



HAL
open science

Référentiel Général de Tabacologie

Karine Bréhaux, Vincent Durlach, Hervé Martini, Laurence Lalanne, Celine Mascaux, Jean-Philippe Lang, Farid Benzerouk, Rémi Vannobel, François Paille, Bruno Chenuel

► **To cite this version:**

Karine Bréhaux, Vincent Durlach, Hervé Martini, Laurence Lalanne, Celine Mascaux, et al.. Référentiel Général de Tabacologie. 2021. hal-03366845

HAL Id: hal-03366845

<https://hal.science/hal-03366845>

Preprint submitted on 5 Oct 2021

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

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

Référentiel Général de Tabacologie

Projet « Grand-Est : former les professionnels de santé à la prise en charge des fumeurs » acronyme F.A.S.T (Formation Au Sevrage Tabagique)

Tous droits réservés, version en date du 16 juillet 2021

<https://sevrage-tabagique.univ-lorraine.fr>

Auteurs et affiliations (par rang utile)

Mme BREHAUX Karine, Philosophe de la santé, Dr Sciences Po Paris-HDR, Chercheuse, Université de Lorraine

Pr DURLACH Vincent, Co-Responsable du DIU de Tabacologie Grand-Est, Responsable de l'unité d'aide au sevrage tabagique du CHU de Reims, Université de Reims Champagne-Ardenne

Dr MARTINI Hervé, Médecin du sport, addictologue et coordinateur médical du réseau lorrain d'addictologie LORADDICT

Pr LALANNE Laurence, Service d'Addictologie, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Université de Strasbourg, INSERM 1114, Experte au CIRDD

Pr MASCAUX Céline, Service de Pneumologie, Nouvel Hôpital Civil, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, France, Co-Responsable du DIU de Tabacologie Grand-Est, Université de Strasbourg, INSERM IRFAC UMR_S1113

Dr LANG Jean-Philippe, Médecin psychiatre et Président du CIRDD Alsace

Dr BENZEROUK Farid, Psychiatre, Addictologue, Etablissement Public de Santé Mentale de la Marne, Co-Responsable local du DIU de Tabacologie Grand-Est et du DU d'Addictologie, Université de Reims Champagne-Ardenne

Dr VANNOBEL Rémi, Médecin Généraliste et Président du réseau d'Addictologie de Champagne - Ardenne (ADDICA)

Pr PAILLE François, Co-Responsable du DIU de Tabacologie Grand-Est (Université de Lorraine) et Président du réseau Grand-Est Addictions

Pr CHENUÉL Bruno, PU-PH de Physiologie, Chef de Service. Directeur Adjoint -Administrateur Provisoire du Collégium Santé de l'Université de Lorraine. Service des Explorations de la Fonction Respiratoire, Centre Universitaire de Médecine du Sport et Activité Physique Adaptée (CUMSAPA), Antenne Médicale de Prévention du Dopage de la Région Grand Est, C.H.R.U. de Nancy-Brabois Adultes

TABLE DES MATIERES

Auteurs et affiliations (par rang utile)	1
Introduction	5
Liste des sigles	6
Chapitre 1. La consommation de tabac : un problème majeur de sante publique.....	7
1.1. Epidémiologie	7
1.1.1. Consommation de tabac	7
1.1.2. La mortalité liée à l’usage du tabac.....	11
1.2. Les complications liées au tabac	13
Chapitre 2. Le tabac comme enjeu des politiques de santé publique : les réponses	19
2.1. Les principales mesures nationales	19
2.1.1. La stratégie nationale de santé publique 2018-2022	19
2.1.2. Le plan de prévention « Priorité prévention. Rester en bonne santé tout au long de sa vie »	20
2.1.3. Le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022	21
2.1.4. Le programme national de lutte contre le tabac (PNLT)	22
2.1.5. La loi relative à la prescription des substituts nicotiques.....	22
2.1.6. L’éducation thérapeutique du patient (ETP)	23
2.2. Les principales mesures en région Grand Est	23
2.2.1. Le Programme Régional de Santé (PRS) Grand Est	23
2.2.2. Le programme régional de lutte contre le tabac (PRLT)	24
2.3. La prévention.....	24
Chapitre 3. Concept d’addiction, classifications et mécanismes de l’addiction	26
3.1. Le concept d’addiction	26
3.2. Utilisation nocive pour la santé (CIM-10)	31
3.3. Syndrome de dépendance au tabac (CIM-10).....	31
Chapitre 4. L’approche clinique.....	33
4.1. Accompagner par la méthode R.E.C.I.T	33
4.1.1. Repérer	33
4.1.2. Conseiller et informer.....	34
4.1.3. Evaluer	35
4.1.4. Traiter	43
4.1.5. Principes généraux	44
4.1.6. En pratique	48
4.2. Les médicaments	50

4.2.1. Les substituts nicotiniques	51
4.2.2. La Varénicline (Champix®).....	57
4.2.3. Le Bupropion (Zyban®).....	57
4.3. Les interventions psycho-sociales	58
4.3.1. Les interventions brèves.....	59
4.3.2. Les interventions psychosociales spécialisées	61
4.3.3. Interventions basées sur la pleine conscience	63
4.4. Les thérapies complémentaires	66
4.5. La cigarette électronique a-t-elle une place ?.....	66
4.5.1. La e-cigarette ou cigarette électronique ou vapoteuse	66
4.5.2. Focus sur le tabac chauffé	69
Chapitre 5. La coopération soignant-soigné.....	72
5.1. Les associations d'entraide.....	72
5.2. L'observance thérapeutique dans le cadre du sevrage tabagique.....	72
5.3. L'Education thérapeutique du patient (ETP)	73
Chapitre 6. L'approche pédagogique pour le développement des compétences des professionnels de sante concernant l'arrêt du tabac	75
6.1. BLoc A : Les compétences relatives à la prise en compte des éléments réglementaires et institutionnels de son environnement professionnel en lien avec les responsabilités attachées à sa fonction	75
6.2. Bloc B : Les compétences relationnelles, de communication et d'animation favorisant la transmission, l'implication, et la coopération en soin.....	75
6.3. Bloc C : Les compétences liées à la prescription de substituts nicotiniques.....	75
6.4. Bloc D : Les compétences professionnelles nécessaires à la mise en œuvre de situation de soins et d'accompagnements de personnes en situation addictive.....	75
6.5. Bloc E : Les compétences relatives à l'usage et à la maîtrise des technologies de l'information de la communication	76
6.6. Bloc F : Les compétences d'analyse et d'adaptation de sa pratique professionnelle en tenant compte des évolutions du métier et de son environnement de travail.....	76
Conclusion et perspectives	77
Bibliographie.....	78

Introduction

La consommation de tabac a longtemps été considérée comme une simple habitude principalement parce que ses effets n'impactaient pas fondamentalement le comportement du fumeur.

La communication autour du syndrome de sevrage tabagique était moins importante que celui du sevrage de l'alcool ou des opiacés. Cependant le constat des difficultés rencontrées par certains fumeurs lors du sevrage tabagique, le taux de rechute élevé ainsi que l'amélioration des connaissances des effets neurobiologiques du tabac notamment de la nicotine ont conduit à un changement de regard vis-à-vis du tabagisme. La dépendance tabagique est désormais considérée comme un phénomène complexe faisant intervenir à la fois des facteurs constitutionnels (génétiques, psychologiques etc..) et environnementaux.

Cette introduction des recommandations de bonnes pratiques de 2014 de la Haute Autorité en Santé (HAS) marque bien le caractère pluriel de l'usage du tabac : le phénomène social d'intégration à la société, l'enjeu de santé publique, les facteurs de risque de différentes pathologies (avec des comportements addictifs et de nombreuses pathologies à court, moyen et long terme).

La Région Grand-Est est fortement affectée par l'usage du tabac en particulier les femmes et les populations rendues vulnérables par la précarité, la maladie ou les handicaps. Pour exemple, en 2017, selon le baromètre santé, le taux de fumeurs quotidiens parmi les 18-75 ans était de 30,1 % en Grand Est contre une moyenne nationale de 26,9 %, soit un nombre de fumeurs quotidiens estimé à 1.200.000 personnes.

En 2018, 32,0% des 18-75 ans fumaient du tabac ne serait-ce qu'occasionnellement (35,3% des hommes et 28,9% des femmes). La prévalence de la consommation de tabac au quotidien était de 25,4% (28,2% des hommes et 22,9% des femmes). La prévalence de la consommation de tabac au quotidien parmi les adultes a significativement baissé entre 2017 et 2018. De plus, la stabilisation des inégalités sociales de santé en matière de consommation de tabac observée en 2017 est confirmée en 2018. Néanmoins, celles-ci restent très marquées : les personnes les moins favorisées (les chômeurs, les personnes peu ou pas diplômées, disposant de revenus faibles) sont plus fréquemment fumeuses que les autres¹.

a)

¹ Baisse de la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes : Résultats du baromètre de Santé Publique France 2018, Jean-Baptiste Richard, Romain Guignard, Guillemette Quatremère, Florian Verrier, Jessica Gane, Viêt Nguyen-Thanh, Santé publique France, Saint-Maurice, France, soumis le 15.03.2019

Liste des sigles

A.R.S : Agence Régionale de Santé

F.A.S.T. : Formation Au Sevrage Tabagique

P.R.S : Plan Régional de Santé

R.E.C.I.T. : REpérer, Conseiller et former, évaluer, Traiter

Chapitre 1. La consommation de tabac : un problème majeur de sante publique

Les modalités de consommation du tabac sont diverses :

Le plus souvent il est fumé : cigarette industrielle, de loin la plus utilisée, tabac à rouler, cigares, cigarillos, pipes à eau, bidis, kreteks...

