

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

Soutenue publiquement le 17 octobre 2018

Par DESSENNE Valentine

SEVRAGE TABAGIQUE : CONSEILS A L'OFFICINE

Membres du jury :

Président : Pr. Dine Thierry, Professeur de pharmacie clinique à la faculté de pharmacie de Lille, praticien hospitalier au centre hospitalier Loos-Haubourdin.

Assesseur(s) : Pr. Gressier Bernard, Professeur de pharmacologie à la faculté de pharmacie de Lille, praticien hospitalier au centre hospitalier d'Armentières.

Membre extérieur : Dr. Mulier Géry, Pharmacien d'officine.

Université de Lille

Président :	Jean-Christophe CAMART
Premier Vice-président :	Damien CUNY
Vice-présidente Formation :	Lynne FRANJIÉ
Vice-président Recherche :	Lionel MONTAGNE
Vice-président Relations Internationales :	François-Olivier SEYS
Directeur Général des Services :	Pierre-Marie ROBERT
Directrice Générale des Services Adjointe :	Marie-Dominique SAVINA

Faculté de Pharmacie

Doyen :	Bertrand DÉCAUDIN
Vice-Doyen et Assesseur à la Recherche :	Patricia MELNYK
Assesseur aux Relations Internationales :	Philippe CHAVATTE
Assesseur à la Vie de la Faculté et aux Relations avec le Monde Professionnel :	Thomas MORGENROTH
Assesseur à la Pédagogie :	Benjamin BERTIN
Assesseur à la Scolarité :	Christophe BOCHU
Responsable des Services :	Cyrille PORTA

Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Pharmacie Galénique
M.	DEPREUX	Patrick	ICPAL
M.	DINE	Thierry	Pharmacie clinique
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie
M.	LUYCKX	Michel	Pharmacie clinique
M.	ODOU	Pascal	Pharmacie Galénique
M.	STAELS	Bart	Biologie Cellulaire

Liste des Professeurs des Universités

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Physique
M.	BERTHELOT	Pascal	Onco et Neurochimie

M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie – Pharmacie clinique
M.	CHAVATTE	Philippe	ICPAL
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences végétales et fongiques
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Physique
M.	DEPREZ	Benoît	Lab. de Médicaments et Molécules
Mme	DEPREZ	Rebecca	Lab. de Médicaments et Molécules
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences végétales et fongiques
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
M.	FOLIGNE	Benoît	Bactériologie
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie
Mme	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie Industrielle
M.	GOOSSENS	Jean François	Chimie Analytique
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie Cellulaire
M.	LUC	Gerald	Physiologie
Mme	MELNYK	Patricia	Onco et Neurochimie
M.	MILLET	Régis	ICPAL
Mme	MUHR – TAILLEUX	Anne	Biochimie
Mme	PAUMELLE-LESTRELIN	Réjane	Biologie Cellulaire
Mme	PERROY	Anne Catherine	Législation
Mme	ROMOND	Marie Bénédicte	Bactériologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SERGHÉRAERT	Eric	Législation
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie Industrielle
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie Industrielle
M.	WILLAND	Nicolas	Lab. de Médicaments et Molécules

Liste des Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	BALDUYCK	Malika	Biochimie
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie
M.	LANNOY	Damien	Pharmacie Galénique
Mme	ODOU	Marie Françoise	Bactériologie
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacie Galénique

Liste des Maîtres de Conférences

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALIOUAT	Cécile Marie	Parasitologie
M.	ANTHERIEU	Sébastien	Toxicologie
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie
Mme	BANTUBUNGI	Kadiombo	Biologie cellulaire
Mme	BARTHELEMY	Christine	Pharmacie Galénique
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie
M	BELARBI	Karim	Pharmacologie
M.	BERTHET	Jérôme	Physique
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle
M.	BOCHU	Christophe	Physique
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie
M.	BOSC	Damien	Lab. de Médicaments et Molécules
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie
Mme	CARON	Sandrine	Biologie cellulaire
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie
Mme	CHARTON	Julie	Lab. de Médicaments et Molécules
M	CHEVALIER	Dany	Toxicologie
M.	COCHELARD	Dominique	Biomathématiques
Mme	DANEL	Cécile	Chimie Analytique
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire
Mme	DUTOIT-AGOURIDAS	Laurence	Onco et Neurochimie
M.	EL BAKALI	Jamal	Onco et Neurochimie
M.	FARCE	Amaury	ICPAL
Mme	FLIPO	Marion	Lab. de Médicaments et Molécules
Mme	FOULON	Catherine	Chimie Analytique
M.	FURMAN	Christophe	ICPAL
Mme	GENAY	Stéphanie	Pharmacie Galénique
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GOOSSENS	Laurence	ICPAL
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques
Mme	HAMOUDI	Chérifa Mounira	Pharmacotechnie industrielle
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie
M.	KAMBIA	Kpakpaga Nicolas	Pharmacologie
M.	KARROUT	Youness	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie
M.	LEBEGUE	Nicolas	Onco et Neurochimie
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie Analytique
Mme	LEHMANN	Hélène	Législation
Mme	LELEU-CHAVAIN	Natascha	ICPAL

Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie Analytique
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie
M.	MOREAU	Pierre Arthur	Sciences végétales et fongiques
M.	MORGENROTH	Thomas	Législation
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques
M.	PIVA	Frank	Biochimie
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie
M.	POURCET	Benoît	Biochimie
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques
Mme	RAVEZ	Séverine	Onco et Neurochimie
Mme	RIVIERE	Céline	Pharmacognosie
Mme	ROGER	Nadine	Immunologie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Lab. de Médicaments et Molécules
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques
M.	YOUS	Saïd	Onco et Neurochimie
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques

Professeurs Certifiés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mlle	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeur Associé - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	DAO PHAN	Hai Pascal	Lab. Médicaments et Molécules
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie Pharmaceutique

Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacie Clinique
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacie Clinique
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques

AHU

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie

Faculté de Pharmacie de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX
Tel. : 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64
<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Remerciements

Je tiens à vous remercier tout particulièrement, **Monsieur Gressier**, pour vos conseils et votre disponibilité.

Merci d'avoir accepté de diriger et de corriger cette thèse.

Que ce travail soit pour vous un gage de ma profonde et respectueuse reconnaissance.

Recevez, **Monsieur Dine**, mes sincères remerciements pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse.

Je vous prie de trouver ici l'expression de mon profond respect.

Un immense merci à vous, **Monsieur Mulier**, de m'avoir accueillie au sein de votre pharmacie. Merci pour votre écoute et vos conseils. J'ai particulièrement aimé travailler avec vous et toute votre équipe. Vous me faites le grand honneur de juger ce travail. Veuillez trouver à travers cette thèse ma plus vive reconnaissance.

Je tiens également à transmettre mes sincères remerciements,

A mes parents, mes frères et sœurs et ma famille,

Pour votre présence, vos conseils et vos encouragements pendant toutes ces années d'études, dans chaque projet réalisé et pour tous ces bons moments passés ensemble.

Merci pour tout votre amour.

A mes amis,

Qui sont indispensables pour moi, merci pour ces années étudiantes que je n'oublierai jamais, et toutes les futures années à venir, merci pour votre soutien et votre amitié.

Et à **toutes les personnes qui sont présentes autour de moi**, de près ou de loin, et qui me permettent de m'épanouir.

SOMMAIRE

SOMMAIRE	10
INTRODUCTION	13
I. LE TABAGISME	14
A. DEFINITION	14
B. EPIDEMIOLOGIE	15
C. DEPENDANCE	18
1. <i>Dépendance physique</i>	18
2. <i>Dépendance psychologique</i>	19
3. <i>Dépendance comportementale</i>	19
D. CONSEQUENCES	20
1. <i>Cancer</i>	20
2. <i>Affections cardio-vasculaires</i>	24
3. <i>Comorbidité diabète tabagisme</i>	27
4. <i>Affections non-néoplasiques ORL et pulmonaire</i>	27
5. <i>Cavité buccale</i>	29
6. <i>Peau</i>	30
7. <i>Yeux</i>	31
8. <i>Appareil digestif</i>	31
9. <i>Poids</i>	32
10. <i>Fertilité</i>	33
11. <i>Ménopause</i>	34
E. DIAGNOSTIC	34
1. <i>Diagnostic de la dépendance physique</i>	35
2. <i>Diagnostic de la dépendance psychologique</i>	37
F. PREVENTION	38
1. <i>Grandes lois françaises</i>	38
2. <i>Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT) 2014-2019</i>	40
3. <i>Campagne « Moi(s) sans tabac »</i>	44
4. <i>La journée mondiale sans tabac : « le 31 Mai »</i>	45
5. <i>Place du pharmacien</i>	45
II. SEVRAGE TABAGIQUE	46
A. BENEFICES SEVRAGE	46
B. SUBSTITUTS NICOTINIQUES	47
1. <i>Les différentes formes de substituts</i>	47
2. <i>Sous et surdosage des substituts nicotiniques</i>	55
3. <i>Prise en charge par la Sécurité Sociale</i>	55
C. MEDICAMENTS	57
1. <i>Bupropion (Zyban®)</i>	57
2. <i>Varénicline (Champix®)</i>	60
D. CAS PARTICULIER : LA GROSSESSE	63
III. CONSEILS A L'OFFICINE	64
A. EVALUATION (ENTRETIEN AVEC LE PATIENT)	64
1. <i>Évaluation de la motivation à l'arrêt du tabac</i>	65
2. <i>Conduite à tenir</i>	67
B. CHOIX DU SUBSTITUT NICOTINIQUE	71
C. THERAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE	72
	10

D.	HOMEOPATHIE	72
1.	<i>Traiter l'anxiété liée à l'arrêt du tabac</i>	73
2.	<i>Comblent une envie de fumer à tout moment de la journée</i>	73
3.	<i>Traiter les effets du manque de nicotine</i>	73
4.	<i>Gérer la frustration</i>	73
5.	<i>Insomnies, perturbation du sommeil</i>	73
6.	<i>Constipation</i>	74
7.	<i>Fringales</i>	74
E.	PHYTOTHERAPIE	75
1.	<i>Dépendance</i>	75
2.	<i>Anxiété / irritabilité</i>	75
3.	<i>Humeur déprimée</i>	76
4.	<i>Difficulté de concentration</i>	76
5.	<i>Prise de poids</i>	77
6.	<i>Insomnie</i>	78
7.	<i>Constipation</i>	79
8.	<i>Problèmes broncho-pulmonaires</i>	79
F.	AROMATHERAPIE	79
G.	HYGIENE DE VIE	82
1.	<i>Eviter la rechute</i>	82
2.	<i>Contrôler la prise de poids lors de l'arrêt</i>	87
3.	<i>Avoir un meilleur sommeil</i>	88
4.	<i>Faciliter la digestion</i>	88
H.	SOUTIEN TELEPHONIQUE	89
I.	CIGARETTE ELECTRONIQUE	89
1.	<i>Statut</i>	90
2.	<i>Données des agences sanitaires</i>	90
3.	<i>Données issues des premières études expérimentales</i>	91
4.	<i>Cadre légal</i>	92
J.	AUTRES.....	94
1.	<i>Acupuncture</i>	94
2.	<i>Auriculothérapie</i>	95
3.	<i>Hypnose</i>	95
4.	<i>Mésothérapie</i>	96
5.	<i>Sophrologie</i>	96
K.	AVANCEES SCIENTIFIQUES.....	97
1.	<i>Vaccin thérapeutique contre la nicotine</i>	97
2.	<i>Metformine</i>	98
	CONCLUSION	100
	BIBLIOGRAPHIE	101

LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1 : Evolution de la prévalence du tabagisme chez les hommes entre 2005 et 2014, par tranche d'âge (15-75 ans)</i>	<i>16</i>
<i>Figure 2 : Evolution de la prévalence du tabagisme chez les femmes entre 2005 et 2014, par tranche d'âge (15-75 ans)</i>	<i>16</i>
<i>Figure 3 : Prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe parmi les 18-75 ans en France, 2000-2017</i>	<i>17</i>
<i>Figure 4 : Représentation schématique des différents stimuli conduisant à la prise d'une cigarette</i>	<i>20</i>
<i>Figure 5 : les différents stades de la parodontite</i>	<i>29</i>
<i>Figure 6 : Test de Fägerstrom</i>	<i>35</i>
<i>Figure 7 : Test de Fägerstrom simplifié</i>	<i>36</i>
<i>Figure 8 : Test de Horn</i>	<i>37</i>
<i>Figure 9 : Modèle en spirale des différentes étapes de changement de comportement au cours d'une dépendance</i>	<i>64</i>
<i>Figure 10 : Échelle visuelle analogique : évaluation de la motivation à l'arrêt</i>	<i>65</i>
<i>Figure 11 : Echelle d'Evaluation de la motivation à l'Arrêt du Tabac</i>	<i>66</i>
<i>Figure 12 : Arbre décisionnel. Conduite à tenir face à un fumeur.</i>	<i>67</i>
<i>Figure 13 : conseil minimal</i>	<i>68</i>
<i>Figure 14 : Composition d'une cigarette électronique</i>	<i>89</i>
<i>Figure 15 : test montrant la latence de prise de nourriture dans un environnement stressant</i>	<i>99</i>
<i>Figure 16 : test montrant le nombre de billes enfouies dans un environnement stressant</i>	<i>99</i>

INTRODUCTION

La consommation de tabac est l'une des plus graves menaces ayant jamais pesé sur la santé publique mondiale. Elle tue plus de 7 millions de personnes chaque année. Plus de 6 millions d'entre elles sont des consommateurs ou d'anciens consommateurs, et environ 890 000 sont des non-fumeurs involontairement exposés à la fumée.

Une personne environ meurt toutes les 6 secondes du fait de ce fléau, ce qui représente un décès d'adulte sur 10. La moitié des consommateurs actuels mourront d'une maladie liée au tabac.

C'est le deuxième facteur de risque comportemental et physiologique de décès attribuables, derrière l'hypertension.

Il est donc important de ne pas négliger ce problème de santé publique.

Le pharmacien d'officine se situe en première ligne afin de lutter contre la dépendance tabagique et d'aider les patients dans leur sevrage.

En effet, en tant que professionnel de santé de proximité, il est en contact avec de nombreux patients fumeurs et peut les aider à s'arrêter en leur proposant un traitement pour faciliter le sevrage et les conseils associés.

Ainsi, dans une première partie, nous définirons le tabagisme et ses conséquences.

Dans une seconde partie, nous verrons les traitements possibles pour aider au mieux le patient désirant arrêter de fumer.

Puis dans une troisième partie, nous décrirons les différents conseils permettant de faciliter le plus possible le sevrage tabagique du patient.

I. LE TABAGISME

A. Définition

A l'origine, le terme « tabagisme » est un terme médical désignant l'intoxication aiguë ou chronique provoquée par l'abus du tabac.

Par extension, ce terme désigne également la consommation de tabac en général.

On distingue le tabagisme actif en opposition au tabagisme passif signifiant l'inhalation involontaire de la fumée de tabac contenue dans l'environnement.

Les produits du tabac sont des produits fabriqués entièrement ou partiellement à partir de feuilles de tabac contenant en forte proportion un alcaloïde puissant : la nicotine.

Il s'agit d'un agent psychotrope qui entraîne une forte dépendance. [1]

Il existe différentes façons de consommer le tabac : pipe, narghilé, cigare, ... et en majorité la cigarette.

La fumée de cigarettes est constituée d'une phase gazeuse, qui comprend principalement du CO₂, du CO et de l'eau, et d'une phase particulaire, dont les principaux composants sont des agents cancérigènes (goudrons), des substances irritantes, des enzymes protéolytiques, des radicaux libres et des alcaloïdes. [8]

Un fumeur quotidien (ou « régulier ») est une personne qui déclare fumer tous les jours au moins une cigarette par jour. Le fumeur occasionnel est quant à lui une personne qui fume moins d'une cigarette par jour.

B. Epidémiologie

Environ 1,1 milliard de personnes fument dans le monde.

La France compte 16 millions de fumeurs. [5]

La moitié des consommateurs actuels mourront d'une maladie liée au tabac.

Il s'agit du deuxième facteur de risque comportemental et physiologique de décès attribuables, derrière l'hypertension. [3]

Le tabac est extrêmement répandu, en effet, 35 millions de personnes parmi les 12-75 ans ont consommé du tabac au moins une fois dans leur vie.

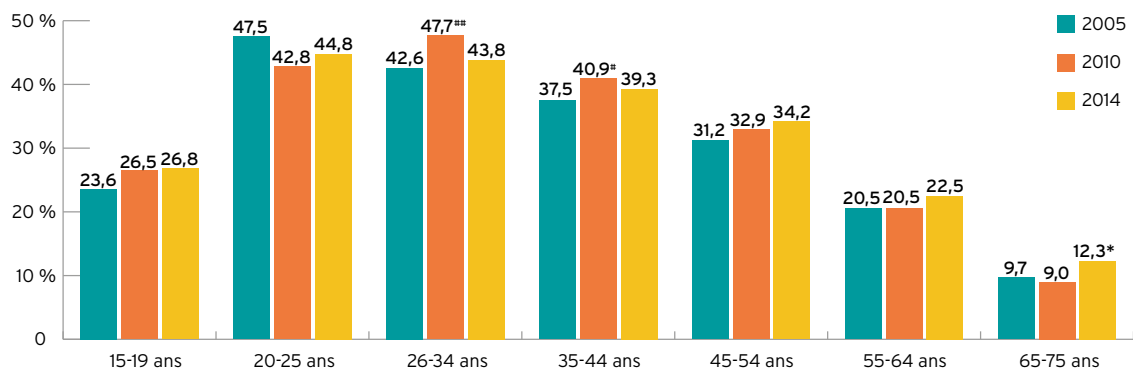
Chez les adultes (18-75 ans), l'expérimentation du tabac concernerait 81% des hommes et 67% des femmes. [2 ; 4]

En moyenne, les jeunes fument leur première cigarette vers 14 ans et demi et commencent à fumer régulièrement vers 16 ans.

La consommation de tabac a diminué lorsque de nouvelles lois ont été mises en place et lorsque qu'a débuté la lutte contre le tabac.

Mais entre 2005 et 2010, on assiste en France à une hausse significative du tabagisme. [6]

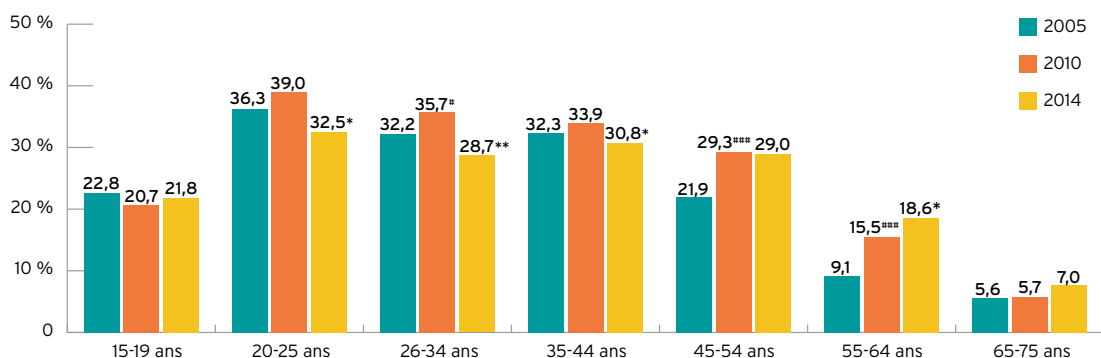
Parmi les 15-75 ans, après la hausse de la prévalence du tabagisme observée entre 2005 (31,4 %) et 2010 (33,7 %), la tendance apparaît stable entre 2010 et 2014.



Source : Baromètres santé 2005, 2010 et 2014, Inpes.

Note : Les * indiquent une évolution significative entre 2010 et 2014 (* : $p < 0,05$). Les # indiquent une évolution significative entre 2005 et 2010 (# : $p < 0,05$; ## : $p < 0,01$).

Figure 1 : Evolution de la prévalence du tabagisme chez les hommes entre 2005 et 2014, par tranche d'âge (15-75 ans) [7]



Source : Baromètres santé 2005, 2010 et 2014, Inpes.

Note : Les * indiquent une évolution significative entre 2010 et 2014 (* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$). Les # indiquent une évolution significative entre 2005 et 2010 (# : $p < 0,05$; ### : $p < 0,001$).

Figure 2 : Evolution de la prévalence du tabagisme chez les femmes entre 2005 et 2014, par tranche d'âge (15-75 ans) [7]

Actuellement, on assiste à une baisse du tabagisme en France.

