

Année 2017

N°..030.

**THESE**  
**Pour le**  
**DIPLÔME D'ETAT**  
**DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

Par

BACCONNAIS Ludwig

---

Présentée et soutenue publiquement le 10 Juillet 2017 à la Faculté de Pharmacie de  
NANTES

**Rôle du pharmacien dans la prise en charge  
de l'aide à l'arrêt du tabagisme.  
Analyse des besoins et mise en place d'un  
dispositif d'aide personnalisé.**

Président : **Mr Alain PINEAU**, professeur de toxicologie, UFR des sciences  
pharmaceutiques et biologiques, Nantes

Membres du jury : **Mme Caroline VICTORRI-VIGNEAU**, MCU-PH, Centre  
d'addictovigilance, CHU, Nantes  
**Mr Florian BERTHOMIER**, docteur en pharmacie

## TABLE DES MATIERES

<b>1 INTRODUCTION .....</b>	<b>6</b>
<b>2 LE SEVRAGE TABAGIQUE .....</b>	<b>7</b>
2.1 OBJECTIF DE L'AIDE A L'ARRET DU TABAGISME .....	7
2.2 DEPISTAGE INDIVIDUEL DU TABAGISME .....	8
2.2.1 <i>Qui peut dépister ?</i> .....	8
2.2.2 <i>Quand dépister ?</i> .....	8
2.2.3 <i>Comment dépister ?</i> .....	10
2.2.4 <i>Cas particuliers</i> .....	12
2.3 ÉVALUATION INITIALE .....	13
2.3.1 <i>Comment identifier la dépendance ?</i> .....	13
2.3.1.1 Questionnaire d'évaluation quantitative .....	13
2.3.1.2 Importance des marqueurs biologiques pour l'évaluation de la dépendance. ....	15
2.3.2 <i>Evaluation de la motivation du patient et conduite à tenir de la part du</i> <i>professionnel de santé</i> .....	15
2.3.2.1 Evaluation de la motivation .....	15
2.3.2.2 Conduite à tenir de part du professionnel de santé .....	18
2.3.3 <i>Evaluation des co-morbidités anxieuse et dépressive</i> .....	20
2.3.4 <i>Evaluation des co-addictions</i> .....	24
2.3.5 <i>Donner le conseil d'arrêt</i> .....	25
2.4 STRATEGIES THERAPEUTIQUES ET NON THERAPEUTIQUES DE L'AIDE A L'ARRET DU TABAGISME. ....	29
2.4.1 <i>Traitements médicamenteux</i> .....	29
2.4.1.1 Traitements nicotiques de substitution (TNS) .....	29
2.4.1.2 Varénicline (Champix ®) .....	43
2.4.1.3 Bupropion (Zyban ®) .....	48
2.4.1.4 Conclusion sur les traitements médicamenteux (2) .....	51
2.4.2 <i>Traitements non médicamenteux</i> .....	52
2.4.2.1 Entretien motivationnel .....	52
2.4.2.2 Matériel d'auto-support .....	53
2.4.2.3 Méthodes d'accompagnement psychologique .....	54
2.4.2.4 Hypnothérapie (hypnose médicale) .....	56
2.4.2.5 Acupuncture .....	57
2.4.2.6 Activité physique .....	58

2.4.2.7 Méthodes aversives.....	58
2.4.2.8 Intervention de soutien via des messages textes par téléphone portable .....	58
2.4.2.9 Intervention de soutien par Internet.....	59
2.4.2.10 Conclusion sur les traitements non médicamenteux.....	59
<b>2.4.3 La cigarette électronique .....</b>	<b>60</b>
2.4.3.1 Introduction.....	60
2.4.3.2 Effets aigus observés lors d'utilisation de la cigarette électronique.....	60
2.4.3.3 Toxicité des cigarettes électroniques .....	62
2.4.3.4 Risque de dépendance induit ou entretenu par l'e-cigarette.....	63
2.4.3.5 La cigarette électronique peut-elle être un moyen efficace d'aide à l'arrêt du tabac ? .....	64
2.4.3.6 Etat des lieux de l'usage de la cigarette électronique en France en 2014.....	66
2.4.3.7 Conclusion : quelques recommandations de l'OFT à propos de la cigarette électronique ....	67
<b>2.5 LE SUIVI DU PATIENT : MAINTIEN DE L'ABSTINENCE ET PREVENTION DE LA</b>	
<b>RECHUTE.....</b>	<b>68</b>
<b>3 PLACE ACTUELLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS L'AIDE A L'ARRET DU</b>	
<b>TABAC.....</b>	<b>72</b>
3.1 LES TEXTES A PROPOS DU SEVRAGE TABAGIQUE RELATIFS A LA PROFESSION DE	
PHARMACIEN.....	72
3.2 LES LIMITES IMPOSEES A LA PROFESSION DE PHARMACIEN ET LE PARADOXE	
AUQUEL IL EST CONFRONTE. ....	72
3.3 POURQUOI LE PHARMACIEN D'OFFICINE EST-IL UN ACTEUR IMPORTANT DE LA	
PRISE EN CHARGE DE L'ARRET DU TABAC ?.....	74
3.4 LE ROLE DU PHARMACIEN EN PRATIQUE.....	76
3.4.1 <i>Le conseil minimal</i> .....	76
3.4.2 <i>Evaluation</i> .....	76
3.4.3 <i>Donner le conseil d'arrêt</i> .....	77
3.4.4 <i>Proposition et vente d'un traitement d'aide au sevrage tabagique</i> .....	77
3.4.5 <i>Suivi du patient</i> .....	78
3.4.6 <i>Prise en charge financière des traitements d'aide à l'arrêt du tabagisme par</i>	
<i>l'Assurance Maladie</i> .....	79
<b>4 PHARMACIEN ET SEVRAGE TABAGIQUE : LA REALITE.....</b>	<b>80</b>
4.1 LE GRAND PUBLIC FACE AU SEVRAGE TABAGIQUE.....	80
4.1.1 <i>Présentation de l'étude</i> .....	80
4.1.1.1 Objectifs	

4.1.1.2 Moyens et méthode	
<b>4.1.2 Résultats</b> .....	<b>82</b>
4.1.2.1 Chez les fumeurs ayant arrêté .....	82
4.1.2.2 Chez les fumeurs ayant déjà tenté d'arrêter .....	85
4.1.2.3 Chez les fumeurs actuels .....	88
<b>4.1.3 Conclusion</b> .....	<b>89</b>
<b>4.2 MISE EN PLACE D'ENTRETIEN A L'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE AU SEIN DE L'OFFICINE</b> .....	<b>90</b>
4.2.1 <i>Pourquoi mettre en place des entretiens à l'aide au sevrage tabagique ?</i> .....	90
4.2.2 <i>Les entretiens : mise en place pratique</i> .....	90
4.2.1.1 Première étape : la prise de contact avec le patient .....	91
4.2.1.2 Deuxième étape : Le premier rendez-vous .....	91
4.2.1.3 Troisième étape : Suivi précoce suite à l'arrêt et entretien motivationnel .....	93
4.2.1.4 Quatrième étape : les bilans .....	94
4.2.1.5 Schéma de prise en charge global et but de chaque rendez vous .....	95
4.2.3 <i>Résultats obtenus sur un an de suivi personnalisé dans une officine de Loire-Atlantique</i> .....	96
4.2.4 <i>Conclusion sur le suivi mis en place dans cette officine de Loire-Atlantique</i> ...	101
<b>5 DISCUSSION</b> .....	<b>102</b>
<b>6 CONCLUSION</b> .....	<b>106</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>108</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>110</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>111</b>

## TABLEAUX

Tableau 1 - Recommandations HAS - Dépistage du Tabagisme.....	10
Tableau 2 - Bénéfice de l'arrêt du tabac en fonction de la durée de l'abstention .....	26
Tableau 3 - Symptômes de sevrage .....	27
Tableau 4 - Posologie des timbres transdermiques .....	36
Tableau 5 - Posologie des gommes à mâcher.....	37
Tableau 6 - Posologie des inhalateurs.....	37
Tableau 7 - Posologie des spray buccaux .....	38
Tableau 8 - Conclusion sur les traitements non médicamenteux.....	59
Tableau 9 - Résumé du déroulement des entretiens .....	95

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 - Algorithme « Du dépistage à la mise en place d'un traitement de l'aide à l'arrêt du tabagisme » .....	11
Figure 2 - Algorithme "IDEAL" .....	12
Figure 3 - Cycle de Prochaska et DiClemente .....	16
Figure 4 - Echelle analogique de l'évaluation de la motivation .....	18
Figure 5 - Nicotine .....	29
Figure 6 - Absorption de la fumée de tabac.....	30
Figure 7 - Pharmacocinétique de la cigarette et des TNS.....	40
Figure 8 - Varénicline.....	43
Figure 9 - Bupropion .....	48
Figure 10 - Cancérogènes et PHA dans les cigarettes électroniques RUYAN, cartouche 0 mg de nicotine .....	63
Figure 11 - Modèle de rechute de Marlatt et Gordon .....	69
Figure 12 - Fiche de suivi Cespharm .....	79
Figure 13 - Durée d'abstinence chez la population ayant arrêté le tabac .....	82
Figure 14 - Moyens utilisés VS moyens efficaces chez des patients ayant arrêté de fumer .....	83
Figure 15 - Raison de l'échec de la tentative d'arrêt .....	85
Figure 16 - Moyens d'aide utilisés chez les personnes n'ayant pas tenté d'arrêter seules .....	86
Figure 17 - Rôle du pharmacien dans la prise en charge de l'aide à l'arrêt du tabac chez des patients ayant tenté d'arrêter.....	87

Figure 18 - Utilité du pharmacien dans la prise en charge de l'aide à l'arrêt du tabac selon d'actuels fumeurs.....	88
Figure 19 - Répartition de l'âge des patients ayant participé au suivi .....	96
Figure 20 - Représentation des scores des tests de Fagerström initiaux .....	97
Figure 21 - Consommation initiale de cigarettes des patients ayant été suivis .....	97
Figure 22 - Dosage des patchs initialement proposés en fonction du score de Fagerström .....	98
Figure 23 - Dosage des patchs initialement proposés en fonction de la consommation initiale de cigarettes .....	99
Figure 24 - Représentation du taux d'arrêt ou de rechute en fonction du score initial du test de Fagerström .....	100

# 1 Introduction

Le tabagisme a longtemps été considéré comme une simple habitude, principalement parce que ses effets ne modifient pas fondamentalement le comportement du fumeur et qu'ils n'aboutissent pas à sa marginalisation au sein de la société, mais aussi parce que le syndrome de sevrage tabagique apparaît comme moins bruyant que celui du sevrage à l'alcool ou aux opiacés.

Cependant, le constat des difficultés rencontrées par certains fumeurs lors du sevrage tabagique, les taux de rechutes élevés ainsi que l'amélioration des connaissances des effets neurobiologiques du tabac, notamment de la nicotine, ont conduit à un changement de regard vis-à-vis du tabagisme. La dépendance tabagique est désormais considérée comme un phénomène complexe faisant intervenir à la fois des facteurs constitutionnels et environnementaux.(1)

Les conséquences directes du tabac restent la première cause de mortalité évitable en France : 66 000 décès lui sont attribués chaque année. Un fumeur régulier sur deux meurt des méfaits du tabac et la moitié des décès prématurés intervient avant 69 ans. Le tabagisme passif est responsable de 3000 à 5000 morts par an. Le tabagisme est responsable de la mortalité prématurée : la moitié des décès dus au tabac survient dans la population âgée de 35 à 69 ans, conduisant à une réduction de l'espérance de vie de 20 à 25 ans par rapport à celle d'un non-fumeur.(1)

Le tabac possède un potentiel addictif des plus forts parmi l'ensemble des substances psychoactives. Dans une grande étude de cohorte nationale américaine National Epidemiologic Survey on Alcohol Related Conditions (NESARC) représentative de la population générale, la proportion des usagers du tabac qui devenaient dépendants était de 67 %, alors qu'elle était de 23 % pour l'alcool, 21 % pour la cocaïne et 9 % pour le cannabis.(2)

Le tabac est par ailleurs la substance pour laquelle la probabilité de rémission de la dépendance est la plus faible, derrière l'alcool, le cannabis et la cocaïne (26 ans vs. 14 ans pour l'alcool, 6 ans pour le cannabis et 5 ans pour la cocaïne).(2)

Selon le baromètre santé de l'INPES de 2010, toute la population est confrontée au tabagisme, quelle que soit la tranche d'âge. On remarque un pic de consommation chez les 26-34 ans. Ensuite la proportion de fumeurs diminue petit à petit plus les tranches d'âge augmentent. Le tabagisme reste élevé chez les populations allant de 20 à 45 ans où l'on retrouve chez les hommes des prévalences supérieures à 40% de la population qui admettent fumer quotidiennement (ces mêmes scores étant un peu plus bas chez les femmes). (3)

Ainsi, de par la large population touchée par ce fléau, les coûts engendrés par la consommation de tabac pour la sécurité sociale et pour la société ainsi que par son rôle de garant de la santé publique, le pharmacien joue un rôle fondamental dans la prise en charge des risques liés à la consommation de tabac. Il est avec le médecin traitant, le premier professionnel de santé avec lequel un patient se trouve en contact, il doit donc être le premier interlocuteur d'un patient souhaitant arrêter le tabac. Il doit être le premier à introduire le patient dans un processus d'arrêt et de le mener vers le sevrage tabagique.

Après avoir décrit les grands principes du sevrage tabagique, nous détaillerons le rôle du pharmacien et nous décrirons une expérience originale en officine de suivi personnalisé.

## **2 Le sevrage tabagique**

On appelle sevrage tabagique la démarche qui vise, pour un patient, à mettre fin à son addiction à la nicotine et ainsi stopper sa consommation de tabac.(2)

### ***2.1 Objectif de l'aide à l'arrêt du tabagisme***

L'objectif principal de l'aide à l'arrêt du tabagisme est d'obtenir l'abstinence totale et le maintien de cette abstinence à long terme. Il est prouvé que l'arrêt du tabagisme est bénéfique pour la santé quel que soit l'âge. (2)

Ainsi, avant toute mise en place d'un sevrage tabagique, il faut dans un premier temps définir au sein de la population quelles personnes nécessitent de l'aide dans le cadre de l'arrêt de leur consommation de tabac.

## **2.2 Dépistage individuel du tabagisme**

### **2.2.1 Qui peut dépister ?**

Tous les professionnels de santé en contact avec la population devraient s'impliquer dans l'aide à l'arrêt du tabac.

Comme cela est montré dans les recommandations internationales, il est important de rappeler que tous les professionnels de santé (y compris pharmaciens, dentistes, infirmiers scolaires, etc.) et pas seulement le médecin généraliste, sont légitimes pour parler du tabac avec leur patient et ont leur place dans le dépistage et l'orientation vers une prise en charge. (2)

### **2.2.2 Quand dépister ?**

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. (1)

Le dépistage de l'usage du tabac doit faire partie de l'interrogatoire de la première consultation (identification de facteurs de risque). Toutes les formes d'utilisation du tabac doivent être prises en compte (prisé, mâché, cigare, pipe, narguilé, snus (poudre de tabac humide consommée dans les pays nordiques), joint de cannabis etc.) Des mesures plus spécifiques peuvent être prises :

- ✓ Chez les jeunes enfants : relever le statut tabagique des parents.
- ✓ Chez les enfants/adolescents (dès le collège) poser la question en consultation individuelle, en rappelant la confidentialité et le secret professionnel.
- ✓ Chez la femme avec un désir de grossesse.
- ✓ Chez la femme enceinte : il convient de poser d'abord la question de son statut tabagique antérieur à la grossesse, puis d'évaluer le

tabagisme de l'entourage, avant de l'interroger sur son éventuel tabagisme actuel.

- ✓ Chez la femme en post-partum : réévaluer le statut tabagique même si la femme a arrêté de consommer pendant la grossesse (risque élevé de rechute après l'accouchement) (2)
- ✓ Chez les patients présentant des pathologies où le tabagisme a un rôle déterminant ou aggravant.

### 2.2.3 Comment dépister ?

D'après les Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2013, la démarche à suivre est la suivante afin de dépister le tabagisme chez un individu :(2)

Conseil minimal :	
<b>« FUMEZ –VOUS ? »</b>	
<b>SI OUI :</b>	<b>SI NON :</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ « Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ? »</li> <li>✓ Proposer un dépliant/brochure sur les risques du tabagisme, les bénéfices de l'arrêt et les méthodes de sevrage.</li> <li>✓ « Voulez-vous qu'on prenne le temps d'en parler ? »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ « Avez-vous déjà fumé ? »</li> <li>✓ Si non : le patient n'a jamais fumé.</li> <li>✓ Si oui : « Pendant combien de temps avez-vous fumé ? »</li> <li>✓ Puis : « Depuis quand avez-vous arrêté ? »</li> </ul>
<b>SI OUI :</b>	<b>SI NON :</b>
<p>Plusieurs consultations peuvent être nécessaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Evaluer les croyances et les attentes du patient.</li> <li>✓ Evaluer l'usage et la dépendance.</li> <li>✓ Test de Fagerström</li> <li>✓ Conseiller d'arrêter</li> <li>✓ Evaluer la motivation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conseiller d'arrêter</li> <li>✓ Informer : « Savez-vous qu'il existe des moyens pour vous aider à arrêter de fumer et à soulager les symptômes de sevrage ? »</li> <li>✓ Laisser la porte ouverte : « Sachez que je suis disponible pour en parler quand vous le désirez »</li> <li>✓ Proposer une approche de réduction de la consommation.</li> </ul>
	<p>Le patient est en cours d'arrêt ou a arrêté de fumer depuis peu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Lui faire exprimer les bénéfices de l'arrêt et les valoriser : « vous avez pris une décision bénéfique pour votre santé. »</li> <li>✓ Evaluer les envies et leur gestion.</li> <li>✓ Laisser la porte ouverte : « Sachez que je suis disponible pour vous aider si vous craignez de rechuter.</li> </ul> <p>Le patient a arrêté de fumer depuis longtemps :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Laisser la porte ouverte : « Sachez que je suis disponible pour vous aider si vous craignez de rechuter. »</li> <li>✓ Y penser lors d'évènements de la vie à risque.</li> </ul>

Tableau 1 - Recommandations HAS - Dépistage du Tabagisme

Ainsi l'HAS a édité l'algorithme suivant, détaillant chaque étape, en partant du dépistage jusqu'à la mise en place d'un traitement d'aide à l'arrêt du tabac :(2)

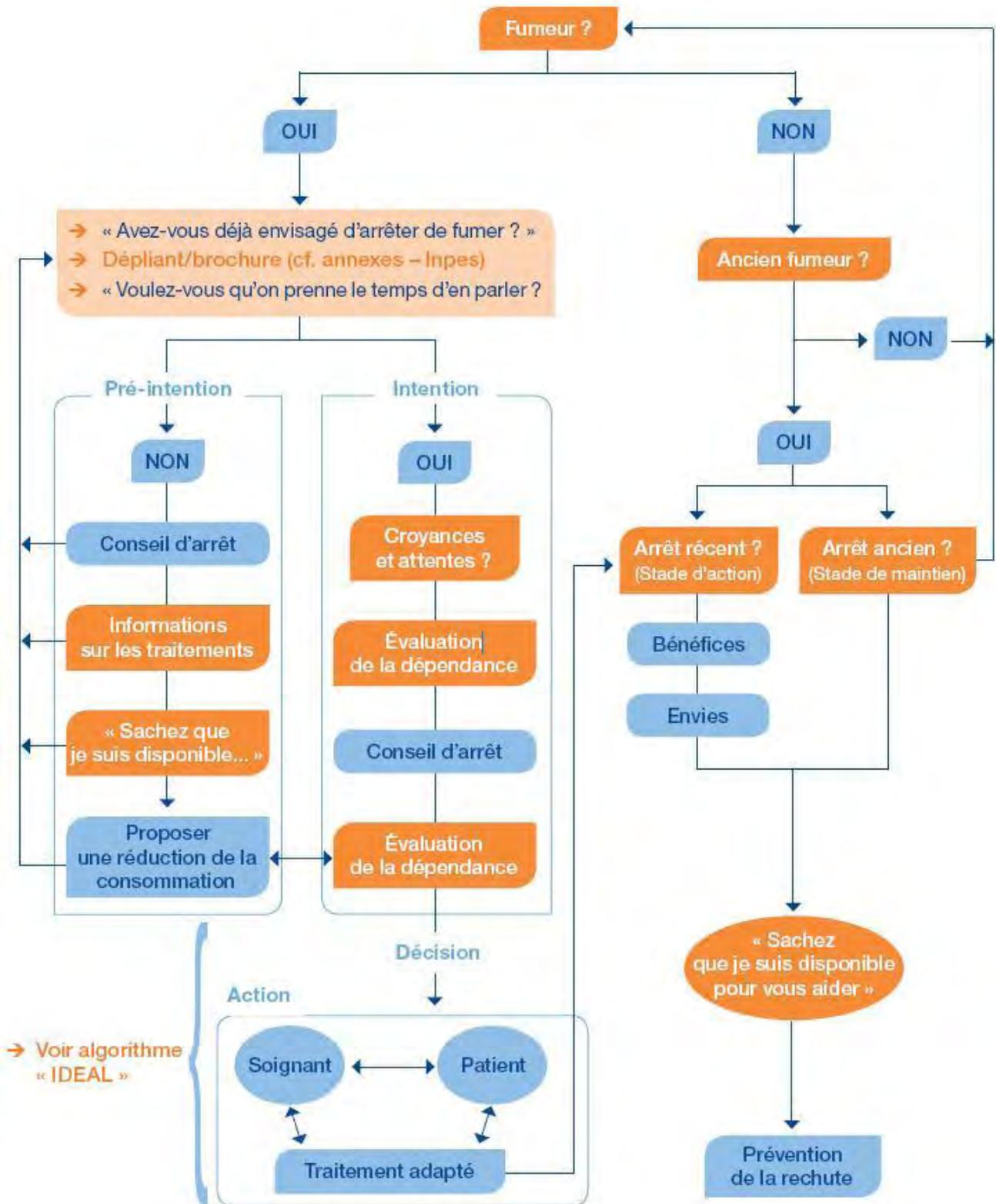


Figure 1 - Algorithme « Du dépistage à la mise en place d'un traitement de l'aide à l'arrêt du tabagisme »

A partir du moment où le patient a pris la décision d'arrêter sa consommation, le protocole suivant doit être mis en place, il s'agit de l'algorithme « IDEAL » :

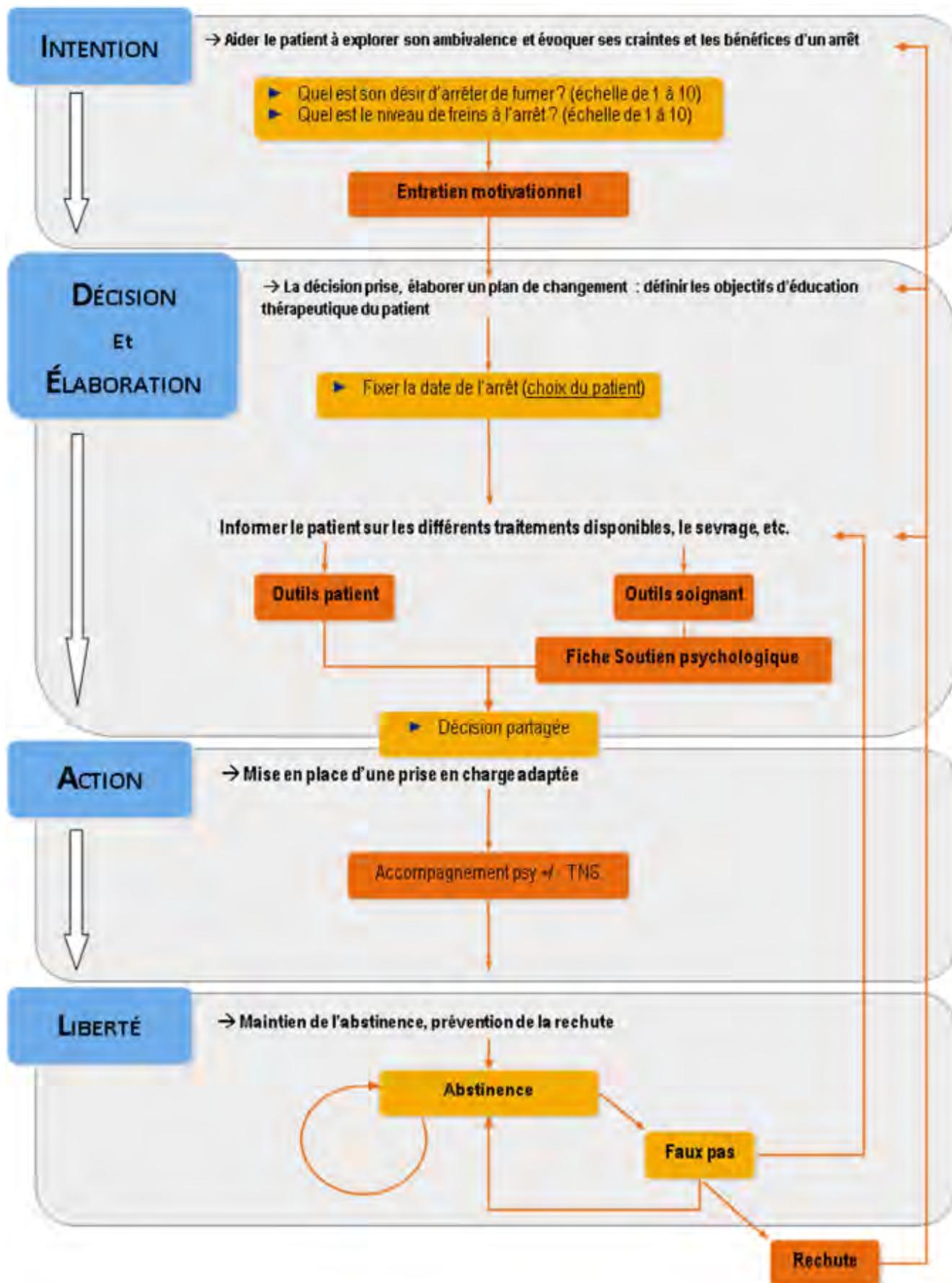


Figure 2 - Algorithme "IDEAL"

## 2.2.4 Cas particuliers

Chez les adolescents, les femmes enceintes ou ayant un désir de grossesse et chez les patients hospitalisés ou péri-opératoires, une orientation de la prise en charge vers un professionnel de santé spécialisé est nécessaire dans ces différents cas.

Il est en de même pour les patients polyconsommateurs ou polymédiqués. En effet le tabac est un fort inducteur du cytochrome P450 1A2. (4)

## 2.3 Evaluation initiale

### 2.3.1 Comment identifier la dépendance ?

La reconnaissance de la dépendance tabagique et de son intensité apparaît comme un temps essentiel afin d'évaluer les probabilités du succès initial et de la durée du sevrage. Elle permettra de proposer des moyens adaptés à la situation afin d'entamer l'arrêt du tabagisme.

Deux types de méthodes sont utilisés pour évaluer la dépendance du tabac : des questionnaires spécifiques et des marqueurs biologiques.(2)

#### 2.3.1.1 Questionnaire d'évaluation quantitative

Plusieurs tests ont été proposés pour mesurer la dépendance tabagique. D'autres mesurent des aspects plus spécifiques de la dépendance, comme le syndrome de sevrage ou le désir compulsif de fumer.

Le questionnaire le plus connu utilisé pour évaluer la dépendance est le test de Fagerström, le *Fagerström test for cigarette dependence*, en 6 questions, basé sur le test de tolérance de Fagerström (FTQ) datant de 1978. Ce test, à l'origine de 8 questions, avait pour vocation de mesurer la dépendance physique. Il a ensuite été réduit à 6 questions. Il existe une version simplifiée du test de Fagerström en deux questions. (2,5)

Plusieurs études ont montré que le risque de rechute à l'arrêt du tabac est plus important si les scores aux tests sont élevés. Le problème de ces tests est qu'ils ne semblent mesurer qu'un seul aspect de la dépendance : la tolérance. En effet, les scores

à ces tests sont très corrélés à la simple consommation de cigarettes. Autre limite, de nombreux éléments du test de Fagerström sont difficilement applicables aux fumeurs occasionnels. Et surtout, ces échelles de mesure ne reprennent pas les définitions de la dépendance de la CIM-10 et du DSM-IV, définitions qui adoptent une conception multidimensionnelle de la dépendance. Certains aspects importants de la dépendance ne sont pas pris en compte comme le syndrome de sevrage, la perte de contrôle, le désir persistant ou l'incapacité de réduire ou d'arrêter sa consommation. (2)

Malgré tout, le test de dépendance à la cigarette de Fagerström, présenté ci-dessous, est universellement utilisé afin d'évaluer la dépendance physique et adapter la posologie des traitements nicotiniques de substitution.

- *Le test de Fagerström* : (5)

1. Le matin combien de temps après vous 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. A quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?
  - a. A la première de la journée 1
  - b. A 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 toute la journée ?
- |        |   |
|--------|---|
| a. Oui | 1 |
| b. Non | 0 |

Interprétation :

Score entre 0 et 2 : pas de dépendance.

Score entre 3 et 4 : dépendance faible

Score entre 5 et 6 : dépendance moyenne

Score entre 7 et 10 : dépendance forte ou très forte

#### 2.3.1.2 Importance des marqueurs biologiques pour l'évaluation de la dépendance.

Les marqueurs biologiques tels que le taux de CO dans l'air expiré, les taux urinaire et plasmatique de cotinine (métabolite de la nicotine) sont faiblement corrélés à la dépendance. Dans ces conditions, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES, ancienne HAS) a considéré en 1998 que « le recours aux marqueurs biologiques [n'était] pas indispensable dans l'appréciation de la dépendance dans les conditions cliniques habituelles. » Cela a été rappelé par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Produits de Santé (AFSSAPS, ancienne Agence Nationale du Médicament, ANSM) en 2003.(2)

### **2.3.2 Evaluation de la motivation du patient et conduite à tenir de la part du professionnel de santé**

#### 2.3.2.1 Evaluation de la motivation

L'état d'esprit du fumeur évolue au cours de sa consommation. On peut distinguer deux phases lors de cette évolution : (6)

- ✓ Phase de consonance : le fumeur est satisfait de sa consommation, il est peu perméable aux messages de santé
- ✓ Phase de dissonance : il s'agit d'un processus en cinq étapes :
  - Phase de pré-intention : le fumeur n'envisage pas de modifier son comportement dans les 6 mois à venir.
  - Phase d'intention : le fumeur a l'intention de modifier son comportement dans les 6 mois à venir.
  - Phase de préparation : Le fumeur a pris la décision de modifier son comportement et s'y prépare.
  - Phase d'action : Il y a moins de 6 mois que le fumeur a commencé à modifier son comportement.
  - Phase de suivi : Le fumeur a modifié son comportement depuis au moins 6 mois et évite les rechutes.

Ces différentes phases ont été représentées dans ce modèle appelé modèle de DiClemente et Proschaska.