Il existe aussi des formes de tabac non fumé : tabac à mâcher ou à chiquer, tabac chauffé, snuss, etc.

Il peut être mélangé au cannabis.

1.1. Epidémiologie

1.1.1. Consommation de tabac

Données nationales

Parmi les 18-75 ans, en 2017, la part des fumeurs quotidiens atteint 26,9 %, avec une prévalence masculine plus élevée (29,8 % des hommes et 24,2 % des femmes). La consommation de tabac occasionnelle s'élève à 4,9 % (5,4 % pour les hommes et 4,5 % pour les femmes) et les ex-fumeurs représentent 31,1 % des 18-75 ans. Après une stabilité entre 2010 et 2016, une baisse significative de la prévalence des fumeurs de 3,2 points (- 9 %) a été observée parmi les 18-75 ans entre 2016 et 2017, aussi bien parmi les hommes que parmi les femmes. La prévalence des fumeurs quotidiens a aussi diminué chez les hommes et les femmes. La part des personnes n'ayant jamais fumé était en augmentation (de 34,3 % à 37,1 %). Enfin, la part d'ex-fumeurs était stable par rapport à 2016. En 2018, 32,0% des 18-75 ans fumaient du tabac ne serait-ce qu'occasionnellement (35,3% des hommes et 28,9 des femmes, $p < 0,001$). La prévalence de la consommation du tabac au quotidien était de 25,4% (28,2% des hommes et 22,9% des femmes, $p < 0,001$) et celle de la consommation de tabac occasionnelle de 6,6%, sans différence significative entre hommes et femmes. Comparativement à 2017, la prévalence de la consommation de tabac (quotidien ou occasionnel) est stable tandis que celle de la consommation de tabac au quotidien a significativement diminué (figure 1). Les proportions de fumeurs occasionnels et d'ex-fumeurs n'ont pas significativement évolué entre 2017 et 2018. Les variations de prévalence de la consommation de tabac au quotidien entre 2017 et 2018 observées séparément chez les hommes et chez les femmes ne sont pas significatives (figure 2). En revanche, l'analyse de l'évolution de la prévalence de la consommation de tabac au quotidien par tranche d'âge et sexe révèle des changements significatifs entre 2017 et 2018 : la baisse chez les hommes de 25-34 ans, la baisse chez les femmes de 45-54 ans (faisant suite à une augmentation entre 2016 et 2017) et l'augmentation chez les femmes de 55-64 ans (faisant suite à une diminution entre 2016 et 2017) (figure 3). Les prévalences observées sur les tranches 18-24 ans, 35-44 ans et 65-75 ans sont stables par rapport à 2017, quel que soit le sexe. En 2018, la différence des prévalences entre hommes et femmes n'est significative que pour les tranches 35-44 ans et 45-54 ans. En 2018, les fumeurs quotidiens fumaient en moyenne 13 cigarettes (ou équivalent) par jour, les hommes 14 et les femmes 12. Ces résultats sont dans la continuité des dernières estimations montrant une diminution de la quantité moyenne fumée quotidien-nement depuis 2010².

(Source : Baisse de la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes : Résultats du baromètre de Santé Publique France 2018, Jean-Baptiste Richard, Romain Guignard, Guillemette

² Baisse de la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes : Résultats du baromètre de Santé Publique France 2018, Jean-Baptiste Richard, Romain Guignard, Guillemette Quatremère, Florian Verrier, Jessica Gane, Viêt Nguyen-Thanh, Santé publique France, Saint-Maurice, France, soumis le 15.03.2019

Quatremère, Florian Verrier, Jessica Gane, Viêt Nguyen-Thanh, Santé publique France, Saint-Maurice, France (Soumis le 15.03.2019)

À l'adolescence

L'âge moyen lors de la première cigarette est stable, aux alentours de 14 ans. Les filles débutent un peu plus tard que les garçons, mais deviennent un peu plus fréquemment expérimentatrices à 17 ans. En 2017, les niveaux d'usage de tabac chez les jeunes de 17 ans sont les plus bas mesurés depuis deux décennies. Environ un jeune sur trois (34,1 %) déclare avoir consommé du tabac au cours des trente derniers jours, soit une baisse de 9,7 points par rapport à 2014. Après une hausse de 3,5 points entre 2008 et 2014, l'usage quotidien a fortement diminué entre 2014 et 2017 (25,1 % contre 32,4 %). Il persiste une légère prédominance masculine (23,8 % parmi les filles, 26,3 % parmi les garçons).

(Source : Rapport OFDT, Synthèse thématique : tabac et cigarette électronique, mis à jour décembre 2018. <https://www.ofdt.fr>)

Globalement, en 2018 :

- Les ventes de tabac baissent
- Les achats transfrontaliers semblent progresser
- Le nombre de personnes ayant pris un traitement pour l'arrêt du tabac augmente fortement

Source : *Rapport tabagisme et arrêt du tabac en 2018*. Ofdt. Février 2019.

https://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_18bil.pdf

Données pour la région Grand Est

Bulletin de santé publique. Grand Est. Tabac. Santé Publique France. Janvier 2019.

[Downloads/bsp-tabac-grand-est-janvier-2019%20\(1\).pdf](Downloads/bsp-tabac-grand-est-janvier-2019%20(1).pdf)

La région Grand Est est l'une de celles où l'on fume le plus

En 2017, la région Grand Est comptait 1,2 million de fumeurs quotidiens âgés de 18 à 75 ans. A structure d'âge identique, la région Grand Est figurait au 4^{ème} rang des régions où la prévalence standardisée des fumeurs quotidiens était la plus importante (30,1%) après Provence-Alpes-Côte d'Azur (32,2%), les Hauts de France (30,5%) et l'Occitanie (30,3%), mais loin devant l'Ile de France (21,3 %).

En 2019, trois Français de 18-75 ans sur dix déclaraient fumer (30%) et un quart fumait quotidiennement (24%). Une baisse significative est observée entre 2018 et 2019 parmi les femmes. Entre 2018 et 2019, si les prévalences du tabagisme et du tabagisme quotidien chez les hommes ne varient pas significativement, leurs évolutions sont en revanche plus favorables chez les femmes. En un an, la prévalence du tabagisme diminuait chez elles de 28,9% à 26,5% et celle du tabagisme quotidien de 22,9% à 20,7%. Le tabagisme en France ne varie pas de façon significative sur l'ensemble de la population entre 2018 et 2019, mais par rapport à 2014 il est en baisse de 3,9 points et de 4,5 points pour le tabagisme quotidien. C'est la première fois depuis les années 2000 qu'une baisse de cette ampleur est constatée. Les mesures réglementaires et de prévention mises en place dans les plans nationaux contre le tabagisme (PNRT 2014-2019, PNLT 2018-2022) ont vraisemblablement contribué à cette baisse. L'objectif annoncé du PNRT était de réduire le

nombre de fumeurs quotidiens d’au moins 10% entre 2014 et 2019 : il est largement atteint avec une baisse de 16% du tabagisme quotidien pendant cette période³.

Les inégalités sociales qui ne s’accroissent plus depuis 2016, restent très marquées. On observe notamment un écart de 12 points de prévalence du tabagisme quotidien entre les plus bas et les plus hauts revenus, un écart de 17 points entre personnes au chômage et actifs occupés. La lutte contre les inégalités sociales face au tabagisme reste encore un des enjeux majeurs pour les années à venir.

Fait nouveau, selon les données du Baromètre de Santé publique France en 2019, les personnes de 76-85 ans ont également été interrogées. Dans cette tranche d’âge, la prévalence du tabagisme était de 5,4% et de 4,8% pour le tabagisme quotidien.

Reflète d’habitudes tabagiques fréquentes, le Grand Est présentait une incidence et une mortalité élevées pour les pathologies les plus associées au tabac (notamment le cancer du poumon, broncho-pneumopathie chronique obstructive et les cardiopathies ischémiques) avec de fortes disparités entre les départements ; la Moselle, la Meurthe-et-Moselle et les Ardennes présentant les situations les plus préoccupantes.