Selon les données du Baromètre santé 2017 de Santé publique France, la baisse du tabagisme en France entre 2016 et 2017 est de 2,5 points, ce qui est considérable. Cela représente un million de fumeurs quotidiens de moins en un an. Ainsi, la prévalence du tabagisme quotidien passe de 29,4% en 2016 à 26,9% en 2017. [59]

**Prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe
 parmi les 18-75 ans, France, 2000-2017**

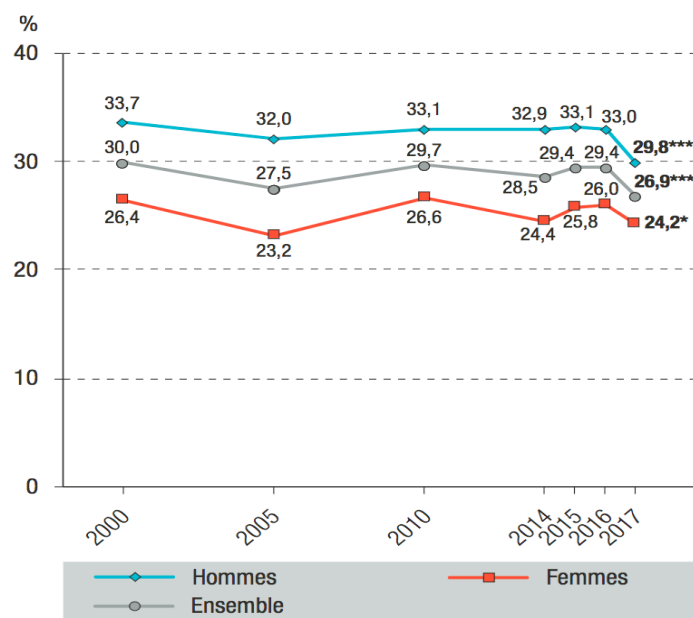


Figure 3 : Prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe parmi les 18-75 ans en France, 2000-2017 [66]

On constate cependant la persistance en France d'un taux de prévalence du tabagisme quotidien très élevé par rapport aux autres pays d'Europe. Mais cette diminution actuelle montre une évolution positive dans la lutte contre le tabagisme.

C. Dépendance

[8 ; 9 ; 10 ; 11]

Chez la plupart des fumeurs, les envies de fumer sont modulées par l'interaction entre, d'une part, les expériences psycho-émotionnelles liées à la consommation de tabac et, d'autre part, la dépendance physique qui se développe au cours des expériences.

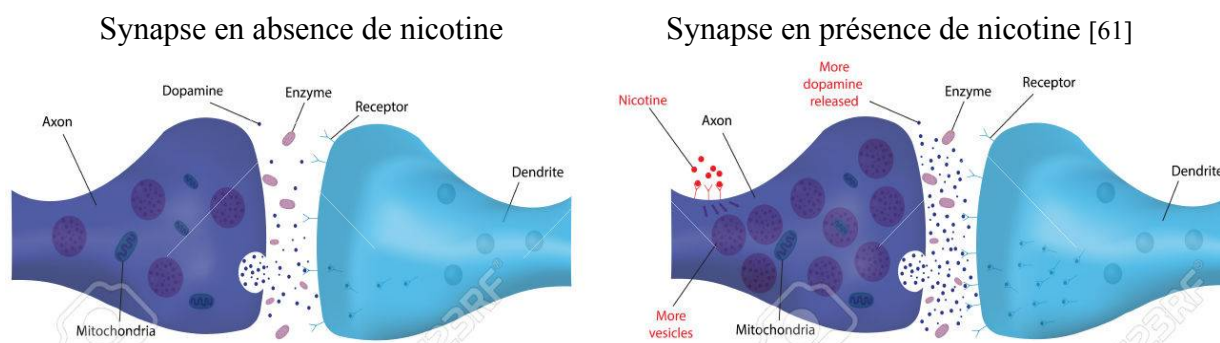
1. Dépendance physique

La nicotine, principale alcaloïde du tabac, induit rapidement une dépendance chez le consommateur.

Après l'inhalation d'une bouffée de fumée de tabac, de grosses quantités de nicotine arrivent rapidement au cerveau (10 secondes) où elles vont se fixer sur des récepteurs cholinergiques dits « nicotiques ». Ceux-ci sont particulièrement nombreux dans le système limbique, également appelé zone de « récompense ».

Cette zone, siège des émotions et des réactions cérébrales les plus primaires est très sensible aux substances addictives telle que la nicotine.

Lorsque la nicotine se fixe sur un récepteur nicotinique, celui-ci facilite la libération de neurotransmetteurs, en particulier la dopamine. Le plaisir ressenti alors par le fumeur renforce son comportement : rapidement il apprend à rechercher la quantité de nicotine dont il a besoin, en contrôlant très précisément la dose qu'il s'administre, bouffée par bouffée. Au bout de quelque temps, il fume pour retrouver ces effets agréables de la nicotine (renforcement positif) et également pour éviter les effets désagréables liés à son manque (renforcement négatif).



2. Dépendance psychologique

La dépendance psychologique varie selon les individus et dure plus longtemps que la dépendance physique car elle est plus complexe. Liée à la nicotine, la dépendance psychologique est associée aux émotions ; du stress à la colère, en passant par la concentration. [12]

Fumer permet de diminuer son stress ou son anxiété, de surmonter ses émotions, de se stimuler, de se concentrer, etc. Cette dépendance est liée aux effets psychoactifs de la nicotine qui procure plaisir, détente, stimulation intellectuelle. La nicotine agit comme un anxiolytique et un coupe-faim.

Il faut compter 6 à 12 mois, voire davantage, pour se défaire de la dépendance psychologique. [13]

3. Dépendance comportementale

Parallèlement et progressivement, au gré de ses expériences, le fumeur tisse un comportement tabagique qui lui est propre par le biais d'associations.

L'exemple classique d'associations est celui de la consommation conjointe café-cigarette : le fumeur prend un café et fume une cigarette, cette expérience est enregistrée par le cerveau comme étant agréable ; sa répétition régulière conditionne le fumeur de telle sorte qu'au bout d'un certain temps, la simple vue d'une tasse de café, la sensation de son odeur ou la simple idée d'en boire déclenche une forte envie de fumer.

Des associations semblables peuvent se reproduire avec d'autres stimuli gustatifs (exemples : aliments salés ou sucrés, alcool) ou avec des stimuli purement psycho-comportementaux (par exemple, regarder la télévision, parler au téléphone, finir une réunion de travail, sortir du cinéma, terminer une journée de travail, rencontrer un ami, etc.). La liste est longue et varie d'un fumeur à l'autre.

De manière générale, il est important de comprendre que la dépendance à la cigarette est une combinaison de tous ces facteurs :

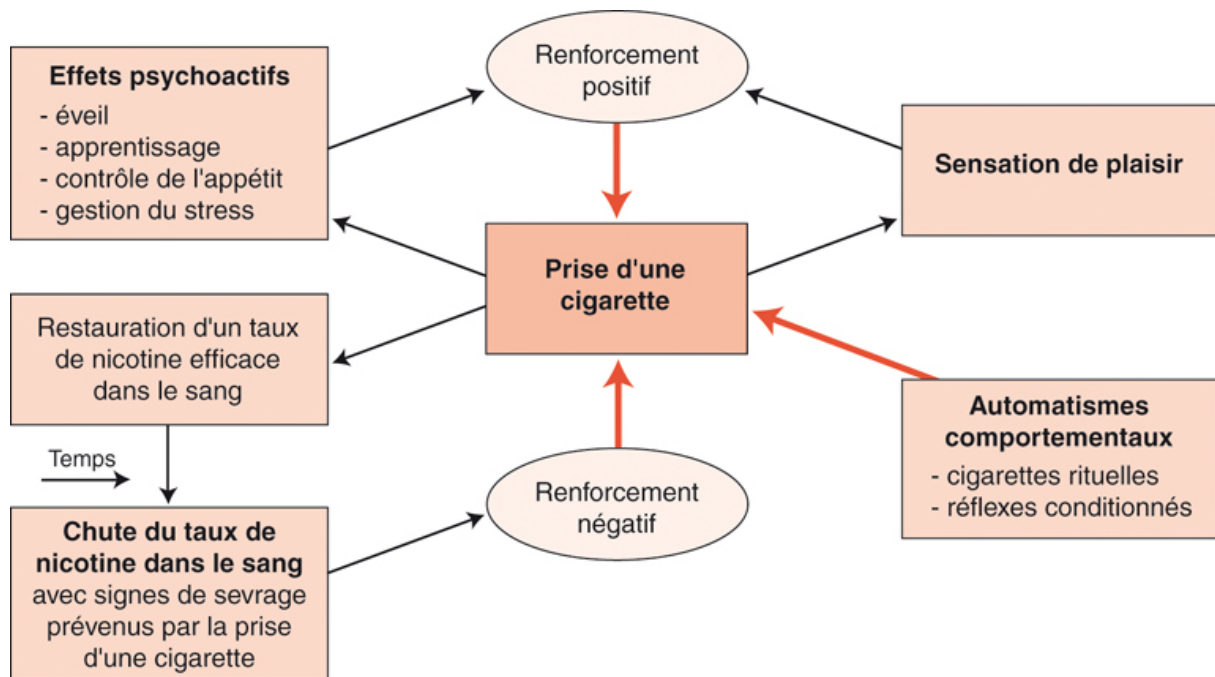


Figure 4 : Représentation schématique des différents stimuli conduisant à la prise d'une cigarette [15]

D. Conséquences

[14 ; 15]

Le tabac touche pratiquement tous les organes et toutes les fonctions vitales, certains plus que d'autres...

Le risque de complications associées au tabagisme est lié à la durée et à la quantité fumée, sans seuil au-dessous duquel fumer soit sans risque. Même les petits fumeurs ont un taux de mortalité significativement augmenté.

1. Cancer

Le tabagisme est responsable de 25 % de l'ensemble des cancers et de 81 % des décès par cancers broncho-pulmonaires en France.

Cancer broncho-pulmonaire [15 ; 62]

Le cancer bronchique est une maladie fréquente (plus de 30 000 nouveaux cas par an) et grave (survie à 5 ans d'environ 10 %).

Sa survenue résulte de l'exposition isolée, ou combinée, à différents facteurs de risque : fumée de tabac, expositions professionnelles (amiante, silice), pollution atmosphérique, etc.

On estime habituellement qu'environ 90 % des cancers bronchiques sont directement liés à la consommation de tabac.

La durée d'exposition a un effet plus important que la quantité de cigarettes fumées (risque multiplié par 2 quand la quantité est multipliée par 2 ; mais risque multiplié par 20 quand la durée est multipliée par 2). Le fumeur a 30 fois plus de risques que le non-fumeur d'avoir un cancer broncho-pulmonaire.

L'arrêt du tabac conduit à une réduction du risque de survenue d'un cancer du poumon de l'ordre de :

- 35% environ chez les patients qui ont arrêté depuis moins de dix ans
- 50% environ chez les patients qui ont arrêté depuis une quinzaine d'années
- 80% environ chez les patients qui ont arrêté depuis plus de vingt ans



Cancer du poumon

Cancer de la vessie [16]

Le tabagisme en est le premier responsable avec un risque estimé deux à quatre fois plus élevé chez les fumeurs.

C'est le neuvième cancer par ordre de fréquence dans le monde. C'est le deuxième cancer le plus fréquent de l'appareil urogénital, après celui de la prostate, en termes d'incidence et de prévalence.

90% des cancers de la vessie sont des tumeurs urothéliales. Celles-ci peuvent être superficielles, c'est-à-dire qu'elles n'envahissent pas le muscle de la vessie, ou être infiltrantes, c'est-à-dire qu'elles envahissent le muscle de la vessie.

Le tabac est incriminé dans la grande majorité des cas des tumeurs urothéliales.

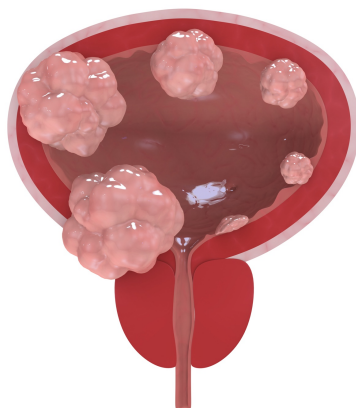
Les substances toxiques du tabac sont dégradées et stockées dans la vessie.

Comme la vessie est un organe de stockage, le temps de contact entre la paroi de la vessie et les produits nocifs et carcinogènes est prolongé.

Deux facteurs sont à prendre en compte : la durée du tabagisme et la quantité. Il existe un effet dose, c'est-à-dire l'accumulation des effets nocifs dans le temps.

L'incidence du cancer de la vessie est directement liée à l'ancienneté du tabagisme et au nombre de cigarettes fumées par jour.

Le risque de cancer de la vessie est également plus élevé chez les personnes qui ont commencé à fumer jeune et chez ceux qui ont été exposés à la fumée de cigarette depuis l'enfance.



Cancer de la vessie

Cancer des voies aérodigestives supérieures [17 ;18]

Le cancer des voies aérodigestives supérieures est une tumeur maligne située dans la partie haute des organes respiratoires et/ou digestifs (fosses nasales, sinus, bouche, pharynx et larynx).

Dans plus de 95% des cas, ces cancers sont des carcinomes de type épidermoïde, qui se développent à partir de la muqueuse qui tapisse les organes.

Son apparition est très souvent liée au tabagisme.

Le tabagisme est présent dans plus de 95 % des cas diagnostiqués, en raison des nombreuses substances chimiques cancérigènes qu'il contient. Tous les types de tabac fumé ou mâché peuvent être en cause.

On observe une tendance à la baisse chez l'homme et inversement une augmentation chez la femme dont la consommation tabagique est en hausse.



Cancer de la lèvre



Cancer de la bouche

Autres cancers

Outre le cancer broncho-pulmonaire, le tabac favorise de manière significative de nombreux autres cancers : pancréas, reins, estomac, foie, col de l'utérus, côlon, du rectum, de l'ovaire et leucémie myéloïde.

2. Affections cardio-vasculaires

[19]

Le tabagisme est un des principaux facteurs de risque cardio-vasculaire.

Responsable d'un décès cardio-vasculaire sur 10 dans le monde, il représente la plus importante cause de mortalité cardio-vasculaire évitable.

Les mécanismes essentiels de l'impact cardio-vasculaire du tabagisme sont d'une part la thrombose, principalement par hyperagrégabilité plaquettaire, d'autre part le spasme artériel, par altération de la vasomotricité artérielle endothélium-dépendante.

Certains mécanismes contribuent à la formation des plaques d'athérosclérose : dysfonction endothéliale, inflammation, modification du profil lipidique ; tandis que d'autres sont responsables des accidents évolutifs aigus : spasme, thrombose et arythmies.

De nombreux composants du tabac jouent un rôle délétère favorisant les complications de l'athérosclérose :

- Les produits carcinogènes accélèrent le développement des lésions athéromateuses ;
- L'oxyde de carbone (CO) favorise également l'athérogénèse par hypoxie de l'intima des artères et accumulation du LDL-C
- La fumée de tabac a un effet toxique direct sur l'endothélium artériel entraînant des anomalies de la vasomotricité endothélium-dépendante avec augmentation des radicaux libres de l'oxygène.
- Le tabac est un puissant facteur thrombogène favorisant l'activation plaquettaire.
- La nicotine favorise la libération des catécholamines ce qui majore la fréquence cardiaque, la pression artérielle donc les besoins myocardiques en oxygène.
- Enfin le tabagisme est associé à une baisse du HDL-Cholestérol.

Les principales complications cardiovasculaires du tabagisme sont :

- **L'artériopathie oblitérante des membres inférieurs**, résultante des effets répétés de la vasoconstriction, de l'atteinte des cellules endothéliales en particulier par le CO circulant et des dépôts de fibrinogène et de cholestérol dans la paroi des vaisseaux.

Elle se manifeste par des douleurs à la marche prolongée avec diminution du « périmètre de marche » (le fumeur doit s'arrêter quelques instants avant de reprendre sa marche)

L'arrêt du tabac stoppe l'évolution et entraîne une amélioration notable. Alors que la poursuite du tabagisme peut aboutir à une obturation complète de l'artère et conduire à une amputation.



AOMI [63]

- **La cardiopathie ischémique** : les artères coronaires étant en parties obstruées, n'irriguent plus suffisamment le muscle cardiaque, entraînant ainsi une nécrose partielle du muscle, pouvant aller jusqu'à l'infarctus du myocarde. Le tabac est le deuxième facteur de risque d'infarctus du myocarde, juste derrière les dyslipidémies.

- **Les lésions aortiques** : anévrisme de l'aorte abdominale. Le risque de décès par anévrisme est 2 à 3 fois plus élevé chez un fumeur que chez un non-fumeur.

- **L'accident vasculaire cérébral** : Il survient à la suite de l'obstruction ou de la rupture d'un vaisseau sanguin au niveau cérébral.

Le risque est multiplié par 3,7 pour une consommation de 25 cigarettes par jour.

Lorsque le tabagisme est associé à une hypertension, le risque est multiplié par 10.

L'association tabac-pilule chez la femme de 35 ans et plus majore le risque par 40.

Comme pour l'infarctus du myocarde, l'arrêt de la consommation de tabac diminue rapidement le risque pour permettre au fumeur d'atteindre, au bout de cinq ans, un profil de non-fumeur.

- **Les phlébites** : formation d'un caillot de sang dans une veine. Ce caillot bloque complètement ou partiellement la circulation sanguine dans la veine. Le risque est encore plus augmenté chez la femme sous contraceptif oral.
- **Syndrome de Raynaud** : perturbation de la microcirculation artérielle des extrémités. Ce phénomène est très douloureux.



Syndrome de Raynaud au niveau des mains [64]

3. Comorbidité diabète tabagisme

[11 ; 14]

Au même titre que de nombreuses autres pathologies, le diabète est aggravé par le tabagisme. En effet, les personnes souffrant de diabète présentent déjà un risque plus élevé de maladies cardiaques et de problèmes cardio-vasculaires.

Exposés aux produits chimiques contenus dans la fumée de cigarette, notamment le monoxyde de carbone, ils subissent une élévation du rythme cardiaque ainsi qu'une altération de la circulation sanguine qui peuvent entraîner des complications aux conséquences très graves.

Tabac et diabète type 2 sont également liés. En effet, le tabac augmente le risque de contracter un diabète de type 2 ; plus la consommation de cigarette est importante, plus ce risque est élevé.

Le tabagisme est également lié à une diminution de l'organisme à l'insuline, fumer provoquant une insulino-résistance.

Ainsi les fumeurs diabétiques traités par insuline doivent recevoir des doses d'insuline plus importantes. Et inversement, après l'arrêt du tabac, les doses seront revues à la baisse.

4. Affections non-néoplasiques ORL et pulmonaire

[11]

Le tabac a des effets très importants sur l'ensemble de la sphère ORL :

- Altération de l'odorat
- Facteur favorisant de sinusite chronique
- Irritation des cordes vocales pouvant entraîner des laryngites chroniques se manifestant par une dysphonie, raucité de la voix.

Au niveau des poumons, la consommation d'une cigarette par jour provoque déjà une paralysie des cils vibratiles et un épaissement du mucus qui les tapisse.

Avec une consommation plus élevée, on assiste à une disparition des cellules ciliées et à leur remplacement par une muqueuse épaisse.

L'exposition à la fumée de cigarette entraîne donc une altération de la muqueuse respiratoire et du tapis muco-ciliaire, ainsi qu'une inflammation de l'arbre respiratoire.

La capacité respiratoire se modifie au cours des années, pouvant conduire à une insuffisance respiratoire.

Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

La BPCO est une maladie chronique, lentement progressive, caractérisée par une diminution, non réversible, des débits aériens.

Le tabagisme est le principal facteur de risque, suivi des expositions professionnelles et de la pollution atmosphérique.

La BPCO est associée à une inflammation des voies aériennes et systémique. Il semble bien établi que l'inflammation persiste malgré l'arrêt du tabac. Certains marqueurs d'inflammation systémique plasmatiques - en particulier la protéine C-réactive, le fibrinogène et le Tumor Necrosis Factor alpha - sont augmentés et associés à une réduction de la fonction pulmonaire.

Les principaux composants de la BPCO sont la bronchite chronique et l'emphysème. Alors que la bronchite chronique se définit cliniquement par une toux chronique productive, au moins 3 mois par an, depuis au moins 2 années consécutives, l'emphysème est défini par des anomalies anatomiques, en particulier la destruction des espaces aériens distaux, au-delà des bronchioles terminales.

L'arrêt du tabac est la façon la plus efficace de réduire le risque d'apparition d'une BPCO et chez les patients déjà atteints il améliore les symptômes, ralentit le déclin du VEMS et réduit la réactivité bronchique.

Le nombre de décès par BPCO en France a augmenté régulièrement depuis 20 ans, surtout chez la femme.

5. Cavité buccale

[11 ; 20]

Le tabac influe sur la physiologie de la cavité buccale et entraîne des modifications importantes sur l'écosystème buccal. Parmi les problèmes les plus significatifs :

- **Coloration des dents** : des taches brunâtres peuvent apparaître, dues à l'accumulation du tabac sur les dents.
- **La gingivite** est une inflammation locale de la gencive causée par la présence de plaque dentaire (biofilm). Prise à temps, il s'agit d'une affection qui est en principe complètement réversible à condition que l'on applique une hygiène dentaire impeccable. Chez les fumeurs, elle peut évoluer vers une forme aiguë, douloureuse, la gingivite ulcéro-nécrosante.
- **La parodontite** correspond à un stade d'inflammation plus avancé. Elle est caractérisée par la destruction des tissus de support autour d'une ou plusieurs dents. Les tissus de support se détachent graduellement de la dent et l'espace entre la dent et la gencive s'approfondit, entraînant la mobilité et le déchaussement des dents qui apparaissent plus longues.

