faculté de pharmacie de Toulouse. Dernière mise à jour le 10/02/2023.

Cette fiche a pour but de guider les pharmaciens officinaux ou tout autre professionnel de santé dans l'accompagnement d'un patient souhaitant arrêter de fumer.



Pôle Pharmacie

CONTEXTE			
Triple dépendance	Psychologie ↔	Comportementale	Physique
Facteurs responsables	Plaisir, anxiété, socialisation	Rituel, habitude, geste	Nicotine
PEC globale <small>Prenant en compte tous les aspects de la dépendance</small>	Approche non médicamenteuse : <small>Accompagnement psychologique et Thérapie Cognitive- Comportementale (TCC) : diététicien, psychologue, activité physique adaptée</small>		Traitement de substitution nicotinique (TSN)

1 REPERAGE PRECOCE INTERVENTION BREVE (OMS)

Initiative du professionnel	Initiative du patient
→ Qui ? Toute l'équipe	→ Demande spontanée de conseils pour achat de TSN
→ Quand ? Temps court : mois sans tabac, 31 mai, début des vacances, rentrée scolaire etc	Etes-vous fumeur ?
→ Interpeller : badges sur blouse, distribution de kits gratuits, affichage en vitrine	NON ← → OUI
→ Reconnaître : indice physique ou sur ordonnance : bronchodilatateurs, corticoïdes ou anticholinergiques inhalés, traitement à visée CV	Souhaitez-vous arrêter de fumer ? ↓ ↓ <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 40%;"> NON <small>Remettre une brochure sur les bénéfices de l'arrêt. Ne pas culpabiliser le patient. Dire qu'on est disponible pour un sevrage ultérieur.</small> </div> <div style="background-color: #ffcc00; padding: 5px; width: 30%;"> OUI mais ... <small>"fumeur ambivalent"</small> </div> <div style="background-color: #ffcc00; padding: 5px; width: 30%;"> OUI <small>"patient prêt / proactif"</small> </div> </div>
→ Moments opportuns : grossesse, 1e délivrance contraceptif oral, chirurgie programmée, sortie d'hospitalisation, maladies provoquées par le tabac, cancer.	Objectif : Arrêt ou réduction ? ↓

Test de Fagerström

Sert à établir le score de **dépendance physique** à la nicotine (tests en 6 ou 2 questions) : [Lien](#)

Interprétation en fonction du score :	0 à 1	2 à 3	4 à 6
Version simplifiée en 2 questions : 1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? * 10 ou moins.....0 11 à 20.....1 21 à 30.....2 31 ou plus.....3 *Doublé le résultat si cigarette roulée 2. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ? Moins de 5 min.....3 6 à 30 min.....2 31 à 60 min.....1 > 1heure.....0	Pas de dépendance. <small>Le patient bénéficiera uniquement de conseils type comportemental (environnement, habitudes).</small>	Dépendance faible à modérée. <small>Un TSN est recommandé.</small>	Dépendance forte à très forte. <small>Un TSN est recommandé.</small>

2 ENTRETIEN INITIAL

Identification des facteurs de risque FR échec/Parcours patient

FR d'échec	<ul style="list-style-type: none"> Troubles anxio-dépressifs majeurs Crainte d'une prise de poids majeure Co-addictions : cannabis/alcool Echecs répétés malgré une bonne PEC Patients fortement dépendants à la nicotine 	0 FR → Au moins 1 FR →	PEC par le pharmacien + prescripteur du TSN PEC pluridisciplinaire supplémentaire (tabacologie, diététicien, psychologue)	<small>Liste des structures dédiées</small> 
-------------------	--	---------------------------	--	--

Entretien motivationnel d'après les étapes de Prochaska et Di Clemente (HAS)

1 - Identifier où se situe le patient dans sa motivation	Intention <small>oui mais... songe à arrêter, reste ambivalent</small>	Préparation <small>A décidé d'arrêter et s'y prépare</small>	Action <small>Il arrête maintenant</small>
2 - Conduite à tenir <small>Penser aux 3 R :</small>	Evoquer les Raisons personnelles qui le poussent à arrêter Aider le fumeur à évoquer les Risques pour sa santé / Identifier les bénéfices pour sa santé (Résultats) Identifier les obstacles à l'arrêt pour les Résoudre (voir FR) Prévoir un suivi et Répéter cet entretien	Féliciter la décision Informer des traitements possibles Fixer des objectifs atteignables Donner des conseils pratiques pour adapter l'environnement.	Valoriser les bienfaits de l'arrêt Instaurer un suivi régulier à l'officine. Proposer une fiche de suivi .