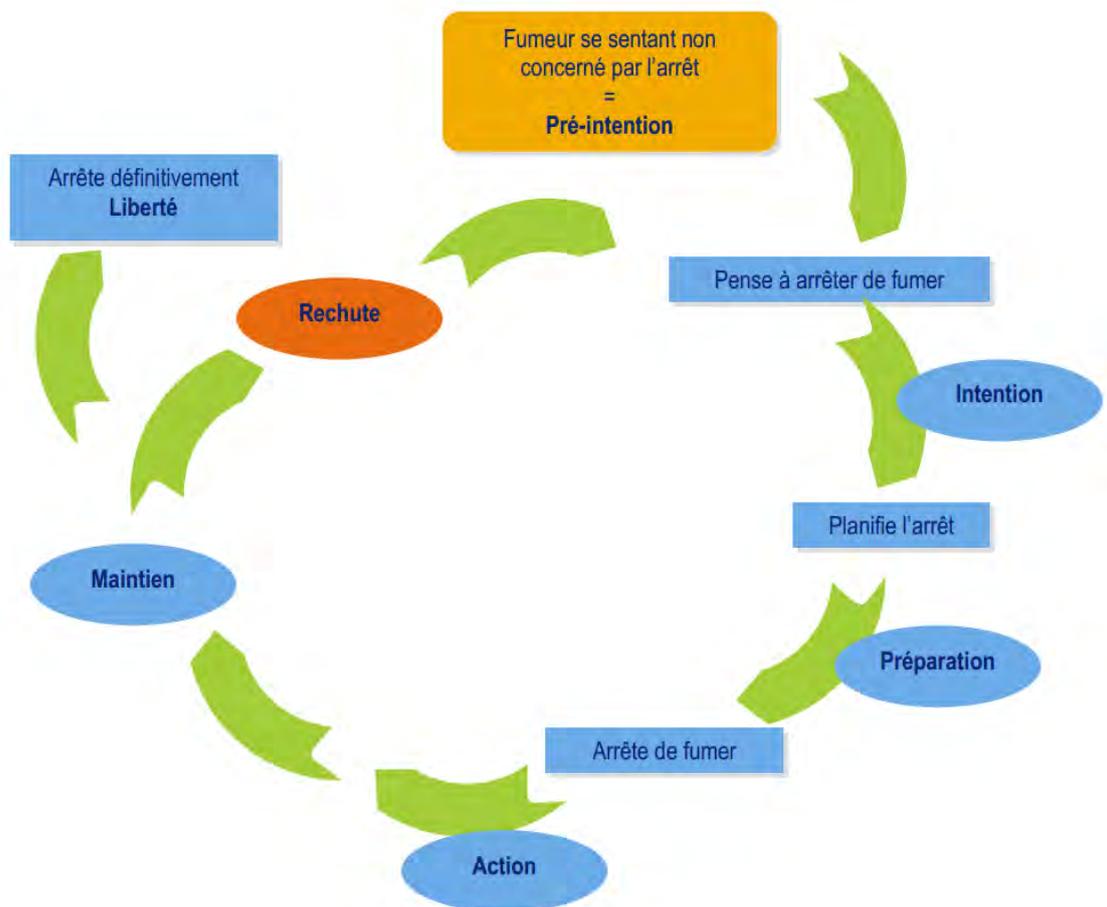


Figure 3 - Cycle de Proschaska et DiClemente

L'objectif du professionnel de santé est de faire progresser le patient dans cette phase de dissonance.

Un questionnaire permet d'évaluer la motivation de l'individu, il s'agit de l'échelle Q-MAT : (6)

- 1) Pensez-vous que dans 6 mois :
  - Vous fumerez toujours autant 0
  - Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes 2
  - Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes 4
  - Vous aurez arrêté de fumer 8
- 2) Avez-vous actuellement envie de fumer ?
  - Pas du tout 0
  - Un peu 1
  - Beaucoup 2
  - Enormément 3
- 3) Pensez-vous que dans 4 semaines
  - Vous fumerez toujours autant 0
  - Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes 2
  - Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes 4
  - Vous aurez arrêté de fumer 8
- 4) Vous arrive-t-il de ne pas être content de fumer ?
  - Jamais 0
  - Quelquefois 1
  - Souvent 2
  - Très souvent 3

Interprétation :

- ✓ Score inférieur à 6 : motivation insuffisante
- ✓ Score de 7 à 12 : motivation moyenne
- ✓ Score supérieur à 12 : bonne ou très bonne motivation

D'une manière plus simple, le professionnel de santé peut utiliser l'échelle suivante afin d'évaluer la dépendance de son patient (1) :

## Échelle analogique d'évaluation de la motivation

À quel point est-il important pour vous d'arrêter de fumer ?

- Placez-vous sur une échelle de 1 à 10  
0 signifie : « Ce n'est pas du tout important. »  
10 signifie : « C'est extrêmement important. »

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse :

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10



Figure 4 - Echelle analogique de l'évaluation de la motivation

### 2.3.2.2 Conduite à tenir de part du professionnel de santé

La conduite à tenir par professionnel de santé va varier selon l'étape dans laquelle se situe le patient dans le cadre de son arrêt de sa consommation de tabac. (2)

- *Lors du stade de pré-intention :*

- ✓ Faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie.
- ✓ Comprendre, sans les juger, les représentations qu'a le patient de son tabagisme (est-ce un problème pour lui ?) et les avantages qu'il en retire.
- ✓ Identifier les circonstances et le contexte qui favorisent la consommation de tabac.
- ✓ Proposer une évaluation de son niveau de dépendance.
- ✓ S'informer avec tact sur la connaissance du patient des effets du tabac et des aides disponibles pour le sevrage (médicamenteuses et non médicamenteuses). Aider le patient à entrevoir les avantages qu'il pourrait obtenir en arrêtant de fumer.
- ✓ Conseiller l'arrêt.
- ✓ Proposer une approche de réduction de la consommation.

- *Lors du stade d'intention :*

- ✓ Faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie.
- ✓ Aider le patient à identifier les avantages qu'il retire de son tabagisme.
- ✓ Aider le patient à identifier et exprimer ses inquiétudes.
- ✓ Aider le patient à s'acheminer vers la décision du changement en l'amenant à exprimer les avantages qu'il pourrait tirer de l'arrêt du tabac.
- ✓ Evaluer le sentiment d'efficacité personnelle du patient.
- ✓ Aider le patient à améliorer son sentiment de confiance en lui.
- ✓ Explorer l'intérêt pour ce patient d'une réduction de la consommation dans un premier temps.

- *Lors de la phase de préparation :*

- ✓ Faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie.
- ✓ Construire avec le patient un plan de changement en définissant des objectifs concrets, les meilleures stratégies pour arrêter de fumer.
- ✓ Explorer le soutien de l'entourage.
- ✓ Proposer au patient de fixer précisément la date de son choix pour la mise en œuvre.
- ✓ L'éducation thérapeutique permettra au patient d'acquérir les compétences qui l'aideront à mener à bien sa démarche

- *Lors de la phase d'action :*

- ✓ Faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie.
- ✓ Si le patient le souhaite, l'accompagner et l'aider à mettre en œuvre les conditions optimales pour la réussite du projet (gestion de la dépendance comportementale et physique).
- ✓ Encourager le patient en reconnaissant et en valorisant ses efforts réalisés.
- ✓ Anticiper les difficultés telles que le faux pas (consommation ponctuelle lors d'une tentative d'arrêt) et la rechute (reprise de la

consommation) et élaborer avec le patient des solutions aux problèmes qu'il pense pouvoir rencontrer.

- *Lors de la phase de suivi :*

- ✓ Faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie.
- ✓ Conforter le patient en rappelant et en valorisant ses efforts réalisés.
- ✓ Encourager le patient à renforcer son engagement et l'aider à ne pas rechuter.
- ✓ Comprendre les nouvelles difficultés et élaborer avec le patient des solutions aux problèmes qu'il peut rencontrer.

- *En cas de rechute :*

- ✓ Faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie.
- ✓ Dédramatiser la situation sans la banaliser pour autant.
- ✓ Chercher à comprendre les raisons de la rechute.
- ✓ Aider le patient à tirer les enseignements de la rechute en identifiant les situations et comportements à risque et les pensées permissives associées.
- ✓ Aider le patient à réengager le processus, en sachant que plusieurs tentatives d'arrêt sont parfois nécessaires avant de parvenir à un sevrage définitif.

### **2.3.3 Evaluation des co-morbidités anxieuse et dépressive**

Le lien épidémiologique entre les troubles anxio-dépressifs et le tabagisme est bien établi (1). Par ailleurs, l'arrêt du tabac induit chez certains patients une recrudescence de leurs troubles anxieux ou dépressifs. Le risque d'apparition d'épisode dépressif majeur est augmenté pendant les six mois après l'arrêt du tabac. Les fumeurs qui présentent un trouble dépressif induit par le sevrage ont plus de difficultés à arrêter de fumer. Les troubles anxio-dépressifs induits par le sevrage durent en général quelques semaines et ne nécessitent, en général, pas de prise en charge pharmacologique spécifique. (2)

L'évaluation des co-morbidités psychiatriques et de leur évolution peut être aidée par l'utilisation d'auto-questionnaires :

- ✓ Hospital Anxiety-Depression scale (HAD)
- ✓ Inventaire d'anxiété de Beck (BAI)
- ✓ Inventaire de dépression de Beck (BDI)

Exemple du Hospital Anxiety-Depression scale : (7)

I – Anxiété :

1) Je me sens tendu ou énervé

- Jamais 0
- De temps en temps 1
- Souvent 2
- La plupart du temps 3

2) J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Pas du tout 0
- Un peu mais cela ne m'inquiète pas 1
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Oui, très nettement 3

3) Je me fais du souci

- Très occasionnellement 0
- Occasionnellement 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

4) Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

- 5) J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué
- Jamais 0
  - Parfois 1
  - Assez souvent 2
  - Très souvent 3

- 6) J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place
- Pas du tout 0
  - Pas tellement 1
  - Un peu 2
  - Oui, c'est tout à fait le cas 3

- 7) J'éprouve des sensations soudaines de panique
- Jamais 0
  - Pas très souvent 1
  - Assez souvent 2
  - Vraiment très souvent 3

## II – Dépression

- 1) Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois
- Oui, tout autant 0
  - Pas autant 1
  - Un peu seulement 2
  - Presque plus 3

- 2) Je ris facilement et vois le bon côté des choses
- Autant que par le passé 0
  - Plus autant qu'avant 1
  - Vraiment moins qu'avant 2
  - Plus du tout 3

- 3) Je suis de bonne humeur
- La plupart du temps 0
  - Assez souvent 1

- Rarement 2
  - Jamais 3
- 4) J'ai l'impression de fonctionner au ralenti
- Jamais 0
  - Parfois 1
  - Très souvent 2
  - Presque toujours 3
- 5) Je ne m'intéresse plus à mon apparence
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0
  - Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
  - Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
  - Plus du tout 3
- 6) Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses
- Autant qu'avant 0
  - Un peu moins qu'avant 1
  - Bien moins qu'avant 2
  - Presque jamais 3
- 7) Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision
- Souvent 0
  - Parfois 1
  - Rarement 2
  - Très rarement 3

Interprétation :

- Score entre 8 et 10 : Etat anxieux ou dépressif douteux.
- Score supérieur à 10 : Etat anxieux ou dépressif certain.

Ainsi les troubles anxieux et dépressifs diminuent les chances de succès du sevrage tabagique. Ils doivent être impérativement pris en charge. Il est recommandé de repérer l'anxiété et la dépression éventuelles, antérieures ou concomitantes au tabagisme,

et de suivre l'évolution de ces troubles durant le sevrage tabagique. Par ailleurs, il faut questionner le patient sur les éventuels symptômes anxieux et dépressifs survenus lors des précédentes tentatives d'arrêt (avec ou sans traitement).

#### **2.3.4 Evaluation des co-addictions**

Il est recommandé de se renseigner sur la consommation d'autres substances psycho-actives (alcool, tabac, cannabis, opiacés, cocaïne, médicaments, etc.) ainsi que sur l'existence d'addiction comportementale. (2)

Des questionnaires validés peuvent être utilisés pour dépister un usage problématique :

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

- *Questionnaire CAGE-DETA :*

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

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

- *Questionnaire CAST :*

- 1) Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?
- 2) Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?

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

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

Trois réponses positives ou plus devraient amener à demander de l'aide.

### **2.3.5 Donner le conseil d'arrêt**

Le conseil d'arrêt consiste pour un professionnel de santé à indiquer à un fumeur qu'il est bénéfique pour sa santé d'arrêter de fumer. Le conseil d'arrêt s'adresse à tous les fumeurs, qu'ils soient prêts ou non à arrêter de fumer.

Il a été montré que le conseil d'arrêt augmente de plus de 50 % la probabilité de sevrage tabagique et l'abstinence à long terme (> 6 mois).(2)

Il faut noter que le conseil d'arrêt est différent du conseil minimal qui consiste à poser deux questions : « Fumez-vous ? » et « Souhaitez-vous arrêter ? » et à remettre une brochure d'arrêt sur l'arrêt du tabac aux seuls fumeurs souhaitant arrêter.

Le conseil d'arrêt, quant à lui, fournit des instructions verbales avec un message d'« arrêt du tabac » intégrant ou non des informations sur les effets délétères du tabagisme. Des visites de suivi peuvent aussi entrer dans le contexte du conseil d'arrêt. Le professionnel de santé peut ensuite proposer des solutions à l'individu afin de mettre en place son sevrage en passant par des interventions non thérapeutiques, et s'il est nécessaire, par un ou plusieurs traitements médicamenteux.

Ce conseil d'arrêt peut intégrer les bénéfices que va apporter l'arrêt du tabac ainsi que le temps au bout duquel ces bénéfices apparaîtront. Il s'agit d'une démarche imagée qui favorisera la motivation à l'arrêt, tout en rassurant le patient (8). Ces éléments sont présentés dans le tableau 2 :

Temps	Bénéfices
20 minutes	La tension artérielle baisse et redevient normale. Le pouls ralentit et redevient normal. La température des mains et des pieds augmente et redevient normale.
8 heures	La quantité de nicotine et de monoxyde de carbone présente dans le sang diminue de moitié. L'oxygénation des cellules redevient normale.
24 heures	Le monoxyde de carbone est complètement éliminé de l'organisme.
48 heures	La nicotine a été entièrement éliminée. L'odorat et le goût s'améliorent.
72 heures	La respiration est facilitée, la capacité pulmonaire s'accroît.
2 semaines à 3 mois	La marche devient plus facile. Le fonctionnement des poumons s'améliore encore.
1 à 9 mois	La toux, la congestion nasale, la fatigue et l'essoufflement diminuent. La voix devient plus claire. Les cils vibratiles présents dans les voies aériennes se régénèrent.
1 an	Le risque de maladie cardiovasculaire est réduit de moitié. Le risque de contracter un cancer de l'utérus chez une femme est comparable à une femme qui n'a jamais fumé.
5 ans	Les risques de cancer de la bouche, de la gorge, de l'œsophage et du poumon diminuent de moitié.
10 ans	Le taux de mortalité attribuable au cancer du poumon est semblable à celui d'un non-fumeur. Les risques de cancer de la bouche, de la gorge, de l'œsophage, de la vessie et du pancréas diminuent.
15 ans	Le risque d'accidents coronariens est semblable à celui d'un non-fumeur.

**Tableau 2 - Bénéfice de l'arrêt du tabac en fonction de la durée de l'abstention**

Le conseil d'arrêt peut aussi permettre à rassurer le patient vis-à-vis de symptômes de sevrage qu'il pourrait percevoir en lui indiquant le temps au bout duquel ils disparaîtront ainsi que les moyens mis à sa disposition pour les atténuer (6). Ces éléments sont présentés dans le tableau 3 :

Symptômes	Durée	Solutions
Envie de fumer	Importante les deux premières semaines	Sortir, exercice, boire un grand verre d'eau, manger un fruit
Irritabilité	Plusieurs semaines	Prendre du recul
Troubles de la concentration	Plusieurs semaines	Préparation avant l'effort intellectuel
Agitation	Variable	Exercice
Somnolence	2 à 4 semaines	Sortir, exercice
Troubles du sommeil	7 jours	Eviter le café après 15h, l'arrêt du tabac diminuant la métabolisation de la caféine.
Constipation	3 à 4 semaines	Boire beaucoup, alimentation riche en fibres
Toux	Moins de 7 jours	Boire beaucoup
Céphalées, crampes, sueurs, nausées	Quelques jours	Repos
Faim, envie de sucre	Plusieurs semaines	Boire beaucoup, hygiène alimentaire

**Tableau 3 - Symptômes de sevrage**

Ainsi la HAS recommande à tous les professionnels de santé de conseiller absolument à chaque fumeur d'arrêter de fumer.

Afin de ne pas heurter le patient par des questions trop intrusives, il est recommandé de demander au patient s'il est d'accord pour parler de son tabagisme et de prendre quelques précautions de langage :

- ✓ Ne pas utiliser les termes « bien » ou « mal » qui se rapportent à ce qui peut être perçu comme un jugement moral mais de préférer les formules liées à la santé : « bon/mauvais pour la santé ; bénéfice/risque ; etc. »
- ✓ Rappeler que l'arrêt du tabac n'est pas qu'une question de volonté mais qu'il s'agit aussi d'une addiction qui nécessite un accompagnement thérapeutique.

La réduction de la consommation n'est pas l'objectif de la prise en charge, mais elle peut être envisagée comme une première étape vers l'abstinence chez un patient qui n'est pas prêt à arrêter d'un coup. Il est important de valoriser la démarche personnelle du patient dans sa tentative de diminution des risques liés au tabac.(2)

## **2.4 Stratégies thérapeutiques et non thérapeutiques de l'aide à l'arrêt du tabagisme.**

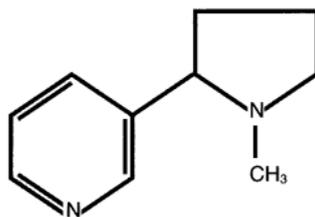
### **2.4.1 Traitements médicamenteux**

#### 2.4.1.1 Traitements nicotiniques de substitution (TNS)

##### *2.4.1.1.1 Introduction : Pharmacologie de la nicotine*

- *Pharmacocinétique*

La nicotine est un alcaloïde présent dans le tabac et qui est responsable du pouvoir addictogène du tabac.



**Figure 5 - Nicotine**

#### - Administration

La nicotine est une base faible ( $pK_a=7.9$ ). A pH alcalin, au-dessus de pH 8.5 à 9, elle est pratiquement entièrement sous forme libre, non ionisée. Sous cette forme, elle traverse donc facilement la surface lipidique des membranes cellulaires. A pH acide, elle se dissocie et devient hydrosoluble. Le passage à travers les membranes ne peut alors se faire que via des pores hydrophiles, l'absorption se voit donc diminuée à pH acide.(9)

Il faut toutefois noter que l'absorption est différente selon la voie d'administration. L'absorption pulmonaire est la plus rapide du fait de la grande surface alvéolaire. Il ne faut environ que 7 à 9 secondes pour que de la nicotine inhalée atteigne le cerveau. Un pic de nicotémie est ainsi renouvelé à chaque bouffée, réalisant des « shots » cérébraux

répétés de nicotine. Ces « shots » sont considérés comme d'importance capitale pour l'établissement et l'entretien de la dépendance.

Compte tenu des propriétés physico-chimiques de la nicotine, l'absorption n'aura pas lieu au même endroit selon le pH de la fumée inhalée. Le pH de la fumée de cigarette est plutôt aux alentours d'un pH 6.5. La nicotine sera ici sous forme ionisée et sera majoritairement absorbée au niveau des alvéoles pulmonaires. Les fumées de cigares et de tabac à pipe sont à un pH supérieur à 8. L'absorption se fera donc majoritairement par la muqueuse buccale. (9)

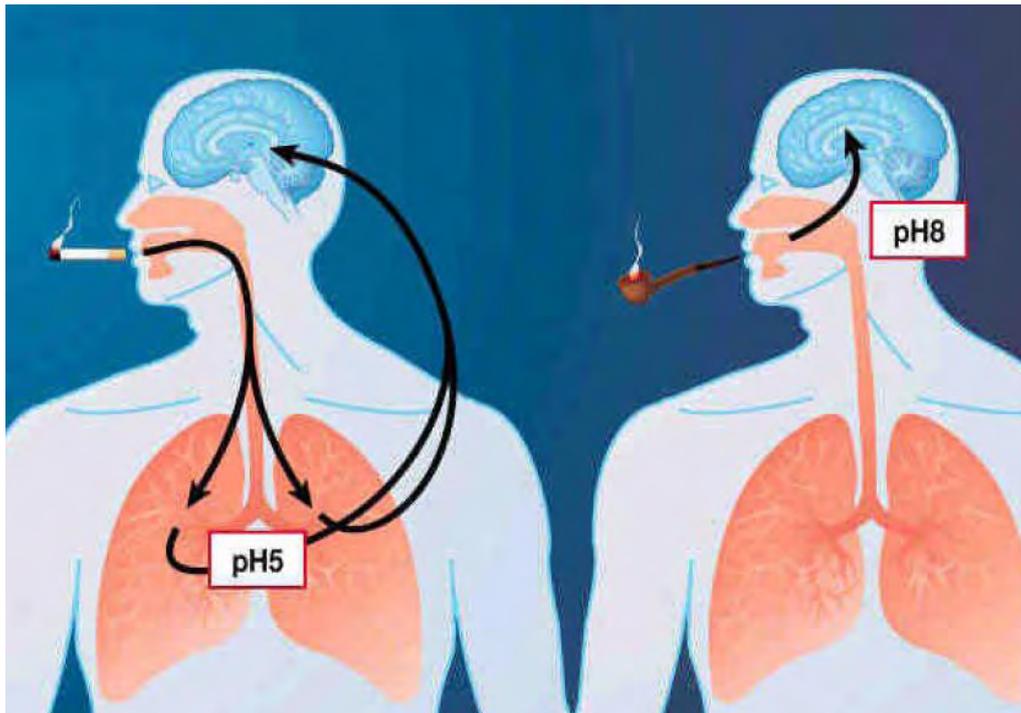


Figure 6 - Absorption de la fumée de tabac

L'absorption digestive est quant à elle beaucoup plus faible. Ingérée, la nicotine est mal absorbée dans le milieu acide de l'estomac mais est mieux absorbée par l'intestin grêle. Cependant, la nicotine subit un important effet de premier passage hépatique ce qui fait que seulement un tiers de la dose absorbée arrive dans la circulation générale.

L'absorption cutanée est lente. Cette lenteur d'absorption permet d'assurer une administration prolongée.

L'absorption via la muqueuse nasale est rapide mais est moindre que l'absorption par voie pulmonaire.

Toutes ces voies d'administration (à part la voie nasale) sont mises à profit dans le cadre des TNS, ce que nous développerons plus tard.

## - Métabolisation

La nicotine est essentiellement métabolisée par le foie. Elle est oxydée par les cytochromes P-450 en cotinine. La plus grande partie de la cotinine est à son tour métabolisée en trans-3'-hydroxycotinine. La demi-vie d'environ 16h de la cotinine en fait un bon marqueur de la consommation de tabac ou de TNS.(9)

## - Élimination

La nicotine et ses métabolites sont éliminés par voie urinaire. La nicotine est mieux éliminée lorsqu'elle est sous forme ionisée, puisqu'elle n'est pas réabsorbée par les reins après sa filtration glomérulaire. L'élimination est donc moins importante lorsque les urines sont alcalines. Ainsi, il serait recommandé de boire des eaux minérales bicarbonatées afin de réduire le pH urinaire. Ceci permet de diminuer l'élimination de la nicotine et ainsi aider à réduire la consommation de cigarette ou augmenter l'efficacité des TNS.(9)

La demi-vie d'élimination est d'environ 2 heures. Cette faible demi-vie d'élimination explique pourquoi les gros fumeurs consomment plus le matin que l'après-midi : lorsque le fumeur se réveille le matin, sa nicotémie est proche de zéro compte tenu de la faible demi-vie de la nicotine. Donc la première cigarette va augmenter la nicotine mais insuffisamment pour apporter un taux satisfaisant de nicotine à l'individu. Les consommations seront donc plus rapprochées le matin pour atteindre vers midi la nicotémie à laquelle l'individu est habitué. A partir de midi, la concentration est en général suffisamment élevée pour que l'élimination et les apports s'équilibrent, ainsi la consommation est moins importante.(9)

### • *Pharmacodynamie*

La nicotine est un agoniste des récepteurs cholinergiques nicotiques (RAchN). Les RAchN sont des récepteurs pentamériques constitués de sous-unités  $\alpha$  et  $\beta$  dont il existe différents sous-types ( $\alpha_2$  à  $\alpha_7$ ,  $\alpha_9$ ,  $\alpha_{10}$  et  $\beta_2$ ,  $\beta_3$ ,  $\beta_4$ ) ainsi que de sous-unités  $\gamma$  et  $\delta$  mais moins fréquentes. Les principaux sites récepteurs qui ont été identifiés au niveau du cerveau humain sont les combinaisons  $\alpha_4\beta_2$  (2  $\alpha_4$  + 3  $\beta_2$ ), ayant une grande affinité pour la nicotine et  $\alpha_7$  (5  $\alpha_7$ ), ayant une affinité moindre. Ces récepteurs appartiennent à la super famille des canaux ioniques activés par un ligand.

La nicotine va interférer de manière indirecte sur différentes transmissions : dopaminergique, noradrénergique, cholinergique et sérotoninergique.

Les fumeurs décrivent les effets pharmacologiques du tabagisme comme améliorant l'attention, le temps de réaction, les performances cognitives, l'humeur. La plupart des fumeurs indiquent aussi d'autres effets bénéfiques : l'éveil, le plaisir, la relaxation, la diminution de l'anxiété et de l'appétit ainsi que la maîtrise du poids. Pour arriver à ces effets positifs, il est largement accepté que la nicotine agisse en stimulant différents systèmes effecteurs.

C'est ainsi que la sensation de plaisir a été reliée à la stimulation de la libération de la dopamine, l'éveil à la stimulation des systèmes noradrénergiques et cholinergiques, la suppression de l'appétit aux systèmes sérotoninergiques et noradrénergique, la régulation de l'humeur à l'action de la nicotine sur les systèmes sérotoninergiques et noradrénergiques, et l'effet sur la mémoire au système cholinergique.

En agissant sur l'ensemble de ces neurotransmetteurs, la nicotine stimule le circuit cérébral de la récompense. La dopamine joue un rôle majeur dans ce circuit et dans l'installation de la dépendance. La nicotine va se fixer au niveau des récepteurs nicotiques de l'aire tegmentale ventrale, ce qui va engendrer une augmentation de libération de dopamine au niveau du noyau accumbens (voie mésolimbique). Cette zone joue un rôle central dans le circuit de récompense en entretenant d'étroites relations avec d'autres centres impliqués dans les mécanismes du plaisir. Cependant parallèlement le circuit stimule une région appelée locus coeruleus. Lorsque cette dernière n'est plus stimulée, une sensation de manque s'installe, ce qui pousse le fumeur à consommer de la nicotine. (10–12)

#### *2.4.1.1.2 Formes galéniques disponibles*

L'objectif de ces traitements est de soulager les symptômes de sevrage à la nicotine. Ils permettent un apport quotidien de nicotine sous une forme différente du tabac, en évitant ainsi la toxicité des cigarettes. (2)

Il existe différentes formes de commercialisation des TNS ayant chacune des propriétés pharmacocinétiques différentes :

- Formes transdermiques : timbres (ou patchs)

Le mode d'administration de la nicotine par des timbres transdermiques (patchs) a l'avantage d'entraîner une faible vitesse d'absorption et permet d'obtenir une nicotémie relative constante au cours du traitement. De plus, le timbre permet une meilleure observance, en rapport avec une plus grande facilité d'utilisation. Ainsi, les timbres entraînent un apport continu de nicotine au lieu d'un apport pulsatile comme on peut le constater avec une cigarette de par l'effet de « shot ».

Il existe des timbres pouvant être portés 16 heures qui délivrent une dose de 10, 15 ou 25 mg de nicotine. Ils sont appliqués au réveil puis retirés au coucher. D'autres peuvent être portés durant 24 heures, ils délivrent une dose de 7, 14 ou 21 mg de nicotine par jour. Ces dispositifs de 24 heures, appliqués au réveil et retirés au réveil le lendemain, sont à privilégier chez les individus souffrant de réveils nocturnes à cause du manque de nicotine.

- Formes orales

- *Gommes à mâcher*

Historiquement, il s'agit des premiers substituts nicotiniques. Elles existent en deux dosages : 2 et 4 mg. Les taux plasmatiques de nicotine obtenus avec les gommes sont moindres que ceux obtenus par la prise de cigarette. La dose de nicotine libérée est approximativement de 1 mg pour les gommes de 2 mg et d'un peu moins de 2 mg pour les gommes de 4 mg. Il existe des gommes de saveurs différentes (menthol, orange, fruit...). La nicotine est absorbée par la muqueuse buccale. L'efficacité de la gomme est optimale lors de la mastication et non lors de la déglutition.

Le risque de transfert de la dépendance de la cigarette à la gomme, sans être nul, reste marginal.

- *Comprimés à sucer, pastilles à sucer, comprimés sublinguaux*

Ces formes galéniques existent à différents dosages : 1 ; 1,5 ; 2 ; 2,5 et 4 mg. Une pastille de 2 mg délivre environ 2 mg de nicotine, une pastille de 4 mg délivre environ 4 mg de nicotine. Il existe des comprimés de saveurs différentes (menthe, fruits, avec ou sans sucre...)

Ces formes possèdent une cinétique proche de celle des gommes à mâcher : la majeure partie de la nicotine est donc absorbée par la muqueuse buccale. Du fait de la déglutition de la salive contenant de la nicotine, une certaine proportion de celle-ci parvient à l'estomac et à l'intestin où elle est inactivée. Par conséquent, les taux plasmatiques de nicotine obtenus avec les comprimés sont moindres que ceux obtenus par la prise de cigarette.

- Inhaleurs

Les inhaleurs sont des dispositifs médicaux. Une cartouche contient 10 mg de nicotine. La fréquence des aspirations (plus ou moins répétées) ainsi que leur intensité sont à adapter en fonction des besoins des patients, sans dépasser douze cartouches par jour. De tels dispositifs apportent en une bouffée environ 1/10<sup>ème</sup> de la nicotine libérée par une bouffée de cigarette. Ils apportent par ailleurs un aspect gestuel qui peut être intéressant.

- Sprays buccaux

Par rapport à une gomme à mâcher ou à un comprimé à sucer contenant de la nicotine, la nicotine est absorbée plus rapidement lorsqu'elle provient d'un pulvérisateur buccal. Chaque pulvérisation permet de délivrer 1 mg de nicotine. Un flacon délivre 150 doses. Il est possible de prendre 4 pulvérisations maximum par heure, sans dépasser 2 pulvérisations par prise, et 64 pulvérisations par tranche de 24 heures.

Il est recommandé de ne pas inspirer lors de la pulvérisation afin que le produit n'entre pas dans les voies respiratoires. Pour de meilleurs résultats, il est recommandé d'éviter de déglutir pendant quelques secondes qui suivent la pulvérisation. Il faut par ailleurs s'abstenir de manger et de boire juste après la pulvérisation buccale. Enfin au cours du traitement par spray buccal, il faut impérativement s'abstenir de fumer.

En général, il est déconseillé d'utiliser le pulvérisateur buccal au-delà de 6 mois. Il faut noter que cette forme contient de l'éthanol.

#### *2.4.1.1.3 A quelle posologie faut-il instituer le traitement ?*

Il y a entre 6 et 17 mg de nicotine dans une cigarette. L'intégralité n'est pas assimilée par l'organisme mais ce sont tout de même entre 1 et 2 mg qui sont absorbés lors de la consommation d'une cigarette. Ce chiffre permet au professionnel de santé d'instaurer un traitement par substitut nicotinique à 1 mg de nicotine par cigarette fumée auparavant. Par exemple, on proposera d'appliquer un patch de 21 mg/24 h par jour à un individu consommant un paquet par jour soit 20 cigarettes. (13)

Le traitement sera à réévaluer si jamais des signes de manque apparaissent (il faudra alors augmenter la posologie) ou si des effets indésirables liés à la nicotine apparaissent (il faudra alors diminuer la posologie).

Cependant les RCP recommandent les posologies suivantes en fonction des formes galéniques :

- *Timbres transdermiques* :(14)

	Phase initiale (3 à 4 semaines)	Suivi de traitement (3 à 4 semaines)	Sevrage thérapeutique (3 à 4 semaines)
Score > 5 Fagerström ou Fumeur de plus de 20 cigarettes par jour	Timbre 21 mg/24h	Timbre 14 mg/24h ou Timbre 21 mg/24h	Timbre 7 mg/24h ou Timbre 14 mg/24h
Score < 5 Fagerström ou Fumeur de moins de 20 cigarettes par jour	Timbre de 14 mg/24h ou Augmentation à timbre 21 mg/24h si symptômes de sevrage	Timbre 14 mg/24h ou Timbre 7 mg/24h	Timbre 7 mg/24h ou arrêt du traitement

**Tableau 4 - Posologie des timbres transdermiques**

- *Gommes à mâcher* :(15)

Période	Dispositif transdermique	Gomme 2 mg
Traitement initial		
Premières 6 – 12 semaines	Timbre 15 mg/16h	Dès que l'envie de fumer survient (max 24 gommes 2 mg/jour ou 12 gommes 4 mg/jour)
Sevrage progressif		
3 – 6 semaines suivantes	Timbre 10 mg/16h	Utiliser nombre de gommes nécessaires
3 – 6 semaines suivantes	Timbre 5 mg/16h	Utiliser nombre de gommes nécessaires
Jusqu'à 12 mois	Aucun	Réduire progressivement le nombre de gomme jusqu'à arrêt.