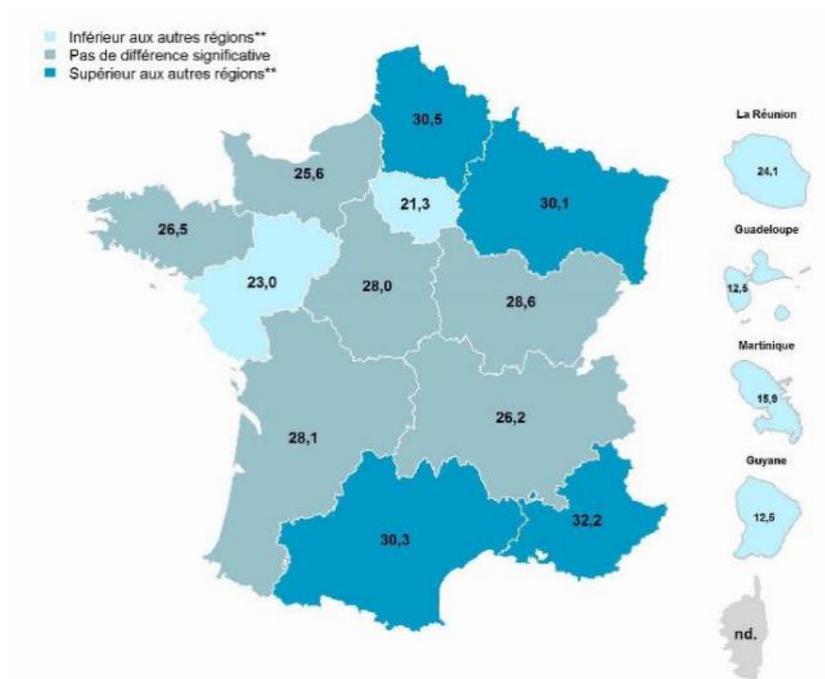


Figure 1 : Prévalences régionales standardisées des fumeurs quotidiens chez les adultes de 18 à 75 ans (Source : Santé publique France - Bulletin de santé publique – Janvier 2019 – Grand Est / p.2)

La quantité de tabac fumé est plus importante dans notre région.

En 2017, les fumeurs quotidiens fumaient en moyenne 15,3 cigarettes (ou équivalent) par jour, les hommes (15,5) comme les femmes (15).

Parmi les fumeurs quotidiens de la région Grand Est, près des ¾ (74,7 %) fumaient de façon intensive (plus de 10 cigarettes par jour), proportion similaire chez les hommes et les femmes, mais

³ Journée mondiale sans tabac Quelle prévalence du tabagisme en France ? Qui sont les fumeurs ? Santé publique France, 26 mai 2020.

supérieur à celle de la France métropolitaine qui était de 66,8 % et près d'un quart (23,1%) présentait une forte dépendance au tabac, contre 18,4% pour la moyenne nationale.

L'évolution entre 2000 et 2017 n'est pas la même chez les hommes et les femmes. Pour ces dernières, après une baisse nette en 2016 (6,5 % de fumeuses en moins) on constate une hausse de 5,2 % en 2017 avec le même pourcentage de fumeuses qu'en 2000. Chez les hommes, les tendances sont inverses ces dernières années, mais on constate une baisse des fumeurs depuis 2000.

La consommation de tabac des jeunes de 17 ans dans le Grand Est Des données encourageantes à première vue...

En 2017, on comptait 25,1 % de fumeurs chez les jeunes Français de 17 ans avec des taux variant de 18,9 % en île-de-France à 31,0 % en Bretagne. Le chiffre pour le Grand Est est de 23,5 %.

... mais ils sont de « gros » fumeurs

Chez les jeunes de 17 ans, l'usage intensif du tabac (au moins 10 cigarettes par jour durant les 30 derniers jours) variait de 3,3 % à 11,0 % selon les régions et la moyenne nationale était de 5,2 %. La prévalence la plus faible était enregistrée en Île-de-France (3,3 %). A l'inverse, les régions Corse (11,0 %), Normandie (7,5 %), Hauts-de-France (6,7 %), Bourgogne-Franche-Comté (6,4 %) et Grand Est (6,3 %) se distinguaient par une prévalence statistiquement plus élevée par rapport aux autres régions.

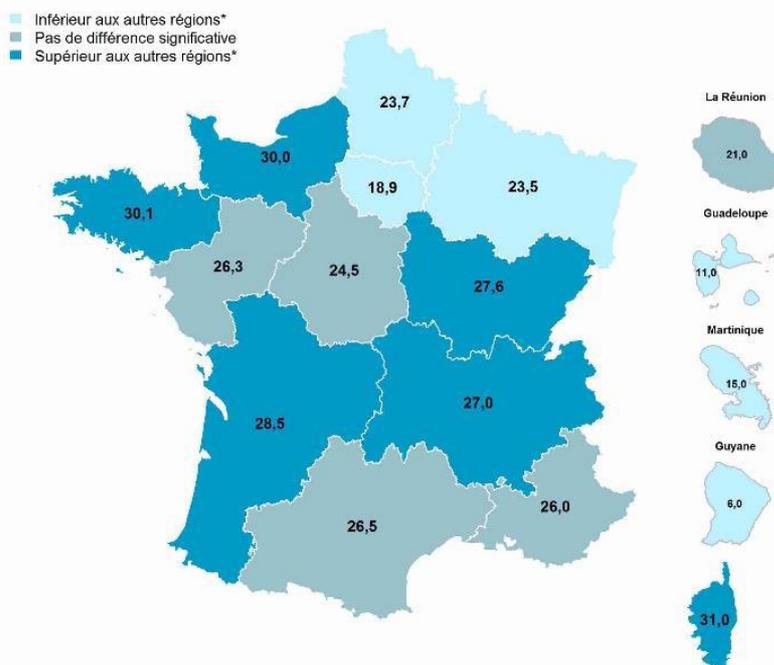


Figure 2 : Les prévalences régionales des fumeurs quotidiens à 17 ans
(Source : Santé publique France - Bulletin de santé publique – Janvier 2019 – Grand Est / p.2)

Les tentatives d'arrêt

Une majorité de fumeurs quotidiens (55,3%) avait envie d'arrêter de fumer et un sur quatre (25,1%) avait fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine au cours de l'année écoulée avec un pourcentage comparable dans les deux sexes : 25,8 % parmi les hommes et 24,2 % parmi les femmes. Les 18-30 ans étaient les plus nombreux à avoir fait une tentative d'arrêt du tabac.

Un quart également (25,3 %) ont un projet d'arrêt dans les 6 mois. Cela concerne davantage les femmes que les hommes : 60,5 % contre 50,8 % et surtout les 46-60 ans⁴.

Concernant **les femmes enceintes**, notons qu'au 3^{ème} trimestre, la prévalence de la consommation de tabac est encore estimée à 19,8 % en Grand Est, supérieure à la moyenne nationale (16,2 %)⁵.

La région Grand-Est est frontalière avec plusieurs pays (l'Allemagne, la Belgique, le Luxembourg, la Suisse) qui développent des législations, des politiques de prévention, un commerce des produits du tabac ou des dérivés de cannabis et des soins concernant la consommation de tabac différents. Cette spécificité, au-delà des risques de trafic, est enrichissante et permet un partage d'expérience utile à renforcer.

1.1.2. La mortalité liée à l'usage du tabac

La consommation de tabac est la 1^{ère} cause de mortalité évitable en France. Un fumeur sur 2 meurt prématurément d'une maladie due au tabac.

La dernière estimation du nombre de décès attribuables au tabac, publiée en 2019 à partir de données portant sur l'année 2015, s'élève à 75 000 soit environ 13 % des 580 000 décès enregistrés en France métropolitaine la même année. Ces estimations se répartissaient entre 55 420 décès attribuables chez les hommes et 19 900 décès attribuables chez les femmes, ce qui représentait 19,3% et 6,9% respectivement de l'ensemble des décès.

La cause de décès attribuable à la consommation de tabac était un cancer pour 61,7% des personnes, une maladie cardio-vasculaire pour 22,1% et une pathologie respiratoire pour 16,2% (tableau 1).

Causes	Hommes	Femmes	Total
Cancers	36 577 (66 %)	9 868 (49 %)	46 445
Cardio-vasculaire	11 135 (20 %)	5 526 (28 %)	16 662
Respiratoire	7 675 (14 %)	4 492 (23 %)	12 167

Tableau 1 : Répartition des causes de décès dus au tabac chez les hommes et les femmes (Source : Bonaldi C et al, 2019)

⁴ idem, Santé publique France - Bulletin de santé publique – Janvier 2019 – Grand Est / p.2

⁵ Idem, Santé publique France - Bulletin de santé publique – Janvier 2019 – Grand Est / p.2

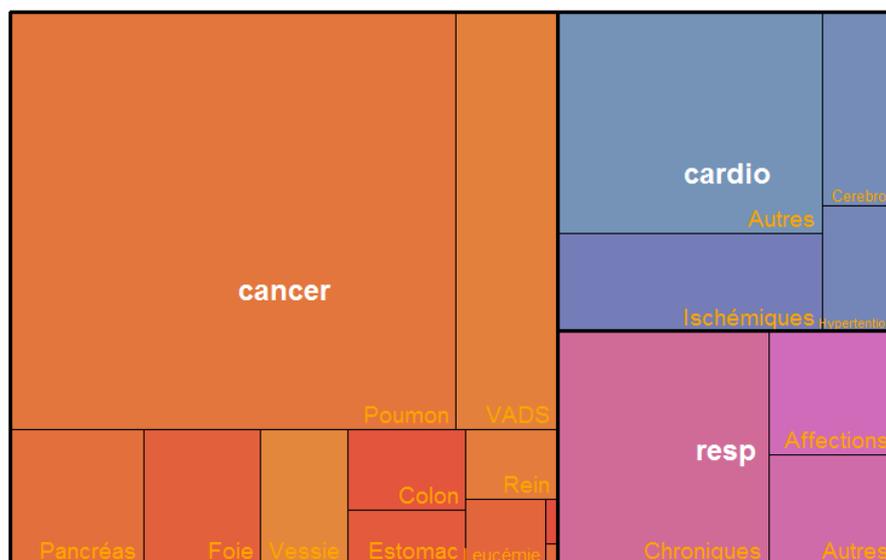


Figure 3 : Répartition des décès par cause attribuable (d’après Bonaldi C et al, 2019)

Les évolutions entre 2000 et 2015 montrent une tendance décroissante du nombre de décès attribuables au tabac chez les hommes (-11% en 15 ans). À l’inverse, le nombre de décès attribuables chez les femmes a été multiplié par 2,5 sur la même période en passant de 8 027 décès en 2000 à 19 900 décès attribuables au tabac en 2015 (figure 4).

