

UNIVERSITE DE NANTES
FACULTE DE PHARMACIE

ANNEE 2007

N°49

THESE
POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Par **Hélène DUPRE**

Présentée et soutenue publiquement le 22 novembre 2007

MISE EN PLACE DU DECRET DU 16 NOVEMBRE
2006 RELATIF A L'INTERDICTION DE FUMER DANS
LES LIEUX PUBLICS AU CHU DE NANTES

Président : Mme Nicole GRIMAUD, Maître de conférence de Pharmacologie,
Faculté de Pharmacie de Nantes

Membres du jury : Mme Brigitte MAULAZ, Praticien hospitalier Pharmacien Nantes
M. Patrick PARERE, Pharmacien d'officine Rezé

Sommaire

A.	LISTE DES FIGURES.....	5
B.	LISTE DES ABREVIATIONS.....	6
C.	INTRODUCTION.....	7
D.	L'ASPECT REGLEMENTAIRE	9
D.1	Des origines à 1950.....	9
	• Les décisions personnelles et sommaires	9
	• Structuration de la lutte contre le tabagisme à partir de 1868.....	9
D.2	L'époque moderne	10
D.3	Etat des lieux	11
	• Les actions nationales	11
	• Les actions au niveau du CHU de Nantes	14
	• le rôle des différents acteurs de santé	19
	• Le rôle des acteurs de santé au CHU de Nantes	20
E.	LA COMPOSITION DU TABAC	23
E.1	introduction.....	23
E.2	La phase particulaire.....	24
E.3	La phase gazeuse.....	25
E.4	Les composés majeurs de la fumée de cigarette et leurs effets physiologiques	26
	• les alcaloïdes nicotiques :	26
	• l'acétaldéhyde, les bêta-carbolines et les IMAO	31
E.5	Relation entre la composition de la fumée de tabac et les troubles associés au tabagisme	33
F.	LES MECANISMES DE DEPENDANCE	34
F.1	Quelques définitions	34
F.2	Les principaux neurotransmetteurs	35
F.3	Les structures et leur fonctionnement physiologique:	36

F.4	L'action des substances psychoactives :	37
F.5	Action de la nicotine sur la transmission dopaminergique	40
F.6	Critères de dépendance	42
	• Définition	42
	• Neuro-adaptation	44
	• La tolérance	45
	• Le sevrage	46
	• L'hypersensibilisation	47
G.	EXPLORATION DU TABAGISME	48
G.1	Quelques définitions	48
G.2	Evaluation de la dépendance pharmacologique	50
G.3	Evaluation de la dépendance comportementale	51
G.4	Evaluation de la motivation	53
G.5	Evaluation psychologique	55
H.	LE TABAGISME ET LES COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES	58
H.1	La dépression	58
H.2	Le trouble anxieux	58
H.3	La schizophrénie	59
H.4	Le suicide	59
H.5	L'alcoolisme	60
I.	LES COMPLICATIONS SOMATIQUES DU TABAGISME	61
I.1	les cancers	61
	• le cancer du poumon	61
	• les autres cancers	61
I.2	les maladies cardiovasculaires	62
I.3	Les bronchopneumopathies chroniques obstructives	63
	• La bronchite chronique	63
	• L'emphysème	65
J.	LA PRISE EN CHARGE DU TABAGISME	66

J.1	Les traitements médicamenteux	66
•	Le traitement nicotinique de substitution	66
•	Le bupropion LP 150 mg(Zyban®)	69
•	La varenicline= Champix®	72
J.2	Les traitements non médicamenteux	74
K.	ETUDE QUALITATIVE ET QUANTITATIVE DES DELIVRANCES DE SUBSTITUTS NICOTINIQUES	76
K.1	Présentation générale de l’hôpital Saint-Jacques.....	76
K.2	Etude des patients sous substituts nicotiniques	78
K.3	analyse des agents hospitaliers sous substituts nicotiniques	92
L.	CONCLUSION	97
M.	ANNEXES	99
N.	BIBLIOGRAPHIE.....	117

A. Liste des figures

Figure 1 : schéma de la nicotine.....	27
Figure 2 : schéma de la cotinine.....	27
Figure 3 :schéma de la nor nicotine.....	28
Figure 4: tableau des relations composant-trouble induit par le tabac.....	33
Figure 5: schéma d'un neurone.....	35
Figure 6: structure cérébrale impliquée dans le système de récompense.....	37
Figure 7:pharmacologie de la nicotine.....	41
Figure 8: schéma représentant l'action d'un agoniste sur ses récepteurs dans une situation normale.....	44
Figure 9: schéma représentant l'action d'un agoniste sur ses récepteurs quand apparaît le phénomène de tolérance.....	45
Figure 10: schéma représentant l'action d'un agoniste sur ses récepteurs quand apparaît le phénomène d'hypersensibilisation.....	47
Figure 11: évolution du taux de nicotine plasmatique au cours de la journée chez un fumeur mainteneur d'état basal.....	48
Figure 12: évolution du taux de nicotine plasmatique au cours de la journée chez un fumeur chercheur de pics.....	49
Figure 13: test de Fagerström.....	50
Figure 14: exemple de carnet de recueil.....	51
Figure 15: test de Horn.....	52
Figure 16: test d'évaluation de la motivation.....	54
Figure 17: évaluation du terrain anxio-dépressif.....	56
Figure 18:répartition des lits entre la rééducation fonctionnelle et la psychiatrie à l'hôpital Saint Jacques.....	77
Figure 19: répartition des patients sous substituts nicotiniques entre la rééducation fonctionnelle et la psychiatrie.....	79
Figure 20: répartition par sexe des patients hospitalisés en psychiatrie.....	81
Figure 21: répartition par sexe des patients sous substituts nicotiniques.....	82
Figure 22: répartition des patients sous substituts nicotiniques hospitalisés à Saint-Jacques par classes d'âge.....	83
Figure 23: comparaison de la répartition par classe d'âge des patients sous substituts nicotiniques avec la population générale hospitalisée en psychiatrie.....	84
Figure 24: comparaison entre la consommation des substituts nicotiniques en psychiatrie en 2006 et en 2007.....	86
Figure 25: comparaison entre la consommation des substituts nicotiniques en rééducation fonctionnelle en 2006 et en 2007.....	87
Figure 26: comparaison des dosages et des formes de substituts nicotiniques prescrits par sexe en psychiatrie.....	89
Figure 27: comparaison des dosages et des formes de substituts nicotiniques prescrits par sexe en rééducation fonctionnelle.....	91
Figure 28: évolution du nombre d'agents bénéficiants de la dispensation des substituts nicotiniques à l'hôpital au cours des quatre dernières années.....	93
Figure 29: comparaison des formes galéniques et des dosages des substituts nicotiniques prescrits au personnel féminin et aux patientes de Saint-Jacques.....	95

B. Liste des abréviations

CLOPT Comité LOcal de Prévention du Tabagisme

CHSCT Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail

UCT Unité de Coordination de Tabacologie

CNCT Comité National de lutte Contre le Tabagisme

OMS Organisation Mondiale de la Santé

CNMRT Comité National de lutte contre les Maladies Respiratoires et la Tuberculose

IMAO Inhibiteurs de la MonoAmine Oxydase

ADH AntiDiurétique Hormone

ACTH Hormone corticotrope

CRF Corticotropin Releasing Factor

POMC Pro-Opio-Mélano-Cortine

GABA-A Acide gamma-amino butyrique

MAO-A Monoamine oxydase A

CYP2D6 Cytochrome P isoforme 2D6

IDE Infirmière Diplômée d'Etat

C. Introduction

Le problème du tabagisme dans les lieux publics, vient d'être pris en compte en France, par l'application le 1^{er} février 2007, du décret du 15 novembre 2006, ce dernier renforçant la loi dites Evin qui date du 10 janvier 1991.

Il est désormais interdit de fumer dans les locaux d'un hôpital.

Au CHU de Nantes, dès septembre 2001, avait été créée l'unité de Tabacologie, en 2004 déjà le CHU proposait dans le cadre d'une action contre le tabagisme, une dispensation à prix coûtant de substituts nicotiques à ses employés après un premier mois de traitement gratuit, dès février 2007, cette action a été à nouveau proposée aux agents du CHU.

Il nous a semblé intéressant dans le cadre de l'application de cette loi sur le plan national, d'étudier son application dans un hôpital comportant de nombreux lits de psychiatrie et de rééducation fonctionnelle.

Le problème à résoudre est double, il concerne deux catégories de personnes, les soignants et les patients.

Les soignants ont toujours la possibilité de sortir des locaux pour fumer, mais ce n'est pas le cas de nombreux patients de psychiatrie ou de rééducation fonctionnelle.

Concernant la mise en place de l'interdiction de fumer dans les services et en particulier en psychiatrie, les craintes initiales des équipes soignantes étaient multiples : agressivité des patients lors du refus de cigarette, augmentation de l'anxiété des patients, atteinte à la liberté individuelle des patients, privation d'un plaisir.

Le recours à l'usage de substituts nicotiques permet d'aider ces personnes à un sevrage tabagique.

Nous avons donc étudié pour les 9 premiers mois de l'année 2007, l'impact de l'application de la loi sur les consommations de substituts nicotiques, ainsi que les caractéristiques des patients et soignants recevant cette thérapeutique.

Il apparaît clairement que la médiatisation importante de cette loi en 2007, permet un accroissement quantitatif de la prise en charge par des substituts nicotiques, comparativement à la même démarche en 2004, mais ces médicaments ne sont qu'une aide, parfois forcée pour les patients enfermés ou à mobilité réduite, ils ne peuvent seuls résoudre le problème des rechutes et de la dépendance psychologique.

D. L'aspect réglementaire

D.1 Des origines à 1950

- **Les décisions personnelles et sommaires**

Le sultan Mourad IV, qui a régné sur l'empire ottoman de 1623 à 1640, a interdit l'usage du tabac et a fait couper les mains des fumeurs. Il a ordonné la démolition des cafés où les Turcs se réunissaient pour fumer¹. En 1655, le tsar Alexis a déporté les fumeurs en Sibérie après leur avoir fait couper le nez et les lèvres supérieures¹.

Au XVIIème siècle, le pape Urbain VIII a excommunié ceux qui fumaient dans les églises¹.

En 1618, Jacques Ier d'Angleterre a fait décapiter Sir Raleigh, grand navigateur et libre penseur, aussi bien pour être suspecté de trahison que parce qu'il était un célèbre fumeur de pipe¹.

- **Structuration de la lutte contre le tabagisme à partir de 1868**

En 1868, le docteur Decroix, vétérinaire en premier de l'armée française, constate que « le soldat français fumeur [...] ne vaut pas le soldat français non-fumeur » et crée l'Association française contre le tabac¹, ancêtre de l'actuel Comité National de lutte Contre le Tabagisme (CNCT).

D.2 L'époque moderne

En 1957, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) classe le tabagisme comme une toxicomanie¹.

Le CNCT a été fondé en 1968 et reconnu d'utilité publique en 1977.

En 1971, l'OMS lance le premier programme de lutte contre le tabagisme.

En France, le CNCT, le Comité National de lutte contre les Maladies Respiratoires et la Tuberculose (CNMRT) et la ligue contre le cancer développent les premières campagnes d'information¹.

En 1976 et en 1991, les lois respectivement Veil et Evin donnent un cadre juridique susceptible d'instaurer une politique de lutte contre le tabagisme.

D.3 Etat des lieux

• Les actions nationales

La loi Evin du 10 janvier 1991 représente un volet législatif d'une politique de santé publique renforcée qui place la prévention et l'éducation pour la santé, au cœur des politiques de santé publique.

La loi Evin impose² :

- l'interdiction de toute propagande ou publicité, directe ou indirecte, en faveur du tabac

- l'interdiction de toute opération de parrainage

- la mention sur chaque paquet de cigarettes d'un message à caractère sanitaire, la teneur moyenne en goudron et en nicotine. Les teneurs maximales sont fixées par un arrêté ministériel

- l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, notamment scolaire et dans les moyens de transport collectif, sauf dans les emplacements expressément réservés aux fumeurs

- la date d'une manifestation annuelle intitulée « journée sans tabac »

Une loi n'est applicable qu'à la publication des décrets :

- un décret fixant au 31 mai de chaque année, la manifestation « journée sans tabac »

- un arrêté fixant la surface minimale et les règles de lisibilité sur les paquets de cigarettes pour les mentions de teneur en goudron et en nicotine ainsi que pour le message d'éducation sanitaire « Nuit gravement à la santé »

- un arrêté imposant la mention « fumer provoque des maladies graves » pour toute publicité faite à l'intérieur des débits de tabac.

En France, le tabagisme relève du ministère de la santé dans le cadre de la Direction Générale de la Santé (DGS) et particulièrement le bureau « Pratiques addictives Tabac-Alcool ». L'élargissement au tabac des attributions de la Mission de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT), a permis de développer des plans triennaux de lutte à partir de 1999.

Le « plan cancer » de 2003 prend en compte la gravité du tabagisme et la nécessité de le rendre socialement inacceptable, d'augmenter les prix du tabac et de favoriser le sevrage tabagique dans des populations ciblées.

Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues tabac et alcool (2004-2008) vise à renforcer l'application de la loi Evin, à retarder l'initiation au tabagisme et à aider les fumeurs à s'arrêter.

Le décret du 15 novembre 2006 (voir annexe 1) tend à durcir la loi Evin en effet, cette loi fixe une interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, c'est à dire :

- dans tous les lieux fermés et couverts qui accueillent du public ou qui constituent des lieux de travail

- dans les moyens de transport collectif

- dans les espaces non couverts des écoles, collèges et lycées publics et privés, ainsi que des établissements destinés à l'accueil, à la formation ou à l'hébergement des mineurs.

Néanmoins cette interdiction ne s'applique pas dans les emplacements mis à la disposition des fumeurs au sein des lieux mentionnés précédemment.

L'application de ce décret est entrée en vigueur le premier février 2007.

Dès le premier février 2008, l'application de ce décret va s'étendre aux restaurants, cafés, bars et discothèques. En effet ces établissements ont bénéficié d'une année supplémentaire pour organiser le passage en lieux non-fumeurs.

- **Les actions au niveau du CHU de Nantes**

- ◆ **Actions au niveau du personnel**

L'action de juin 2004

Dès juin 2004, le CHU de Nantes a entamé une action de lutte contre le tabagisme. En effet à compter de juin 2004, le CHU de Nantes propose une dispensation de substituts nicotiques à son personnel selon les modalités suivantes :

- le premier mois de traitement médicamenteux par substituts nicotiques est gratuit
- la suite du traitement est à prix coûtant.

Pour bénéficier de cette délivrance, les patients doivent avoir une ordonnance émanant obligatoirement de l'Unité de Tabacologie.

Cette offre est accompagnée de la création de groupes de parole et de réunions d'informations.

L'action de février 2007 (voir annexe 2)

A compter du premier février 2007, il est strictement interdit de fumer dans les locaux du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes.

Cette interdiction s'applique tant aux personnels qu'aux patients et à l'ensemble des services, locaux ou bureaux.

Il reste possible de fumer à l'extérieur des locaux mais hors des lieux de passage et à distance des accès.

Les contrevenants sont désormais passibles d'une amende de 68 euros.

D'après le décret n°2007-75 du 22 janvier 2007 « peuvent être habilités, dans le cadre de leurs compétences respectives, à constater les infractions et assermentés à cet effet les médecins inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, les ingénieurs du génie sanitaire, les ingénieurs d'études sanitaires et les techniciens sanitaires, ainsi que les ingénieurs territoriaux et les techniciens supérieurs territoriaux exerçant leurs fonctions dans les communes ou dans les groupements de communes mentionnées à l'article L.1422-1, les inspecteurs de salubrité de la ville de Paris et les inspecteurs de salubrité de la préfecture de police. »

D'autre part, le CHU de Nantes propose plusieurs consultations d'aide au sevrage sur les sites de l'établissement.

Des réunions d'information, animées par les tabacologues du CHU de Nantes sur le sevrage tabagique sont également proposées.

Enfin, pour accompagner cette interdiction, et durant toute l'année 2007, le CHU de Nantes assure la gratuité du premier mois de traitement par substitution nicotinique pour tous les employés du CHU demandeurs. Cette mesure représente un coût prévisionnel de 15 000 euros manifestant l'engagement de l'établissement dans cette démarche. Pour la suite du traitement, les personnels continuent à bénéficier des substituts à prix coûtant, selon le protocole en cours.

Un assouplissement du protocole a été en effet réalisé alors que depuis juin 2004 les ordonnances devaient émaner uniquement de l'unité de tabacologie pour bénéficier du traitement à prix coûtant, on peut depuis février 2007 bénéficier de ce tarif grâce à une ordonnance émanant de l'unité de tabacologie, de la médecine du travail ou de l'unité d'addictologie.

Nous étudierons l'impact de ces mesures sur les habitudes tabagiques dans la population travaillant à l'hôpital ultérieurement.

◆ Action au niveau des patients

L'interdiction s'applique aussi au niveau des patients. Cette interdiction a changé les habitudes en particulier dans les unités de psychiatrie fermées.

En effet les fumoirs, qui étaient à l'intérieur de ces unités, ont été fermés. Les conséquences de la disparition de ces fumoirs vont être variables selon les catégories de patients.

Il existe trois catégories de patients en unités fermées :

- les patients bénéficiant d' autorisations de sorties seuls appelés patients verts
- les patients bénéficiant d' autorisations de sorties accompagnés par un infirmier appelés patients oranges
- les patients ne bénéficiant d'aucunes autorisations de sorties appelés patients rouges.

L'application de la loi diffère donc d'un patient à l'autre.

Pour les patients verts les habitudes tabagiques n'ont pas tellement évolué puisque ces patients peuvent aller fumer à l'extérieur du bâtiment.

Pour les patients oranges, le service incite à un sevrage tabagique pour éviter de monopoliser le personnel infirmier à l'accompagnement des fumeurs à l'extérieur.

Pour les patients rouges, le sevrage tabagique a été imposé.

Des changements d'habitudes ont aussi pu être observés en rééducation fonctionnelle.

Nous reviendrons sur les conséquences de ces actions au niveau des patients ultérieurement.

- **le rôle des différents acteurs de santé**

Le tabagisme est une addiction, à ce titre sa prise en charge peut nécessiter la présence d'un psychiatre, néanmoins les omnipraticiens sont capables de prendre en charge la plupart des fumeurs.

Les autres professionnels de santé, tel que les pharmaciens, les sages-femmes, les infirmiers, ont vocation à s'impliquer dans la prévention du tabagisme, le repérage des fumeurs, l'aide à l'arrêt ainsi que le soutien après le sevrage ou l'orientation des fumeurs difficiles.

En effet le nombre de patients dépendants au tabac est tel qu'une mobilisation de l'ensemble des professionnels de santé est indispensable dans la complémentarité des compétences.

Les médecins doivent jouer un rôle de premier plan, mais les pharmaciens ont également un rôle à jouer. Depuis que les substituts nicotiques sont disponibles sans prescription médicale en officine de ville, l'accessibilité des traitements a été significativement facilitée. Des pharmaciens sont formés et impliqués dans la sensibilisation, le dépistage, la mise en place, la conduite, l'accompagnement et le suivi des fumeurs. Cette implication des pharmaciens est à l'origine d'un nombre important de délivrance de substituts nicotiques.

- **Le rôle des acteurs de santé au CHU de Nantes**

Au CHU de Nantes, l'implication professionnelle a été pluridisciplinaire.

- ◆ Implication administrative.

L'objectif est double, prendre en charge les patients souhaitant arrêter de fumer, ou contraints d'arrêter de fumer (impossibilité de se mouvoir et de sortir des unités de soins), mais aussi prendre en charge les agents souhaitant arrêter de fumer ou au moins les sensibiliser au risque du tabagisme.

Le Directeur Général Mr P.Gustin, a impliqué pour cette mise en place du 1^{er} février 2007, un groupe de travail créé en 2002, le CLOPT ou **Comité Local de Prévention du Tabagisme**, sous la responsabilité de Mme A.Benard directrice de la plate-forme N°6.

Ce groupe comprend des représentants de la direction, du corps médical, des organisations syndicales siégant au CHSCT ou **Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail**, des représentants du personnel, des représentants d'associations.(comme par exemple l'Association «Espace des Usagers)

Le Directeur Général a souhaité sensibiliser tous les agents du CHU (10860 personnes), en joignant un courrier aux bulletins de salaires de tous les employés fin janvier 2007, puis en réalisant une note de service sur la mise en place de cette loi dans les hôpitaux (Note de service N° **2007-02**).

Mme A.Benard a également organisé sur tout le CHU en février et mars 2007 (Note de service N°2007-03) des réunions d'information, de sensibilisation et de préparation à l'arrêt du tabac, à l'attention de tous les agents.

Mr P.Picard directeur de proximité, responsable administratif du pôle Psychiatrie, s'est investi dans la Commission de réflexion sur l'application des mesures anti-tabac dans les unités d'hospitalisation de psychiatrie. Il a fait procéder au réaménagement des anciens fumeurs dans les locaux et à la construction d'abris extérieurs pour les fumeurs, à côté des différents bâtiments.

◆ Implication de l'unité de Tabacologie.

L'UCT ou Unité de Coordination de Tabacologie, dont la création date de septembre 2001, est composée d'un responsable pneumologue, le professeur Chailleux, d'une cadre de santé coordonnatrice Mme C.Aubin, ainsi que de médecins, psychologues, éducateur santé et diététicienne. Ils ont activement participé en 2007, aux différentes réunions de sensibilisation des personnels et à l'initiation de l'usage des substituts nicotiniques.

◆ Implication du pôle Psychiatrie.

En 2007 création de la Commission de réflexion sur l'application des mesures anti-tabac dans les unités d'hospitalisation de psychiatrie, sous la responsabilité de Mr le Docteur S.Pretagut psychiatre du service d'Addictologie. (service du professeur Venisse) en collaboration avec M. J-L Mazouin, cadre de santé de cette unité et Mme E Tesson, infirmière diplômée du DU de tabacologie.

Mme E Tesson propose des consultations de tabacologie tous les vendredis matins autant aux personnels hospitaliers qu'aux patients. Lors de ces entretiens elle peut prescrire des traitements substitutifs et établir un dialogue pour la prise en charge des dépendances comportementales et psychiques.

Cette commission a eu comme mission de mettre en place une coordination des actions des soignants, afin d'avoir une démarche homogène pour les 568 lits concernés.

◆ Implication pharmaceutique.

Mme B.Maulaz pharmacien chef de service de l'hôpital Saint-Jacques, Mme S.Segaud préparatrice, et Mr Y.Le Flanchec préparateur référents respectivement de la rétrocession des substituts nicotiniques et de l'unité d'addictologie, ont participé à la mise en place de la dispensation des substituts nicotiniques en rétrocession aux agents demandeurs, à l'organisation d'une dotation de substituts dans toutes les unités de psychiatrie (voir annexe n°4), ainsi qu'aux réunions du Comité de réflexion organisé par le docteur Prétagut.

E. La composition du tabac

E.1 Introduction

La composition chimique du tabac est très complexe. Son analyse peut concerner la plante fraîche ou séchée, de même que le tabac de la cigarette et ses additifs. Cependant, si la chimie du tabac est examinée sous l'angle de la dépendance, c'est l'analyse de ce à quoi le fumeur est exposé qui importe et c'est donc à la chimie de la fumée de cigarette qu'il convient de s'intéresser.

La fumée de cigarette peut être définie comme un aérosol dynamique en mouvement, constitué d'une phase vapeur ou gazeuse et d'une phase particulaire. Il convient de noter que parmi les milliers de substances identifiées seules quelques dizaines sont présentes à des doses toxicologiquement ou pharmacologiquement actives et sont donc à prendre en considération dans le contexte de la dépendance³.

E.2 La phase particulaire

La phase particulaire est composée de 15 % d'eau, de 15 % d'hydrocarbures, de 3 % de phénols, de 9 % d'acides, de 3 % d'hydrocarbures azotés, de 6 % d'alcaloïdes, de 3 % de pigments, de 9 % d'humectants, et de goudrons³.

Parmi les hydrocarbures on trouve des aliphatiques insaturés (terpène, cyclotène...), des aromatiques polycycliques (naphtalène, hydrocarbures aromatiques polynucléaires, anthracènes, fluorènes, fluoranthrènes,...). On peut citer l'acide palmitique, l'acide oléique, l'acide linoléique, l'acide lactique parmi les acides présents dans la phase particulaire³.

Dans les composés organiques présents dans la phase particulaire, les hydrocarbures azotés sont particulièrement intéressants, en effet on y trouve les pyrazines telles que la nicotine, la nor nicotine, la cotinine, l'harmane, on y trouve aussi les nitrosamines (N-nitrosonor nicotine,...), les indols et les pyridines³.

Dans la phase particulaire on trouve aussi des métaux tels que le plomb, le mercure, le cadmium, le strontium³.

E.3 La phase gazeuse

La phase vapeur est composée de 62% d'azote, de 13% d'oxygène (la présence de ces deux composants résulte de la composition de l'air), de 14% de dioxyde de carbone, de 4% de monoxyde de carbone, et d'1% d'eau...³

Les autres composés inorganiques sont l'argon, l'ammoniac, les oxydes d'azote (NO, NOx), le sulfure d'hydrogène et le mercure.

Dans la phase vapeur on trouve aussi des composés organiques : des aliphatiques saturés (méthane, alcanes volatils...), des aliphatiques insaturés (alcènes volatils, isoprènes...), des aromatiques monocycliques (benzène, toluène, styrène...), des alcools (méthanol, alcools volatils...), des aldéhydes et des cétones (formaldéhydes, acétaldéhydes, acroléines, cétones volatils...), des acides (acide formique, acide acétique, acide propionique, formiate de méthyle, acides volatils...), du furanne, des amines aliphatiques (méthylamine, amines volatils...), des nitriles (acide cyanhydrique, acrylonitrile, nitriles volatils...), des nitrosamines, des pyrrols, de pyridines (pyridine, pidolines...), et des pyrazines volatiles³.

E.4 Les composés majeurs de la fumée de cigarette et leurs effets physiologiques

Seul un petit nombre de substances est présent en quantité suffisante dans la fumée du tabac ou de la cigarette pour pouvoir entraîner un effet physiologique appréciable.

Diverses substances entrant dans la composition de la fumée de cigarette sont susceptibles de participer aux effets du tabac sur l'organisme et certaines ont été incriminées dans la dépendance. Outre la nicotine, c'est le cas des alcaloïdes secondaires issus du métabolisme de la nicotine (comme la cotinine et la nor nicotine), de l'acétaldéhyde (principal métabolite de l'éthanol), des bêta-carbolines (harmane, norharmane) ou encore d'inhibiteurs des monoamine oxydases (IMAO)³.

- Les alcaloïdes nicotiniques :

Les alcaloïdes sont des molécules organiques d'origine végétale de caractère alcalin, renfermant au moins une molécule d'azote salifiable. Ils dérivent des acides aminés et ont généralement des propriétés pharmacologiques puissantes³.

◆ Nicotine :

C'est l'alcaloïde qui a été le plus étudié pour expliquer la dépendance tabagique. Nous reviendrons sur ses effets pharmacologiques ultérieurement.

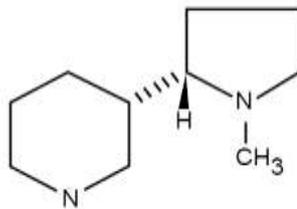


Figure 1 : schéma de la nicotine

◆ Cotinine :

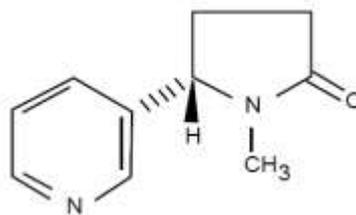


Figure 2 : schéma de la cotinine

Les principales propriétés pharmacologiques de la cotinine sur le système nerveux central sont : stimulant psychomoteur, antidépresseur, action stimulante sur la libération de dopamine et de noradrénaline, action au niveau des récepteurs sérotoninergiques centraux³.

On note aussi une action sur le système cardiovasculaire : action artériorelaxante, antagoniste des effets hypertensifs de la nicotine et de l'adrénaline de manière non compétitive, action bradychardisante observée chez l'animal mais non vérifiée chez l'homme, action stimulante sur la biosynthèse de prostacycline³.