**Tableau 5 - Posologie des gommes à mâcher**

- *Inhaleurs*(16)

Période	Dispositif transdermique	Inhaleur 10 mg
Traitement initial		
Premières 6 – 12 semaines	Timbre 15 mg/16h	Dès que l'envie de fumer survient (max 12 cartouches par jour)
Sevrage progressif		
3 – 6 semaines suivantes	Timbre 10 mg/16h	Utiliser nombre de cartouches nécessaires
3 – 6 semaines suivantes	Timbre 5 mg/16h	Utiliser nombre de cartouches nécessaires
Jusqu'à 12 mois	Aucun	Réduire progressivement le nombre de cartouches jusqu'à arrêt.

**Tableau 6 - Posologie des inhaleurs**

- *Spray buccaux* :(17)

Etape I : Semaines 1 à 6
Utiliser une ou deux pulvérisation(s) aux moments habituels de consommation du tabac ou en cas d'envie irrésistible de fumer. Si l'envie persiste quelques minutes après une pulvérisation, utiliser une deuxième pulvérisation. Si deux pulvérisations sont nécessaires, les doses ultérieures peuvent comporter 2 pulvérisations consécutives. La plupart des fumeurs doivent utiliser 1 ou deux pulvérisation(s) toutes les 30 minutes à 1 heure.
Etape II : Semaines 7 à 9
Commencer à réduire le nombre quotidien de pulvérisations. A la fin de la semaine 9, le nombre moyen de pulvérisations par jour doit être égal à la moitié de celui de l'étape I.
Etape III : Semaines 10 à 12
Continuer à réduire le nombre quotidien de pulvérisations de manière à atteindre un nombre maximal de 4 pulvérisations par jour à la semaine 12. Lorsque les sujets n'utilisent plus que 2 à 4 pulvérisations par jour, ils peuvent arrêter le traitement.

**Tableau 7 - Posologie des spray buccaux**

- *Comprimés sublinguaux* :(18)

Il est recommandé aux fumeurs peu dépendants (Test de Fagerström < 5 ou patient fumant moins de 20 cigarettes par jour) d'utiliser des comprimés de 2 mg. Chez les fumeurs très dépendants (Test de Fagerström > 5 ou patient fumant plus de 20 cigarettes par jour), il est recommandé d'utiliser des comprimés de 4 mg. La posologie initiale est de 1 comprimé toutes les 1 à 2 heures jusqu'à 8 à 12 comprimés par jour (maximum 30 comprimés par jour).

La durée du traitement est individuelle, mais est en général d'au moins 2 à 3 mois. Le nombre quotidien de comprimés sera ensuite progressivement réduit. Le traitement sera arrêté quand la consommation est réduite à 1 à 2 comprimés par jour. Des envies irrépressibles de fumer peuvent persister, de façon irrégulière ; le patient peut alors consommer un comprimé.

**2.4.1.1.4 Effets indésirables des TNS**

- *Effets indésirables liés à toutes les formes de TNS* :

- ✓ Des palpitations cardiaques et des douleurs thoraciques
- ✓ Des nausées et des vomissements

- ✓ Des douleurs gastro-intestinales
- ✓ Des insomnies
  
- *Effets indésirables liés à certaines formes de TNS :*
  - Liés à l'utilisation de patchs transdermiques :
    - ✓ Irritations cutanées
  - Liés à l'utilisation de TNS per os :
    - ✓ Douleurs bucco-pharyngées
    - ✓ Aphtes
    - ✓ Hoquet
    - ✓ Toux
  - Liés à l'utilisation d'inhalateurs
    - ✓ Irritation buccale locale
    - ✓ Toux
    - ✓ Rhinite
  - Liés à l'utilisation de sprays buccaux
    - ✓ Douleurs bucco-pharyngées
    - ✓ Aphtes
    - ✓ Hoquet
    - ✓ Toux

#### 2.4.1.1.5 Cinétique des TNS et de la cigarette

Comme l'indique la figure 7, chaque forme galénique de TNS a sa cinétique propre. La cigarette dans un premier temps, va entraîner très rapidement une nicotémie élevée. On y voit un effet de « shot » où la nicotine arrive très rapidement au niveau du SNC, ce qui est la cause de l'apparition et de l'entretien de la dépendance.

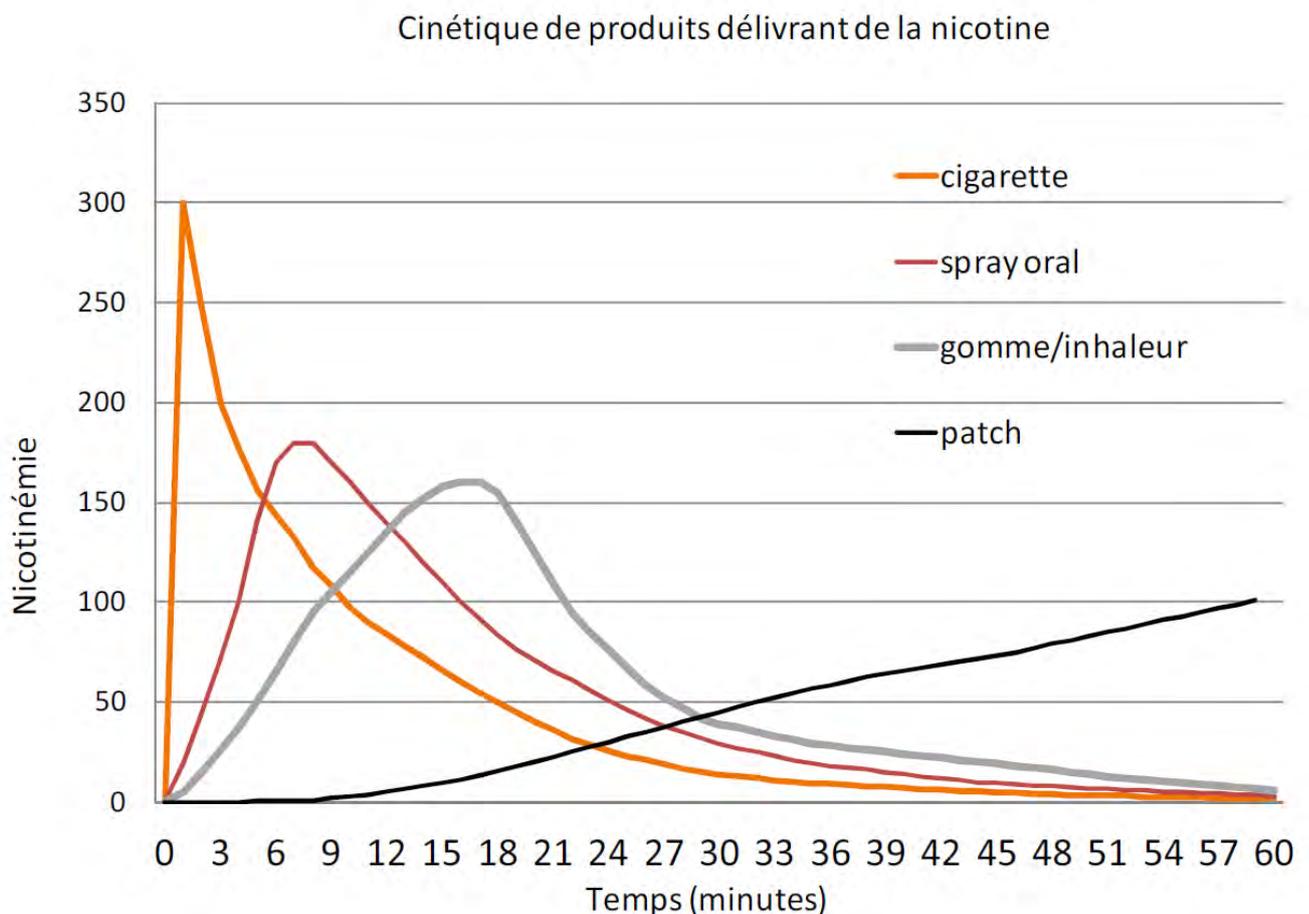


Figure 7 - Pharmacocinétique de la cigarette et des TNS (22)

Les gommes, les inhaleurs et les sprays permettent d'obtenir un pic de nicotémie moins prononcé que la cigarette mais rapide. Ce sont des formes adaptées pour pallier aux envies de fumer du patient.

Quant aux timbres transdermiques, ils permettent une diffusion transcutanée continue de nicotine. Ils vont permettre de maintenir une nicotémie constante et suffisante si le dosage du patch est suffisamment élevé.

C'est pourquoi une association de différentes formes de TNS est intéressante, le patch va permettre le maintien d'une nicotémie suffisante, alors que des formes à prises plus ponctuelles comme les gommes, les sprays ou les inhalateurs vont permettre de combattre des envies de fumer momentanées.

#### *2.4.1.1.6 Conclusion sur les TNS*

Les TNS, quelle que soit leur forme, sont plus efficaces dans l'arrêt du tabac que l'absence de traitement ou le placebo (niveau de preuve 2). Les TNS augmentent l'abstinence à 6 mois de 50% à 70% (niveau de preuve 2). La combinaison d'un timbre transdermique avec une forme de TNS d'administration rapide (gomme, inhalateur...) est plus efficace qu'une forme unique de TNS (niveau de preuve 2). Les traitements par timbres supérieurs à 8 semaines ne semblent pas plus efficaces que les traitements de durée inférieure (niveau de preuve 3). (2)

Les données épidémiologiques suggèrent que les TNS auraient un impact faible s'ils étaient utilisés isolément. En effet, si l'on considère que les taux de réussite de l'arrêt du tabac dans une population sans aucun traitement sont compris entre 3% et 5% comme cela a été suggéré par les études, l'utilisation de TNS pourrait augmenter ces taux de 2% à 3%. Ces traitements sont une aide dans le sevrage tabagique mais ils ne doivent pas constituer à eux seuls le traitement de l'aide à l'arrêt du tabac, une approche psychologique augmente les chances d'arrêt. (2)

Enfin, ces traitements ne présentent pas d'effets indésirables graves identifiés et l'utilisation à long terme des TNS n'est pas associée à un risque de cancer, contrairement au tabagisme.

La Varénicline et le Bupropion qui seront par la suite présentés sont d'autres moyens thérapeutiques pouvant être une solution pour aider un patient à arrêter sa consommation de tabac. Cependant, il ne s'agit pas de solutions que le pharmacien peut

proposer directement au patient étant donné qu'il s'agit de médicaments à prescription obligatoire.

## 2.4.1.2 Varénicline (Champix®)

### 2.4.1.2.1 Introduction : Pharmacologie de la Varénicline

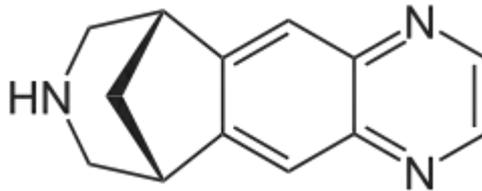


Figure 8 - Varénicline

- *Pharmacocinétique*(19)

- Administration

L'administration se fait par voie orale, la varénicline est ensuite absorbée au niveau de la muqueuse gastrique. Les concentrations plasmatiques maximales sont habituellement observées dans un délai de 3 à 4 heures après administration. Après l'administration de doses orales multiples à des volontaires sains, l'état d'équilibre a été atteint en 4 jours. L'absorption est quasiment complète après administration orale et la biodisponibilité est élevée. Cette dernière n'est d'ailleurs pas affectée par la prise de nourriture.

- Distribution

La liaison de la varénicline aux protéines plasmatiques est faible (<20%) et indépendante aussi bien de l'âge que de la fonction rénale.

- Métabolisation

La varénicline subit un très faible métabolisme, 92% du produit sont éliminés sous forme inchangée dans les urines. 10% sont excrétés sous forme de métabolites qui sont le N-carbamoylglucuronide de varénicline et l'hydroxyvarénicline.

## - Elimination

Sa demi-vie d'élimination est d'environ 24 heures. L'élimination rénale de la varénicline se fait principalement par filtration glomérulaire avec une sécrétion tubulaire active.

### ✓ *Pharmacodynamie*(19)

La varénicline est le premier agoniste partiel indiqué dans le sevrage tabagique chez les patients de plus de 18 ans. Il s'agit donc d'un agoniste partiel des récepteurs nicotiniques qui possède une plus grande affinité pour le récepteur que la nicotine. Grâce à ses propriétés d'agoniste partiel, la varénicline limite les sensations de plaisir provoquées par la cigarette permet de limiter aussi les symptômes de sevrage.

La varénicline se lie aux récepteurs nicotiniques  $\alpha 4\beta 2$  et stimule l'activité médiée par ces récepteurs, mais à un niveau significativement plus faible que la nicotine. La nicotine est en compétition pour le même site de liaison mais la varénicline possède une plus grande affinité de par sa propriété d'agoniste partiel. Ainsi, la varénicline peut bloquer efficacement la capacité de la nicotine à activer complètement les récepteurs  $\alpha 4\beta 2$  et la voie dopaminergique mésolimbique, qui est, comme expliqué auparavant, impliquée dans le circuit de récompense.

#### *2.4.1.2.2 Efficacité*

La spécialité Champix® a obtenu l'AMM le 26 septembre 2006 et est commercialisée en France depuis le 12 février 2007. Champix® fait partie des 27 médicaments qui font l'objet d'une surveillance renforcée par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM), parmi les 70 suivis dans le cadre d'un plan de gestion des risques. (2)

Des études cliniques ont démontré que la varénicline réduisait l'envie de fumer et que l'abstinence était plus durable que chez des individus à qui l'on administrait des placebo. Par ailleurs, on constate un craving (envie irrésistible de fumer) et des symptômes de sevrages moins importants chez les patients traités par varénicline que par placebo. (20)

Cependant, en 2008, la Haute Autorité de Santé (HAS) a émis l'avis suivant vis-à-vis de l'utilisation de la varénicline :

« Champix®, agoniste partiel des récepteurs nicotiques cérébraux à l'acétylcholine, est indiqué dans le sevrage tabagique de l'adulte. Compte tenu des effets indésirables, en particulier ceux en relation avec le suicide et l'état dépressif, le rapport efficacité/effets indésirables de Champix® est moyen. Il ne doit être utilisé qu'en seconde intention, après échec des traitements nicotiques de substitution (TNS). » (1)

Une étude (*Aubin HJ and al., 2008*) a comparé l'efficacité de la varénicline à celle des patchs nicotiques. Cette étude incluait des sujets de 18 à 75 ans qui fumaient au moins 15 cigarettes par jour et qui étaient motivés par l'arrêt du tabac (âge moyen = 43 ans, nombre moyen de cigarettes par jour un mois avant l'inclusion = 23, nombre moyen d'année de tabagisme = 25 ans, effectif = 746). Les sujets ne devaient pas avoir arrêté de fumer pendant une période de plus de 3 mois dans l'année précédant l'inclusion. Des sujets ont reçu un traitement par varénicline pendant 12 semaines (n = 376), d'autres ont reçu un traitement par patchs nicotiques pendant 10 semaines (n = 370). Après ces périodes, les sujets n'ont reçu aucun traitement jusqu'à la 52<sup>ème</sup> semaine. L'ensemble des sujets a bénéficié d'un soutien individuel pour le sevrage tabagique au cours de cette étude.

Le critère principal envisagé était le taux d'abstinence continue du tabac pendant les 4 dernières semaines de traitement confirmé par la mesure du monoxyde de carbone :

- ✓ Soit de la semaine 9 à 12 pour la varénicline
- ✓ Soit de la semaine 8 à 11 pour les patchs nicotiques

Le taux d'abstinence continue des 4 dernières semaines de traitement à la 52<sup>ème</sup> semaine était considéré comme secondaire.

Cette étude a fourni les résultats suivant :

- ✓ Dans les 4 dernières semaines de traitements, le taux d'abstinence continue a été significativement plus élevé dans le groupe varénicline que dans le groupe TNS.
- ✓ De 6 mois à 1 an, aucune différence significative n'a été mise en évidence sur le taux d'abstinence entre la varénicline et les patchs nicotiques.

- ✓ **De ce fait, cette étude ne permettait pas de conclure à une plus grande efficacité de la varénicline sur le sevrage tabagique que les patchs nicotiniques.**

De nombreuses autres études ont été réalisées amenant à la même conclusion que l'étude précédente :

- ✓ La varénicline est efficace et coût-efficace pour l'arrêt du tabagisme ; cependant, la supériorité de la varénicline sur les TNS n'est pas démontrée (*Hind et al., 2009*)
- ✓ La varénicline présente de meilleurs résultats que le placebo dans l'abstinence à 6 mois (niveau de preuve 2) mais ne montrait pas de supériorité de la varénicline par rapport aux patchs nicotiniques. (*Cahill et al., 2012*) (2)

#### 2.4.1.2.2 Effets indésirables de la varénicline

L'utilisation de la varénicline est associée à des effets indésirables graves, notamment des symptômes neuro-psychiatriques : (19,21)

- ✓ Dépression et comportements suicidaires/auto-agressifs
- ✓ Changements comportementaux
- ✓ Hostilité
- ✓ Agitation
- ✓ Troubles du sommeil (insomnies, rêves anormaux)
- ✓ Troubles gastro-intestinaux (nausées, constipation, flatulence)
- ✓ Maux de tête

Elle pourrait également être associée à des effets indésirables cardio-vasculaires, mais les résultats sont controversés. (1)

#### 2.4.1.2.3 Posologie et modalités de prise (19)

Le patient doit fixer une date pour arrêter de fumer. L'administration de Champix® doit habituellement débuter 1 à 2 semaines avant cette date selon le schéma suivant :

- ✓ Jours 1 à 3 : 0,5 mg une fois par jour
- ✓ Jours 4 à 7 : 0,5 mg deux fois par jour
- ✓ Jour 8 – fin du traitement : 1 mg deux fois par jour

La dose pourra être réduite à 0,5 mg deux fois par jour de façon temporaire ou permanente chez les patients qui ne peuvent tolérer les effets indésirables de Champix®. Les patients doivent être traités durant 12 semaines.

Pour les patients qui ont réussi à arrêter de fumer à la fin du traitement de 12 semaines, une cure supplémentaire de 12 semaines par Champix® à 1 mg deux fois par jour peut être envisagée. Pour ceux qui ne parviennent pas à arrêter de fumer au cours du traitement initial ou qui rechutent après le traitement, aucune donnée n'est disponible sur l'efficacité d'une cure supplémentaire de traitement de 12 semaines.

Champix® est à utiliser par voie orale et les comprimés de Champix® doivent être avalés avec de l'eau. La prise pendant ou en dehors des repas n'influence pas la biodisponibilité du médicament. (22)

#### *2.4.1.2.4 Conclusion sur la varénicline*

La varénicline apparaît donc comme un moyen efficace de prise en charge de l'aide à l'arrêt du tabac. Cependant, compte tenu de sa faible tolérance et des effets indésirables qu'elle engendre, de son efficacité voisine des TNS, la varénicline se doit d'être utilisée en seconde intention après l'échec d'un traitement par TNS.

Ce médicament, tout comme le Bupropion présenté par la suite, ne peut pas être mis au même niveau que les TNS dans la mesure où une prescription médicale est nécessaire avant toute initiation de ce traitement.

### 2.4.1.3 Bupropion (Zyban®)

#### 2.4.1.3.1 Introduction : Pharmacologie du bupropion (23)

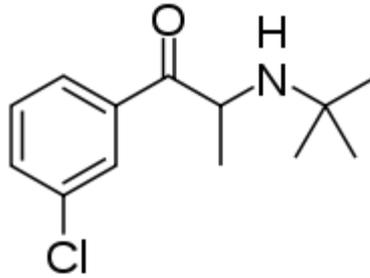


Figure 9 - Bupropion

#### ✓ Pharmacocinétique

##### - Administration

Après administration de 150 mg de chlorhydrate de bupropion sous forme de comprimé à libération prolongée chez des volontaires sains, des concentrations plasmatiques maximales d'environ 100 ng/mL sont atteintes après environ 2,5 à 3 heures.

##### - Distribution

Le bupropion est largement distribué avec un volume de distribution d'environ 2000 litres. Le bupropion et ses métabolites sont modérément liés aux protéines plasmatiques. Le bupropion et ses métabolites franchissent le placenta, la barrière hémato-encéphalique et passent dans le lait maternel.

##### - Métabolisation

Le bupropion est largement métabolisé chez l'homme.

Trois métabolites ont été identifiés dans le plasma : l'hydroxybupropion, le thréohydrobupropion et l'érythrohydrobupropion qui sont des métabolites actifs. Ils sont ensuite transformés en métabolites inactifs qui sont éliminés dans les urines.

## - Elimination

L'élimination du bupropion se fait par voie urinaire, on ne retrouve quasiment que les métabolites dans les urines, ce qui témoigne de l'importante métabolisation que subit le bupropion.

La demi-vie du bupropion est de 20 heures, ses métabolites possèdent une demi-vie plus importante.

## ✓ *Pharmacodynamie*

Ce médicament utilisé dans certains pays comme antidépresseur a obtenu l'AMM en France en 2001 dans l'aide au sevrage tabagique accompagné d'un soutien de la motivation à l'arrêt du tabac chez les patients présentant une dépendance à la nicotine. Son efficacité dans le sevrage tabagique a été démontrée dans plusieurs essais thérapeutiques.

Le bupropion est un inhibiteur sélectif de la recapture neuronale des catécholamines (noradrénaline et dopamine). Son action est minime sur la recapture de la sérotonine. Le mécanisme d'action du bupropion dans l'aide à l'abstinence tabagique n'est pas connu, mais son action serait médiée par des mécanismes noradrénergiques et/ou dopaminergiques. (1)

### 2.4.1.3.2 *Efficacité*

La revue systématique d'Hughes *et al.* en 2007 (1) a examiné l'effet des antidépresseurs pour aider les fumeurs à arrêter leur consommation. Des médicaments autres que le bupropion étaient évalués (doxépine, fluoxétine, imipramine etc.). Cette étude a montré une supériorité du bupropion sur le placebo pour l'arrêt du tabagisme à 6 mois ; cependant, ces molécules ne semblaient pas être supérieures aux TNS puisque leur effet n'était pas plus significatif lorsque les deux groupes recevaient un TNS. (2)

La revue systématique de Mahmoudi *et al.* en 2012 a évalué le rapport coût/efficacité de la varénicline et du bupropion. Cette étude montrait un rapport coût/efficacité inférieur pour le bupropion par rapport à la varénicline.

La revue systématique de revues Cochrane de Cahill *et al.* en 2013 a examiné l'efficacité des différents traitements pour le sevrage tabagique chez les fumeurs adultes : TNS, antidépresseurs (dont bupropion), agonistes partiels des récepteurs nicotiques (dont varénicline) et d'autres thérapeutiques. Cette étude montrait une efficacité du bupropion par rapport au placebo comparable aux TNS et une infériorité du bupropion par rapport à la varénicline.

Il semblerait cependant que le Zyban ® jouerait un rôle dans la limitation de la prise de poids après l'arrêt du tabac, contrairement au Champix ®. (20)

#### *2.4.1.3.3 Effets indésirables du bupropion*

Les effets indésirables du bupropion (23,24) sont de nature noradrénergique et dopaminergique. Le bupropion LP entraîne un risque de convulsions (estimé à 1/1000, soit 0,1%). Ces crises sont généralement généralisée de type tonico-clonique et constitue l'effet indésirable le plus grave et le plus redouté du médicament. D'un point de vue pratique, l'effet indésirable le plus fréquemment rencontré est l'insomnie. Ceci est remédiable en décalant l'heure de prise par rapport au coucher tout en préservant 8 heures entre les deux prises.

D'autres effets indésirables fréquents voire très fréquents sont à noter :

- ✓ Réactions d'hypersensibilité (urticaire)
- ✓ Dépression, agitation,
- ✓ Tremblements, troubles de la circulation, céphalées, vertiges, troubles du goût,
- ✓ Troubles digestifs : nausées, vomissement, constipation, sécheresse buccale,
- ✓ Eruptions cutanées, prurit, sueurs,
- ✓ Fièvre

#### *2.4.1.3.4 Posologie et modalités de prise*

Il est recommandé (18) de débiter le traitement avant l'arrêt effectif du tabac et de décider d'une date d'arrêt au cours des deux premières semaines de traitement (de préférence au cours de la deuxième semaine). La posologie initiale est de 150 mg par jour pendant les six premiers jours, puis de 300 mg par jour en deux prises quotidiennes au

moins espacées de 8h à partir du 7<sup>ème</sup> jour. La posologie maximale est de 150 mg par prise et de 300 mg par jour. Elle ne doit être dépassée en aucun cas.

Les comprimés doivent être avalés entiers. Ils ne doivent être ni coupés, ni écrasés, ni mâchés car cela peut majorer le risque d'effets indésirables graves tels que les convulsions. Le Zyban<sup>®</sup> peut être pris pendant ou en dehors des repas.

En l'absence d'efficacité au-delà de la 7<sup>ème</sup> semaine, il est inutile de poursuivre le traitement.

#### *2.4.1.3.5 Conclusion sur le bupropion*

En termes d'efficacité, le bupropion est supérieur au placebo pour l'arrêt du tabagisme à 6 mois, mais n'est pas supérieur au TNS, et est inférieur à la varénicline.

Compte tenu de ses effets indésirables importants, ce médicament n'est pas utilisé en première intention dans le cadre de l'aide à l'arrêt du tabac.

#### 2.4.1.4 Conclusion sur les traitements médicamenteux (2)

Les seuls traitements ayant montré une efficacité sont les TNS, la varénicline et le bupropion.

Les TNS, quelle que soit leur forme, sont plus efficaces dans l'arrêt du tabac que l'absence de traitement ou le placebo. Les TNS augmentent l'abstinence à 6 mois de 50 % à 70 %. Les TNS ne présentent pas d'effet indésirable majeur.

Les données épidémiologiques suggèrent que les TNS auraient un impact faible s'ils étaient utilisés isolément. En effet, si l'on considère que les taux de réussite de l'arrêt du tabac dans une population sans aucun traitement sont compris en 3 et 5 %, l'utilisation de TNS pourrait augmenter ces taux de 2 à 3 %.

La varénicline est supérieure au placebo pour l'arrêt du tabagisme à 6 mois et au bupropion pour l'arrêt du tabagisme à 12 semaines. Cependant, la varénicline n'est pas supérieure aux TNS, notamment aux patchs nicotiques et à une combinaison de différentes formes de TNS.

Le bupropion est supérieur au placebo pour l'arrêt du tabagisme à 6 mois, mais n'est pas supérieur aux TNS et inférieur à la varénicline.

La varénicline et le bupropion présentent des effets indésirables graves qui limitent leur balance bénéfice/risque.

D'autres médicaments ont fait l'objet d'études dans l'aide à l'arrêt du tabac mais ils ne bénéficient pas de suffisamment de données sur la preuve de leur efficacité et/ou de leur innocuité : cystine (agoniste partiel des récepteurs nicotiques cérébraux à l'acétylcholine), lobéline, clonidine (agoniste adrénergique  $\alpha_2$ ), mécamylamine (antagoniste des récepteurs nicotiques cérébraux à l'acétylcholine), anxiolytiques, bêtabloquants, rimonabant (antagoniste des récepteurs cannabinoïdes CB1). Beaucoup de ces médicaments ne sont pas commercialisés en France.

## **2.4.2 Traitements non médicamenteux**

### 2.4.2.1 Entretien motivationnel

L'entretien motivationnel, développé par deux psychologues américains, William Miller et Stephen Rollnick au cours des années 1980, se définit comme une approche relationnelle guidée et centrée sur le patient dont le but est de susciter ou renforcer la motivation au changement.

L'entretien motivationnel se fonde sur l'idée qu'une personne n'arrivera à des changements que si la motivation vient de la personne elle-même.

Les attitudes du professionnel consisteront donc en une exploration empathique de l'ambivalence de la personne face au changement, en évitant la confrontation et la persuasion. L'entretien motivationnel repose sur un partenariat coopératif et collaboratif, favorisant l'évocation et valorisant l'autonomie du patient.

La pratique de l'entretien motivationnel suit quatre principes structurants :

- ✓ Eviter le réflexe correcteur de la part du thérapeute.
- ✓ Explorer et comprendre les motivations propres du patient.
- ✓ Ecouter avec empathie.
- ✓ Encourager l'espoir et l'optimisme, renforcer le patient.

La revue systématique de *Lai et al.* en 2010 a évalué l'efficacité de l'entretien motivationnel pour promouvoir l'arrêt du tabac. Quatorze études étaient analysées dans cette revue. Il est ressorti de ces études que l'entretien motivationnel augmente significativement la probabilité de l'arrêt du tabagisme, plus encore que le conseil bref d'arrêt. Les séances longues (plus de 20 minutes) sont plus efficaces que des séances plus courtes.(2)

#### 2.4.2.2 Matériel d'auto-support

Les techniques d'auto-support sont basées sur l'utilisation d'outils structurés qui peuvent aider le fumeur à engager une tentative d'arrêt ou de maintenir son abstinence sans l'aide de professionnels de santé, de conseillers ou de soutien de groupe. Ces outils comprennent tout manuel ou programme structuré dans un format écrit ou vidéo, via des documents papier, le téléphone ou internet.

La revue systématique de Lancaster *et al.* en 2009 a évalué l'efficacité des différents outils d'auto support, d'outils complémentaires aux outils d'auto-support et d'approches sur mesure. Les interventions d'auto-support correspondent à un programme structuré, sans contact intensif avec un thérapeute, pour les fumeurs essayant d'arrêter de fumer. Les outils pouvaient être destinés à des fumeurs en général, des groupes spécifiques de fumeurs (selon l'âge, le groupe ethnique) ou être adaptés aux caractéristiques individuelles des fumeurs.

Il est ressorti de cette étude que les outils d'auto-support sont significativement plus efficaces que l'absence d'intervention pour l'aide à l'arrêt du tabac, mais ne semblent pas supérieurs au conseil bref d'un professionnel de santé. Ces techniques peuvent être utiles pour les patients qui souhaitent arrêter de fumer mais qui ne souhaitent pas être pris en charge par un professionnel de santé. (1)

En France, le ministère chargé de la Santé et l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) ont développé un dispositif permanent pour accompagner et soutenir les fumeurs dans leur démarche d'arrêt. Il s'agit de Tabac-Info-Service.

Ce service existe sur deux plateformes différentes :

✓ *Par téléphone :*

Une ligne d'aide à l'arrêt est à disposition du public : le 3989. Outre l'information, l'orientation et le conseil simple, cette ligne d'aide offre aux fumeurs la possibilité d'un service de seconde ligne, avec prise de rendez-vous téléphonique pour s'entretenir avec des tabacologues pour obtenir des conseils à propos de la démarche de sevrage. Ce service accompagne aussi les professionnels de santé dans l'amélioration de leur offre de soins par la fourniture de documentation et par un partage de leurs expériences en matière de prise en charge de la dépendance tabagique.

✓ *Par Internet :*

En complément de la ligne d'aide à l'arrêt, l'INPES a lancé un site Internet dédié à l'arrêt du tabac : [www.tabac-info-sevice.fr](http://www.tabac-info-sevice.fr), dont l'objet est de permettre aux internautes d'accéder à un accompagnement personnalisé dans leur démarche d'arrêt ou celle de leurs proches. On y trouve notamment : l'annuaire des consultations de tabacologie et d'aide à l'arrêt du tabac, des éléments sur les risques du tabagisme et les bénéfices de l'arrêt du tabac et les solutions pour arrêter de fumer.

Ce site fournit du matériel d'auto-support destiné aux usagers et des outils destinés aux professionnels de santé.

### 2.4.2.3 Méthodes d'accompagnement psychologique

#### *2.4.2.3.1 Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)*

Le tabagisme est un comportement appris, qui a tendance à se maintenir, car il est régulièrement relancé par de très nombreux stimuli, internes ou environnementaux, et renforcé par des voies multiples, physiologiques ou psychologiques.