3 CHOIX DU TSN

Calcul de la dose initiale

Méthode de l'équivalence approximative : 1 cigarette manufacturée = 1 mg de nicotine = 1 mg de substitution nicotinique
 1 cigarette roulée = 2 mg de nicotine
 1 joint = 4 cigarettes
 1 cigarillo = 2 à 4 cigarettes

Formes galéniques		Dépendance faible	Dépendance modérée	Dépendance forte
Transdermique LP	Posologie déterminée en fonction du score de dépendance	14mg/24 h ou 10mg/16h	21mg/24 h ou 15mg/16h	21mg/24 h ou 25mg/16h
	Posologie initiale déterminée par équivalence approximative *	<10 cig / jour	<15 cig / jour	>15 cig / jour
		7mg/24 h	14mg/24 h	21mg/24 h
Conseils d'application : • Peau bien sèche, sans lésion, sans poils • Changer le site d'application chaque jour • Douche autorisée • En cas de décollement, le recoller		Autre : • Il est possible de fumer alors que le patch est posé • Possibilité de le placer sous le pied si allergie		
Orale LI (à privilégier en 1ere intention)	Gomme	2mg		4mg
			1e phase : 8 à 12 gommes / jour pendant 3 mois environ	
	Pastille / comprimé	1mg/1,5mg/2mg		2,5 et 4mg
			1e phase : 1 cp à sucer toutes les 1 à 2h durant 1 mois et demi	
	Spray	1 à 2 pulv / prise - max 4X/h 1 pulv = 1 cigarette = 1mg de nicotine Il est déconseillé d'utiliser le pulvérisateur au delà de 6 mois.		
	Inhalateur	1 cartouche = 10 mg de nicotine (voir RCP) Durée max utilisation : 12 h Dispositif intéressant pour les patients mettant au premier plan la gestuelle Non remboursé par l'assurance maladie.		

Depuis 2018, les TSN sont remboursés sur ordonnance (PH7), sans plafond annuel, ni avance de frais nécessaire à la pharmacie. Prescription possible par médecins, sages-femmes, infirmiers, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes qui pourront régulariser la délivrance si besoin. Les TSN augmentent de 50 à 70% les chances de réussite au sevrage (CPAM). Voir [liste des TSN pris en charge](#).

4 STRATEGIES COMPLEMENTAIRES

Homéopathie, hypnose médicale, acupuncture

Stratégies thérapeutiques non validées par la HAS mais pouvant être associées à la demande du patient tant que cela ne nuit pas à sa santé.



La cigarette électronique "vapotage"

Le recours à la cigarette électronique ne peut se faire qu'en cas d'échecs thérapeutiques validés répétés. NB : Doit être achetée chez un vendeur formé, norme AFNOR.

Avantages : elle ne libère pas de produits de combustion ou de monoxyde de carbone. Variation du dosage en nicotine.

Inconvénients : diffusion très rapide de la nicotine et reproduit la gestuelle donc **maintient les dépendances** contrairement aux TSN dont la diffusion est lente. Elle libère des substances irritantes. N'a pas d'effet connu à long terme. Ne doit pas être conseillée.

5 SUIVI & CONSEILS

Un suivi régulier 1 fois par semaine pendant le premier mois puis mensuel est recommandé [fiche de suivi à l'arrêt tabagique-cespharm](#)



Stratégie de réduction de dose :

- répondre à l'objectif du patient (arrêt, diminution)

- recaractériser le niveau de dépendance à chaque entretien et **réduire** les doses par pallier

Savoir identifier un **surdosage** ou un **sous-dosage** pour limiter les **échecs thérapeutiques**