Il a été démontré que le risque de développer une parodontite est 4 fois plus élevé chez un fumeur. On diagnostique 3 phases de parodontite : débutante (ou légère), modérée et avancée :



Figure 5 : les différents stades de la parodontite [21]

- **La carie dentaire** est liée à la présence de bactéries cariogènes qui produisent des acides à partir des hydrates de carbone contenus dans les aliments. En principe, ces acides sont neutralisés par la salive. Le tabac entraîne une diminution du flux salivaire ou du pouvoir de neutralisation ainsi qu'une augmentation des bactéries résultent en une activité carieuse plus marquée.

6. Peau

[14]

Fumer accélère le vieillissement de la peau : les rides sont plus marquées, la peau perd de son élasticité, le teint est plus terne.

La nicotine entraîne également une diminution de la quantité d'œstrogènes, ce qui pourrait favoriser un vieillissement cutané prématuré chez la femme.

Avec l'âge, le vieillissement de la peau chez les fumeurs est accéléré.

La cigarette diminue la quantité d'eau présente dans la couche cornée, expliquant la peau sèche des fumeurs.

En provoquant une réduction du flux sanguin, le tabac ralentit le processus de cicatrisation de la peau.

L'exposition au soleil et le tabagisme semblent avoir un effet synergique, augmentant le risque de cancer cutané.

Le risque d'acné augmente également en fonction du nombre de cigarettes fumées quotidiennement, tout comme le jaunissement des doigts, des ongles, mais aussi des dents.

Le tabagisme atteindrait aussi les cheveux, entraînant une chute et un grisonnement précoces.



Vieillissement de la peau chez deux jumeaux ; la femme de gauche ayant fumé 17 ans de plus que celle de droite [65]

7. Yeux

[11 ; 14]

Les effets néfastes sur les yeux font partie des conséquences méconnues du tabagisme. Pourtant, les yeux sont directement exposés aux produits toxiques contenus dans la fumée de cigarette, que l'on soit fumeur actif ou passif.

En effet, quelques minutes d'exposition suffisent pour provoquer des irritations et représenter un danger.

De plus, les produits toxiques liés au tabagisme sont extrêmement volatiles et restent dans les pièces pendant de nombreuses heures, voire plusieurs jours. Parmi la population de fumeurs, on constate une plus grande proportion d'affections ophtalmologiques et de troubles de la vision : 20% des cataractes sont estimées être en rapport avec le tabagisme. La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) est également plus fréquente chez les fumeurs de longue date.

8. Appareil digestif

[11 ; 14]

Les ulcères gastro-duodénaux sont plus fréquents chez les fumeurs.

En effet, la nicotine agit sur les récepteurs nicotiniques périphériques et favorise les sécrétions acides de l'estomac, tout en diminuant les sécrétions « tampon » bicarbonatées, ainsi que la production de mucus.

La nicotine a également une action sur l'intestin avec un effet laxatif.

Après l'arrêt du tabac, le système digestif retrouve son fonctionnement normal en 1 ou 2 mois en moyenne, ce qui peut dans un premier temps entraîner des troubles tels que des ballonnements, des reflux gastriques ou de la constipation.

Ces réactions, bien que désagréables, sont tout à fait normales et témoignent du retour à la normale du système digestif. Elles vont peu à peu régresser et ne durent en général que quelques semaines.

Pour deux affections inflammatoires connues de l'intestin : rectocolite hémorragique (RCH) et maladie de Crohn ; il existe un paradoxe dont les mécanismes ne sont pas encore parfaitement élucidés.

En effet, le tabagisme protège des poussées inflammatoires de la RCH. L'arrêt du tabac ne doit pas être pour autant remis en question et il faut conseiller à ces fumeurs l'utilisation de substituts nicotiques lors des poussées.

A l'inverse, le tabagisme favorise et aggrave la maladie de Crohn. L'arrêt doit impérativement faire partie du traitement de cette maladie.

9. Poids

[11 ; 14]

Le fumeur a souvent un « sous-poids » par rapport à celui qu'il aurait avec les mêmes habitudes alimentaires sans fumer.

La nicotine contenue dans le tabac diminue l'appétit, augmente les dépenses énergétiques et ralentit le stockage des graisses.

En effet, le fumeur dépense plus de calories pendant un exercice physique, son métabolisme de base étant augmenté d'environ 250 calories par jour.

De plus, chaque cigarette fumée augmente momentanément la glycémie, ce qui explique l'effet coupe faim, ce qui permet au fumeur d'attendre plus facilement le repas voir même de sauter un repas.

Enfin, la nicotine favorise la lipolyse et donc le non-stockage des graisses.

Cela dit, il serait faux de considérer la nicotine comme un produit de régime. Il s'agit surtout d'un camouflage à de mauvaises habitudes alimentaires : repas sauté, absence de petit déjeuner, alimentation trop riche au quotidien.

10. Fertilité

[11 ; 14]

Les produits chimiques contenus dans la fumée de cigarette ont des conséquences néfastes à la fois sur la fertilité mais également sur la vie sexuelle et affective. Et cela concerne les hommes ainsi que les femmes.

Chez les hommes :

La cigarette est directement responsable de troubles de l'érection et multiplie par 27 le risque d'impuissance, même chez les jeunes : Les substances chimiques contenues dans la fumée diminuent le débit de pression artérielle, ce qui entrave le remplissage des corps caverneux de la verge et provoque l'impuissance. Le risque est d'autant plus élevé que la consommation quotidienne est importante, mais les petits fumeurs ne sont pas épargnés. En effet, la nicotine et le monoxyde de carbone affectent les capacités érectiles, même dans le cadre d'une consommation modérée.

La fumée de cigarette ralentit la sécrétion de testostérone, provoquant une baisse de la libido.

Les spermatozoïdes sont moins nombreux et moins mobiles, ce qui diminue la fertilité. Le tabac altère également l'ADN des spermatozoïdes, augmentant les risques de complications lors de la grossesse et d'anomalies congénitales.

Chez les femmes :

Le tabagisme provoque des modifications hormonales, en particulier un déficit en œstrogènes et une hyper-androgénie, et réduit la fécondité d'environ un tiers. En moyenne, les fumeuses mettent deux fois plus de temps que les non-fumeuses pour avoir un enfant. En effet, la glaire cervicale du col de l'utérus est plus épaisse chez la femme fumeuse, et concentre des hydrocarbures de la fumée et certains métabolites de la nicotine. Les effets du tabac se manifestent également sur la viabilité de l'ovocyte, la mobilité tubaire, l'implantation de l'embryon dans l'utérus.

L'association de la consommation de tabac à la prise de la pilule contraceptive se traduit par une augmentation importante du risque cardio-vasculaire et la survenue possible d'un accident vasculaire cérébral. En effet, elle favorise la formation de caillots, abîme la paroi des vaisseaux et les rétrécit. Les cycles hormonaux de la femme sont parfois perturbés par la cigarette : ils sont plus irréguliers et les règles sont souvent plus douloureuses

Si la femme est enceinte, le tabagisme sera à l'origine de nombreuses complications comme un retard de croissance intra-utérin, fausse couche ou mort fœtale in utero.

En effet, le fœtus a besoin d'une quantité suffisante en oxygène qu'il reçoit directement du sang maternel. Le tabagisme de la mère le prive d'une partie de l'oxygène en amenant du monoxyde de carbone à la place. De plus, les composés chimiques de la fumée de tabac sont très toxiques pour le fœtus et son développement.

11. Ménopause

[11 ; 14 ; 22]

Chez les fumeuses, la ménopause intervient plus tôt. En effet, le tabac a une action anti-œstrogène qui avance l'âge de la ménopause d'environ 2 ans.

En plus de développer une ménopause précoce, les fumeuses ont les os plus fragiles et sont davantage sujettes aux problèmes de décalcification comme l'ostéoporose. Avec l'âge, le tabac augmente également les risques de fractures, notamment du col du fémur.

E. Diagnostic

L'évaluation de la dépendance tabagique est importante à réaliser car l'indication thérapeutique va directement en dépendre. Celle-ci permet également une meilleure adaptation posologique des traitements qui doivent être proposés dans le cadre d'une prise en charge globale de la dépendance physique et psychologique.

1. Diagnostic de la dépendance physique

Le test de Fagerström, qui consiste à poser six questions, est un outil relativement facile à utiliser permettant d'avoir un bon reflet de la dépendance :

Test de Fagerström en 6 questions		
1. Le matin, combien de temps après être réveillé(e) fumez-vous votre première cigarette ?		
a. Dans les 5 minutes		3
b. 6 - 30 minutes		2
c. 31 - 60 minutes		1
d. Plus de 60 minutes		0
2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (ex. : cinémas, bibliothèques)		
a. Oui		1
b. Non		0
3. À quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ?		
a. À la première de la journée		1
b. À une autre		0
4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?		
a. 10 ou moins		0
b. 11 à 20		1
c. 21 à 30		2
d. 31 ou plus		3
5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?		
a. Oui		1
b. Non		0
6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?		
a. Oui		1
b. Non		0
Interprétation selon les auteurs :		
• Entre 0 et 2 : pas de dépendance		
• Entre 3 et 4 : dépendance faible		
• Entre 5 et 6 : dépendance moyenne		
• Entre 7 et 10 : dépendance forte ou très forte		

Figure 6 : Test de Fägerstrom [4]

Il est possible également d'avoir une idée rapide du niveau de dépendance en utilisant la version abrégée de ce test, en deux questions :

Test de Fagerström simplifié en 2 questions	
1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	
10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3
2. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?	
Moins de 5 minutes	3
6 à 30 minutes	2
31 à 60 minutes	1
Après plus d'1 heure	0

Interprétation selon les auteurs :

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

Figure 7 : Test de Fägerstrom simplifié [4]

Toutefois, le résultat peut être faussé en cas de diminution de la consommation tabagique ou chez les fumeurs de moins de dix cigarettes par jour. Dans ce cas, l'analyse de CO est un bon indicateur de l'exposition récente et reflète l'intoxication qui reste souvent élevée en raison du phénomène de compensation.

2. Diagnostic de la dépendance psychologique

Le test de Horn permet en quelques questions l'évaluation de la dépendance psychologique au tabagisme, et de distinguer sur quels points psychologiques la dépendance est encrée :

**ÉVALUATION DES SITUATIONS LIÉES AU TABAGISME :
TEST DE HORN**

Entourez le chiffre correspondant :
5 = toujours 4 = Souvent 3 = Moyennement 2 = Parfois 1 = Jamais

a - Les cigarettes m'aident à rester éveillé(e), concentré(e), efficace	5	4	3	2	1
b - C'est agréable de tenir une cigarette entre les doigts	5	4	3	2	1
c - Fumer est pour moi une détente	5	4	3	2	1
d - J'allume une cigarette quand je suis soucieux(se), contrarié(e)	5	4	3	2	1
e - Quand je n'ai plus de cigarettes, je cours en acheter	5	4	3	2	1
f - Je ne remarque même plus quand je fume, c'est tout à fait automatique	5	4	3	2	1
g - Je fume pour me donner du courage, pour me mettre en forme	5	4	3	2	1
h - Le simple fait d'allumer une cigarette procure aussi du plaisir	5	4	3	2	1
i - Il y a une quantité de plaisirs dans l'acte de fumer	5	4	3	2	1
j - Je fume quand je suis mal à l'aise ou quand je suis énervé(e)	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 retrouver mon entrain	5	4	3	2	1
n - J'ai du plaisir à regarder les volutes de la fumée	5	4	3	2	1
o - Je fume quand je me sens bien détendu(e)	5	4	3	2	1
p - Je fume pour oublier quand j'ai le cafard	5	4	3	2	1
q - Quand je n'ai pas pu fumer pendant un moment, le désir devient irrésistible	5	4	3	2	1
r - Je constate parfois avec étonnement que j'ai une cigarette dans la bouche	5	4	3	2	1

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 =

Figure 8 : Test de Horn [23]

F. Prévention

[24 ; 25 ; 26 ; 27]

Différentes mesures ont été mises en place au cours des années pour diminuer l'accessibilité au tabac :

- L'augmentation du remboursement des substituts nicotiques
- Le pictogramme « femme enceinte » sur le paquet de cigarettes
- L'interdiction de fumer dans les lieux publics et dans les aires de jeux pour enfants
- L'interdiction des arômes et additifs (par exemple les capsules mentholées) particulièrement attractifs pour les jeunes
- Le paquet de cigarettes neutre
- La création d'un fond de prévention du tabagisme

1. Grandes lois françaises

- La loi Veil du 9 juillet 1976- Loi 76-616 : La loi Veil est le premier grand texte visant explicitement à lutter contre les méfaits du tabagisme. Elle s'attaque principalement à :

- la publicité,
- l'interdiction de fumer dans certains lieux à usage collectif,
- l'inscription de la mention « Abus dangereux » sur les paquets de cigarettes.

Cette loi a permis de stabiliser la consommation de tabac qui était jusque-là en augmentation.

- La loi Évin du 10 janvier 1991

Loi 91-32 du 10 janvier 1991 (date d'effet) relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, du nom de son auteur Claude Évin.

La loi Évin :

- interdit toute propagande ou publicité directe ou indirecte en faveur du tabac, ainsi que toute distribution gratuite ou promotionnelle, ou toute opération de parrainage liée au tabac,
- impose que les lieux affectés à un usage collectif soient non-fumeur. Elle prévoit toutefois la possibilité, si le propriétaire ou le responsable des lieux le souhaite, d'ouvrir des locaux distincts ventilés et isolés pour les fumeurs. Le tabagisme est totalement proscrié, dans les établissements scolaires (école, collège, lycée). Dans l'enseignement supérieur, le chef d'établissement peut autoriser les élèves à fumer à l'extérieur des locaux,
- instaure l'obligation de faire figurer sur les paquets de cigarettes la teneur en nicotine, en goudron, et plus récemment en monoxyde de carbone. De plus, un Arrêté du Ministère de la Santé fixe les teneurs maximales en goudron des cigarettes,
- interdit la vente de tabac aux moins de 18 ans. Cette interdiction doit être affichée de manière visible chez les débitants et les revendeurs de tabac,
- oblige les fabricants de tabac à faire apposer sur les paquets des photos de personnes victimes des effets néfastes du tabagisme (tels que des poumons cancéreux).

- Le décret du 15 novembre 2006 :

Le décret Bertrand, applicable depuis le 1er février 2007, modifie la loi Évin. Il étend l'interdiction de fumer :

- dans les lieux à usage collectif, tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent des lieux de travail, l'enceinte entière (y compris les endroits ouverts comme les cours de récréation) des écoles, des collèges et des lycées publics et privés, ainsi que des établissements destinés à l'accueil, à la formation ou à l'hébergement des mineurs, les établissements de santé,
- à l'ensemble des transports en commun,
- à certaines catégories d'établissements (débits de boissons, hôtels, restaurants, débits de tabac, casinos, cercles de jeux et discothèques). Ils ont eu un délai jusqu'au 1er janvier 2008 pour s'adapter à la nouvelle réglementation.

2. Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT) 2014-2019

[28]

Ce programme de réduction du tabagisme a été créé dans le plan cancer 2014-2019 :

Il s'agit de la mesure 10 du plan cancer 2014-2019.

Il est caractérisé par plusieurs axes :

a) Axe 1 : Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac

4 leviers sont identifiés :

• Rendre les produits du tabac moins attractifs :

- Mettre en place le paquet neutre standardisé pour les cigarettes et le tabac à rouler
- Renouveler, agrandir et repositionner les avertissements sanitaires (65% de la surface, placés en haut, nouveaux textes et images) des conditionnements des cigarettes et de tabac à rouler
- Interdire la publicité pour le tabac dans les lieux de vente
- Interdire les arômes perceptibles dans les produits du tabac

• Renforcer le respect de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs et étendre les lieux où il est interdit de fumer :

- Interdire de fumer dans un véhicule en présence de mineurs de moins de 12 ans,
- Interdire de fumer dans les espaces publics de jeux dédiés aux enfants,
- Habilitier les polices municipales à contrôler l'interdiction de fumer dans les lieux publics

• **Encadrer les dispositifs électroniques de vapotage :**

- Interdire le vapotage dans certains lieux collectifs
- Restreindre la publicité en faveur des dispositifs électroniques de vapotage : rappeler les modalités possibles de publicité dans une circulaire puis interdire la publicité pour ces produits et les liquides associés.

• **Améliorer le respect de l'interdiction de vente aux mineurs :**

- Habilitier les polices municipales à contrôler l'interdiction de vente aux mineurs.

b) Axe 2 : Aider les fumeurs à s'arrêter

Le PNRT a également pour ambition de renforcer et renouveler le dispositif d'aide à l'arrêt du tabac et d'enrichir la palette des aides offertes aux fumeurs.

4 leviers sont identifiés :

• **Développer une information plus efficace en direction des fumeurs :**

- montrer les méfaits du tabac par une augmentation de la communication en direction des fumeurs
- mettre en place un pictogramme « grossesse sans tabac » sur les contenants de produits du tabac
- promouvoir auprès des professionnels et du grand public le numéro d'appel unique « 39 89 » et le site tabac-info-service
- développer le « e-coaching » (outils réalisés en lien avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et la caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés)

• Impliquer davantage les professionnels de santé et mobiliser les acteurs de proximité dans l'aide à l'arrêt du tabac :

- impliquer davantage les médecins généralistes dans la lutte contre le tabagisme, en incluant un indicateur dédié dans la rémunération sur objectif de santé publique ;

- développer une offre de proximité gratuite d'accompagnement à l'arrêt du tabac par la mobilisation des 430 centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), de leurs 250 consultations jeunes consommateurs (CJC) et des 112 centres d'examen de santé de l'Assurance maladie

• Améliorer l'accès aux traitements d'aide au sevrage du tabac :

-améliorer le remboursement du sevrage du tabagique par le triplement du montant du forfait pour les publics prioritaires : jeunes de 20 à 30 ans, bénéficiaires de la CMU-C, personnes souffrant d'un cancer ;

-élargir l'éventail des professionnels pouvant intervenir dans la prise en charge de l'arrêt du tabac : médecins des services de prévention (santé au travail, etc.), infirmiers, sages-femmes (autorisation pour les sages-femmes de prescrire des substituts nicotiniques à l'entourage fumeur de femmes enceintes).

• Rendre exemplaires les ministères sociaux, notamment le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes :

- Aménager les espaces fumeurs du ministère de manière à valoriser les espaces non-fumeurs

- Développer l'aide au sevrage du tabac des personnels du ministère.

c) *Axe 3 : Agir sur l'économie du tabac*

3 leviers ont été identifiés pour agir efficacement sur l'économie du tabac :

- **Lutter contre le commerce illicite** pour rendre plus efficace une politique fiscale du tabac au service de la santé publique,
- **Lutter contre l'ingérence de l'industrie** du tabac dans les politiques publiques,
- **Accroître les moyens** dédiés à la lutte contre le tabac

3. Campagne « Moi(s) sans tabac »

[29 ; 30]

Mme TOURAINE, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, a lancé le 1er novembre 2016 « Moi(s) sans tabac », action qui concerne l'ensemble de la population.

Cette campagne mobilise divers dispositifs nationaux comme : Tabac Info Service et la ligue contre le cancer, relayée par des campagnes radio, télévision.

L'idée est d'inciter les fumeurs à arrêter de fumer pendant 28 jours, afin de multiplier leurs chances d'arrêter de fumer par 5.

Cette action constitue le premier défi de santé publique grandeur nature jamais organisé en France, préparée avec la nouvelle Agence de Santé Nationale « Santé Publique France » en partenariat avec l'Assurance Maladie.

Le « moi(s) sans tabac » est donc désormais reconduit chaque mois de novembre.



4. La journée mondiale sans tabac : « le 31 Mai »

Une campagne de sensibilisation nationale du 18 mai au 30 juin 2017 a été mise en place pour inciter les fumeurs à faire une tentative d'arrêt et pour promouvoir le dispositif interactif d'aide à l'arrêt « Tabac-info-service ».

Cette campagne est présente sous forme d'affichage dans les bars, les commerces, les pharmacies, vidéos sur le web, spots radio, vidéos, site tabac info service, ...

5. Place du pharmacien

[31 ; 32]

En prévention primaire, le pharmacien peut aider le fumeur à se positionner sur le facteur de risque « tabac ». Les niveaux d'intervention du pharmacien peuvent se répartir selon cinq niveaux d'implication en fonction de la réceptivité et le niveau de demande du fumeur.

Il peut :

- sensibiliser le fumeur aux risques liés au tabac, mais surtout aux bienfaits pour la santé d'un arrêt de consommation ;
- aider le fumeur à se positionner quant à sa consommation tabagique, sa dépendance, et aussi sa motivation à l'arrêt, à l'aide d'outils de dépistage adaptés ;
- proposer de l'aide, que ce soit pour une réduction ou un arrêt tabagique, qui dans certains cas peut se mettre en place à l'officine ;
- accompagner un sevrage tabagique mis en place à l'officine dans certains cas, ou participer à un sevrage tabagique mis en place par d'autres professionnels de santé et/ou dans des structures spécialisées ;
- jouer un rôle de relais et orienter, en fonction de l'état physiopathologique du fumeur, vers des professionnels de santé et/ou vers des structures spécialisées (CSAPA ou service hospitalier).