Ainsi les techniques actuelles de thérapie cognitivo-comportementales appliquées au tabagisme ont pour but l'apprentissage de stratégies permettant de faire face aux situations à haut risque d'envie de fumer, éventuellement à un faux pas dans l'arrêt de la consommation de tabac. Elles sont un élément pour envisager l'arrêt du tabagisme au long terme, en évitant l'apparition de troubles psychopathologiques et en recherchant la

meilleure qualité de vie du patient. L'accent est mis sur la connaissance puis la maîtrise de ces stratégies avec pour effet d'augmenter la confiance que le sujet a dans ses capacités à atteindre son objectif. (2,25)

Henri-Jean Aubin, professeur à l'Université de Paris XI, a rapporté un certain nombre de caractéristiques intéressantes des thérapies cognitivo-comportementales :

- ✓ Les TCC s'adaptent facilement aux besoins individuels des patients, qu'il s'agisse de la nature de leurs problèmes, de leurs objectifs thérapeutiques ou même de leur maturation motivationnelle.
- ✓ Elles sont facilement acceptables par les patients, dans la mesure où le thérapeute évite d'étiqueter son patient avec des termes péjoratifs, souvent difficiles à entendre. Le style relationnel, collaboratif, invitant le patient à donner son point de vue ainsi que sa propre expertise, est valorisant et permet une meilleure implication dans le processus thérapeutique.
- ✓ Les TCC sont adossées à des thérapies psychologiques à caractère scientifique.
- ✓ En corollaire, le thérapeute propose une approche scientifique du traitement ; par exemple, il propose régulièrement de vérifier les hypothèses à travers l'évaluation de la modification du comportement.
- ✓ Les objectifs sont clairement définis, de même que les moyens de les évaluer. L'évaluation régulière des progrès permet d'ajuster au fur et à mesure le traitement.
- ✓ Ces thérapies mettent l'accent sur le renforcement de l'efficacité personnelle. Le thérapeute s'efforçant d'augmenter la confiance en soi des patients.
- ✓ L'efficacité des TCC dans les conduites addictives a régulièrement été confirmée par des études comparatives de caractère scientifique.
- ✓ Les TCC sont souples, leur permettant d'être associées à d'autres approches comme par exemple, les thérapies familiales ou la pharmacothérapie. Elles peuvent être réalisées dans différents environnements thérapeutiques : consultations ambulatoires, hospitalisation de jour, de court séjour ou lors de soins de suite.

La revue systématique de Stead *et al.* en 2005 avait pour objectif d'évaluer l'efficacité des interventions comportementales en groupe sur le sevrage tabagique. Les interventions considérées comportaient un minimum de deux réunions de groupe et un suivi de la consommation du tabac au moins six mois après le début du programme.

**Les preuves issues de cette revue ont montré que la thérapie de groupe est significativement plus efficace que le matériel d'auto-support et d'autres interventions moins intensives. (2)**

#### *2.4.2.3.2 Interventions psychosociales de soutien du partenaire*

Les interventions psychosociales du partenaire sont des interventions auprès des proches afin qu'ils améliorent leur soutien auprès du fumeur pour aider ce dernier à arrêter de fumer dans le cadre d'un programme d'arrêt du tabac. Différentes études ont été réalisées dans le but d'évaluer l'efficacité de ces interventions. Selon les études, la définition du partenaire pouvait varier : l'époux(se), les enfants, les parents, les ami(e)s, les collègues de travail, les participants au programme de sevrage tabagique. Le statut tabagique des participants à ces études variait mais il s'agissait essentiellement de non-fumeurs.

**Ces études ont démontré qu'il n'y avait pas de preuve de l'efficacité des interventions psychosociales de soutien du partenaire du fumeur pour l'arrêt du tabagisme. (2)**

#### *2.4.2.3.3 Le conseil personnalisé*

Le conseil personnalisé est défini comme un entretien en face à face entre un patient et un professionnel formé à l'aide à l'arrêt du tabagisme. (2)

#### 2.4.2.4 Hypnothérapie (hypnose médicale)

Introduite en médecine par Charcot pour étudier l'hystérie, développée par Bernheim, c'est avant tout une technique de psychothérapie qui a montré son efficacité dans certaines pathologies, notamment l'état de stress post-traumatique. Elle est de plus en plus largement utilisée comme thérapie complémentaire. (2)

L'hypnose est un état d'attention focalisée avec suspension de l'éveil. Cet état est considéré comme doté de vertus réparatrices, susceptibles de faciliter secondairement, spontanément ou par suggestion, une meilleure homéostasie et un meilleur aménagement des relations de l'organisme avec son milieu.

En pratique, l'état hypnotique est induit par fixation du regard sur un point lumineux ou fixation auditive par écoute d'un son continu, en même temps qu'est remémoré un souvenir agréable. L'hypnose et la relaxation sont aujourd'hui des outils couramment utilisés par le psychothérapeute et par certains médecins et soignants. Leurs multiples indications en médecine en font de plus en plus un élément précieux de ce qu'on est convenu d'appeler les thérapies complémentaires, sachant qu'il s'agit avant tout de techniques psychothérapeutiques et psychocorporelles. (1)

**Des études ont voulu évaluer l'impact de l'hypnothérapie dans le cadre de l'aide à l'arrêt du tabac mais aucune preuve n'a été démontrée en faveur de l'efficacité de cette technique, les études étant limitées en termes de quantité et de qualité.**

#### 2.4.2.5 Acupuncture

Le principe de l'acupuncture tient à la théorie plurimillénaire du yin et du yang, qui, par ses implications physiologiques, constitue le fil conducteur de la médecine traditionnelle chinoise.

L'énergie Qi (se prononce tchi) est le principe fondamental, présent dans tout le corps, qui régit et contrôle toutes les activités vitales. Le Qi circule dans des méridiens, vecteurs invisibles. Les organes (yin) et les viscères (yang) possèdent chacun leur méridien. L'objet de l'acupuncture est de réguler le yin et le yang en insérant des aiguilles stériles à usage unique au niveau de différents points des méridiens, appelés « points d'acupuncture », dans le but d'obtenir une meilleure homéostasie. (2)

**La revue systématique de White et al. en 2011 a évalué l'efficacité, entre autre, de l'acupuncture dans l'aide à l'arrêt du tabagisme. Ces études ont révélé qu'il n'y avait pas de preuve solide que l'acupuncture était efficace pour l'arrêt du tabagisme.**

#### 2.4.2.6 Activité physique

**Il n'y a pas de preuve de l'efficacité de l'activité physique dans l'aide à l'arrêt du tabagisme. (1)**

#### 2.4.2.7 Méthodes aversives

La méthode aversive de « fume rapide » (*rapid smoking*) a fait l'objet d'études dans l'aide à l'arrêt du tabac. Cette méthode consiste à fumer à un rythme soutenu jusqu'à ressentir les effets de surdosage censés dégouter le fumeur : nausées, malaise, maux de gorge, toux, etc.

Il existe d'autres méthodes aversives (*paced smoking, self paced smoking* etc.)

La revue systématique de Hajek *et al.* en 2004 a évalué l'efficacité des méthodes aversives pour aider les fumeurs à arrêter la consommation de tabac. Onze études étaient analysées. Dans la plupart des études, la méthode *rapid smoking* consistait à demander aux fumeurs de prendre une bouffée toutes les 6 à 10 secondes, et de faire cela pendant 3 minutes ou jusqu'à ce qu'ils aient fumé 3 cigarettes ou se sentent incapable de continuer. Après une période repos, cette procédure est répétée 2 ou 3 fois. Les études rapportaient de 3 à 10 séances réparties sur 1 à 4 semaines. Il est demandé au fumeur de ne pas fumer entre les séances. Cette méthode est par ailleurs accompagnée d'explications sur la méthode et de conseils personnalisés.

**Ces études ont mené à conclure qu'il n'y avait pas de preuve solide quant à l'efficacité des méthodes aversives dans l'aide à l'arrêt du tabagisme. (1)**

#### 2.4.2.8 Intervention de soutien via des messages textes par téléphone portable

Ces interventions résident dans le fait d'envoyer à l'individu souhaitant arrêter de fumer des messages textes journaliers via son téléphone portable. Ces messages fournissent des conseils d'arrêt et des messages motivationnels pour encourager l'abstinence.

**La littérature a suggéré un effet sur l'abstinence à long terme de ces interventions. (1)**

#### 2.4.2.9 Intervention de soutien par Internet

Ces interventions, qui peuvent être interactives, personnalisées ou non interactives, n'ont pas montré d'efficacité dans l'aide à l'arrêt du tabagisme. (1)

#### 2.4.2.10 Conclusion sur les traitements non médicamenteux

<b>Type d'intervention</b>	<b>Efficacité Prouvée</b>
Entretien motivationnel	<b>OUI</b>
Thérapie cognitivo-comportementale	<b>OUI</b>
Conseil personnalisé	<b>OUI</b>
Outils d'auto-support	<b>OUI</b>
Assistance téléphonique	<b>OUI</b>
Interventions via téléphone portable	<b>OUI</b>
Acupuncture	<b>NON</b>
Hypnose	<b>NON</b>
Activité physique	<b>NON</b>
Interventions de soutien du partenaire	<b>NON</b>
Interventions via Internet	<b>NON</b>
Méthodes aversives	<b>NON</b>

Tableau 8 - Conclusion sur les traitements non médicamenteux

## **2.4.3 La cigarette électronique**

### 2.4.3.1 Introduction

Le terme d'e-cigarette ou cigarette électronique désigne un produit fonctionnant à l'électricité sans combustion, destiné à simuler l'acte de fumer du tabac. Il produit un brouillard de fines particules, appelé communément « vapeur » ou « fumée artificielle », ressemblant visuellement à la fumée produite par la combustion du tabac. Cet aérosol contient, selon les données disponibles, beaucoup moins de substances délétères à la santé que la fumée du tabac, en particulier ni particules solides, ni goudron, ni substances cancérigènes, ni monoxyde de carbone. Inventées par Lik Hon, un pharmacien chinois, à Hong Kong en 2003, les cigarettes électroniques sont arrivées en Europe et aux Etats-Unis en 2006. (26)

Les solutions utilisées sont appelées « e-liquides ». Elles sont composées de propylène-glycol et/ou de glycérol, de divers arômes et éventuellement de nicotine. Des flacons de « e-liquides » à différentes concentrations de nicotine existent séparément à la vente. Ces flacons peuvent être ajoutés aux cigarettes électroniques (le consommateur pouvant alors déterminer la dose de nicotine).

Durant ces dernières années, les cigarettes électroniques ont gagné en popularité, surtout auprès des fumeurs désireux de réduire ou arrêter leur consommation de tabac.(27)

Au jour d'aujourd'hui, aucun type de cigarette électronique ne dispose d'une autorisation de mise sur le marché (AMM). Par ailleurs, les cigarettes électroniques ne peuvent être vendues en pharmacie car elles ne figurent pas sur la liste des produits dont la délivrance y est autorisée. Ainsi, 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.

### 2.4.3.2 Effets aigus observés lors d'utilisation de la cigarette électronique

#### *2.4.3.2.1 Sur les voies aériennes*

La « vapeur » des e-cigarettes peut dessécher et irriter la gorge et la bouche. (28)

L'arrivée rapide dans la gorge de la « vapeur » inhalée provoque un picotement, un *hit*. C'est la nicotine qui entrainerait cette sensation dans la gorge. Elle se rapproche beaucoup de celle procurée par la fumée des cigarettes traditionnelles. Les fabricants essaient de reproduire cette sensation de *hit* en mettant au point des e-liquides sans nicotine contenant de la menthe ou du poivre.

La toux est un symptôme fréquent chez les utilisateurs d'e-cigarette. Elle a souvent un point de départ ORL et non bronchique comme avec le tabac. (27)

Fumer du tabac augmente le risque d'adhésion des bactéries dans les voies respiratoires, conduisant à doubler les risques infectieux. Mais aucune donnée n'est disponible sur le risque d'infection des voies respiratoires avec la cigarette électronique.

Fumer diminue le goût (en altérant les papilles gustatives) et l'odorat (en altérant les cellules olfactives situées à la partie supérieure des cavités nasales). Ces deux signaux sensitifs s'intègrent au niveau cérébral pour déterminer le goût des aliments. En arrêtant de fumer, la plupart des fumeurs retrouvent leur goût et l'odorat. Mais aucune étude n'existe sur la récupération de l'odorat lors du passage de la cigarette à l'e-cigarette, mais certains utilisateurs décrivent un retour du goût.

#### 2.4.3.2.2 *Sur le système cardiovasculaire*

Du fait de l'absence de combustion (donc de l'absence de monoxyde de carbone et de particules solides), peu d'effets cardiaques sont attendus de l'utilisation de la cigarette électronique si ce ne sont les effets immédiats vaso-moteurs de l'arrivée de nicotine chez un patient non-fumeur ou sevré de nicotine depuis plusieurs heures. Des études complémentaires sont attendues, mais en tout état de cause, l'effet, s'il existe avec la cigarette électronique, devrait être bien moindre qu'avec les cigarettes traditionnelles. En effet, le tabagisme provoque une aggravation de l'athérosclérose d'installation lente et une augmentation du risque de spasme et de thrombose d'installation et de régression très rapide (on ne sait rien à ce jour sur le risque éventuel de thrombose lié à l'utilisation d'e-cigarette).

### 2.4.3.3 Toxicité des cigarettes électroniques

Des études ont évalué les effets physiologiques liés à l'utilisation de la cigarette électronique. Ces dernières sont fréquemment présentées comme des produits sans danger. Cependant, même si les composés inhalés sont moins nombreux et moins toxiques que les produits contenus dans les cigarettes traditionnelles, les données de la littérature ne permettent pas de statuer sur l'innocuité de la cigarette électronique(27).

D'après le rapport de l'Office Français de Prévention du Tabagisme (OFT) de Mai 2013, nous ne disposons pas d'assez de données sur ces produits. Le manque d'études et de recul invite à mettre ceux-ci sous surveillance, qui pourrait être réduite avec l'accumulation des données.

Les cigarettes électroniques peuvent en théorie poser des problèmes sanitaires du fait de l'e-liquide :

- ✓ Qui peut se répandre et entrer en contact avec la peau.
- ✓ Qui peut être ingéré, en particulier par un jeune enfant (des cas d'intoxications ont été recensés, surtout aux Etats-Unis).

Et de la « vapeur » :

- ✓ Qui peut provoquer ou entretenir une dépendance à la nicotine.

Les risques des e-liquides sont liés avant tout à des produits de mauvaise qualité, de mauvais choix de composants des e-liquides, de mauvaises manipulations, comme ce peut être le cas par exemple en laissant le produit à portée des jeunes enfants.

La cigarette électronique, bien fabriquée et bien utilisée est en elle-même un produit qui présente des dangers infiniment moindre que la cigarette traditionnelle, mais les dangers ne sont pas totalement absents.

Le principal danger intrinsèque de l'e-cigarette est lié à la dépendance à la nicotine qu'elle délivre, mais la forme du produit et sa gestuelle sont aussi des facteurs qui pourraient contribuer à entretenir la dépendance.

Quelques traces de produits cancérigènes à des concentrations très faibles, du même ordre de grandeur que celles trouvées dans les substituts nicotiques existent dans les e-liquides, mais ces concentrations sont sans signification clinique.

Les recherches de cancérigènes dans la vapeur de la cigarette électronique n'identifient aucun produit classé cancérigène « certain » pour l'homme. Quelques PHA (Hydrocarbures aromatiques polycycliques) non classés cancérigènes sont identifiés dans la fumée mais à des taux 100 fois inférieurs à ceux retrouvés dans les bouffées de cigarette traditionnelle.

Substance	UK e-cigarette	UK cigarette	Groupe IARC cancérigènes	% (e.cig/20 cig)
Anthracène	7	130	3	0,27%
Phénanthrène	48	350	3	0,69%
1-Méthyl phénanthrène	5	30	3	0,83%
Pyrène	36	130	3	1,38%
Benz(a) anthracène	non détectable	45	2A	0%
Chrysène	non détectable	50	3	0%
Benzo(b) fluoranthène	non détectable	30	2B	0%
Benzo(k) fluoranthène	non détectable	9	2B	0%
Benzo(a) pyrène	non détectable	35	2A	0%
Benzo(e) pyrène	non détectable	16	3	0%
Pérylène	non détectable	4	3	0%
Indeno(1,2,3-cd)pyrène	non détectable	12	2B	0%
Dibenz(ah) anthracène	non détectable	4	2A	0%
Benzo(ghi) pérylène	non détectable	60	3	0%

Figure 10 - Cancérigènes et PHA dans les cigarettes électroniques RUYAN, cartouche 0 mg de nicotine

Classification IARC (International Agency for Research on Cancer): 1 = certain, 2A = probable, 2B possible, 3 = Non classifiable comme cancérigènes (22)

#### 2.3.3.4 Risque de dépendance induit ou entretenu par l'e-cigarette.

##### 2.3.3.4.1 Pouvoir addictif

Le pouvoir addictif de l'e-cigarette n'est pas connu à ce jour du fait du manque d'études, mais on sait que la nicotine est addictive.

Le remplacement de la cigarette conventionnelle par l'e-cigarette peut s'accompagner de trois typologies de comportement :

- ✓ L'usage de la cigarette électronique est destiné à arrêter de fumer du tabac et le sujet diminue progressivement la quantité de nicotine de

son e-liquide pour à terme l'éliminer totalement ; à ce stade, il va, soit continuer à inhaler des arômes, soit cesser toute consommation.

- ✓ L'usage est simplement comportemental et le sujet a recours à un e-liquide dépourvu de nicotine.
- ✓ L'usage est destiné à entretenir une addiction à la nicotine, le sujet n'a pas de projet d'arrêt de l'e-cigarette.

Aucune étude ne démontre aujourd'hui l'entrée en dépendance nicotinique par l'e-cigarette, mais si elle doit survenir, il faudra plusieurs années pour la mettre en évidence et il est justifié de l'anticiper, d'autant que le produit, avec son apparence et ses senteurs parfumées, attirent les jeunes non-fumeurs.

#### *2.3.3.4.2 Risque de dépendance.*

Le pouvoir addictif de l'e-cigarette est de fait très mal connu car on ne sait rien actuellement de la cinétique artérielle de la nicotine délivrée par ce dispositif. Quoiqu'il en soit le mode de commercialisation doit prévenir le risque d'utilisation de la cigarette électronique comme un produit d'initiation à la dépendance nicotinique. En effet, sur un plan comportemental, la ressemblance entre l'e-cigarette et la cigarette peut tout aussi bien être une aide pour le fumeur qui abandonne la cigarette traditionnelle qu'un danger pour un adolescent qui l'utiliserait comme un produit d'initiation.(27)

#### 2.4.3.5 La cigarette électronique peut-elle être un moyen efficace d'aide à l'arrêt du tabac ?

L'étude de Bullen *et al.* publiée en 2013 avait pour but d'évaluer si les cigarettes électroniques étaient plus efficaces que les timbres transdermiques pour aider les fumeurs à arrêter de fumer. Les sujets de l'étude ont été recrutés par le biais d'annonces dans des journaux locaux. Les critères d'inclusion étaient les suivants : sujets fumeurs âgés d'au moins 18 ans, fumant au moins 10 cigarettes par jour et souhaitent arrêter de fumer. (2) Trois groupes ont été constitués par une randomisation : un groupe qui devait utiliser un timbre transdermique à 21 mg (groupe « patch », 295 sujets), un groupe recevant des cigarettes électroniques dosées à 16 mg de nicotine (groupe « cigarette électronique », 289 sujets) et un troisième groupe recevant des cigarettes électroniques ne contenant pas de nicotine (groupe « cigarette électronique placebo », 73 sujets). Cette étude a duré 13

semaines (début à 1 semaine avant l'arrêt puis les 12 semaines suivantes). Parallèlement, tous les sujets de l'étude ont été contactés par une ligne téléphonique d'aide à l'arrêt du tabagisme pour leur proposer un soutien téléphonique. Les sujets de l'étude étaient évalués à 1, 3 et 6 mois après l'arrêt.

Le critère de jugement principal était l'abstinence continue au cours des 6 mois de suivi. Etait considérée comme abstinence, une consommation de moins de 5 cigarettes au total sur les 6 mois.

Les analyses ont consisté à comparer d'une part, les résultats entre les groupes « cigarette électronique » et « patch » et d'autre part, les groupes « cigarette électronique » et « cigarette électronique placebo ».

Sur les 657 sujets inclus dans l'étude :

- ✓ 22 % étaient perdus de vue à 6 mois (145 sujets)
  - 17 % du groupe « cigarette électronique » (49 sujets)
  - 27 % dans le groupe « patch » (80 sujets)
  - 22 % dans le groupe « cigarette électronique placebo » (16 sujets)
- ✓ L'abstinence à 6 mois était de 7.3 % dans le groupe « cigarette électronique » (48 sujets)
- ✓ L'abstinence à 6 mois était de 5.8 % dans le groupe « patch » (38 sujets)
- ✓ L'abstinence à 6 mois était de 4.1 % dans le groupe « cigarette électronique placebo » (27 sujets)

**Aucune différence n'était significative concernant le taux d'abstinence.**

Cependant cette étude présente de nombreuses limites :

- ✓ L'étude n'a pas été réalisée en double aveugle contre placebo, notamment pour la comparaison entre cigarette électronique et patch, où un placebo de patch aurait pu être utilisé.
- ✓ Il n'y avait pas de groupe de comparaison ne prenant aucun traitement.
- ✓ Les doses de nicotine des groupes « cigarettes électroniques » et « patch » n'étaient pas comparables. Les patients de groupe « patch » ne devaient utiliser qu'un patch de 21 mg par jour alors que ceux du groupe « cigarette électronique » pouvaient consommer la dose de nicotine qu'ils souhaitaient. On peut donc supposer que la titration en nicotine était

meilleure dans le groupe « cigarette électronique », et qu'un certain nombre de patients du groupe « patch » était sous-dosé en nicotine, ce qui pourrait expliquer le plus faible taux d'abstinence dans ce groupe.

- ✓ La quantité de cartouches délivrées aux sujets des deux groupes « cigarettes électroniques » n'était pas précisée, or ces résultats montrent qu'un tiers des sujets de ces groupes continuait à utiliser les dispositifs à 6 mois. Au contraire, dans le groupe « patch », les sujets ne disposaient que d'un patch par jour pour 13 semaines, ne leur permettant pas d'utiliser les dispositifs au-delà, à moins d'en acheter d'autres par eux-mêmes. Ceci peut aussi expliquer les différents taux d'abstinence à 6 mois.
- ✓ Le pourcentage de perdus de vue était important (22 %).
- ✓ Les résultats de l'analyse principale n'ont pas été ajustés sur le taux d'utilisation des lignes téléphoniques de soutien. Or il est démontré qu'un soutien psychologique favorise la réussite de l'arrêt du tabagisme. Si le recours à ces lignes téléphoniques était différent dans les trois groupes, cela aurait pu entraîner un biais de confusion.
- ✓ Un des auteurs avait des liens d'intérêts avec une entreprise fabricant des cigarettes électroniques.

**Ainsi cette étude suggère que la cigarette électronique n'est pas différente du timbre transdermique ni des cigarettes électroniques placebo pour aider les fumeurs à arrêter sur une période de six mois, et que ces trois dispositifs ne présentent pas de différences en termes d'effets indésirables. Cependant, cette étude ne permet pas de conclure quant à l'efficacité ou l'innocuité des cigarettes électroniques dans l'aide à l'arrêt du tabac, en raison des limites méthodologiques importante qu'elle présente. (1)**

#### 2.4.3.6 Etat des lieux de l'usage de la cigarette électronique en France en 2014

En 2014, l'e-cigarette est un produit connu par 99.0 % des 15-75 ans avec un quart d'entre eux l'ayant déjà essayé (25.7 %). Les utilisateurs de la cigarette électronique représentent aujourd'hui 6 % de la population des 15-75 ans. On constate que la prévalence du tabagisme est très importante au sein des utilisateurs d'e-cigarettes : 74.7% sont des fumeurs quotidiens et 15 % sont d'anciens fumeurs. En rapprochant toutes les

données disponibles, on arrive donc à 98 % des vapoteurs qui sont ou ont été des fumeurs. Cette forte attractivité s'explique par les motifs d'utilisations nombreux que trouvent les fumeurs à la cigarette électronique (29):

- ✓ Nocivité potentiellement inférieure à celle de la cigarette
- ✓ Permet d'éviter les symptômes de sevrage tout en évitant la cigarette
- ✓ Moins cher que la cigarette ordinaire
- ✓ Pas de tabagisme passif pour l'entourage
- ✓ Aide ou pourrait aider à arrêter de fumer

Il ressort donc que 82 % des utilisateurs de cigarettes électroniques pensent qu'elles pourraient les aider à arrêter de fumer. Cependant le recul n'est pas suffisant pour savoir si les fumeurs ayant arrêté de fumer avec l'e-cigarette vont réussir leur sevrage. En effet il s'avère que la durée moyenne d'utilisation de l'e-cigarette pour un individu serait en moyenne d'environ 4 mois.

Ainsi, il apparaît que huit utilisateurs du dix ont diminué de façon significative leur nombre de cigarettes fumées grâce aux cigarettes électroniques. Cependant il faudra encore patienter pour pouvoir réellement établir un lien entre sevrage tabagique e-cigarette ainsi que d'établir son innocuité.

#### 2.4.3.7 Conclusion : quelques recommandations de l'OFT à propos de la cigarette électronique

L'utilisation de la cigarette électronique, avec ou sans nicotine, ne doit pas être interdite en France.
L'accès des fumeurs aux cigarettes électroniques ne doit pas être freiné, car au vu des données actuelles, elles semblent réduire les dommages lorsqu'elles remplacent la cigarette
Des mesures doivent être mises en place afin d'éviter toute promotion et toute facilitation de l'accès de l'e-cigarette aux mineurs et aux personnes n'ayant jamais fumé
La vente d'e-cigarette doit être interdite aux mineurs
La cigarette électronique ne doit pas être utilisée par les femmes enceintes ou allaitantes du fait de l'absence de toute donnée démontrant leur efficacité et leur totale innocuité dans ces conditions.

Par ailleurs, l'OMS a pris position à propos de la cigarette électronique dans un rapport rendu publique le 26 août 2014. Sur ce dernier elle stipule entre autre que : (30)

- ✓ La vente de ce produit doit être interdite aux mineurs car il peut provoquer d'importants dommages chez les adolescents.
- ✓ La cigarette électronique doit être interdite dans les lieux publics.
- ✓ Elle ne doit pas être consommée chez les femmes enceintes et allaitantes.
- ✓ L'e-cigarette ne doit pas être présentée par les fabricants comme un produit d'aide à l'arrêt du tabac.

## ***2.5 Le suivi du patient : maintien de l'abstinence et prévention de la rechute***

La rechute se définit comme la reprise non souhaitée de l'usage quotidien du tabac après une période d'abstinence volontaire dans le cadre d'une tentative d'arrêt. On distingue le faux pas, qui est une prise isolée de tabac chez un sujet abstinent dans une démarche d'arrêt.(2)

Le modèle de référence concernant la prévention de la rechute est le modèle de Marlatt et Gordon. Ce modèle est basé sur la psychologie socio-cognitive et incorpore un modèle conceptuel de rechute et un ensemble de stratégies cognitives et comportementales pour prévenir ou limiter les épisodes de rechute. Ce modèle est caractérisé par une classification détaillée des facteurs et situations qui peuvent précipiter ou contribuer à des épisodes de rechutes. Ce modèle répertorie ces facteurs en deux catégories : les déterminants immédiats (situations à haut risque, capacité à faire face, attente d'effets positifs de la consommation, effet de la violation de l'abstinence) et des antécédents tels que le style de vie, le niveau de stress, de déni, de craving.

Ce modèle suggère que l'écart de consommation a plus de probabilités de se produire dans des situations particulières dites situations à haut risque mal gérées. Les fumeurs peuvent parfois prévenir un écart de consommation en faisant face à une situation à risque de manière appropriée. Ceci implique d'éviter de s'exposer à de telles

situations à haut risque de rechute et/ou d'y faire face de manière adéquate. Ces stratégies sont des éléments clés de la prévention de la rechute. Selon ce modèle, une situation à haut risque bien gérée a pour conséquence une augmentation du sentiment d'efficacité personnelle et une baisse du risque ultérieur de rechute. En revanche, une situation à haut 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, qui peut induire un effet de violation de l'abstinence.

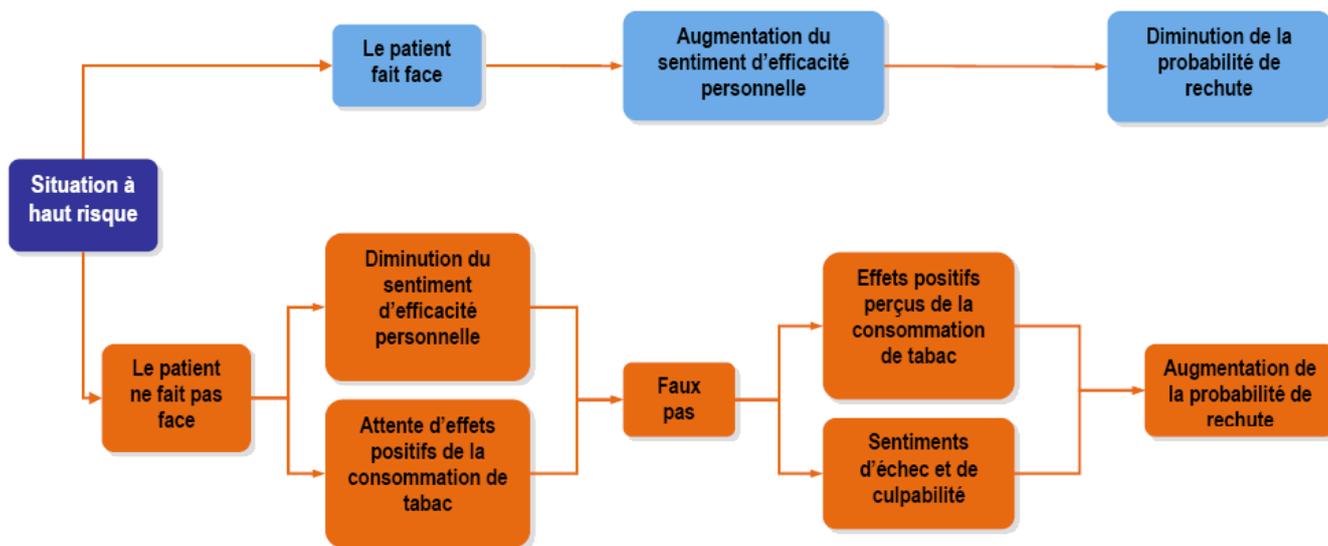


Figure 11 - Modèle de rechute de Marlatt et Gordon

Ce concept a profondément influencé le développement des interventions sur la dépendance : les traitements non pharmacologiques pour arrêter de fumer incluent l'identification par le fumeur des situations à haut risque de rechute et le développement ou l'amélioration des compétences pour faire face à ces situations. Les stratégies commencent par une évaluation des caractéristiques environnementales et émotionnelles, des situations qui sont potentiellement associées à une rechute. Après identification de ces caractéristiques, le professionnel de santé va analyser les réponses du fumeur face à ces situations et examiner les éléments de style de vie du fumeur qui augmentent l'exposition à ces situations à haut risque. Sur la base de cet examen minutieux, le professionnel de santé va définir des stratégies adaptées aux faiblesses cognitives et comportementales de son patient, et réduire ainsi le risque de rechute. Le modèle de prévention des rechutes inclut une variété d'approches cognitives et comportementales regroupées en trois catégories :

- ✓ L'acquisition de compétences : entraînement aux stratégies pour faire face, entraînement aux techniques d'affirmation de soi, gestion des émotions négatives.
- ✓ La restructuration cognitive : travail sur la croyance en l'inéluctabilité de la rechute, dédramatisation, focalisation sur les aspects positifs de l'expérience
- ✓ L'amélioration du style de vie : développement des activités qui ont des effets positifs à long terme sur l'humeur, la santé et la capacité à faire face.