Il provoque aussi des inhibitions des systèmes enzymatiques : inhibition de la 11- β -hydroxylase (biosynthèse du cortisol), inhibition de l'aromatase (biosynthèse des oestrogènes), inhibition de la biosynthèse de l'aldostérone³.

◆ Nornicotine :

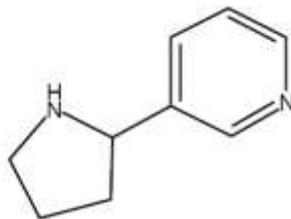


Figure 3 :schéma de la nornicotine

Dans certaines conditions, il a été montré que la nornicotine pouvait catalyser certaines réactions chimiques. Grâce à cette propriété la nornicotine provoque des modifications aberrantes (réaction de glycation) des protéines. De tels effets sont à même d'entraîner des maladies métaboliques. En effet, ces glycations anormales ont été associées au diabète, à l'athérosclérose, à la maladie d'Alzheimer et à certains cancers. La nornicotine demeure dans le sang plus longtemps que la nicotine, le fumeur subit donc une exposition significative.

La nornicotine présente des propriétés pharmacologiques analogues à celles de la nicotine mais d'intensité plus faible³.

◆ Principaux effets endocriniens des alcaloïdes nicotiques³

Au niveau de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, la nicotine augmente la sécrétion d'hormone antidiurétique (ADH) à partir de la post-hypophyse. Un même effet pharmacologique peut être observé avec l'acétylcholine ou la morphine.

En dehors de ses effets sur la diurèse, l'ADH exerce une coronaroc constriction et stimule la sécrétion de l'hormone corticotrope (ACTH) par effet *corticotropin releasing factor (CRF)-like*. C'est par ailleurs un agent facilitateur des fonctions mnésiques.

Le tabagisme a été souvent assimilé à une réaction de stress auto-entretenu. Pour mémoire, la réaction de stress peut se décomposer en cinq étapes : facteur initial, réponse hormonale, réponse nerveuse, sécrétion de cortisol (corticosurrénale), sécrétion d'adrénaline (médullosurrénale).

La cotinine est un inhibiteur de la 11- β -hydroxylase qui intervient dans l'étape finale de la biosynthèse du cortisol. En bloquant la biosynthèse du cortisol, on inhibe le rétrocontrôle opéré sur la libération de l'ACTH.

L'ACTH se forme à partir d'un précurseur appelé pro-opio-mélano-cortine (POMC) qui donne par clivage quatre fragments dont les deux plus importants sont l'ACTH et la bêta-lipotropine. La β -lipotropine conduit à la bêta- puis à l'alpha-endorphine et enfin l'enképhaline. La β -endorphine et la β -lipotropine dosées chez le fumeur, présentent des taux plus élevés que la normale. Le tabagisme pourrait donc être assimilé à une recherche d'endorphines.

Par conséquent, l'étude de l'axe hypothalamo-hypophysaire dans le cadre de la dépendance tabagique apparaît comme une voie de recherche incomplètement explorée et pour laquelle des travaux validés restent à entreprendre.

La biosynthèse des œstrogènes peut également être affectée par les alcaloïdes nicotiques. L'anabasine, la nicotine et la cotinine sont des inhibiteurs de l'aromatase qui transforme des précurseurs dérivés de l'androstane en oestrogènes.

Il a été montré que l'inhibition par les alcaloïdes nicotiques de la biosynthèse des oestrogènes dans sa phase terminale peut entraîner chez la femme une augmentation du taux endogène de précurseurs androgéniques (androstanedione, testostérone...) et , en plus du déficit en oestrogènes qui en découle, conduire à des effets de masculinisation (timbre de voix, masse grasseuse...)

- **L'acétaldéhyde, les bêta-carbolines et les IMAO**

L'acétaldéhyde est le principal métabolite de l'éthanol et sa présence à un niveau significatif dans la fumée de cigarette suggère un lien entre tabagisme et alcoolisme. Dans le cas de l'alcoolisme, la présence de bêta-carbolines dans le plasma et les plaquettes sanguines, a souvent été mise en évidence. Ces bêta-carbolines sont des alcaloïdes tricycliques résultant d'une réaction sur les indol-éthylamines. Le produit de la réaction de l'acétaldéhyde sur la tryptamine ou le tryptophane s'appelle l'harmane. Dans le cas du formaldéhyde, l'homologue correspondant s'appelle le norharmane³.

L'harmane et le norharmane ont été mis en évidence dans la fumée de cigarette, avec une teneur de l'ordre de 10 à 20 µg par cigarette, ce qui est cohérent avec la composition chimique du tabac et de sa fumée. En effet, le tabac contient des protéines riches en tryptophane et sa combustion entraîne la formation d'aldéhydes en quantité relativement importante. Les quantités observées dans la phase particulaire sont cependant extrêmement faibles et se forment essentiellement par pyrolyse durant la combustion de la cigarette. Toutefois divers travaux ont mis en évidence la présence de bêta-carbolines à des concentrations plus élevées dans le plasma des fumeurs. Ceci s'expliquerait par la synthèse in vivo de bêta-carbolines à partir de l'acétaldéhyde ou du formaldéhyde de la fumée de cigarette³.

Les carbolines présentent un intérêt certain dans l'étude de l'accoutumance à la cigarette³.

Concernant leurs propriétés pharmacologiques, les bêta-carbolines sont des antagonistes des récepteurs adrénergiques alpha-2, agonistes inverses du récepteur GABA-A, ce qui leur confère des propriétés mnésiantes, anxiogènes, convulsivantes à forte dose, voire hallucinogènes. Ce sont de faibles inhibiteurs de la cholinestérase et des monoamine oxydases (MAO). Cet effet IMAO est surtout observé sur la MAO-A. Enfin, l'harmane est plus actif que le norharmane en tant qu'IMAO.

Du fait du grand nombre de substances présentes dans la feuille de tabac et la fumée de cigarette, il est raisonnable de penser que d'autres substances IMAO peuvent être mises en évidence. Les propriétés IMAO de la fumée de cigarette pourraient contribuer à expliquer l'attirance de certains fumeurs en particulier ceux présentant des antécédents de dépression³.

E.5 Relation entre la composition de la fumée de tabac et les troubles associés au tabagisme

Troubles	Agents incriminés	Potentialisateurs ou agents associés
Dépendance tabagique	Majeur : nicotine Mineurs : alcaloïdes mineurs des <i>Nicotiana sp.</i> , agents d'aromatisation	acétaldéhydes
Maladies cardiovasculaires	Majeurs : monoxyde de carbone, oxydes d'azote, acide cyanhydrique, goudron Mineurs : Cd, Zn, CO,	Nicotine, agents alkylants
Maladies broncho-obstructives chroniques	HCN, aldéhydes volatils, NO, NOx, CO, goudron	
Cancers du poumon et du larynx	Majeurs : hydrocarbures polynucléaires aromatiques, nitrosamines Mineurs : formaldéhyde, acétaldéhyde, butadiène, phosphore, chrome, cadmium, nickel	Agents alkylants, promoteurs de tumeurs, alimentation
Cancers de la cavité orale	Majeurs : nitrosamines Mineur : hydrocarbures polynucléaires aromatiques	<i>Herpes simplex</i> , alcool, alimentation
Cancers de l'œsophage	N'-nitroso-nornicotine	Alcool, alimentation
Cancers urinaires et de la vessie	Acroléine, amines aromatiques	
Cancer du pancréas	Nitrosamines	Alimentation

Figure 4: tableau des relations composant-trouble induit par le tabac

F. Les mécanismes de dépendance

F.1 Quelques définitions

Les circuits cérébraux sont des circuits électriques câblés, supports de l'information.

Les neurones sont composés d'un corps cellulaire, de dendrites et d'un axone.

L'influx nerveux se traduit par la succession de potentiels d'actions.

La synapse est le point de contact entre deux neurones, c'est le siège d'une transmission chimique qui fait suite à une variation de polarisation.

Les neuromédiateurs sont libérés dans la fente synaptique, leur effet peut être excitateur ou inhibiteur d'un système donné.

Les récepteurs reconnaissent le neuromédiateur et déclenchent une chaîne de réactions.

F.2 Les principaux neurotransmetteurs

Les principaux neurotransmetteurs sont l'acétylcholine, la noradrénaline, la sérotonine, la dopamine, les enképhalines, les endorphines, le GABA, le glutamate... Parmi ces neurotransmetteurs la dopamine est le neurotransmetteur le plus impliqué dans le système de récompense.

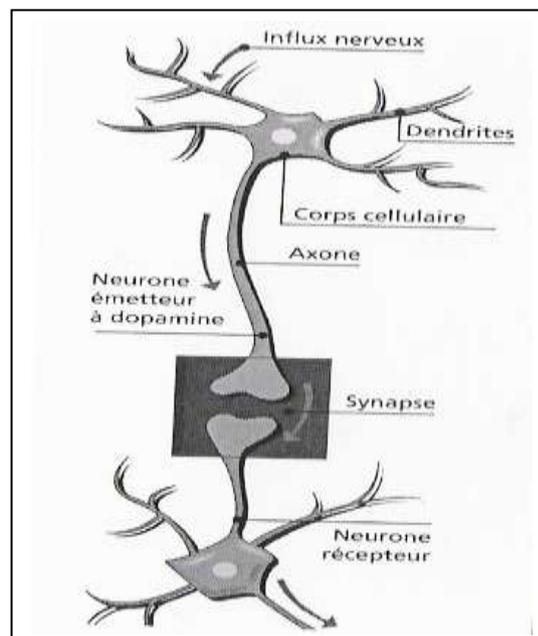


Figure 5: schéma d'un neurone

F.3 Les structures et leur fonctionnement physiologique:

Le système limbique ou cerveau des émotions, est le lieu où nos réactions cérébrales les plus primaires naissent, ainsi que la plupart des désirs et besoins vitaux, comme se nourrir, réagir à l'agression et se reproduire.

De ce fait, il existe dans le cerveau des circuits dont le rôle est de récompenser ces fonctions vitales par une sensation agréable ou de plaisir ; ce système est composé entre autre, de l'hypothalamus, de l'hippocampe, et de l'amygdale.

Le système hédonique ou système de récompense fait également partie du système limbique, il comprend l'aire tegmentale ventrale qui contient des neurones dopaminergiques et le noyau accumbens où ils se projettent.

Le rôle du système de récompense est de participer à la satisfaction de vivre.

Les fluctuations de l'activité des neurones dopaminergiques durent 1 à 2 secondes. Les satisfactions naturelles sont assujetties à cette cinétique et ne la modifient pas.

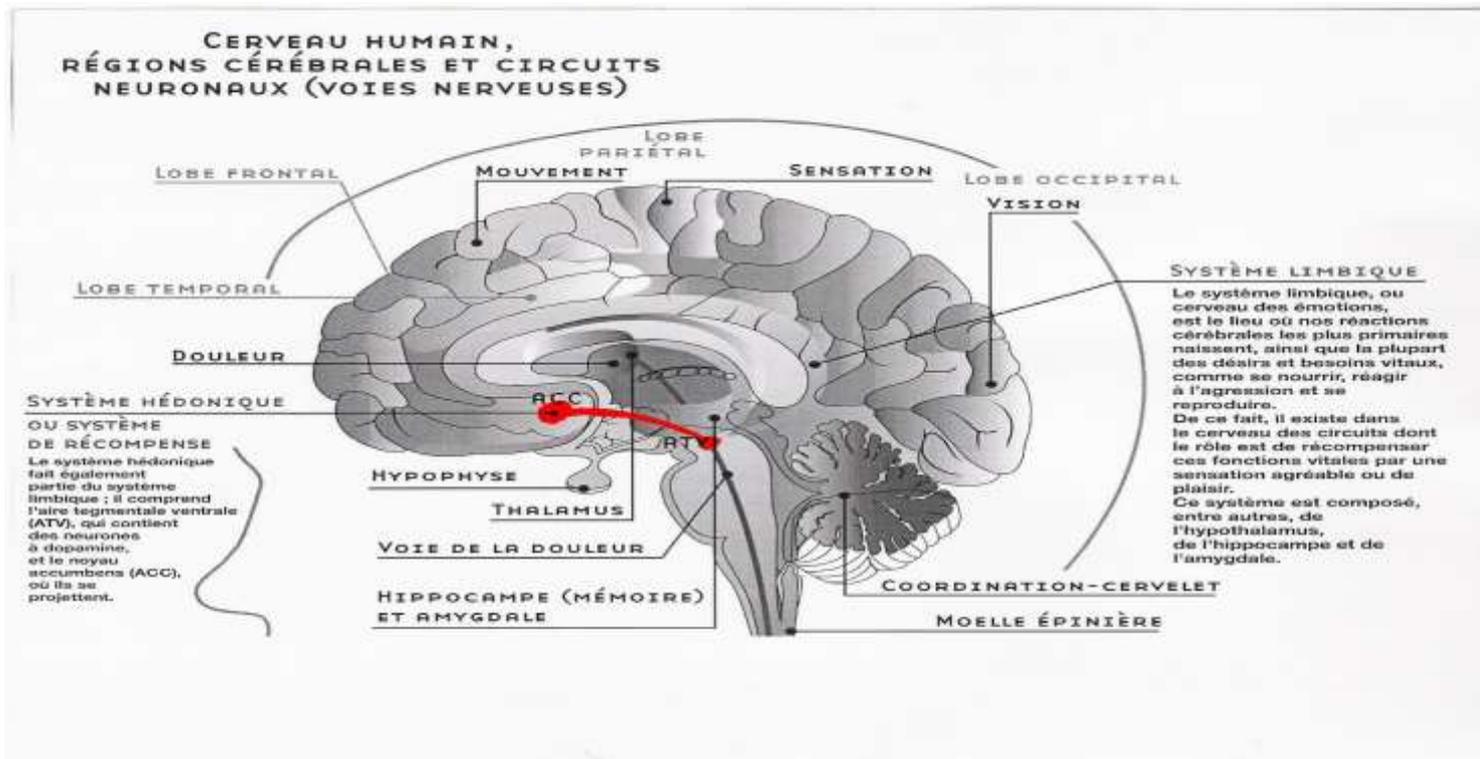


Figure 6: structure cérébrale impliquée dans le système de récompense

F.4 L'action des substances psychoactives :

L'administration de substances psychoactives entraîne une augmentation de la libération de dopamine dans le noyau accumbens : c'est un « raccourci vers le plaisir ».

On peut définir un seuil de base propre à chaque individu. Si le taux de dopamine dépasse le seuil de base l'individu ressent du plaisir, mais il existe une augmentation ultérieure du seuil de base. Si le taux de dopamine est en dessous du seuil de base l'individu ressent une sensation de manque, de mal-être, et met en place toutes les activités visant à ramener le taux à un niveau acceptable.

Les substances psychoactives dont la nicotine ont une action d'une dizaine de minutes sur les neurones dopaminergiques, ce qui entraîne une perturbation de la cinétique.

Pendant la large fenêtre de temps durant laquelle les taux de dopamine sont artificiellement augmentés, tous les éléments de l'environnement, ainsi que les sensations psychiques, sans discrimination, peuvent être associées à la récompense.

Le cerveau va mémoriser très fortement toutes les circonstances associées à la libération de dopamine, circonstances qui sont perçues comme annonciatrices d'une récompense.

Expérience de Di Chiara ⁴:

Un rat qui a reçu une drogue « renforçante » dans un environnement donné (cage décorée) va associer dans sa mémoire les deux composantes et aura tendance à revenir dans cette cage dans l'espoir de recevoir à nouveau le produit. Si le rat est replacé dans l'environnement dans lequel le produit lui a été donné, la sensation de manque peut être déclenchée, même après une longue abstinence. Un rat qui a été habitué à une certaine dose de drogue « renforçante » supporte mieux une surdose donnée dans le lieu habituel, plutôt que dans un lieu nouveau.

Avec la répétition des prises dans un environnement identiques, la libération de dopamine augmente, et le lien qui soude la satisfaction ressentie aux conditions d'obtention du produit se consolide.

La substance et les conditions de sa prise deviennent alors la seule solution à toute baisse du niveau thymique au-dessous d'un certain seuil, qui lui-même dépend de l'histoire de l'individu. En effet la sensibilité des neurones dopaminergiques aux substances psychoactives diffèrent d'un individu à l'autre, mais la susceptibilité dépend aussi de l'histoire de l'individu.

Piazza et Simon ont montré que le stress chronique (via la sécrétion de corticoïdes) augmente la réactivité des neurones dopaminergiques aux produits psychoactifs.

C'est le caractère exclusif du recours à la substance qui peut expliquer la dépendance. Le sujet « addicté » a progressivement éliminé toutes les autres solutions.

F.5 Action de la nicotine sur la transmission dopaminergique

La nicotine mime l'action d'un neuromédiateur naturel : l'acétylcholine. L'acétylcholine est un neurotransmetteur important synthétisé dans les neurones cholinergiques à partir de deux précurseurs : la choline et l'acétylcoenzyme a⁴.

Il existe deux types de récepteurs cholinergiques : les récepteurs muscariniques et les récepteurs nicotiques⁴.

La nicotine se fixe sur les récepteurs cholinergiques nicotiques. Ces récepteurs sont des canaux calciques dont l'ouverture dépend de la fixation du ligand et dont l'action est rapide⁴.

Les effets de renforcement dus à la nicotine sont proches de ceux induits par la cocaïne ou les amphétamines car les neurones dopaminergiques de la voie mésolimbique reçoivent les afférences cholinergiques nicotiques directes. Cependant alors que la cocaïne et les amphétamines bloquent le transporteur de la dopamine provoquant un flux de dopamine au niveau de la synapse, la nicotine ferme le récepteur nicotique juste après s'être lié à lui. Ainsi, pendant un temps, ni la nicotine, ni l'acétylcholine ne peuvent à nouveau stimuler le récepteur. La stimulation dopaminergique des récepteurs de la voie mésolimbique se trouve donc interrompue après une courte période par une faible quantité de nicotine⁴.

Le plaisir induit par la nicotine est une attrayante mais faible augmentation de la sensation de plaisir (« mini-flash »), suivie d'un déclin jusqu'à ce que les récepteurs nicotiniques reviennent à leur état antérieur et que le fumeur inhale la bouffée suivante ou fume une nouvelle cigarette⁴.

Les effets psychopharmacologiques de la nicotine sont par conséquent quelque peu auto-régulés, ce qui peut expliquer pourquoi ses effets comportementaux sont beaucoup plus limités que ceux de la cocaïne ou de l'amphétamine⁴.

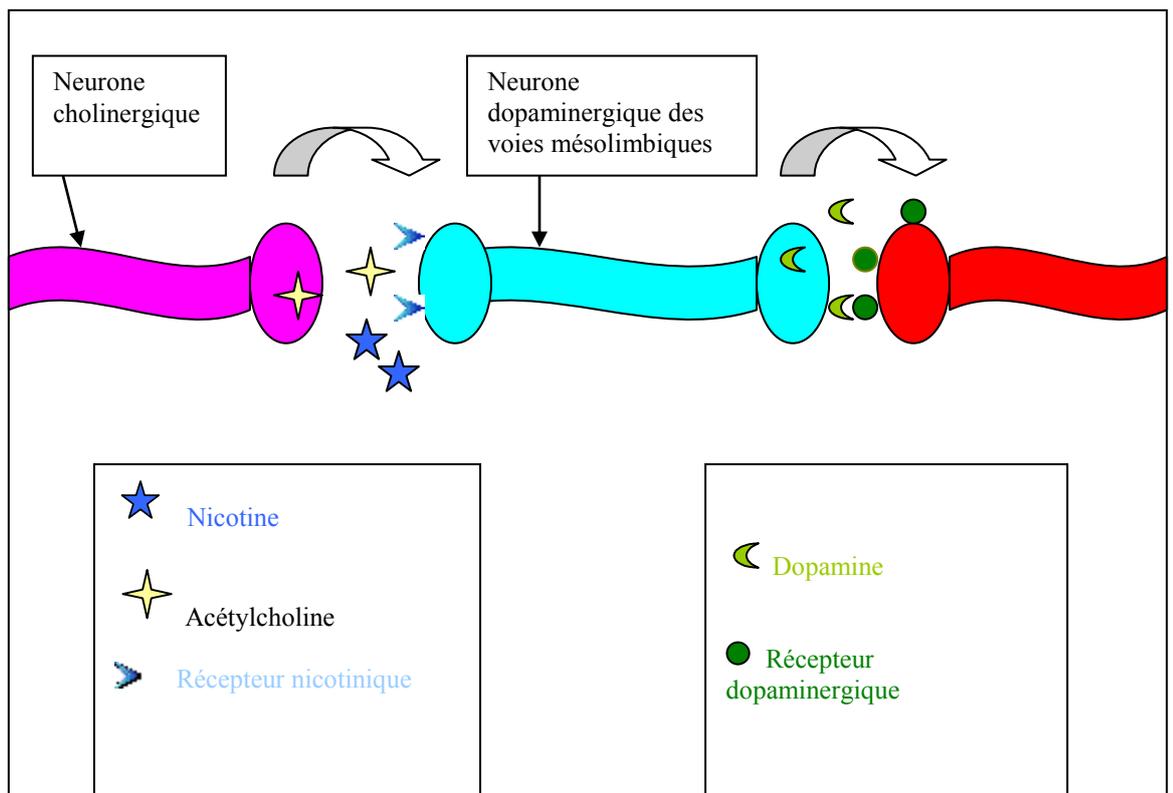


Figure 7: pharmacologie de la nicotine.

La nicotine agit directement sur les récepteurs cholinergiques nicotiniques, qui sont eux-même localisés en partie sur les neurones dopaminergiques mésolimbiques. Lorsque la nicotine stimule ces récepteurs, elle provoque la libération de dopamine transmettant récompense et plaisir⁴.

F.6 Critères de dépendance

- Définition

C'est l'ensemble des symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques, indiquant que le sujet continue à utiliser la substance malgré les problèmes significatifs liés à la substance. Il existe un mode d'utilisation répété qui conduit, en général, à la tolérance, au sevrage et à un comportement de prise compulsive. En pratique la dépendance est définie comme l'apparition d'au moins trois des symptômes mentionnés ci dessous à un moment quelconque au cours d'une période continue de douze mois⁵.

- 1) La tolérance : nécessité d'augmenter les quantités de substances pour produire l'effet désiré ou diminution nette de l'effet en cas d'utilisation continue d'une même quantité de substance. De nombreux fumeurs consomment plus de vingt cigarettes par jour, quantité qui aurait produit des signes de toxicité quand ils ont commencé à fumer.
- 2) Le sevrage : modification comportementale inadaptée avec des concomitants physiologiques et cognitifs se produisant quand diminuent les concentrations sanguines ou tissulaires d'une substance à la suite d'une utilisation prolongée. Après avoir développé des symptômes de sevrage la personne peut prendre la substance pour soulager ou éviter ces symptômes, utilisant, dans les cas typiques, la substance tout au cours de la journée en commençant peu après le réveil.



critères de dépendance physique

- 3) Le sujet peut prendre la substance en quantité plus importante ou sur une durée plus longue que celle qui était prévue au départ.
- 4) Le sujet peut exprimer le désir persistant d'arrêter ou de contrôler l'utilisation d'une substance. Souvent, il y a eu de nombreuses tentatives infructueuses pour en diminuer ou en arrêter l'utilisation.
- 5) Le sujet passe un temps substantiel pour se procurer, utiliser, ou récupérer des effets d'une substance.
- 6) Des activités importantes (sociales, professionnelles, loisirs) peuvent être abandonnées ou diminuées du fait de l'utilisation de la substance.
- 7) Bien qu'elle reconnaisse la contribution de la substance à ses difficultés psychologiques ou physiologiques la personne continue à l'utiliser.



critères décrivant le mode d'utilisation compulsive d'une substance

La dépendance est un état physiologique de neuro-adaptation produit par l'administration répétée d'une substance⁵.

- Neuro-adaptation

Problème du vivant : la survie d'un organisme dépend de sa capacité à préserver un équilibre compatible avec sa survie, en dépit des agressions qu'il subit du fait des changements permanents du milieu intérieur et de l'environnement.

Si cette adaptation conduit au maintien d'un équilibre préexistant, on parle d'homéostasie, par contre si elle conduit à l'élaboration d'un nouvel équilibre on parle d'allostasie. Tous les mécanismes de neuro-adaptation suivent les lois de l'allostasie.

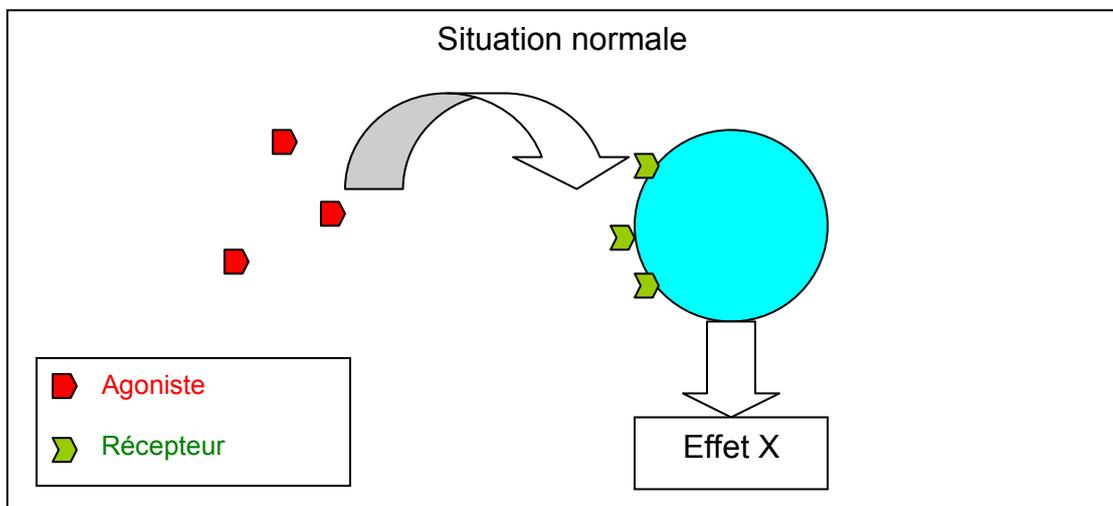


Figure 8: schéma représentant l'action d'un agoniste sur ses récepteurs dans une situation normale

- La tolérance

C'est la perte de sensibilité à la drogue. Cela se traduit par deux phénomènes : l'effet de la même dose de drogue est moindre, il faut augmenter la dose pour obtenir le même effet.

On appelle aussi ce phénomène la down-regulation : suite à l'exposition prolongée à un agoniste, l'organisme est capable de diminuer le nombre de récepteurs à cet agoniste.

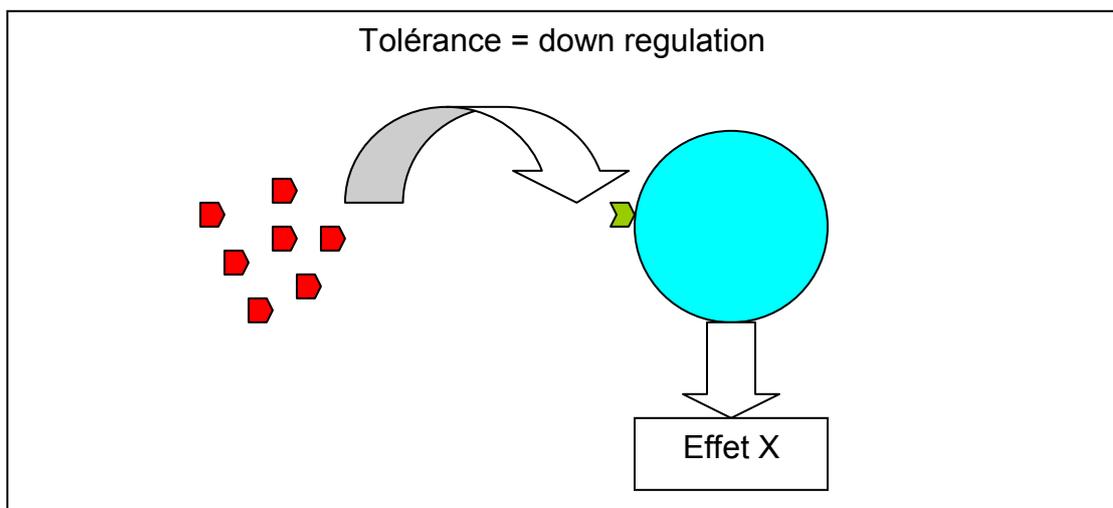


Figure 9: schéma représentant l'action d'un agoniste sur ses récepteurs quand apparaît le phénomène de tolérance

• Le sevrage

Il apparaît en cas d'arrêt brutal de la consommation chez un sujet devenu dépendant. Le sujet éprouve des sensations inverses au plaisir éprouvé lors de la prise de la substance.