-	Sous-dosage/syndrome de manque	Troubles de l'humeur, insomnie, irritabilité, anxiété, difficultés à se concentrer, grignotage, fiébrilité, persistance de pulsion(s) à fumer	S'assurer de la bonne observance et de la bonne utilisation des TSN à LI. Augmenter les posologies des TSN à LP jusqu'à ne plus sentir d'effets
+	Surdosage	Céphalées, nausées et palpitations, bouche pâteuse, diarrhées, vertiges	Retirer le patch, remplacer par un dosage inférieur dès la disparition des signes cliniques (2h)

Coaching, conseils, questions



UCAST de Toulouse - prise de RDV : 05.67.77.17.61

RPIB = repérage précoce et intervention brève, CV = cardio-vasculaire, PEC = prise en charge, TCC = thérapie cognitivo-comportementale, TSN = traitement de substitution nicotinique, UCAST = unité de coordination d'aide au sevrage tabagique, FR = facteur de risque, CPAM = caisse primaire d'assurance maladie, LP = libération prolongée, LI = libération immédiate, CI = contre indication, IM = interaction médicamenteuse, HAS = haute autorité de santé, RCP = résumé des caractéristiques du produit.

Sources : <https://www.has-sante.fr/>, Cespharm sevrage tabagique, Moniteur des pharmacies Cahier 2 du N°3245 du 3 novembre 2018, Vidal optimal RCP, Diaporama Dr Rabeau, MOOC sevrage tabagique, www.tabagora.com

Pour compléter le repérage/dépistage :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/algorithmes_depistage.pdf

Pour compléter un entretien :

livret de consultation Santé publique France pour développer l'aspect motivationnel :

Lien :

Liste des structures dédiées (liste non exhaustive)

<https://2pao.fr/directory-annuweb/>

<https://www.addictopole-occitanie.com/annuaire>

<https://www.tabac-info-service.fr/je-trouve-un-tabacologue>

Liste des aides numériques :

<https://www.stop-tabac.ch/>

<https://www.tabac-info-service.fr/>

<https://www.tabacstop.be/>

applications : Tabac info service/ Ouiquit - arrêter de fumer/

Réseaux sociaux "des conseils d'inconnus, ça motive plus"

Facebook : "je ne fume plus" #JNFP 21 800 membres qui se soutiennent

Où et comment se former ?

Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arr-et-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours

Certaines universités proposent des diplômes en Addictologie - Tabacologie

Les diplômes universitaires (DU) et inter-universitaires (DIU) en tabacologie et aide au sevrage tabagique, par ville :

- Tabacologie : Brest, Clermont-Ferrand, Grenoble, Nantes.
- Tabacologie et aide au sevrage tabagique : Montpellier, Paris-Sud, Saint-Etienne.

Renseignez-vous sur le détail de ces formations en consultant les sites Internet des universités qui dispensent ces formations.

DESU (diplôme d'études supérieures universitaires)

Diplôme proposé par le service de formation permanente de l'université Paris 8

DESC (diplôme d'études spécialisées complémentaires)

Ce diplôme permet d'obtenir une compétence ou une qualification pour certaines spécialités.

Formation d'une durée de 2 ans.

Conseils généraux lors d'un arrêt

Environnement : enlever les cendriers, éviter les lieux fumeurs, prévenir son entourage et demander son soutien

Modifier ses habitudes : identifier les facteurs déclenchants et les cigarettes réflexes. Activité physique

Pour résister à l'envie de fumer : l'envie de fumer ne dure pas, s'occuper, prendre un TSN, se féliciter à chaque fois qu'on a réussi, ne pas culpabiliser si on n'y arrive pas

Commencer par enlever les cigarettes « réflexes » (celles liées à l'habitude) avant celles dites « plaisir » (celles du matin, du café).

Pour limiter la prise de poids : éviter les grignotages et la consommation d'alcool, faire 3 vrais repas équilibrés et se faire plaisir, augmenter son activité physique quotidienne.