En prévention secondaire, toujours avec empathie, le pharmacien d'officine peut aisément évoquer le sevrage tabagique lors de la délivrance de prescriptions pour des pathologies en rapport avec le tabac, que ce dernier soit facteur causal ou facteur aggravant. Et ces situations de dispensation sont nombreuses : prescription pour pathologies cardiovasculaires (hypertensives, ischémiques), pathologies respiratoires, diabète, hypercholestérolémie, ...

Chacune de ces actions doit se positionner dans une véritable stratégie mise en place à l'officine et connue de tous les membres de l'équipe officinale.

II. SEVRAGE TABAGIQUE

A. Bénéfices sevrage

[36 ; 37]

Après :	
8 heures	<ul style="list-style-type: none">- Le monoxyde de carbone est éliminé et l'oxygénation du sang revient à la normale.- Les risques d'infarctus du myocarde commencent déjà à diminuer.
24 heures	<ul style="list-style-type: none">- Meilleure haleine.- Le risque d'infections respiratoires, type bronchites et pneumonies, commence déjà à baisser.
1 semaine	<ul style="list-style-type: none">- Les sens du goût et de l'odorat s'améliorent.- La respiration s'améliore (moins de toux et d'expectorations, davantage de souffle).
3 - 9 mois	<ul style="list-style-type: none">- La fonction pulmonaire est augmentée de 5 à 10%.
1 an	<ul style="list-style-type: none">- Le risque de maladies du cœur (par ex. infarctus) est réduit de moitié.
5 ans	<ul style="list-style-type: none">- Le risque d'attaque cérébrale est réduit de moitié.- Le risque de cancer de la bouche, de l'œsophage et de la vessie est réduit de moitié.
10 ans	<ul style="list-style-type: none">- Le risque de cancer du poumon est réduit de moitié.- Le risque d'accident vasculaire cérébral (« attaque » cérébrale) rejoint le niveau de risque des non-fumeurs.
15 ans	<ul style="list-style-type: none">- Le risque de maladies du cœur rejoint celui des non-fumeurs.- La mortalité (toutes causes confondues) rejoint quasiment celle des personnes qui n'ont jamais fumé.

B. Substituts nicotiques

[4 ; 8 ; 9 ; 10 ; 33 ; 34 ; 35]

Les substituts nicotiques permettent de compenser 50 à 70% de la nicotémie habituelle des fumeurs, mais sans effet « shoot » et sans aucun des produits chimiques de la fumée.

Ils permettent au fumeur d'éprouver peu de symptômes de sevrage et de prendre en douceur de nouvelles habitudes.

Les TNS, quelle que soit leur forme, sont plus efficaces dans l'arrêt du tabac que l'absence de traitement ou le placebo. Les TNS augmentent significativement l'abstinence à 6 mois.

Il n'y a pas de contre-indication à leur usage (en dehors des non-fumeurs et de l'hypersensibilité à la nicotine).

1. Les différentes formes de substituts

Il existe différentes formes de substituts nicotiques, ayant chacune leurs particularités, adaptées aux différents profils et aux goûts des fumeurs.

a) *Gomme à mâcher*



La gomme à mâcher nicotinique est une résine échangeuse d'ions sur laquelle est fixée la nicotine.

Elle existe sous deux dosages : 2 et 4 mg. La dose de nicotine libérée est en moyenne soit de 1mg pour les gommes de 2 mg, soit de moins de 2 mg pour les gommes de 4 mg.

Les gommes 2 mg sont conseillées pour les fumeurs moyennement dépendants ou faiblement dépendants.

Les gommes 4 mg conviennent particulièrement aux fumeurs fortement ou très fortement dépendants. Il faut bien insister sur la nécessité de prendre suffisamment de gommes dans la journée, régulièrement espacées.

En début de sevrage, il faut conseiller de les utiliser très régulièrement au cours de la journée : 8 à 12 gommes par jour. Puis la diminution se fera de façon spontanée pour atteindre au bout de quelques mois 2 à 3 gommes par jour. L'arrêt pourra alors être envisagé.

En règle générale, le traitement ne dépassera pas 6 mois.

Il existe des saveurs différentes : menthol, fruits, ...

La nicotine est absorbée par la muqueuse buccale. L'efficacité de la nicotine libérée par la gomme est optimale lors de la mastication de la gomme et non lors de la déglutition.

La survenue d'effets indésirables au niveau buccal ou gastrique résulte fréquemment d'une mauvaise utilisation de la gomme (irritation, brûlures d'estomac, hoquet). Il faut préciser au patient que la gomme ne doit pas être utilisée comme un chewing-gum mais mâchée très lentement et que la salive ne doit pas être déglutie car cela entraîne une moindre efficacité, la nicotine déglutie subissant le cycle entéro-hépatique avant de gagner la circulation générale.

Il faut la mâcher d'abord lentement puis normalement au bout de 10 minutes environ. En 30 minutes, toute la nicotine a été libérée.

Comme pour toutes les formes orales, il faut éviter la consommation de boissons acides, de café, de jus de fruit dans les 15 minutes précédant leur utilisation car cela modifie l'absorption de la nicotine au niveau buccal.

b) Patch transdermique



Les dispositifs transdermiques ou patchs ont une structure matricielle. Les matrices diffèrent dans leur composition selon les marques.

Ils délivrent la nicotine de façon continue au cours de la journée.

Il existe des patchs pouvant être portés 24 heures qui délivrent au maximum une dose de nicotine de 21 mg par jour, et des patchs pouvant être portés 16 heures qui délivrent au maximum une dose de 15 mg de nicotine par jour.

Le patch se pose dès le lever, de préférence sur le haut du bras, en changeant de bras chaque jour. Il peut également être placé sur le haut de la fesse (sous le maillot en été par exemple).

Les patchs 24 heures doivent être changés tous les matins après la toilette.

Les patchs 16 heures doivent être mis dès le réveil et sont ôtés le soir au coucher.

Il est possible de se doucher avec un patch.

Le dosage conseillé en début de sevrage est :

- Pour les patchs de 24 h : un patch 21 mg pour les fumeurs moyennement, fortement ou très fortement dépendants (Fagerström >5), et un patch de 16 mg pour les fumeurs faiblement dépendants (Fagerström <5)
- Pour les patchs de 16 h : quel que soit le niveau de dépendance, le sevrage débutera avec le patch le plus fortement dosé (15 mg)

Pour les fumeurs les plus dépendants, un patch utilisé seul, même s'il est fortement dosé, peut ne pas apporter suffisamment de nicotine. Dans ce cas, l'association de plusieurs substituts nicotiques devra être envisagée après avis médical.

La dose sera diminuée progressivement au cours du sevrage en fonction du ressenti du patient et généralement par palier d'un mois environ. Le patient doit être alerté sur l'importance de poursuivre son traitement suffisamment longtemps, même si tout se passe bien (durée totale de 8 à 12 semaines environ).

Les principaux problèmes en début de sevrage sont souvent le fait d'un sous dosage avec persistance d'envies fortes de fumer et la présence de symptômes de sevrage importants. Le dosage devra alors être revu à la hausse.

Les sur dosages sont plus rares et souvent bien identifiés par le patient (palpitations, diarrhées, impression d'avoir « trop » fumé). Il suffit alors de diminuer le dosage.

Certains patients ne tolèrent pas le patch à cause des réactions cutanées locales relativement fréquentes. Il faut donc changer quotidiennement le site d'application afin de les éviter, ou en cas de persistance changer de marque ou se tourner vers les formes orales.

Des picotements et démangeaisons peuvent survenir, ils s'estompent généralement moins d'une heure après la pose du patch.

c) *Comprimés sublinguaux*



Ils ont une pharmacocinétique proche de celle des gommes, sous une forme plus discrète (petit comprimé plat qui se glisse sous la langue).

Il existe deux dosages de 2 et 4 mg.

Une fois placée sous la langue, le comprimé se délite lentement en 30 minutes. La nicotine libérée diffuse en partie dans la muqueuse buccale et est en partie déglutie avant de passer dans la circulation (1 mg environ passe dans la circulation).

La posologie est d'un comprimé par prise toutes les heures ou 2 heures, en cas de dépendance moyenne, et de deux comprimés par prise en cas de plus forte dépendance.

La posologie est de 8 à 12 comprimés par jour en début de sevrage.

d) *Comprimés à sucer*



Ils ont également une pharmacocinétique proche de celle des gommes à mâcher.

Les comprimés à sucer se présentent sous forme de grosses pastilles blanches, à sucer chaque fois que survient l'envie de fumer.

Il existe deux dosages : 2 et 4 mg.

Les comprimés de 2 mg sont conseillés aux fumeurs faiblement ou moyennement dépendants alors que les comprimés de 4 mg sont préférés pour les fumeurs fortement ou très fortement dépendants.

Le comprimé ne doit pas être croqué.

En début de sevrage, la posologie est de 1 comprimé toutes les 1 à 2 heures, soit 9 à 15 comprimés par jour pour les 2 mg ou 9 à 11 comprimés par jour pour les 4 mg.

e) *Inhaleur*



L'inhaleur 10 mg se présente sous forme d'un support en plastique blanc, ressemblant à un fume-cigarette, dans lequel se trouve une cartouche contenant un tampon poreux avec 10 mg de nicotine et 1 mg de menthol.

En aspirant à travers l'embout en plastique, l'air se charge en micro-gouttelettes de nicotine qui viennent se déposer sur la muqueuse buccale. Il ne s'accompagne d'aucune inhalation profonde de nicotine (diffusion par la muqueuse buccale).

Ce substitut offre une forte composante comportementale et gestuelle, très appréciée de certains fumeurs.

Il peut être utilisé seul ou en association avec d'autres substituts nicotiques. Son usage est bien toléré bien qu'on observe parfois une irritation buccale, ou toux ou rhinite. Ces effets indésirables sont d'intensité faible et disparaissent en général en quelques jours.

Le fumeur peut aspirer 200 à 300 fois à travers l'embout en plusieurs fois au cours de la journée et il change la cartouche quand il ne ressent plus l'efficacité.

Il ne faut pas aspirer trop fortement sous peine de ressentir une envie de tousser, les micro-goutelettes allant alors au niveau de la gorge.

La posologie est de 6 à 12 cartouches par jour en début de sevrage.

f) *Spray buccal*



Il s'agit d'une solution pour pulvérisation buccale.

Le spray buccal est dosé à 1 mg de nicotine par dose.

Le schéma posologique recommandé pour le pulvérisateur buccal pendant le traitement complet (étape I) et pendant la période d'arrêt progressif du traitement (étape II et étape III) est le suivant :

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

Les effets secondaires les plus fréquents du spray sont :

- Des hoquets
- Des maux de tête, des nausées
- Des effets localisés au niveau de la pulvérisation tels que des fourmillements, des sensations de brûlures, une inflammation ou des douleurs dans la bouche et sur lèvres
- Une altération du goût
- Une sécheresse de la bouche ou de la gorge
- Une quantité accrue de salive
- Dyspepsie

Afin de bien utiliser le dispositif, il faut :

1. Ouvrir la bouche et placez l'embout du pulvérisateur aussi près que possible.
2. Appuyer sur le pulvérisateur pour libérer une dose dans la bouche en évitant les lèvres.
3. Ne pas inhaler lors de la pulvérisation afin que le produit n'entre pas dans les voies respiratoires.
4. Éviter de déglutir pendant les quelques secondes qui suivent la pulvérisation.
5. S'abstenir de manger et de boire juste après la pulvérisation.

Il est possible de prendre 4 pulvérisations maximum par heure. Ne pas dépasser 2 pulvérisations par prise. Ne pas dépasser 64 pulvérisations (4 pulvérisations par heure, pendant 16 heures) par période de 24 heures.

En général, il est déconseillé d'utiliser le pulvérisateur buccal au-delà de 6 mois.

Il faut noter que cette forme contient de l'éthanol.

2. Sous et surdosage des substituts nicotiques

[4 ; 34]

Le surdosage de substituts nicotiques est plutôt rare. Il provient lorsque le patient a utilisé trop de substituts, ou à un dosage trop élevé, ou lorsque qu'il a fumé une cigarette en plus de l'utilisation des substituts.

Il est caractérisé par différents signes :

- Dégoût total du tabac
- Goût désagréable dans la bouche
- Maux de tête
- Vertiges
- Insomnies
- Augmentation du rythme cardiaque
- Nausées, voire diarrhées

Le sous dosage est un phénomène bien plus courant. Ce sont alors les symptômes de sevrage qui apparaissent, et un risque accru de rechute :

- Besoin urgent et irrépressible de fumer
- Irritabilité
- Troubles de la concentration
- Anxiété
- Troubles du sommeil
- Dépression
- Fatigue
- Maux de tête
- Faim
- Constipation

3. Prise en charge par la Sécurité Sociale

[39]

Depuis novembre 2016 avec la campagne « moi(s) sans tabac », la Sécurité Sociale prend en charge, sur prescription, les traitements par substituts nicotiques (patch, gomme, pastille, inhalateur...) à hauteur de **150 €** par année civile et par bénéficiaire.

Conditions pour bénéficier de cette prise en charge :

Les substituts nicotiques doivent être prescrits sur une ordonnance consacrée exclusivement à ces produits ; aucun autre traitement ne doit figurer sur cette ordonnance.

Les médecins, les sages-femmes mais également, depuis le 27 janvier 2016, les médecins du travail, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les masseurs kinésithérapeutes peuvent les prescrire.

Les sages-femmes peuvent aussi les prescrire à l'entourage de la femme enceinte ou accouchée.

Les substituts nicotiques doivent figurer sur la liste des substituts nicotiques pris en charge par l'Assurance Maladie.

Les frais sont à avancer par le patient, qui se fera rembourser par la suite par la sécurité sociale.

Depuis le 28 mars 2018, les substituts nicotiques du laboratoire EG Labo : Nicotine EG Fruit ou Menthe 2 mg et 4 mg, en boîte de 108 gommes à mâcher ; sont remboursés en partie par la Sécurité Sociale.

Leur prix est fixé à 14,14 €, avec une prise en charge à 65 %.

De plus en plus de spécialités commencent à avoir une prise en charge :

- Les patchs NicoretteSkin 10 mg/16 heures, 15 mg/16 heures et 25 mg/16 heures en boîte de 28 sont inscrits sur la liste des spécialités remboursables.

Leur prix a été fixé à 28,55 € la boîte, avec un taux de remboursement à 65 %.

- Les patchs NicopatchLib, des laboratoires Pierre Fabre, disponible en trois dosages (7, 14 et 21 mg/24 heures), en boîtes de 7 ou 28 dispositifs transdermiques.

Le prix de NicopatchLib a été fixé à 6,97 € pour la boîte de 7 et 28,55 € pour la boîte de 28, avec un taux de remboursement à 65 %.

C. Médicaments

[4 ; 8 ; 9 ; 10 ; 33 ; 34 ; 35]

Au vu de leurs effets indésirables, le Zyban et le Champix ne sont recommandés qu'en seconde intention.

Avant de prescrire ces médicaments, le médecin doit s'assurer que les traitements recommandés en première intention ont été bien conduits, à dose efficace et suffisamment longtemps ; et que l'échec a été exploré sous tous ses aspects.

1. Bupropion (Zyban®)

Le bupropion est un antidépresseur atypique ayant une efficacité reconnue dans le sevrage tabagique.

Ce médicament est délivré uniquement sur ordonnance.

Il n'est pas remboursé par la Sécurité Sociale.

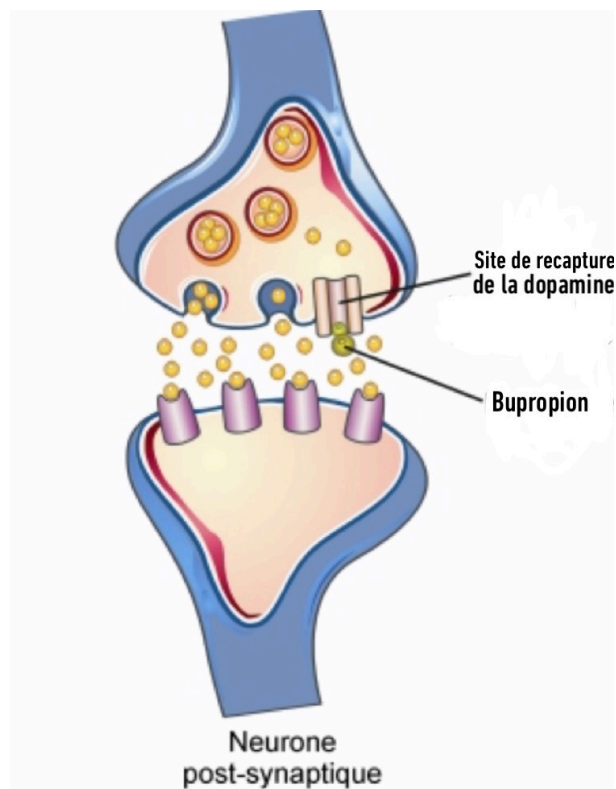
Il s'agit d'un traitement par voie orale.

Activité pharmacologique

Il agit en diminuant fortement l'envie de fumer, par un mécanisme d'inhibition sélective de la recapture neuronale des catécholamines (noradrénaline et dopamine), dont la sécrétion est stimulée quand on fume.

Sous Bupropion, on observe que les taux de dopamine et de noradrénaline augmentent. Ainsi l'envie de fumer diminue car le fumeur ressent moins le besoin de fumer pour combler le manque.

Le mécanisme d'action du Bupropion dans l'aide à l'abstinence tabagique n'est pas bien connu mais ses activités dopaminergiques et noradrénergiques seraient responsables de son efficacité dans le sevrage tabagique.



Le bupropion bloque la recapture de noradrénaline et dopamine

Posologie

Il est recommandé de débiter le traitement avant l'arrêt effectif du tabac et de décider d'une date précise d'arrêt au cours des deux premières semaines de traitement (de préférence au cours de la deuxième semaine).

La posologie initiale est de 150 mg par jour pendant les six premiers jours, puis de 300 mg par jour en 2 prises quotidiennes espacées d'au moins 8 heures à partir du 7^e jour.

La posologie maximale est de 150 mg par prise et de 300 mg par jour. Elle ne doit en aucun cas être dépassée.

La durée de traitement est de 7 à 9 semaines mais, dans certains cas, il peut être poursuivi un peu plus longtemps.

En l'absence d'efficacité à la septième semaine, il n'y a pas lieu de poursuivre le traitement.

Chez les patients âgés, les patients insuffisants hépatiques et les patients insuffisants rénaux, La posologie recommandée est de 150 mg par jour en une prise.

Effets indésirables

L'insomnie est un effet indésirable très fréquent qui peut être réduit en évitant de le prendre à l'heure du coucher (à condition de respecter un intervalle d'au moins 8 heures entre les prises).

Les autres effets indésirables les plus fréquents sont la sécheresse buccale, céphalées, éruption cutanée, hypersensibilité, troubles gastro-intestinaux.

Il existe des effets plus rares comme des crises convulsives, des palpitations, des douleurs articulaires.

Contre-indications

Le bupropion est contre-indiqué chez les patients :

- ayant des antécédents d'hypersensibilité au bupropion ou à l'un des excipients,
- présentant un trouble convulsif évolutif ou présentant un quelconque antécédent convulsif.
- présentant une tumeur du système nerveux central (SNC) connue.
- qui, à un moment quelconque du traitement, entament ou poursuivent un sevrage alcoolique ou un sevrage avec tout autre médicament dont l'interruption entraîne un risque de convulsions (en particulier les benzodiazépines et produits apparentés).

- présentant ou ayant présenté une boulimie ou une anorexie mentale diagnostiquées.
- présentant une cirrhose hépatique sévère.
- ayant des antécédents de trouble bipolaire chez lesquels il pourrait entraîner un épisode maniaque durant la phase dépressive de leur maladie.

Il ne doit pas être administré aux patients déjà traités par un autre médicament contenant du bupropion, l'incidence des convulsions étant dose-dépendante et pour éviter les surdosages.

L'association du bupropion aux inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO) est contre-indiquée. Un intervalle d'au moins 2 semaines doit être respecté entre l'arrêt des IMAO non sélectifs et le début du traitement par bupropion. Pour les IMAO sélectifs, un intervalle de 24 heures est suffisant.

Efficacité

Le bupropion est supérieur au placebo pour l'arrêt du tabagisme à 6 mois, mais n'est pas supérieur aux TNS, et est inférieur à la varénicline. [4]

Conseils

Le médicament peut être pris au cours ou en dehors des repas.

Bien que la survenue d'un syndrome de sevrage à l'arrêt du traitement paraisse improbable, une décroissance posologique progressive peut être envisagée.

2. Varénicline (Champix®)

Champix est indiqué dans le sevrage tabagique chez l'adulte.

Ce médicament est délivré uniquement sur ordonnance.

Il est remboursé par la Sécurité Sociale à 65 % dans la seule indication « sevrage tabagique, en seconde intention, après échec des stratégies comprenant des substituts nicotiques chez les adultes ayant une forte dépendance au tabac (score au test de Fagerström supérieur ou égal à 7) ».