Ainsi, d'après la HAS, il est recommandé d'aborder le faux pas et la rechute avant même le début du sevrage. 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 risques repérées. Ces stratégies sont des éléments clés de la prévention de la rechute.

En cas de faux pas ou de rechute, il faudra alors analyser avec le patient le contexte de ces derniers (facteurs associés et/ou situations déclenchantes) et leurs conséquences (bénéfices secondaires de la rechute, émotions et croyances liées à la rechute). Le professionnel de santé doit faire en sorte, en cas de faux pas, de déculpabiliser le patient. En effet le sentiment de perte d'efficacité personnelle que le faux pas engendre peut entraîner une rechute. Il faut rappeler au patient que les faux pas ne sont pas prévisibles et qu'ils font partie des étapes vers la réussite.

Concernant le suivi en lui-même, il est recommandé de mettre en place un suivi hebdomadaire dans un premier temps, puis mensuel pendant les 3 à 6 mois suivants.

- *Evaluation du craving*

Trois tests permettent d'évaluer le craving :

- ✓ Le questionnaire du besoin urgent de fumer (*Questionnaire of smoking urges : QSU*) ou sa version abrégée, le *Brief questionnaire for smoking urges (QSU Brief)*

- ✓ Le questionnaire de manque tabagique (*Tabacco Craving questionnaire : TCQ*)
- ✓ Le questionnaire court de manque tabagique (*Tabacco Craving Questionnaire Short Form : TCQ : SF*)

- *Evaluation des symptômes de sevrage.*

L'échelle de référence pour évaluer le syndrome de sevrage est aujourd'hui la *Minnesota nicotine withdrawal scale*. Il s'agit d'un auto-questionnaire permettant de coter de 0 à 4 les symptômes de sevrage du DSM-IV. Cette échelle n'a pas été formellement validée.

## **3 Place actuelle du pharmacien d'officine dans l'aide à l'arrêt du tabac.**

### ***3.1 Les textes à propos du sevrage tabagique relatifs à la profession de pharmacien.***

**1998 – Conférence de consensus ANAES (Agence Nationale d'Accréditation de d'Evaluation en Santé) – « Arrêt de la consommation du tabac »**

« Les pharmaciens se doivent de souligner les risques importants de fumer, encourager l'abstention tabagique, conseiller et accompagner le fumeur qui cesse de fumer »

**1999 – Plan gouvernemental de lutte contre le tabagisme** prévoit le délistage des substituts nicotiques, le renforcement de l'implication des professionnels de santé et la formation des pharmaciens au sevrage tabagique.

**2003 – Recommandations de bonne pratique AFFSAPS :**

« Les pharmaciens se doivent de sensibiliser, dépister, mettre en place et conduire le sevrage, accompagner et suivre les fumeurs ou les orienter vers un praticien »

**2009 – Loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST) du 22 Juillet 2009 art L.51251-1**

**Renforcement du rôle de pharmacien en Santé Publique :**

« participe à la coopération entre les professionnels de santé,  
Peut participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnements de patients » (31)

### ***3.2 Les limites imposées à la profession de pharmacien et le paradoxe auquel il est confronté.***

Différents textes de loi fixent les limites de la profession de pharmacien, ainsi ce dernier se doit d'exercer son activité sans transgresser ces textes, ce qui parfois n'est pas réalisable.

- Article R 4235.62 :

**« Chaque fois qu'il lui est nécessaire, le pharmacien doit inciter ses patients à consulter un praticien qualifié » (32)**

Le pharmacien peut se retrouver dans une impasse face à un patient dépendant, parce qu'il lui aura déjà donné tous les conseils ou solutions qui lui semblaient adaptés, ou encore parce qu'il estime qu'il n'aura pas les compétences suffisantes pour optimiser sa prise en charge. Au cours de son parcours universitaire le pharmacien a appris les caractéristiques des thérapeutiques applicables au problème du patient. Ainsi il est essentiel de nouer un dialogue productif avec ces patients. Lorsque le dialogue est établi, le pharmacien se doit de rester dans le domaine de ses compétences. Dès qu'il sentira qu'une situation sort du cadre de ses prérogatives, il doit insister sur la nécessité d'une consultation tout en expliquant ses raisons.

A ce propos, il est stipulé dans les recommandations de l'HAS que **« le pharmacien peut être amené à recevoir des fumeurs qui viennent acheter spontanément des TNS pour arrêter de fumer. A cette occasion, le pharmacien peut orienter ces fumeurs vers une prise en charge médicale afin d'optimiser leurs chances de succès, notamment par le biais d'un protocole de coopération entre les professionnels de santé ».**

En agissant comme cela, le pharmacien fera comprendre au patient qu'il est pris en charge de façon interdisciplinaire, et qu'il est accompagné dans son parcours de soins. Le pharmacien y gagnera également en crédibilité et optimisera les bénéfices des traitements des patients.

- Article R 4235.63 et R 4161-1.:

**« Le pharmacien doit s'abstenir de formuler un diagnostic sur la maladie au traitement de laquelle il est appelé à collaborer »**

**« Exerce illégalement la médecine toute personne qui prend part, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic » sans être titulaire d'un diplôme français d'Etat de Docteur en Médecine.(32)**

Le diagnostic est un acte par lequel on identifie un trouble par l'analyse de symptômes dans le but d'y proposer un traitement. Cette question de diagnostic et du pharmacien concerne beaucoup de situation de comptoir, et pas seulement dans le domaine du sevrage tabagique.

Il est aujourd'hui recommandé aux pharmaciens de soumettre le Test de Fagerström aux patients désireux d'arrêter le tabac. Or ce test permet d'établir un score de dépendance au tabac. Ce test va permettre au pharmacien de déterminer d'une part, s'il peut conseiller son patient ou le réorienter vers un autre professionnel de santé si le score est trop élevé, et d'autre part, de conseiller au patient un produit de substitution le plus adéquat.

Ainsi, pour exercer sa profession et conseiller efficacement son patient, le pharmacien doit émettre un diagnostic.

Si jamais dans un souci de légalité, le pharmacien refusait d'émettre un diagnostic et ainsi répondre aux attentes de son patient, il se verrait enfreindre l'article R.4235-6 :

**« Le pharmacien doit faire preuve du même dévouement envers toutes les personnes qui on recourt à son art »**

Selon ce texte, il est impossible au pharmacien de refuser de servir un patient, il est illégal de refuser de prendre en charge un patient. La situation du pharmacien est donc paradoxale dans le domaine du sevrage tabagique, mais aussi dans plein d'autres domaines.

### ***3.3 Pourquoi le pharmacien d'officine est-il un acteur important de la prise en charge de l'arrêt du tabac ?***

Le pharmacien d'officine est un :

- ✓ Acteur direct de la prévention, qu'elle soit primaire ou secondaire
- ✓ Acteur indirect : il se positionne dans la chaîne des acteurs du sevrage tabagique, en prenant en charge le patient et/ou en l'orientant vers d'autres professionnels de santé.

Il joue un rôle prépondérant et ceci grâce :

- ✓ Aux 21915 officines, facilement accessibles, sans rendez-vous, réparties sur tout le territoire français (Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens (CNOP) – au 1<sup>er</sup> Janvier 2014 : 1 officine pour environ 2900 habitants).
- ✓ Aux 54950 pharmaciens d'officine (dont 27553 pharmaciens titulaires et 27397 pharmaciens adjoints), acteurs de santé publique, ayant souvent une connaissance globale du patient (lieu de vie, contexte familial, socio-professionnel, santé...) et de son entourage donc prêts à transmettre des messages adaptés, au moment opportun. (CNOP – au 1<sup>er</sup> Janvier 2014)
- ✓ Aux 4 millions de personnes qui fréquentent chaque jour les officines, aux profils très divers (femmes sous contraceptif oral, femmes enceintes, jeunes mamans, malades chroniques...) et qui sont susceptibles de recevoir une information, un accompagnement et/ou une orientation pour un sevrage tabagique adapté.(31)

## **3.4 Le rôle du pharmacien en pratique**

### **3.3.1 Le conseil minimal**

Deux questions doivent être systématiquement posées, ou du moins autant que faire se peut (6) :

- ✓ Êtes-vous fumeur ?
- ✓ Envisagez-vous d'arrêter ?

Ces questions sont fondamentales dans tous les contextes propres à l'exercice officinal, c'est-à-dire lors de la dispensation de médicaments destinés à traiter des pathologies dans lesquelles le tabac est un facteur de risque ou un facteur aggravant :

- ✓ Médicaments à visée cardio-vasculaire
- ✓ Médicaments de la sphère ORL
- ✓ Médicaments de l'asthme et de l'insuffisance respiratoire
- ✓ Médicaments anti-ulcéreux
- ✓ Contraceptifs oraux
- ✓ Antibiotiques pédiatriques
- ✓ Produits cosmétiques

### **3.3.2 Evaluation**

Suite au conseil minimal, si le patient veut engager le dialogue sur un éventuel sevrage tabagique, le pharmacien doit évaluer la dépendance et la motivation à l'arrêt du patient. Cette évaluation est primordiale, elle permettra au pharmacien de savoir dans quel état d'esprit se situe le patient afin d'adapter une approche qui correspondra aux attentes de ce dernier. Le pharmacien devra aussi évaluer les co-morbidités anxieuse et dépressive, ainsi que les co-addictions. Cette évaluation peut conduire le pharmacien à orienter le patient vers un spécialiste.

### **3.3.3 Donner le conseil d'arrêt**

Si le pharmacien juge qu'il peut intervenir dans le cadre du sevrage tabagique de son patient, il engagera alors le dialogue sur comment mener la démarche d'arrêt. Il établira un planning de suivi avec le patient afin qu'il ne se retrouve pas seul face à l'arrêt du tabac. Comme énoncé auparavant, l'accompagnement psychologique du patient pendant son sevrage est primordial et augmente considérablement les chances d'arrêt.

### **3.3.4 Proposition et vente d'un traitement d'aide au sevrage tabagique.**

Dans le cadre d'un programme d'aide à l'arrêt du tabagisme, le pharmacien ne dispose de peu de solutions thérapeutiques à proposer aux patients. D'une part, car peu de médicaments ont fait leur preuve dans le sevrage tabagique d'après les recommandations de l'a HAS, et d'autre part car seuls les TNS ne sont pas soumis à prescription (la varénicline et le bupropion nécessitent une prescription médicale).

L'élément qui variera sera la forme galénique du TNS. Cette dernière est au choix du patient, sachant qu'une association de deux TNS semble plus efficace qu'un seul TNS isolé (exemple : des timbres transdermiques journaliers pour administrer une dose continue de nicotine durant la journée, des gommes au cours de la journée en cas d'envie importante de fumer).

Il est du rôle du pharmacien de fournir par ailleurs des conseils propres à l'utilisation des TNS ainsi que d'avertir le patient sur les effets secondaires probables et sur les symptômes de sevrage qu'il rencontrera. Par ailleurs, il établira la posologie adéquate qui sera établie en fonction de la consommation tabagique antérieure du fumeur.

Ces médicaments ne sont pas soumis à prescription, les prix de ces produits sont donc variables d'une pharmacie à une autre puisque c'est le pharmacien qui en définira le prix.

### 3.3.5 Suivi du patient

Il est du rôle du pharmacien d'établir un suivi de son patient. Ceci va lui permettre d'évaluer si son traitement est adapté, d'évaluer la motivation du patient, ses symptômes de sevrage etc.

Ceci peut être mis en place par une fiche de suivi que fournira le pharmacien au patient. L'ordre des pharmaciens a édité une fiche de suivi en 2003, via sa filière d'éducation et de prévention pour la santé, Cespharm. Cette fiche de suivi est destinée à être remise par le pharmacien aux patients débutant un sevrage tabagique. Bien remplie au quotidien par la personne en cours de sevrage, elle servira de « tableau de bord » et l'aidera dans sa démarche d'arrêt du tabac.

C'est un document personnalisé sur lequel le pharmacien peut inscrire des conseils utiles et sur lequel la personne en cours de sevrage peut indiquer des remarques, à commenter lors de son prochain passage à l'officine. La fiche de suivi sera alors une aide au dialogue durant la phase d'initiation du traitement. (33)

Cette fiche permet d'évaluer différents items comme le craving, l'irritabilité, l'anxiété etc. Chacun de ces items recevra une note quotidienne, donnée par la patient, allant de 0 à 3 (0 = pas du tout ; 1 = léger ; 2 = moyen ; 3 = extrême). Le patient y fera aussi figurer le nombre de café, de verres d'alcool, et de cigarettes consommées par jour. Le traitement éventuel de substitution nicotinique sera aussi évalué. Le patient indiquera combien de gommes, de comprimés, de cartouches d'inhalateur il a consommé par jour ou le dosage du timbre transdermique (en fonction du traitement de substitution qu'il utilise).

Cette fiche doit faire l'objet d'une évaluation hebdomadaire en début de sevrage. Elle permet une meilleure prise en charge par le pharmacien (évaluation des symptômes de sevrage, observance du TNS) ainsi qu'un soutien et un élément de motivation pour le patient (le patient sera motivé par le fait de noter qu'il n'a consommé aucune cigarette)

Cette fiche de suivi n'est qu'un aspect du suivi que peut mettre en place le pharmacien, cependant, d'après Cespharm, cette fiche est souvent très appréciée des patients en début de sevrage et constitue un réel soutien.

Nom : ..... Prénom : .....														Cachet du pharmacien									
Date d'arrêt : ...../...../.....																							
0 = pas du tout 1 = léger 2 = moyen 3 = extrême		Traitement :																					
Critères	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14	J15	J16	J17	J18	J19	J20	J21		
Pulsion à fumer																							
Irritabilité																							
Accès de colère																							
Agitation nervosité																							
Anxiété																							
Tendance dépressive																							
Difficulté de concentration																							
Augmentation de l'appétit																							
Constipation																							
Troubles du sommeil																							
Activités de rêve																							
Nbre de cafés																							
Nbre de verres d'alcool																							
Nbre de cigarettes fumées																							
Nbre de gommes																							
Nbre de comprimés																							
Nbre de cartouches (inhalateur)																							
Dosage du timbre																							

Figure 12 - Fiche de suivi Cespharm

### 3.3.6 Prise en charge financière des traitements d'aide à l'arrêt du tabagisme par l'Assurance Maladie.

Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2016, la participation de l'Assurance Maladie pour le financement du traitement nicotinique de substitution est assurée dans la limite d'un forfait de 150 euros par an et par bénéficiaire. (34)

Pour obtenir le remboursement partiel des substituts nicotiniques par l'Assurance Maladie, une prescription du médecin traitant est nécessaire. La feuille de soin accompagnée de cette prescription doit être envoyée à la caisse d'assurance maladie à laquelle est affilié l'assuré. Le tiers payant ne s'applique pas à la pharmacie pour ce type de produits, le patient doit payer les produits et se fait rembourser par la suite.

Cette réglementation n'est valable que pour les traitements nicotiques de substitution. Elle ne concerne pas le Champix® ou le Zyban®, qui, eux, ne sont pas remboursés.

Nous avons théoriquement abordé, au sein de cette partie, les moyens mis à disposition du pharmacien. Nous allons à présent nous pencher sur la pratique, c'est-à-dire la représentation du pharmacien dans le sevrage tabagique ainsi que la description d'une expérience originale grâce à laquelle des entretiens de suivi ont été mis en place au sein d'une pharmacie de Loire-Atlantique

## **4 Pharmacien et sevrage tabagique : la réalité**

### ***4.1 Le grand public face au sevrage tabagique***

#### **4.1.1 Présentation de l'étude**

##### 4.1.1.1 Objectifs

Le but de cette étude était de déterminer les traitements ou pratiques utilisés dans le cadre de l'arrêt du tabac et de connaître l'avis de la population sur l'éventuel rôle du pharmacien et ce qu'il pouvait apporter concrètement au patient dans le cadre de l'arrêt du tabac.

##### 4.1.1.2 Moyens et méthode

Une enquête a été mise au point afin d'interroger différents individus sur leur expérience tabagique. Elle s'adressait à des individus ayant fumé mais ayant arrêté mais aussi à des fumeurs qui ont tenté d'arrêter ou à des fumeurs actuels

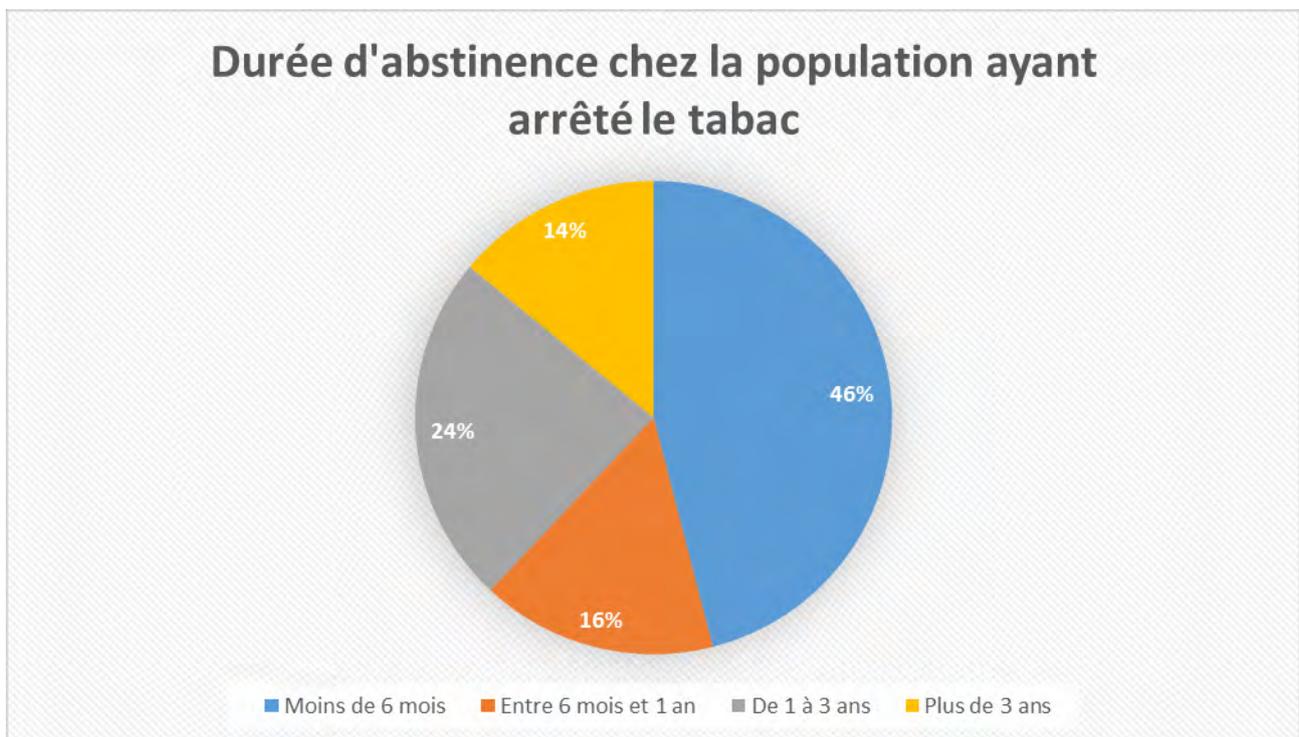
218 personnes ont répondu à cette enquête qui comportait 25 questions. Ces 25 questions avaient pour but de définir les moyens de sevrage utilisés ainsi que ceux qui se sont avérés efficaces et l'opinion que portait la population sur le rôle du pharmacien dans le cadre de l'aide à l'arrêt du tabac. L'intégralité du questionnaire figure dans l'annexe 1.

L'enquête a été diffusée grâce à un réseau social d'août 2015 à septembre 2016. Différents types de consommateurs ont été sondés grâce à cette étude : du fumeur régulier au fumeur ayant arrêté. Ce questionnaire a été diffusé sur des groupes d'aide à l'arrêt du tabac au sein de ce même réseau social afin de connaître au mieux leurs difficultés. Malgré tout, de par le fait que ce questionnaire ait été diffusé sur un réseau social, la majorité de la population qui y a répondu est jeune avec une expérience tabagique de courte durée et qui n'a pas forcément envisagé un arrêt.

## 4.1.2 Résultats

### 4.1.2.1 Chez les fumeurs ayant arrêté

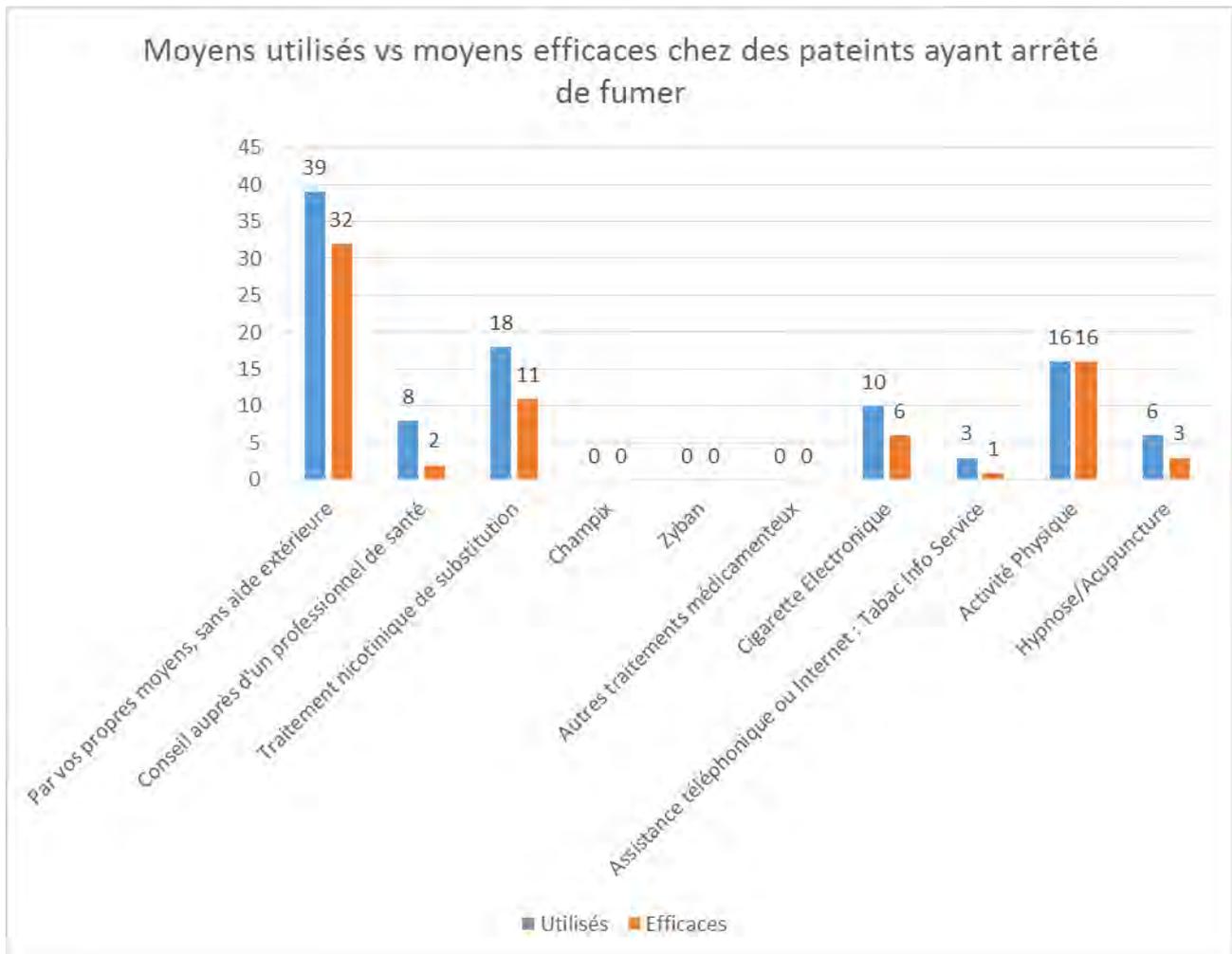
L'échantillon de personnes ayant arrêté sa consommation représentait 50 personnes soit 23% de la population totale ayant répondu au sondage. Les durées d'arrêt étaient variées mais une majorité des individus avaient arrêté depuis moins de 6 mois. N'ayant pas réinterrogé ces individus, il est impossible de savoir s'ils ont rechuté ou non.



**Figure 13 - Durée d'abstinence chez la population ayant arrêté le tabac**

Sur ces 50 personnes, seulement 17 avaient réussi à arrêter du premier coup et il ne s'agissait pas majoritairement du groupe ayant arrêté depuis moins de six mois. Ce qui montre les difficultés que rencontrent les sondés à arrêter le tabac sur de longues périodes.

Elles ont ensuite été interrogées sur les moyens qu'elles ont utilisés pour arrêter leur consommation de tabac tout en énonçant ceux qui leur ont parus efficaces.



**Figure 14 - Moyens utilisés VS moyens efficaces chez des patients ayant arrêté de fumer**

Il en ressort que les personnes essaient surtout de quitter le tabagisme par leurs propres moyens et consultent très peu les professionnels de santé. L'activité physique joue un rôle important dans le processus d'arrêt (même si cette dernière n'a pas prouvé son efficacité d'après les études). Concernant les thérapies utilisées, ce sont généralement les TNS qui sont employés alors que les traitements médicamenteux comme le Champix ou le Zyban n'ont pas du tout été utilisés. On remarque que la cigarette électronique représente une part non-négligeable des moyens employés.

Dans 82% des cas, la seule motivation semble avoir été efficace pour arrêter le tabac. Pour les individus ayant repris une activité physique en parallèle de leur tentative d'arrêt, 100% certifient que le sport a eu un apport bénéfique pour ne pas rechuter. Les TNS et la cigarette électronique représente eux aussi un bon taux de réussite avec environ 60%.

La suite du questionnaire concernait le suivi dont ils ont bénéficié durant leur tentative d'arrêt. Il s'avère que sur les 50 personnes ayant répondu au questionnaire, seulement 8 ont été suivies par un professionnel de santé (5 par un tabacologue, 2 par un médecin généraliste et 1 par un pharmacien).

Quand on leur a ensuite demandé l'intérêt du pharmacien dans le cadre de leur sevrage tabagique, la réponse est sans appel : 94% des sondés affirment que le pharmacien n'a joué aucun rôle à part celui de lui fournir un traitement. Il apparaît donc que le pharmacien n'est pas acteur de ce changement malgré les connaissances dont il dispose. Un patient vient en principe tous les mois, voire plus fréquemment, prendre son traitement, il est du rôle du pharmacien de chercher à savoir comment se déroule le sevrage et de donner des solutions au patient si ce dernier rencontre des difficultés.

Il ressort donc ici que les individus ayant arrêté de fumer y sont surtout arrivés par leurs propres moyens et ne considéraient pas trop l'aide que pouvaient leur apporter les professionnels de santé.

#### 4.1.2.2 Chez les fumeurs ayant déjà tenté d'arrêter

Parmi les 218 personnes interrogées, 95 ont affirmé avoir tenté d'arrêter mais sans résultat. Ils ont dans un premier temps été interrogé sur ce qui, selon eux, les avait fait échouer dans leur processus d'arrêt du tabagisme.

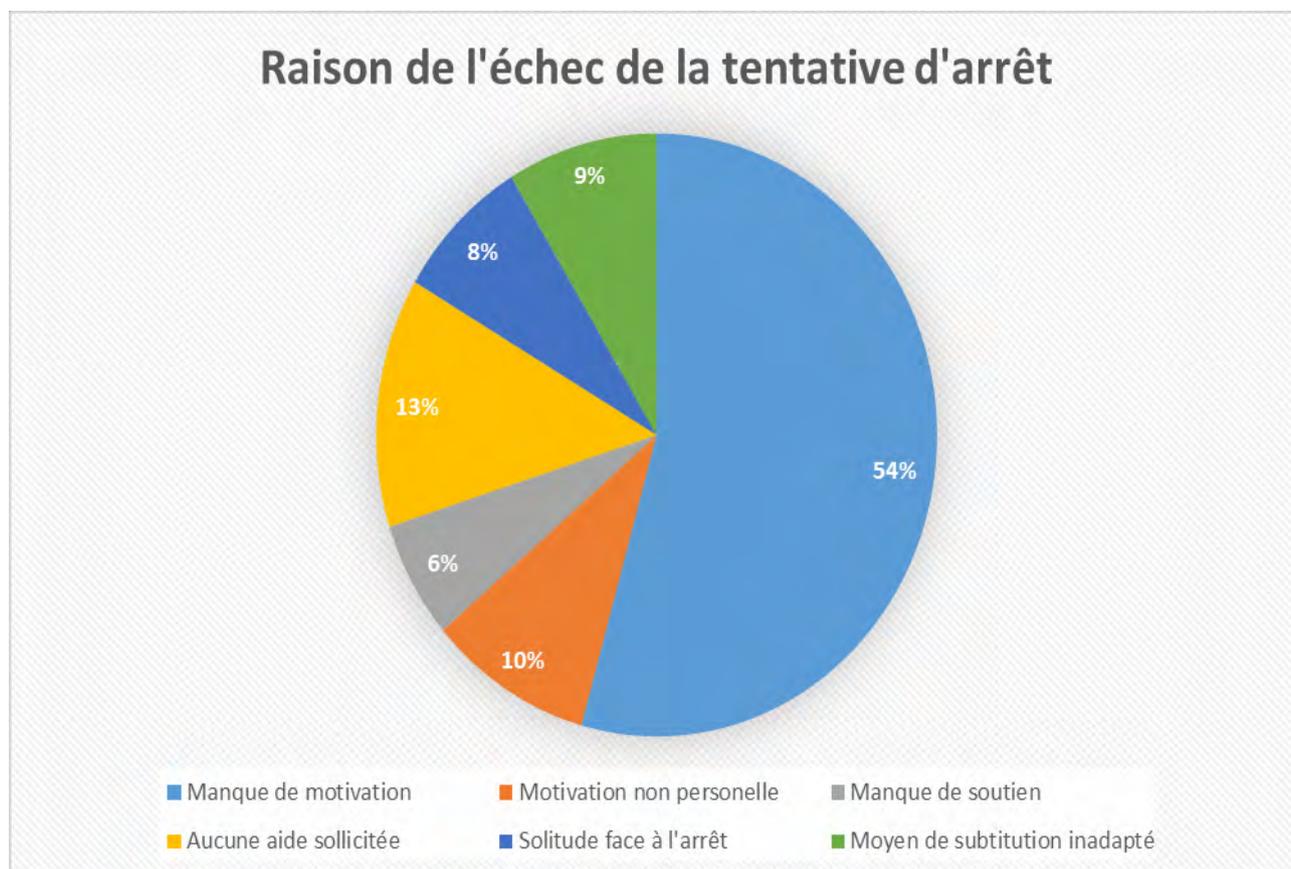
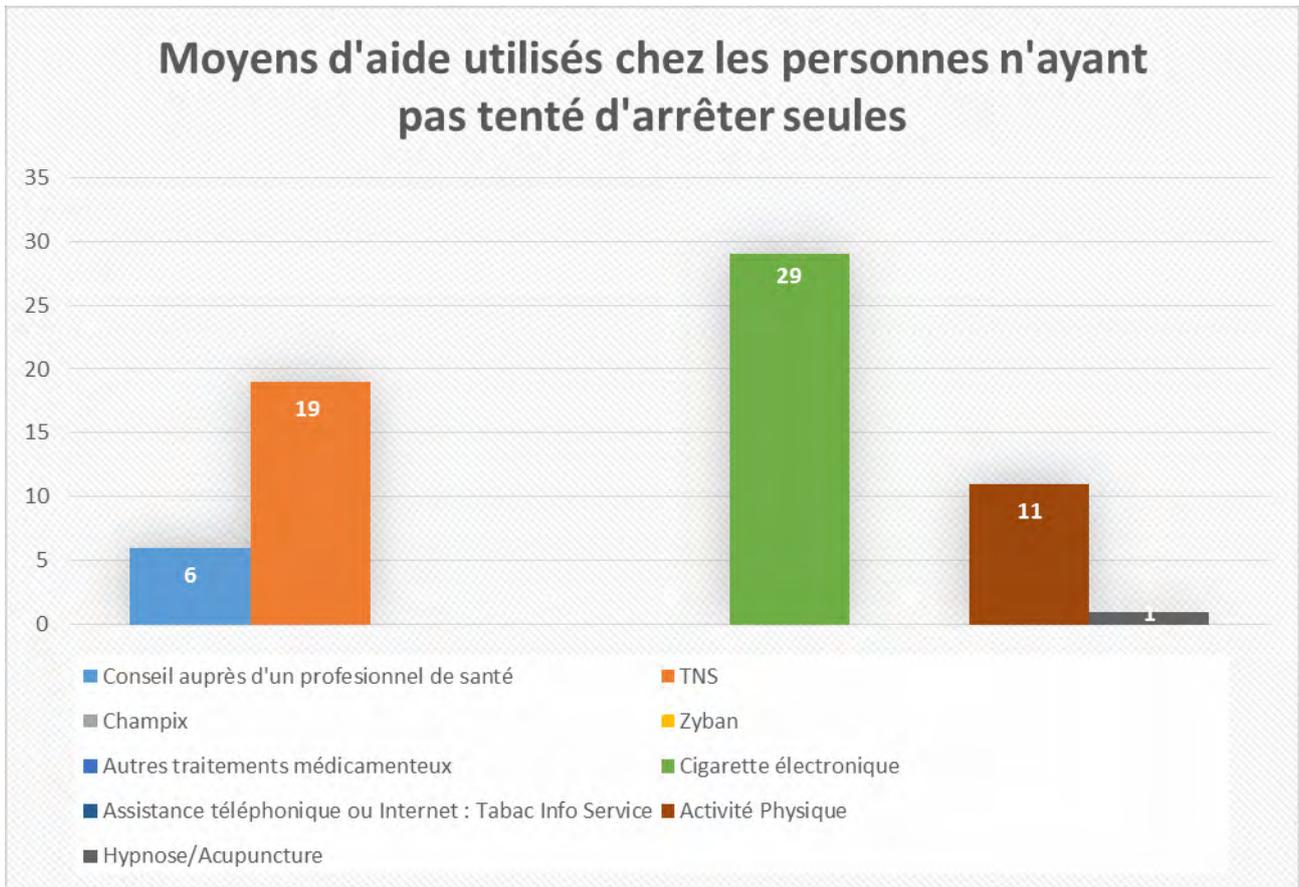


Figure 15 - Raison de l'échec de la tentative d'arrêt

Il apparaît que le manque de motivation est, selon les les individus interrogés, une cause majeur d'échec. Certes la motivation doit être propre à l'individu mais le renforcement de cette motivation peut venir d'autrui que ce soit des proches ou des professionnels de santé. 13% des sondés déclarent n'avoir sollicité aucune aide et 8% se sont retrouvés seuls face à l'arrêt. Il est du rôle des profesionnels de santé et donc du pharmacien de tendre la main vers ces patients qui se retrouvent dans une impasse car ils n'osent pas demander de l'aide.