En cas d'échec, identifier : Rechercher des effets 2^e des traitements, troubles du sommeil, prise de poids, syndromes dépressifs.

source : cespharm

ANNEXE N°4 :

Fiche Entretien Pharmaceutique Tabagisme (Contact)

ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE - TABAGISME (Contact)

<i>Questions</i>	<i>Réponses</i>
0. Date	____/____/____
1. Données relatives au patient	
1.a ID Patient	-----
1.b Repérage	<input type="checkbox"/> Campagne de promotion <input type="checkbox"/> Pathologie(s) associée(s) sur l'ordonnance <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Contraception orale <input type="checkbox"/> Intervention chirurgicale programmée <input type="checkbox"/> Demande d'ordre esthétique <input type="checkbox"/> Demande spontanée du patient <input type="checkbox"/> Sortie d'hospitalisation <input type="checkbox"/> Demande du médecin traitant <input type="checkbox"/> Autre : -----
1.c Nom complet	-----
1.d Contact	-----
1.e Age	-----
1.f Poids (Kg)	-----
1.g Taille (Cm)	-----
1.h Sexe	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Grossesse (Trimestre : -----) <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Ne se prononce pas

1.i Comorbidités	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Maladie cardiovasculaire <input type="checkbox"/> BPCO <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Troubles psychiatriques <input type="checkbox"/> Co-addictions : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____
1. j Catégorie socioprofessionnelle (selon INSEE)	<input type="checkbox"/> Agriculteur <input type="checkbox"/> Artisan, Commerçant, Chef d'entreprise <input type="checkbox"/> Cadre et professions intellectuelles supérieures <input type="checkbox"/> Professions intermédiaires <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Ouvrier <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle

2. Caractéristiques relatives au tabagisme actif

2.a À quel âge avez-vous commencé à fumer ?

2.b Sous quelle forme consommez-vous du tabac ?

2.c Combien d'unités de tabac consommez-vous par jour ?

- 10 ou moins
- 11 à 20
- 21 à 30
- 31 ou plus

2.d Dans quel délai après le réveil consommez-vous votre première cigarette ?

- Moins de 5 minutes
- 6 à 30 minutes
- 31 à 60 minutes
- Après plus d'1 heure

2.e Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?

- Oui
- Non

2.f À quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?

- À la première de la journée
- Une autre

<p>2.g Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui, à quelle tentative êtes-vous ?</p> <p><input type="checkbox"/> Deuxième tentative</p> <p><input type="checkbox"/> Troisième tentative</p> <p><input type="checkbox"/> Quatrième tentative</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>
<p>2.h Avez-vous identifié les obstacles majeurs rencontrés lors de vos précédentes tentatives ?</p>	<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>2.i Avez-vous identifié des situations pendant lesquelles l'envie de fumer est la plus forte ?</p>	<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>2.j Quel est votre budget mensuel pour le tabac ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Moins de 20 euros</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 20 et 50 euros</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 50 et 100 euros</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 100 et 200 euros</p> <p><input type="checkbox"/> Supérieur à 200 euros</p>

3. Traitements et conseils associés	
3.a Orientation vers une consultation médicale ?	<input type="checkbox"/> Oui, et pourquoi : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Très forte dépendance <input type="checkbox"/> Comorbidités à risque (cf. Comorbidités page 2) <input type="checkbox"/> Doutes patient <input type="checkbox"/> Échecs répétés malgré une bonne PEC <input type="checkbox"/> Non
3.b Date d'arrêt fixée ?	<input type="checkbox"/> Oui, et quand : _____ <input type="checkbox"/> Non
3.c Demande de réduction de la consommation ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3.d TNS délivrés par le pharmacien ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, et pourquoi : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Le patient reviendra <input type="checkbox"/> Attente d'une ordonnance <input type="checkbox"/> Doutes patient
3e. Si TNS délivrés, lesquels ?	<input type="checkbox"/> Dispositif transdermique : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dose par 16 heures : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 10 mg <input type="checkbox"/> 15 mg <input type="checkbox"/> 25 mg <input type="checkbox"/> Dose par 24 heures : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 7 mg <input type="checkbox"/> 14 mg <input type="checkbox"/> 21 mg <input type="checkbox"/> Gommages : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 2 mg <input type="checkbox"/> 4 mg

5. Retour d'information patient					
Questions	Niveau de satisfaction du patient				
	N/A	Mauvais	Moyen	Bon	Excellent
5.1 Quel est votre avis général sur cet entretien ?					
5.2 Quel est votre avis sur le lieu où s'est déroulé l'entretien ?					
5.3 Quel est votre avis sur la qualité des informations communiquées par votre pharmacien ?					
5.4 Quel est votre avis sur l'efficacité de cette démarche ?					
5.5 Expression libre	----- ----- ----- ----- ----- ----- -----				