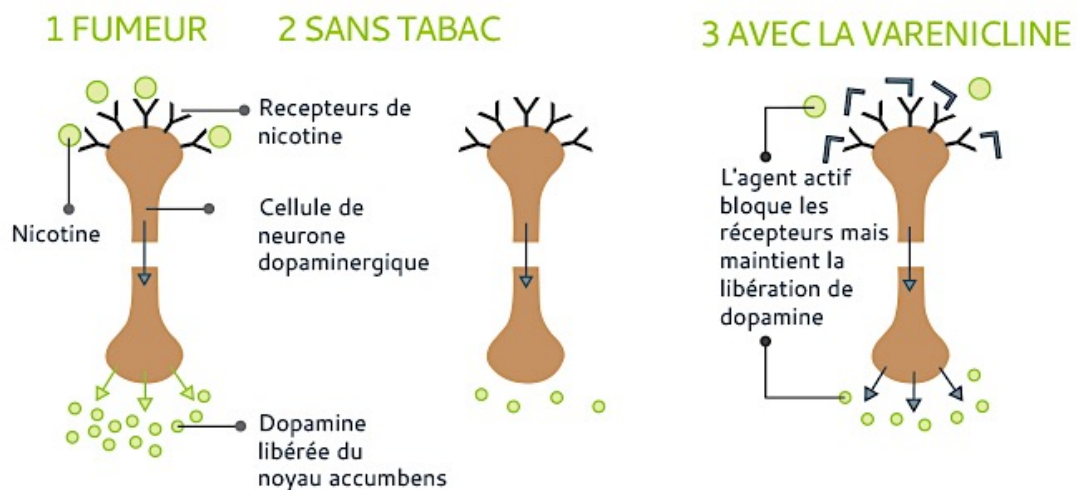
Activité pharmacologique

La varénicline se lie avec une grande affinité et sélectivité aux récepteurs nicotiniques neuronaux à l'acétylcholine $\alpha 4\beta 2$, sur lesquels elle agit comme agoniste partiel, ayant à la fois une activité agoniste, avec une efficacité intrinsèque plus faible que la nicotine, et une activité antagoniste en présence de nicotine.

Les études ont montré que la varénicline se lie aux récepteurs nicotiniques neuronaux à l'acétylcholine et stimule l'activité médiée par ces récepteurs, mais à un niveau significativement plus faible que la nicotine. La nicotine est en compétition pour le même site de liaison pour lequel la varénicline a une plus grande affinité.

Par conséquent, la varénicline peut bloquer efficacement la capacité de la nicotine à activer complètement les récepteurs et la voie dopaminergique, qui est le mécanisme neuronal sous-jacent au renforcement et à la récompense ressentis lors du tabagisme.

En résumé, sa liaison produit un effet suffisant pour soulager les symptômes de besoin impérieux et de manque (activité agoniste), tout en entraînant simultanément une réduction des effets de récompense et de renforcement du tabagisme en empêchant la liaison de la nicotine aux récepteurs $\alpha 4\beta 2$ (activité antagoniste).



Posologie

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

Le traitement est mis en place en suivant une augmentation posologique comme suit :

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

Les patients doivent être traités par Champix durant 12 semaines.

Effets indésirables

L'effet indésirable le plus fréquent est la présence de nausées.

Les autres effets indésirables fréquents sont des céphalées, affections ORL, insomnie, myalgie.

De façon plus rare peuvent survenir des crises convulsives, des troubles psychiques comme des idées suicidaires, agression, panique, pensées anormales, qui doivent faire arrêter le traitement et consulter un médecin.

Contre-indications

Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients

Efficacité

La varénicline est supérieure au placebo pour l'arrêt de la consommation de tabac à 6 mois et au bupropion pour l'arrêt de la consommation de tabac à 12 semaines.

Cependant, la varénicline n'a pas montré de supériorité par rapport aux TNS et notamment aux patchs nicotiniques, ni à une combinaison de TNS. [4]

Conseils

Champix est à utiliser par voie orale et les comprimés de Champix doivent être avalés entiers avec de l'eau.

Ils peuvent être pris au cours ou en dehors des repas.

D. Cas particulier : la grossesse

[4 ; 9 ; 40]

La sévérité des conséquences du tabagisme pendant la grossesse est connue et fait du sevrage une urgence médico-obstétricale. Le sevrage tabagique doit être le plus précoce possible, dès le diagnostic de grossesse.

L'utilisation de substituts nicotiques est possible chez les femmes enceintes. Elle n'a pas de danger avéré et facilite souvent le sevrage ; toutes les formes galéniques peuvent être utilisées.

Le traitement de substitution nicotinique proposé doit préférer des formes à apport séquentiel, gommes, comprimés sublinguaux, ou les patchs que l'on retirera la nuit, évitant ainsi une possible accumulation de la nicotine dans le liquide amniotique.

De même à la suite de la grossesse si la femme allaite, il faudra prendre le substitut juste après l'allaitement pour éviter une forte concentration de nicotine dans le lait maternel.

III. CONSEILS A L'OFFICINE

A. Evaluation (entretien avec le patient)

[2 ; 4 ; 41 ; 42 ; 43]

Le tabagisme est considéré comme une maladie chronique qui nécessite souvent une prise en charge à la fois pharmacologique et psychologique.

La motivation du fumeur est un élément déterminant pour démarrer un sevrage et le maintenir.

L'évolution de la motivation chez les fumeurs se fait suivant plusieurs stades, selon le schéma de Prochaska (Figure 8). Il est essentiel d'évaluer cette motivation de façon systématique afin de pouvoir au mieux adapter le discours.

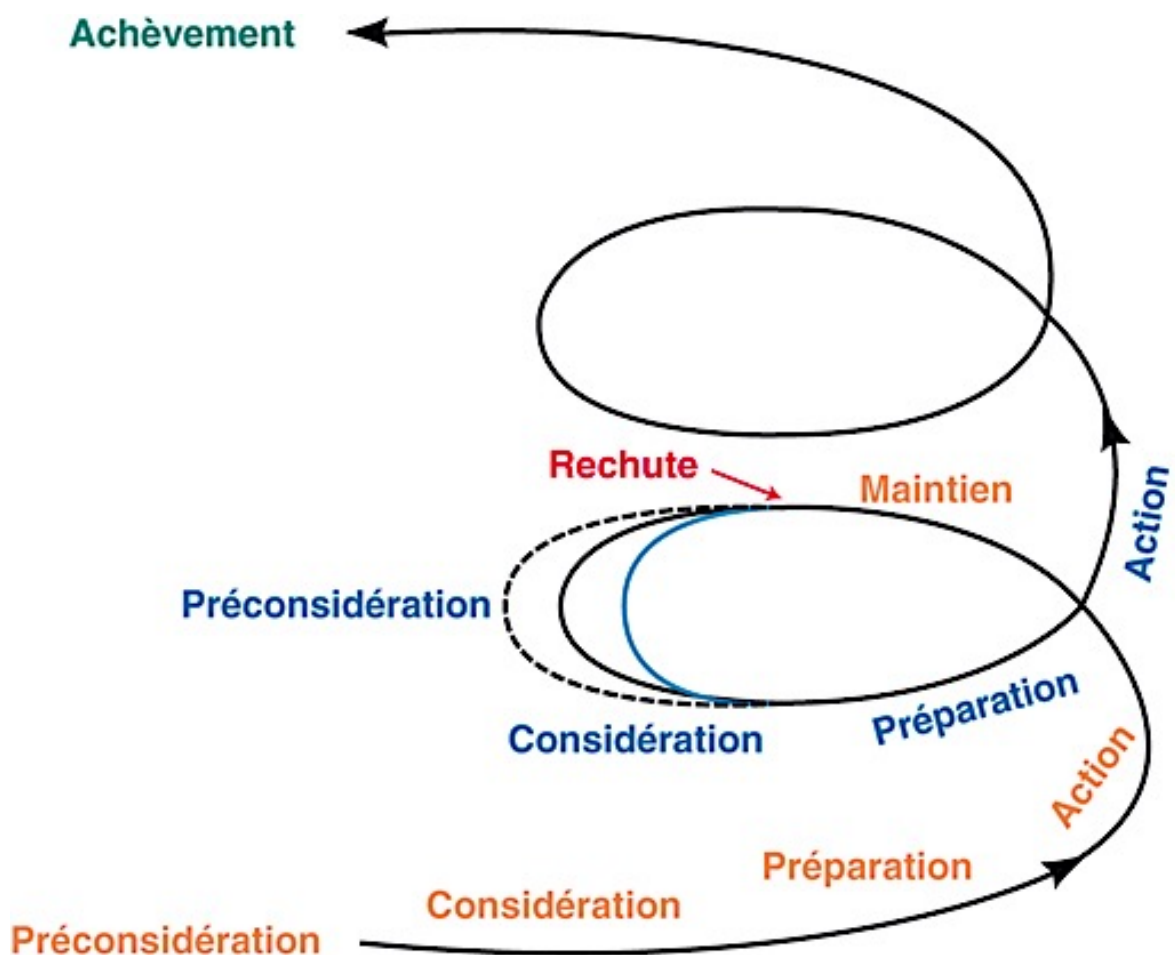


Figure 9 : Modèle en spirale des différentes étapes de changement de comportement au cours d'une dépendance [15]

1. Évaluation de la motivation à l'arrêt du tabac

- L'évaluation de la motivation se fait à l'interrogatoire ou à l'aide d'une **échelle visuelle analogique** (Figure 6).

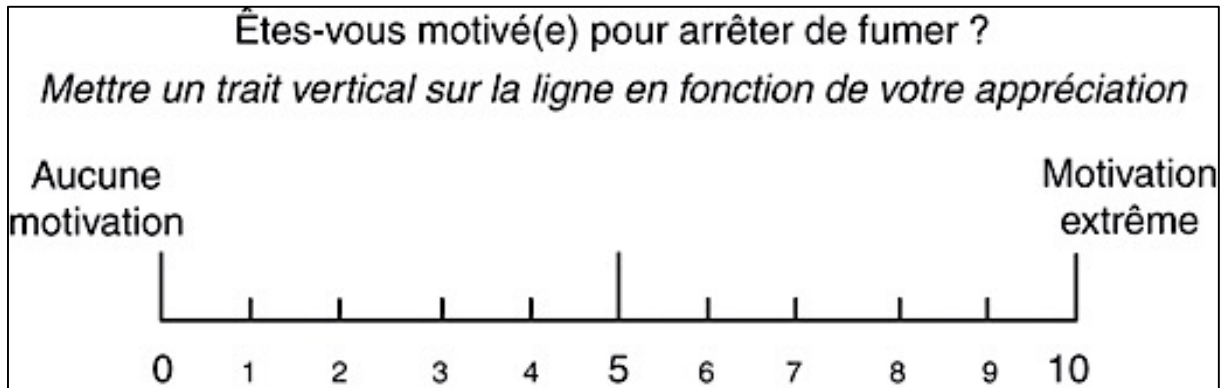


Figure 10 : Échelle visuelle analogique : évaluation de la motivation à l'arrêt [15]

- Le test **Q.MAT** permet également d'évaluer la motivation à l'arrêt du tabac du patient :

Q. MAT :	
1/Pensez-vous que dans 6 mois :	
Vous fumerez toujours autant ?	0
Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ?	2
Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ? ...	4
Vous aurez arrêté de fumer ?	8
2/Avez-vous, actuellement, envie d'arrêter de fumer ?	
Pas du tout	0
Un peu	1
Beaucoup	2
Enormément	3
3/Pensez-vous que, dans 4 semaines :	
Vous fumerez toujours autant ?	0
Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ?	2
Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ?.....	4
Vous aurez arrêté de fumer ?	6
4/Vous arrive-t-il de ne pas être content(e) de fumer ?	
Jamais	0
Quelquefois	1
Souvent	2
Très souvent	3
TOTAL (/20) :	
SCORE < 6 : MOTIVATION INSUFFISANTE	
SCORE de 7 à 13 : MOTIVATION MOYENNE	
SCORE > 13 : BONNE MOTIVATION	

Figure 11 : Echelle d'Evaluation de la motivation à l'Arrêt du Tabac [44]

2. Conduite à tenir

Les raisons qui poussent le fumeur à vouloir arrêter de fumer sont importantes à mettre en valeur. Il est essentiel également d'identifier les éventuelles craintes à l'arrêt et de répondre aux inquiétudes des fumeurs. Enfin, la conduite à tenir face à un fumeur va dépendre de son état de motivation (Figure 7)

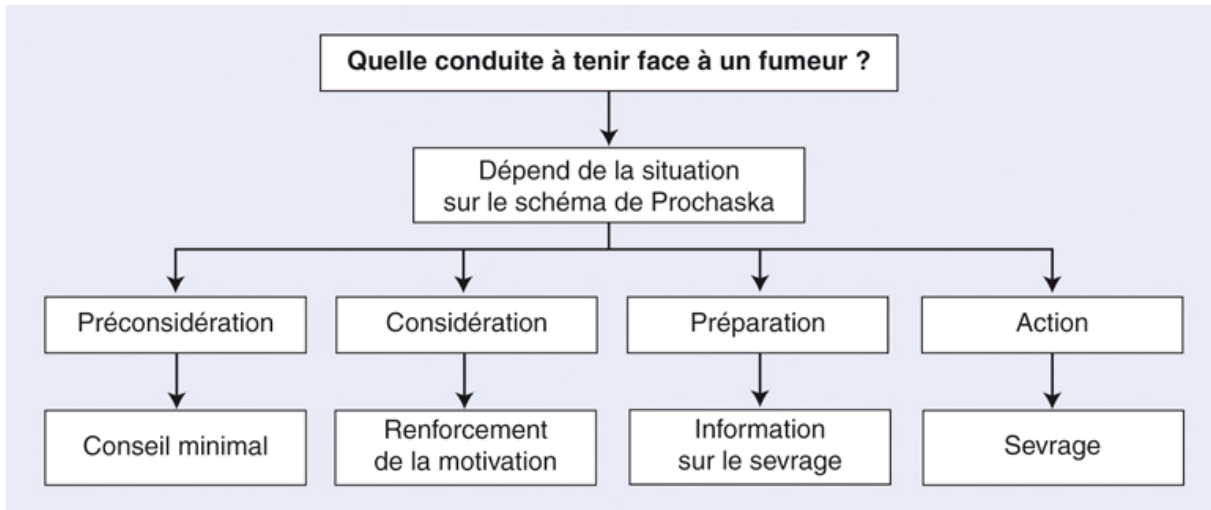


Figure 12 : Arbre décisionnel. Conduite à tenir face à un fumeur. [15]

a) *Stade de préconsidération*

Face à un fumeur non motivé, il est indispensable de dispenser le conseil minimal (Fumez-vous? Voulez-vous arrêter de fumer?). L'intérêt systématique que porte le pharmacien au tabagisme de ses patients renforce chez eux l'idée qu'il s'agit d'un problème de santé important qu'il ne faut pas sous-estimer. L'efficacité du conseil minimal à l'arrêt a été démontrée.

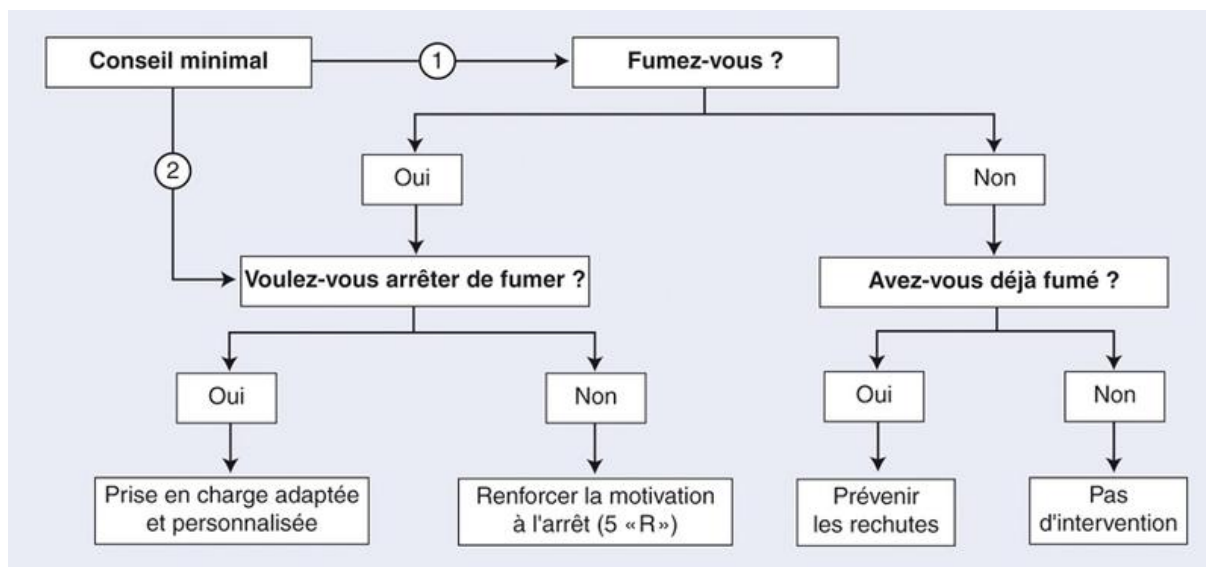


Figure 13 : conseil minimal [15]

b) *Stade de considération*

À ce stade, il est important de renforcer la motivation du fumeur. Même si celle-ci est très personnelle, le pharmacien peut contribuer à la renforcer au cours d'entretiens motivationnels.

L'entretien motivationnel peut s'appuyer sur la stratégie dite des « 5 R » développée aux États-Unis par le National Cancer Institute. Cette démarche, simple, rapide et sans coût spécifique, s'avère efficace si elle est répétée de façon systématique.

Renforcement de la motivation à l'arrêt du tabac : les cinq « R » :	
<i>Relevance</i>	Encourager le fumeur à indiquer les raisons personnelles qui pourraient l'encourager à arrêter de fumer
<i>Risks</i>	Aider le fumeur à identifier les conséquences négatives potentielles liées à sa consommation de tabac
<i>Rewards</i>	Demander au fumeur d'identifier les bénéfices potentiels liés à l'arrêt du tabac
<i>Roadblocks</i>	Demander au fumeur d'évoquer les obstacles ou les freins à l'arrêt
<i>Repetition</i>	Répéter cet entretien motivationnel lors de chaque consultation

c) Stade de préparation

Une information précise sur le traitement et la prise en charge du tabagisme peut être diffusée à ce stade.

Conseiller au patient de fixer une date d'arrêt.

d) Stade d'action

Le patient arrête de fumer. Une aide au sevrage doit être proposée, ainsi que les différents conseils pour l'aider au mieux dans sa démarche.

A ce stade, le rôle du pharmacien consiste également à :

- inviter le patient qui débute un sevrage à repasser régulièrement à l'officine pour faire le point ;
- en début de sevrage, faire attention aux risques de sous-dosage ou de surdosage en substituts nicotiques ;
- repérer la survenue d'un état dépressif, et dans ce cas orienter le patient vers un médecin ;
- encourager le sujet à chaque visite et faire valoir les bienfaits de l'arrêt du tabac (récupération de goût et d'odorat, réveil plus facile, teint de la peau, liberté, etc.) ;
- inciter le sujet à rester vigilant pendant une longue période après le sevrage pour éviter les rechutes et le prévenir qu'une rechute ne devra pas être considérée comme un échec, mais comme une étape vers l'arrêt final.

e) Phase de maintenance

Un suivi doit être proposé de façon systématique à tout fumeur sur une durée de plusieurs mois, voire une année, afin de prévenir les rechutes qui sont relativement fréquentes.

Enfin, il est important, avant de débiter un arrêt du tabac, de rechercher des troubles psychopathologiques associés, du type anxiété ou dépression, ainsi qu'une dépendance associée à d'autres produits et/ou comportementale, qui rendrait plus compliquée le sevrage. [2]

f) Rechute

Les rechutes sont fréquentes lors de l'arrêt du tabac.

Il faut analyser avec le patient les difficultés rencontrées afin de pouvoir y remédier (augmenter la dose de substituts, changer de substituts, ...) et également renforcer la motivation du patient sans émettre de jugement face à la rechute.

On peut également le diriger vers une consultation de tabacologie :

La consultation de tabacologie propose une prise en charge pluridisciplinaire dans le cadre d'une consultation spécialisée hospitalière ou d'une Unité de coordination de tabacologie (UCT).

Ces UCT sont constituées de médecins et d'infirmières tabacologues, psychiatres, psychologues, nutritionnistes, ayant pour objet de prendre en charge les patients dont la dépendance au tabac est particulièrement difficile à traiter. Les UCT ont aussi pour objet de travailler en collaboration avec les structures de prise en charge des autres dépendances.

Plus qu'une simple consultation, c'est un programme d'aide qui est proposé, établi sur plusieurs mois avec des rendez-vous multiples dont le premier dure de 45 minutes à 1 heure, associé à une prescription d'un traitement pharmacologique. Un soutien de type thérapie cognitivo-comportementale (TCC) augmente les taux de sevrage réussi. [45]

B. Choix du substitut nicotinique

[4]

Chez les patients qui nécessitent un traitement pharmacologique, les TNS sont recommandés en première intention.

Pour une meilleure efficacité, il est recommandé d'associer les TNS à un accompagnement par un professionnel de santé.

Il est recommandé d'adapter le type de TNS en fonction des préférences du patient et selon sa dépendance : dépendance au geste, différents goûts, ...

Il faut également trouver le meilleur dosage de substituts. On considère qu'une cigarette fumée équivaut à 1 mg de nicotine.