Le syndrome de sevrage à la nicotine inclut au moins quatre des signes suivants :

- humeur dysphorique ou dépressive ;
- insomnie ;
- irritabilité ;
- frustration ou colère ;
- anxiété ;
- difficulté de concentration ;
- fébrilité ou impatiences ;
- diminution du rythme cardiaque ;
- et augmentation de l'appétit ou prise de poids.

Le syndrome de sevrage cause une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel. Ces symptômes sont dus, pour une large part, à la privation de nicotine. Chez les sujets qui fument des cigarettes, le rythme cardiaque diminue de 5 à 12 battements par minute dans les premiers jours qui suivent l'arrêt de la cigarette, et le poids augmente en moyenne de 2 à 3 kilos au cours de la première année après cet arrêt.

- L'hypersensibilisation

C'est l'augmentation de sensibilité à une drogue. Si l'agoniste est présent en plus faible quantité que la normale, l'organisme est capable d'augmenter le nombre de récepteurs à cet agoniste.

On parle aussi de phénomène de Up regulation, cad que le nombre de récepteurs augmente pour accentuer la réponse.

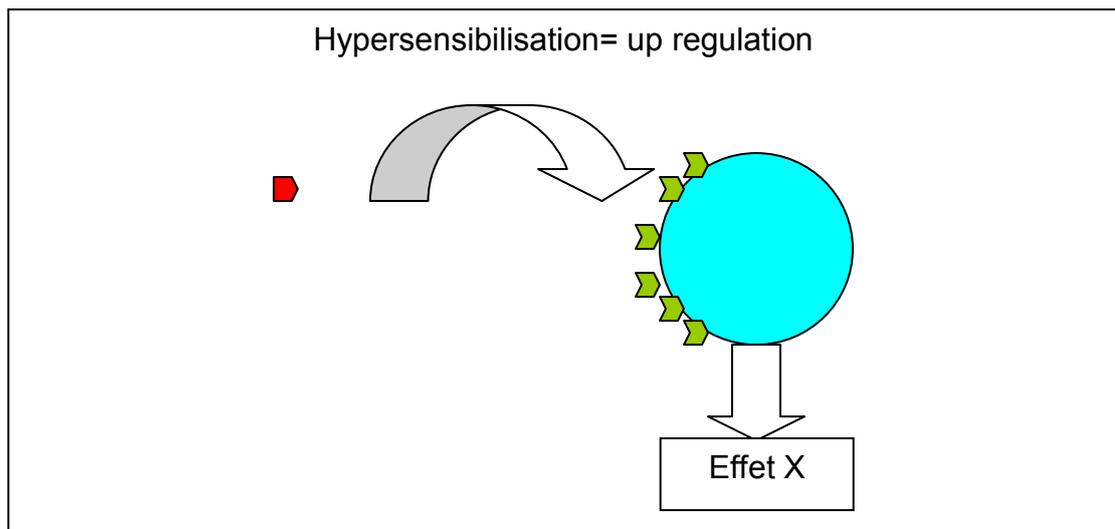


Figure 10: schéma représentant l'action d'un agoniste sur ses récepteurs quand apparaît le phénomène d'hypersensibilisation.

G. Exploration du tabagisme

G.1 Quelques définitions

Autotritation⁶ : maintien sur la journée d'une concentration basale plasmatique et tissulaire en nicotine de façon à éviter les effets désagréables du sevrage. On parle de fumeurs mainteneurs d'état basal.

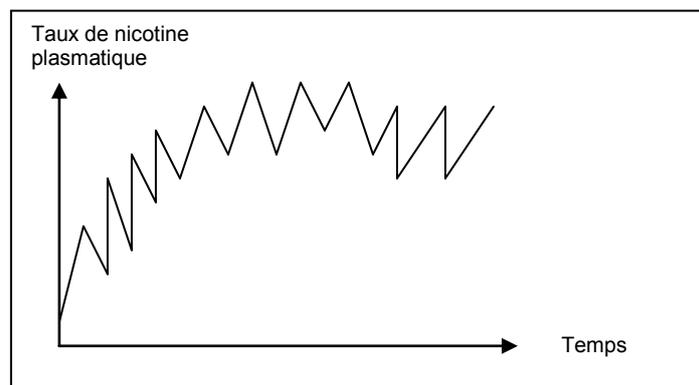


Figure 11: évolution du taux de nicotine plasmatique au cours de la journée chez un fumeur mainteneur d'état basal.

Effet bolus⁶: recherche des stimuli que produisent les pics de nicotine.

On parle de fumeurs chercheurs de pics.

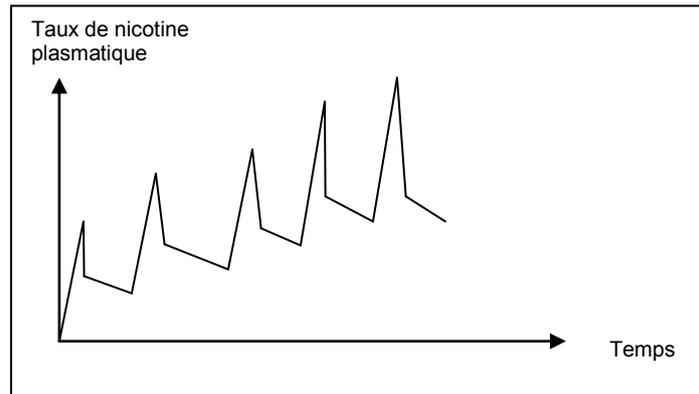


Figure 12: évolution du taux de nicotine plasmatique au cours de la journée chez un fumeur chercheur de pics.

On peut évaluer le tabagisme global d'un patient en utilisant l'unité paquet-année.

$$\begin{aligned} & \text{Nombre de paquets année} \\ & = \\ & \text{nombre de paquets par jour} \times \text{nombre d'années de tabagisme} \end{aligned}$$

Exemple : un fumeur qui fume un demi-paquet par jour pendant 40 ans

$0.5 \times 40 = 20$ donc ce fumeur est à vingt paquets année.

G.2 Evaluation de la dépendance pharmacologique

L'évaluation de la dépendance à la nicotine est un élément essentiel du diagnostic. Le questionnaire le plus connu et le plus utilisé est le questionnaire de dépendance de Fagerström.

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

Figure 13: test de Fagerström

Interprétation du score : 0-2 : pas de dépendance ; 3-4 : dépendance faible ; 5-6 : dépendance moyenne , 7-8 : dépendance forte ; 9-10 : dépendance très forte⁶.

G.3 Evaluation de la dépendance comportementale

Cette dépendance est souvent sous-estimée. Pourtant beaucoup d'échecs du traitement sont dus à la non-prise en compte de cette dépendance pour laquelle il faut aider le patient à mettre en place des réponses et des comportements alternatifs. La difficulté réside dans l'association de comportements à la cigarette : café-cigarette, apéritif-cigarette, levé-cigarette...⁶

De plus la cigarette peut être utilisée dans des circonstances précises comme de bons moments (fête, bonne nouvelle...), de mauvais moments (pas le moral, stress, mauvaise nouvelle...), fatigue, besoin de concentration...⁶

Dans une journée toutes les cigarettes ne vont pas avoir la même fonction : recherche d'éveil, détente, repas, manque....

Il est donc essentiel de rechercher et d'analyser avec le patient les situations qui sont associées à la prise de tabac.

En cas de difficultés, l'utilisation d'un carnet de recueil peut être utile⁶.

Ci te	Heure	Importance : grande, moyenne, faible	Lieu/activité	Situations déclenchante	Motif de consommation	Emotions Ressenties : + ou -	Pensées associées

Figure 14: exemple de carnet de recueil

La dépendance comportementale peut être évaluée grâce au test de Horn⁶

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

Figure 15: test de Horn

Interprétation des scores :

- *Stimulation* : (A) + (G) + (M) =
- *Plaisir du geste* (B) + (H) + (N) =
- *Relaxation* (C) + (I) + (O) =
- *Anxiété-soutien* (D) + (J) + (P) =
- *Besoin absolu* (E) + (K) + (Q) =
- *Habitude acquise* (F) + (L) + (R) =

G.4 Evaluation de la motivation

La motivation du fumeur à l'arrêt tabagique peut être représentée par le schéma de Prochaska et de Di Clemente en six étapes⁷ :

- La préintention : le fumeur n'a pas conscience de ses problèmes et n'a pas envie de changer de comportement.
- L'intention : le sujet commence à s'interroger sur son comportement et envisage de changer.
- La préparation : le sujet souhaite changer et commence à s'y préparer.
- L'action : c'est une phase de changement du comportement.
- Le maintien : c'est une phase délicate pendant laquelle le sujet s'installe dans l'abstinence tabagique, s'efforce d'éviter la rechute et est à la recherche d'un autre équilibre sans tabac.
- La résolution : c'est une phase où le tabac n'est plus un problème. Le risque de rechute est sinon nul, du moins très faible.

a. Aimeriez-vous arrêter de fumer si vous pouviez le faire actuellement ?

NON 0
OUI 1

b. Avez –vous réellement envie de cesser de fumer ?

PAS DU TOUT 0
UN PEU 1
MOYEN 2
BEAUCOUP 3

c. Pouvez-vous réussir à cesser de fumer dans les deux semaines à venir ?

NON 0
PEUT-ETRE 1
VRAISEMBLABLEMENT 2
CERTAINEMENT 3

d. Pensez-vous être un ex-fumeur dans six mois ?

NON 0
PEUT-ETRE 1
VRAISEMBLABLEMENT 2
CERTAINEMENT 3

Figure 16: test d'évaluation de la motivation.

Interprétation du score⁷ :
Score > 8 : bonne motivation
Score 6-8 : motivation moyenne
Score < 5 : motivation faible

G.5 Evaluation psychologique

Le patient doit subir une analyse de la personnalité, en effet le patient doit accepter l'idée d'une perte d'objet et faire le deuil de la cigarette. Supprimer cette dépendance peut perturber l'équilibre qui s'est installé depuis plusieurs années⁶.

Pour éviter tous les risques liés à ce sevrage il est donc impératif d'évaluer le terrain anxieux ainsi que le terrain dépressif du fumeur avant la mise en place du sevrage⁶.

1-je me sens tendu ou énervé :	
-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

7- 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
8-j'ai l'impression de fonctionner au ralenti :	
-presque toujours	3
-très souvent	2
-parfois	1
-jamais	0
9-j'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :	
-jamais	0
-parfois	1
-assez souvent	2
-très souvent	3
10-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 dans le passé	0
11-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
12-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
13-j'éprouve des sensations soudaines de panique :	
-vraiment très souvent	3
-assez souvent	2
-pas très souvent	1
-jamais	0
14-je peux prendre plaisir à lire un bon livre ou regarder/écouter une bonne émission de télévision/de radio :	
-souvent	0
-parfois	1
-rarement	2
-très rarement	3

Figure 17: évaluation du terrain anxio-dépressif

on additionne les points des réponses 1,3,5,7,9,11,13, ce total reflète le terrain d'anxiété du patient

on additionne les points des réponses 2,4,6,8,10,12,14, ce total reflète le terrain dépressif du patient

on considère que la note de 8 constitue un seuil optimal pour l'anxiété et la dépression ; on peut également retenir le score global, le seuil est alors de 19 pour les états dépressifs majeurs et de 13 pour les états dépressifs mineurs⁶.

La complexité du sevrage tabagique se révèle donc à travers une triple dépendance : pharmacologique, comportementale et environnementale.

La dépendance pharmacologique au tabac est souvent appelée dépendance physique, tandis que les dépendances comportementales et environnementales sont appelées dépendances psychiques.

Pour optimiser les chances de réussite du sevrage tabagique, il est donc nécessaire d'étudier les comorbidités psychiatriques qui peuvent être liées au tabagisme.

H. Le tabagisme et les comorbidités psychiatriques

Il existe deux à trois fois plus de risque d'être dépendant chez les patients présentant des troubles mentaux.

H.1 La dépression

Il existe une relation de comorbidité entre la dépendance tabagique et l'existence d'un antécédent dépressif chez les adultes.

L'humeur dépressive est l'un des symptômes de sevrage tabagique.

La relation de comorbidité entre dépression et dépendance tabagique ne semble pas causale mais plutôt liée à un partage de facteurs communs, essentiellement génétiques⁸.

H.2 Le trouble anxieux

Il semble établi que les fumeurs ont un risque accru de développer une agoraphobie, un trouble anxieux généralisé, un trouble panique et une anxiété sociale.

Inversement, l'anxiété sociale semble être un facteur de risque de développement de la dépendance tabagique.

Elle est présente dans les jours ou les semaines qui suivent l'arrêt du tabac, cependant la dimension anxieuse semble être réduite dans les quatre semaines après le sevrage par rapport au niveau d'anxiété préexistant à l'arrêt du tabac⁸.

H.3 La schizophrénie

La prévalence du tabagisme, évaluée dans les services de soins, est particulièrement élevée chez les schizophrènes : 72 à 93 %, soit deux à trois fois supérieure à la population générale⁸.

Le tabagisme semble avoir un effet protecteur sur le risque d'apparition d'une schizophrénie⁸.

Le tabagisme augmente le métabolisme de certains neuroleptiques par exemple, le métabolisme de l'halopéridol est multiplié par deux à sept chez les patients tabagiques⁸.

Cette augmentation du métabolisme a deux conséquences majeures :

- Les schizophrènes fumeurs sont donc traités par des doses plus importantes de neuroleptiques que les non-fumeurs.
- Il faut diminuer les dosages de neuroleptiques chez les patients qui entament un sevrage tabagique⁸.

H.4 Le suicide

Le risque suicidaire est augmenté chez les fumeurs. Cette relation entre tabagisme et risque suicidaire semble plus forte chez les femmes que chez les hommes et persiste après contrôle de la comorbidité psychiatrique⁸.

H.5 L'alcoolisme

Il existe une corrélation positive entre la consommation d'alcool et de tabac dans la population générale.

Cette association est dose dépendante :

- les gros fumeurs boivent plus que les petits fumeurs
- les gros buveurs fument plus que les petits buveurs.

Enfin, les anciens fumeurs ont une consommation alcoolique intermédiaire entre les fumeurs et les non-fumeurs.

La prévalence du tabagisme est particulièrement importante chez les alcooliques en traitement, on retrouve alors 80 % de fumeurs⁸.

Non seulement la prévalence du tabagisme est plus élevée chez les alcooliques, mais leur consommation et leur dépendance tabagiques sont plus importantes. De la même manière, les alcooliques fumeurs ont une dépendance à l'alcool plus marquée que les non-fumeurs⁸.

I. Les complications somatiques du tabagisme

I.1 les cancers

• Le cancer du poumon

A l'heure actuelle, les traitements mis en œuvre pour soigner le cancer du poumon permettent de guérir un malade sur dix, alors que la suppression de l'exposition à la fumée du tabac permet d'éviter neuf cancers sur dix⁹.

Le risque de cancer du poumon augmente avec l'intensité du tabagisme.

Le risque de cancer du poumon est par exemple trente fois supérieur pour un sujet qui a fumé soixante paquet-année par rapport à un non fumeur⁹.

• Les autres cancers

Outre le risque de cancer du poumon, le tabagisme favorise aussi l'apparition des cancers des voies aériennes supérieures, de la langue, du pharynx, du larynx et de l'œsophage⁹.

I.2 les maladies cardiovasculaires

La fumée de tabac entraîne une augmentation du rythme cardiaque ainsi qu'une instabilité de la pression artérielle.

Il existe deux modes d'action de la fumée de cigarette :

- elle altère les parois du système vasculaire de façon chronique
- elle favorise la thrombose et les spasmes provoquant des accidents aigus⁹.

Au niveau de la paroi des artères, la fumée de cigarette active les facteurs de l'inflammation ce qui favorise la formation de plaques d'athérome. Les plaques d'athérome sont un des facteurs de risque important des maladies cardiovasculaires. En effet, la présence de plaques d'athérome diminue l'élasticité des artères et réduit leurs diamètres⁹.

Au niveau de la composition sanguine, le taux de monoxyde de carbone est très important chez les fumeurs. Le monoxyde de carbone se fixe sur l'hémoglobine formant ainsi la carboxyhémoglobine⁹.

La carboxyhémoglobine perd sa fonction de transporteur d'oxygène, ainsi le fumeur se retrouve en situation d'hypoxie.

Le mécanisme compensatoire de l'hypoxie est l'augmentation du nombre de globules rouges ou polyglobulie. La polyglobulie a pour conséquence d'augmenter la viscosité sanguine⁹.

I.3 Les bronchopneumopathies chroniques obstructives

Les bronchopneumopathies chroniques obstructives se définissent comme l'ensemble des maladies atteignant les bronches (et éventuellement les poumons), à l'origine d'une diminution du calibre de la lumière bronchique irréversible ou que très partiellement réversible, se traduisant à la spirométrie, par un syndrome obstructif⁹.

Ces maladies sont :

- la bronchite chronique, qui est la plus fréquente ;
- l'emphysème ;

● La bronchite chronique

C'est une affection caractérisée par une toux permanente ou intermittente, liée à une augmentation chronique de la sécrétion bronchique et existant depuis plus de deux ans et pendant au moins trois mois par an⁹.

L'inhalation de produits irritants contenus dans la cigarette va augmenter les cellules à mucus et les cellules caliciformes et diminuer les cellules ciliées. Ce dérèglement de la constitution cellulaire bronchique va avoir pour conséquence un épaissement du mucus bronchique et une diminution des cils. Le mécanisme de défense naturel de l'organisme contre les toxiques : « tapis roulant ciliaire » est donc inactivé par la cigarette. L'accumulation du mucus au niveau bronchique va donc être éliminée par le phénomène de toux⁹.

Il existe deux formes d'évolution de la bronchite chronique :

- La bronchite chronique simple : c'est la forme la plus fréquente, sans essoufflement. Le syndrome obstructif est minime ou nul. Elle survient 5 à 10 ans après le début du tabagisme. Elle reste longtemps négligée par le malade car elle ne le gêne pas dans sa vie courante. A l'occasion d'infection bronchique va se manifester le syndrome obstructif. Cette forme peut évoluer vers la forme obstructive⁹.

- La bronchite chronique obstructive : elle débute généralement vers 50 à 70 ans. Elle s'accompagne d'une dyspnée d'effort. Il s'y associe souvent une diminution, au début modérée, du taux d'oxygène sanguin. Cette forme est grave, du fait des ses complications : emphysème, insuffisance respiratoire, cœur pulmonaire chronique⁹.

- L'emphysème

Il s'agit de la distension diffuse des espaces aériens pulmonaires situés au-delà des bronchioles, associée à une obstruction des parois alvéolaires⁹.

On distingue deux grands types d'emphysème pulmonaire :

- ◆ l'emphysème centrolobulaire :

Dans l'emphysème centrolobulaire les lésions se développent autour des petites bronchioles, épargnant la périphérie des acini. Un acinus est l'ensemble de nombreuses alvéoles ventilées par une bronchiole. Cet emphysème est la conséquence de la bronchite chronique obstructive et donc du tabagisme. Il s'accompagne d'une insuffisance respiratoire qui se traduit par un essoufflement. Le malade est cyanosé⁹.

- ◆ L'emphysème panlobulaire :

Dans l'emphysème panlobulaire c'est la totalité de l'acinus qui est touchée. Cet emphysème ne complique pas la bronchite chronique. Il est primitif mais la destruction pulmonaire qu'il entraîne est accélérée par le tabac. Il entraîne lui aussi une insuffisance respiratoire⁹.

J. La prise en charge du tabagisme

J.1 Les traitements médicamenteux

● Le traitement nicotinique de substitution

C'est le traitement pharmacologique le mieux évalué de la dépendance tabagique. Son action se situe uniquement pendant la période de sevrage. Dans la plupart des études, les substituts nicotiques permettent de doubler le taux d'abstinence tabagique à 6 mois par rapport au placebo¹⁰.

◆ Les différentes formes galéniques¹⁰:

- Les gommes à mâcher sont disponibles en France à deux dosages : 2 mg et 4 mg. La nicotine est absorbée par la muqueuse buccale, c'est pourquoi la gomme doit être mâchée très lentement et la salive ne doit pas être déglutie, dans le cas inverse, le patient risque avoir des effets indésirables buccaux et gastriques. Au CHU de Nantes seules, les gommes à 2 mg sont disponibles.

- Les systèmes transdermiques ou patchs. Leurs dosages sont exprimés soit sur 24 heures, soit sur 16 heures. Ainsi on peut trouver des patchs de 21 mg/24h ou 15 mg/16h, de 14 mg/24h ou 10 mg/16h, et de 7 mg/24h ou 5mg/16h. On peut aussi exprimer le dosage des patchs en surface (10 cm², 20 cm² et 30 cm²). Le timbre permet une meilleure observance, en rapport avec une plus grande facilité d'utilisation. Pour diminuer le risque de réaction cutanée locale, il faut changer le site d'application du timbre quotidiennement. Au CHU de Nantes les dosages de patchs disponibles sont 21mg/24h, 14mg/24h, et 7mg/24h.

◆ Les modalités du traitement de substitution nicotinique¹⁰:

- Il est conseillé d'ajuster les doses de substituts nicotiques en fonction du score de Fagerström et de l'existence de symptôme de surdosage (bouche pâteuse, diarrhée, palpitations, insomnie) ou de sous-dosage (apparition d'un syndrome de sevrage marqué : troubles de l'humeur, insomnie, irritabilité, agitation, anxiété, majoration de l'appétit). Le patient doit être informé de ces symptômes afin de pouvoir adapter la dose.

- Pour les formes orales de substitutions nicotiques, la consommation de boissons acides, de café, de jus de fruit, est déconseillée dans les 15 minutes précédant leur utilisation car ces boissons augmentent ou diminuent l'absorption de substitut nicotinique au niveau buccal.

- Le choix de la dose constitue un facteur important du succès. Les taux de succès sont améliorés si les substituts nicotiques apportent une quantité de nicotine proche de celle que le fumeur retirait de sa consommation de cigarettes.

- Toutes les formes galéniques de substituts nicotiques ont une efficacité similaire à posologie égale. Le choix entre les différentes formes galéniques peut être fondé sur la sensibilité aux effets indésirables, et la préférence du patient. L'utilisation du système transdermique au-delà de 8 semaines de traitement ne semble pas augmenter les taux de succès. Habituellement, le traitement par patch est diminué progressivement par paliers sur 8 à 12 semaines. Le patient doit rester en moyenne 3 à 4 semaines par palier de dosage. Ainsi après 3 à 4 semaines au plus faible dosage le patient peut arrêter le traitement par substitut nicotinique.

Pour les gommes le traitement se poursuit pendant un à trois mois suivant la mise en place du sevrage tabagique. Le traitement peut être arrêté quand la consommation est tombée à 1 à 2 gommes 2mg par jour.

- La durée d'administration des substituts nicotiques est variable selon les patients : de 6 semaines à 6 mois.

◆ Les effets indésirables¹⁰ :

Certains effets indésirables peuvent être observés avec les gommes, souvent en cas d'utilisation inadéquate : brûlures pharyngées, hoquets, brûlures d'estomac. L'utilisation des gommes à mâcher expose certains patients aux risques de décollements de prothèse dentaire.

Les effets indésirables liés à l'utilisation des timbres peuvent être locaux : irritation transitoire, érythème léger imposant un changement quotidien de site d'application, ou bien systémiques : nausées, céphalées, anxiété, irritabilité, insomnie, vertiges, troubles du transit, douleurs abdominales, toux, pharyngite, rhino-sinusite, vomissements.

Seuls les substituts nicotiques sont présents dans l'arsenal thérapeutique du CHU de Nantes pour la prise en charge médicamenteuse du sevrage tabagique. En effet ni le Zyban®, ni le Champix® ne sont référencés à l'hôpital.

- **Le bupropion LP 150 mg(Zyban®)**

- ◆ Mode d'action¹¹:

C'est un psychotrope amphétaminique, inhibiteur de la recapture de la dopamine et de la noradrénaline au niveau synaptique dans le système nerveux central (ASMR :).

- ◆ Indication thérapeutique¹¹:

Aide au sevrage tabagique chez les sujets de plus de 18 ans présentant une dépendance à la nicotine.

- ◆ Administration¹¹:

La posologie initiale est de 150 mg/ jour pendant le six premiers jours de traitement, puis si besoin la posologie est augmentée à 300 mg / j réparti en deux prises pendant 7 à 9 semaines.

La durée habituelle du traitement par le bupropion LP est de 8 semaines.

- ◆ Les contre-indications¹¹:

Elles doivent être strictement respectées.

On y trouve, en autres, les antécédents d'hypersensibilité au bupropion, les antécédents de convulsions, les troubles bipolaires, le sevrage alcoolique, le sevrage aux benzodiazépines, le traitement par IMAO, l'insuffisance hépatique sévère.

Il faut systématiquement rechercher les facteurs de risque de convulsions qui abaissent le seuil épileptogène.

Le Zyban® ne peut pas être utilisé chez la femme enceinte, en effet il entraîne des malformations cardiaques chez le fœtus. Son utilisation est aussi proscrite chez la femme allaitante et les sujets de moins de 18 ans.

◆ Les effets indésirables¹¹:

- fréquents : réactions d'hypersensibilité parfois graves nécessitant l'arrêt (éruption cutanée, prurit, urticaire, œdème de Quincke, dyspnée, bronchospasme, choc anaphylactique), fièvre, bouche sèche, troubles du goût, nausées, vomissements, douleurs abdominales, constipation, insomnie, anxiété, tremblements, difficultés de concentration, céphalées, sensations vertigineuses, ataxie, dépression, agitation.
- moins fréquents : élévation de la tension artérielle, tachycardie, bouffées vasomotrices, douleurs thoraciques, asthénie, confusion mentale, anorexie, acouphènes, troubles visuels.
- rares : convulsions même en l'absence d'antécédents convulsifs, vasodilatation, hypotension orthostatique, syncope, irritabilité, agressivité, arthralgies, myalgies, maladie sérique, érythème polymorphe, syndrome de Stevens-Johnson, infarctus myocardique, risque potentiel de dépendance et d'abus.

◆ Les précautions d'emploi¹¹:

Ne pas dépasser 150 mg / jour en cas d'insuffisance hépatique légère à modérée et/ou d'insuffisance rénale. Cette posologie devient aussi la posologie maximum chez la personne âgée.

Ne pas poursuivre le traitement en l'absence d'efficacité après 7 semaines.

A éviter en cas de facteurs de risque abaissant le seuil épileptogène.

A utiliser avec prudence chez les conducteurs et utilisateurs de machines.

Arrêter immédiatement le traitement en cas de convulsions, de réactions d'hypersensibilité, d'hypertension artérielle ou tout autre trouble grave.

◆ Les interactions médicamenteuses¹¹:

- Associations contre-indiquées : IMAO sélectifs ou non sélectifs, ritonavir.
- Associations déconseillées : amphétamines, anorexigènes, psychostimulants.
- Associations à utiliser avec précautions : médicaments abaissant le seuil épileptogène (antidépresseurs, neuroleptiques, antipaludéens, tramadol, théophylline, stéroïdes, quinolones...), insuline et hypoglycémiants, médicaments métabolisés par le CYP 2D6 (antidépresseurs, β -bloquants, flécaïnide, propafénone, neuroleptiques), lévodopa, valproate.