2. Caractéristiques relatives au tabagisme actif

2.a Où en est votre consommation à ce jour ?	<input type="checkbox"/> J'ai arrêté de fumer, et quand : _____ <input type="checkbox"/> J'ai diminué ma consommation, et de : <input type="checkbox"/> Moins de 50 % <input type="checkbox"/> Plus de 50 % <input type="checkbox"/> J'ai la même consommation <input type="checkbox"/> J'ai augmenté ma consommation
2.b Combien d'unités de tabac consommez-vous par jour ?	<input type="checkbox"/> 10 ou moins <input type="checkbox"/> 11 à 20 <input type="checkbox"/> 21 à 30 <input type="checkbox"/> 31 ou plus
2.c. Dans quel délai après le réveil consommez-vous votre première cigarette ?	<input type="checkbox"/> Moins de 5 minutes <input type="checkbox"/> 6 à 30 minutes <input type="checkbox"/> 31 à 60 minutes <input type="checkbox"/> Après plus d'1 heure
2.d Trouvez-vous qu'il est difficile de s'abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2.e À quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?	<input type="checkbox"/> À la première de la journée <input type="checkbox"/> Une autre
2.f Utilisez-vous une cigarette électronique ?	<input type="checkbox"/> Oui, et comment : <input type="checkbox"/> Dosage : _____ <input type="checkbox"/> Volume : _____ <input type="checkbox"/> Non

3. Traitements et conseils associés

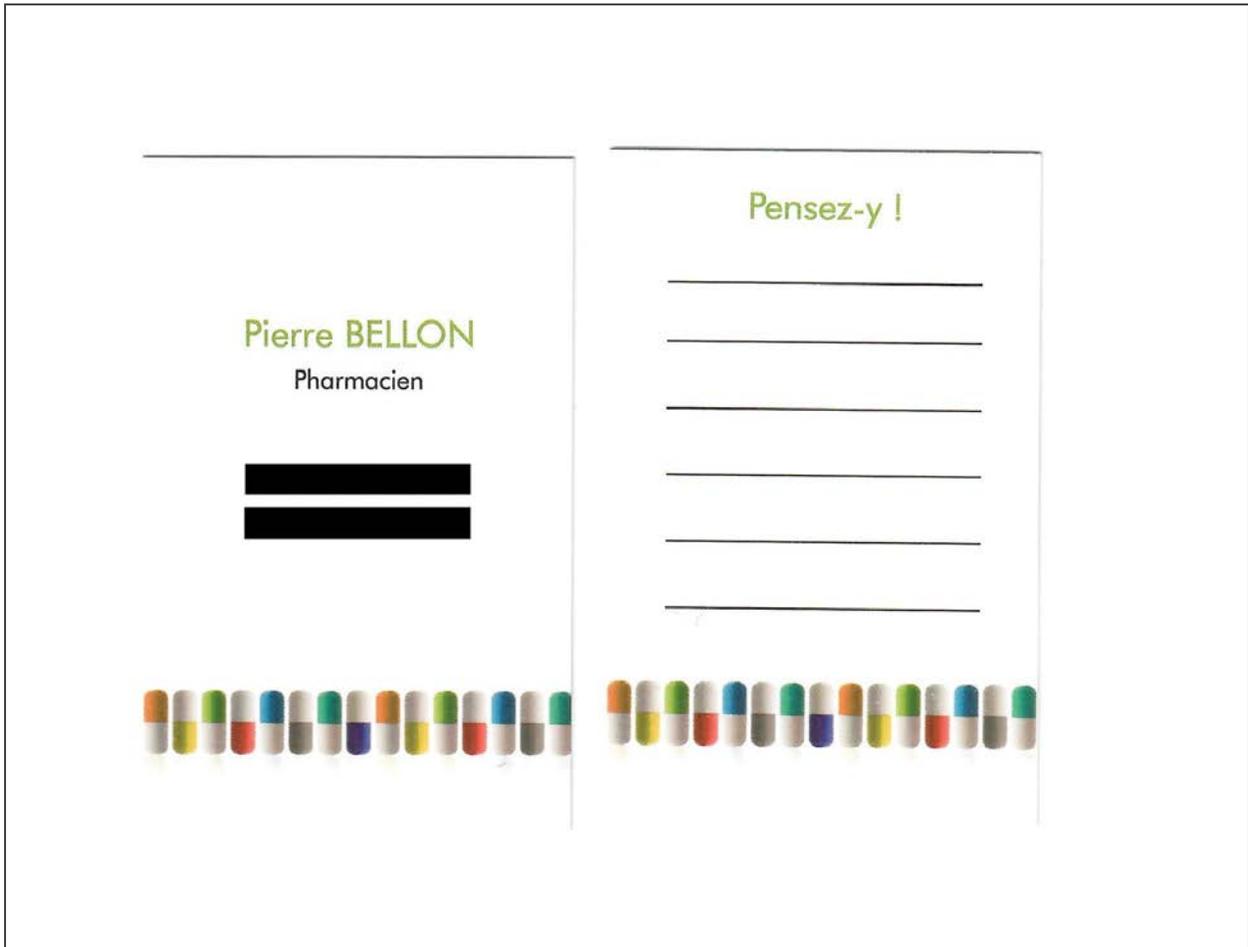
<p>3.a Vous a-t-on prescrit des traitements ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui, et par qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/> Médecin tabacologue <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute <input type="checkbox"/> Sage-femme <input type="checkbox"/> Chirurgien dentiste <p><input type="checkbox"/> Non</p>
<p>3.b Si vous avez une ordonnance, quels sont les traitements prescrits ?</p>	<p><input type="checkbox"/> TNS</p> <p><input type="checkbox"/> TCC</p> <p><input type="checkbox"/> Thérapie alternative, et laquelle : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Varénicline (CHAMPIX®)</p> <p><input type="checkbox"/> Bupropion (ZYBAN®)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p>
<p>3.c Si oui, avez-vous des questions concernant votre ordonnance ?</p>	<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>3.d Si oui, les conseils de votre prescripteur différent des conseils donnés par votre pharmacien ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui, et comment :</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>
<p>3.e Réévaluation du traitement ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui, et laquelle : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>