Cette nouvelle estimation confirme le poids sanitaire que représente l’usage du tabac dans la population française. Si la proportion de décès attribuables au tabac poursuit son infléchissement à la baisse au cours du temps pour les hommes, l’évolution au cours des 15 dernières années est plus défavorable aux femmes. Ces tendances contrastées entre les hommes et les femmes sont la conséquence du changement de comportement différencié vis-à-vis du tabac qui s’est produit à partir des années 1960, avec une diminution de la prévalence de la consommation de tabac chez les hommes entre 1970 et 2000, contrastant avec une augmentation de cette consommation chez les femmes sur la même période⁶.

A noter que la moitié des décès due au tabac survient dans la population âgée de 30 à 69 ans, conduisant à une réduction de l’espérance de vie d’un fumeur de 20 à 25 ans par rapport à celle d’un non-fumeur. L’autre moitié des décès dus au tabac survient à 70 ans ou plus. Il faut donc un temps très long de recul pour que l’ensemble des conséquences de l’usage du tabac sur la santé soit évaluable.

⁶ Bonaldi C, Boussac M, Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(15):278-284. http://beh.santepublique-france.fr/beh/2019/15/201914_2.html

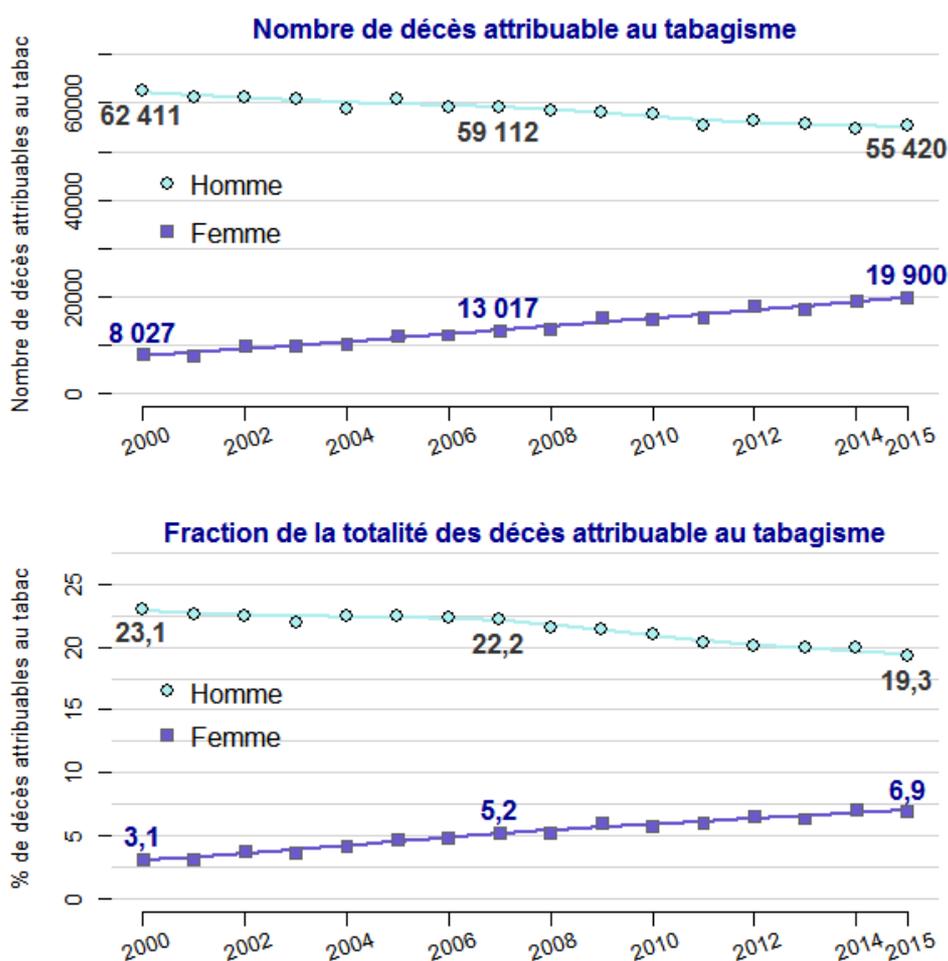


Figure 4 : évolution des décès attribuables au tabac de 2000 à 2015
(Source : Bonaldi C et al, 2019)

1.2. Les complications liées au tabac

C'est principalement la combustion de la cigarette qui produit de nombreux produits toxiques, en particulier des goudrons cancérigènes. D'autres produits sont également dangereux comme l'arsenic et les cyanides (avec les composés de cyanure et d'hydrogène), des additifs (l'acide silicique, carbonique, l'acétique, la formique, le benzoïque, le dioxyde de titane, l'ammoniac). Les radicaux libres de la fumée stimulent la dégradation de la paroi alvéolaire et inhibent les enzymes responsables de sa protection. Le monoxyde de carbone (CO), qui empêche l'oxygène de se fixer dans le sang, est une cause de troubles cardiovasculaires.

La nicotine n'est pas cancérigène, mais est considérée comme le facteur essentiel du développement de la dépendance au tabac⁷.

⁷Carter BD, Abnet CC, Feskanich D, et al. Smoking and mortality-beyond established causes. N Engl J Med. 2015 Feb 12;372(7):631-40

Les cancers

L'intoxication tabagique est responsable de 25 % de l'ensemble des cancers :

- * Cancer broncho-pulmonaire (82 % des cancers broncho-pulmonaires sont attribués au tabac, les hommes et les femmes confondus)
- * Voies aéro-digestives supérieures (larynx, pharynx, œsophage) (68 %)
- * Cancer de la vessie (32 %)
- * Cancer du foie (27 %)
- * Cancer du rein (25 %)
- * Cancer du pancréas (24%)
- * Cancer de l'estomac (21 %)
- * Leucémies (13 %)
- * Cancer du col de l'utérus (10 %)
- * Cancer du colon-rectum (8 %)

Un rôle factoriel du tabac a également été montré dans le cancer du sein et de la prostate.⁸

Nombre total de décès et estimation de la fraction attribuable au tabagisme par cause de décès chez les hommes et les femmes âgés de 35 ans et plus, France métropolitaine (in Christophe Bonaldi, Marjorie Boussac, Viêt Nguyen-Thanh, Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015, Santé publique France, Saint Maurice, France, le 15.03.2019)

- * Cancer broncho-pulmonaire (88 % des cancers broncho-pulmonaires sont attribués au tabac, hommes et femmes confondus)
- * Voies aéro-digestives supérieures (larynx, pharynx, œsophage) (74 %)
- * Cancer de la vessie (38 %)
- * Cancer du foie (34 %)
- * Cancer du rein (25 %)
- * Cancer du pancréas (24%)
- * Cancer de l'estomac (29 %)
- * Leucémies (22 %)
- * Cancer du col de l'utérus (10 %)
- * Cancer du colon-rectum (10 %)

Cardiovasculaires

L'intoxication tabagique représente la première cause de mortalité cardiovasculaire évitable et le premier facteur de risque cardiovasculaire de la femme non ménopausée.

Le CO se fixe sur l'hémoglobine, créant l'hypoxie. Par conséquent, il entraîne des lésions endothéliales. La fumée de tabac entraîne une dysfonction endothéliale, favorise l'agrégation plaquettaire et les thromboses artérielles.

Le tabac multiplie par 20 le risque de développer une maladie cardio-vasculaire.

- * Insuffisance coronarienne : fumer multiplie par 3 le risque d'infarctus du myocarde
- * Artériopathie oblitérante des membres inférieurs
- * HTA, cardiopathie hypertensive
- * Anévrisme de l'aorte abdominale
- * Accident vasculaire cérébral

⁸ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-06/referentiel_tabac.pdf

Association oestroprogestative et tabac

Le risque d'accident vasculaire cérébral chez la femme jeune est augmenté par l'association tabac et oestroprogestatifs. La prise concomitante des deux est associée avec un risque multiplicatif d'accidents vasculaires cérébraux. Le risque de thrombophlébite et d'embolie pulmonaire est lui aussi augmenté. Il faut donc expliquer aux femmes qu'il convient d'éviter d'associer le tabac avec la pilule contraceptive.