• La varenicline= Champix®

◆ Mode d'action¹²:

C'est un agoniste des récepteurs nicotiques. Il agit en supprimant la sensation de plaisir liée au tabac et en réduisant les syndromes de manques. Il existe deux dosages : comprimés à 0,5 mg et comprimés à 1 mg (ASMR :3)

◆ Posologie et mode d'administration¹²:

La posologie usuelle est de 1 mg deux fois par jour, après une semaine d'augmentation posologique comme suit :

- jours 1-3 : 0,5 mg une fois par jour
- jours 4-7 : 0,5 mg deux fois par jour
- jours 8-fin de traitement : 1 mg deux fois par jour

Le patient doit fixer une date pour arrêter de fumer. L'administration du Champix® doit débuter 1 à 2 semaines avant cette date

◆ Les effets indésirables¹²:

- très fréquents : rêves anormaux, insomnie, céphalées, nausées,
- fréquents : augmentation de l'appétit, somnolence, sensations vertigineuses, dysgueusie, vomissements, constipation, diarrhée, distension abdominale, gêne gastrique, dyspepsie, flatulence, sécheresse buccale, fatigue.
- Peu fréquents : bronchite, rhinopharyngite, sinusite, infection fongique, infection virale, anorexie, diminution de l'appétit, polydipsie, panique, bradypsychie, pensées anormales, sautes d'humeur, tremblements, anomalie de la coordination, dysarthrie, hypertonie, agitation, dysphorie, hypoesthésie, hypogueusie, léthargie, augmentation de la libido, diminution de la libido, fibrillation auriculaire, palpitations, scotome, décoloration sclérale, douleur oculaire, mydriase, photophobie, myopie, augmentation des larmes, acouphènes, dyspnée, toux, enrouement,

douleurs pharyngolaryngienne, irritation de la gorge, congestion des voies respiratoires, congestion des sinus, écoulement dans l'arrière-nez, rhinorrhée, ronflement, hématurie, émission de selles sanglantes, gastrite, reflux gastro-oesophagien, douleur abdominale, modification du transit intestinal, fèces anormales, éructation, stomatite aphteuse, douleur gingivale, langue chargée, éruption généralisée, érythème, prurit, acné, hyperhidrose, sueurs nocturnes, raideurs articulaires, spasmes musculaires, douleur de la paroi thoracique, syndrome de Tietze, glycosurie, nycturie, polyurie, ménorragie, leucorrhée, dysfonction sexuelle, gêne thoracique, douleur thoracique, pyrexie, sensation de froid, asthénie, trouble du rythme circadien du sommeil, malaise, kyste, augmentation de la pression artérielle, sous-décalage du segment ST à l'électrocardiogramme, diminution de l'amplitude de l'onde T à l'ECG, augmentation de la fréquence cardiaque, perturbation du bilan hépatique, diminution du nombre de plaquettes, prise de poids, anomalie du sperme, augmentation de la protéine C réactive, diminution de la calcémie.

◆ Les interactions médicamenteuses¹²:

D'après les caractéristiques de la varénicline et l'expérience clinique disponible à ce jour, Champix® n'a pas d'interactions médicamenteuses cliniquement significatives. Aucun ajustement posologique de Champix® ou des médicaments cités ci-dessous administrés de façon concomitante n'est nécessaire : metformine, cimétidine, digoxine, warfarine.

On observe lors de l'association de la varénicline et des traitements substitutifs nicotiques, une diminution de la pression artérielle systolique moyenne, ainsi qu'une augmentation de l'incidence des nausées, des céphalées, des vomissements, des sensations vertigineuses, de la dyspepsie, et de la fatigue.

J.2 Les traitements non médicamenteux

Les thérapies cognitivo-comportementales ont pour but de favoriser le maintien de l'abstinence tabagique par un nouvel apprentissage. Elles interviennent à un niveau comportemental, cognitif, et émotionnel. Ces techniques semblent particulièrement intéressantes dans le cadre du sevrage tabagique, car il apparaît que le tabagisme est un comportement qui se caractérise par un trouble de l'apprentissage qui aboutit à une perte de contrôle de la consommation. De plus, comme dans d'autres toxicomanies, des facteurs cognitifs et émotionnels peuvent contribuer à la rechute ou au maintien de la consommation¹³.

L'utilisation des thérapies comportementales et cognitives permet de multiplier par deux le taux d'abstinence tabagique à six mois.

Les thérapeutiques cognitivo-comportementales peuvent être conseillées en première intention pour tout sujet décidé à s'arrêter de fumer. L'approche par thérapie cognitivo-comportementale est complémentaire à la prise en charge pharmacologique de la prévention de symptôme de sevrage et les taux d'abstinence sont supérieurs quand les deux approches sont combinées. Elles peuvent être employées lors des trois phases de l'arrêt du tabac : la préparation, le sevrage puis la prévention de la rechute. Les techniques issues des entretiens motivationnels sont particulièrement utiles dans la phase de préparation mais également dans le suivi afin de soutenir la motivation du patient. Une fois l'arrêt instauré, la prise en charge s'oriente vers la prévention de la rechute. L'objectif est alors d'aider les patients à identifier les situations dans lesquels ils sont le plus susceptible de fumer, à les éviter si nécessaire, et surtout à y faire face plus efficacement¹³.

Diverses techniques dites « aversives » ont été testées dans les années 70-80. ce type de thérapie vise à réduire le pouvoir renforçant du tabagisme en associant la prise de cigarette avec un stimulus dit « aversif », afin d'établir une réponse conditionnée négative à la consommation de cigarette. La technique d'inhalation rapide de la fumée qui provoque une aversion par un surdosage nicotinique, semble augmenter la motivation à l'arrêt du tabac¹³.

La méthode de la fumée « aversive » n'est pas recommandée en raison du risque d'effets indésirables potentiels chez les patients présentant des pathologies organiques.

D'autre part l'acupuncture, l'hypnose, les cigarettes sans tabac, l'homéopathie ne sont pas des thérapeutiques recommandées¹³.

K. Etude qualitative et quantitative des délivrances de substituts nicotiques

K.1 Présentation générale de l'hôpital Saint-Jacques

Le CHU de Nantes est divisé en trois sites : l'Hôtel-Dieu, l'hôpital Laënnec, et l'hôpital Saint-Jacques.

L'hôpital Saint-Jacques accueille trois grands pôles d'activité : la gériatrie, la rééducation fonctionnelle et la psychiatrie. L'étude de l'impact de la loi anti-tabac est particulièrement intéressante dans cette structure qui accueille donc des patients en moyens et en longs séjours.

L'hôpital Saint-Jacques compte 1014 lits, mais la pharmacie à usage intérieur gère au total la dispensation des médicaments pour 1500 lits. La PUI de Saint-Jacques compte deux pharmaciens, deux internes en pharmacie, deux externes en pharmacie, quatre préparateurs et un magasinier.

En effet il existe aussi quatre hôpitaux périphériques rattachés à l'hôpital Saint-Jacques : la Placelière, la Seilleraye, Beauséjour et Bellier. Ce sont des établissements de gériatrie.

Sur les 1014 lits de l'hôpital saint jacques, on compte 568 lits en psychiatrie, 264 lits de rééducation fonctionnelle et 182 lits de gériatrie.

Pour notre étude nous allons exclure les lits de gériatrie, où le tabagisme est quasi-absent (moyenne d'âge supérieure à 80 ans).

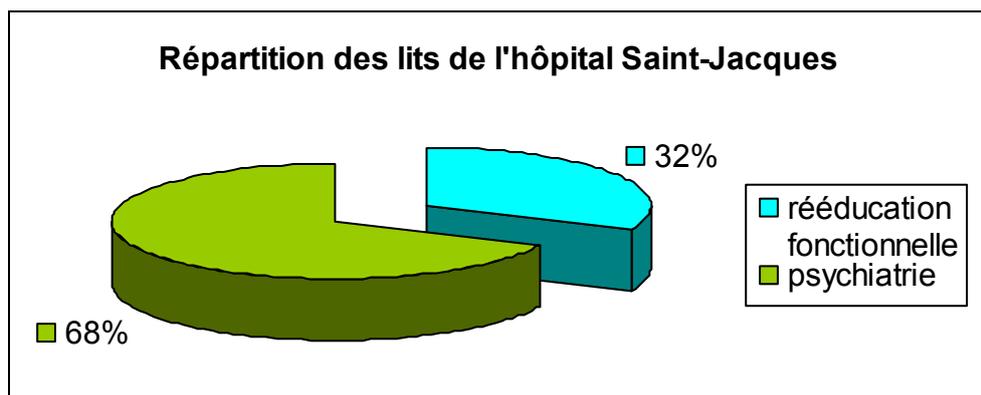


Figure 18: répartition des lits entre la rééducation fonctionnelle et la psychiatrie à l'hôpital Saint Jacques

K.2 Etude des patients sous substituts nicotiques

Pour cette étude nous avons utilisé la base de données anonymisées de dispensation nominative des substituts nicotiques (voir annexe 3), lors des trois premiers trimestres de l'année 2007.

Cette base de données a été créée à partir des ordonnances nominatives arrivant à la pharmacie et faisant l'objet d'une dispensation. Elle reprend les éléments suivant :

- informations patient : âge, sexe, service d'hospitalisation.
- informations ordonnance : date de l'ordonnance, prescripteur, nature du produit dispensé, posologie, indication thérapeutique.
- informations délivrance : date de dispensation, quantité délivrée.

Devant la double problématique des unités de psychiatrie : d'une part pouvoir débiter le traitement d'un patient entrant, en dehors des horaires d'ouverture de la pharmacie et d'autre part de simplifier la délivrance des substituts nicotiques, il a été mis en place une dotation de substituts nicotiques dans tous les services de psychiatrie et créé une nouvelle modalité de délivrance des substituts nicotiques.

A compter du lundi 30 avril 2007, toutes les unités de soins de psychiatrie, ont disposé d'une dotation de :

- 6 patchs nicotiques de chaque dosage : 7, 14 et 21 mg/24h
- 24 gommes de nicotine 2mg.

Les services ont été mis au courant de la mise en place de cette dotation par un courrier daté du 27 avril 2007 (voir annexe 4).

Cette dotation doit servir exclusivement à débiter le traitement d'un patient entrant en dehors des horaires d'ouverture de la pharmacie. L'obtention des substituts nicotiques aux horaires ouvrables ne nécessite plus d'ordonnance nominative à partir du 30 avril 2007 dans les services de psychiatrie, mais par contre, la demande doit être renseignée sur une feuille spécifique (voir annexe 5), par l'IDE qui assure la commande des médicaments. On retrouve sur ces feuilles la date, l'étiquette patient, le nom du prescripteur, la forme galénique, le dosage et la quantités de substituts délivrés.

Ces informations sont comme pour les ordonnances nominatives reportées dans la base de données anonymisées .

◆ Répartition des patients par pôle

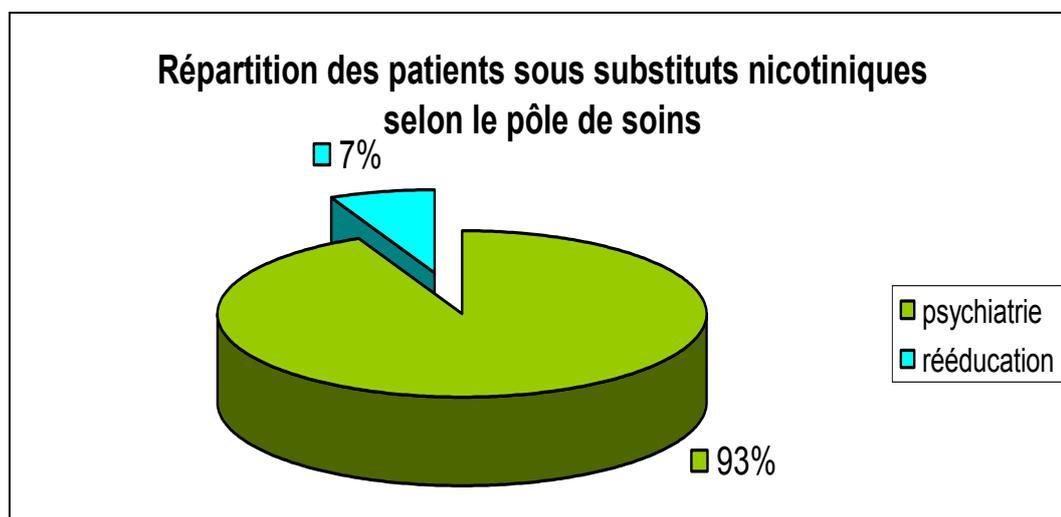


Figure 19: répartition des patients sous substituts nicotiques entre la rééducation fonctionnelle et la psychiatrie

Plus de 90% (soit 202 patients contre 22 en rééducation fonctionnelle) des patients sous substituts nicotiques sont des patients du pôle de psychiatrie, alors que la psychiatrie ne représente qu'à peine 70% des patients hospitalisés à Saint-Jacques.

Cette observation est à mettre en relation avec la prévalence du tabagisme chez les patients présentant des troubles mentaux. La fermeture des fumoirs à l'intérieur des unités de psychiatrie fermées impose le sevrage systématique des patients « rouges », et la forte incitation au sevrage des patients « oranges ».

L'interdiction de fumer dans les chambres en rééducation fonctionnelle impose le sevrage systématique des patients immobilisés, tandis que les autres patients peuvent sortir dehors pour fumer. Cette plus grande facilité pour continuer le tabagisme explique aussi le plus faible taux de patients sous substituts nicotiques en rééducation fonctionnelle

En résumé, il y a plus de fumeurs au sein des services de psychiatrie, et ces fumeurs sont plus incités au sevrage tabagique, ces deux phénomènes expliquent la très forte proportion de patients de psychiatrie dans notre étude.

◆ Répartition par sexe

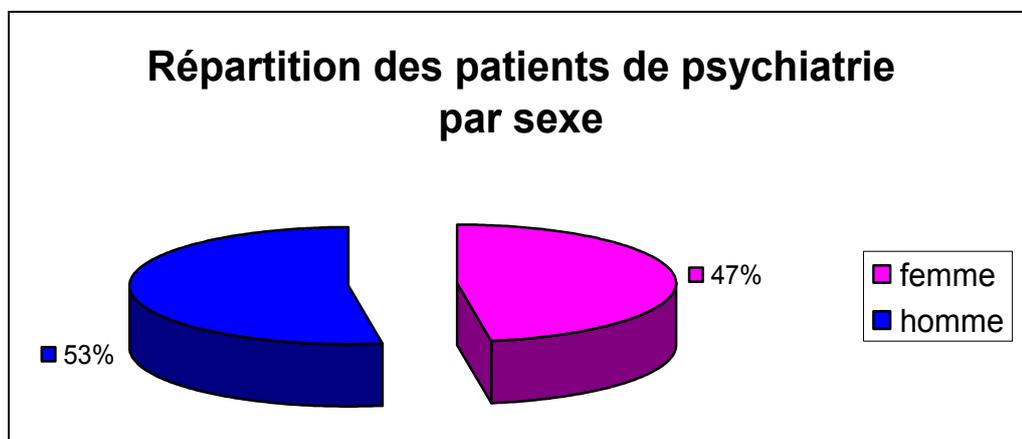


Figure 20: répartition par sexe des patients hospitalisés en psychiatrie

La répartition par sexe des patients hospitalisés en psychiatrie à Saint-Jacques est quasiment égale entre homme et femme. Ces pourcentages en fonction du sexe ont été calculés à partir de l'ensemble des patients ayant séjournés en psychiatrie entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 juillet 2007.

Pour que le calcul ne tienne compte que de la population susceptible de fumer, j'ai exclu des données les enfants de moins de 12 ans. Cette répartition par sexe en psychiatrie est un outil intéressant pour la comparaison avec la population sous substituts nicotiques puisque les patients sous substituts nicotiques sont à plus de 90% des patients de psychiatrie.

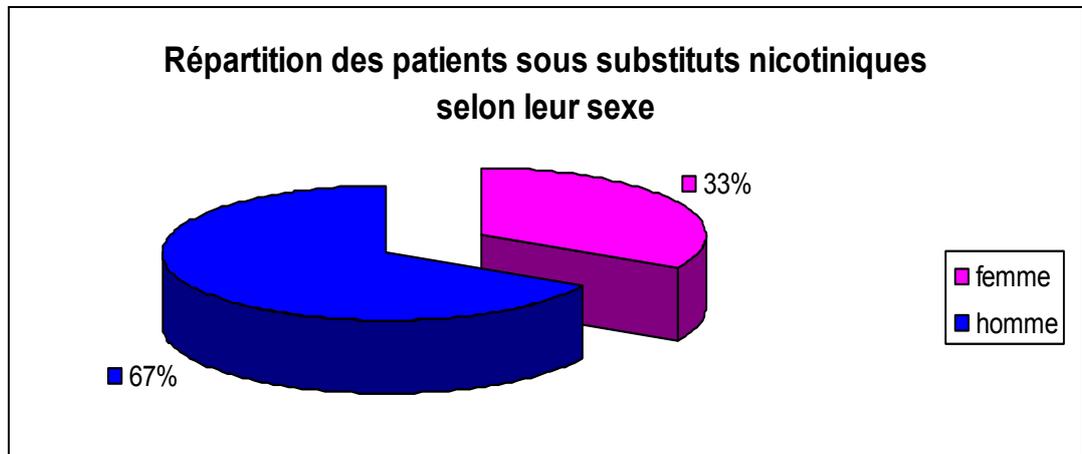


Figure 21: répartition par sexe des patients sous substituts nicotiniques

Près de 70% des patients sous substituts nicotiniques sont des hommes, ce pourcentage reflète la plus grande fréquence du tabagisme chez les hommes. On peut noter que cette proportion masculine est encore plus élevée chez les patients de rééducation fonctionnelle où les hommes représentent 77% des patients de l'étude. Bien que la proportion d'hommes soit plus élevée dans la population hospitalisée en psychiatrie (53%), le taux très nettement majoritaire d'hommes sous substituts nicotiniques (67%) ne peut pas être expliqué par cette prévalence dans la population générale.

On peut donc en conclure qu'il existe un plus fort tabagisme chez les hommes hospitalisés à Saint-Jacques.

◆ Répartition par classes d'âge

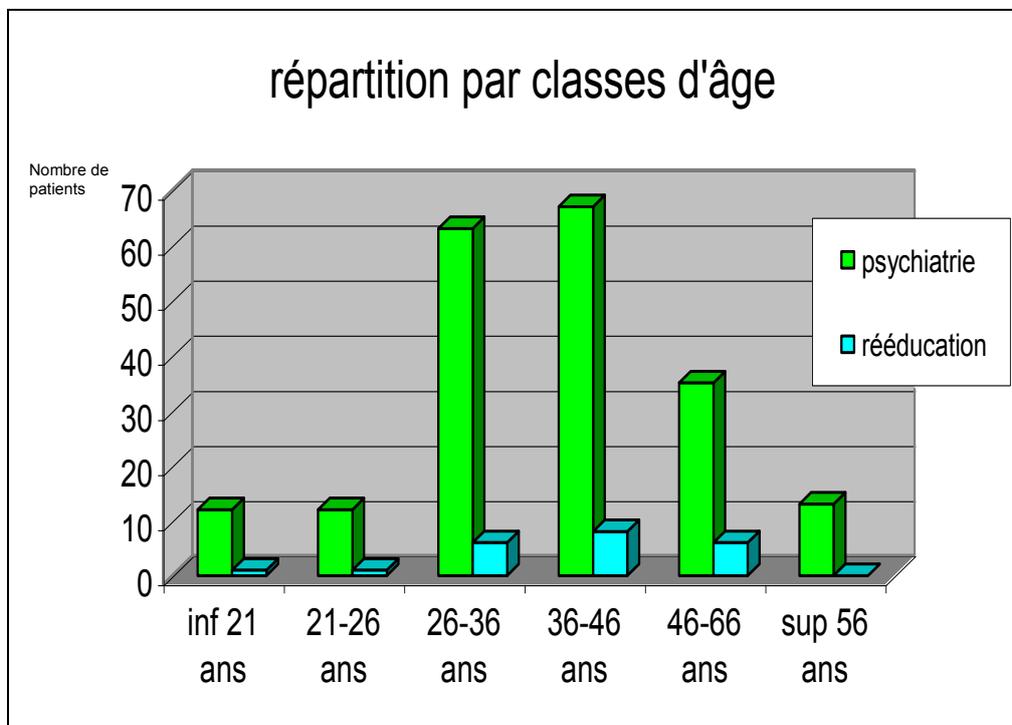


Figure 22: répartition des patients sous substituts nicotiniques hospitalisés à Saint-Jacques par classes d'âge

La répartition par tranche d'âge en nombre, pour la rééducation fonctionnelle comme pour la psychiatrie, montre que la tranche d'âge comptant le plus de patients sous substituts nicotiniques est celle des 36-46 ans. On peut aussi noter que les populations de patients en cours de sevrage tabagique sont réparties de façon symétriques en rééducation fonctionnelle autour de la tranche d'âge majoritaire (27% de 26-36 ans et 27% de 46-56 ans). Au contraire en psychiatrie on observe une deuxième tranche d'âge très importante : les 26-36 ans qui représentent 31% des patients traités contre 33% pour la tranche des 36-46 ans. La tranche d'âge des 46-56 ans ne renferme que 17% des patients.

Comme c'est en psychiatrie que le nombre de patients sous substituts nicotiques est le plus important (plus de 90%), j'ai réalisé la comparaison de la répartition par tranches d'âge entre la population sous substituts et la population générale de patients sur le pôle de psychiatrie.

Pour définir la répartition par tranche d'âge j'ai utilisé les données du pôle de psychiatrie concernant l'ensemble des patients hospitalisés entre le 1^{er} janvier 2007 et la 31 juillet 2007. Dans le cadre de cette étude j'ai exclu les patients de moins de douze ans (pédopsychiatrie) considérant que ces patients ne pouvaient pas être des fumeurs potentiels.

Les calculs de pourcentages ont donc été réalisés sur les 3292 patients âgés de 12 et plus ayant effectués un séjour hospitalier entre janvier et juillet 2007 dans un service de psychiatrie.

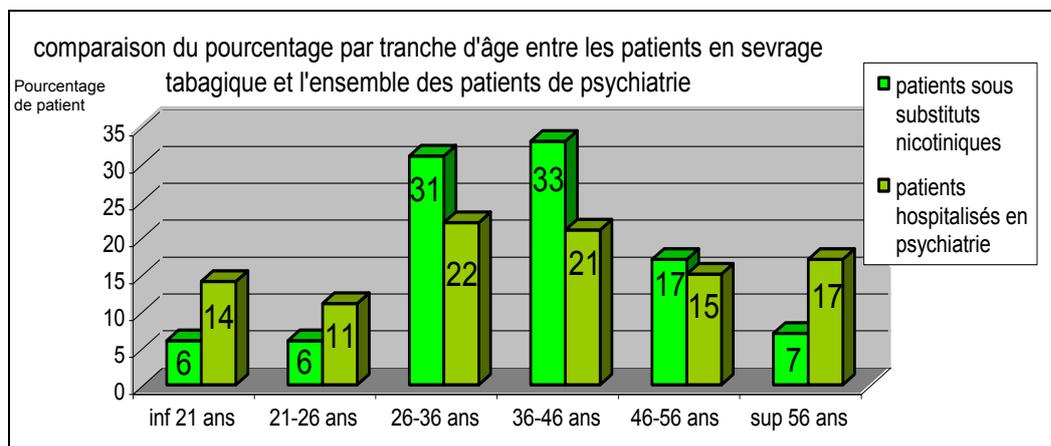


Figure 23: comparaison de la répartition par classe d'âge des patients sous substituts nicotiques avec la population générale hospitalisée en psychiatrie

On remarque que la répartition dans les différentes tranches d'âge des patients de psychiatrie est assez homogène.

Au contraire il existe deux tranches d'âge nettement plus importantes que les autres chez les patients sous substituts nicotiniques : les 26-36 ans et les 36-46 ans. Cette différence avec la population générale de psychiatrie montre qu'il existe un plus fort taux de tabagisme chez les patients entre 26 et 46 ans.

Les patients sous substituts nicotiniques appartiennent majoritairement à la classe d'âge 26-46 ans. On peut remarquer que les patients en sevrage tabagique sont quasi absents des tranches extrêmes : plus de 56 ans et moins de 21 ans. Ces taux plus faibles s'expliquent par deux phénomènes : d'une part la proportion de tabagisme est moins importante dans ces populations, d'autre part le recours à un sevrage tabagique avec mise en place d'un traitement par substituts nicotiniques est moins fréquent.

En effet les personnes de plus de 70 ans sont moins incitées à initier un sevrage tabagique, et les jeunes de moins de 21 ans ont souvent des scores de dépendance tabagique (test de Fagerström) permettant un sevrage sans substituts nicotiniques.

◆ Analyse quantitative des dispensations de substituts nicotiniques

Evolution au sein des services de psychiatrie

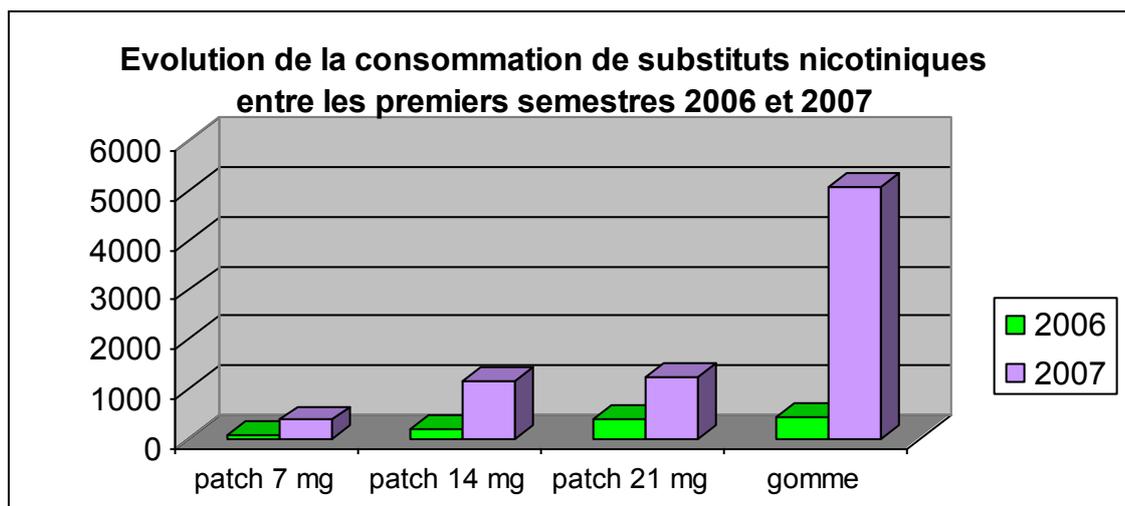


Figure 24: comparaison entre la consommation des substituts nicotiniques en psychiatrie en 2006 et en 2007

La consommation des substituts nicotiniques a augmenté de manière très significative depuis la mise en place du décret de novembre 2006, appliqué au 1^{er} février 2007. En effet on peut voir que les consommations de patches ont été multipliées par cinq, par six et par trois pour respectivement les dosages de 7 mg, 14mg et 21 mg.

Cette augmentation est d'autant plus flagrante en ce qui concerne les gommes à mâcher, qui ont vu leur consommation multipliée par onze.

Evolution au sein des services de rééducation fonctionnelle

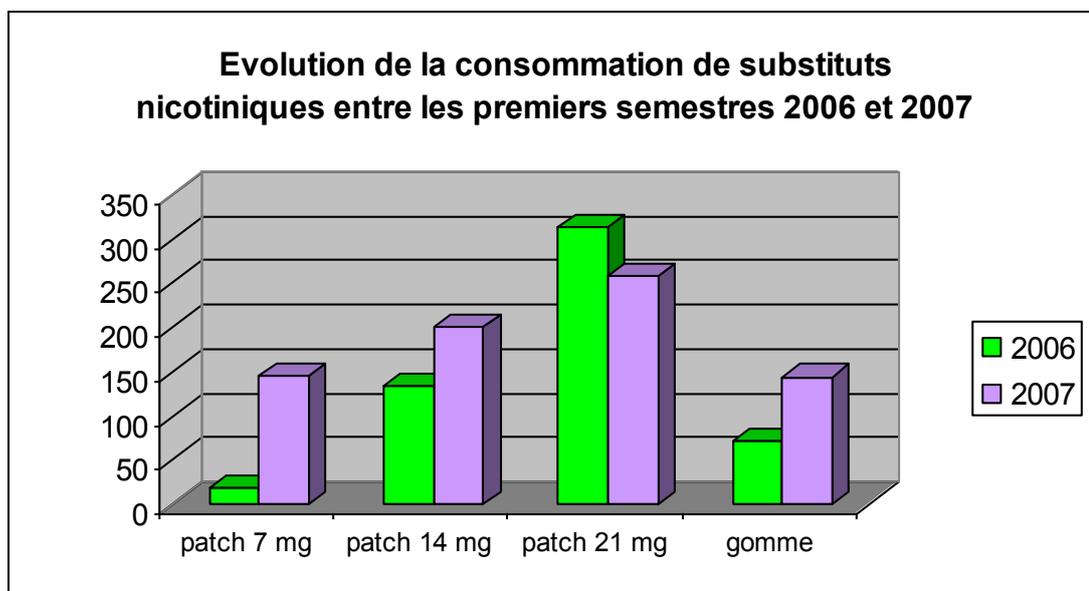


Figure 25: comparaison entre la consommation des substituts nicotiques en rééducation fonctionnelle en 2006 et en 2007

L'évolution de la consommation de substituts nicotiques chez les patients de rééducation fonctionnelle est moins nette que celle des patients de psychiatrie.