3.f Avez-vous trouvé notre dernier entretien utile ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3.g Quelle(s) TCC conseillée(s) par votre pharmacien vous a été le plus utile ?	<input type="checkbox"/> Alliance thérapeutique <input type="checkbox"/> Analyse fonctionnelle <input type="checkbox"/> Méthodes comportementales <input type="checkbox"/> Evaluations <input type="checkbox"/> Soutien psycho-social
3.h Avez-vous suivi votre TNS ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, et pourquoi : _____
4. Caractéristiques de l'entretien	
4.a Type	<input type="checkbox"/> Distanciel <input type="checkbox"/> Présentiel
4.b Durée	
4.c Souhaitez-vous poursuivre ces entretiens ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, et pourquoi : _____
4.d Si oui, prochain entretien :	<ul style="list-style-type: none"> • Date : ____/____/____ • Type : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Distanciel <input type="checkbox"/> Présentiel

5. Retour d'information patient					
Questions	Niveau de satisfaction du patient				
	N/A	Mauvais	Moyen	Bon	Excellent
1. 5.1 Quel est votre avis général sur cet entretien ?					
2. 5.2 Quel est votre avis sur le lieu où s'est déroulé l'entretien ?					
3. 5.3 Quel est votre avis sur la qualité des informations communiquées par votre pharmacien ?					
4. 5.4 Quel est votre avis sur l'efficacité de cette démarche ?					
5. 5.5 Expression libre	----- ----- ----- ----- ----- ----- -----				

ANNEXE N°6 :

Carte de visite du pharmacien



ANNEXE N°7 :

Test de Fagerström Simplifié (HAS, 2014)

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

Test de Fagerström simplifié en deux questions

1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3
2. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Moins de 5 minutes	3
6 à 30 minutes	2
31 à 60 minutes	1
Après plus d'1 heure	0

Interprétation selon les auteurs :

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

ANNEXE N°8 :

Test de Fagerström Complet (HAS, 2014)