Chez un patient fumant donc par exemple 20 cigarettes par jour, il faudra une dose de 20 mg de substituts nicotiques, toujours à adapter par la suite en fonction du ressenti du patient et des signes de sur/sous dosage.

En effet, il est recommandé d'ajuster la dose de TNS dès la première semaine en fonction de l'existence de symptômes de sous-dosage ou de surdosage.

Le patient doit être informé de ces symptômes afin de pouvoir adapter la dose.

La prise persistante de cigarettes sous TNS traduit le plus souvent un sous-dosage.

Pour ajuster le dosage, il est recommandé :

- de combiner des formes orales aux patchs.
- d'associer plusieurs patchs pour atteindre la dose journalière nécessaire.

Les TNS doivent être utilisés à dose suffisante et sur une durée suffisamment prolongée, d'au minimum 3 mois.

Dans un premier temps, l'arrêt immédiat du tabac est recommandé.

Chez certains patients ne souhaitant pas ou n'arrivant pas à arrêter, il est possible d'envisager une réduction de consommation progressive sous TNS en vue d'un arrêt complet.

C. Thérapie cognitivo-comportementale

[10 ; 42 ; 46 ; 47]

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

Les techniques actuelles de thérapie cognitivo-comportementale appliquées au tabagisme, ont essentiellement pour objectif l'apprentissage de stratégies permettant de faire face aux situations à haut risque d'envie de fumer, éventuellement à un faux pas dans l'arrêt de la consommation de tabac.

Elles sont surtout un élément pour envisager l'arrêt du tabagisme sur le long terme, en évitant l'apparition de troubles psychopathologiques et en recherchant la meilleure qualité de vie du patient.

L'accent est mis sur la connaissance puis la maîtrise de ces stratégies avec pour effet d'augmenter la confiance que le sujet a dans ses capacités à atteindre son objectif.

D. Homéopathie

[11 ; 48 ; 49 ; 50]

L'efficacité des méthodes homéopathiques dans le sevrage tabagique n'a pas été établie scientifiquement.

L'homéopathie agit sur les symptômes du manque dans l'arrêt du tabac :

1. Traiter l'anxiété liée à l'arrêt du tabac

- Nux Vomica 15 CH (5 granules en 2 prises quotidiennes).
- Sédatif PC (5 granules 3 à 6 fois par jour) pour l'anxiété et les troubles du sommeil dus à la nervosité.
- Gelsenium 9 CH (3 granules trois fois par jour)
- Aconitum Napellus 5 CH, le matin à jeun
- Ignatia amara 7 CH, 2 granules 3 fois par jour
- Argentum Nitricum 15 CH
- Sedatif PC , 2 comprimés trois fois par jour

2. Combler une envie de fumer à tout moment de la journée

- Caladium Seguinum 9 CH, à raison de 5 granules matin, midi et soir ; et en 5 CH dès que la tentation est insoutenable.
- Lobelia Inflata 4 CH à 15 CH selon envie, 3 granules en au moment de l'envie d'allumer une cigarette

3. Traiter les effets du manque de nicotine

- Tabacum 7CH (Trois granules matin et soir)

4. Gérer la frustration

- Staphysagria 15 CH : frustration, colère, irritabilité : une dose hebdomadaire

5. Insomnies, perturbation du sommeil

- Belladonna 9 CH au coucher (à répéter au bout d'une demi-heure ou dans la nuit si besoin).
- Passiflora 9 CH

6. Constipation

- Alumina 9 CH, 2 ou 3 granules trois fois par jour

7. Fringales

- Antimonium Crudum 9 CH, 2 à 3 granules dès qu'une envie de grignoter apparaît.

<http://www.amiform.com/web/documents-sevrage-tabagique/approche-homeopathique-du-sevrage-tabagique.pdf>

E. Phytothérapie

[50 ; 51]

1. Dépendance

Avoine :



Sevrage des intoxications tabagique. L'avoine atténue les effets liés au manque de nicotine. [67]

Kudzu :



Elle favorise la désaccoutumance aux drogues : sa racine consommée régulièrement en cure, entraîne une dépendance à la cigarette fortement réduite. [68]

2. Anxiété / irritabilité

Certaines plantes contribuent à la détente, à la relaxation :

- Angélique
- Aubépine
- Marjolaine
- Verveine
- Lavande
- Nérolé
- Camomille
- Eschscholtzia
- Rhodiola

3. Humeur déprimée

Millepertuis : il possède des propriétés sédatives, anxiolytiques, antidépressives.

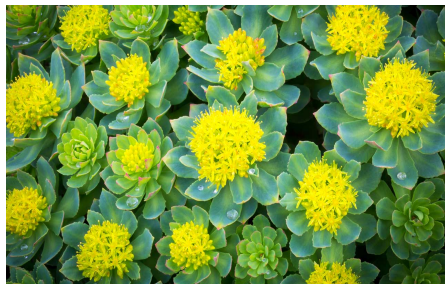


Il faut rester très vigilant car le millepertuis est un inducteur enzymatique. Ainsi, les médicaments sont plus vite éliminés et présentent un risque d'inefficacité (et un risque de surdosage à l'arrêt du millepertuis).

Il faut donc être très prudent si le patient prend des médicaments à marge thérapeutique étroite comme la digoxine, théophylline, anti-vitamines K, ciclosporine, mais aussi contraceptifs oraux. Il faudra mieux alors éviter la prise de millepertuis.

4. Difficulté de concentration

Rhodiola : permet de diminuer certains symptômes de grande fatigue, faiblesse généralisée, affaiblissement des fonctions physiologiques. Il contribue au bien-être émotionnel et physique.



Ginseng : Adaptogène, il améliore les performances physiques et intellectuelles, augmente la résistance de l'organisme aux divers stress et améliore les capacités intellectuelles.



Acérola : riche en vitamine C, il contribue à protéger contre le stress oxydatif.

5. Prise de poids

Pour limiter la prise de poids, on peut faire appel à des plantes à visée diurétique :

- Orthosiphon
- Prêle
- Pissenlit
- Bruyère
- Bouleau
- Queue de cerise
- Reine des prés

Konjac : il est utilisé comme épaississant, gélifiant ou émulsifiant. Il agit comme un coupe faim pour diminuer l'appétit.



Thé vert : contribue au contrôle du poids en favorisant le métabolisme des lipides et leur dégradation.



Wakamé : aide au contrôle du poids et à réduire l'appétit.

6. Insomnie

Certaines plantes favorisent l'endormissement et le maintien d'un bon sommeil :

- Valériane
- Passiflore
- Aubépine
- Houblon
- Mélisse
- Mélilot
- Eschscholtzia

7. Constipation

Parfois lors d'un arrêt tabagique, une gêne du transit peut se manifester.

Certaines plantes favorisent une bonne fonction intestinale et un bon transit :

- Ascophyllum
- Artichaut
- Cassis
- Frêne
- Boldo
- Bourdaine
- Graines de Lin
- Rhubarbe de Chine

8. Problèmes broncho-pulmonaires

Certaines plantes peuvent favoriser le bien-être respiratoire :

- Thym
- Eucalyptus
- Guimauve

F. Aromathérapie

Comme pour les autres méthodes non reconnues par les autorités de santé, son efficacité est contestée.

Certaines huiles essentielles pourraient aider à soulager les effets secondaires du au sevrage :

- Marjolaine à Coquilles :



L'huile essentielle de Marjolaine à Coquilles a un effet apaisant et calmant : la Marjolaine à Coquilles sera un allié dans la lutte contre le tabac lorsque la nervosité prend le dessus. La mandarine, l'orange douce, la lavande, ont également un effet calmant.

- Angélique :



L'huile essentielle d'Angélique est reconnue en aromathérapie comme étant la référence pour se débarrasser des addictions aux drogues douces. Elle possède des propriétés anti-dépendance et action anxiolytique.

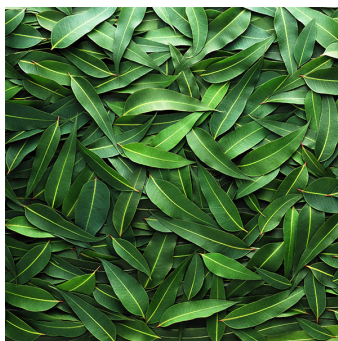
- Verveine Exotique :



L'huile essentielle de Verveine Exotique vient aider dans la lutte contre la sensation de manque.

De plus, elle possède une action calmante.

- Eucalyptus Radiata :



L'Eucalyptus est un expectorant naturel. Par la stimulation des cellules ciliées des voies respiratoires, l'élimination des toxines et des goudrons collés aux parois des bronches sera favorisée et accélérée.

On peut mélanger ces huiles pour combiner les effets, en mélangeant par exemple :

- 50 gouttes d'huile essentielle de Marjolaine à Coquilles
- 20 gouttes d'huile essentielle d'Angélique
- 10 gouttes d'huile essentielle de Verveine Exotique
- 20 gouttes d'huile essentielle d'Eucalyptus Radiata

Appliquer 2 gouttes du mélange sur la face interne des poignets et respirer quand l'envie de fumer se fait sentir.

- Précautions d'emploi :

L'aromathérapie est déconseillée et requiert un avis médical en cas de grossesse, d'allaitement, enfants de moins de 6 ans, asthme, épilepsie, gastrite ou d'ulcère gastroduodéal, troubles métaboliques, cancers, obstruction des voies biliaires, diabète, traitements particuliers.

Les huiles essentielles doivent être prises à bon escient et à doses adaptées afin d'éviter de dommageables effets secondaires.

- Les personnes présentant un terrain allergique doivent systématiquement procéder à un test allergique de tolérance en mettant par exemple deux gouttes d'huile essentielle dans le pli du coude et en observant toute réaction cutanée.
- Certaines huiles essentielles pures sont dermo-caustiques (agressives pour la peau), il faudra donc les diluer dans une huile végétale (amande douce, olive...).
- Il faut toujours respecter les voies d'absorption indiquées ainsi que la posologie.
- Il faut appliquer une fenêtre thérapeutique lors d'une utilisation prolongée d'huile essentielle.
- Il ne faut jamais appliquer d'huile essentielle pure sur les yeux, le nez, le conduit auditif, les muqueuses ano-génitales, sauf exceptions.
- Il ne faut pas mettre sur la peau des huiles essentielles avant toute exposition au soleil. Certaines sont photosensibilisantes ou peuvent provoquer des tâches sur la peau.
- Il faut éviter de laisser les flacons à la portée des enfants.

G. Hygiène de vie

1. Eviter la rechute

Il est important d'éviter de reprendre ne serait-ce qu'une bouffée d'une cigarette, ce faux pas conduit la plupart du temps à la rechute. Il est plus facile de refuser la première cigarette que la seconde.

Afin d'éviter au maximum la rechute, il faut :

- Éviter au maximum la tentation :
 - Les endroits où l'on fume.
 - Fréquentez de préférence des non-fumeurs.
 - Modérez la consommation d'alcool, car l'alcool peut donner des envies de fumer, diminue la maîtrise de soi et expose donc aux faux pas et aux rechutes.
- Restez motivé. Promettez (par écrit) de ne plus fumer. Faire une liste énumérant tous les avantages liés à l'arrêt, et une liste des inconvénients du tabagisme. Les relire régulièrement.
- Préparez un plan d'urgence pour faire face aux situations à risque et au besoin urgent de fumer, savoir ajuster la dose des substituts nicotiniques si besoin :

Les besoins urgents de fumer disparaissent après quelques minutes, il suffit donc d'attendre qu'ils passent ou de trouver une occupation pour se distraire. C'est dans les 3 à 5 jours qui suivent l'arrêt de la cigarette qu'ils sont les plus intenses, par la suite, ils diminuent en nombre, en intensité et en durée.

Il faut donc recourir immédiatement à des pensées ou des activités de diversion comme :

- Boire quelque chose (eau, jus de fruits)
- Prendre un chewing-gum, des bonbons (débiter un chewing-gum remplace un peu le geste d'allumer une cigarette)
- Manger un fruit
- Se brosser les dents
- Respirer plusieurs fois lentement et profondément
- Changer de lieu ou d'activité, quitter la pièce
- S'occuper les mains (ex. jouer avec un crayon, écrire, etc.)
- Faire une promenade, du sport ou une autre activité physique

- Prendre une douche
- Commencer une nouvelle activité
- Fixer son esprit sur autre chose que la cigarette. Penser à une chose agréable (des vacances, des projets de week-end que vous pourrez vous offrir grâce à l'argent économisé, une sortie à la fin de votre journée de travail...).
- Utiliser un substitut nicotinique si besoin.

Les formes orales des substituts nicotiniques (gomme, comprimé, inhalateur) permettent d'atténuer rapidement l'intensité du besoin urgent de fumer, voire de le faire disparaître.

- Se rappeler sa décision de ne plus fumer

Essayer de se raisonner. Etablir la liste des raisons qui ont poussé à arrêter, se rappeler à quel point les premières heures et les premiers jours étaient difficiles. Se dire que si on fume, on le regrettera, qu'il serait dommage de compromettre les efforts déjà consentis.

- Pour ne pas être tenté de fumer, quitter immédiatement la table après le repas et se brosser les dents ou trouver une autre activité (ex. faire une promenade ou la vaisselle). Se dire que les cigarettes n'améliorent pas les repas. Au contraire, en détruisant les sens du goût et de l'odorat, elles empêchent d'en profiter pleinement.

- Si l'envie de fumer est présente dès le réveil, trouver des activités de diversion, comme prendre une douche ou préparer le petit-déjeuner.

- Se parler à soi-même, se rappeler les désagréments de la cigarette (odeur, haleine). Se dire : "Si je tiens le coup encore 5 minutes, l'envie de fumer aura passé". "Je suis plus fort que la cigarette".

- En cas de déprime :

La nicotine est un stimulant, il est donc possible que certaines personnes se sentent déprimées quand elles arrêtent de fumer. Comme les autres symptômes de sevrage, ce sentiment devrait passer après quelque temps.

- S'attaquer aux causes du stress :

Essayer de comprendre ce qui cause du stress, puis s'attaquer à la racine du problème. D'ici-là, trouver des façons de réagir au stress autrement qu'en fumant comme la pratique d'une technique de relaxation (yoga, sophrologie) qui peut aider à mieux gérer le stress et la tension.

- Se détendre :

Respirer plusieurs fois à fond, lentement. Se détendre en écoutant de la musique, en parlant à quelqu'un, en lisant un journal ou un livre, en faisant du sport, de l'exercice ou une autre activité agréable, faire des siestes.

- Eviter les conflits :

Il est recommandé d'éviter les causes d'énerverment et les situations conflictuelles durant les premières semaines d'arrêt. Garder toujours à l'esprit qu'une cigarette ne résout jamais les problèmes.

- Avertir l'entourage :

Après avoir arrêté de fumer, certaines personnes deviennent irritables. Avertir les proches et leur demander de faire preuve de compréhension et de patience pendant quelque temps.

- Exprimer ses sentiments :

Si on parle de ses émotions, elles sont plus faciles à gérer. Exprimer ouvertement et calmement son ressenti. Garder le contact avec ses amis, son entourage en téléphonant, en les rencontrant aussi souvent que possible.

- Organiser son emploi du temps :

En planifiant ses activités à l'avance, on évite les moments d'ennui lors desquels l'envie de fumer peut s'insinuer.

Au lieu d'effectuer les tâches comme elles se présentent, établir des priorités. Repérer ses heures les plus productives et se consacrer aux tâches prioritaires. Garder le contrôle lors des imprévus et interruptions (téléphones, visites, ...), en anticipant son comportement. Apprendre à dire non.

Et surtout, prévoir des activités "plaisirs" afin de recharger ses batteries.

- Eviter la compagnie des fumeurs :

Les premiers temps, il est conseillé d'éviter les endroits où l'on fume et de fréquenter de préférence ses amis non-fumeurs. L'application des lois sur les établissements non-fumeurs, est un soutien réel lorsque l'on est dans un processus d'arrêt. Il est désormais plus aisé de sortir dans des cafés et restaurants non-fumeurs.

Etre conscients qu'il est difficile de résister à l'envie de fumer lorsque l'on sent l'odeur du tabac ou que l'on voit quelqu'un s'allumer une cigarette.

- Modérer sa consommation d'alcool et de café :

De très nombreux ex-fumeurs ont recommencé à fumer après avoir bu de l'alcool, particulièrement le soir. En effet, l'alcool, même en quantité limitée, appelle la cigarette, engendre des envies de fumer et diminue la maîtrise de soi. L'alcool augmente le risque de faux pas et donc de rechute.

Le café provoque aussi l'envie de fumer, surtout par habitude. Evitez d'en boire ou sinon, soyez particulièrement attentif.

- Résister à l'influence des fumeurs :

Ne pas se laisser influencer par les personnes que votre succès dérange et qui veulent vous inciter à reprendre une cigarette. Se dire que de nombreux fumeurs aimeraient également arrêter. Affirmer sa nouvelle identité d'ex-fumeur. Répondre par exemple :

"Non merci, je ne fume plus!"

"Non merci, j'ai décidé de ne plus m'empoisonner avec le tabac".

"Non merci, je n'ai pas besoin de cigarettes pour me sentir bien".

- Répéter la scène, comme un acteur :

Jouer à l'avance la scène où vous refusez une cigarette qu'on vous offre, ainsi que la scène où vous répondez à une personne qui doute de votre capacité à réussir.

- Faire davantage de sport ou d'exercice :

Le sport libère les tensions et permet de diminuer l'envie de fumer. Faire du sport augmente l'estime de soi et renforce sa nouvelle identité de personne qui prend soin de sa santé.

- Etre actif :

Pratiquer ses activités préférées. Planifier ses activités à l'avance et veiller à ne pas avoir de temps morts durant lesquels le regret de la cigarette pourrait s'insinuer.

- Modifier son environnement :

Eviter de garder à portée de main des objets qui peuvent provoquer l'envie de fumer. Jeter les paquets de cigarettes, cacher les cendriers et les briquets. Ne pas emporter de cigarettes avec soi. Laver ses habits pour leur enlever l'odeur de fumée.

- Rechercher l'aide de son entourage :

Les chances de réussite sont augmentées grâce au soutien de son entourage.

Faire savoir aux autres que vous avez cessé de fumer, demandez-leur de vous aider. Ne pas hésiter à parler à une personne de confiance de ses efforts pour arrêter de fumer. Se méfier de certains fumeurs, qui peuvent envier la réussite et inciter à reprendre une cigarette.

- Inciter son conjoint à arrêter :

Pour les personnes ayant un conjoint fumeur, il est plus difficile d'arrêter car les rappels de la cigarette sont partout.

A deux, on peut partager son expérience et s'entraider. De plus, si le conjoint arrête de fumer, cela augmente les chances de succès.

- Etre fier de soi :

Etre fier de sa réussite. Prendre conscience du fait qu'elle vous valorise aux yeux de ceux qui ne parviennent pas à arrêter de fumer. Ces sentiments positifs peuvent aider à rester ex fumeur.

- S'accorder des récompenses :

S'acheter par exemple des petits cadeaux avec l'argent économisé sur les cigarettes, Ces récompenses encourageant à continuer et elles dédommageront de la perte du plaisir de fumer.

- Interpréter les envies de fumer comme des signaux :

Même longtemps après avoir arrêté de fumer, il faut s'attendre à ressentir l'envie de fumer. Ne pas considérer ces envies de fumer comme des échecs mais comme des signaux d'avertissement qui disent qu'il faut utiliser les stratégies que l'on a développé pour lutter contre l'envie de fumer.

- Lister les avantages d'une vie sans tabac :

"Je dépense moins d'argent".

"Je me sens plus jeune". "J'ai plus d'énergie". "Je suis en meilleure forme".

"J'ai redécouvert les goûts et les odeurs".

"Je me sens beaucoup mieux". "Je respire mieux". "J'éprouve une certaine fierté".

"J'ai meilleure haleine". "L'odeur sur les habits a disparu". "J'ai meilleure mine".

"Je n'ai plus à me préoccuper de mes poumons".

"Je ne tousse plus". "Je n'ai plus mal à la tête". "Je suis moins nerveux".

"On importune moins son entourage". "Cela me revalorise aux yeux de mes proches".

"Ma famille est satisfaite". [52]

- Si le doute gagne :

Préparer une réponse qui permette de ne pas reprendre de cigarette :

Si vous pensez... dites-vous:
<i>Je vais en reprendre juste une seule</i>	Cela risque fortement de me faire rechuter. J'ai déjà tenu bon quelque temps, ce serait dommage de tout remettre en question.
<i>Je ne tiendrai pas le coup sans fumer</i>	Si je tiens encore quelques jours, le plus dur sera passé. J'ai décidé d'arrêter et je ne reviens plus en arrière, à la toux, aux bronchites.
<i>Je suis insupportable quand j'essaie d'arrêter de fumer</i>	L'irritabilité est un symptôme normal de sevrage, cela va passer. Pour atténuer mon irritabilité, je vais utiliser un substitut nicotinique.
<i>Une cigarette m'aidera à faire face à mes soucis</i>	Je suis tout à fait capable de m'acquitter de mes tâches sans fumer.
<i>Je vais fumer seulement de temps en temps.</i>	Il est très difficile de fumer seulement de temps en temps. Je risque de revenir rapidement à ma consommation d'autrefois.
<i>Ce n'est pas le bon moment, j'arrêterai de fumer plus tard</i>	Si j'attends le moment idéal, je n'arrêterai jamais de fumer.