En effet, même si l'on remarque une augmentation globale de la consommation, celle-ci est moins importante qu'en psychiatrie et il existe une inversion entre 2006 et 2007 pour les patchs 21 mg (diminution de la consommation entre 2006 et 2007).

Cette augmentation plus mitigée peut s'expliquer par une moindre répercussion du décret de novembre 2006 dans les services de rééducation fonctionnelle par rapport aux services de psychiatrie.

Les services de psychiatrie abritaient avant la loi des fumeurs destinés aux patients tabagiques séjournant dans les unités de psychiatrie fermés. La fermeture de ces fumeurs a modifié les habitudes de vie au sein des services de psychiatrie. Les patients qui n'ont aucune autorisation de sortie ont été obligatoirement sevrés, ceux qui peuvent sortir accompagné d'un soignant ont été fortement incités au sevrage.

En rééducation fonctionnelle les patients mobiles (lits roulants, fauteuils roulants, béquilles....) continuent à pouvoir fumer dehors.

L'application du décret a donc un impact uniquement sur les patients immobilisés qui ne peuvent plus fumer dans leurs chambres, quand leurs familles les aidaient lors des visites. Mais avant la mise en place du 1^{er} février 2007 les patients immobilisés étaient souvent sevrés par l'équipe médicale en particulier ceux qui n'obtenaient pas d'aide de leur famille pour fumer.

Ces différences d'impact du décret de novembre 2006 sont très visibles sur l'évolution de la consommation de substituts nicotiques dans les services de psychiatrie et de rééducation fonctionnelle.

En conclusion, le secteur qui a été le plus touché par l'application du décret de novembre 2006 est la psychiatrie car la prévalence du tabagisme y est forte et les patients n'ont pas tous une liberté de circulation au sein de l'hôpital.

◆ Analyse qualitative des dispensations de substituts nicotiniques

Consommation par les patients de psychiatrie

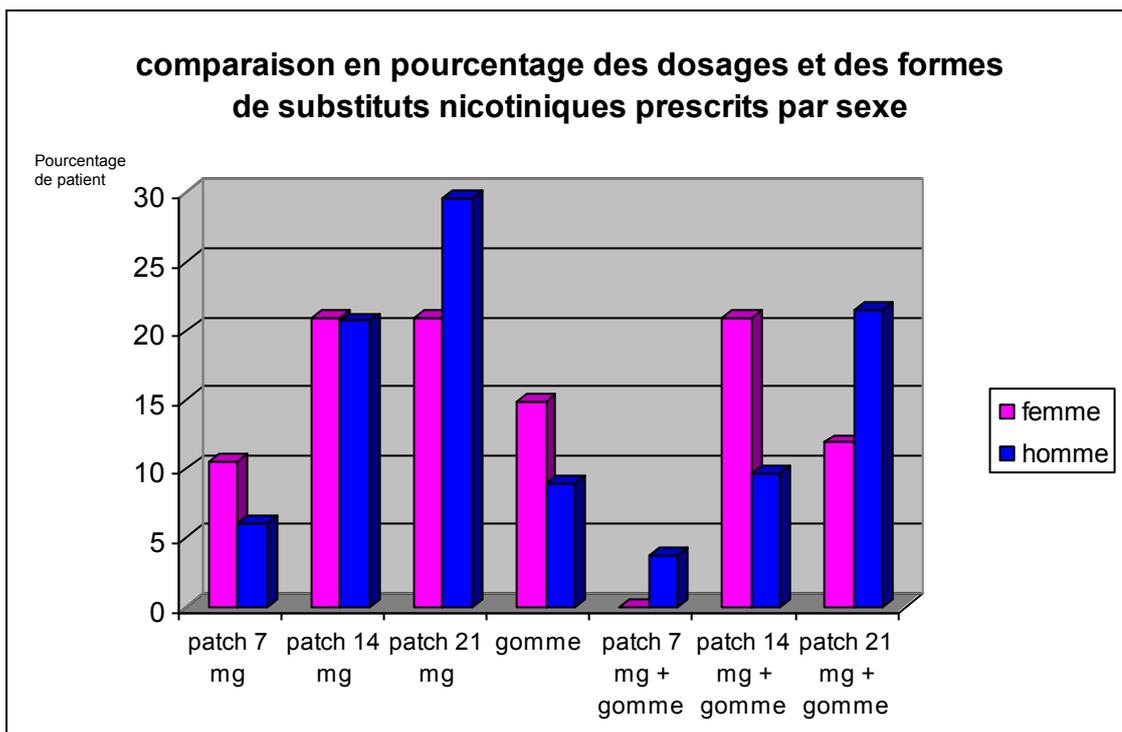


Figure 26: comparaison des dosages et des formes de substituts nicotiniques prescrits par sexe en psychiatrie

On peut remarquer que le recours à l'association de deux formes galéniques de substituts nicotiniques (timbre transdermique et gomme) se fait surtout avec des dosages de patches de 14 et 21 mg.

En effet, cette association est mise en place pour des patients à forte dépendance tabagique. Les patients sous patch 7 mg ont obtenus un score de dépendance moyen ou faible, le recours à l'association paraît donc inutile.

On peut aussi remarquer que les patchs 21 mg seuls ou en association sont plus souvent prescrits aux hommes qu'aux femmes.

En effet environ 50% des hommes se voient prescrire des patchs 21 mg au cours de leur sevrage tabagique contre 33% chez les femmes.

De plus la proportion de femmes ayant recours à des patchs de 7 mg seuls ou à des gommes seules est plus importante (25%) que celle des hommes (15%).

Ces observations tendraient à prouver que les patients masculins tabagiques ont une plus forte dépendance (score au test de Fagerström) que les patientes.

Ces observations ont été réalisées sur la population de patients en cours de sevrage en psychiatrie.

- consommation par les patients de rééducation fonctionnelle.

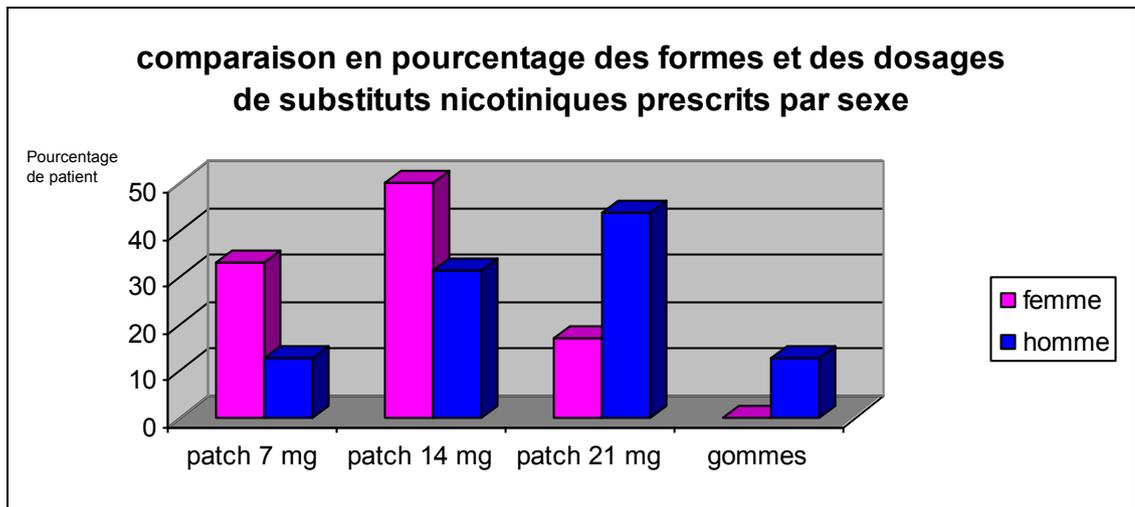


Figure 27: comparaison des dosages et des formes de substituts nicotiques prescrits par sexe en rééducation fonctionnelle

En regardant les prescriptions de rééducation fonctionnelle, on remarque que l'on n'a pas recours à l'association de deux formes galéniques (timbre dermique et gomme) dans le cadre du sevrage tabagique.

Comme en psychiatrie, on observe que les femmes sont à des dosages inférieurs aux hommes, ce qui confirmerait que les femmes fumeuses sont moins dépendantes pharmacologiquement que les hommes, sur cet échantillon de patients au CHU de Nantes, en 2007.

En conclusion on peut dire que les patients de psychiatrie reçoivent des doses de nicotine plus importante dans le cadre de leur sevrage tabagique que les patients de rééducation fonctionnelle, ce qui confirme la comorbidité entre les maladies psychiatriques et la dépendance pharmacologique au tabac.

K.3 Analyse des agents hospitaliers sous substituts nicotiques

Depuis juin 2004 le CHU de NANTES propose aux agents hospitaliers désireux d'arrêter de fumer : un premier mois de dispensation de substituts nicotiques gratuit et la suite du traitement à prix coûtant (c'est à dire trois fois moins coûteux qu'en officine de ville).

Comme pour les patients, nous limiterons cette étude au site de Saint-Jacques.

C'est la pharmacie à usage intérieur de l'hôpital Saint-Jacques qui assure la cession des substituts nicotiques aux personnels de ce site (voir annexe 6).

◆ Evolution du nombre d'agents hospitaliers bénéficiant de la dispensation des substituts nicotiniques à l'hôpital Saint-Jacques

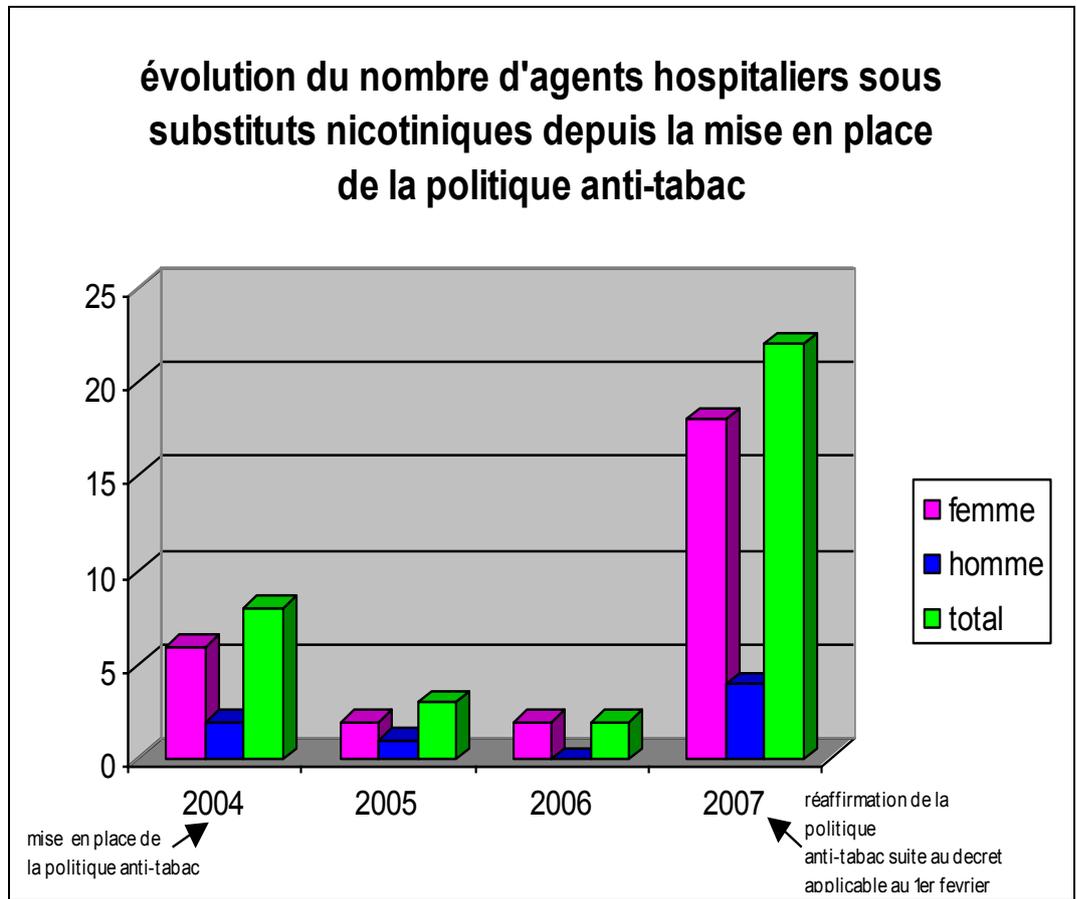


Figure 28: évolution du nombre d'agents bénéficiants de la dispensation des substituts nicotiniques à l'hôpital au cours des quatre dernières années

On peut remarquer ici l'impact de la communication sur le sevrage tabagique, en effet alors que l'offre du CHU n'a jamais été interrompue, peu de personnes sont venues pour bénéficier de la dispensation à prix coûtant en 2005 et en 2006. Pendant cette période, le CHU a peu communiqué autour du sevrage tabagique et sur la cession des substituts à prix coûtant.

On peut aussi voir que le succès est plus grand, quand la communication interne du CHU est appuyé d'une communication au niveau nationale.

L'application du décret qui interdit de fumer dans l'enceinte du CHU a été assez faible à Saint-Jacques puisque nous sommes dans un hôpital pavillonnaire qui permet donc un accès facile à l'extérieur pour fumer.

La décision de tenter un sevrage tabagique à la suite du décret relève donc plus d'un appui de motivation par la communication (médiatisation nationale, réunions d'information, note accompagnant le bulletin de salaire de janvier 2007 : annexe 8), et d'un accès facilité aux consultations de tabacologie que par une réelle obligation légale.

On remarque aussi que les femmes ont été beaucoup plus nombreuses que les hommes à profiter de l'offre du CHU à l'hôpital Saint-Jacques (plus de 80% de femmes en 2007).

◆ Analyse qualitative de la consommation de substituts nicotiques par le personnel

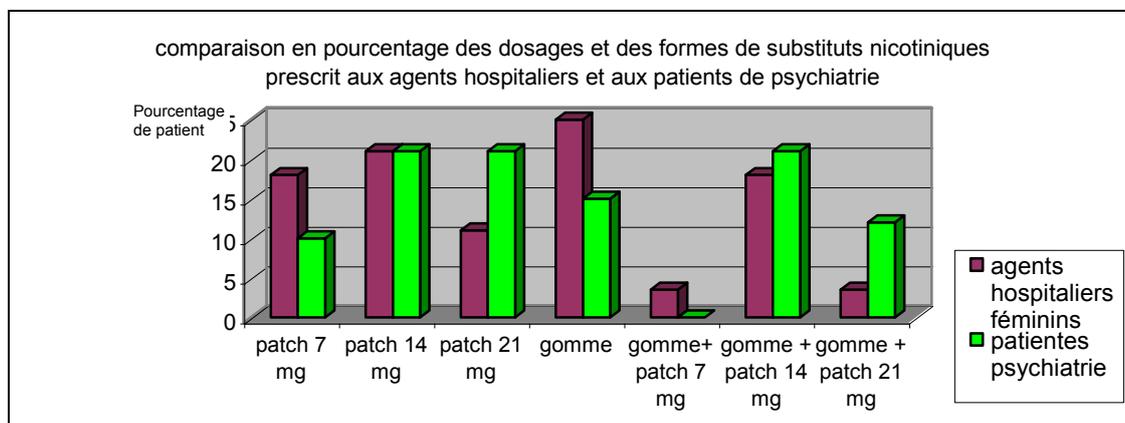


Figure 29: comparaison des formes galéniques et des dosages des substituts nicotiques prescrits au personnel féminin et aux patientes de Saint-Jacques.

Cette comparaison est réalisée entre la population féminine des agents hospitaliers sous substituts nicotiques, car elle représente plus de 80% des agents hospitaliers en cours de traitement par substituts nicotiques et les patientes de psychiatrie (données importantes : plus de 65 patientes).

On remarque que les patientes de psychiatrie consomment des dosages plus importants que les agents hospitaliers. Cette différence démontre que la dépendance tabagique est plus importante chez les patients psychiatriques que dans la population générale (comorbidité entre maladies mentales et tabagisme).

En conclusion, on ne peut pas analyser les différences entre les consommations de substituts par rapport au sexe, devant le trop faible nombre d'agents hospitaliers sous traitement par substituts nicotiques.

Il ressort donc trois grandes notions de l'analyse des chiffres concernant le personnel de Saint-Jacques :

- les actions d'aide au sevrage tabagique (premier mois de traitement substitutif nicotinique gratuit, suite du traitement à prix coûtant) n'ont un réel impact que si elles sont accompagnées d'une communication efficace, l'idéal étant qu'elles soient relayées par une campagne nationale comme en 2007.
- les femmes ont été plus sensibles à cette action
- la dépendance tabagique est plus faible chez les agents hospitaliers que chez les patients hospitalisés dans les services de psychiatrie.

L. Conclusion

Le tabagisme est une toxicomanie dont la complexité du sevrage réside dans sa triple dépendance : dépendance pharmacologique, dépendance psychique, dépendance comportementale.

La législation sur le tabagisme a évolué au fil du temps afin d'arriver à rendre le tabagisme socialement inacceptable. L'intérêt de cette démonstration est surtout important pour l'éducation des nouvelles générations pour éviter l'initiation au tabagisme. On peut remarquer que cette démarche s'inscrit dans une politique européenne (voir annexe 7).

Au sein des populations tabagiques, l'impact de la législation et des campagnes d'information est plus faible. Cependant dans le cas particulier d'un établissement hospitalier, il existe un pôle de soin pour lequel la législation a profondément impacté les comportements tabagiques : les unités de psychiatrie fermées. Dans ces unités les patients ont été fortement incités au sevrage après la fermeture des fumoirs installés précédemment au sein des unités de soin.

Les craintes sur une augmentation de l'agressivité des patients ont été dissipées, en effet aucun acte de violence n'a été constaté à Saint-Jacques concernant le sevrage tabagique, alors qu'il existait par le passé des tensions concernant la distribution des cigarettes.

Outre l'application de la législation, l'interdiction de fumer dans les locaux a permis la prise en compte et le respect des non-fumeurs, et à éviter la dégradation précoce des locaux.

La mise en place de l'interdiction de fumer dans les locaux de l'hôpital a donc été réalisée avec succès, mais le personnel hospitalier doit rester vigilant face aux toujours possibles transgressions des patients.

Ce succès est fondé sur l'implication et la collaboration pluridisciplinaire.

Nous sommes aujourd'hui au début de l'interdiction de fumer dans les locaux (6 mois après la mise en place de la loi), il serait donc intéressant d'évaluer les conséquences sanitaires sur la population de cette application législative à moyen et long terme.

M. ANNEXES

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif

NOR : SANX0609703D

Le Premier ministre,
Sur le rapport du ministre de la santé et des solidarités,
Vu le code pénal ;
Vu le code de procédure pénale ;
Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 3511-7 ;
Vu le code du travail ;
Vu le décret du 22 mars 1942 modifié sur la police, la sûreté et l'exploitation des voies ferrées d'intérêt général et d'intérêt local ;
Le Conseil d'Etat entendu,

Décrète :

Art. 1^{er}. – La section 1 du chapitre I^{er} du titre unique du livre V de la troisième partie du code de la santé publique est remplacée par les dispositions suivantes :

« Section 1

*« Interdiction de fumer
dans les lieux affectés à un usage collectif*

« *Art. R. 3511-1.* – L'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif mentionnée à l'article L. 3511-7 s'applique :

- « 1° Dans tous les lieux fermés et couverts qui accueillent du public ou qui constituent des lieux de travail ;
- « 2° Dans les moyens de transport collectif ;
- « 3° Dans les espaces non couverts des écoles, collèges et lycées publics et privés, ainsi que des établissements destinés à l'accueil, à la formation ou à l'hébergement des mineurs.

« *Art. R. 3511-2.* – L'interdiction de fumer ne s'applique pas dans les emplacements mis à la disposition des fumeurs au sein des lieux mentionnés à l'article R. 3511-1 et créés, le cas échéant, par la personne ou l'organisme responsable des lieux.

« Ces emplacements ne peuvent être aménagés au sein des établissements d'enseignement publics et privés, des centres de formation des apprentis, des établissements destinés à ou régulièrement utilisés pour l'accueil, la formation, l'hébergement ou la pratique sportive des mineurs et des établissements de santé.

« *Art. R. 3511-3.* – Les emplacements réservés mentionnés à l'article R. 3511-2 sont des salles closes, affectées à la consommation de tabac et dans lesquelles aucune prestation de service n'est délivrée. Aucune tâche d'entretien et de maintenance ne peut y être exécutée sans que l'air ait été renouvelé, en l'absence de tout occupant, pendant au moins une heure.

« Ils respectent les normes suivantes :

« 1° Etre équipés d'un dispositif d'extraction d'air par ventilation mécanique permettant un renouvellement d'air minimal de dix fois le volume de l'emplacement par heure. Ce dispositif est entièrement indépendant du système de ventilation ou de climatisation d'air du bâtiment. Le local est maintenu en dépression continue d'au moins cinq pascals par rapport aux pièces communicantes ;

« 2° Etre dotés de fermetures automatiques sans possibilité d'ouverture non intentionnelle ;

« 3° Ne pas constituer un lieu de passage ;

« 4° Présenter une superficie au plus égale à 20 % de la superficie totale de l'établissement au sein duquel les emplacements sont aménagés sans que la superficie d'un emplacement puisse dépasser 35 mètre carrés.

« *Art. R. 3511-4.* – L'installateur ou la personne assurant la maintenance du dispositif de ventilation mécanique atteste que celui-ci permet de respecter les exigences mentionnées au 1° de l'article R. 3511-3. Le responsable de l'établissement est tenu de produire cette attestation à l'occasion de tout contrôle et de faire procéder à l'entretien régulier du dispositif.

« *Art. R. 3511-5.* – Dans les établissements dont les salariés relèvent du code du travail, le projet de mettre un emplacement à la disposition des fumeurs et ses modalités de mise en œuvre sont soumises à la consultation du comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut, des délégués du personnel et du médecin du travail.

« Dans les administrations et établissements publics dont les personnels relèvent des titres I^{er} à IV du statut général de la fonction publique, le projet de mettre un emplacement à la disposition des fumeurs et ses modalités de mise en œuvre sont soumises à la consultation du comité d'hygiène et de sécurité ou, à défaut, du comité technique paritaire.

« Dans le cas où un tel emplacement a été créé, ces consultations sont renouvelées tous les deux ans.

« *Art. R. 3511-6.* – Dans les lieux mentionnés à l'article R. 3511-1, une signalisation apparente rappelle le principe de l'interdiction de fumer. Un modèle de signalisation accompagné d'un message sanitaire de prévention est déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Le même arrêté fixe le modèle de l'avertissement sanitaire à apposer à l'entrée des espaces mentionnés à l'article R. 3511-2.

« *Art. R. 3511-7.* – Les dispositions de la présente section s'appliquent sans préjudice des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'hygiène et à la sécurité, notamment celles du titre III du livre II du code du travail.

« *Art. R. 3511-8.* – Les mineurs de moins de seize ans ne peuvent accéder aux emplacements mentionnés au premier alinéa de l'article R. 3511-2. »

Art. 2. – A la section unique du chapitre II du titre unique du livre V de la troisième partie du code de la santé publique, les articles R. 3512-1 et R. 3512-2 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« *Art. R. 3512-1.* – Le fait de fumer dans un lieu à usage collectif mentionné à l'article R. 3511-1 hors de l'emplacement mentionné à l'article R. 3511-2 est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la troisième classe.

« *Art. R. 3512-2.* – Est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la quatrième classe le fait, pour le responsable des lieux où s'applique l'interdiction prévue à l'article R. 3511-1, de :

- « 1° Ne pas mettre en place la signalisation prévue à l'article R. 3511-6 ;
- « 2° Mettre à la disposition de fumeurs un emplacement non conforme aux dispositions des articles R. 3511-2 et R. 3511-3 ;
- « 3° Favoriser, sciemment, par quelque moyen que ce soit, la violation de cette interdiction. »

Art. 3. – L'article 74-1 du décret du 22 mars 1942 susvisé est abrogé.

Art. 4. – L'article R. 48-1 du code de la procédure pénale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 6° Contraventions réprimées par le code de la santé publique prévues par les articles R. 3512-1 et le 1° et 2° de l'article R. 3512-2. »

Art. 5. – Les dispositions du présent décret entrent en vigueur le 1^{er} février 2007. Toutefois les dispositions des articles R. 3511-1 à R. 3511-8 et de l'article R. 3511-13 du code de la santé publique en vigueur à la date de publication du présent décret restent applicables jusqu'au 1^{er} janvier 2008 aux débits permanents de boissons à consommer sur place, casinos, cercles de jeu, débits de tabac, discothèques, hôtels et restaurants.

Art. 6. – I. – Les dispositions du présent décret sont applicables à Mayotte à l'exception de l'article 3.

II. – Le chapitre unique du titre unique du livre VIII de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article R. 3811-1 est ainsi rédigé :

« *Art. R. 3811-1.* – Les dispositions des articles R. 3221-2 à R. 3221-4, R. 3221-9 à R. 3221-11, R. 3511-1 à R. 3511-8, R. 3512-1 et R. 3512-2 sont applicables à Mayotte sous réserve des adaptations prévues par le présent chapitre. »

2° Il est créé après l'article R. 3811-3 un article R. 3811-4 ainsi rédigé :

« *Art. R. 3811-4.* – Pour l'application à Mayotte des articles R. 3511-5 et R. 3511-7, les renvois au code du travail doivent s'entendre comme intéressant le code du travail de Mayotte. »

Art. 7. – Le ministre de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre de la santé et des solidarités, le ministre de la fonction publique, le ministre de l'outre-mer, le ministre de la jeunesse, des sports et de la vie associative, le ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion

professionnelle des jeunes et le ministre délégué à l'enseignement supérieur et à la recherche sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 15 novembre 2006.

DOMINIQUE DE VILLEPIN

Par le Premier ministre :

Le ministre de la santé et des solidarités,
XAVIER BERTRAND

*Le ministre de l'emploi,
de la cohésion sociale et du logement,*
JEAN-LOUIS BORLOO

*Le ministre de l'éducation nationale,
de l'enseignement supérieur
et de la recherche,*
GILLES DE ROBIEN

Le garde des sceaux, ministre de la justice,
PASCAL CLÉMENT

Le ministre de la fonction publique,
CHRISTIAN JACOB

Le ministre de l'outre-mer,
FRANÇOIS BAROIN

*Le ministre de la jeunesse, des sports
et de la vie associative,*
JEAN-FRANÇOIS LAMOUR

*Le ministre délégué à l'emploi, au travail
et à l'insertion professionnelle des jeunes,*
GÉRARD LARCHER

*Le ministre délégué
à l'enseignement supérieur
et à la recherche,*
FRANÇOIS GOULARD

DIRECTION GÉNÉRALE

5, allée de l'Île-Gloriette
44093 Nantes cedex 1

T. 02 40 08 72 42
F. 02 40 08 71 57
direction-generale@chu-nantes.fr

Annexe 2



Objet : Interdiction de fumer à l'hôpital

Affaire suivie par

Ariane BENARD

Directrice plate-forme 6

Tél. 02.40.08.45.34

Réf. 2007-020

Nantes, le 18 janvier 2007

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de vous informer qu'à compter du 1^{er} février 2007, il sera strictement interdit de fumer dans les locaux du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes.