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

Test de Fagerström en six questions

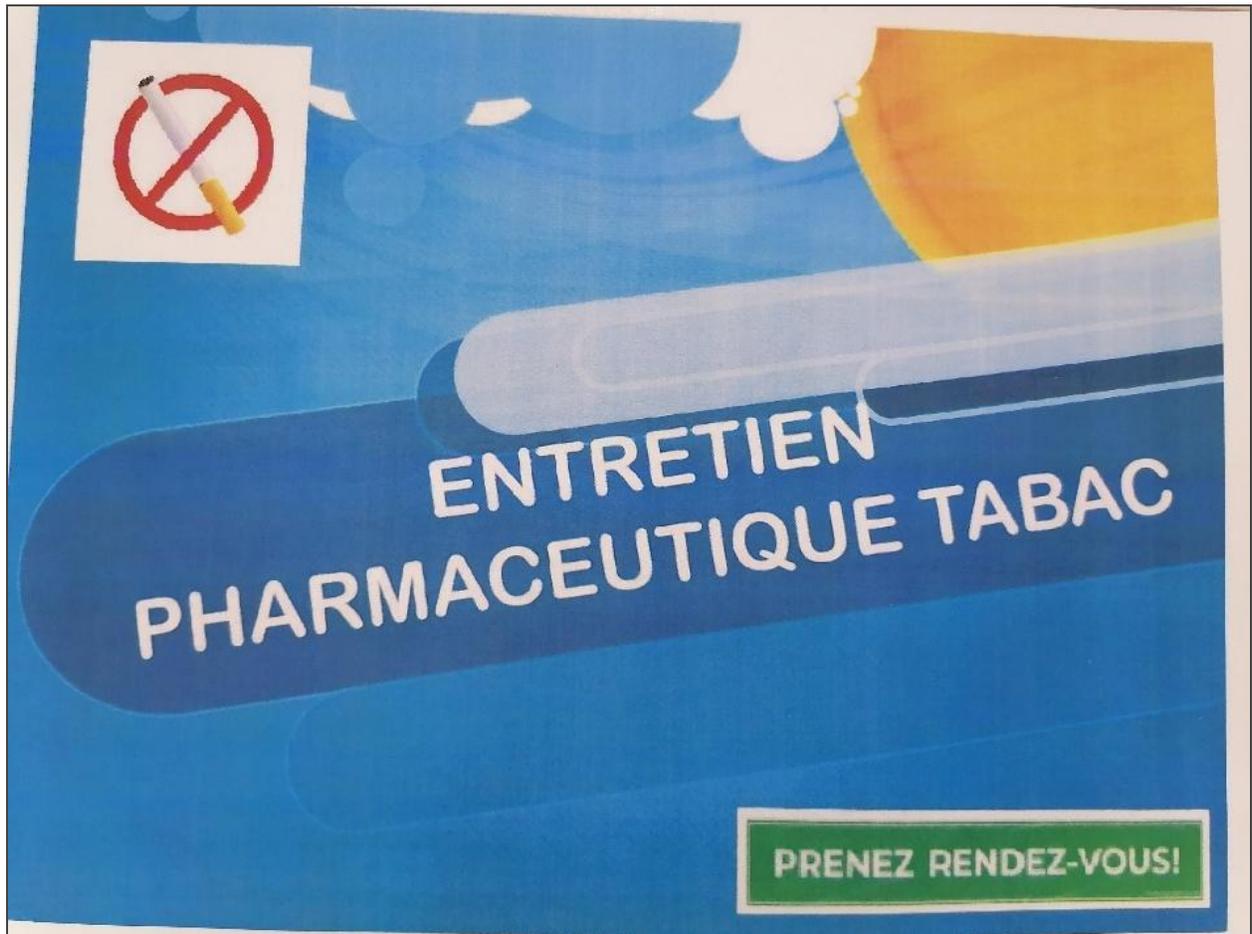
1. Le matin, combien de temps après être réveillé(e), fumez-vous votre première cigarette ?
 - a. Dans les 5 minutes 3
 - b. 6 - 30 minutes 2
 - c. 31 - 60 minutes 1
 - d. Plus de 60 minutes 0
2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (ex. : cinémas,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