Respiratoires

*Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) (15% des fumeurs). La BPCO augmente avec l'âge et la durée de la consommation du tabac. Elle concerne 3,5 millions de personnes en France dont 2/3 l'ignorent. Elle évolue vers l'insuffisance respiratoire en l'absence de sevrage. Le risque de développer un cancer du poumon est multiplié par 3 chez les patients présentant une BPCO.

*Emphysème

*Asthme : L'inhalation active et passive de la fumée de tabac favorise les exacerbations et le tabac est un facteur de mauvais contrôle de l'asthme.

Dermatologiques

* Augmentation de la sévérité de l'acné.

* Accélération du vieillissement cutané.

* Coloration des ongles.

* Sécheresse cutanée.

Tabac et grossesse

* Diminution de la fécondité (80% des hommes impuissants sont fumeurs).

* Fausses couches (x 1.5).

* Retards de croissance intra-utérin (baisse du poids de 10 à 20 g par cigarette par jour, soit de 200 à 400g pour une consommation de tabac de 20 cigarettes/jour).

* Grossesses extra-utérines (risque x3 pour 20 cigarettes par jour, x5 pour 30 cigarettes/jour).

* Accouchements prématurés (x2).

Autres

* Colorations brunes ou noires des dents.

* Parodontie.

* Déchaussement des dents.

* Polyglobulie, polynucléose.

Tabagisme passif

La tabagisme passif est l'exposition à la fumée des autres.

Longtemps considéré comme anecdotique ou inexistant (notion entretenue par l'industrie du tabac), sa nocivité est maintenant reconnue.

Les conséquences en termes de mortalité sont mal connues. Les chiffres varient de 1000 à (plus probablement) 3 à 5000.

Les risques dépendent de différents facteurs :

- de la fumée et de sa composition, comme pour le fumeur actif.
- de la durée d'exposition à la fumée.
- de l'âge : les personnes sont plus sensibles aux âges extrêmes.
- des circonstances : l'effort augmente l'exposition.
- du volume du lieu, de la ventilation...

Les risques chez l'enfant sont importants :

- mort subite du nourrisson (x2)
- crises d'asthme (augmentation de 30 %).
- infections ORL récidivantes (otites) (augmentation de 20 à 40 %).
- infections respiratoires.
- et encore : épaissement des artères, risque de fibrillation atriale à l'âge adulte.

Les risques chez l'adulte :

- HTA, augmentation de la fréquence cardiaque.
- Athérosclérose, accidents coronariens (augmentation de 25 %).
- Cancer bronchique (augmentation de 26 %).
- BPCO.

Les risques sur la grossesse :

- Le tabagisme passif augmente le risque de retard de croissance intra-utérin.

Le tabagisme passif est nocif

Il est recommandé d'informer toutes les personnes sur les risques du tabagisme passif.

Les risques transgénérationnels

Avoir une grand-mère qui a fumé pendant la grossesse d'une fille est un facteur de survenue d'un asthme chez un enfant de cette fille (petit-enfant).⁹

Les complications psychiatriques

Si beaucoup de fumeurs ressentent, lorsqu'ils fument, à la fois une sensation de détente et de stimulation, la consommation chronique de tabac augmente le risque de développer des troubles anxio-dépressifs.

Les fumeurs qui ont du mal à arrêter de fumer sont susceptibles de manifester une humeur dépressive.

Soulignons que le tabac est un facteur de risque suicidaire.

Avant un sevrage tabagique, il est nécessaire de repérer l'anxiété et la dépression sur la vie entière. Souvent l'arrêt du tabac améliore la situation, mais il faut aussi vérifier qu'il n'y a pas un trouble psychiatrique qui justifierait une prise en charge spécifique. En cas de doute, un avis psychiatrique est nécessaire.

Certaines études rapportent jusqu'à 75% de tabagisme chez les patients schizophrènes et une augmentation très conséquente de la mortalité liée au tabac.¹⁰

⁹ Emma L. Marczyloa, Miriam N. Jacobsaand Timothy W. GantaToxicology Department, CRCE, PHE, Chilton, Oxford, Environmentally induced epigenetic toxicity: potential public health concerns, Critical reviews in toxicology, 2016, vol 46, Number 8, 676–700<http://dx.doi.org/10.1080/10408444.2016.1175417>.

Pauline Monhonval, Françoise Lotstra, Transmission transgénérationnelle des traits acquis par l'épigénétique, De Boeck Supérieur, « Cahiers de psychologie clinique », 2014/2 n° 43 | pages 29 à 42 ISSN 1370-074XISBN 9782804189853

Lodge CJ, Bråbäck L, Lowe AJ, Dharmage SC, Olsson D, Forsberg B. Grandmaternal smoking increases asthma risk in grandchildren: A nationwide Swedish cohort. Clin Exp Allergy. 2018 Feb;48(2):167-174. doi: 10.1111/cea.13031. Epub 2017 Oct 10. PMID: 28925522.

Claudine Junien, Roles de l'épigénétique dans les réponses transgénérationnelles aux impacts environnementaux : faits et lacunes, ebook.ecog-obesity.eu/fr/biologie/lepigenetique-dans-les-reponses-transgénérationnelles-aux-impacts-environnementaux-faits-et-lacunes

¹⁰Russell C Callaghan, Scott Veldhuizen, Trincy Jeysingh, Chloe Orlan, Candida Graham, Gwen Kakouris, Gary Remington, Jodi Gatley. Patterns of tobacco-related mortality among individuals diagnosed with schizophrenia,

Considérations métaboliques – Interactions avec d’autres substances :

La nicotine est métabolisée principalement dans le foie par des cytochromes comme le cytochrome P450 2A6 (CYP 2A6). Elle est transformée en cotinine et oxyde de nicotine qui sont ensuite elles-mêmes métabolisées et éliminées. La demi-vie d’élimination de la nicotine est d’environ 2 heures, mais elle est sujette à une grande variabilité individuelle (1 à 4 heures).

Ces différences interindividuelles peuvent s’expliquer par des polymorphismes génétiques qui codent pour des cytochromes qui métabolisent plus ou moins vite la nicotine et influeraient sur les chances de succès. Les métaboliseurs rapides consomment plus de cigarettes par jour, peuvent nécessiter des doses plus élevées de substituts nicotiques et auraient une probabilité plus faible de devenir abstinents (peut-être parce que sous-dosés en substituts nicotiques).

Par ailleurs, l’absorption chronique de nicotine induit une adaptation métabolique qui se traduit par une dégradation plus rapide qui participe à l’augmentation de la tolérance à ce produit (avec la tolérance neurologique due à une adaptation des neurones aux effets de la nicotine).

Cette induction métabolique touche aussi d’autres substances qui utilisent les mêmes voies métaboliques : médicaments, caféine..., ce qui peut influencer leurs taux sanguins qui peuvent augmenter au moment de l’arrêt du tabac du fait de la disparition de cet effet d’induction enzymatique. Ce phénomène nécessite de faire l’inventaire de tous les médicaments consommés, de la consommation de café et d’alcool. Leur consommation devrait être réduite en cas de réduction de consommation de tabac et d’arrêt.

Complications sociales

La consommation de tabac a aussi des conséquences sur les autres (le phénomène de tabagisme passif). Elle a également une connotation sociale, étant un facteur d’intégration pour certains (les jeunes par exemple) ou d’aggravation de l’isolement social (les personnes sans emploi ou exclues notamment).

Globalement, la consommation de tabac a un coût considérable pour la société. Il a été estimé, toutes dépenses confondues, pour 2010, à plus de 120 milliards d’euros par an¹¹.

bipolar disorder, or depression. 2014 Jan;48(1):102-10. doi: 10.1016/j.jpsychires.2013.09.014.

¹¹ Pierre Kopp, Le coût social des drogues en France, OFDT, Paris, 2015,

<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxpkv9.pdf>

Le coût social des drogues (en valeur) – Rapport Kopp, OFDT, 2015)

	Alcool	Tabac	Drogues illégales
Nombre de décès	49 051	78 966	1 605
Nombre de malades	1 418 237	683 396	121 560
Nombre de « consommateurs à problèmes »	3 800 000	13 400 000	300 000
1. Coût externe (1+2+3) (M€)	-114 399	-105 391	-5 909
2. Coût des vies perdues	-66 218	-65 057	-2 719
3. Coût de la perte de qualité de vie	-39 167	-31 695	-2 655
4. Pertes de production	-9 014	-8 639	-535
5. Coût pour les finances publiques (M€)(6+7+8+9)	-3 049	-13 881	-2 327
6. Coût des soins	-7 696	-25 887	-1 459
7. Économie de retraites	1 726	1 791	45
8. Prévention et répression	-283	-182	-913
9. Taxation	3 204	10 397	0
10. Effet sur le bien-être *(M€)	-3 658	-16 658	-2 792
11. Coût social (1+10) (M€)	-118 057	-122 049	-8 701
12. Finances publiques/PIB (%)	0,15%	0,69%	0,12%
13. Coût social/"consommateurs à problèmes" (€)	31 068	9 108	29 002

Tableau 2 : le coût social des drogues (en valeur) – d’après le rapport Kopp, OFDT, 2015

Chapitre 2. Le tabac comme enjeu des politiques de santé publique : les réponses

Beaucoup de mesures ont déjà été prises pour améliorer, en France, les problèmes liés aux conduites addictives, notamment au tabac. Il reste cependant beaucoup de travail et la France doit mieux faire, d'autant que des pays comme le Royaume Uni et la Norvège, ont montré qu'il est possible d'éviter un certain nombre de maladies et de morts liées au tabac par des politiques de santé publique appropriées.