2. Contrôler la prise de poids lors de l'arrêt

[53]

- Boire de l'eau régulièrement, au moins 1,5 litres par jour ; éviter le café et l'alcool.
- Faire du sport ou pratiquer une activité physique (marche, bricolage, jardinage, prendre les escaliers...).
- Commencer la journée par un petit déjeuner complet, avec par exemple du pain ou des céréales, un fruit, un yaourt et une boisson.
- Manger un petit bol de soupe ou un fruit après sa journée de travail pour tenir jusqu'au dîner, éviter le grignotage.
- Privilégier les viandes peu grasses (volaille, lapin, jambon blanc, bifteck, faux-filet) et le poisson, le tout accompagné d'une bonne quantité de légumes.
- Consommer au moins un féculent (pommes de terre, pâtes, riz, pain) à chaque repas.
- Conserver une alimentation variée en limitant les aliments gras (charcuterie, fromage), sucrés (chocolat, pâtisseries) et les plats en sauce.
- Fruits et légumes : avoir au moins 5 portions par jour de fruits et/ou légumes, frais, ou sous forme de jus (1 portion = 1 verre de jus).

- Lait ou des produits laitiers au quotidien, du poisson une à deux fois par semaine ; viande et œufs modérément : ces aliments contiennent des éléments nutritionnels importants comme le calcium dans les produits laitiers, l'iode, le sélénium, les acides gras oméga 3 dans les poissons. La viande contient du fer, des vitamines B1, B6 et B12... Consommer de préférence de la viande et des produits laitiers avec peu de matières grasses.
- Peu de graisses : utiliser des huiles et des graisses végétales (ex. huile de colza ou de soja).
- Sucre et sel modérément : ne consommer qu'occasionnellement des aliments ou des boissons sucrés (soda, ...). Et utiliser des herbes et des épices à la place du sel.
- Prendre son temps, déguster son repas : la sensation de satiété s'installe au fur et à mesure.

3. Avoir un meilleur sommeil

- Repérer son heure d'endormissement (quand les yeux picotent, que vous frissonnez, que vous avez envie de bailler...) et prendre l'habitude de se coucher à ce moment-là.
- Se lever et se coucher à heures régulières.
- Diminuer ses activités au moins une heure avant le coucher.
- Abaisser la température de la chambre et maintenir une ambiance sonore calme.
- Dormir avec les pieds au chaud, si nécessaire avec des chaussettes.
- Manger léger le soir en évitant l'alcool, les aliments gras et les excitants (café, thé...).

4. Faciliter la digestion

- Boire suffisamment, au minimum 1 litre et demi d'eau par jour.
- Privilégier les aliments riches en fibres : fruits, salades, légumes et céréales complètes.
- Le matin, prendre de la confiture de laxarine, compote de pomme ou des pruneaux pour lutter contre la constipation.
- Pratiquer une activité physique.
- Ne recourir à un laxatif qu'en cas de constipation sévère.

H. Soutien téléphonique

[2 ; 38]

Le soutien téléphonique à l'arrêt du tabac consiste en une série d'entretiens structurés qui soutiennent toute personne souhaitant arrêter de fumer, ou ayant récemment arrêté. L'utilisateur peut appeler le service et être ensuite rappelé par des spécialistes de l'aide à l'arrêt du tabac.

Le ministère chargé de la Santé et l'INPES ont développé une ligne téléphonique pour accompagner et soutenir les fumeurs dans leur démarche d'arrêt : la ligne Tabac Info Service (3989). Outre l'information, l'orientation et le conseil simple, cette ligne d'aide offre aux fumeurs la possibilité d'un service de seconde ligne, avec prise de rendez-vous téléphonique pour entretien avec des tabacologues pour conseil dans la démarche de sevrage.

I. Cigarette électronique

[2 ; 4 ; 34 ; 54]

Les cigarettes électroniques de nicotine sont conçues pour diffuser de la nicotine dans les voies respiratoires.

Il s'agit de dispositifs à batterie qui dispensent un mélange de propylène-glycol et de nicotine sous forme de vapeur et inhalé par l'utilisateur. Ils sont commercialisés sous différents noms de marque et descriptifs, l'appellation la plus courante étant « cigarettes électroniques ».

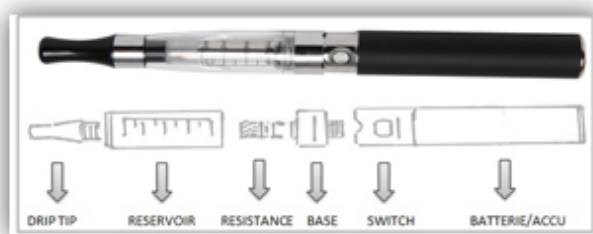


Figure 14 : Composition d'une cigarette électronique

Des flacons à différentes concentrations de nicotine existent séparément à la vente (« e-liquides »). Ces flacons peuvent être ajoutés aux cigarettes électroniques (le consommateur pouvant alors déterminer la dose de nicotine).

1. Statut

En 2017, en France, aucun type de cigarette électronique ne dispose d'une autorisation de mise sur le marché (AMM). Par ailleurs les cigarettes électroniques ne peuvent être vendues en pharmacie car elles ne figurent pas sur la liste des produits dont la délivrance y est autorisée.

Du fait de leur statut actuel de produit de consommation, les cigarettes électroniques échappent à la réglementation sur les médicaments et aux contrôles applicables aux produits du tabac.

2. Données des agences sanitaires

a) Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) :

Dans un communiqué du 30 mai 2011, l'ANSM recommandait de ne pas utiliser de cigarettes électroniques.

Dans ce communiqué, l'Agence rappelle que la nicotine est classée substance «très dangereuse» par l'OMS et que la réglementation du médicament encadre l'utilisation de produits de substitution nicotinique avec une exposition à la nicotine limitée et contrôlée. Même lorsqu'ils sont limités à 2 %, les e-liquides peuvent contenir des quantités de nicotine susceptibles d'entraîner une exposition cutanée ou orale accidentelle, avec des effets indésirables graves, notamment chez les enfants.

Par ailleurs, comme pour la cigarette classique, consommer des cigarettes électroniques peut induire une dépendance, pour toute quantité de nicotine contenue dans les cartouches. L'usage de ce produit expose donc les utilisateurs qui n'étaient dépendants ni aux cigarettes, ni à la nicotine, à un risque de dépendance.

b) Organisation mondiale de la santé (OMS)

Le groupe d'étude de l'OMS sur la réglementation des produits a étudié les cigarettes électroniques de nicotine et rendu les conclusions suivantes dans un rapport en 2010 :

- L'innocuité et l'importance de l'apport de nicotine n'ont pas été établies ;
- Ces produits sont commercialisés comme des aides au sevrage tabagique mais il n'y a pas assez de données scientifiques pour valider cette allégation ;
- L'administration dans les poumons peut être dangereuse et, indépendamment des effets de la nicotine, il est important à l'échelle mondiale de faire des études scientifiques sur l'administration dans les poumons ;
- Les éléments sont actuellement insuffisants pour déterminer si les inhalateurs électroniques de nicotine peuvent être utilisés pour aider à arrêter de fumer, s'ils engendrent une dépendance ou l'entretiennent et s'ils dispensent des constituants autres que la nicotine.

Le groupe a estimé que les allégations selon lesquelles ces produits ont des effets bénéfiques sur la santé, sont moins nocifs ou facilitent le sevrage tabagique devraient être interdites jusqu'à ce qu'elles soient scientifiquement prouvées.

3. Données issues des premières études expérimentales

Doses de nicotine

La teneur en nicotine des solutions de recharge et des cartouches varie en fonction du fabricant, du modèle, et de la dose affichée. Dans une étude réalisée en 2011 par la direction des laboratoires et des contrôles (DLC) de l'Afssaps sur 29 échantillons, la teneur trouvée des solutions de recharge était comprise entre 0 et 20 mg/ml de nicotine et celle des cartouches était comprise entre 0 et 10 mg de nicotine.

Risques

La dose létale de nicotine est estimée à 30-60 mg pour un adulte et 10 mg pour un enfant. Les concentrations contenues dans les solutions de cigarettes électroniques peuvent être toxiques voire létales en cas d'usage autre que celui préconisé, notamment en cas d'ingestion ou d'absorption par la peau.

Effets indésirables

Les effets indésirables rapportés dans les quelques études expérimentales existantes étaient les suivants : irritation de la bouche, nausée, maux de tête, toux sèche.

Toxicité de la vapeur

Lors de l'aspiration, la solution présente dans la cartouche s'échauffe et la vapeur produite est inhalée par l'utilisateur. Les vapeurs de cigarettes électroniques contiennent des substances toxiques (formaldéhyde, acétaldéhyde, acroléine, toluène, N'-nitrosonornicotin, cétone nitrosamine dérivée de la nicotine). D'après une étude, les niveaux de ces substances toxiques sont 9 à 450 fois moins élevés dans la vapeur de cigarette électronique que dans la fumée de cigarette classique.

Effet sur la réduction de la consommation et sur l'abstinence au tabac

Des études sur l'efficacité et l'innocuité sont encore nécessaires pour inscrire la cigarette électronique dans l'arsenal médical pour l'arrêt du tabac, a indiqué la Haute Autorité de santé dans un avis paru en novembre 2015.

Les recommandations en vigueur de la HAS sur le sevrage tabagique invitent les professionnels de santé à ne pas dissuader les patients de son utilisation lorsque celle-ci s'inscrit dans le cadre d'une démarche d'arrêt complet du tabac.

4. Cadre légal

Les produits du vapotage (c'est-à-dire la cigarette électronique elle-même mais aussi les éléments de celle-ci, les recharges ou les liquides) font l'objet d'un cadre légal assez contraint, proche de celui en vigueur pour les produits du tabac à fumer. Ces dispositifs sont soumis aux obligations suivantes :

- ils doivent comporter l'avertissement sanitaire suivant, s'ils contiennent de la nicotine, sur 30% des deux surfaces les plus grandes du conditionnement : « La nicotine contenue dans ce produit crée une forte dépendance. Son utilisation par les non-fumeurs n'est pas recommandée. ».

- toute publicité ou propagande (y compris parrainage et mécénat dans ce but) en leur faveur est interdite, excepté dans les revues professionnelles spécialisées ou exclusivement à

disposition d'un public non communautaire et à l'intérieur des magasins spécialisées à condition de ne pas être visible de l'extérieur.

- la vente et l'offre à titre gratuit aux mineurs de moins de 18 ans est strictement interdite. Le vendeur peut exiger du client qu'il fasse la preuve de sa majorité.

- l'interdiction de vapoter s'applique aux établissements scolaires ou destinés à accueillir des mineurs, aux moyens de transport collectif fermés et aux lieux de travail collectifs couverts.

S'agissant des lieux de travail l'interdiction concerne, par exemple, les open space, les salles de réunion ou le travail en usine mais les bureaux individuels ne sont pas expressément mentionnés par la loi. À défaut d'interdiction, il est donc possible de vapoter seul dans son bureau. Les lieux de travail en extérieur ne sont pas non plus concernés par l'interdiction.

Toutefois, l'employeur peut choisir d'interdire lui-même l'usage de la cigarette électronique sur le lieu de travail et peut notamment prévoir que l'usage de la cigarette électronique soit interdit dans les bureaux individuels ainsi que sur les lieux de travail en extérieur. Il doit alors faire figurer cette interdiction au sein du règlement intérieur de l'entreprise.

Le salarié qui vapoterait au mépris des règles d'interdiction édictées par la loi ou par l'employeur peut être sanctionné par ce dernier, au même titre qu'un salarié qui fumerait des cigarettes "classiques" dans l'entreprise.

Le décret n° 2017-633 du 25 avril 2017, pris en application de la loi santé de 2016, institue une amende en cas de vapotage dans les lieux interdits. Il s'agit d'une contravention de 2e classe. Le contrevenant encourt une amende de 35 euros, qui peut s'élever à 150 euros en cas de retard de paiement.

J. Autres

[2 ; 11]

D'autres méthodes existent pour aider au sevrage tabagique.

Ces approches ont fait l'objet d'études dans l'aide à l'arrêt du tabac. Leur bénéfice dans l'aide à l'arrêt du tabac n'est pas établi, cependant, ces approches, qui bénéficient d'un certain recul, n'ont pas montré à ce jour de risque majeur.

Lorsqu'un patient souhaite utiliser ces méthodes, il faut le comprendre et avoir conscience de l'intérêt d'un éventuel effet placebo. Il faut signaler au patient que si cette prise en charge ne réussissait pas, une prise en charge dont l'efficacité a été établie pourra lui être proposée.

Il faut rappeler également au patient d'avoir recours à ces méthodes avec prudence, en étant sûr de la qualification de la personne proposant ces prestations.

1. Acupuncture

La première des choses à savoir est que l'acupuncture est une branche de la médecine traditionnelle chinoise.

Il s'agit donc d'une médecine douce, non-conventionnelle.

Son principe est différent de la médecine occidentale classique que nous connaissons. Aussi appelée médecine conventionnelle.

L'acupuncture est basée sur la théorie principale de la médecine chinoise, le Qi.

Ce dernier correspond à l'énergie interne de notre corps qui est en perpétuel mouvement.

Cette énergie se déplace lentement en passant par des méridiens.

Ces derniers sont des centres qui vont concentrer l'énergie qui circule.

Or il arrive que certains facteurs, par exemple le stress, la maladie, les chocs émotionnels, le climat, etc... viennent déséquilibrer l'énergie qui circule dans notre corps.

Tout le rôle de l'acupuncteur est donc de placer des aiguilles sur des points spécifiques, appelés points d'acupuncture, pour améliorer la circulation de l'énergie et ainsi rééquilibrer le corps.

L'acupuncteur choisit donc l'emplacement en fonction du soin qu'il souhaite donner et de ce qu'il veut traiter.

La majorité des points d'acupuncture sont localisés sur les mains, les poignets, les chevilles, le nez, le dos et les oreilles.

2. Auriculothérapie

L'auriculothérapie, ou acupuncture auriculaire, est une pratique de médecine non-conventionnelle se voulant diagnostique et thérapeutique.

Elle repose sur l'hypothèse qu'il existerait une correspondance entre l'oreille externe et les différents organes du corps. Il serait alors possible dans certains cas de soigner ces différents organes en piquant le pavillon de l'oreille à l'aide d'aiguilles stériles.

Le traitement peut également se faire grâce à l'introduction d'aiguilles semi-permanentes, des ondes électromagnétiques ou des projections de soft-laser.

Elle soulagerait les maladies fonctionnelles, le stress, les allergies, les douleurs chroniques, et différents types de dépendances comme le tabac...

3. Hypnose

Au départ, l'hypnose est une méthode mise au point en psychiatrie. En court-circuitant les processus mentaux, elle permet théoriquement d'atteindre plus facilement l'inconscient.

Il existe différentes techniques d'hypnose : deux écoles complémentaires.

La première, traditionnelle est basée sur la suggestion. La personne face à l'hypnotiseur subit des injonctions verbales, visuelles et corporelles. Pratiquée jusqu'à Freud, cette technique part du postulat suivant : si l'on suggère à un patient de guérir, il peut guérir.

La deuxième, l'hypnose Ericksonienne, sollicite la participation active du patient. Il s'agit plus d'un état de profonde relaxation, pendant lequel le patient va pouvoir s'exprimer librement. Le thérapeute utilise des métaphores, c'est-à-dire un langage symbolique, pour guider l'inconscient du sujet et l'amener à trouver lui-même les solutions à ses problèmes.

Le principe de l'arrêt du tabac par hypnose repose sur le mécanisme de la suggestion et le concept de l'empreinte : Il existe en chaque fumeur une part qui désire et a toujours désiré se délivrer un jour du tabac. Le thérapeute amplifie cette part, si infime soit-elle. Il donne l'avantage à des pensées et à un discours différent qui redonnent à la personne une sensation de liberté.

Diverses suggestions sont délivrées pendant la séance d'hypnose pour arrêter de fumer. Le patient se saisit de celles qui sont, pour lui, les plus mobilisatrices. Par exemple, l'association tabac-nausées, le plaisir de respirer, le désir de se débarrasser d'un produit toxique, de vaincre une dépendance ou d'être à nouveau présent à son corps.

4. Mésothérapie

Il s'agit de l'introduction par micro-injections des produits médicamenteux directement au site de la douleur ou du problème médical. On injecte des petites doses qui limitent la prise des médicaments par voie orale. Cette méthode eut plusieurs applications dans la chirurgie esthétique (visage, cheveux...etc.). On a récemment adapté son utilisation pour réduire la dépendance au tabac.

Le principe de l'utilisation de la mésothérapie contre le tabac est de provoquer une désensibilisation vis-à-vis de la nicotine. L'injection des produits médicamenteux, généralement à base de tabac et de xylocaïne, a pour objectif de provoquer un dégoût pour la cigarette.

Il existe d'autres protocoles pour pallier l'effet de manque et compenser les effets toxiques du tabac, en injectant des antioxydants.

5. Sophrologie

La sophrologie induit la détente et s'appuie sur la respiration et l'imaginaire.

L'ex-fumeur est placé dans un état entre le conscient et l'inconscient, sans être mis toutefois dans un état d'hypnose. Cette relaxation spécifique permet de modifier l'état de conscience et de vigilance, ce qui facilite l'accès aux mécanismes inconscients.

Le sophrologue propose de visualiser des images symboliques positives liées à l'arrêt du tabac (le corps qui se nettoie des toxines, qui respire mieux, les poumons qui deviennent sains...).

K. Avancées scientifiques

1. Vaccin thérapeutique contre la nicotine

[55 ; 56 ; 57 ; 58]

- Principe :

Dans les cigarettes, la nicotine est le composant le plus addictif. Et comme toutes les substances pouvant entraîner une dépendance, la nicotine augmente la quantité de dopamine - neurotransmetteur impliqué dans la sensation de plaisir dans le cerveau. Plus les récepteurs nicotiniques sont stimulés, plus de la dopamine est libérée.

Le principe d'un vaccin contre la dépendance à la nicotine est le suivant : neutraliser la nicotine dans le sang avant qu'elle n'arrive au cerveau. Pour cela, il faut rendre visible la nicotine afin qu'elle soit reconnue par le système immunitaire. En effet, la nicotine est une très petite molécule, qui passe facilement les barrières naturelles pour atteindre le cerveau. D'où l'idée d'associer à la nicotine une fraction inactive de virus pour provoquer une réaction immunitaire, la production d'anticorps anti-nicotiniques.

Chez la personne immunisée, la nicotine se lie aux anticorps. Ce complexe est alors trop gros pour franchir la barrière encéphalique. La quantité de nicotine pénétrant dans le cerveau est ainsi beaucoup plus faible, ce qui entraîne une diminution du plaisir quand la personne fume.

L'envie de fumer n'est pas affectée avec ce vaccin mais fumer ne satisfait plus ce besoin. Ce vaccin pourrait aider les fumeurs à arrêter de fumer et également à prévenir les rechutes après l'arrêt.

- Etudes :

Dans leur étude, publiée par le Journal of Medicinal Chemistry, les chercheurs du Scripps Research Institute mettent en lumière des pistes prometteuses :

Testé sur des souris, le vaccin a diminué les effets associés à la nicotine seulement dix minutes après injection. Plus important encore, le taux de cette substance était plus faible dans le cerveau, et cela même plusieurs mois après l'essai.

Cependant, les études sur l'Homme ont été moins prometteuses car aucune étude clinique n'a montré un taux augmenté de sevrage tabagique comparé au placebo, principalement en raison des taux insuffisants d'anticorps anti-nicotine produit par le vaccin.

Les chercheurs ont alors développé une nanoparticule hybride pour rendre le vaccin plus efficace, augmenter son immunogénicité.

Les études sont actuellement en cours pour ce vaccin.

Bien que prometteur, un vaccin thérapeutique contre la nicotine ne sera mis sur le marché que dans plusieurs années.

2. Metformine

[60]

La metformine est un antidiabétique oral de la famille des biguanides. Elle est utilisée chez les patients atteints de diabète de type 2.

Cependant, des chercheurs ont réalisé des études montrant un intérêt de la metformine dans le cadre du tabagisme.

En effet, ces études se basent sur l'activation centrale de l'AMPK par la metformine en tant que nouvelle approche thérapeutique potentielle pour la thérapie de sevrage de la nicotine.

Le sevrage de la nicotine produit des effets physiologiques, affectifs et cognitifs. L'effet anxiogène ressenti pendant le sevrage est directement associé à une rechute précoce.

Pour examiner mécaniquement l'effet anxiogène du sevrage de la nicotine dans des modèles précliniques, les chercheurs ont utilisé des paradigmes comportementaux qui démontrent les troubles de l'anxiété observés chez les humains après le sevrage.

Les tests NIH et MB sont deux tests validés pour évaluer le comportement anxieux chez les rongeurs.

L'utilisation chronique de nicotine réduit le comportement anxieux, tel que mesuré par une diminution de la latence pour manger un aliment appétant dans un nouvel environnement dans le test NIH. En revanche, la latence est significativement augmentée après le retrait de la nicotine.