L'étude a révélé que 53% des individus a eu recours à un moyen d'aide à l'arrêt du tabagisme. Les différents moyens utilisés sont représentés en figure 16.

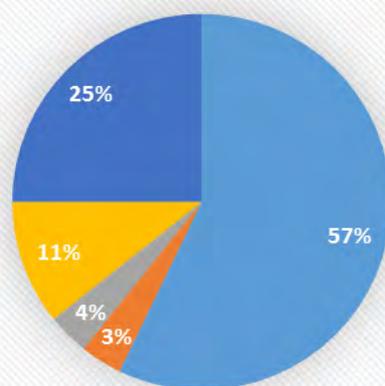


**Figure 16 - Moyens d'aide utilisés chez les personnes n'ayant pas tenté d'arrêter seules**

On remarque que les moyens les plus utilisés sont les TNS et la cigarette électronique. Cette dernière est même bien plus utilisée que les TNS. Le succès de ce dispositif peut soulever quelques questions quant à son intérêt dans l'aide à l'arrêt du tabac. Certes les personnes qui l'ont ici utilisé ont rechuté par la suite. Cependant, la cigarette électronique ne pourrait-elle pas devenir une méthode de sevrage à part entière si cette dernière était encadrée par un professionnel de santé ? Bien entendu avant d'envisager cette éventualité, il est important de s'assurer de la totale innocuité des liquides utilisés au sein des e-cigarettes.

Parmi les 95 personnes sondées, seulement 9 ont été suivies par un professionnel de santé (5 par leur pharmacien, 4 par leur médecin). On leur a ensuite demandé le rôle du pharmacien durant leur sevrage, les résultats ne sont pas beaucoup plus probants que chez les anciens fumeurs.

## Rôle du pharmacien dans la prise en charge



- Aucun à part me fournir un traitement
- Suivi du traitement
- Soutien psychologique
- Renforcement de la motivation
- Conseil pour mieux supporter les symptômes de sevrage

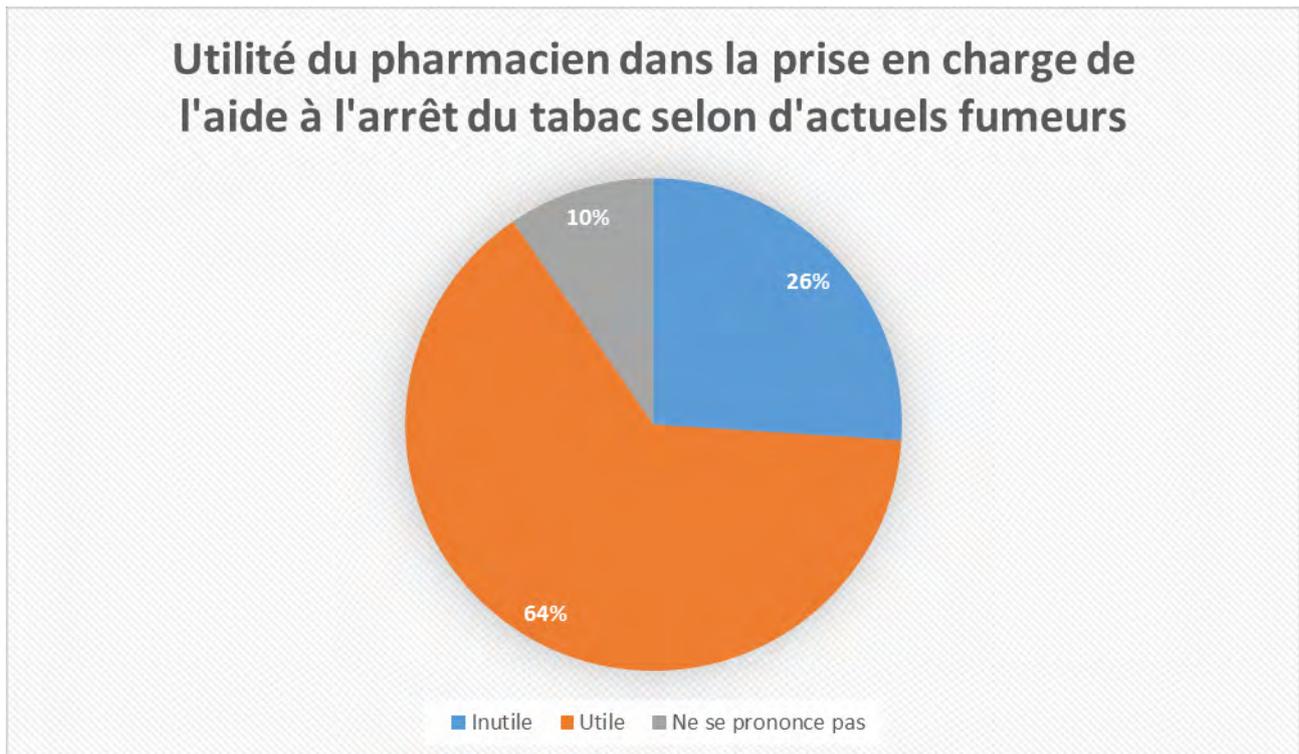
**Figure 17 - Rôle du pharmacien dans la prise en charge de l'aide à l'arrêt du tabac chez des patients ayant tenté d'arrêter**

Plus d'une personne sur deux affirme que le pharmacien ne leur a été d'aucun recours. Cependant, il semble qu'il apporte des éléments vis-à-vis des symptômes de sevrage et du renforcement motivationnel.

Encore une fois, on constate que le pharmacien ne joue pas le rôle qu'il devrait. Par ailleurs, une réflexion sur la cigarette électronique mériterait d'être faite quant à son utilité dans la prise en charge du sevrage tabagique.

#### 4.1.2.3 Chez les fumeurs actuels

Les fumeurs actuels, qui représentaient 73 personnes sur les 218 interrogées, ont essentiellement été questionnées sur ce que pouvait, selon eux, apporter le pharmacien dans le cadre de l'aide à l'arrêt du tabac. Les réponses récoltées témoignent que la population a des attentes envers le pharmacien dans ce domaine :



**Figure 18 - Utilité du pharmacien dans la prise en charge de l'aide à l'arrêt du tabac selon d'actuels fumeurs**

Quasiement deux tiers des individus estiment que le pharmacien a un rôle à jouer. Ce qui est en nette contradiction avec les résultats obtenus plus haut où il s'avérait que le pharmacien était très peu intervenu pour les fumeurs ayant tenté d'arrêter ou pour les anciens fumeurs. Il est important que les pharmaciens parviennent à répondre aux attentes que placent les patients en eux (et ceci pas seulement dans le cadre du sevrage tabagique) afin d'être considérés comme des professionnels de santé à part entière ayant des connaissances qui peuvent être bénéfiques au plus grand nombre.

### **4.1.3 Conclusion**

Cette enquête aura essentiellement montré que le pharmacien ne tient pas son rôle d'acteur de santé publique dans le cadre de l'aide à l'arrêt du tabac. Il se cantonne dans un rôle de distributeur de médicament où sa seule fonction est de délivrer un traitement (TNS la plupart du temps).

Ainsi, il paraît important de mettre en place de réels plans de suivis personnalisés dans les officines afin de s'adapter au mieux aux problématiques que rencontre chaque individu.

## **4.2 Mise en place d'entretien à l'aide au sevrage tabagique au sein de l'officine**

### **4.2.1 Pourquoi mettre en place des entretiens à l'aide au sevrage tabagique ?**

L'aspect social de la fonction de pharmacien d'officine est de plus en plus important et il est de notre rôle de valoriser au maximum cet aspect de notre métier. Nous devons assurer un service pharmaceutique de par notre proximité et notre disponibilité. Ainsi la mise en place d'entretien à l'aide au sevrage tabagique s'inscrit totalement dans les missions que doit remplir le pharmacien au même titre que tous les entretiens thérapeutiques qui se mettent en place progressivement dans les officines. Les pharmaciens possèdent un réel potentiel de dialogue avec les patients et doivent mettre leurs compétences et leurs connaissances au profit de ces derniers.

Le pharmacien possède les moyens nécessaires pour encadrer un sevrage tabagique tant que par ses conseils comportementaux que par l'arsenal thérapeutique qui est mis à sa disposition.

### **4.2.2 Les entretiens : mise en place pratique**

Durant mon stage officinal j'ai eu l'occasion de suivre des entretiens d'aide au sevrage tabagique qui ont été mis en place par une préparatrice en pharmacie titulaire du DIU de tabacologie. J'ajouterai par ailleurs que des entretiens diététiques et nutritionnels ont aussi été mis en place par une autre collaboratrice ce qui montre l'investissement de l'équipe officinal pour sa patientèle. J'insiste sur le fait que même si nous parlerons du rôle du pharmacien dans l'aide au sevrage tabagique, c'est en réalité toute l'équipe officinal qui peut s'y investir car chaque membre de cette dernière possède ses compétences et ses motivations propres. La pharmacie où j'ai réalisé mon stage en est un excellent exemple : les entretiens à l'aide au sevrage tabagique et diététique étaient assurés par des préparatrices en pharmacie qui avaient fait de ces domaines leurs domaines de prédilection.

#### 4.2.1.1 Première étape : la prise de contact avec le patient

L'évocation de l'arrêt du tabac peut survenir à différentes occasions :

- ✓ Lors d'une demande spontanée
- ✓ Lors de la délivrance d'un traitement avec lequel le tabac est totalement contre indiqué (cf 3.3.1)
- ✓ Lors de la présentation d'une prescription pour des médicaments d'aide au sevrage tabagique

Le pharmacien fait alors part au patient de la possibilité de bénéficier d'un suivi personnalisé au sein de l'officine.

C'est alors que démarre l'évaluation de la motivation du patient et l'analyse de son terrain. Le pharmacien dans un premier temps n'intervient que très peu et remet à son patient un livret intitulé « Consultation de tabacologie » qui est un dossier élaboré par l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) (Annexe 2). Le pharmacien lui demande de remplir ce dossier jusqu'à la page numéro 11 à son domicile. Ainsi, en le remplissant chez soi, le patient possède tout le temps qu'il juge nécessaire pour remplir au mieux ce dossier afin de pouvoir ensuite transmettre les meilleures informations au pharmacien. Ce dernier pourra ainsi mettre en place la stratégie qui lui semble la mieux adaptée.

Une fois ce dossier remis, le pharmacien laisse environ une semaine au patient pour remplir ce questionnaire. Ensuite, un premier rendez-vous est fixé afin d'évaluer le questionnaire et entamer une prise en charge.

#### 4.2.1.2 Deuxième étape : Le premier rendez-vous

Le premier rendez-vous aura pour but de préparer l'individu à l'arrêt et de fixer les objectifs. Ce rendez-vous, ainsi que tous ceux qui suivront, seront effectués dans un espace de confidentialité aménagé au sein de l'officine.

Lors de ce rendez-vous, qui dure environ 40 minutes, le pharmacien relira le dossier que le patient a rempli depuis la semaine précédente. Ainsi le patient et le pharmacien feront le point sur :

- ✓ La situation sociale du patient
- ✓ Les maladies et traitements du patient
- ✓ La consommation de cigarettes
- ✓ Le degré de dépendance au tabac. Ce dernier estimé grâce au test de Fagerström
- ✓ L'activité sportive du patient
- ✓ Les consommations annexes (alcool, cannabis etc.)
- ✓ L'historique tabagique du patient
- ✓ Le degré de motivation à l'arrêt
- ✓ Les motivations elles-mêmes et les craintes liées à l'arrêt (symptômes de sevrage, prise poids...)

Le pharmacien jugera à ce moment précis s'il peut accompagner le patient ou s'il doit plutôt s'orienter vers une consultation médicale.

Afin de faire réaliser l'impact de la consommation de tabac sur son organisme, le pharmacien réalisera par ailleurs la mesure du monoxyde de carbone dans l'air expiré. Cette mesure rapide va permettre d'identifier le profil du fumeur mais elle peut surtout être utilisée par la suite comme élément de motivation pour le patient qui verra son taux chuter au fur et à mesure des futurs rendez-vous. Un débit de pointe sera aussi réalisé à l'aide d'un peak-flow. Cette mesure a aussi pour but essentiel de servir d'élément de motivation durant les entretiens ultérieurs.

Ensuite, seront fixés les objectifs. Le pharmacien commencera dans un premier temps par définir une date d'arrêt avec le patient. Le pharmacien encouragera par ailleurs pour un arrêt total du tabac et non pas une diminution.

Il ne reste plus qu'à définir la stratégie thérapeutique à adopter. Le pharmacien propose alors différentes stratégies :

- ✓ Patchs seuls
- ✓ Patchs + gommes ou comprimés

- ✓ Autres moyens de substitutions (spray, inhalateurs)

Certains patients ne désirent parfois aucune prise en charge thérapeutique dans un premier temps et souhaitent faire le point lors du prochain rendez-vous.

Le Bupropion et la Varénicline ne sont pas proposés aux patients. Ces traitements nécessitent une consultation médicale préalable. Il s'agit de médicaments à prescription obligatoire.

Des documents ainsi que des conseils pratiques seront donnés en cas de forte envie de fumer tels que penser aux bénéfices et se souvenir des motivations à l'arrêt, sortir, manger un fruit, boire un grand verre d'eau, se brosser les dents, éviter les situations et les endroits qui provoquent une envie de fumer.

En fin de rendez-vous, une fiche de suivi de l'humeur et du ressenti (Annexe 3) est remise au patient. Elle permettra d'appréhender les difficultés que rencontre le patient lors des prochains rendez-vous.

#### 4.2.1.3 Troisième étape : Suivi précoce suite à l'arrêt et entretien motivationnel

Le troisième rendez-vous aura pour but de faire le point avec le patient sur les difficultés qu'il a rencontré en début d'arrêt. Ainsi le pharmacien fait le point avec la fiche de suivi qui a été remise en fin de premier rendez-vous. (Annexe 3).

Lors du dialogue avec le patient le pharmacien pourra déceler les situations à risque qui font que le patient risque à nouveau de consommer une cigarette et lui donnera alors les conseils nécessaires pour pallier à ces envies. Des mesures simples peuvent être mises en place comme changer l'heure ou le lieu d'une activité qui provoque une sensation de manque. Nous avons eu le cas d'une femme qui avait rechuté car elle avait pour habitude de fumer une cigarette après le repas du midi dans sa cuisine avec son café et il s'est avéré qu'il était très difficile de se passer de cette cigarette. Ainsi, nous lui avons conseillé de changer de pièce pour boire son café, et d'associer au café une autre activité comme lire un magazine.

A ce moment, compte tenu de l'avancement du patient dans son processus d'arrêt, le pharmacien proposera au patient, soit de poursuivre la thérapeutique mise en place, soit de la changer (galénique des TNS, dosage des TNS).

Ainsi pour ce rendez-vous et les ceux qui suivront, le but est de :

- ✓ Faire le point sur la période passée depuis le dernier rendez-vous et déceler les difficultés que rencontre le patient
- ✓ Renforcer la motivation du patient
- ✓ Adapter la thérapeutique si besoin

#### 4.2.1.4 Quatrième étape : les bilans

Le premier bilan a lieu six mois après le tout premier rendez-vous. Il permet de faire le point sur les six mois passés. Un autre bilan est programmé six mois plus tard afin de faire le point sur une abstinence à long terme. Bien évidemment, si le patient souhaite revoir le pharmacien, ce dernier reste à son entière disposition.

#### 4.2.1.5 Schéma de prise en charge global et but de chaque rendez vous

Pour résumer, les rendez-vous se déroulent globalement de la façon suivante(35)

	<b>TYPE D'ENTRETIEN</b>	<b>DUREE</b>	<b>A</b>
Entretien n°1	Préparation à l'arrêt et définition des objectifs	45 min	J1
Entretien n°2	Evaluation du confort à l'arrêt	30 min	J8
Entretien n°3	Entretien motivationnel et réévaluation du traitement	20 min	J15
Entretien n°4	Entretien motivationnel et réévaluation du traitement	20 min	J21
Entretien n°5	Entretien motivationnel et réévaluation du traitement	20 min	1 mois
Entretien n°6	Entretien motivationnel et réévaluation du traitement	20 min	2 mois
Entretien n°7	Entretien motivationnel et réévaluation du traitement	20 min	3 mois
Entretien n°8	Entretien motivationnel et réévaluation du traitement	20 min	4 mois
Entretien n°9	Entretien motivationnel et réévaluation du traitement	20 min	5 mois
Entretien n°10	Premier bilan	20 min	6 mois
Entretien n°11	Deuxième bilan	20 min	1 an

**Tableau 9 - Résumé du déroulement des entretiens**

### 4.2.3 Résultats obtenus sur un an de suivi personnalisé dans une officine de Loire-Atlantique

Durant un an, 26 patients ont été suivis au sein d'une officine de Loire-Atlantique. A ces 26 patients ont été proposé un suivi personnalisé sur l'année selon le schéma ci-dessus. La thérapie proposée à ces patients a été la mise en place de patches. Sur ces 26 patients, 8 étaient des hommes et 16 étaient des femmes. La répartition en termes d'âges était la suivante (35) :

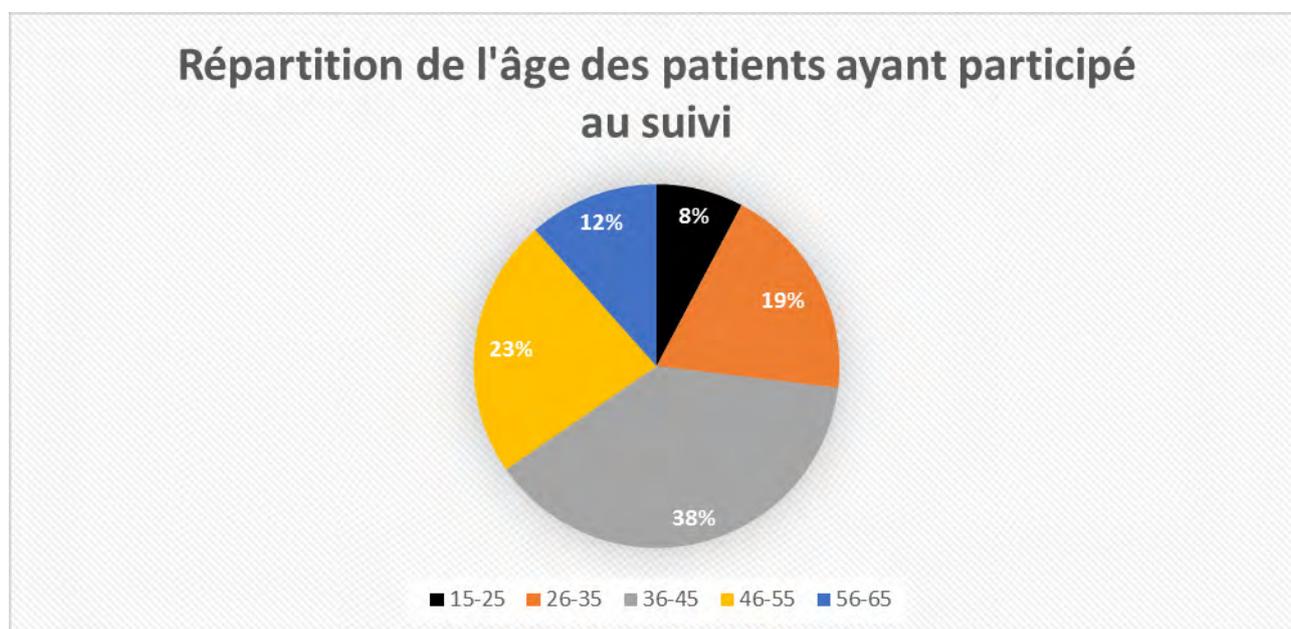


Figure 19 - Répartition de l'âge des patients ayant participé au suivi

On remarque que la population la plus demandeuse se situe après 35 ans puisqu'elle représente 73% des individus ayant participé au programme. Ce qui suggère que les plus jeunes ne jugent pas avoir forcément besoin d'aide pour arrêter de fumer. En effet ayant une expérience tabagique beaucoup moins longue, ils jugent certainement qu'ils peuvent arrêter seuls ou alors qu'ils ne veulent tout simplement pas arrêter. Les motifs de volonté d'arrêt sont variés :

- ✓ Décès d'un proche du au tabac
- ✓ Amélioration de la santé et du bien-être
- ✓ Cigarettes trop onéreuses
- ✓ Désir de grossesse ou grossesse en cours
- ✓ Conjoint non-fumeur

- ✓ Proches ayant une sensibilité accrue au tabagisme passif (asthmatiques, nourrissons)
- ✓ Désir d'arrêter le tabac car autres addictions (alcool notamment)

La population concernée avait une consommation initiale et des scores de Fagerström variés ce qui suppose que le pharmacien a vraiment dû s'adapter à chacun de ses patients afin de leurs apporter des éléments qui correspondent réellement à leur besoin. (35)

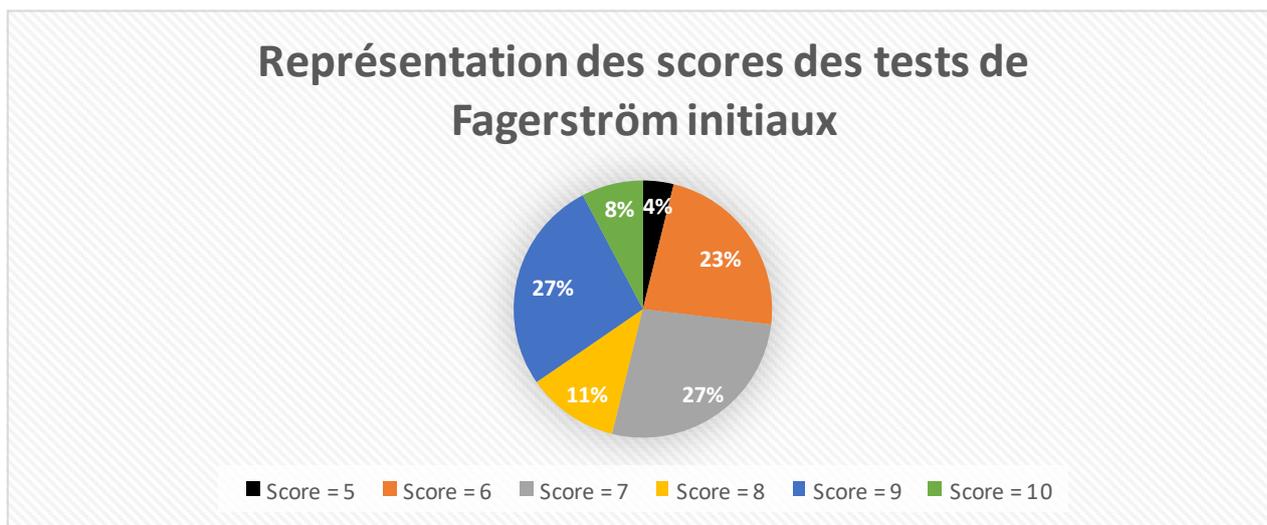


Figure 20 - Représentation des scores des tests de Fagerström initiaux

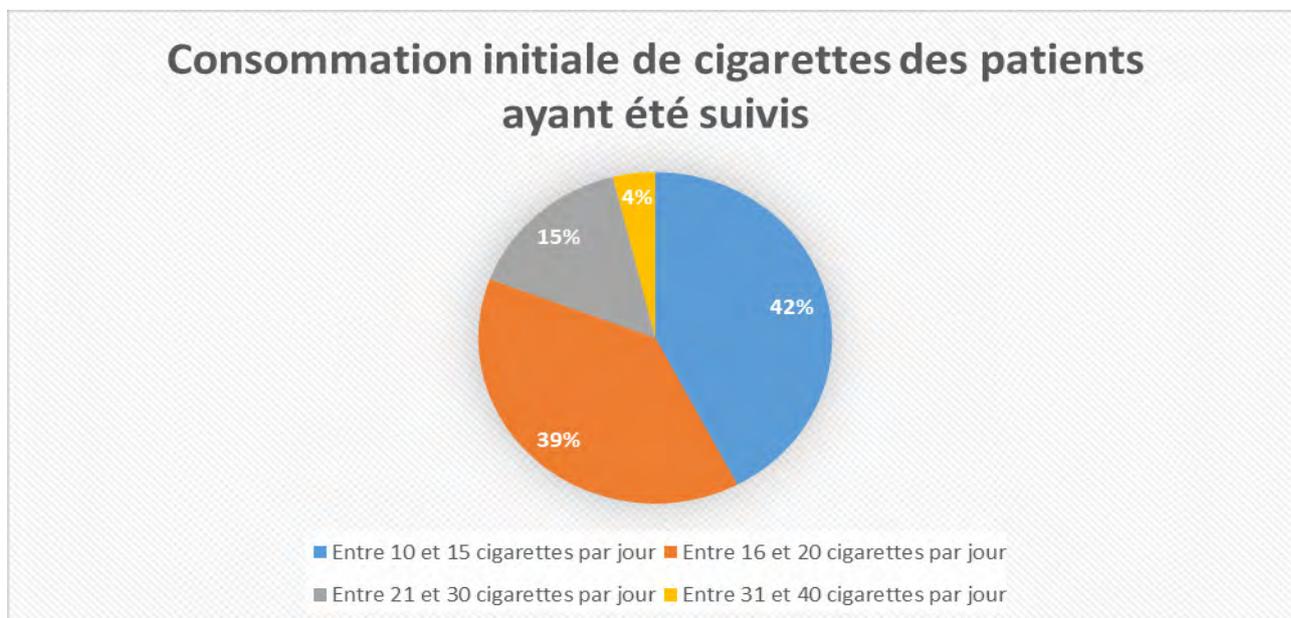
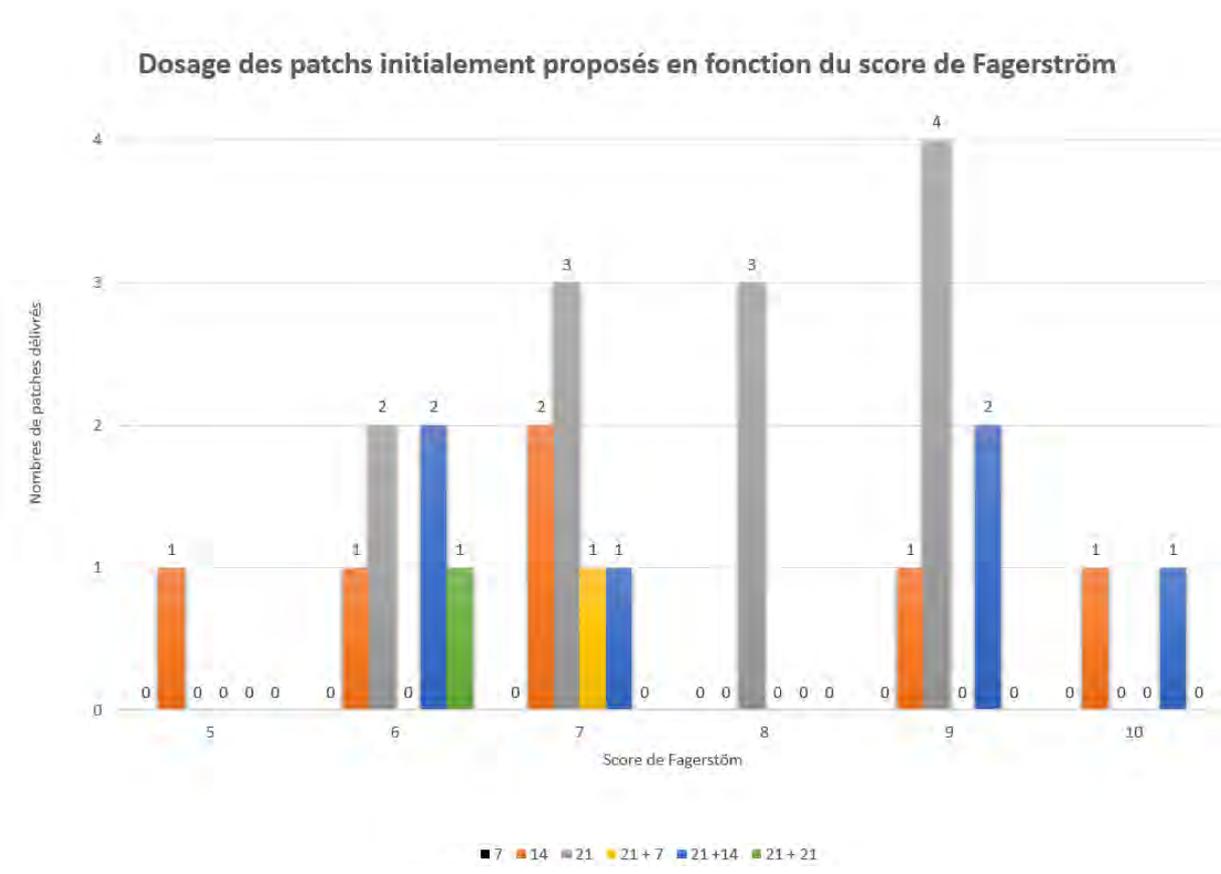


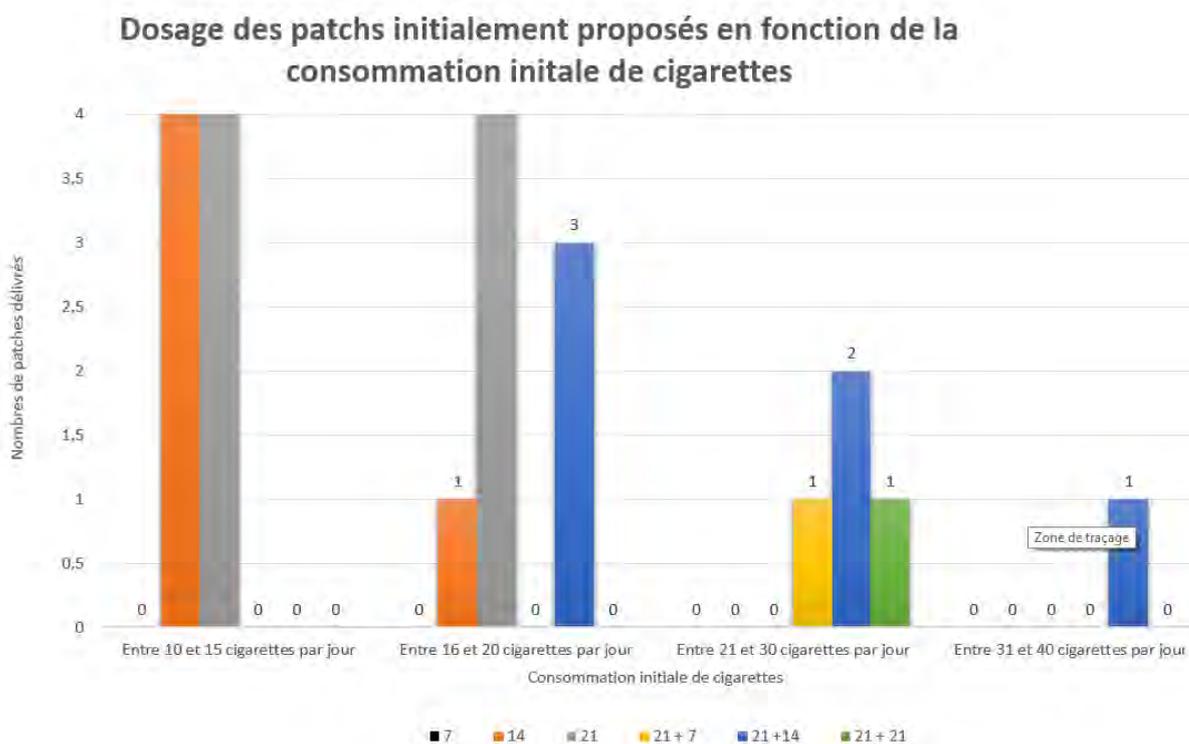
Figure 21 - Consommation initiale de cigarettes des patients ayant été suivis

Il apparaît que la majorité des fumeurs consommait au moins entre 15 et 30 cigarettes par jour avec des scores au test de Fagerström situés surtout entre 6 et 9. Les patients suivis étaient donc des patients fortement dépendants au tabac. Par ailleurs d'après les résultats obtenus, il apparaît qu'on ne peut pas mettre la consommation tabagique et l'ancienneté de cette dernière en corrélation avec le score de Fagerström. Certains individus avec une consommation plus élevée et une ancienneté de consommation plus importante présentent des scores inférieurs à des personnes fumant moins et depuis moins longtemps.