La consommation de tabac est considérée comme un fléau pour notre santé et, par devoir de protection des citoyens, la prévention de lutte contre sa consommation devient un enjeu de santé publique majeur de nos sociétés contemporaines.

2.1. Les principales mesures nationales

2.1.1. La stratégie nationale de santé publique 2018-2022

La stratégie nationale de santé publique fixe les orientations générales du gouvernement en matière de santé pour 5 ans.

Concernant les conduites addictives, elle a pour objectifs :

- De prévenir l'entrée dans les pratiques addictives (tabac, alcool, substances psycho-actives illicites, addictions sans substances). La prévention des addictions est indispensable, que les produits soient illicites (drogues), que l'on cherche à en réduire la consommation (objectif d'une première génération sans tabac) ou que leur consommation ou pratiques excessives induisent des risques très graves pour la santé (alcool, jeux, écrans...).
- De réduire les prévalences des pratiques addictives et des comportements à risque (tabac, alcool, substances psycho-actives illicites, addictions sans substances) et leurs conséquences nocives.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- **Mieux informer** le public sur les risques associés à ces pratiques et consommations.
- **Développer** des programmes visant à renforcer les compétences psychosociales des enfants et des jeunes et renforcer l'intervention précoce auprès des jeunes en difficulté.
- **Réduire** l'attractivité des substances psychoactives (dénormalisation des substances, politique fiscale de santé publique, limitation de l'exposition des jeunes à la publicité).
- **Réduire** l'accessibilité des substances, en particulier pour les plus jeunes, notamment en élevant les barrières à l'accès (prix du tabac, tolérance zéro sur la vente de tabac et d'alcool aux mineurs...).
- **Dénormaliser** les usages nocifs, notamment par le biais de campagnes de communication fortes et innovantes et par l'évolution des espaces publics (l'exemple des lieux sans tabac).
- **Améliorer** les pratiques professionnelles de repérage précoce, de prise en charge et de réduction des risques et des dommages (la réduction des risques à distance, les salles de consommations à moindre risque, l'accompagnement des événements festifs...).
- **Faciliter** l'accès à une prise en charge en soutenant les démarches d'arrêt (Moi(s) sans tabac, l'accès facilité aux traitements de substitution et de sevrage) et en améliorant la fluidité des parcours.
- **Réduire** les inégalités sociales de santé par des stratégies ciblant les populations vulnérables (les jeunes, les femmes enceintes, les travailleurs pauvres, les personnes sans domicile, les personnes incarcérées...).

2.1.2. Le plan de prévention « Priorité prévention. Rester en bonne santé tout au long de sa vie »

La mise en œuvre de ce plan présente plusieurs défis : la mise en place des services et des outils répondant efficacement aux enjeux de promotion de la santé et de la prévention de la Stratégie nationale de santé, tout en donnant davantage de cohérence aux actions du Gouvernement et aux services en santé publique. Quelques axes forts y sont déclinés :

* Une grossesse en pleine santé et les 1000 premiers jours garants de la suite

Objectifs : mieux repérer les addictions pendant la grossesse (le tabac et les autres substances addictives) et mieux prévenir les consommations à risque.

Parmi les mesures proposées :

- Mettre à disposition des auto-questionnaires sur le thème des pratiques à risque « consommation (alcool, tabac, cannabis) -facteurs de vulnérabilités » afin de mieux informer les femmes enceintes sur les risques liés à ces pratiques et de faciliter la communication avec les professionnels de santé dans tous les établissements de santé autorisés à l'activité de soin d'obstétrique (maternités et centres périnataux de proximité) et lors de l'entretien prénatal précoce ;
- Inclure dans les 16 temps organisés pour le suivi de la femme enceinte, dont l'entretien prénatal précoce, des messages clés à relayer par les professionnels de santé (en ville, en établissement de santé et dans les réseaux de périnatalité) sur les comportements et environnements favorables à la santé et les informations sur les pratiques à risque (tabac, alcool, cannabis).

* La santé des enfants et des jeunes

Chez les adolescents, l'émergence et l'installation de consommations de substances psychoactives sont une des caractéristiques importantes de cette période.

-L'école promotrice de santé : généraliser le parcours éducatif de santé. L'objectif est de développer les compétences psychosociales de l'enfant et de l'adolescent en lien avec le socle commun de connaissances, de compétences et de culture, et avec les enseignements.

-Pour renforcer la prévention des addictions : développer les partenariats entre un collègue/lycée et une consultation jeunes consommateurs (CJC) référente située à proximité, afin de favoriser les actions de prévention collective, les consultations avancées et une meilleure orientation vers la CJC des jeunes en difficulté avec une consommation de substances (tabac, alcool, cannabis...) ou une pratique (écrans, jeux vidéo) ainsi que leurs proches.

-Promouvoir un environnement de vie qui favorise les bons choix par une meilleure information et en limitant l'accessibilité des produits :

- Mieux protéger les mineurs face aux addictions en permettant aux acteurs de la société civile de mettre en place des dispositifs d'observations et d'évaluations, visant à identifier le niveau de respect des dispositions d'interdiction de vente d'alcool, de tabac et de jeux d'argent aux mineurs.
- Porter progressivement le prix du paquet de cigarettes à 10 euros, agir sur la fiscalité des autres produits du tabac à destination des jeunes et inciter les autres Etats européens à augmenter leur fiscalité sur les produits du tabac.

* **La santé des adultes de 25 à 65 ans** : se libérer des addictions.

-Passer progressivement du forfait d'aide au sevrage de 150€ par an et par assuré à un remboursement normalisé (la prise en charge de droit commun) des substituts nicotiques, pour tous les assurés, pour une meilleure accessibilité et une harmonisation des prix sur le territoire, réduisant les inégalités d'accès aux traitements.

-Elargir l'offre de service en matière d'aide à l'arrêt du tabac en mobilisant sur cette mission les dispositifs spécifiques tels que Maison des adolescents (MDA), Consultations jeunes consommateurs (CJC), Centres de protection maternelle et infantile (PMI), centres d'examen de santé, Services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS), à l'image des « stop smoking services », le projet « Ici on vous aide à arrêter de fumer ». Une offre de service en la matière doit être assurée dans les lieux de privation de liberté.

-Intensifier l'opération « Moi(s) sans tabac » : la diversification, la modernisation des supports de communication et des offres d'accompagnement au sevrage ; le déploiement d'actions de proximité pour accompagner les fumeurs vers le sevrage tabagique¹².

2.1.3. Le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022

Elaboré par la MILDECA, il comprend 6 axes :

Axe 1 : Une prévention pour tous et tout au long de la vie

Parmi les priorités, on trouve notamment :

- Eclairer pour responsabiliser avec des objectifs portant sur :
 - Changer le regard sur les consommations.
 - Donner les moyens à la prévention des addictions.
- Protéger l'enfant à naître de l'exposition aux substances psycho-actives pendant la grossesse. et améliorer les prises en charge :
 - Développer l'information et la prise en charge des femmes enceintes.
 - Améliorer le repérage et la prise en charge des enfants exposés.
- Promouvoir le bien-être et la réussite des jeunes.
- Faire de la lutte contre les conduites addictives une priorité de la santé au travail.

Axe 2 : Une meilleure réponse pour les citoyens et la société aux conséquences des addictions

Parmi les priorités :

- Construire des parcours de santé à partir d'un premier recours consolidé et d'une offre de soins spécialisés mieux structurée.
 - Systématiser et renforcer le repérage des conduites addictives.
 - Renforcer l'implication des professionnels de premier recours dans l'accompagnement des patients présentant des addictions.
 - Développer les recommandations de bonnes pratiques en addictologie et en favoriser l'appropriation.
 - Rénover les pratiques professionnelles.
 - Structurer les parcours de santé en addictologie.
 - Rendre les parcours de santé accessibles aux personnes en situation de handicap.

¹² Ministère de la santé et des solidarités : Priorité Prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_de_sante_publicque__psnp.pdf

- **Améliorer l'offre en matière de réduction des risques et des dommages.**
- **Aller vers les personnes vulnérables.**

Axe 3 : Un engagement fort contre les trafics.

Axe 4 : La recherche et l'observation au service de l'action.

Axe 5 : Un impératif : observer et agir aussi au-delà de nos frontières.

Axe 6 : Mobiliser dans les outre-mers.