Cette interdiction s'applique tant aux personnels qu'aux patients et à l'ensemble des services, locaux ou bureaux.

Il reste possible de fumer à l'extérieur des locaux mais hors des lieux de passage et à distance des accès. Des abris seront prochainement installés à cet effet.

Les contrevenants sont désormais passibles d'une amende de 68 euros.

Si vous souhaitez arrêter de fumer, vous pouvez joindre l'unité de coordination de tabacologie (02.40.16.52.37) pour obtenir un rendez-vous. Plusieurs consultations d'aide au sevrage sont ouvertes sur les sites de l'établissement.

Des réunions d'information, animées par les tabacologues du C.H.U. de Nantes sur le sevrage tabagique, vous seront proposées dans les prochains jours sur les différents sites.

Enfin, pour accompagner cette interdiction, et durant toute l'année 2007, le **C.H.U. de Nantes assure la gratuité du premier mois de traitement** par substitution nicotinique. Cette mesure représente un coût prévisionnel de 15.000 euros manifestant l'engagement de l'établissement dans cette démarche. Pour la suite du traitement, les personnels continuent de bénéficier des substituts à prix coûtant, selon le protocole en cours.

Pierre GUSTIN

Directeur Général

Annexe 3

Patient	Age	Sexe	Date Dispensation	Mois-année	Dosage	Posologie	Quantité délivrée	Prescripteur	Date Ordonnance	UF	SERVICE	Commentaires			
ABI Ch	23	F	30/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	7	Dr Danescu	30/07/2007	8033	PSY III	Sevrage tabagique			
			30/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	30	Dr Danescu	30/07/2007	8033	PSY III	Sevrage tabagique			
AHM Ab	29	M	20/02/2007	févr-2007	14mg	14mg	7	Dr Fallet	16/02/2007	8021	PSY V	isolement thérapeutique			
ALA Da	35	M	22/05/2007	mai-2007	7mg	7mg	7	Dr Syette de Vilette	21/05/2007	5042	Réeduc 2N	Sevrage tabagique			
ALE Qu	17	M	08/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr Buscoz	08/06/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique			
			11/05/2007	mai-2007	7mg	7mg	3	Dr Pot Vaudel	10/05/2007	5031	Réeduc 3N	Sevrage tabagique			
ALM Pi	34	F	14/05/2007	mai-2007	7mg	7mg	7	Dr Pot Vaudel	10/05/2007	5031	Réeduc 3N	Sevrage tabagique			
			20/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr Le Bellec	20/06/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique			
AMB Au	40	M	20/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	36	Dr Le Bellec	20/06/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique			
			14/05/2007	mai-2007	21mg	21mg	7	Dr Bodic	14/05/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique			
AMI Fab	37	M	14/05/2007	mai-2007	21mg	21mg	7	Dr Bodic	14/05/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique			
ANC Lau	47	F	20/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	36	Dr ?	20/06/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique			
ARL Jea	53	M	09/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	36	Dr Tougeron	03/07/2007	8013	PSY II	Sevrage tabagique			
			23/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	36	Dr Tougeron	23/07/2007	8013	PSY II	Sevrage tabagique			
ATH Am	42	M	07/02/2007	févr-2007	21mg	21mg	7	Dr Charov	07/02/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique			
AUG Ph	48	M	14/09/2007	sept-2007	2mg	2mg	30	Dr Legeay	14/09/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique			
BAR Be	47	M	05/01/2007	janv-2007	15mg	15mg	7	Dr Rabillier	29/12/2006	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique			
			16/01/2007	janv-2007	15mg	15mg	7	Dr Rabillier	16/01/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique			
			26/01/2007	janv-2007	21mg	21mg	4	Dr Rabillier	26/01/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique			
			29/01/2007	janv-2007	21mg	21mg	3	Dr Rabillier	26/01/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique			
			31/01/2007	janv-2007	21mg	21mg	7	Dr Rabillier	31/01/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique			
			31/01/2007	janv-2007	2mg	6mg	24	Dr Rabillier	31/01/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique			
			09/02/2007	févr-2007	21mg	21mg	7	Dr Rabillier	31/01/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique			
			09/02/2007	févr-2007	2mg	6mg	24	Dr Rabillier	31/01/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique			
BEA Chr	49	M	18/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr Lamarche	18/06/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique			
			18/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	36	Dr Lamarche	18/06/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique			
BEC Jo	39	M	04/05/2007	mai-2007	21mg	21mg	7	Dr Chassevant	04/05/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique			
			15/05/2007	mai-2007	21mg	21mg	7	Dr Barbier	14/05/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique			
BEL Cy	37	M	09/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	30	Dr Oiry	08/07/2007	8071	Shupp	Sevrage tabagique			
BEN Aud	19	F	11/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	36	Dr Legeay	11/06/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique			
			25/05/2007	mai-2007	21mg	21mg	7	Dr Bodic	23/05/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique			
			15/06/2007	juin-2007	2MG	2MG	26	Dr Augy	15/06/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique			
			25/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr Rozaire	25/06/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique			
			25/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	12	Dr Rozaire	25/06/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique			
			10/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr Rozaire	07/08/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique			
			10/08/2007	août-2007	2mg	2mg	15	Dr Rozaire	07/08/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique			
			24/08/2007	août-2007	21mg	21mg	7	Dr ?	24/08/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique			
BEN Kar	36	F	03/08/2007	août-2007	2mg	2mg	45	Dr Lecacheur	03/08/2007	8071	Shupp	Sevrage tabagique			
			13/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	7	Dr Faulleul	13/07/2007	8023	PSY V	Sevrage tabagique			
BEN Noe	41	M	13/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	30	Dr Faulleul	13/07/2007	8023	PSY V	Sevrage tabagique			
			20/08/2007	août-2007	14mg	14mg	21	Dr Le Bellec	20/08/2007	8053	PSY V	Sevrage tabagique			
BER Ama	19	F	20/08/2007	août-2007	14mg	14mg	21	Dr Le Bellec	20/08/2007	8053	PSY V	Sevrage tabagique			
BER Fat	34	M	10/09/2007	sept-2007	21mg	21mg	10	Dr Sabran	10/09/2007	8051	PSY IV	Sevrage tabagique			
			13/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr ?	12/06/2007	5011	Réeduc 2S	Sevrage tabagique			
			18/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr ?	12/06/2007	5011	Réeduc 2S	Sevrage tabagique			
			25/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr ?	12/06/2007	5011	Réeduc 2S	Sevrage tabagique			
			03/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	7	Dr Cross	12/06/2007	5011	Réeduc 2S	Sevrage tabagique			
			09/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	7	Dr Cross	12/06/2007	5011	Réeduc 2S	Sevrage tabagique			
			19/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	7	Dr Cross	12/06/2007	5011	Réeduc 2S	Sevrage tabagique			
			23/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	7	Dr Cross	12/06/2007	5011	Réeduc 2S	Sevrage tabagique			
			30/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	7	Dr Cross	12/06/2007	5011	Réeduc 2S	Sevrage tabagique			
			03/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr Cross	03/08/2007	5011	Réeduc 2S	Sevrage tabagique			
			09/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr Cross	03/08/2007	5011	Réeduc 2S	Sevrage tabagique			
			09/08/2007	août-2007	14mg	14mg	5	Dr Reiss	09/08/2007	5011	Réeduc 2S	Sevrage tabagique			
			16/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr Cross	03/08/2007	5011	Réeduc 2S	Sevrage tabagique			
			BET Jea	31	M	16/04/2007	avr-2007	14mg	14mg	7	Dr Kone	16/04/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique
						30/04/2007	avr-2007	14mg	14mg	7	Dr Kone	16/04/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique
08/06/2007	juin-2007	14mg				14mg	7	Dr Kone	08/06/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique			
22/06/2007	juin-2007	14mg				14mg	7	Dr ?	06/06/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique			
10/08/2007	août-2007	14mg				14mg	7	Dr ?	10/08/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique			
10/08/2007	août-2007	2mg				2mg	30	Dr ?	10/08/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique			
31/08/2007	août-2007	2mg				2mg	30	Dr Kone	31/08/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique			
24/09/2007	sept-2007	14mg				14mg	7	Dr ?	24/09/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique			
24/09/2007	sept-2007	2mg				2mg	36	Dr ?	24/09/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique			
01/10/2007	sept-2007	2mg				2mg	36	Dr ?	21/09/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique			
BIH Ar	37	M	21/05/2007	mai-2007	21mg	21mg	7	Dr Legeat	20/05/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique			
			28/02/2007	févr-2007	2mg	12mg	36	Dr Thébaud	27/02/2007	8051	PSY IV	Sevrage tabagique			
			28/02/2007	févr-2007	21mg	21mg	6	Dr Thébaud	27/02/2007	8051	PSY IV	Sevrage tabagique			
			16/03/2007	mars-2007	21mg	21mg	6	Dr Sabrau	16/03/2007	8051	PSY IV	Sevrage tabagique			
BLANDIN		M	16/03/2007	mars-2007	2mg	2mg	36	Dr Sabrau	16/03/2007	8051	PSY IV	Sevrage tabagique			
			27/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	7	Dr Le Bellec	27/07/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique			
BLO Thi	38	M	03/08/2007	août-2007	2mg	2mg	30	Dr Le Bellec	03/08/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique			
BLO Thi	38	M	13/08/2007	août-2007	21mg	21mg	7	Dr Govin	10/08/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique			
BOC La	39	F	27/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	30	Dr ?	27/07/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique			
BON Ad	31	M	26/04/2007	avr-2007	21mg	21mg	5	Dr ?	26/04/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique			
			27/04/2007	avr-2007	21mg	21mg	3	Dr ?	27/04/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique			
			04/05/2007	mai-2007	21mg	21mg	7	Dr Bodic	02/01/1900	8011	PSY II	Sevrage tabagique			
BON Ja	54	M	09/05/2007	mai-2007	2mg	2mg	12	Dr ?	08/05/2007	8033	Psy III	Sevrage tabagique			
			11/05/2007	mai-2007	7mg	7mg	7	Dr Augy	11/05/2007	8071	Shupp	Sevrage tabagique			
			14/05/2007	mai-2007	7mg	7mg	7	Dr Augy	14/05/2007	8071	Shupp	Sevrage tabagique			
			21/05/2007	mai-2007	7mg	7mg	4	Dr Delaunay	21/05/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique			
			25/05/2007	mai-2007	7mg	7mg	7	Dr Delaunay	25/05/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique			
			01/06/2007	juin-2007	7mg	7mg	5	Dr Delaunay	01/06/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique			
			19/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	7	Dr Cross	18/07/2007	5011	Réeduc 2S	Sevrage tabagique			
BOR Pas	40	M	23/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	7	Dr Cross	18/07/2007	5011	Réeduc 2S	Sevrage tabagique			
			30/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	7	Dr Cross	18/07/2007	5011	Réeduc 2S	Sevrage tabagique			
			06/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr Cross	18/07/2007	5011	Réeduc 2S	Sevrage tabagique			
			09/08/2007	août-2007	21mg	21mg	5	Dr Reiss	09/08/2007	5011	Réeduc 2S	Sevrage tabagique			
			16/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr Cross	18/07/2007	5011	Réeduc 2S	Sevrage tabagique			
			16/08/2007	août-2007	21mg	21mg	7	Dr Reiss	16/08/2007	5011	Réeduc 2S	Sevrage tabagique			
			23/08/2007	août-2007	21mg	21mg	7	Dr Reiss	16/08/2007	5011	Réeduc 2S	Sevrage tabagique			
BOS Mat	30	M	15/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	66	Dr Augy	15/06/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique			
BOU Da	46	M	08/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr Pot Vaudel	08/06/2007	5031	Réeduc 3N	Sevrage tabagique			
			11/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	8	Dr Pot Vaudel	11/06/2007	5031	Réeduc 3N	Sevrage tabagique			
			14/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr Pot Vaudel	08/06/2007	5031	Réeduc 3N	Sevrage tabagique			
			18/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr Pot Vaudel	08/06/2007	5031	Réeduc 3N	Sevrage tabagique			
			25/06/2007	juin-2007	14mg										

BOU Je	60	M	20/02/2007	févr-2007	2mg	12mg	36	Dr Fouilleul	19/02/2007	8023	PSY V	Sevrage tabagique
BOU Ju	24	M	27/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	7	Dr Barbier	27/07/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			27/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	60	Dr Barbier	27/07/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			03/08/2007	août-2007	21mg	21mg	7	Dr Barbier	03/08/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			03/08/2007	août-2007	2mg	2mg	45	Dr Barbier	03/08/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			24/08/2007	août-2007	2mg	2mg	45	Dr Thébault	24/08/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
BOU Moh	39	M	03/09/2007	sept-2007	21mg	21mg	7	Dr Bodic	03/09/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			30/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	7	Dr?	30/07/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			03/08/2007	août-2007	21mg	21mg	7	Dr Bodic	03/08/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			13/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr?	13/08/2007	8051	PSY IV	Sevrage tabagique
			10/09/2007	sept-2007	14mg	14mg	10	Dr Inial	10/09/2007	8051	PSY IV	Sevrage tabagique
			03/10/2007	oct-2007	21mg	21mg	7	Dr Satran		8051	PSY IV	Sevrage tabagique
			03/10/2007	oct-2007	2mg	2mg	30	Dr Satran		8051	PSY IV	Sevrage tabagique
BOU Ni	30	M	13/02/2007	févr-2007	21mg	21mg	7	Dr Genbaud	12/02/2007	5034	Rééduc 4N	Immobilisation
			19/02/2007	févr-2007	21mg	21mg	7	Dr Genbaud	12/02/2007	5034	Rééduc 4N	Immobilisation
			01/03/2007	mars-2007	21mg	21mg	6	Dr Genbaud	12/02/2007	5034	Rééduc 4N	Immobilisation
			05/03/2007	mars-2007	21mg	21mg	7	Dr Genbaud	12/02/2007	5034	Rééduc 4N	Immobilisation
			12/03/2007	mars-2007	21mg	21mg	4	Dr Genbaud	12/02/2007	5034	Rééduc 4N	Immobilisation
			15/03/2007	mars-2007	21mg	21mg	5	Dr Genbaud	12/02/2007	5034	Rééduc 4N	Immobilisation
			24/09/2007	sept-2007	14mg	14mg	7	Dr ?	24/09/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique
BOU Ga	42	M	24/09/2007	sept-2007	2mg	2mg	36	Dr ?	24/09/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique
BRE Mo	55	F	06/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr Le Bellec	03/08/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
BRE Pa	37	M	13/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr Govin	13/08/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
			25/05/2007	mai-2007	2mg	2mg	36	Dr?	25/05/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique
BRE Chr	44	M	13/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	7	Dr Rozaire	13/07/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique
			10/08/2007	août-2007	21mg	21mg	7	Dr Rozaire	07/08/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique
			10/08/2007	août-2007	2mg	2mg	15	Dr Rozaire	07/08/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique
BRI Mi	36	M	30/05/2007	mai-2007	21mg	21mg	2	Dr Bollet	30/05/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			31/05/2007	mai-2007	21mg	21mg	7	Dr Bollet	30/05/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			07/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr Bollet	30/05/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			18/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr Bollet	30/05/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			18/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr Bollet	18/06/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			16/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	7	Dr Bollet	18/06/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			09/01/2007	janv-2007	15mg	15mg	7	Dr Maler	09/01/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
BRO Ch	44	F	12/01/2007	janv-2007	15mg	15mg	7	Dr Maler	09/01/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			15/01/2007	janv-2007	15mg	15mg	7	Dr Maler	09/01/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			22/01/2007	janv-2007	15mg	15mg	7	Dr Maler	09/01/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			09/02/2007	févr-2007	15mg	15mg	7	Dr Maler	09/01/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			11/05/2007	mai-2007	14mg	14mg	7	Dr Robin	11/05/2007	8121	PSY V	Sevrage tabagique
BRO Ke	17	M	11/05/2007	mai-2007	14mg	14mg	7	Dr Robin	11/05/2007	8121	PSY V	Sevrage tabagique
BRU Wi	35	M	23/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	30	Dr Urbain	20/07/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
BUR Ba	31	M	11/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	8	Dr Bodic	11/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			15/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr Bodic	15/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			18/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr?	18/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			22/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr?	22/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
BUR Bas	18	M	27/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	7	Dr Henaff	26/07/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
BUS Isa	43	F	17/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr Martineau	14/08/2007	8013	PSY II	Sevrage tabagique
CAD He	44	M	15/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr?	15/06/2007	8033	PSY III	Sevrage tabagique
			15/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	48	Dr?	15/06/2007	8033	PSY III	Sevrage tabagique
CAI Fr	46	M	14/03/2007	mars-2007	21mg	21mg	7	Dr Charoy	13/03/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
CAI Je	26	M	12/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr Rabiller	12/06/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
CAI Ma	35	M	19/09/2007	sept-2007	7mg	7mg	6	Dr Reiss	19/09/2007	5011	Rééduc 2S	Sevrage tabagique
			24/09/2007	sept-2007	7mg	7mg	4	Dr Reiss	19/09/2007	5011	Rééduc 2S	Sevrage tabagique
CAL Chr	33	F	11/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr Fouilleul	11/06/2007	8023	PSY V	Sevrage tabagique
			11/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	36	Dr Fouilleul	11/06/2007	8023	PSY V	Sevrage tabagique
CAL Mi	53	F	23/05/2007	mai-2007	21mg	21mg	7	Dr?	21/05/2007	8033	PSY III	Sevrage tabagique
CAN An	36	M	22/05/2007	mai-2007	2mg	2mg	36	Dr Rabiller	22/05/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			22/05/2007	mai-2007	14mg	14mg	7	Dr Rabiller	22/05/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			31/05/2007	mai-2007	21mg	21mg	7	Dr Rabiller	31/05/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			01/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr Rabiller	28/05/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			01/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	24	Dr Rabiller	28/05/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
CAR Re	35	F	15/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr?	15/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			15/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr Barbier	15/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			22/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr?	22/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
CAS Ann	48	F	30/03/2007	mars-2007	21mg	21mg	7	Dr?	30/03/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
CAS Pa	32	M	23/02/2007	févr-2007	14mg	14mg	8	Dr Thébault	22/02/2007	8051	PSY IV	Sevrage tabagique
			05/03/2007	mars-2007	21mg	21mg	7	Dr Sabrau	05/03/2007	8051	PSY IV	Sevrage tabagique
			05/03/2007	mars-2007	2mg	12mg	36	Dr Sabrau	05/03/2007	8051	PSY IV	Sevrage tabagique
			15/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr Sabrau	15/06/2007	8051	PSY IV	Sevrage tabagique
			15/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	24	Dr Sabrau	15/06/2007	8051	PSY IV	Sevrage tabagique
CHA Fr	17	M	29/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr Lamarche	29/06/2007	8051	PSY IV	Sevrage tabagique
			13/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	15	Dr?	20/06/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
CHA Lu	30	M	02/01/2007	janv-2007	10mg	10mg	5	Dr Le Marchand	02/01/2007	8013	PSY II	Sevrage tabagique
CHA Stp	41	M	30/04/2007	avr-2007	21mg	21mg	7	Dr Rabiller	27/04/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
CHO Fr	33	M	14/09/2007	sept-2007	21mg	21mg	7	Dr Legeay	14/09/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			14/09/2007	sept-2007	2mg	2mg	30	Dr Legeay	14/09/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
CHO Je	56	M	04/05/2007	mai-2007	21mg	21mg	7	Dr Tougeron	04/05/2007	8013	PSY II	Sevrage tabagique
COE Sa	33	F	27/03/2007	mars-2007	21mg	21mg	7	Dr Rabiller	27/03/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			05/04/2007	avr-2007	21mg	21mg	7	Dr Rabiller	27/03/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			13/04/2007	avr-2007	21mg	21mg	7	Dr Rabiller	27/03/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
COL Cha	56	F	25/04/2007	avr-2007	21mg	21mg	7	Dr Charoy	25/04/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			27/04/2007	avr-2007	2mg	2mg	36	Dr Charoy	25/04/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			04/05/2007	mai-2007	21mg	21mg	7	Dr Charoy	04/05/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			04/05/2007	mai-2007	2mg	2mg	12	Dr Charoy	04/05/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
COM Dim	32	M	24/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr?	24/08/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique
			24/08/2007	août-2007	2mg	2mg	30	Dr?	24/08/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique
CÔME		F	06/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr Govin	06/08/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
COR Naj	45	M	27/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	36	Dr Kone	27/07/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique
			30/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	36	Dr Kone	30/07/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique
			03/08/2007	août-2007	2mg	2mg	30	Dr Kone	03/08/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique
COR Val	44	F	27/04/2007	avr-2007	21mg	21mg	3	Dr Bodic	27/04/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			11/05/2007	mai-2007	14mg	14mg	7	Dr Bodic	11/05/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			04/05/2007	mai-2007	21mg	21mg	7	Dr Bodic	04/05/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
CRE Br	50	F	27/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	45	Dr Thébault	27/07/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			03/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr Thébault	03/08/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			03/08/2007	août-2007	2mg	2mg	45	Dr Thébault	03/08/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
DAC Pa	25	M	29/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr Rozaire	29/06/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique
			29/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	12	Dr Rozaire	29/06/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique
			10/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr Rozaire	03/08/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique
			10/08/2007	août-2007	2mg	2mg	15	Dr Rozaire	03/08/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique
			24/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr?	24/08/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique
DEL Bri	40	F	24/08/2007	août-2007	2mg	2mg	30	Dr?	24/08/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique
			03/10/2007	oct-2007	21mg	21mg	7	Dr Satran		8051	PSY IV	Sevrage tabagique
DEL Cha	54	F	09/03/2007	mars-2007	14mg	14mg	5	Dr?	09/03/2007	8013	PSY II	Sevrage tabagique
DEN Pa	41	M	08/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr Malphette	04/06/2007	8013	PSY II	Sevrage tabagique
DES Yv	59	M	25/05/2007	mai-2007	7mg	7mg	5	Dr?	25/05/2007	8033	PSY III	Sevrage tabagique
DES Lu	36	M	08/02/2007	févr-2007	10mg	10mg	7	Dr Augy	07/02/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique
			09/02/2007	févr-2007	14mg	14mg	7	Dr Augy	09/02/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique
DEV Ro	34	M	15/02/2007	févr-2007	14mg							

			19/02/2007	févr-2007	14mg	14mg	5	Dr Muller	19/04/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
			26/02/2007	févr-2007	14mg	14mg	5	Dr Muller	19/04/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
			23/03/2007	mars-2007	14mg	14mg	8	Dr Muller	19/04/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
			15/04/2007	avr-2007	14mg	14mg	5	Dr Muller	19/04/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
			18/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	24	Dr Oiry	18/06/2007	8071	Shupp	Sevrage tabagique
			09/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	30	Dr Oiry	08/07/2007	8071	Shupp	Sevrage tabagique
			21/09/2007	sept-2007	2mg	2mg	24	Dr?	21/09/2007	8071	Shupp	Sevrage tabagique
			28/09/2007	sept-2007	2mg	2mg	30	Dr?	25/09/2007	8071	Shupp	Sevrage tabagique
DJE Chr	31	M	06/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr Buscoz	06/08/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique
DOG Oq	31	M	15/03/2007	mars-2007	21mg	14mg	7	Dr Mallet	13/03/2007	8033	PSY III	Sevrage tabagique
DON St	20	F	25/05/2007	mai-2007	14mg	14mg	7	Dr Robin	25/05/2007	8121	PSY V	Sevrage tabagique
			06/09/2007	sept-2007	21mg	21mg	7	Dr Urbain	04/09/2007	8151	Alcologie	Sevrage tabagique
DOU Chr	39	F	06/09/2007	sept-2007	2mg	2mg	45	Dr Urbain	04/09/2007	8151	Alcologie	Sevrage tabagique
			19/09/2007	sept-2007	21mg	21mg	7	Dr Urbain	19/09/2007	8151	Alcologie	Sevrage tabagique
DOU Is	45	F	25/05/2007	mai-2007	21mg	21mg	7	Dr Velly	25/05/2007	1812	Addictologie	Sevrage tabagique
			10/09/2007	sept-2007	7mg	7mg	7	Dr Riche	07/09/2007	5032	MPR	Sevrage tabagique
			17/09/2007	sept-2007	7mg	7mg	7	Dr Riche	07/09/2007	5032	MPR	Sevrage tabagique
			24/09/2007	sept-2007	7mg	7mg	7	Dr Riche	07/09/2007	5032	MPR	Sevrage tabagique
			01/10/2007	oct-2007	7mg	7mg	7	Dr Riche	07/09/2007	5032	MPR	Sevrage tabagique
DUR Ch	46	M	18/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr Urbain	16/06/2007	8151	Alcologie	Sevrage tabagique
DUR Ni	30	M	29/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr Bodic	29/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			20/04/2007	avr-2007	21mg	21mg	5	Dr Charoy	20/04/2007	8151	Alcologie	Sevrage tabagique
			26/04/2007	avr-2007	21mg	21mg	7	Dr Rabiller	26/04/2007	8151	Alcologie	Sevrage tabagique
EL B Abd	44	M	22/05/2007	mai-2007	14mg	14mg	7	Dr Rabiller	22/05/2007	8151	Alcologie	Sevrage tabagique
			22/05/2007	mai-2007	2mg	2mg	24	Dr Rabiller	22/05/2007	8151	Alcologie	Sevrage tabagique
FAQ Pie	54	M	01/10/2007	oct-2007	7mg	7mg	7	Dr ?	30/09/2007	5011	MPR	Sevrage tabagique
FAU Wil	31	M	06/09/2007	sept-2007	2mg	2mg	105	Dr Urbain	04/09/2007	8151	Alcologie	Sevrage tabagique
			14/09/2007	sept-2007	14mg	14mg	7	Dr Legeay	14/09/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			14/09/2007	sept-2007	2mg	2mg	30	Dr Legeay	14/09/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			05/10/2007	oct-2007	2mg	2mg	15	Dr ?	05/10/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			21/05/2007	mai-2007	2mg	2mg	36	Dr Velly	21/05/2007	1812	Addictologie	Sevrage tabagique
			25/05/2007	mai-2007	21mg	21mg	7	Dr Velly	25/05/2007	1812	Addictologie	Sevrage tabagique
			01/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr Velly	01/06/2007	1812	Addictologie	Sevrage tabagique
			11/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr?	11/06/2007	1812	Addictologie	Sevrage tabagique
			11/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	36	Dr?	11/06/2007	1812	Addictologie	Sevrage tabagique
FRI Isa	45	F	11/04/2007	avr-2007	7mg	7mg	7	Dr Kone	11/04/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique
GAU Fra	37	M	23/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	7	Dr Barbier	23/07/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
GIO Tr	28	M	15/05/2007	mai-2007	21mg	21mg	7	Dr Bodic	14/05/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
GIR Au	18	F	27/02/2007	févr-2007	21mg	21mg	7	Dr Crevor	26/02/2007	8051	PSI IV	Sevrage tabagique
			27/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	30	Dr?	27/07/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
GIR Ge	43	F	14/09/2007	sept-2007	21mg	21mg	7	Dr Legeay	14/09/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			11/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr Chang	11/06/2007	8023	PSY V	Sevrage tabagique
			11/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	24	Dr Chang	11/06/2007	8023	PSY V	Sevrage tabagique
GLO Her	38	M	03/10/2007	oct-2007	21mg	21mg	45	Dr Satran	03/10/2007	8051	PSY IV	Sevrage tabagique
GLO Seb	29	M	14/09/2007	sept-2007	2mg	2mg	45	Dr Legeay	14/09/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
GOG Je	42	M	09/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	30	Dr Oiry	08/07/2007	8071	Shupp	Sevrage tabagique
GOL Th	55	M	10/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr Rozaire	07/08/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique
			10/08/2007	août-2007	2mg	2mg	15	Dr Rozaire	07/08/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique
			23/04/2007	avr-2007	15mg	15mg	7	Dr Bodic	23/04/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			27/04/2007	avr-2007	21mg	21mg	4	Dr Bodic	27/04/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			02/05/2007	mai-2007	14mg	14mg	7	Dr Bodic	02/05/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			04/05/2007	mai-2007	14mg	14mg	7	Dr Bodic	04/05/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			11/05/2007	mai-2007	14mg	14mg	7	Dr Bodic	11/05/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			15/05/2007	mai-2007	21mg	21mg	7	Dr Bodic	14/05/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			21/05/2007	mai-2007	21mg	21mg	7	Dr Bodic	21/05/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			25/05/2007	mai-2007	14mg	14mg	10	Dr Bodic	25/05/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			28/05/2007	mai-2007	21mg	21mg	7	Dr Bodic	28/05/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			05/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr Bodic	05/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			08/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr Bodic	08/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			15/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr Bodic	15/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			22/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr?	22/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			29/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr Bodic	29/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			09/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	7	Dr Bodic	09/07/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			16/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	7	Dr Bodic	16/07/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			20/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	7	Dr Bodic	20/07/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			03/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr Bodic	03/08/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			24/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr Thébault	24/08/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			11/01/2007	janv-2007	15mg	15mg	7	Dr Marchand	11/01/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			15/01/2007	janv-2007	15mg	15mg	7	Dr Marchand	11/01/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			22/01/2007	janv-2007	15mg	15mg	7	Dr Marchand	11/01/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
GOY Pas	46	M	13/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	7	Dr Kone	13/07/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique
GRA Mar	68	F	27/08/2007	août-2007	21mg	21mg	7	Dr Kone	27/08/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique
			28/11/2006	nov-2006	10mg	10mg	7	Dr Cancellé	28/11/2006	5044	Rééduc	Sevrage tabagique
			02/10/2007	oct-2007	2mg	2mg	60	Dr Anseuletti	02/10/2007	5041	MPR	Sevrage tabagique
			02/10/2007	oct-2007	10mg	10mg	6	Dr Anseuletti	02/10/2007	5041	MPR	Sevrage tabagique
			22/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	3	Dr Rozaire	22/06/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique
			25/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr Rozaire	25/06/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique
			25/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	12	Dr Rozaire	25/06/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique
			27/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	7	Dr Augy	27/07/2007	8071	Shupp	Sevrage tabagique
			21/05/2007	mai-2007	21mg	21mg	7	Dr Bodic	21/05/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			25/05/2007	mai-2007	14mg	14mg	10	Dr Bodic	25/05/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			28/05/2007	mai-2007	21mg	21mg	7	Dr Bodic	21/05/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			05/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr Bodic	05/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			08/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr Bodic	08/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
GUE Mi	51	M	12/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr Pot Vaudel	11/06/2007	5031	Rééduc 3N	Sevrage tabagique
			18/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr Pot Vaudel	11/06/2007	5031	Rééduc 3N	Sevrage tabagique
GUI ?	? ?	? ?	25/05/2007	mai-2007	2mg	2mg	36	Dr?	25/05/2007	8071	Shupp	Sevrage tabagique
GUI Noe	50	M	01/10/2007	oct-2007	7mg	7mg	6	Dr ?	30/09/2007	5011	MPR	Sevrage tabagique
			15/03/2007	mars-2007	21mg	21mg	7	Dr Brunet	13/03/2007	5011	Rééduc 2S	Immobilisation
			22/03/2007	mars-2007	21mg	21mg	7	Dr Brunet	13/03/2007	5011	Rééduc 2S	Immobilisation
GUI Ste	19	M	11/05/2007	mai-2007	14mg	14mg	7	Dr Robin	11/05/2007	8121	PSY V	Sevrage tabagique
GUI Sy	42	M	04/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	12	Dr Legeay	03/06/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			04/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	10	Dr Legeay	03/06/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			13/07/2007	juil-2007	7mg	7mg	7	Dr Faulleul	13/07/2007	8023	PSY V	Sevrage tabagique
HAP Mic	35	M	13/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	15	Dr Faulleul	13/07/2007	8023	PSY V	Sevrage tabagique
			05/02/2007	févr-2007	10mg	10mg	8	Dr Govin	05/02/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
			12/02/2007	févr-2007	14mg	14mg	8	Dr Govin	05/02/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
			20/02/2007	févr-2007	14mg	14mg	5	Dr Govin	05/02/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
			30/04/2007	avr-2007	21mg	21mg	7	Dr?	30/04/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			04/05/2007	mai-2007	14mg	14mg	7	Dr Rabiller	04/05/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			14/05/2007	mai-2007	14mg	14mg	7	Dr Rabier	14/05/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			21/05/2007	mai-2007	21mg	21mg	7	Dr Bodic	21/05/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			25/05/2007	mai-2007	14mg	14mg	7	Dr Bodic	14/05/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			28/05/2007	mai-2007	21mg	21mg	7	Dr Bodic	21/05/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			01/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr Barbier	01/06/2007	8011		