En outre, on remarque que les traitements qui ont été institués dépendent davantage de la consommation tabagique du patient que du score qu'il a obtenu au test de Fagerström. La règle du « 1 cigarette = 1 mg de nicotine » a été suivie par le pharmacien. (35)



**Figure 22 - Dosage des patchs initialement proposés en fonction du score de Fagerström**

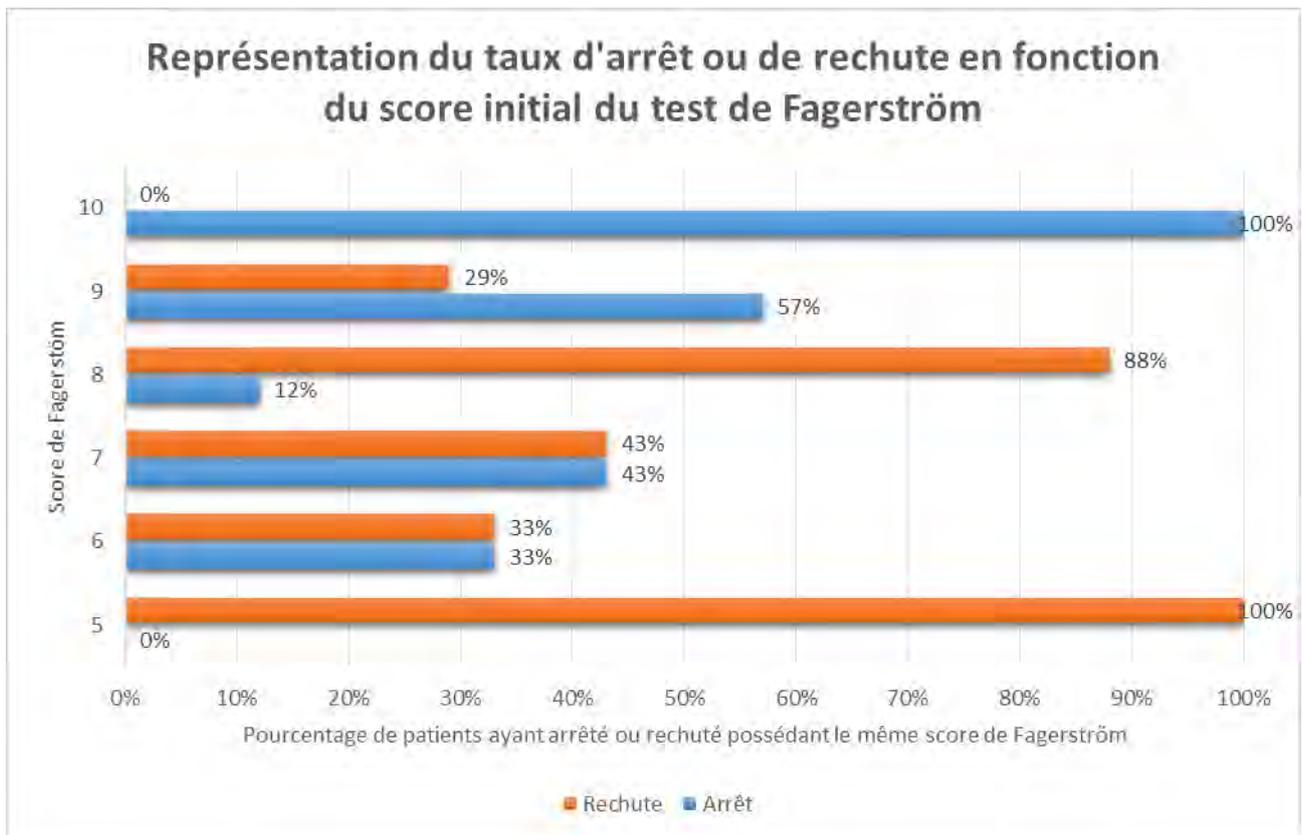


**Figure 23 - Dosage des patchs initialement proposés en fonction de la consommation initiale de cigarettes**

Alors qu'on remarque que l'augmentation du dosage des patchs ne suit pas l'augmentation des scores du test de Fagerström, on remarque sur la figure 23, que plus la consommation initiale est élevée plus la posologie initiale des patchs est élevée. Cette façon de procéder peut paraître arbitraire mais compte tenu de la fréquence importante des rendez-vous il est assez simple d'adapter la posologie si des symptômes de sevrage ou des effets indésirables se font ressentir.

Au terme d'un an de suivi les résultats sont les suivants : 54% des patients ont rechuté et 46% des patients ont réussi à arrêter le tabac. Cependant ces 46% d'individus sont parvenus à ce résultat grâce l'aide du pharmacien.

Pour finir on peut remarquer (figure 24) qu'il n'y a pas de corrélation entre le score du test de Fagerström initial et le pourcentage de personnes ayant réussi à arrêter de fumer. Cela suggère que même si la dépendance semble élevée, la motivation est un élément clé pour parvenir à un arrêt total du tabac. (35)



**Figure 24 - Représentation du taux d'arrêt ou de rechute en fonction du score initial du test de Fagerström**

Cet histogramme représente le taux d'échec ou de réussite pour des patients possédant le même score initiale au test de Fagerström. Seulement un patient possédait un score de 5 et deux patients possédaient un score de 10. Ces deux bornes ne sont pas à prendre en compte. Cependant on constate que les patients ayant un score de 9 ont connu beaucoup moins de rechute que les patients ayant un score de 8. Parallèlement les patients ayant des scores de 7 et 6 ont proportionnellement davantage rechuté que le groupe de patient ayant un score à 9. On remarquera pour les groupes 6 et 7, que les pourcentages ne sont pas égaux à 100%. Ceci s'explique par le fait que certains patients ne sont jamais revenus suite à leur premier rendez-vous, il est donc impossible de savoir où ils en sont aujourd'hui dans leur consommation. Par ailleurs certains patients ont poursuivi par la cigarette électronique qu'ils se sont procurés par eux même.

#### **4.2.4 Conclusion sur le suivi mis en place dans cette officine de Loire-Atlantique**

Ces entretiens apparaissent comme un réel atout pour les patients pour les aider à les mener vers un arrêt total du tabac : quasiment une personne sur deux a réussi à arrêter sa consommation en un an. Mais il s'agit aussi d'un réel atout pour l'officine qui les met en place afin de fidéliser sa clientèle. Ces manœuvres restent malheureusement totalement bénévoles pour le moment. Le seul bénéfice financier qu'en tire le pharmacien provient des thérapeutiques qu'il vend suite aux rendez-vous (TNS, vitamines, compléments alimentaires). Pour finir de nombreuses personnes évoquaient la cigarette électronique durant les entretiens et s'interrogeaient sur le fait qu'elles ne soient pas vendues en officine. De nombreuses personnes reconnaissent l'utiliser en parallèle de leur patch. Certes aujourd'hui le recul sur ces dispositifs est insuffisant mais n'apparaîtraient-ils pas pour une méthode de sevrage intéressante une fois que le mystère sera levé sur leurs éventuels effets indésirables à long terme ?

## 5 Discussion

### **Le rôle du Pharmacien dans la prise en charge de l'aide à l'arrêt du tabac**

Le tabagisme est aujourd'hui un réel problème de santé publique où le pharmacien doit jouer un rôle de la plus grande importance. Cependant, on remarque qu'il est très sous-évalué dans ce domaine. En effet dans une majorité d'officines, il apparait que le pharmacien n'a pas un réel impact sur le suivi du sevrage de ses patients. Par ailleurs, la population ne semble pas réellement prendre en compte l'aide que pourrait lui apporter un pharmacien dans le cadre de l'arrêt du tabac.

Alors comment les pharmaciens, grâce à leurs connaissances, grâce aux infrastructures dont ils disposent au sein de leurs officines, grâce aux moyens qui sont mis à leur disposition, peuvent-ils à ce jour améliorer la qualité de leurs services vis-à-vis de la prise en charge de l'aide à l'arrêt du tabagisme chez leur patient ?

#### Aller de l'avant pour mieux dépister le tabagisme au sein la patientèle.

Avant toute chose, pour aider un patient consommant du tabac, il faut déjà savoir si le patient en consomme. Ainsi, les questions « fumez-vous ? » et, si la réponse est positive, « comptez-vous arrêter ? » devraient être systématiques en cas de suspicion de consommation de tabac ou si le patient présente des pathologies où le tabac est un facteur aggravant. Cependant ce questionnement peut être délicat en fonction du patient que le pharmacien à en face de lui. Malgré l'attitude bienveillante du pharmacien, le patient peut se bloquer, soit parce qu'il aura l'impression que l'on s'immisce dans sa vie privée, soit parce que ce questionnement peut provoquer un sentiment de culpabilité chez le patient, ce qui peut vite altérer le dialogue entre le patient et le pharmacien. Ainsi, même si ce questionnement est primordial, le pharmacien devra veiller à instaurer un climat de confiance, qui peut prendre du temps, afin de pouvoir construire par la suite un dialogue constructif. Toutefois, le pharmacien doit aussi se décomplexer vis-à-vis de sa patientèle afin d'aller chercher les informations dont il a besoin, il en est de son rôle de professionnel de santé. Et ceci surtout chez les patients ayant des pathologies chroniques ou le tabac est un facteur aggravant et chez les patients polymédiqués où le tabac peut

avoir des conséquences importantes sur certains médicaments à marge thérapeutique étroite.

### Améliorer la prise en charge en mettant en place un suivi personnel et confidentiel

Une fois la prise de contact faite et la volonté acquise du patient de rentrer dans un processus d'arrêt du tabac, il est important que le pharmacien s'investisse pleinement dans son nouveau rôle : celui de conseiller, de confident, d'allié vis-à-vis de l'arrêt du tabac. Il ne s'agit pas seulement de délivrer un traitement de substitution de façon hebdomadaire ou mensuelle. Un réel suivi s'impose, d'où l'intérêt d'instaurer de vrais entretiens avec le patient comme évoqué auparavant. Il n'est pas évident pour le patient de dialoguer d'un tel sujet au comptoir, aux yeux et aux oreilles des autres patients mais aussi du reste du personnel. Car même si tout le personnel de la pharmacie doit être apte à suivre un patient, il paraît important que le patient n'ait qu'un seul interlocuteur au sein de la pharmacie, cela instaurera un climat de confiance nécessaire au bon déroulement du suivi. Ainsi, le pharmacien devrait inviter le patient à aller en discuter au sein de l'espace de confidentialité afin qu'il puisse se livrer entièrement.

Un plan de suivi devra alors mis en place à la manière de ce qui a pu décrit plus haut. Durant ces entretiens, le pharmacien devra faire le point sur la situation du patient, ses envies, ses craintes tout en le rassurant et le motivant. De par sa qualité de professionnel de santé il devra aussi proposer une thérapeutique adaptée au patient en prenant en compte la consommation e ce dernier. Il paraît donc primordial que tout patient sois soumis à un test de Fagerström et à un interrogatoire précis en tout début de prise en charge afin de pouvoir choisir la meilleur thérapeutique au meilleur dosage.

Ceci fait, le plus important reste à faire. C'est-à-dire le suivi du patient. Il ne s'agit pas d'abandonner un individu suite à ce premier contact. Le sevrage tabagique est un réel défi pour une personne désireuse d'arrêter la cigarette et ce chemin est semé d'embuches et le risque de rechute est important. Ainsi, il est du rôle du pharmacien de rencontrer de nouveau le patient, toujours dans un cadre confidentiel, afin de faire le point sur les difficultés rencontrées, y trouver des solutions, de renforcer sa motivation et adapter la thérapeutique qui a éventuellement été mise en place. Cette démarche doit être réalisée aussi longtemps que le souhaite le patient.

D'après les études, Les TNS augmentent l'abstinence à 6 mois de 50 % à 70 %. Etant donné que les taux d'abstinence diminuent avec le temps, ce suivi s'avère donc efficace puisque 46 % des personnes n'ont pas rechuté au bout d'un an.

Le pharmacien reste le premier professionnel de santé que la population est amenée à rencontrer de par sa disponibilité et sa proximité et c'est pourquoi il doit jouer ce rôle primordial de prévention lié aux risques du tabac. Cependant cette disponibilité est à double tranchant. L'activité des pharmacies est telle aujourd'hui qu'il n'est pas forcément évident de mettre en place une telle démarche, faute de temps et de moyens. Le pharmacien peut vite se retrouver dépassé s'il entreprend une telle activité. Entre la patientèle habituelle à servir, le back office, le front office, les entretiens thérapeutiques et les éventuelles collectivités dont serait chargée l'officine, il n'est pas forcément facile de dégager du temps pour mettre cette initiative en place.

#### Apporter de la reconnaissance au pharmacien qui se lance dans une telle démarche

La pharmacie est un commerce. Il est donc nécessaire pour le titulaire et ses employés que la pharmacie soit rentable. Alors certes, la mise en place d'entretiens personnalisés va permettre la vente de traitements de substitution nicotinique, de vitamines ou de compléments alimentaires mais ces ventes ne rentabiliseront pas le temps total passé avec chaque patient sur l'ensemble des rendez-vous. Ainsi pour encourager le pharmacien à mettre en place un suivi personnalisé en officine, une compensation financière serait la bienvenue compte tenu du temps passé.

#### Mettre en place des campagnes de santé de publique via les autorités de santé

Afin d'encadrer le suivi, la mise en place de campagne de santé publique liée à l'arrêt du tabac serait intéressante. C'est qui a été fait en octobre et novembre 2016 avec l'opération « Moi(s) sans Tabac ». Lancée par Marisol Touraine, ministre en charge de la santé, en partenariat avec l'assurance maladie, elle a rencontré un franc succès avec 180 000 personnes inscrites sur [tabac-info-service.fr](http://tabac-info-service.fr). (36)

Pour inciter les fumeurs à participer à l'opération, une campagne de communication massive a été mise en place à partir du 10 octobre 2016 à la télévision, sur Internet et

dans les rues via des affichages. Un partenariat a été aussi lancé avec une célèbre série télévisée française afin de plébisciter l'opération. (36)

Chaque participant a pu s'inscrire sur le site Tabac Info Service afin de participer à l'opération. Cette inscription leur permet de recevoir un kit d'aide à l'arrêt gratuit directement à leur domicile. Ce kit comprend : une brochure de préparation, un agenda de 30 jours avec des conseils quotidiens, un disque permettant d'évaluer les économies liées à l'arrêt, une brochure de conseils hygiéno-diététiques pour éviter la prise de poids, une brochure donnant des moyens simples d'éviter un stress éventuel. (36)

Le 1<sup>er</sup> Novembre, l'opération a été lancée. Tout au long du mois, des événements ont été organisés (consultations d'aide à l'arrêt, défis sportifs...) dans différents lieux partout en France. La communication a été poursuivie à la radio et à la télévision en parallèle.

De telles opérations sont un très bon point d'ancrage pour le pharmacien afin de proposer l'arrêt et d'initier un suivi.

#### Encourager le personnel officinal à suivre des formations spécifiques

On ne devient pas un expert en tabacologie du jour au lendemain. Il n'est pas facile pour le pharmacien de se rendre compte de toutes les problématiques face auxquelles les patients sont confrontés. Il serait donc intéressant d'encourager davantage les pharmaciens et le personnel officinal à suivre des formations appropriées. De nombreux D.I.U en tabacologie sont accessibles dans différentes facultés dont la Faculté de Médecine de Nantes où les enseignements sont répartis dans différentes villes du grand ouest. Cette formation s'adresse aux professionnels de santé soucieux d'accompagner les fumeurs dans une démarche de sevrage. Cet enseignement a pour but de donner une formation de haut niveau en ce qui concerne les indications thérapeutiques et la surveillance des traitements. Les objectifs spécifiques de cette formation sont de connaître les mécanismes de dépendance de la nicotine, d'identifier les relations entre tabagisme et le milieu environnant afin de pouvoir conseiller au mieux son patient et d'être capable d'organiser une consultation de sevrage tabagique. (37)

Ainsi le pharmacien, de part de nouvelles mesures rémunératrices, des nouveaux outils et de nouvelles connaissances sera bien plus apte à encadrer ses patients dans le cadre d'un processus d'arrêt du tabac.

## 6 Conclusion

Le pharmacien dispose d'un arsenal considérable pour aider la population dans le cadre de l'arrêt du tabagisme. De par sa proximité et sa facilité d'accès, ses connaissances, la confiance dont il dispose de la part de la population, l'arsenal thérapeutique qu'il possède, le pharmacien est en première ligne pour répondre aux problématiques auxquelles la population doit faire face vis-à-vis de l'arrêt du tabagisme.

Le pharmacien doit se présenter comme un réel allié pour le patient face au sevrage tabagique. C'est à lui dans un premier temps d'aller chercher les informations afin de dépister les personnes consommant du tabac et qui seraient désireuses d'arrêter. Cela paraît banal mais chaque patient n'est pas sensible de la même façon vis-à-vis de son tabagisme. Certains en parleront volontiers, se confieront et se lanceront dans un processus d'arrêt de façon assez spontanée. D'autres seront beaucoup moins communicatifs, il sera beaucoup moins facile d'instaurer un dialogue à ce sujet. C'est aussi au pharmacien de repérer les patients souffrant de maladies chroniques dont le tabagisme est un facteur aggravant afin de les orienter vers un processus d'arrêt.

C'est aussi au pharmacien d'encourager le patient lors de son sevrage, de le conseiller face aux problèmes qu'il rencontre, de renforcer sa motivation, de l'aider à faire face aux situations à risque. A chaque délivrance de traitement, il est du rôle du pharmacien d'engager le dialogue afin de faire le point avec le patient.

Malheureusement, il est difficile pour le pharmacien de systématiquement prendre le temps avec le patient de mettre en place un tel dialogue. En effet le manque de confidentialité au comptoir, la pression du reste de la clientèle qui patiente dans l'officine sont des éléments qui font barrage au bon suivi de chaque patient. Ainsi, il paraît intéressant de mettre en place des réels entretiens, pris sur rendez-vous et dans un espace confidentiel, afin de suivre personnellement chaque individu qui est demandeur de soutien dans le cadre de l'arrêt de la cigarette. La confidentialité est ainsi respectée, le patient possède tout le temps qu'il souhaite afin de faire part de son quotidien, de ses motivations et des difficultés éventuelles qu'il rencontre. Ces entretiens sont bénéfiques à la fois pour le patient mais aussi pour le pharmacien qui instaure un véritable climat de

confiance avec sa patientèle. De tels patients resteront fidèles à l'officine grâce à l'importante considération que leur a apportée l'équipe officinale.

Il est très important aujourd'hui de développer cet aspect de notre métier pour faire face à toutes les pressions que subit la pharmacie d'officine aujourd'hui avec d'importants changements qui risquent de survenir dans les années qui viennent. Ce rôle de conseil à la population (qu'il soit vis-à-vis du tabagisme mais aussi vis-à-vis de tout autre domaine) est ce qui fait des pharmaciens des éléments indispensables en matière de santé publique. Il est du rôle des jeunes pharmaciens de faire perdurer cette volonté d'accomplir le métier de pharmacien dans l'intérêt de tous et non pas dans son propre intérêt. Ceci dans le but de faire la perdurer la profession de pharmacien telle que nous la connaissons aujourd'hui.

# BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours - Recommandations de bonnes pratiques. 2013.
2. Haute Autorité de santé. Argumentaire Scientifique - Arrêt de la consommation de tabac. 2013.
3. Guignard R, Beck F, Richard J-B, Peretti Watel P. Le tabagisme en France - Analyse de l'enquête Baromètre Santé 2010. 2010.
4. [www.prescrire.org](http://www.prescrire.org). Petit manuel de pharmacovigilance et de pharmacologie clinique. Consulté le 14/05/2017
5. Underner M, Le Houezec J, Peiffer G. Tests d'évaluation de la dépendance tabagique. 2012.
6. Guerlais M. Cours Sevrage Tabagique Cinquième Année Officine - Faculté de Pharmacie de Nantes. 2013.
7. [Echelle-psychiatrie.com](http://Echelle-psychiatrie.com). Echelle HAD.
8. [www.tabacinfoservice.fr](http://www.tabacinfoservice.fr). Les bénéfices de l'arrêt du tabac. Consulté le 25/08/15
9. Molimard R. La Nicotine.
10. INSERM. Effet de la nicotine sur la neurotransmission cérébrale.
11. Le Houezec J. Pharmacologie de la nicotine. 2009.
12. Reynaud M. Traité d'addictologie. Flammarion; 2006.
13. <http://www.stoptabac.ch/fr/Module/MSG/118.html>. La quantité de nicotine dans les cigarettes. Consulté le 10/09/15
14. VIDAL. Monographie Nicopatch. 2013.
15. VIDAL. Monographie Nicorette Gommes à mâcher médicamenteuses. 2013.
16. VIDAL. Monographie Nicorette Inhaleur 10 mg. 2013.
17. VIDAL. Monographie NicoretteSpray. 2013.
18. VIDAL. Monographie Nicorette MicroTab. 2013.
19. VIDAL. Monographie Varénicline. 2013.
20. Paramjith S. C, Mahendr S. K. What's New in Clinical Pharmacology in Therapeutics. 2008.

21. Dupont P, Claudine G. Tolérance de la Varénicline en pratique courante.
22. VIDAL. Monographie CHAMPIX (Varénicline). 2013.
23. VIDAL. Monographie Bupropion. 2013.
24. David A. Les médicaments du sevrage tabagique.
25. Guichenez P, Clauzel I, Quantin X. Apport des thérapies cognitivo-comportementales dans le sevrage tabagique.
26. Hajek P, Etter J-F, Benowitz N, Eissenberg T, McRobbie H. Electronic cigarettes: review of use, content, safety, effects on smokers and potential for harm and benefit. *Addict* Abingdon Engl. 2014 Jul 31;
27. Office Français de prévention du tabagisme. Rapport et avis d'experts sur l'e-cigarette. 2013.
28. Callahan-Lyon P. Electronic cigarettes: human health effects. *Tob Control*. 2014 May;23 Suppl 2:ii36-40.
29. Andler R, Guignard R, Wilquin J-L, Beck F, Nguyen-Thanh V. L'usage de la cigarette électronique en France en 2014.
30. Lemonde.fr. L'OMS met en garde contre les Dangers de la cigarette électronique.Consulté le 14/08/16 ;
31. Sauvart-Rochat M-P, Pojer-Medeville M-J. Sevrage et Prises en Charge intégrées : des missions à la pratique en officine.
32. Briau C. Le pharmacien d'officine face au sujet pharmacodépendant : de la réglementation à la pratique. 2014.
33. Cespharm. Utilisation de la fiche de suivi. 2003.
34. Assurance Maladie. Remboursement des substituts nicotiniques.2017.
35. Cario M. Expérience de suivi personnalisé dans une officine de la Bernerie-en-Retz (44), pendant un an de fumeurs souhaitant arrêter. 2015.
36. <http://www.santepubliquefrance.fr>. Consulté le 04/04/17
37. D.I.U. tabacologie et aide au sevrage tabagique [Internet]. Consulté le 29 Mai 2017 [http://www.medecine.univ-nantes.fr/3377/0/fiche\\_\\_\\_formation/&RH=1382427756982](http://www.medecine.univ-nantes.fr/3377/0/fiche___formation/&RH=1382427756982)

# REMERCIEMENTS

A Monsieur Alain PINEAU, d'avoir accepté de présider cette soutenance

A Madame Caroline VICTORRI-VIGNEAU, pour l'encadrement de cette thèse et la patience qu'elle a eu à mon égard.

A Florian, qui de collègue est passé de véritable ami et qui m'a permis de progresser dans mon métier. Et merci à lui d'avoir fait part du jury de cette thèse.

A mes parents, qui ont eu la patience, depuis maintenant 10 ans de me suivre et de me soutenir durant mes études.

A toute ma famille, sans qui la vie serait d'un terrible ennui.

A Charley, avec qui j'ai passé la quasi-totalité de mes études.

A Frédérique, qui m'a fait confiance dès mes plus jeunes années et qui m'a permis d'être le pharmacien que je suis aujourd'hui. Et merci à toute l'équipe officinale.

A l'ANEP, sans qui mes études auraient été bien fades.

A l'ARPE 2015, avec qui j'ai vécu une aventure humaine incroyable et sans précédent.

Et à tous mes amis de Nantes et d'ailleurs partout en France, tous les citer serait bien trop long. Mais grâce à vous j'ai vécu mes études à fond. C'est ainsi que je quitte le monde étudiant avec un peu de mélancolie. Mais cette thèse signe un nouveau départ pour une nouvelle vie !

# **ANNEXES**

# **ANNEXE 1**

## **Questionnaire**

## Le sevrage tabagique : votre expérience.

### Généralités

**Quel âge avez vous ? \***

- Moins de 15 ans
- Entre 15 et 20 ans
- Entre 20 et 30 ans
- Entre 30 et 40 ans
- Plus de 40 ans

**Fumez-vous ? \***

- Oui
- Non

**Vous êtes un ancien fumeur qui a arrêté**

**De quel type était votre consommation ?**

- Occasionnelle (repas entre amis, soirées etc.)
- Régulière

**Depuis combien de temps avez vous arrêté ?**

- Moins de 6 mois
- Entre 6 mois et 1 an
- De 1 à 3 ans
- Plus de 3 ans

**Êtes-vous parvenus à arrêter dès la première tentative d'arrêt ?**

oui

non

**Si non, combien de temps, en moyenne, avez-vous été abstinent entre deux tentatives d'arrêt ?**

Moins d'une semaine

Entre 1 semaine et un mois

Entre 1 mois et 6 mois

Entre 6 mois et 1 an

Entre 1 et 3 ans

**Par quel(s) moyen(s) avez-vous tenté d'arrêter votre consommation de tabac (toutes tentatives d'arrêt confondues s'il y'en a eu plusieurs)**

Par vos propres moyens, sans aide extérieure, qu'elle soit psychologique ou médicamenteuse.

Conseils et suivi auprès d'un professionnel de santé

Traitements nicotiques de substitution (patch, gommes, comprimés, inhaleurs etc...)

Varénicline (CHAMPIX)

Bupropion (ZYBAN)

Autre traitement médicamenteux

Cigarette électronique

Accompagnement téléphonique via Tabac-info-sevice par exemple

Activité physique

Acupuncture, hypnothérapie

Autre

**Parmi les moyens cochés ci-dessus, lesquels se sont avérés efficaces ?**

- Par vos propres moyens, sans aide extérieure, qu'elle soit psychologique ou médicamenteuse.
- Conseils et suivi auprès d'un professionnel de santé
- Traitements nicotiques de substitution (patch, gommes, comprimés, inhaleurs etc...)
- Varénicline (CHAMPIX)
- Bupropion (ZYBAN)
- Autre traitement médicamenteux
- Cigarette électronique
- Accompagnement téléphonique via Tabac-info-service par exemple
- Activité physique
- Acupuncture, hypnothérapie
- Autre

**Un (Des) professionnel(s) de santé vous a(ont)-t-il(s) suivi durant votre arrêt du tabagisme ?**

- oui
- non

**Si oui, le(s)quel(s)**

- Médecin traitant
- Autre médecin spécialiste
- Pharmacien
- Tabacologue
- Autre ou précisez le spécialiste

**Sans considération du professionnel de santé qui vous a accompagné durant votre arrêt du tabac, quel a été l'apport de votre pharmacien lorsque vous alliez chercher votre traitement ?**

- Aucun à part me fournir mon traitement
- Suivi du traitement
- Soutien psychologique, confident
- Renforcement de la motivation
- Conseil pour mieux supporter le période de sevrage
- Autre

**Si votre pharmacien vous a été utile lors de votre sevrage, dans quelles conditions vous a-t-il reçu ?**

- Au comptoir, entre deux patients
- Dans un espace de confidentialité pour un bref entretien lors d'un passage inopiné à la pharmacie ou lors du renouvellement du traitement
- Sur rendez-vous avec un réel entretien et suivi de votre sevrage
- Autre

**Vous êtes fumeur**

**De quel type est votre consommation ?**

- Occasionnelle (repas entre amis, soirées etc.)
- Régulière

**Avez-vous déjà tenté d'arrêter ?**

- oui
- non

## **Vous êtes fumeur et vous avez tenté d'arrêter**

### **Quels sont, d'après vous, les raisons de cet(ces) échec(s)**

- Manque de motivation
- L'arrêt a été motivé par vos proches, il ne s'agissait pas d'une démarche personnelle
- Manque de soutien des proches
- Vous n'avez pas sollicité d'aide
- Vous vous êtes senti seul face à l'arrêt du tabac
- Moyen de substitution inapproprié
- Autre

### **Avez-vous eu recours à des moyens d'aide à l'arrêt du tabagisme lors de vos tentatives d'arrêt ?**

- oui
- non

### **Si oui, le(s)quel(s) ?**

- Conseils et suivi auprès d'un professionnel de santé
- Traitements nicotiques de substitution (patch, gommes, comprimés, inhaleurs etc...)
- Varénicline (CHAMPIX)
- Bupropion (ZYBAN)
- Autre traitement médicamenteux
- Cigarette électronique
- Accompagnement téléphonique via Tabac-info-sevice par exemple
- Activité physique
- Acupuncture, hypnothérapie
- Autre

**Un (Des) professionnel(s) de santé vous a(ont)-t-il(s) suivi durant votre arrêt du tabagisme ?**

oui

non

**Si oui, le(s)quel(s)**

Médecin traitant

Autre médecin spécialiste

Pharmacien

Tabacologue

Autre ou précisez le spécialiste

**Sans considération du professionnel de santé qui vous a accompagné durant votre arrêt du tabac, quel a été l'apport de votre pharmacien lorsque vous alliez chercher votre traitement ?**

Aucun à part me fournir mon traitement

Suivi du traitement

Soutien psychologique, confident

Renforcement de la motivation

Conseil pour mieux supporter le période de sevrage

Autre

**Si votre pharmacien vous a été utile lors de votre sevrage, dans quelles conditions vous a-t-il reçu ?**

Au comptoir, entre deux patients

Dans un espace de confidentialité pour un bref entretien lors d'un passage inopiné à la pharmacie ou lors du renouvellement du traitement

Sur rendez-vous avec un réel entretien et suivi de votre sevrage

Autre

**Vous êtes fumeur et vous n'avez jamais tenté d'arrêter**

**Comptez-vous arrêter dans un futur proche ou lointain ?**

- oui  
 non

**Vous êtes fumeur, vous n'avez jamais tenté d'arrêter, mais vous comptez le faire.**

**Pensez vous que vous aurez besoin d'aide pour arrêter ?**

- oui  
 non

**Si oui, quel(s) moyen(s) vous semble(nt) le(s) plus efficace(s) pour une abstinence complète à long terme ?**

- Conseils et suivi auprès d'un professionnel de santé  
 Traitements nicotiniques de substitution (patch, gommes, comprimés, inhaleurs etc...)  
 Varénicline (CHAMPIX)  
 Bupropion (ZYBAN)  
 Autre traitement médicamenteux  
 Cigarette électronique  
 Accompagnement téléphonique via Tabac-info-service par exemple  
 Activité physique  
 Acupuncture, hypnothérapie  
 Autre :  
 Autre

**Pensez-vous que votre pharmacien peut vous être d'une aide utile ?**

- oui  
 non

**Si oui, Dans quelle mesure ?**

- Suivi du traitement
- Soutien psychologique, confident
- Renforcement de la motivation
- Conseil pour mieux supporter le période de sevrage
- Autre

# **ANNEXE 2**

## **Dossier Consultation de Tabacologie**

Centre : \_\_\_\_\_  
N° Centre : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

# Consultation de tabacologie

1. Nom : \_\_\_\_\_  
2. Prénom : \_\_\_\_\_

**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 remplir les questions des pages suivantes : elles vous aideront à faire le point et faciliteront le dialogue avec le médecin.