2.1.4. Le programme national de lutte contre le tabac (PNLT)

Le PNLT a pour ambition de protéger prioritairement les jeunes et de les aider à devenir, dès 2032, la première « génération d'adultes sans tabac », de lutter contre les inégalités sociales en soutenant les personnes les plus vulnérables, tels que les chômeurs et les plus modestes très fortement touchés par le tabac, ainsi que d'accompagner les femmes, en particulier celles qui sont enceintes.

Ses objectifs sont :

- En 2020, d'abaisser à moins de 24 % la part des fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans.
- D'ici 2022, abaisser à moins de 22 % la part des fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans.
- D'ici 2022, abaisser à moins de 20 % la part des fumeurs quotidiens chez les adolescents de 17 ans.
- D'ici 2027, abaisser à moins de 16 % la part des fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans, soit cinq millions de fumeurs en moins par rapport à 2017.
- D'ici 2032, que les enfants nés depuis 2014 deviennent la première génération d'adultes non-fumeurs (<5% de fumeurs).

Les quatre axes du programme national de lutte contre le tabac :

1. Protéger les enfants et éviter l'entrée dans l'usage du tabac.
2. Encourager et accompagner les fumeurs pour aller vers le sevrage.
3. Agir sur l'économie du tabac pour protéger la santé publique.
4. Surveiller, évaluer, chercher et diffuser les connaissances relatives au tabac.

Ces objectifs sont déclinés en 28 actions pour les cinq prochaines années (2018-2022) permettant notamment :

- De déployer de nouveaux modèles d'interventions.
- De débanaliser le tabac et le rendre moins attractif.
- D'améliorer l'accessibilité des traitements et des prises en charges.
- De s'adapter aux besoins des publics spécifiques et vulnérables.
- D'agir pour rendre moins accessibles les produits du tabac, avec comme mesure clé la poursuite de l'augmentation des prix des paquets de cigarettes avec pour objectif 10 euros par paquet d'ici 2020.
- De lutter contre les achats transfrontaliers.
- De poursuivre la lutte contre toutes les formes de trafics et d'achats illicites.
- De soutenir la reconversion des buralistes pour réduire l'accessibilité matérielle du tabac.

2.1.5. La loi relative à la prescription des substituts nicotiniques

En 2016, la loi de modernisation du système de santé a autorisé plusieurs catégories de professionnels de santé (médecins du travail, Masseurs-Kinésithérapeutes, Sages-Femmes, Infirmiers, Chirurgiens-dentistes) à prescrire directement, en consultation, à toute personne désireuse d'arrêter sa consommation de tabac, des substituts nicotiques.

Selon le bilan 2018 de l'Observatoire national des drogues et des toxicomanies, près de 3,4 millions de fumeurs ont eu recours au traitement de sevrage tabagique contre 2,7 millions en 2017, ce qui semble démontrer l'efficacité des mesures prises et l'engagement croissant des citoyens à agir pour leur santé.

Cette progression est intervenue notamment grâce au remboursement classique des substituts nicotiques par l'Assurance Maladie, mesure phare du plan Priorité-Prévention visant à réduire les inégalités d'accès au traitement.

Une majorité de personnes a envie d'arrêter de fumer et un quart de cette population a déjà fait une tentative d'arrêt de tabac. Les professionnels de santé habilités à prescrire ce traitement, jouent un rôle important pour accompagner les fumeurs et leurs aidants naturels.

2.1.6. L'éducation thérapeutique du patient (ETP)

Il est important d'innover dans des programmes d'ETP à distance via des outils numériques afin de permettre aux patients un parcours éducatif adapté à la rareté, à la distance, en permettant de regrouper sur une plateforme interactive les outils et les ateliers disponibles.

Les réformes actuelles, notamment celle dite du virage ambulatoire, contraignent d'autant plus à organiser le parcours patient en instaurant un système de triage et de priorisation entre les professionnels de santé. Ainsi, certaines catégories de populations, comme les femmes en situation de grossesse se tourneront naturellement vers les sages-femmes, de même pour les personnes à domicile en contact avec leur médecin référent ou pharmacien d'officine ou masseur-kinésithérapeute. Si bien, que les médecins spécialisés tels que les tabacologues ou addictologues recevront souvent en consultations des fumeurs en situation d'échecs de sevrage ou en situation de poly addiction. Il est sans doute également important que les équipes spécialisées en santé mentale investissent les démarches d'aide au sevrage tabagique chez les patients qu'ils accompagnent.

2.2. Les principales mesures en région Grand Est

La région Grand Est reste un territoire où résident beaucoup de fumeurs. Conformément au Programme National de Lutte contre le Tabac 2018-2022, l'ARS Grand Est a fait de la lutte contre le tabac un objectif prioritaire de son Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2022.

2.2.1. Le Programme Régional de Santé (PRS) Grand Est

Il affiche l'objectif ambitieux de faire passer la part des fumeurs quotidiens sous la barre des 20% en 2022.

Pour atteindre cet objectif, il est prévu :

- D'intégrer la prise en compte de la consommation de tabac dans tous les parcours de santé, en sensibilisant aux risques et en proposant une aide à l'arrêt des fumeurs ;
- De développer des programmes d'éducation à la santé renforçant les compétences psychosociales des enfants afin de retarder l'âge de l'initiation ;

- D'étendre les lieux publics sans tabac, dont les villes sans tabac en lien avec les élus et les collectivités territoriales ;
- De former les professionnels de santé au repérage précoce et l'accompagnement au sevrage tabagique ;
- De décliner chaque année dans l'ensemble de la région des campagnes de communication telles que le « Mois Sans Tabac ».

Au-delà des décisions stratégiques des partenaires institutionnels concernés, et au 1^{er} plan l'ARS, différents acteurs sensibilisés au tabac fédèrent une politique de prévention de lutte contre la consommation de tabac, comme le mouvement sportif, les acteurs de santé, les collectivités territoriales, les structures privées... qui planifient, élaborent et proposent des actions en ce sens : développer des lieux sans tabac, sensibiliser les éducateurs et les dirigeants sportifs, aider à l'arrêt des sportifs fumeurs et faire de la prévention auprès de jeune public.

2.2.2. Le programme régional de lutte contre le tabac (PRLT)

La lutte contre la consommation de tabac est une priorité de l'ARS Grand Est conformément au Programme National de Lutte contre le Tabac (PNLT). Elle a fait de la lutte contre le tabac un objectif prioritaire de son Projet régional de santé (PRS) 2018-2022.

Le programme régional de lutte contre le tabac comporte 3 axes :

1. **Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac** qui repose sur le développement des compétences psycho-sociales associé à des mesures de réduction de l'offre et de « dénormalisation » de la consommation de tabac.

2. **Aider les fumeurs à arrêter de fumer** ce qui est le souhait d'une majorité de fumeurs. Face à une des drogues les plus dures sur les marchés des produits licites et illicites, il est possible d'aider les fumeurs à franchir le pas en développant leur motivation, collectivement ou individuellement. Ceci nécessite l'implication active des différents professionnels de santé et donc une formation rigoureuse (initiale et continue) afin que la prise en charge des fumeurs devienne systématique, à chaque consultation (quel qu'en soit le motif), et à chaque hospitalisation.

3. **Créer un environnement favorable** ce qui vise à la « dénormalisation » du tabac. Il convient de casser l'image encore positive de la consommation de tabac dans la société française en démontrant que le tabac n'est pas un produit banal puisque sa consommation tue ses usagers. Parallèlement, il est souhaitable d'étendre les lieux non-fumeurs, par exemple, aux universités, aux mairies, aux ARS, les parcs publics (*), les lieux de pratique d'activité physique..., notamment dans le cadre des contrats locaux de santé.

(*) *A titre d'exemple, le conseil municipal de Strasbourg qui avait voté en 2014 l'interdiction de fumer dans ses aires de jeux, l'a étendue mi-2018 à tous ses espaces verts.*

2.3. La prévention

C'est un enjeu fondamental. Elle doit s'adresser à tous les âges, mais tout particulièrement aux âges où s'apprennent ces comportements. La priorité est la prévention de l'usage du tabac dès l'âge scolaire.

En milieu scolaire, il est recommandé d'aborder la question du tabac avec les parents et/ou les enfants lors des bilans systématiques, en grandes sections maternelles et en CM2.

En grandes sections maternelles : aborder avec les parents la question de la consommation du tabac ; dépister une consommation de tabac éventuelle des parents et informer sur les risques du

tabagisme passif. Délivrer le conseil d'arrêt le cas échéant et orienter vers le médecin référent ou une autre structure d'aide.

En CM2 : dépister un éventuel usage du tabac de l'élève ou de son entourage ; informer sur les risques du tabagisme passif, conseiller de ne pas commencer ou délivrer le conseil d'arrêt et orienter vers le médecin référent ou une autre structure d'aide si besoin.