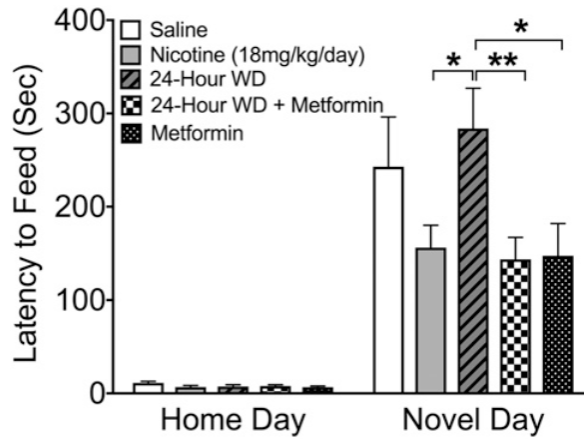


Figure 15 : test montrant la latence de prise de nourriture dans un environnement stressant [60]

De même, l'usage chronique de nicotine diminue le comportement anxieux tel que mesuré par une réduction du nombre de billes enfouies dans le test MB, tandis que le retrait de la nicotine augmente le nombre de billes enfouies dans ce test.

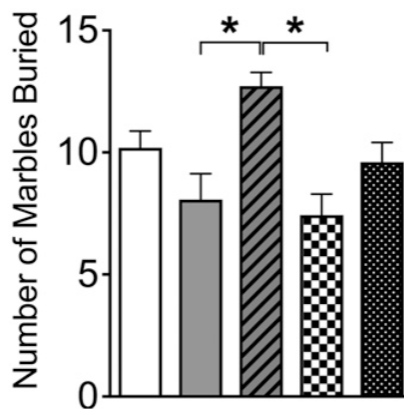


Figure 16 : test montrant le nombre de billes enfouies dans un environnement stressant [60]

Basé sur ces résultats démontrant l'efficacité préclinique de la metformine dans le soulagement du comportement anxieux après le sevrage de la nicotine, ces chercheurs proposent que l'activation de l'AMPK dans le cerveau via la metformine peut être reconvertie comme une nouvelle pharmacothérapie pour l'arrêt de la nicotine.

A ce jour, la metformine n'est autorisée que dans le traitement du diabète, il n'est donc pas question de l'utiliser pour réduire les symptômes du sevrage tabagique. Cependant, ces premiers résultats méritent d'autres recherches

CONCLUSION

Le tabac est un des principaux problèmes de santé publique, en tuant 7 millions de personnes chaque année.

Le pharmacien d'officine se situe en première ligne afin de lutter contre la dépendance tabagique et d'aider les patients dans leur sevrage.

Il doit évaluer leur dépendance afin de leur proposer l'aide la plus adaptée, et renforcer la motivation du patient.

Si le patient souhaite un traitement, le pharmacien doit adapter au mieux ce traitement pour faciliter le plus possible le sevrage.

Au-delà du traitement médicamenteux, il existe un grand nombre de conseils à donner aux patients afin de réussir au mieux leur sevrage tabagique.

Le pharmacien doit être en collaboration avec le médecin traitant et doit orienter le patient vers celui-ci en cas de nécessité.

Il doit également expliquer aux patients comment bien utiliser le traitement et leur donner les conseils sur l'hygiène de vie à adopter, les erreurs à éviter pour ne pas rechuter, et les traitements complémentaires possibles pouvant les aider, tels que la phytothérapie ou l'homéopathie par exemple.

Aucun traitement ne peut garantir la réussite du sevrage sans une bonne motivation du patient, car la motivation est le « remède numéro 1 » du sevrage.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Tabagisme [En Ligne]. [consulté le 29 novembre 2017]. Disponible : <http://www.who.int/topics/tobacco/fr/>
2. OFDT. Tabac et cigarette électronique [En Ligne]. [consulté le 29 novembre 2017]. Disponible : <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/tabac-et-cigarette-electronique/>
3. OMS. Centre des médias : Tabagisme [En Ligne]. [consulté le 29 novembre 2017]. Disponible : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/>
4. HAS. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours [En ligne]. 2014 [consulté le 29 novembre 2017]. 60p. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/recommandations_-_arret_de_la_consommation_de_tabac_octobre_2014_2014-11-17_14-13-23_985.pdf
5. Tabac info service. Chiffres du tabac [En Ligne]. [consulté le 29 novembre 2017]. Disponible : <http://www.tabac-info-service.fr/Vos-questions-Nos-reponses/Chiffres-du-tabac>
6. Bonaldi C., Chyderiotis S., Boussac-Zarebska M., Cao B., Benmarhnia T. et al. Smoking-attributable mortality in France. Latest estimates and trend, 2000-2013. *B. E. H.* [En ligne]. 2016 [consulté le 30 novembre 2017]; (30-31) : 528-40. Disponible : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/2016_30-31_7.html
7. GUIGNARD R., BECK F., RICHARD J-B., LERMENIER A., WILQUIN J-L., NGUYEN-THANH V. La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes [En ligne]. 2015 [consulté le 30 novembre 2017]. 6p. Disponible : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1611.pdf>
8. Wirth N., Bohadana A., Spinosa A., Abou-Hamdan K., Raymond S., Martinet Y. et al. Tabagisme : de la prévention au sevrage. *Revue Maladies Respir.* 2004 ; 21 : 1197-201
9. Perriot J. La conduite de l'aide au sevrage tabagique. *Revue des Maladies Respiratoires.* 2006 ; 23 (1): 85-104.
10. Errard-Lalande G. L'accompagnement au sevrage tabagique. *Rev Mal Respir.* 2005; 22: 8S15-8S26.
11. Le Maître B. Le tabac en 200 questions. Paris : Editions De Vecchi S.A.; 2003. 191 p.
12. Nicorette. Tabagisme et dépendance [En Ligne]. [consulté le 30 novembre 2017]. Disponible : <https://www.nicorette.fr/comprendre-le-tabagisme/comprendre-le-tabagisme/tabagisme-et-dependance>

13. Stop-tabac. Les différents types de dépendance [En Ligne]. [consulté le 30 novembre 2017]. Disponible : <https://www.stop-tabac.ch/fr/dependances-les-differents-types>
14. Nicorette. Maladies liées au tabac [En Ligne]. [consulté le 30 novembre 2017]. Disponible : <https://www.nicorette.fr/comprendre-le-tabagisme/maladies-liees-au-tabac>
15. Wirth N., Bohadana A., Spinosa A., Martinet Y. Tabagisme et maladies respiratoires. EMC Pneumologie. 2009 ; 6-020-A-50 : 1-20.
16. Stop-tabac. Cancer de la vessie et tabac : des liens méconnus [En Ligne]. [consulté le 3 octobre 2017] Disponible : <https://www.stop-tabac.ch/fr/les-maladies-consecutives-au-tabagisme/cancers-du-rein-cancer-de-la-vessie>
17. Ligue contre le cancer. Les cancers des voies aérodigestives supérieures [En ligne]. 2009 [consulté le 3 octobre 2017]. 36 p. Disponible : <https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/cancers-voies-aero-digestives-superieures.pdf>
18. Ameli. Cancer des voies aérodigestives supérieures : définition et facteurs favorisants [En Ligne]. [consulté le 3 octobre 2017]. Disponible : <https://www.ameli.fr/artois/assure/sante/themes/cancer-voies-aerodigestives/definition-facteurs-favorisants>
19. Cardiologie-info. Le tabac [En Ligne]. [consulté le 3 octobre 2017]. Disponible : http://www.cardiologie.info/prevention/le_tabac/relation_tabac_-_maladies_cardiovasculaires.shtml
20. Underner M., Maes I., Urban T., Meurice J.-C. Effets du tabac sur la maladie parodontale. Rev Mal Respir. 2009 ; 26 : 1057-73.
21. SSP. Parodontite [En Ligne]. [consulté le 3 octobre 2017]. Disponible : <https://www.parodontologie.ch/fr/home>
22. CNCT. Impact sur la santé [En Ligne]. [consulté le 5 octobre 2017]. Disponible : <http://www.cnct.fr/impact-sur-la-sante-72.html>
23. Tabac info service. Évaluation des situations liées au tabagisme : test de Horn [En ligne]. 2014 [consulté le 5 octobre 2017]. 1 p. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/annexe_test_de_horn.pdf
24. Le monde du tabac. Un virage préventif avec un fonds spécifique [En Ligne]. [consulté le 5 octobre 2017]. Disponible : <http://www.lemondedutabac.com/un-virage-preventif-avec-un-fonds-specifique-et-laugmentation-du-prix-du-tabac-agnes-buzyn>
25. Ministère des Solidarités et de la santé. Lutte contre le tabagisme [En Ligne]. [consulté le 5 octobre 2017]. Disponible : <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/lutte-contre-le-tabagisme>
26. INPES. Prévention du tabagisme [En ligne]. 2006 [consulté le 5 octobre 2017]. 89p. Disponible :

http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/docs/colloque_prevention_tabagisme_2007.pdf

27. Perriot J., Llorca P-M., Boussiron D., Schwan R. Tabacologie et sevrage tabagique. Paris: Editions John Libbey Eurotext; 2003. 256 p.
28. Institut National Du Cancer. Plan cancer 2014-2019 [En ligne]. [consulté le 10 octobre 2017]. Disponible : <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-cancer-2014-2019?gclid=CJPc8arq-cwCFdiZGwodgWAByw>
29. Santé publique France. Mois sans tabac 2017. [En Ligne]. [consulté le 6 janvier 2018]. Disponible : <http://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Mois-sans-tabac-2017-l-adhesion-est-au-rendez-vous>
30. Santé publique France. Lancement de l'opération Moi(s) sans tabac. [En Ligne]. [consulté le 6 janvier 2018]. Disponible : <http://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Lancement-de-l-operation-Moi-s-sans-tabac-une-nouvelle-strategie-pour-Sante-publique-France>
31. Respadd. Guide de l'addictologie en pharmacie d'officine. [En ligne]. Nogent-le-rotrou. Edition Respadd ; 2014 [consulté le 6 janvier 2018]. Disponible : <http://www.respadd.org/wp-content/uploads/2015/08/Guide-addictologie.pdf>
32. SAUVANT-ROCHAT M-P. Sevrage tabagique : positionnement du pharmacien et des autres professionnels de santé [En ligne]. 2016. [consulté le 6 janvier 2018]. 34 p. Disponible : http://societe-francaise-de-tabacologie.com/dl/csft2016_S10_Sauvant-Rochat.pdf
33. Afssaps. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2004 ; 32 : 451-470.
34. Adler M. Tabagisme : pharmacologie, dépendance et traitements. Pathologie professionnelle et de l'environnement. 2017 ; 12(3): 1-7.
35. Vidal Le dictionnaire. 92e édition. Issy-Les-Moulineaux : Vidal France 2016. 3648 p.
36. Daver J., Biermé R. Bénéfices à court et à long termes de l'arrêt de la consommation de tabac. 2001 ; 50 : 224-8.
37. Stop-tabac. Avantages de l'arrêt [En Ligne]. [consulté le 6 janvier 2018]. Disponible : <https://www.stop-tabac.ch/fr/avantages-de-larret>
38. Ameli. Les astuces pour arrêter de fumer et le sevrage [En Ligne]. [consulté le 11 janvier 2018]. Disponible : <https://www.ameli.fr/artois/assure/sante/themes/tabac/astuces-arreter-fumer-sevrage>
39. Ameli. Arrêt du tabac : quelle prise en charge pour les substituts nicotiniques [En Ligne]. [consulté le 11 janvier 2018]. Disponible : <https://www.ameli.fr/artois/assure/remboursements/rembourse/medicaments-vaccins-dispositifs-medicaux/prise-charge-substituts-nicotiniques>

40. Borgne A., Grangé G. Tabac et grossesse [En Ligne]. 2003 [consulté le 11 janvier 2018]; 32: 1S41-1S45. Disponible : http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/showarticlefile/114900/pdf_46369.pdf
41. Dupont P. Préparation à l'arrêt du tabac. *Revue du praticien*. 2004 ; 635 : 1-3.
42. Guichenez P., Perriot J., Dupont P., Reny J-L., Clauzel I., Cungi C., et al. La conduite du sevrage tabagique. *Sang Thrombose Vaisseaux*. 2006 ; 18 : 136-48.
43. Perriot J., Schmitt A., Llorca P-M. Optimiser la prise en charge du sevrage tabagique. *Alcoologie et addictologie*. 2005 ; 27 : 201-9.
44. 44.CHRU. Evaluation de la Motivation à l'Arrêt du Tabac Q-MAT [En Ligne]. [consulté le 11 janvier 2018]. Disponible : <http://www.chu-tours.fr/evaluation-de-la-motivation-arret-du-tabac-test-du-q-mat.html>
45. Wirth N., Martinet Y. Management of smoking dependence. *Journal Fran Viet Pneu*. 2012 ; 03 : 1-60.
46. Borgne A., Aubin H-J., Berlin I. Les stratégies thérapeutiques actuelles du sevrage tabagique. *Revue du praticien*. 2004 ; 54 : 1-11.
47. Alcaraz G. Thérapie cognitivo-comportementale. Tabagisme : Prise en charge chez les étudiants [En ligne]. 2003 [consulté le 13 janvier 2018]; 7: 163-5 p. Disponible : <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/160/?sequence=19>
48. Berland M., Heurtier-bellanger O., Lafarge-Leboucher I., Maillet A., Tournoux A-S., Raudrant D. Approche homéopathie du sevrage tabagique [En ligne]. [consulté le 13 janvier 2018]. *Amiform*. 22 p. Disponible : <http://www.amiform.com/web/documents-sevrage-tabagique/approche-homeopathique-du-sevrage-tabagique.pdf>
49. Homeopathe. Aide homéopathique pour arrêter de fumer [En Ligne]. [consulté le 13 janvier 2018]. Disponible : http://www.homeopathe.org/FR/arret_tabac.html
50. Chevalier C., Nguyen A. Prise en charge du sevrage tabagique. *Actualités pharmaceutiques*. 2016 ; 55 : 26-33.
51. Le guide des plantes. *Super Diet*. 83 p.
52. Stop-tabac. Conseils anti-rechute [En Ligne]. [consulté le 13 janvier 2018]. Disponible: <https://www.stop-tabac.ch/fr/astuces-anti-rechute-a-l-arret-de-la-cigarette-et-du-tabac>
53. Mangerbouger. Les 9 repères [En Ligne]. [consulté le 17 janvier 2018]. Disponible : <http://www.mangerbouger.fr/Les-9-reperes/Les-9-reperes-a-la-loupe>
54. Berlin I. La cigarette électronique. *Revue de médecine interne*. 2015 ; 36 : 405-10.
55. Zhao Z., Hu Y., Hoerle R., Devine M., Raleigh M., Pentel P., et al. A nanoparticle-based nicotine vaccine and the influence of particle size on its immunogenicity and efficacy. *Nanomedicine* [En Ligne]. 2017 [consulté le 17 janvier 2018]; 13 : 443-54.

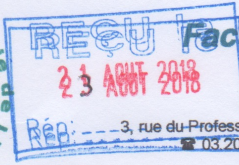
Disponible : <https://www.sciencedirect-com.doc-distant.univ-lille2.fr/science/article/pii/S1549963416301058#bb0035>

56. Zhao Z., Harris B., Hu Y., Harmon T., R.Pentel P., Ehrich M., et al. Rational incorporation of molecular adjuvants into a hybrid nanoparticle-based nicotine vaccine for immunotherapy against nicotine addiction. *Biomaterials* [En Ligne]. 2018 [consulté le 17 janvier 2018]; 155 : 165-175. Disponible : <https://www.sciencedirect-com.doc-distant.univ-lille2.fr/science/article/pii/S0142961217307500#bib17>
57. R.Pentel P., G. LeSage M. New directions in nicotine vaccine design and use. *Advances in pharmacology* [En Ligne]. 2014 [consulté le 17 janvier 2018]; 69 : 553-80. Disponible : <https://www.sciencedirect-com.doc-distant.univ-lille2.fr/science/article/pii/B9780124201187000147>
58. Zhao Z., Hu Y., Hoerle R., Devine M., Raleigh M., Pentel P., et al. Nanoparticle-based nicotine vaccine and the influence of particle size on its immunogenicity and efficacy. *Nanomedicine* [En Ligne]. 2017 [consulté le 17 janvier 2018]; 13 : 443-454. Disponible : <https://www.sciencedirect-com.doc-distant.univ-lille2.fr/science/article/pii/S1549963416301058>
59. Bourdillon F. Éditorial. Baisse du tabagisme en France : un million de fumeurs quotidiens de moins entre 2016 et 2017. *Bull Epidémiol Hebd.* 2018;(14-15): 262-4.
60. Brynildsen K., Lee G., Perron J., Jin S., Kim F., Blendy A. Activation of AMPK by metformin improves withdrawal signs precipitated by nicotine withdrawal. *National Academy of Sciences.* 2017 ; 115(16) :4282-4287.
61. Dreamstime. The action of nicotine [En Ligne]. [consulté le 5 juillet 2018]. Disponible: <https://fr.dreamstime.com/illustration-stock-action-de-nicotine-image42242234>
62. Campus d'anatomie pathologique. Pathologies [En Ligne]. [consulté le 5 juillet 2018]. Disponible : http://campus.cerimes.fr/anatomie-pathologique/enseignement/anapath_6/site/html/iconographie7.html
63. SCAI. Diagnosing peripheral artery disease [En Ligne]. [consulté le 5 juillet 2018]. Disponible : <http://www.scai.org/SecondsCount/Disease/detail.aspx?cid=c66ce397-04f7-4c4b-9ccf-6908cea72cb9>
64. Pranarom. Syndrome de Raynaud [En Ligne]. [consulté le 5 juillet 2018]. Disponible : <https://www.pranarom.com/blog/guide-des-experts-en-aromatherapie/syndrome-de-raynaud-he-a-rescousse>
65. Huffpost. Vieillesse de la peau [En Ligne]. [consulté le 5 juillet 2018]. Disponible : https://www.huffingtonpost.fr/2013/10/31/tabac-vieillesse-peau-jumeaux-photos_n_4180479.html
66. Pasquereau A, Andler A, Guignard G, Richard JB, Arwidson P, Nguyen-Thanh V. La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017. *Bull Epidémiol Hebd.* 2018

67. ; 14-15 :265-73.

68. Améliore ta santé. 10 effets incroyables de l'avoine [En Ligne]. [consulté le 5 juillet 2018]. Disponible : <https://amelioresetasante.com/les-10-bienfaits-incroyables-de-lavoine-et-une-recette-de-petit-dejeuner>

69. Pueraria montana. Kudzu [En Ligne]. [consulté le 5 juillet 2018]. Disponible : <http://dendro.cnre.vt.edu/dendrology/syllabus/factsheet.cfm?ID=297>



Faculté de Pharmacie de Lille



3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX
03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64
<http://pharmacie.univ-lille2.fr/>

DEMANDE D'AUTORISATION DE SOUTENANCE

Nom et Prénom de l'étudiant : DESSENNE Valentine INE : 0904054591J

Date, heure et lieu de soutenance :

Le 17 / 10 / 2018 à 18.h.15. Amphithéâtre ou salle : Curie

Avis du conseiller (directeur) de thèse

Nom : G.RESSIER Prénom : Bernard

- Favorable
- Défavorable

Motif de l'avis défavorable :

Professeur B. GRESSIER
Professeur des Universités
Praticien hospitalier

Date : 13-07-2018
Signature:

Avis du Président de Jury

Nom : DINE Prénom : J. Dine

- Favorable
- Défavorable

Motif de l'avis défavorable :

Date : 13/7/18
Signature:

Décision de Monsieur le Doyen

- Favorable
- Défavorable

Le Doyen

D. DÉCAUDIN

NB : La faculté n'entend donner aucune approbation ou improbation aux opinions émises dans les thèses, qui doivent être regardées comme propres à leurs auteurs.

Université de Lille
FACULTE DE PHARMACIE DE LILLE
THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2017/2018

Nom : DESSENNE

Prénom : Valentine

Titre de la thèse :

Sevrage tabagique : conseils à l'officine

Mots-clés : Sevrage tabagique, cancer, substituts nicotiniques, médicaments, prévention, dépendance, soutien, hygiène de vie, cigarette électronique, conseils à l'officine.

Résumé :

Le tabagisme est un problème majeur de santé publique. Le tabac tue plus de 7 millions de personnes chaque année. Ce tabagisme est caractérisé par une dépendance physique mais également psychologique et comportementale.

Les conséquences sont nombreuses et très néfastes, comme le cancer du poumon qui est la conséquence la plus connue.

Actuellement, la prise en charge du tabagisme repose sur l'utilisation de substituts nicotiniques et de médicaments qui aident à lutter contre la dépendance.

Au-delà du traitement médicamenteux, il existe un grand nombre de conseils à donner aux patients afin d'améliorer la prise en charge.

Des règles de bon usage des médicaments jusqu'aux conseils associés, le pharmacien d'officine joue un rôle primordial dans la prévention et la prise en charge du tabagisme.

Membres du jury :

Président : Pr. Dine Thierry, Professeur de pharmacie clinique à la faculté de pharmacie de Lille, praticien hospitalier au centre hospitalier Loos-Haubourdin.

Assesseur(s) : Pr. Gressier Bernard, Professeur de pharmacologie à la faculté de pharmacie de Lille, praticien hospitalier au centre hospitalier d'Armentières.

Membre extérieur : Dr. Mulier Géry, Pharmacien d'officine.