			09/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	7	Dr Bodic	09/07/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			16/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	7	Dr Bodic	16/07/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			20/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	7	Dr Bodic	20/07/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			30/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	7	Dr Barbier	30/07/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			03/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr Bodic	03/08/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			24/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr Bodic	24/08/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			03/09/2007	sept-2007	14mg	14mg	7	Dr Bodic	03/09/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			21/09/2007	sept-2007	14mg	14mg	7	Dr Bodic	21/09/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			28/09/2007	sept-2007	14mg	14mg	7	Dr Bodic	28/09/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
HEN Ton	33	M	20/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr?	20/06/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
HER Mur	37	F	12/07/2007	juil-2007	7mg	7mg	7	Dr Svette	11/07/2007	5042	Réeduc 2N	Sevrage tabagique
			13/07/2007	juil-2007	7mg	7mg	7	Dr Rabiller	13/07/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
HER Pat	44	M	16/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	7	Dr Urbain	16/07/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			16/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	12	Dr Urbain	16/07/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			06/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	7	Dr Urbain	06/07/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
HON Jea	53	M	06/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	15	Dr Urbain	06/07/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			16/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	7	Dr?	16/07/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			16/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	36	Dr?	16/07/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
HOU Fab	32	M	29/08/2007	août-2007	21mg	21mg	7	Dr Sechter	29/08/2007	1812	Addictologie	Sevrage tabagique
			29/08/2007	août-2007	2mg	2mg	56	Dr Sechter	29/08/2007	1812	Addictologie	Sevrage tabagique
			01/06/2007	juin-2007	7mg	7mg	10	Dr Barbier	29/05/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
HUC Ne	47	F	08/06/2007	juin-2007	7mg	7mg	7	Dr Barbier	08/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			22/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr?	22/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			29/06/2007	juin-2007	7mg	7mg	7	Dr Barbier	29/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
JAG So	43	F	18/06/2007	juin-2007	7mg	7mg	10	Dr Kone	18/06/2007	8013	PSY II	Sevrage tabagique
			25/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr?	25/06/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique
JANN			25/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	7	Dr?	25/06/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique
JOL Br	40	M	15/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr?	15/06/2007	8051	PSY IV	Sevrage tabagique
			15/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	24	Dr?	15/06/2007	8051	PSY IV	Sevrage tabagique
JOL Jo	51	F	14/09/2007	sept-2007	2mg	2mg	15	Dr Legeay	14/09/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			27/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	30	Dr?	27/07/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
JOL Sa	21	F	03/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr?	28/07/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			03/08/2007	août-2007	2mg	2mg	30	Dr?	28/07/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
JON Mar	49	F	03/10/2007	oct-2007	21mg	21mg	7	Dr Satran		8051	PSY IV	Sevrage tabagique
			03/10/2007	oct-2007	2mg	2mg	30	Dr Satran		8051	PSY IV	Sevrage tabagique
			30/04/2007	avr-2007	21mg	21mg	7	Dr?	30/04/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			04/05/2007	mai-2007	21mg	21mg	7	Dr Rabiller	04/05/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			11/05/2007	mai-2007	14mg	14mg	7	Dr Rabiller	11/05/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			21/05/2007	mai-2007	21mg	21mg	7	Dr Bodic	21/05/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			25/05/2007	mai-2007	14mg	14mg	10	Dr Bodic	25/05/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			05/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr Barbier	05/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
JOS Jos	47	F	08/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr Barbier	08/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			15/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr Bodic	15/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			22/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr?	22/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			29/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr Barbier	29/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			02/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	36 (OCP)	Dr Barbier	29/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			02/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	7	Dr Barbier	02/07/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			09/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	7	Dr Bodic	09/07/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			09/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	30	Dr Barbier	09/07/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
JOU Je	48	M	31/01/2007	janv-2007	21mg	21mg	7	Dr Rabiller	31/01/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			09/02/2007	févr-2007	21mg	21mg	7	Dr Rabiller	31/01/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
JUL Isa	45	F	21/09/2007	sept-2007	2mg	2mg	24	Dr?	21/09/2007	8071	Shupp	sevrage tabagique
			28/09/2007	sept-2007	2mg	2mg	30	Dr?	25/09/2007	8071	Shupp	sevrage tabagique
KAM Jo	31	F	01/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr Martineau	23/05/2007	8013	PSY II	Sevrage tabagique
			01/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	24	Dr Martineau	23/05/2007	8013	PSY II	Sevrage tabagique
KHL Ade	27	M	03/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr Kone	03/08/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique
KOU Br	23	M	14/09/2007	sept-2007	2mg	2mg	30	Dr Legeay	14/09/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
KRE Mar	46	F	24/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	7	Dr Lamarche	24/07/2007	8051	PSY IV	Sevrage tabagique
			09/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	7	Dr Delvigne	09/07/2007	8033	PSY III	Sevrage tabagique
			09/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	36	Dr Delvigne	09/07/2007	8033	PSY III	Sevrage tabagique
LAI Bea	39	F	13/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	3	Dr Delvigne	13/07/2007	8033	PSY III	Sevrage tabagique
			20/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	5	Dr Delvigne	20/07/2007	8033	PSY III	Sevrage tabagique
			23/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	5	Dr Delvigne	23/07/2007	8033	PSY III	Sevrage tabagique
			23/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	15	Dr Delviane	23/07/2007	8033	PSY III	Sevrage tabagique
LE F Na	28	F	24/08/2007	août-2007	2mg	2mg	45	Dr Bodic	24/08/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			24/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr Bodic	24/08/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			03/09/2007	sept-2007	2mg	2mg	45	Dr Bodic	03/09/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			08/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr Barbier	08/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
LE G Jea	32	M	15/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr Barbier	15/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			22/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr?	22/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			29/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr Barbier	29/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			09/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	7	Dr Barbier	09/07/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			16/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	7	Dr Barbier	16/07/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			23/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	7	Dr Barbier	23/07/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			30/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	7	Dr Barbier	30/07/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
LE N Pie	18	M	13/08/2007	août-2007	21mg	21mg	7	Dr Govin	10/08/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
			17/08/2007	août-2007	21mg	21mg	21	Dr Govin	17/08/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
LE P Béa	45	F	29/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr Sechter	29/08/2007	1812	Addictologie	Sevrage tabagique
			29/08/2007	août-2007	2mg	2mg	56	Dr Sechter	29/08/2007	1812	Addictologie	Sevrage tabagique
LE T Yv	54	M	11/06/2007	juin-2007	7mg	7mg	7	Dr Fouilleul	11/06/2007	8023	PSY V	Sevrage tabagique
			11/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	36	Dr Fouilleul	11/06/2007	8023	PSY V	Sevrage tabagique
LEB Al	58	M	06/08/2007	août-2007	21mg	21mg	7	Dr Govin	06/08/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
			13/08/2007	août-2007	21mg	21mg	7	Dr Govin	13/08/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
LEC Mor	28	M	30/04/2007	avr-2007	7mg	7mg	7	Dr Augy	27/04/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique
			04/05/2007	mai-2007	7mg	7mg	7	Dr Augy	04/05/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique
LEG Did	48	M	23/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	8	Dr Jolly	23/07/2007	8051	PSY IV	Sevrage tabagique
LEL Je	39	M	26/02/2007	févr-2007	21mg	21mg	3	Dr Charoy	26/02/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			19/02/2007	févr-2007	21mg	21mg	5	Dr?	19/02/2007	8013	PSY II	Sevrage tabagique
LEM Je	57	M	23/02/2007	févr-2007	21mg	21mg	8	Dr?	23/02/2007	8013	PSY II	Sevrage tabagique
			28/02/2007	févr-2007	21mg	21mg	6	Dr Thébaud	27/02/2007	8051	PSY IV	Sevrage tabagique
LEP Cha	34	M	10/08/2007	août-2007	7mg	7mg	7	Dr Lamarche	10/08/2007	8051	PSY IV	Sevrage tabagique
			28/02/2007	févr-2007	21mg	21mg	6	Dr Thébaud	27/02/2007	8051	PSY IV	Sevrage tabagique
LEP Jo	37	F	28/02/2007	févr-2007	2mg	12mg	36	Dr Thébaud	27/02/2007	8051	PSY IV	Sevrage tabagique
			05/03/2007	mars-2007	21mg	21mg	7	Dr Prevot	05/03/2007	8051	PSY IV	2ème essai sevrage
			23/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	7	Dr Govin	23/07/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
LEV Jea	48	M	27/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	7	Dr Le Bellec	27/07/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
			03/08/2007	août-2007	21mg	21mg	7	Dr Le Bellec	03/08/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
			13/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr Govin	10/08/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
LHE Ste	36	M	23/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	30	Dr?	23/07/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			27/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	7	Dr?	27/07/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			27/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	15	Dr?	27/07/2007	8021	PSY V	

			01/03/2007	mars-2007	14mg	14mg	4	Dr Genbaud	18/01/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			09/03/2007	mars-2007	5mg	5mg	7	Dr Genbaud	09/03/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			15/03/2007	mars-2007	7mg	7mg	5	Dr Genbaud	09/03/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			19/03/2007	mars-2007	7mg	7mg	7	Dr Genbaud	09/03/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			26/03/2007	mars-2007	7mg	7mg	7	Dr Genbaud	09/03/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			02/04/2007	avr-2007	7mg	7mg	7	Dr Genbaud	09/03/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			12/04/2007	avr-2007	7mg	7mg	7	Dr Genbaud	09/03/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			23/04/2007	avr-2007	7mg	7mg	7	Dr Genbaud	09/03/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			23/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	5	Dr Genbaud	09/03/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			26/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	7	Dr Genbaud	09/03/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			30/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	7	Dr Genbaud	09/03/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			14/05/2007	mai-2007	14mg	14mg	7	Dr Rabier	14/05/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			01/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr Bodic	01/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			22/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr?	22/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			29/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr Bodic	29/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			09/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	7	Dr Barbier	09/07/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			16/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	7	Dr Bodic	16/07/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			23/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	7	Dr Bodic	23/07/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			30/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	7	Dr Bodic	30/07/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			03/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr Bodic	03/08/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			24/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr?	24/08/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			03/09/2007	sept-2007	14mg	14mg	7	Dr Bodic	03/09/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			06/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	7	Dr Schmitt	05/07/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			30/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	7	Dr Bollet	30/07/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			17/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr Bollet	30/07/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			29/08/2007	août-2007	7mg	7mg	7	Dr Pot Vaudel	29/08/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			24/01/2007	janv-2007	21mg	21mg	6	Dr Jacob	23/01/2007	5031	Rééduc 3N	Sevrage tabagique
			29/01/2007	janv-2007	10mg	10mg	7	Dr Jacob	29/01/2007	5031	Rééduc 3N	Sevrage tabagique
			05/02/2007	févr-2007	10mg	10mg	7	Dr Jacob	29/01/2007	5031	Rééduc 3N	Sevrage tabagique
			21/05/2007	mai-2007	14mg	14mg	7	Dr Legeay	18/05/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			02/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr Svette	02/08/2007	5042	Rééduc 2N	Sevrage tabagique
			09/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr Svette	02/08/2007	5042	Rééduc 2N	Sevrage tabagique
			13/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr Svette	02/08/2007	5042	Rééduc 2N	Sevrage tabagique
			23/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr Svette	02/08/2007	5042	Rééduc 2N	Sevrage tabagique
			30/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr Svette	02/08/2007	5042	Rééduc 2N	Sevrage tabagique
			10/09/2007	sept-2007	7mg	7mg	7	Dr Svette	10/09/2007	5042	Rééduc 2N	Sevrage tabagique
			14/09/2007	sept-2007	7mg	7mg	7	Dr Svette	14/09/2007	5042	Rééduc 2N	Sevrage tabagique
			15/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr?	15/06/2007	8051	PSY IV	Sevrage tabagique
			29/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr Legeay	29/06/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			29/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	12 (OCP)	Dr Legeay	29/06/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			13/07/2007	juin-2007	7mg	7mg	7	Dr Faulleul	13/07/2007	8023	PSY V	Sevrage tabagique
			13/07/2007	juin-2007	2mg	2mg	15	Dr Faulleul	13/07/2007	8023	PSY V	Sevrage tabagique
			04/05/2007	mai-2007	21mg	21mg	7	Dr Legeay	04/05/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			21/05/2007	mai-2007	2mg	2mg	24	Dr Legeay	16/05/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			12/03/2007	mars-2007	2mg	16mg	60	Dr Charoy	05/03/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			18/04/2007	avr-2007	14mg	14mg	7	Dr Danieseau	17/04/2007	8033	PSY III	Sevrage tabagique
			25/04/2007	avr-2007	14mg	14mg	6	Dr Danieseau	25/04/2007	8033	PSY III	Sevrage tabagique
			16/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	90	Dr Le Bellec	13/07/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
			03/09/2007	sept-2007	14mg	14mg	7	Dr Martineau	03/09/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			16/03/2007	mars-2007	21mg	21mg	4	Dr Thébaut	16/03/2007	8051	PSY IV	Sevrage tabagique
			15/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr Hinval	15/06/2007	8051	PSY IV	Sevrage tabagique
			15/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	24	Dr Hinval	15/06/2007	8051	PSY IV	Sevrage tabagique
			17/04/2007	avr-2007	21mg	21mg	7	Dr Rabiller	17/04/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			23/04/2007	avr-2007	21mg	21mg	8	Dr Rabiller	23/04/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			29/03/2007	mars-2007	21mg	21mg	7	Dr Rabiller	28/03/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			05/03/2007	mars-2007	21mg	21mg	7	Dr Rabiller	28/03/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			13/04/2007	avr-2007	21mg	21mg	7	Dr Rabiller	28/03/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			18/05/2007	mai-2007	21mg	21mg	7	Dr Rabiller	18/05/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			18/05/2007	mai-2007	2mg	2mg	36	Dr Rabiller	18/05/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			01/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr Rabiller	28/05/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			01/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	24	Dr Rabiller	28/05/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			08/03/2007	mars-2007	15mg	15mg	7	Dr Salmer	08/03/2007	6621	Bellier	Sevrage tabagique
			02/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	36	Dr Tougeron	02/07/2007	8013	PSY II	Sevrage tabagique
			06/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	24	Dr Malphette	06/07/2007	8013	PSY II	Sevrage tabagique
			09/03/2007	mars-2007	14mg	14mg	7	Dr Genbaud	09/03/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			15/03/2007	mars-2007	14mg	14mg	5	Dr Genbaud	09/03/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			21/05/2007	mai-2007	21mg	21mg	7	Dr Bodic	21/05/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			10/08/2007	août-2007	2mg	2mg	15	Dr?	10/08/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			10/08/2007	août-2007	21mg	21mg	7	Dr Schmitt	10/08/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			16/08/2007	août-2007	21mg	21mg	7	Dr Schmitt	10/08/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			27/08/2007	août-2007	21mg	21mg	7	Dr Schmitt	16/08/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			30/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr Bollet	30/08/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			06/09/2007	sept-2007	14mg	14mg	7	Dr Bollet	30/08/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			13/09/2007	sept-2007	14mg	14mg	7	Dr Bollet	30/08/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			20/09/2007	sept-2007	14mg	14mg	7	Dr Bollet	30/08/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			16/01/2007	janv-2007	5mg	5mg	7	Dr Le Bellec	16/01/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
			25/05/2007	mai-2007	2mg	2mg	12	Dr Mallet	25/05/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			25/05/2007	mai-2007	21mg	21mg	7	Dr Mallet	25/05/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			08/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	15	Dr Fouilleul	08/06/2007	8023	PSY V	Sevrage tabagique
			20/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	7	Dr Audy	20/07/2007	8071	Shupp	Sevrage tabagique
			16/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr Kone	16/06/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique
			13/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	30	Dr?	26/06/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
			13/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr Govin	10/08/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
			10/08/2007	août-2007	21mg	21mg	7	Dr?	10/08/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			10/08/2007	août-2007	2mg	2mg	15	Dr?	10/08/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			10/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	7	Dr Velly	10/07/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			16/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	7	Dr Barbier	16/07/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			20/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	7	Dr Barbier	20/07/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			27/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	45	Dr Barbier	27/07/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			03/08/2007	août-2007	2mg	2mg	30	Dr Bodic	03/08/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			08/01/2007	janv-2007	10mg	10mg	48	Dr Charoy	08/01/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			09/01/2007	janv-2007	15mg	15mg	7	Dr Charoy	09/01/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			15/01/2007	janv-2007	15mg	15mg	7	Dr Charoy	09/01/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			16/01/2007	janv-2007	15mg	15mg	7	Dr Rabiller	16/01/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			26/01/2007	janv-2007	21mg	21mg	4	Dr Rabiller	26/01/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			26/01/2007	janv-2007	2mg	6mg	24	Dr Charoy	26/01/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			29/01/2007	janv-2007	21mg	21mg	3	Dr Rabiller	26/01/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			29/01/2007	janv-2007	2mg	6mg	24	Dr Charoy	26/01/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			07/02/2007	févr-2007	21mg	21mg	7	Dr Charoy	07/02/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			02/03/2007	mars-2007	2mg	16mg	60	Dr Saout	01/03/2007	5041	Rééduc 1N	Sevrage tabagique
			21/02/2007	févr-2007	14mg	14mg	7	Dr Danieseau	21/02/2007	8033	PSY III	Sevrage tabagique
			26/02/2007	févr-2007	14mg	14mg	7	Dr Danieseau	21/02/2007	8033	PSY III	Sevrage tabagique
			22/03/2007	mars-2007	21mg	21mg	5	Dr Bodic	22/03/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			03/08/2007	août-2007	21mg	21mg	7	Dr Pot Vaudel	02/08/2007	5031	Rééduc 3N	Sevrage tabagique
			13/08/2007	août-2007	21mg	21mg	7	Dr Pot Vaudel	02/08/2007	5031	Rééduc 3N	Sevrage tabagique
			20/08/2007	août-2007								

			22/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr?	22/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
NEH Sai	31	M	18/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr Delvigne	18/06/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique
NOR Th	41	M	27/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	7	Dr Sabran	27/07/2007	8051	PSY IV	Sevrage tabagique
			10/09/2007	sept-2007	21mg	21mg	10	Dr Sabran	10/09/2007	8051	PSY IV	Sevrage tabagique
			22/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr Kone	19/06/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique
OLI Ali	35	F	09/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	5	Dr?	09/07/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique
			16/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	7	Dr Kone	16/07/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique
			01/10/2007	oct-2007	2mg	2mg	36	Dr?	21/09/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique
ORA Sa	35	F	15/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr Sabrau	15/06/2007	8051	PSY IV	Sevrage tabagique
			15/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	24	Dr Sabrau	15/06/2007	8051	PSY IV	Sevrage tabagique
			29/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr Lamarche	27/06/2007	8051	PSY IV	Sevrage tabagique
			29/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	36	Dr Lamarche	27/06/2007	8051	PSY IV	Sevrage tabagique
			17/03/2007	avr-2007	2mg	2mg	24	Dr Dupin	17/04/2007	1812	Addictologie	Sevrage tabagique
			23/04/2007	avr-2007	2mg	2mg	24	Dr Dupin	17/04/2007	1812	Addictologie	Sevrage tabagique
OTH Fan	22	F	11/05/2007	mai-2007	2mg	2mg	24	Dr Lambert	11/05/2007	1812	Addictologie	Sevrage tabagique
			21/05/2007	mai-2007	2mg	2mg	36	Dr Velly	21/05/2007	1812	Addictologie	Sevrage tabagique
			01/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	36	Dr Velly	01/06/2007	1812	Addictologie	Sevrage tabagique
			11/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	36	Dr?	11/06/2007	1812	Addictologie	Sevrage tabagique
PAN Ga	28	M	01/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr Bodic	26/05/2007	8013	PSY II	Sevrage tabagique
			27/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	7	Dr Henaff	27/07/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
PEL An	44	F	27/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	30	Dr Henaff	27/07/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
PEN Pa	50	M	25/05/2007	mai-2007	14mg	14mg	1	Dr?	25/05/2007	8013	PSY II	Sevrage tabagique
PEN Th	17	M	24/09/2007	sept-2007	14mg	14mg	7	Dr?	24/09/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique
			24/09/2007	sept-2007	2mg	2mg	33	Dr?	24/09/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique
PER Gwe	27	F	16/04/2007	avr-2007	7mg	7mg	7	Dr Augy	16/04/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique
PET Lau	37	M	23/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	36	Dr?	23/07/2007	8013	PSY II	Sevrage tabagique
PHI			02/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	24	Dr Tougeron	02/07/2007	8013	PSY II	Sevrage tabagique
			26/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr Pot Vaudel	26/06/2007	5031	Rééduc 3N	Sevrage tabagique
			28/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr Pot Vaudel	27/06/2007	5031	Rééduc 3N	Sevrage tabagique
			05/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	7	Dr Pot Vaudel	27/06/2007	5031	Rééduc 3N	Sevrage tabagique
			12/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	7	Dr Pot Vaudel	27/06/2007	5031	Rééduc 3N	Sevrage tabagique
			16/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	7	Dr Pot Vaudel	27/06/2007	5031	Rééduc 3N	Sevrage tabagique
			23/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	7	Dr Pot Vaudel	27/06/2007	5031	Rééduc 3N	Sevrage tabagique
			26/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	7	Dr Pot Vaudel	27/06/2007	5031	Rééduc 3N	Sevrage tabagique
			30/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	7	Dr Pot Vaudel	27/06/2007	5031	Rééduc 3N	Sevrage tabagique
			06/08/2007	août-2007	21mg	21mg	7	Dr Pot Vaudel	27/06/2007	5031	Rééduc 3N	Sevrage tabagique
			09/08/2007	août-2007	21mg	21mg	7	Dr Pot Vaudel	27/06/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique
			13/08/2007	août-2007	21mg	21mg	7	Dr Pot Vaudel	27/06/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique
			20/08/2007	août-2007	21mg	21mg	7	Dr Pot Vaudel	27/06/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique
PIT Mic	49	F	25/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr Thébaud	25/06/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique
			03/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	7	Dr Thébaud	03/07/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			09/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	7	Dr Thébaud	09/07/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
POI Re	36	M	16/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	7	Dr Thébaud	16/07/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			23/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	7	Dr?	23/07/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			26/01/2007	janv-2007	21mg	21mg	8	Dr Augy	26/01/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
PRA Jo	30	M	05/02/2007	févr-2007	21mg	21mg	7	Dr Augy	26/01/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
PRE Alb	25	M	10/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr Lamarche	08/08/2007	8051	PSY IV	Sevrage tabagique
QUI Ma	36	M	03/09/2007	sept-2007	14mg	14mg	7	Dr Kone	03/09/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique
			03/09/2007	sept-2007	2mg	2mg	24	Dr Kone	03/09/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique
QUI Oli	35	M	24/08/2007	août-2007	21mg	21mg	7	Dr Malphette	24/08/2007	8013	PSY II	Sevrage tabagique
RAM La	40	M	06/08/2007	août-2007	21mg	21mg	7	Dr Le Bellec	06/08/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
			13/08/2007	août-2007	21mg	21mg	7	Dr Govin	13/08/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
RAV Bea	35	F	24/08/2007	août-2007	2mg	2mg	30	Dr?	24/08/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique
REM Jo	47	F	27/04/2007	févr-2007	14mg	14mg	4	Dr Petitjean	27/04/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
REM Se	33	M	23/03/2007	mars-2007	21mg	21mg	4	Dr Jolly	22/03/2000	8042	PSY IV	Sevrage tabagique
			29/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr Le Geay	29/06/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
REM			29/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	24 (OCP)	Dr Le Geay	29/06/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
REN Ge	28	M	17/02/2007	févr-2007	14mg	14mg	8	Dr Augy	16/02/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
			19/02/2007	févr-2007	14mg	14mg	5	Dr Augy	16/02/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
RET Pa	47	F	14/09/2007	sept-2007	2mg	2mg	15	Dr Legeay	14/09/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
REV La	19	F	09/07/2007	juil-2007	7mg	7mg	5	Dr?	09/07/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique
REY Yan	42	M	13/08/2007	août-2007	21mg	21mg	7	Dr?	13/08/2007	8051	PSY IV	Sevrage tabagique
			06/03/2007	mars-2007	14mg	14mg	6	Dr Lamarche	06/03/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique
			12/03/2007	mars-2007	14mg	14mg	7	Dr Lamarche	06/03/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique
			24/08/2007	août-2007	21mg	21mg	7	Dr?	24/08/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique
			24/08/2007	août-2007	2mg	2mg	30	Dr?	24/08/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique
RIB Ya	48	M	15/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr Thébaud	15/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			15/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr?	15/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			22/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr?	22/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
RIC Oli	33	M	19/09/2007	sept-2007	21mg	21mg	7	Dr Rabiller	19/09/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			19/09/2007	sept-2007	2mg	2mg	30	Dr Rabiller	19/09/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
RIP Ai	28	M	01/08/2007	août-2007	21mg	21mg	28	Dr Sabran	01/08/2007	8043	PSY IV	Sevrage tabagique
			01/08/2007	août-2007	2mg	2mg	210	Dr Sabran	01/08/2007	8043	PSY IV	Sevrage tabagique
			23/05/2007	mai-2007	14mg	14mg	7	Dr?	21/05/2007	8033	PSY III	Sevrage tabagique
RIV Da	48	M	23/05/2007	mai-2007	2mg	2mg	24	Dr?	21/05/2007	8033	PSY III	Sevrage tabagique
			02/02/2007	févr-2007	21mg	21mg	4	Dr Augy	31/01/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
			05/02/2007	févr-2007	21mg	21mg	7	Dr Augy	31/01/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
			12/02/2007	févr-2007	21mg	21mg	4	Dr Augy	31/01/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
			19/02/2007	févr-2007	21mg	21mg	5	Dr Augy	31/01/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
			13/02/2007	févr-2007	5mg	5mg	7	Dr Augy	12/02/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
			19/02/2007	févr-2007	5mg	5mg	5	Dr Augy	12/02/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
			26/02/2007	févr-2007	5mg	5mg	7	Dr Augy	12/02/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
			02/03/2007	mars-2007	5mg	5mg	7	Dr Augy	12/02/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
			05/03/2007	mars-2007	5mg	5mg	7	Dr Augy	12/02/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
			19/03/2007	mars-2007	7mg	7mg	7	Dr Augy	12/02/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
			23/03/2007	mars-2007	7mg	7mg	7	Dr Augy	12/02/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
			02/04/2007	avr-2007	7mg	7mg	7	Dr Augy	12/02/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
			10/04/2007	avr-2007	7mg	7mg	7	Dr Le Bellec	10/04/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
			13/04/2007	avr-2007	7mg	7mg	7	Dr Le Bellec	10/04/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
			24/08/2007	août-2007	14mg	14mg	20	Dr Le Bellec	24/05/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
			24/09/2007	sept-2007	14mg	14mg	7	Dr Le Bellec	24/09/2007	8053	PSY IV	Sevrage tabagique
			01/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr Bodic	01/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			05/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	36	Dr Bodic	05/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			08/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	36	Dr Bodic	08/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			15/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	12	Dr Thébaud	15/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			22/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	24	Dr?	22/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			02/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	51 (OCP)	Dr Thébaud	29/06/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
ROB Fra	37	M	25/05/2007	mai-2007	21mg	21mg	6	Dr?	25/05/2007	8033	PSY III	Sevrage tabagique
ROB Ph	19	M	10/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr Rozaire	07/08/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique
			10/08/2007	août-2007	2mg	2mg	15	Dr Rozaire	07/08/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique
ROL Sh	26	F	08/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr Buscoz	08/06/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique
			15/06/2007	juin-2007	14mg	14mg	7	Dr Delvigne	15/06/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique
RON Sy	35	F	15/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	12	Dr Delvigne	15/06/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique
			06/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	6	Dr Boscoz	06/07/2007	8031	PSY III	Se