Interprétation selon les auteurs :

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

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

ANNEXE N°9 :
Affiche Entretien Pharmaceutique Tabagisme



SERMENT DE GALIEN



SERMENT DE GALIEN

En présence des *Maitres de la Faculté*, je fais le serment :

- *D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances*
- *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 Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;*
- *De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité*
- *En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.*
- *De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession*
- *De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens*
- *De coopérer avec les autres professionnels de santé*

*Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.*

Date : 09/12/2023

Signatures de :

L'étudiant

et

du Président du jury

P.CESTAC

Version collée par la Direction des Dépenses de l'Université de Pharmacie - 7 février 2018

L'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE : DES SOLUTIONS DE PROXIMITÉ AVEC L'APPUI DU PHARMACIEN D'OFFICINE (PHARMACIST-SUPPORTED ACCESSIBLE SOLUTIONS FOR SMOKING CESSATION)

RÉSUMÉ :

Le tabagisme constitue un problème majeur de santé publique. La prise en charge du patient tabagique est complexe et l'approche multidisciplinaire est indispensable à l'efficacité des stratégies thérapeutiques. Le pharmacien d'officine, professionnel de santé de proximité souvent en première ligne, doit pouvoir participer activement à l'accompagnement et au suivi du patient pour optimiser sa prise en charge et ses chances de réussite. L'objectif de notre étude était de décrire la mise en place d'entretiens pharmaceutiques d'aide au sevrage tabagique dans une officine et de mesurer la prévalence des entretiens réalisés. Après avoir été formé et après la création d'outils nécessaires au déroulé des entretiens pharmaceutiques, le pharmacien d'officine a repéré 54 patients, et réalisé 14 premiers entretiens. 12 patients tabagiques ont bénéficié d'entretiens de suivi, à 28 jours d'écart, d'une durée moyenne de 24 minutes. 71% des patients ont bénéficié d'un traitement nicotinique de substitution, réévalué dans 67% des cas. L'observance déclarée par les patients vis-à-vis des substituts nicotiques a été de 67%. Lors du deuxième entretien, 83,3% des patients ont diminué ou arrêté le tabac. L'avis général des patients sur les entretiens pharmaceutiques est excellent dans 88,4% des cas et 83% souhaitent un entretien supplémentaire. Ces résultats confirment l'intérêt des entretiens pharmaceutiques de sevrage tabagique à l'officine et ouvrent la réflexion sur l'autorisation de prescription par les pharmaciens de substituts nicotiques et la prise en charge par l'assurance maladie de ces entretiens.

SUMMARY:

Smoking constitutes a major public health issue. The care of smoking patients is complex and a multidisciplinary approach is critical for the efficiency of therapeutic strategies. The community pharmacist, a local health professional often on the front line, must be able to actively participate in the support and monitoring of the patient to optimize their care and their chances of success. The objective of our study was to describe the implementation of pharmaceutical interviews to help with smoking cessation in a pharmacy and to measure the prevalence of the interviews carried out. After being trained and after creating the tools necessary for conducting pharmaceutical interviews, the community pharmacist identified 54 patients and carried out 14 initial interviews. 12 smoking patients benefited from follow-up interviews, 28 days apart, with an average duration of 24 minutes. 71% of patients benefited from nicotine replacement treatment, re-evaluated in 67% of the time during the follow-up interviews. Compliance declared by patients with nicotine substitutes was 67%. During the second interview, 83.3% of patients reduced or stopped smoking. The general opinion of patients on pharmaceutical interviews is excellent in 88.4% of cases and 83% ask for an additional interview. These results confirm the value of pharmaceutical smoking cessation interviews in the pharmacy and open up reflection about the authorization of prescription by pharmacists of nicotine substitutes and the coverage by public health insurance of these interviews.

MOTS-CLÉS : Nicotine, Tabac, Sevrage, Pharmacien, Entretien

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Sciences pharmaceutiques

UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE : Université Toulouse III - Paul Sabatier

Département des sciences pharmaceutiques, 35 chemin des Maraîchers 31062 Toulouse Cedex 9

DIRECTRICE DE THÈSE : Dr. RÉCOCHÉ-LISSORGUES Isabelle