Dossier validé par la Société française de tabacologie

Les informations contenues dans les questions 1 à 40 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.



Date :    /    /     
jour mois année

Avez-vous eu une consultation de groupe avant ce rendez-vous ? Oui  - Non

3 - Si vous avez eu une consultation de groupe, combien de jours avez-vous attendu pour avoir cette consultation de groupe ?   jours

4 - Pour le rendez-vous d'aujourd'hui, depuis combien de jours avez-vous pris rendez-vous   jours

Adresse :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

N° Téléphone :       (où vous êtes facilement joignable)

N° Téléphone portable :

5 - Date de naissance :    /    /     
jour mois année

6 - Sexe : H  - F

7 - Taille : \_\_\_\_\_ cm

8 - Poids : \_\_\_\_\_ kg

Pour les femmes :

9 - Êtes-vous actuellement enceinte ? Oui  - Non

10 - Prenez-vous la pilule ? Oui  - Non

Pour les questions 11 à 13, merci de cocher la case correspondant à votre réponse.

11 - Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?

- Actif       Au chômage, bénéficiaire du RMI       En formation/Étudiant  
 Retraité       Sans activité       Invalidité / Allocation adulte handicapé

- Y a-t-il d'autres fumeurs que vous dans votre foyer ? Oui  - Non

- Fumez-vous à l'intérieur de votre habitation ? Oui  - Non

Actuellement, rencontrez-vous des difficultés particulières dans votre vie professionnelle ?  
\_\_\_\_\_

Actuellement, rencontrez-vous des difficultés particulières dans votre vie familiale ?  
\_\_\_\_\_

12 - Quel est votre niveau d'études ?

- Sans diplôme       Niveau secondaire (lycée)       Bac +2  
 C.A.P., B.E.P.       Baccalauréat       Au delà de Bac +2

**13 - Qui vous a conseillé de venir à cette consultation ?** (Choisissez une seule réponse)

- Hospitalisation (avant, pendant, après, médecin hospitalier)     Demande de l'entourage  
 Médecin libéral (traitant, spécialiste de ville)     Médecin du travail  
 Pharmacien  
 Aucune de ces personnes/institutions, c'est une démarche personnelle

Si hospitalisation, quel service ? \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant \_\_\_\_\_

### Maladies et traitements

Si vous avez des doutes concernant les réponses aux questions suivantes, n'hésitez pas à en parler à l'infirmier ou au médecin.

**Avez-vous l'un des facteurs de risque cardiovasculaire suivants ?**

- Hypertension :                    Oui  - Non   
- Diabète :                            Oui  - Non   
- Excès de cholestérol :        Oui  - Non

**14 - Êtes-vous ou avez-vous été traité(e) pour une ou plusieurs des maladies cardiovasculaires ci-dessous ?**

- Un infarctus du myocarde, angine de poitrine :        Oui  - Non   
- Un accident vasculaire cérébral :                            Oui  - Non   
- Une artérite des membres inférieurs :                    Oui  - Non

**15 - Êtes-vous ou avez-vous été soigné(e) pour l'une des maladies respiratoires suivantes ?**

- Un cancer du poumon, de la gorge, du larynx :        Oui  - Non   
- Une bronchite chronique :                                    Oui  - Non   
- De l'asthme :    Oui  - Non

**16 - Prenez-vous assez régulièrement les médicaments suivants ?**

- Des tranquillisants :    Oui  - Non   
- Des antidépresseurs :                                        Oui  - Non   
- Un traitement de substitution (subutex - méthadone) : Oui  - Non

**17 - Avez-vous déjà été ou êtes-vous soigné(e) pour ?**

- Une dépression nerveuse ayant occasionné un arrêt total  
ou partiel de l'activité :    Oui  - Non

**Avez-vous ou avez-vous eu d'autres problèmes de santé ?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Bilan tabagique

18 - Fumez-vous tous les jours ?      Oui  - Non

19 - Combien en moyenne fumez-vous chaque jour de :

Cigarettes manufacturées achetées en paquet ? \_\_\_\_\_

Cigarettes roulées ? \_\_\_\_\_

20 - Fumez-vous ou consommez vous les produits suivants :  
(cochez les cases correspondantes)

Cigarillos     Cigare     Pipe

Tabac à mâcher     Snus

Narguilé / Chicha

21 - Combien de fois avez-vous arrêté de fumer complètement pendant au moins 7 jours (aucune cigarette) ? \_\_\_\_\_

**Degré de dépendance au tabac (test de Fagerström)**

*Merci d'entourer le chiffre qui correspond à votre réponse.*

22 • Le matin, combien de temps après être réveillé(e), fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 minutes	3
	6 - 30 minutes	2
	31 - 60 minutes	1
	Plus de 60 minutes	0

• Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (ex : cinémas, bibliothèques)	Oui	1
	Non	0

• À quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ?	À la première de la journée	1
	À une autre	0

23 • Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3

• Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?	Oui	1
	Non	0

• Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	Oui	1
	Non	0

24 - Faites le total de vos réponses :      Total : \_\_\_\_\_

25 - À remplir si vous avez moins de 18 ans

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

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

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

Additionnez vos réponses  
(1 point par réponse « Oui ») :

Total : \_\_\_\_\_

### Vos habitudes de vie

26 - Indiquez à quel point vous craignez de prendre du poids si vous arrêtez de fumer :

*pas du tout*

*extrêmement*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

27 - Indiquez quel est votre niveau de confiance en vous pour ne pas prendre du poids si vous arrêtez de fumer :

*je n'ai aucune confiance en moi*

*j'ai totalement confiance en moi*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

28 - Quelle est votre activité physique par semaine (en moyenne durant l'année écoulée) ?

- aucune                       moins de 30 min                       entre 30 min et 1 heure  
 de 1 à 2 heures                       de 2 à 4 heures                       plus de 4 heures

Combien de tasses de café buvez-vous par jour ? \_\_\_\_\_

Combien de repas prenez-vous par jour ? \_\_\_\_\_

Avez-vous eu des variations importantes de poids dans votre vie ?

Oui  - Non

Si oui, à quelles occasions ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

29 - Combien de verres de boissons alcoolisées buvez-vous par jour ? \_\_\_\_\_  
(1 verre de vin = 1 apéritif = 1 demi de bière).

30 - Merci de répondre spontanément aux questions suivantes (cochez la réponse) :

Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?                      Oui  - Non

Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?                      Oui  - Non

Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?                      Oui  - Non

Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?                      Oui  - Non

Additionnez vos réponses

(1 point par réponse « Oui ») :

Total : \_\_\_\_\_

### Consommation de cannabis

31 - Avez-vous fumé du cannabis au cours des **12 derniers mois** ?                      Oui  - Non

32 - Si oui, combien de fois en avez-vous fumé au cours des **trente derniers jours** ?

- aucune fois                       1 ou 2 fois  
 entre 3 et 5 fois                       entre 6 et 9 fois  
 entre 10 et 19 fois                       entre 20 et 29 fois                       tous les jours

A quel âge avez-vous commencé ? \_\_\_\_\_

**Si vous consommez d'autres produits ou substances, n'hésitez pas à en parler à votre médecin.**

## Comment vous sentez-vous ?

Évaluez par une note de 0 à 10 comment vous vous sentez moralement (0 indique "Je ne me sens pas bien du tout" et 10 signifie "Je me sens parfaitement bien"). Entourez le chiffre qui correspond à votre réponse.

je ne me sens pas bien du tout je me sens parfaitement bien

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**33 - Ce questionnaire a pour but de nous aider à mieux percevoir ce que vous ressentez. Lisez chaque question et entourez la réponse qui convient le mieux à ce que vous avez ressenti ces derniers jours. Donnez une réponse rapide : votre réaction immédiate est celle qui correspond le mieux à votre état actuel.**

- |   |   |
|---|---|
| ① Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :  |   |
| - La plupart du temps   | 3 |
| - Souvent   | 2 |
| - De temps en temps   | 1 |
| - Jamais  | 0 |
| 2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :                              |   |
| - Oui, tout autant  | 0 |
| - Pas autant  | 1 |
| - Un peu seulement  | 2 |
| - Presque plus  | 3 |
| ③ J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver : |   |
| - Oui, très nettement   | 3 |
| - Oui, mais ce n'est pas trop grave   | 2 |
| - Un peu, mais cela ne m'inquiète pas   | 1 |
| - Pas du tout   | 0 |
| 4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses :                             |   |
| - Autant que par le passé   | 0 |
| - Plus autant qu'avant  | 1 |
| - Vraiment moins qu'avant   | 2 |
| - Plus du tout  | 3 |
| ⑤ Je me fais du souci :   |   |
| - Très souvent  | 3 |
| - Assez souvent   | 2 |
| - Occasionnellement   | 1 |
| - Très occasionnellement  | 0 |
| 6. Je suis de bonne humeur :  |   |
| - Jamais  | 3 |
| - Rarement  | 2 |
| - Assez souvent   | 1 |
| - La plupart du temps   | 0 |

<b>7</b> Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :	
- Oui, quoi qu'il arrive	0
- Oui, en général	1
- Rarement	2
- Jamais	3
<b>8.</b> J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :	
- Presque toujours	3
- Très souvent	2
- Parfois	1
- Jamais	0
<b>9</b> J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :	
- Jamais	0
- Parfois	1
- Assez souvent	2
- Très souvent	3
<b>10.</b> Je ne m'intéresse plus à mon apparence :	
- Plus du tout	3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais	2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention	1
- J'y prête autant d'attention que par le passé	0
<b>11</b> J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :	
- Oui, c'est tout à fait le cas	3
- Un peu	2
- Pas tellement	1
- Pas du tout	0
<b>12.</b> Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :	
- Autant qu'avant	0
- Un peu moins qu'avant	1
- Bien moins qu'avant	2
- Presque jamais	3
<b>13</b> J'éprouve des sensations soudaines de panique :	
- Vraiment très souvent	3
- Assez souvent	2
- Pas très souvent	1
- Jamais	0
<b>14.</b> Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :	
- Souvent	0
- Parfois	1
- Rarement	2
- Très rarement	3

Additionnez les points des réponses **1, 3, 5, 7, 9, 11, 13** : Total A = \_\_\_\_\_

Additionnez les points des réponses **2, 4, 6, 8, 10, 12, 14** : Total D = \_\_\_\_\_

### Quelle est votre histoire avec le tabac ?

34 - À quel âge avez-vous fumé votre première cigarette ? à   ans

35 - À quel âge avez-vous commencé à fumer quotidiennement ? à   ans

Quel budget hebdomadaire consacrez-vous au tabac ? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ? Oui  - Non

De quelle manière ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Combien de temps a duré votre arrêt le plus long ? \_\_\_\_\_

Quelle est la date de votre dernière tentative ? \_\_\_\_\_

Quels troubles avez-vous ressentis à l'arrêt du tabac ?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aucun                | <input type="checkbox"/> Difficultés de concentration |
| <input type="checkbox"/> Pulsions à fumer     | <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil          |
| <input type="checkbox"/> Irritabilité, colère | <input type="checkbox"/> Augmentation de l'appétit    |
| <input type="checkbox"/> Agitation, nervosité | <input type="checkbox"/> Autres                       |
| <input type="checkbox"/> Anxiété              | Lesquels ? .....                                      |
| <input type="checkbox"/> Tendance dépressive  | .....   |

Avez-vous pris du poids en arrêtant de fumer ? Oui  - Non

Si oui, combien de kilos ? \_\_\_\_\_

Pour quelle(s) raison(s) pensez-vous avoir recommencé à fumer ?  
(par ordre d'importance)

1 - .....

2 - .....

3 - .....

4 - .....

## Pourquoi fumez-vous ?

Évaluez par une note de 0 à 10 les raisons qui vous poussent à fumer. Lisez chaque proposition et entourez le chiffre qui correspond à votre réponse : 0 signifie "Jamais" et 10 signifie "Toujours".

Je fume...	Jamais										Toujours
- parce que c'est un geste automatique	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- par convivialité	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour le plaisir	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour combattre le stress	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour mieux me concentrer	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour me soutenir le moral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour ne pas grossir	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## Quel est votre degré de motivation ?

36 - À quel point est-il important pour vous d'arrêter de fumer ?

Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation :

(0 signifie : "Pas important du tout" et 10 signifie "Extrêmement important").

*pas important du tout*

*extrêmement important*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

37 - Si vous décidiez aujourd'hui d'arrêter de fumer, quelle confiance auriez-vous dans votre capacité à y parvenir ?

Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation :

(0 signifie : "Aucune confiance" et 10 signifie "Totale confiance").

*aucune confiance*

*totale confiance*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

### **Pourquoi voulez-vous arrêter de fumer ?**

J'aimerais bien arrêter de fumer parce que je voudrais

---

---

---

---

---

---

### **Que craignez-vous en arrêtant de fumer ?**

En essayant d'arrêter de fumer, j'ai peur de

---

---

---

---

---

---

Les renseignements recueillis à l'aide de ce document seront traités ultérieurement de manière anonyme par un comité de spécialistes présidé par le ministère de la Santé, dans le cadre d'une étude nationale. Cette étude a pour objectif d'améliorer la prise en charge de toute personne souhaitant arrêter de fumer.

Pour cette étude, merci d'indiquer, si vous l'acceptez, dans quelle tranche se situe la somme totale des revenus nets par mois de toutes les personnes vivant avec vous, y compris les revenus tels que : allocations, rentes, revenus immobiliers, etc. ?

- Moins de 1 500 € (10 000 F)     De 1 500 à 3 000 € (20 000 F)  
 Plus de 3 000 €

Dans quelques mois, vous êtes susceptible de recevoir une lettre à votre domicile afin de savoir si vous êtes encore fumeur ou non (arrêt total, consommation résiduelle, retour à 50 % ou plus de votre consommation initiale). Il s'agit pour nous d'apprécier l'aide qui a pu vous être apportée et, le cas échéant, de vous encourager à reprendre contact si vous vous sentez motivé(e).

Merci d'avance de répondre à notre lettre.

Si vous ne souhaitez pas recevoir ce courrier, cochez la case suivante

Cette page sera remplie par le médecin, merci de ne rien inscrire.

### Bilan lors de la consultation initiale

Consommation moyenne quotidienne de tabac : \_\_\_\_\_

Nombre de cigarettes depuis le lever :

38 - CO expiré :  ppm

39 - Temps écoulé depuis la dernière cigarette : \_\_\_\_\_ minutes/heures/jours

Poids :  kg

Taille :  cm

Périmètre abdominal :  cm

Pouls :

TA :    
maxima minima

Test de Fagerström :  /10

Test HAD : A =  /21 D =  /21

Cotinine urinaire :  ng/ml Cotinine/Créatinine :  mg/g

**Observations :**

Cette page sera remplie par le médecin, merci de ne rien inscrire.

**Conclusions :**

Jour prévu pour l'arrêt : \_\_\_\_\_

Démarche de réduction avec substitution nicotinique : Oui  - Non

**40 - Traitement**

- Traitement de substitution nicotinique : Oui  - Non

lequel :  Dispositif transdermique - dose / 24 heures : \_\_\_\_\_

Gommes à mâcher

Comprimés à sucer

Comprimés sub-linguaux

Inhalateur

- Autre traitement pharmacologique d'aide  
au sevrage tabagique :

Oui  - Non

Lequel :  Bupropion (Zyban®)

Varenicline (Champix®)

Autre : \_\_\_\_\_

- Traitement psychotrope prescrit lors de la consultation ou pris habituellement par le patient

Antidépresseurs : Oui  - Non

Anxiolytiques : Oui  - Non

Hypnotiques : Oui  - Non

Thymorégulateurs : Oui  - Non

Neuroleptiques : Oui  - Non

- Thérapie comportementale : Oui  - Non

- Consultation psychologique : Oui  - Non

- Consultation diététique : Oui  - Non

- Autre : \_\_\_\_\_

Cette page sera remplie par le médecin, merci de ne rien inscrire.

Date :         
                  jour        mois        année

### Consultation de suivi N° 1

Patient en arrêt : Oui  - Non

Nombre de jours d'arrêt total : \_\_\_\_\_

Réduction de consommation : Oui  - Non

Consommation moyenne quotidienne de tabac : \_\_\_\_\_

CO expiré :  ppm

Temps écoulé depuis la dernière cigarette : \_\_\_\_\_ minutes/heures/jours

Poids :  kg

Nombre de verres d'alcool/ jours : \_\_\_\_\_

Nombre de café/ jours : \_\_\_\_\_

Test HAD : A =  /2| D =  /2|

#### Traitement :

- Consultation psychologique : Oui  - Non

- Consultation diététique : Oui  - Non

Cette page sera remplie par le médecin, merci de ne rien inscrire.

**Résumé / Observations :**

Cette page sera remplie par le médecin, merci de ne rien inscrire.

Date :         
                  jour           mois           année

### Consultation de suivi N° 2

Patient en arrêt : Oui  - Non

Nombre de jours d'arrêt total : \_\_\_\_\_

Réduction de consommation : Oui  - Non

Consommation moyenne quotidienne de tabac : \_\_\_\_\_

CO expiré :  ppm

Temps écoulé depuis la dernière cigarette : \_\_\_\_\_ minutes/heures/jours

Poids :  kg

Nombre de verres d'alcool/ jours : \_\_\_\_\_

Nombre de café/ jours : \_\_\_\_\_

Test HAD : A =  /2| D =  /2|

#### Traitement :

- Consultation psychologique : Oui  - Non

- Consultation diététique : Oui  - Non

Cette page sera remplie par le médecin, merci de ne rien inscrire.

**Résumé / Observations :**

Cette page sera remplie par le médecin, merci de ne rien inscrire.

Date :    /    /     
                  jour           mois           année

### Consultation de suivi N° 3

Patient en arrêt : Oui  - Non

Nombre de jours d'arrêt total : \_\_\_\_\_

Réduction de consommation : Oui  - Non

Consommation moyenne quotidienne de tabac : \_\_\_\_\_

CO expiré :   ppm

Temps écoulé depuis la dernière cigarette : \_\_\_\_\_ minutes/heures/jours

Poids :   kg

Nombre de verres d'alcool/ jours : \_\_\_\_\_

Nombre de café/ jours : \_\_\_\_\_

Test HAD : A =   /2| D =   /2|

#### Traitement :

- Consultation psychologique : Oui  - Non

- Consultation diététique : Oui  - Non

Cette page sera remplie par le médecin, merci de ne rien inscrire.

**Résumé / Observations :**

# **ANNEXE 3**

## **Fiche de suivi** **« Humeur et** **ressenti »**



# FICHE DE SUIVI HUMEUR ET RESSENTI

Nom et Prénom : .....

Débuté le : ..... / ..... / .....

**1<sup>ÈRE</sup> ET 2<sup>ÈME</sup> SEMAINE D'ARRÊT DU TABAC**

2<sup>ème</sup> RDV Bilan J+7

3<sup>ème</sup> RDV Bilan J+15

Jour (semaine 1 et semaine 2)	Semaine 1							Semaine 2						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
<b>Mon ressenti vis à vis de l'arrêt du tabac jour après jour :</b>														
Trop dur, j'ai refumé														
Très inconfortable														
Assez difficile														
Confort correct														
Aucun problème														
<b>Les difficultés que je rencontre (Cochez les cases correspondantes) :</b>														
Je suis irritable														
Je suis anxieux(se), stressé(e)														
Mon moral est bas														
Je dors mal														
Impossible de me concentrer														
J'ai très faim														
Je suis constipé(e)														
J'ai toujours très envie de fumer														
<b>Mon traitement :</b>														
Dosage du timbre (.....mg)														
Nombre de prises orales (.....mg)														

**3<sup>ÈME</sup> ET 4<sup>ÈME</sup> SEMAINE D'ARRÊT DU TABAC**

4<sup>ème</sup> RDV Bilan M+1

Jour (semaine 3 et semaine 4)	Semaine 3							Semaine 4						
	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
<b>Mon ressenti vis à vis de l'arrêt du tabac jour après jour :</b>														
Trop dur, j'ai refumé														
Très inconfortable														
Assez difficile														
Confort correct														
Aucun problème														
<b>Les difficultés que je rencontre (Cochez les cases correspondantes) :</b>														
Je suis irritable														
Je suis anxieux(se), stressé(e)														
Mon moral est bas														
Je dors mal														
Impossible de me concentrer														
J'ai très faim														
Je suis constipé(e)														
J'ai toujours très envie de fumer														
<b>Mon traitement :</b>														
Dosage du timbre (.....mg)														
Nombre de prises orales (.....mg)														

## 2<sup>ÈME</sup> MOIS D'ARRÊT DU TABAC

5<sup>ÈME</sup> RDV  
Bilan  
M+2

	Semaine 5					Semaine 6					Semaine 7					Semaine 8					Semaine 9															
Jour (semaine 5 à semaine 9)	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	
<b>Mon ressenti vis à vis de l'arrêt du tabac jour après jour :</b>																																				
Trop dur, j'ai refusé																																				
Très inconfortable																																				
Assez difficile																																				
Confort correct																																				
Aucun problème																																				
<b>Les difficultés que je rencontre (Cochez les cases correspondantes) :</b>																																				
Je suis irritable																																				
Je suis anxieux(se), stressé(e)																																				
Mon moral est bas																																				
Je dors mal																																				
Impossible de me concentrer																																				
J'ai très faim																																				
Je suis constipé(e)																																				
J'ai toujours très envie de fumer																																				
<b>Mon traitement :</b>																																				
Dosage du timbre (.....mg)																																				
Nombre de prises orales (.....mg)																																				

## 3<sup>ÈME</sup> MOIS D'ARRÊT DU TABAC

6<sup>ÈME</sup> RDV  
Bilan

	Semaine 10							Semaine 11							Semaine 12							Semaine 13													
Jour (semaine 10 à semaine 13)	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91							
<b>Mon ressenti vis à vis de l'arrêt du tabac jour après jour :</b>																																			
Trop dur, j'ai refusé																																			
Très inconfortable																																			
Assez difficile																																			
Confort correct																																			
Aucun problème																																			
<b>Les difficultés que je rencontre (Cochez les cases correspondantes) :</b>																																			
Je suis irritable																																			
Je suis anxieux(se), stressé(e)																																			
Mon moral est bas																																			
Je dors mal																																			
Impossible de me concentrer																																			
J'ai très faim																																			
Je suis constipé(e)																																			
J'ai toujours très envie de fumer																																			
<b>Mon traitement :</b>																																			
Dosage du timbre (.....mg)																																			
Nombre de prises orales (.....mg)																																			

# **ANNEXE 4**

## **Tableau récapitulatif et résultats des suivis**

Patient	Age/ Sexe	Années de tabagisme	Fagerström	Motif d'arrêt	Type de cigarettes fumées	Nombre de cigarettes fumées / jour	CO ppm avant arrêt	Nombre de tentatives d'arrêt >7j	Consommation nicotinique 1 semaine après l'arrêt	Consommation nicotinique 1 mois après l'arrêt	Consommation nicotinique 3 mois après l'arrêt	Consommation nicotinique 6 mois après l'arrêt	Consommation nicotinique 1 an après l'arrêt	CO ppm 1 an après l'arrêt
1	37F	19	6	Veut arrêter	Blondes	20	22	5	Patch 21 mg	Patch 14 mg	Patch 14 mg	0	0	4
2	60F	35	7	Mari avec cancer du poumon	Blondes	15	17	0	Patch 21 mg	Patch 21 mg + cigarette électronique 7 mg	Patch 21 mg + cigarette électronique 7 mg	Patch 21 mg + cigarette électronique 7 mg	Cigarette électronique si situation à risque	4
3	45F	24	6	Asthme	Blondes	20	16	0	Patch 21 mg	Patch 21 mg	0	0	0 - Ne veut plus refumer	3
4	43F	26	9	Cancer du poumon	Blondes	20	26	0	Patch 21 mg	Patch 21 mg	Patch 14 mg	0	0 + suivi médical	4
5	37F	23	9	Perte de poids	Blondes	15	17	10+	Patch 14 mg	Patch 21 mg	Patch 14 mg	Patch 7 mg	0 + reprise du sport	3
6	43F	27	8	Perte du conjoint cancer du poumon	Blondes	20	12	2	Patch 21 mg	Patch 14 mg	Patch 7 mg	Patch 7 mg	0	4
7	47M	30	10	Séparation car coaddiction à l'alcool et au tabac	Blondes	15	21	0	Patch 14 mg	Patch 14 mg	Patch 7 mg	0	0 + orientation addicto pour alcool	3
8	24F	8	7	une grossesse + mari cancer du poumon	Blondes	20	11	0	Patch 14 mg	Patch 14 mg	Patch 7 mg	0	0	3
9	40F	22	9	Opération du cœur prévue	Tabac à rouler blond	15	24	0	Patch 21 mg	Patch 14 mg	0	0	0	4

10	65F	40	7	Conjoint décédé au cause du tabagisme	Blondes	30	29	5	Patch 21 mg + 7 mg	Patch 21 mg	Patch 21 mg	Patch 7 mg	0	4
11	50M	30	10	Multiples addictions	Tabac blond à rouler	25	28	0	Patch 21 mg + 14 mg	Patch 21 mg + 7 mg	Patch 21 mg	Patch 7 mg	0 + orientation addicto	4
12	41M	25	9	Multiples addictions	Blondes	35	24	5	Patch 21 mg + 14 mg	Patch 21 mg + 7 mg	Patch 21 mg	Patch 7 mg	0 + orientation addicto	6
13	47F	30	7	Opération	Tabac blond à rouler	10	26	3	Patch 14 mg	Patch 14 mg	Patch 7 mg	0	0	5
14	53F	36	7	Ménopause + voix rauque	Cigarillos	20	42	0	Patch 21 mg + 14 mg	Rechute	Rechute	Rechute	20 cigarillos / j. Envisage un arrêt avec cigarette électronique	48
15	26F	10	8	Grossesse	Blondes	20	26	0	Patch 21 mg	Patch 14 mg	Patch 7 mg	0	20 cigarettes blondes par jour	22
16	40M	22	5	Sportif	Blondes	10	14	1	Patch 14 mg	Patch 14 mg	Patch 7 mg	0	Fume à l'occasion (soirées, stress)	8
17	24F	6	7	Conjoint non fumeur	Blondes	15	22	0	Patch 21 mg	Patch 14 mg	Patch 14 mg	15 cigarettes / j	15 cigarettes / j	21
18	47M	28	6	Père décédé à cause du tabac	Blondes	30	35	5	Patch 21 mg + 14 mg	Rechute	Rechute	Rechute	Rechute	21
19	42F	26	9	Grossesse	Blondes	15	22	0	Patch 21 mg	Patch 14 mg	Rechute	Rechute	15 cigarettes / j. envisage de nouveau l'arrêt	20
20	35F	18	6	Veut reprendre le sport	Blondes	10	14	5	Patch 14 mg	Patch 7 mg	Rechute	Rechute	Utilise la cigarette électronique	17

21	29M	21	9	20	32	0	Patch 21 mg + 14 mg	Rechute	Rechute	Rechute	Rechute	Orientation addicto	38
22	59F	37	6	25	29	10+	2 Patch 21 mg	2 Patch 21 mg + refume	25 cigarettes / j	25 cigarettes / j	25 cigarettes / j	25 cigarettes / j	34
23	27F	10	8	20	17	0	Patch 21 mg	Patch 14 mg	Plus de patch ouis rechute	20 cigarattes / j	20 cigarattes / j mais fait très attention à son enfant	14	
24	28F	23	7	15	22	0	Patch 21 mg	Patch 14 mg	Rechute	Rechute	15 cigarettes / j	21	
25	47M	28	6	20	36	5	Patch 21 mg + 14 mg	Jamais revenu	Jamais revenu	Jamais revenu	Jamais revenu	Jamais revenu	NR
26	42M	26	9	15	22	0	Patch 21 mg	Patch 14 mg	Jamais revenu	Jamais revenu	Jamais revenu	Jamais revenu	NR

Vu, le président de jury

Vu, le directeur de thèse

Vu, le doyen de la faculté

**NOM :** BACCONNAIS

**Prénoms :** Ludwig, Patrick, Yannick

**Titre de la thèse :** Rôle du pharmacien dans la prise en charge de l'aide à l'arrêt du tabagisme.  
Analyse des besoins et mise en place d'un dispositif d'aide personnalisé.

**Résumé :**

Le tabagisme est un réel problème de santé publique. Il s'agit de la première cause de mortalité évitable avec 66 000 décès par an. De ce fait, le pharmacien doit jouer un rôle prépondérant dans le cadre du dépistage et la prévention du tabagisme mais aussi dans le cadre des personnes souhaitant arrêter le tabac. Ainsi, après avoir présenté tous les moyens disponibles au pharmacien pour pouvoir assurer la prise en charge des patients dans le cadre de l'aide à l'arrêt du tabac, nous nous pencherons sur une enquête dévoilant les moyens de sevrage utilisés par la population mais aussi son avis sur le rôle et l'utilité du pharmacien dans le cadre du sevrage tabagique. Nous mettrons ensuite en avant une expérience originale décrivant un suivi d'aide personnalisé mis en place dans une pharmacie de Loire-Atlantique. Après avoir évoqué le déroulement et le contenu de ces entretiens, nous nous pencherons sur les résultats obtenus après un an de suivi chez 26 patients ayant bénéficié de ce suivi et d'une thérapeutique substitutive par timbre transdermique. Pour finir, nous discuterons de comment le pharmacien pourrait améliorer son services vis-à-vis des fumeurs qui ne parviennent pas à arrêter le tabagisme.

**MOTS CLEFS :** SEVRAGE, TABAC, PHARAMCIEN

**JURY**

**Président :** **Mr Alain PINEAU**, professeur de toxicologie, UFR des sciences pharmaceutiques et biologiques, Nantes

**Membres du jury :** **Mme Caroline VICTORRI-VIGNEAU**, MCU-PH, Centre d'addictovigilance, CHU, Nantes  
**Mr Florian BERTHOMIER**, docteur en pharmacie

**Adresse de l'auteur :** BACCONNAIS Ludwig  
4 La Bienvenue  
44320 CHAUVE