			02/05/2007	mai-2007	7mg	7mg	7	Dr Bodic	02/05/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			07/05/2007	mai-2007	7mg	7mg	5	Dr Bodic	02/05/2007	5034	Rééduc 4N	sevrage tabagique
			09/05/2007	mai-2007	7mg	7mg	2	Dr Bodic	02/05/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			14/05/2007	mai-2007	7mg	7mg	7	Dr Bodic	02/05/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			21/05/2007	mai-2007	7mg	7mg	11	Dr?	14/05/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			28/05/2007	mai-2007	7mg	7mg	4	Dr Schmitt	14/05/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			31/05/2007	mai-2007	7mg	7mg	7	Dr Schmitt	14/05/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			07/06/2007	juin-2007	7mg	7mg	7	Dr Schmitt	14/05/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			14/06/2007	juin-2007	7mg	7mg	7	Dr Schmitt	14/05/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			20/06/2007	juin-2007	7mg	7mg	7	Dr Schmitt	14/05/2007	5034	Rééduc 4N	Sevrage tabagique
			10/08/2007	août-2007	7mg	7mg	7	Dr Rozaire	07/08/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique
			10/08/2007	août-2007	2mg	2mg	15	Dr Rozaire	07/08/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique
			30/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	7	Dr Danescu	30/07/2000	8033	PSI III	Sevrage tabagique
			25/04/2007	avr-2007	21mg	21mg	7	Dr Lamarche	25/04/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique
			30/04/2007	avr-2007	14mg	14mg	7	Dr Fouilleul	30/04/2007	8023	PSY V	Sevrage tabagique
			15/06/2007	juin-2007	7mg	7mg	7	Dr?	15/06/2007	8051	PSY IV	Sevrage tabagique
			26/02/2007	févr-2007	14mg	14mg	7	Dr Augy	26/02/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique
			01/10/2007	oct-2007	2mg	2mg	27	Dr?	21/09/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique
			24/05/2007	mai-2007	2mg	2mg	72	Dr Sechter	23/05/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique
			15/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	100	Dr Augy	15/06/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique
			29/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	12	Dr Rozaire	28/06/2007	8173	Shupp	Sevrage tabagique
			23/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	7	Dr Bollet	23/07/2007	5034	Rééduc 4N	sevrage tabagique
			30/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	7	Dr Bollet	30/07/2007	5034	Rééduc 4N	sevrage tabagique
			06/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr Bollet	30/07/2007	5034	Rééduc 4N	sevrage tabagique
			17/08/2007	août-2007	14mg	14mg	7	Dr Bollet	30/07/2007	5034	Rééduc 4N	sevrage tabagique
			17/02/2006	févr-2007	21mg	21mg	7	Dr Charoy	16/02/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			21/05/2007	mai-2007	2mg	2mg	24	Dr Legeay	16/05/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			16/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	7	Dr Danescu	16/07/2007	8033	PSI III	Sevrage tabagique
			30/07/2007	juil-2007	14mg	14mg	7	Dr Danescu	30/07/2007	8033	PSI III	Sevrage tabagique
			30/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	30	Dr Danescu	30/07/2007	8034	PSY III	Sevrage tabagique
			06/08/2007	août-2007	7mg	7mg	4	Dr Danescu	06/08/2007	8033	PSI III	Sevrage tabagique
			13/08/2007	août-2007	7mg	7mg	4	Dr Danescu	13/08/2007	8033	PSY III	Sevrage tabagique
			17/04/2007	avr-2007	2mg	2mg	48	Dr Thébaud	17/04/2007	8051	PSY IV	Sevrage tabagique
			19/03/2007	mars-2007	21mg	21mg	7	Dr Charoy	16/03/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			01/10/2007	oct-2007	2mg	2mg	36	Dr?	19/09/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique
			06/04/2007	avr-2007	14mg	14mg	7	Dr Rabiller	06/04/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			13/04/2007	avr-2007	14mg	14mg	7	Dr Rabiller	06/04/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			20/04/2007	avr-2007	14mg	14mg	7	Dr Rabiller	06/04/2007	8151	Alcoologie	Sevrage tabagique
			21/09/2007	sept-2007	21mg	21mg	7	Dr Cardot	16/09/2007	8013	PSY II	Sevrage tabagique
			21/09/2007	sept-2007	2mg	2mg	30	Dr Cardot	16/09/2007	8013	PSY II	Sevrage tabagique
			16/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	30	Dr Barbier	16/07/2007	8011	PSY II	Sevrage tabagique
			11/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr FM	11/06/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			11/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	36	Dr FM	11/06/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			21/05/2007	mai-2007	2mg	2mg	12	Dr Legeay	16/05/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			01/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr?	01/06/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			11/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr FM	11/06/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			11/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	36	Dr FM	11/06/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			16/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	7	Dr?	13/07/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			16/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	36	Dr?	13/07/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			23/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	45	Dr?	23/07/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			14/09/2007	sept-2007	14mg	14mg	7	Dr Legeay	14/09/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			14/09/2007	sept-2007	2mg	2mg	15	Dr Legeay	14/09/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			28/09/2007	sept-2007	21mg	21mg	7	Dr Legeay	28/09/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			05/10/2007	oct-2007	21mg	21mg	7	Dr?	05/10/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			28/09/2007	sept-2007	2mg	2mg	30	Dr Jolly	28/09/2007	8042	PSY IV	Sevrage tabagique
			04/04/2007	avr-2007	2mg	2mg	24	Dr Gerbaud	03/04/2007	5034	MPR	Sevrage tabagique
			16/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	7	Dr?	13/07/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			16/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	30	Dr?	13/07/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			03/08/2007	août-2007	21mg	21mg	7	Dr?	28/07/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			02/05/2007	mai-2007	14mg	14mg	5	Dr Messar-Murphy	02/05/2007	8033	Psy III	Sevrage tabagique
			02/05/2007	mai-2007	2mg	2mg	60	Dr Messar-Murphy	02/05/2007	8033	PSY III	Sevrage tabagique
			09/05/2007	mai-2007	14mg	14mg	12	Dr Messar-Murphy	09/05/2007	8033	Psy III	Sevrage tabagique
			11/05/2007	mai-2007	2mg	2mg	36	Dr Messar-Murphy	11/05/2007	8033	PSY III	Sevrage tabagique
			23/05/2007	mai-2007	7mg	7mg	7	Dr Messar-Murphy	23/05/2007	8033	PSY III	Sevrage tabagique
			23/05/2007	mai-2007	2mg	2mg	36	Dr Messar-Murphy	21/05/2007	8033	PSY III	Sevrage tabagique
			15/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	48	Dr?	15/06/2007	8033	PSY III	Sevrage tabagique
			19/04/2007	avr-2007	21mg	21mg	7	Dr Mallet	19/04/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			04/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	12	Dr Legeay	03/06/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			04/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr Legeay	03/06/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			11/06/2007	juin-2007	21mg	21mg	7	Dr Legeay	11/06/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			11/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	36	Dr Legeay	11/06/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			27/07/2007	juil-2007	21mg	21mg	7	Dr?	24/07/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			27/07/2007	juil-2007	2mg	2mg	30	Dr?	24/07/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			03/08/2007	août-2007	21mg	21mg	7	Dr?	28/07/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			03/08/2007	août-2007	2mg	2mg	15	Dr?	28/07/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			10/08/2007	août-2007	2mg	2mg	15	Dr?	10/08/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			14/09/2007	sept-2007	21mg	21mg	7	Dr Legeay	14/09/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			14/09/2007	sept-2007	2mg	2mg	15	Dr Legeay	14/09/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			28/09/2007	sept-2007	21mg	21mg	7	Dr Legeay	28/09/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			18/06/2007	juin-2007	2mg	2mg	36	Dr Legeay	17/06/2007	8021	PSY V	Sevrage tabagique
			09/02/2007	févr-2007	14mg	14mg	7	Dr Augy	09/02/2007	8031	PSY III	Sevrage tabagique



Pharmacie à usage intérieur
Saint-Jacques UF 9401

BRIGITTE MAULAZ
PHARMACIEN PRATICIEN
HOSPITALIER

CHEF DE SERVICE

ALINE LEPELLETIER
PHARMACIEN PRATICIEN
HOSPITALIER

RESPONSABLE GERIATRIE

Julie EMEREAU
Cécile LOUVIGNE
INTERNES EN PHARMACIE
Secrétariat : +33 2.40.84.64.45
(abrégé : 46445)
FAX : +33 2 40 84 64 52

Nantes, 26 avril 2007

**A L'ATTENTION DES CADRES DE SANTE DE
PSYCHIATRIE**

**Objet : Créations d'une dotation de substituts
nicotiniques et d'une nouvelle modalité de délivrance de
ces médicaments sans ordonnance nominative.**

Réf : B.M / 26 - 07

Madame, Monsieur,

A compter du lundi 30 avril 2007, toutes les Unités de Soins de Psychiatrie, vont disposer d'une dotation de :

Patchs nicotiniques 7mg/24h	Patchs nicotiniques 14mg/24h	Patchs nicotiniques 21mg/24h	Gommes nicotine 2 mg
6	6	6	24

Cette dotation doit servir exclusivement à débiter le traitement d'un patient entrant, en dehors des horaires d'ouverture de votre Pharmacie. (lundi au vendredi de 9h00 à 17h00)

D'autre part, l'obtention de substituts nicotiniques aux horaires ouvrables, pour l'ensemble des patients, à compter de cette date, ne nécessite plus de prescription sur Ordonnances Nominatives (O.N vertes), mais par contre, la demande doit être renseignée sur une feuille spécifique (voir modèle ci-joint), par l'IDE qui assure la commande de médicaments.

Sur ces feuilles placées dans votre classeur de commande bi-hebdomadaire, il faut noter la date, apposer l'étiquette-patient, donner le nom du médecin prescripteur, cocher le dosage demandé de patch et/ou de gommes, ainsi que la durée du traitement.

C'est également sur ces feuilles qu'il faut demander un réassort de votre dotation, si les patchs ou gommes de votre dotation, ont été utilisés la nuit, un jour férié ou un week-end, en apposant les étiquettes des patients concernés.

En vous remerciant de votre collaboration, veuillez agréer l'expression de ma considération.

Brigitte Maulaz

Annexe 5

COMMANDE ET TRACABILITE DES SUBSTITUTS NICOTINIQUES

UF :

DATE	ETIQUETTE PATIENT	NOM PRESCRIPTEUR	Réassort Dotation	PATCH NICOTINIQUE (Cocher le dosage)	GOMME NICOTINIQUE 2 MG (cocher la case)	DUREE THEORIQUE TRAITEMENT (jours)	DISPENSATION PHARMACIE		
							Date	Qté délivrée	Visa
			OUI /NON	<input type="checkbox"/> 7 mg/24h <input type="checkbox"/> 14 mg/24h <input type="checkbox"/> 21 mg/24h	<input type="checkbox"/> 12 gomme <input type="checkbox"/> 24 gomme <input type="checkbox"/> 36 gomme				
			OUI /NON	<input type="checkbox"/> 7 mg/24h <input type="checkbox"/> 14 mg/24h <input type="checkbox"/> 21 mg/24h	<input type="checkbox"/> 12 gomme <input type="checkbox"/> 24 gomme <input type="checkbox"/> 36 gomme				
			OUI /NON	<input type="checkbox"/> 7 mg/24h <input type="checkbox"/> 14 mg/24h <input type="checkbox"/> 21 mg/24h	<input type="checkbox"/> 12 gomme <input type="checkbox"/> 24 gomme <input type="checkbox"/> 36 gomme				
			OUI /NON	<input type="checkbox"/> 7 mg/24h <input type="checkbox"/> 14 mg/24h <input type="checkbox"/> 21 mg/24h	<input type="checkbox"/> 12 gomme <input type="checkbox"/> 24 gomme <input type="checkbox"/> 36 gomme				

Annexe 6

 CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES Direction des usagers et de la réglementation	MODE OPERATOIRE Action de prévention du tabagisme Cession de substituts nicotiques aux personnels	Diffusion et publication intranet : P. Brun	0028-MO-RSF-REC-001 (N°11-10-3)
	Processus : Gestion financière et budgétaire (processus interne PAD) Rubrique de classement Intranet : Prise en charge administrative des usagers Rubrique de classement interne au service : Direction des usagers	Page 1 / 1	V 02 MAJ 31-01-07

Objectifs : Assurer la délivrance de substituts nicotiques aux personnels hospitaliers et la facturation des dispositifs cédés.

Domaine d'application : Médecins de la consultation de tabacologie, pharmaciens de la pharmacie centrale et des pharmacies à usage intérieur, personnels des bureaux des admissions, agents hospitaliers bénéficiant de l'aide au sevrage organisée par le CHU de Nantes.

Documents de référence :

- Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif
- lettre du Directeur général à l'ensemble des personnels, du 18/01/07
- décisions de désignation des régisseurs de recettes

NOUVELLES DISPOSITIONS RELATIVES A L'INTERDICTION DE FUMER DANS LES LOCAUX A USAGE COLLECTIF

Afin d'accompagner l'interdiction de fumer dans les locaux du Chu de Nantes, effective au 1^{er} février 2007, l'établissement assure la gratuité du premier mois de traitement par substitution nicotinique pendant toute l'année 2007.

Pour la suite du traitement, les personnels continuent de bénéficier des substituts à prix coûtant.

DEROULEMENT

1 – Une prescription de substitut nicotinique est établie au nom du membre du personnel hospitalier par la consultation de tabacologie, d'addictologie ou de médecine du travail. La consultation indique s'il s'agit ou non d'une première prescription.

2 – La Pharmacie centrale

- assure l'approvisionnement des Pharmacies d'établissement en substituts nicotiques,
- informe les Bureaux des admissions du tarif de cession des substituts nicotiques au delà du premier mois

3 - L'agent bénéficiaire de la prescription s'adresse au Bureau des admissions pour faire établir un dossier de soins externes, avant de retirer le produit auprès de la Pharmacie d'établissement.

- Pour toute cession intervenant durant le premier mois d'un traitement débuté au cours de l'année 2007, le Bureau des entrées enregistre dans le dossier la lettre clé PPH avec la mention non-facturable.
- à compter du 1^{er} janvier 2008, s'il s'agit d'une première prescription, le Bureau des entrées enregistre dans le dossier la lettre clé PPH avec la mention non-facturable.
- Dans les autres cas, le Bureau des entrées
 - enregistre dans le dossier la lettre clé PPH,
 - valorise le produit au tarif communiqué,
 - encaisse le montant convenu, en régie de recettes,
 - délivre une quittance à l'agent

4 – La Pharmacie d'établissement

- enregistre la dispensation sur l'ordonnancier
- appose sur la quittance un tampon permettant d'attester la délivrance du produit
- délivre le produit à l'agent

Diffusion : Directeur du pôle pharmacies, Chefs de service des pharmacies à usage intérieur, Consultation de tabacologie, Secrétariat du CLOPT, Directeurs des plateformes de proximité, responsables des bureaux des entrées, Directeur du pôle activité-développement, Directeur des usagers et de la réglementation, Responsable du bureau de facturation aux usagers

REDACTEUR	Visa	VERIFICATEUR	Visa	APPROBATEUR	Visa	Date Application
LO MACHON Pour le Directeur des Usagers et de la Réglementation	Original signé	A. BENARD Présidente du CLOPT	Original signé	E. MANGEUVRIER Directeur du pôle activité/développement	Original signé	01/02/07

PAYS	INTERDICTION DU TABAC
Allemagne 	<p>Lieux de travail : les employeurs doivent prendre les mesures nécessaires pour protéger le droit des salariés contre les risques du tabagisme passif.</p> <p>Lieux publics : le tabac est autorisé dans les restaurants, bars et autres lieux de travail qui sont ouverts au public, dans les transports et les établissements scolaires.</p>
Autriche 	<p>Lieux publics : interdiction totale sauf dans les restaurants et les bars (interdiction partielle).</p> <p>Lieux de travail : interdiction depuis 2005.</p>
Belgique 	<p>Lieux publics : interdiction de fumer dans les lieux publics depuis le 1er janvier 2006 et dans les restaurants depuis le 1er janvier 2007 (toléré dans les bars et cafés)</p> <p>Lieux de travail : interdiction depuis le 1er janvier 2006</p>
Bulgarie 	<p>Lieux publics : interdiction de fumer dans les lieux publics depuis 1974.</p> <p>Lieux de travail : interdiction depuis 2005. (Sources : OMS)</p>
Chypre 	<p>Interdiction de fumer dans les lieux publics depuis 2002. Interdiction partielle dans les restaurants et les cafés.</p>
Danemark 	<p>Lieux publics : interdiction de fumer depuis le 15 août 2007, y compris dans les cafés et les bars. Des sections réservées sont prévues dans les espaces de plus de 100 mètres carrés.</p> <p>Lieux de travail : les personnes qui ne partagent leur bureau avec aucun collègue peuvent continuer à fumer.</p>
Espagne 	<p>Lieux publics et lieux de travail : interdiction totale depuis le 1er janvier 2006 mais des exceptions sont prévues.</p>
Estonie 	<p>Interdiction dans les lieux publics depuis 2002. Des espaces fumeurs sont aménagés dans les restaurants et les cafés.</p>
Finlande 	<p>Interdiction prévue en juin 2007. Des espaces fumeurs totalement hermétiques pourront être aménagés.</p>

<p>France</p> 	<p>Lieux publics : la loi du 10 janvier 1991, dite "loi Évin", pose le principe de l'interdiction de fumer dans tous les locaux à usage collectif. En pratique, cette interdiction ne s'applique que dans les emplacements expressément réservés aux non-fumeurs.</p> <p>Depuis le 1er février 2007, il est interdit de fumer dans les lieux publics. Un délai jusqu'au 1er janvier 2008 pour les cafés, tabacs, restaurants et discothèques, est accordé.</p>
<p>Grèce</p> 	<p>Lieux publics et lieux de travail : interdiction de fumer depuis 2003 mais non appliquée</p>
<p>Hongrie</p> 	<p>Lieux publics : espaces fumeurs et non fumeurs obligatoires dans les bars et restaurants depuis mai 2004</p>
<p>Irlande</p> 	<p>Lieux publics et lieux de travail : interdiction depuis le 24 mars 2004</p>
<p>Italie</p> 	<p>Lieux publics et lieux de travail : interdiction depuis le 10 janvier 2005</p>
<p>Lettonie</p> 	<p>Interdiction dans les lieux publics depuis 2002. Des espaces fumeurs sont aménagés dans les restaurants et les cafés.</p>
<p>Lituanie</p> 	<p>Lieux publics et lieux de travail : interdiction totale depuis 2007</p>
<p>Luxembourg</p> 	<p>Interdiction partielle depuis septembre 2006</p>
<p>Malte</p> 	<p>Lieux publics et lieux de travail : interdiction totale depuis mars 2005</p>
<p>Pays-Bas</p> 	<p>Lieux de travail : interdiction depuis le 1er janvier 2004 sauf dans les parties des restaurants et des cafés qui sont ouvertes au public</p>
<p>Pologne</p> 	<p>Interdiction de fumer dans les établissements publics, cafés et restaurants sauf dans les zones fumeurs</p>
<p>Portugal</p> 	<p>Interdiction partielle. Il existe des zones fumeurs dans les Théâtres, cinémas et lieux de Travail.</p>

République tchèque 	Interdiction partielle dans les bars et les restaurants
Roumanie 	Lieux publics et lieux de travail : interdiction de fumer depuis 2002 (Source : <u>OMS</u>)
Royaume-Uni 	Lieux publics et lieux de travail : le décret du 14 février 2006 prévoyant l'interdiction totale du tabac est entrée en vigueur le 1er juillet 2007
Slovaquie 	Interdiction de fumer dans les établissements publics, cafés et restaurants
Slovénie 	Interdiction de fumer dans les établissements publics
Suède 	Depuis 2004, interdiction totale de fumer dans les restaurants, bars et cafés. L'interdiction de fumer dans les hôpitaux et les établissements scolaires date de 1993.

Mise à jour : 17/08/07

N. BIBLIOGRAPHIE

[1] : Histoire et petite histoire du tabagisme et de l'anti-tabagisme

Dans : Perriot J. Tabacologie 2^{ème} éd. Paris : Masson ; 1995. p.1-10

[2] : Loi n°91-31 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme (J.O. 12 janvier 1991)

[3] : INSERM. Composition chimique du tabac. ist.inserm.fr/basisrapports/tabac2/tabac2_chap02.pdf, consulté le 13 septembre 2007

[4] : Stahl S., Psychopharmacologie essentielle 1^{ère} éd. Paris : Flammarion ; 2002.

[5] : Troubles liés à une substance

Dans : Ameriacn Psychiatric Association, DSM-IV (manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux) 4^{ème} éd. Paris: Masson ; 2003 p. 221-314

[6] : Paille F., chapitre 62, Critères diagnostiques, cliniques et biologiques de la dépendance tabagique

Dans : Reynaud M., Traité d'addictologie éd. Paris : Flammarion ; 2006. p.418-423

[7] : Dupont P., chapitre 67, Principes de la prise en charge du sujet tabagique : substitution, accompagnement psychologique et social, comorbidités.

Dans : Reynaud M., Traité d'addictologie éd. Paris : Flammarion ; 2006. p.442-449

[8] : Aubin H-J., Michel L., chapitre 63, Comorbidité psychiatrique du tabagisme.

Dans : Reynaud M., Traité d'addictologie éd. Paris : Flammarion ; 2006. p.425-427

[9] : Dautzenberg B., chapitre 64, Complications somatiques du tabagisme.

Dans : Reynaud M., Traité d'addictologie éd. Paris : Flammarion ; 2006. p.428-433

[10] : Psychiatrie, désintoxication tabagique, nicotine percutanée et nicotine perlinguale

Dans : Dorosz P. Guide pratique des médicaments 27^{ème} éd. Paris : Maloine ; 2007.
p. 1382-1384

[11] : ZYBAN LP®

Dans : Vidal. Le dictionnaire 83^{ème} éd. Paris : Vidal ; 2007 p.2513

[12] : Vidal.

CHAMPIX®

www.vidal.fr consulté le 26 septembre 2007

[13] : Lagrue G., Aubin H-J., chapitre 68, Les thérapies cognitivo-comportementale dans la prise en charge de la dépendance tabagique.

Dans : Reynaud M., Traité d'addictologie éd. Paris : Flammarion ; 2006. p.450-458

Vu, le Président du Jury

Vu, Le Directeur de Thèse

Vu, Le Directeur de l'U.F.R.

Nom-Prénoms- : Dupré- Hélène, France, Eugénie

Titre de la thèse : mise en place du décret du 16 novembre 2006 relatif à l'interdiction de fumer dans les lieux publics au CHU de Nantes en 2007.

Résumé de la thèse :

A partir du premier février 2007, il est interdit de fumer dans les lieux publics en France. La mise en place de cette interdiction a été effectuée au CHU de Nantes et les répercussions ont été importantes dans les services de soins de moyens et de longs séjours comme la psychiatrie ou la rééducation fonctionnelle. Le tabagisme est une toxicomanie complexe dont le sevrage nécessite une prise en charge pluridisciplinaire. La pharmacie à usage intérieur de l'hôpital Saint-Jacques du CHU de Nantes s'est impliquée dans l'application de ce décret. Une analyse fondée sur le recueil des prescriptions destinées aux patients ainsi qu'aux personnels de l'établissement apporte un éclairage intéressant sur les caractéristiques des populations tabagiques.

Mots clés :

Tabagisme, addiction, décret n°2006-1386, CHU Nantes

JURY

PRESIDENT : Mme Nicole GRIMAUD, Professeur de pharmacologie
Faculté de Pharmacie de Nantes

ASSESEURS : Mme Brigitte MAULAZ, Chef de service Pharmacie
Hôpital Saint-Jacques- 85 rue Saint-Jacques 44093 Nantes Cedex1
M. Patrick PARERE, Titulaire Pharmacie d'officine
Pharmacie Parère – 40 rue Blordière 44400 Nantes