Aux autres niveaux scolaires : profiter d'un passage à l'infirmerie ou d'un dépistage infirmier pour poser la question de la consommation du tabac ; conseiller de ne pas commencer, informer sur le risque de dépendance comme étant une perte de liberté, délivrer le conseil d'arrêt et orienter vers le médecin traitant ou une autre structure d'aide, si besoin. Il est recommandé d'évoquer les autres formes d'utilisation du tabac (associé au cannabis, chicha, etc.). La consultation pour certificat de non-contre-indication à la pratique sportive est aussi l'occasion de dépister une consommation de tabac et d'en rappeler les risques. La répétition des messages de prévention et de lutte contre le tabac par l'ensemble des professionnels de santé est nécessaire.

Chapitre 3. Concept d'addiction, classifications et mécanismes de l'addiction

L'abord des conduites addictives s'est d'abord fait par produit, en fonction des priorités de chaque époque. De ce fait, des filières de soins par produit, indépendantes, ont été peu à peu construites avec des conceptions, des équipes, des prises en charge différentes ; d'abord pour l'alcool, puis pour les substances illicites, plus récemment pour le tabac, plus récemment encore pour les addictions comportementales, sans substances.

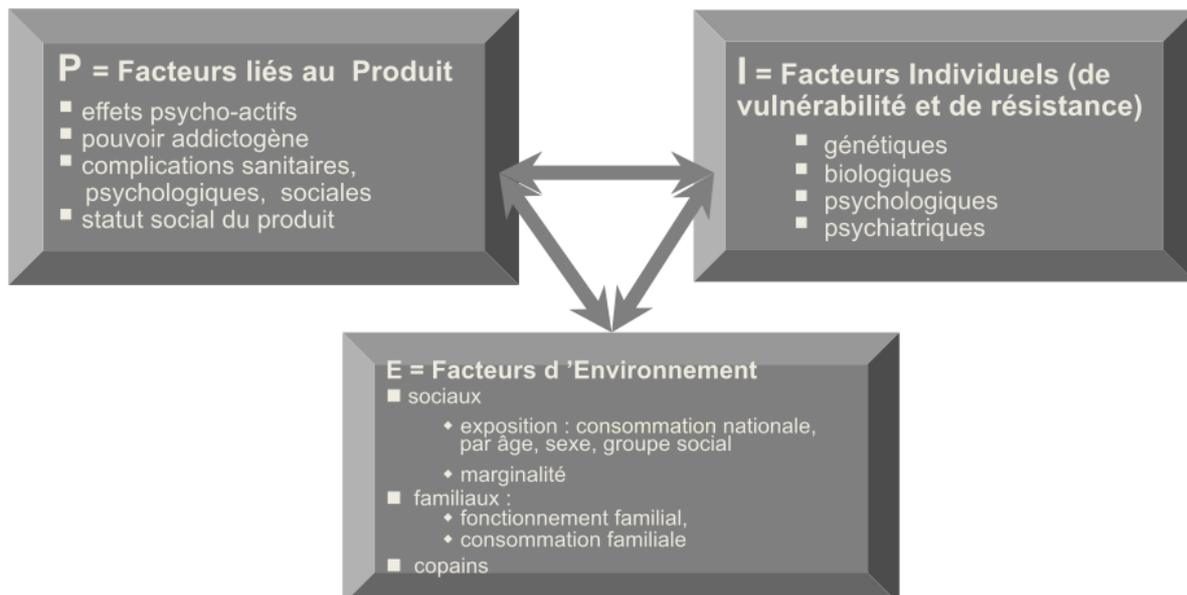
Cependant, au-delà des spécificités des différents produits et conduites addictives, les connaissances scientifiques récentes ont fait apparaître des éléments communs retrouvés quelles que soient les conduites portant sur :

- Les facteurs de vulnérabilité et de protection individuels (psychologiques, psychiatriques, biologiques, génétiques, événements de vie, compétences psycho-sociales...)
- Les facteurs de vulnérabilité et de protection environnementaux : le rôle de l'entourage proche, notamment familial et des pairs, l'environnement social et culturel, la place du produit dans la société, les représentations...
- La fréquence des polyconsommations/ polyaddictions
- Les mécanismes neurobiologiques communs

Ce sont ces éléments qui ont amené à fonder le concept d'addiction à partir de l'élément central de ces comportements, défini comme la difficulté de contrôler un comportement, le concept fédérateur qui dépasse l'approche par produit et privilégie l'approche par comportement et mieux, l'interaction entre une personne et son environnement (figure 5).

Figure 5 : Facteurs de risque de mésusage des substances psycho-actives

Le développement d'un mésusage de substance psycho-active est la résultante de l'interaction entre 3 facteurs : un produit addictogène, une personne vulnérable et un environnement favorable.



3.1. Le concept d'addiction

Goodman a proposé, en 1990, de définir l'addiction comme une condition selon laquelle un comportement susceptible de donner du plaisir et/ou de soulager des affects pénibles est utilisé d'une manière qui donne lieu à deux symptômes clés :

- l'échec répété de contrôler ce comportement (« perte du contrôle » de Jellinek)
- la poursuite de ce comportement malgré ses conséquences négatives

Il a proposé des critères qui ont été repris dans les grandes classifications internationales :

- A. Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.
- B. Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.
- C. Plaisir ou soulagement pendant sa durée.
- D. Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.
- E. Présence d'au moins 5 critères sur 9 pour porter le diagnostic d'addiction.
- F. Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période longue.

Le concept d'addiction est plus ou moins restreint :

- *La consommation de substances psychoactives* (tabac, alcool, substances illicites, médicaments, etc.) est le « noyau » central. On parle alors dans ce cas de « trouble lié à l'usage de substances psychoactives ».
- Mais il existe aussi des « *addictions sans substance* » ou « *addictions comportementales* » (jeu de hasard et d'argent, sexe, internet, achats, exercice physique...).
- Dans un sens plus large, *les troubles des conduites alimentaires*, peuvent aussi être considérés comme des addictions comportementales, mais ils posent des problèmes spécifiques.

Attention : ne pas confondre addictions et comportements ou pratiques excessives qui ne répondent pas aux critères de l'addiction.

Un des éléments essentiels de l'addiction est son caractère progressivement envahissant sur la vie d'un sujet. L'addiction est donc aussi caractérisée par les répercussions durables et importantes provoquées par la perte de contrôle du comportement d'usage sur les autres sphères de vie de la personne.

Ainsi, les troubles addictifs comportent schématiquement trois grands ensembles de symptômes :

- Des symptômes comportementaux : envahissement progressif de la vie quotidienne du sujet par les comportements addictifs, au détriment des autres rituels de la vie (loisirs, familiale, professionnelle, etc.).
- Des symptômes pharmacologiques (liés aux substances psycho-actives) : développement d'une tolérance et survenue d'un syndrome de sevrage à l'arrêt brutal de la substance. Ces symptômes ne sont ni systématiques, ni nécessaires pour parler d'addiction.
- Des répercussions sociales et/ou médicales.

Trois éléments sont plus particulièrement à considérer qui différencient une consommation excessive d'une addiction :

- La perte de contrôle.

- Les conséquences négatives.
- Le craving.

Le concept d'addiction a plusieurs intérêts :

- Réunir des comportements qui présentent, par delà leur diversité, une même potentialité évolutive reposant sur plusieurs déterminants communs hétérogènes : génétiques, neuro-biologiques, cognitifs, affectifs, psychologiques, culturels, économiques, environnementaux...
- Réserver une attention particulière à l'usage à risque et à l'usage nocif pour la santé aussi bien qu'à la dépendance, ainsi qu'à leurs conséquences sanitaires et sociales.
- Décloisonner les pratiques professionnelles (aborder différentes conduites addictives, approche pluridisciplinaire médico-psycho-sociale).
- Faire évoluer le dispositif spécialisé vers des soins addictologiques prenant en compte toutes les conduites addictives avec ou sans produits.
- Redéfinir les objectifs de soins : l'arrêt de la consommation – la réduction des risques et des dommages – l'approche globale de la personne.
- Déclinant un ensemble d'objectifs communs : la promotion de la santé, l'éducation pour la santé, la réduction des risques et la prévention des dommages.

Les mécanismes neurobiologiques de la dépendance au tabac

La nicotine est le principal agent responsable de la dépendance. Lorsque le patient fume, il existe un pic rapide de concentration plasmatique de nicotine et surtout de sa fixation sur les récepteurs du cerveau (quelques secondes), responsable des effets psychotropes de la cigarette ressentis par le patient. Cette rapidité de l'effet est vraisemblablement un facteur important du caractère particulièrement addictogène de la nicotine. En effet, **elle a le potentiel addictif** (ou pouvoir de rendre dépendant) **le plus fort** devant l'héroïne, l'alcool et la cocaïne. Les études disponibles montrent que, comparé à l'alcool, la cocaïne et le cannabis, la nicotine est la substance psycho-active qui présente le risque de dépendance le plus élevé. Dans la grande étude de cohorte américaine National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) représentative de la population générale, la proportion des usagers de tabac qui devenaient dépendants était de 67%, alors qu'elle était de 23% pour l'alcool, 21% pour la cocaïne et 9% pour le cannabis¹³.

De ce fait, la nicotine est la substance psycho-active pour laquelle la probabilité de rémission de la dépendance est la plus faible, derrière l'alcool, le cannabis et la cocaïne. De plus, pour le tabac, la rémission survient plus tard par rapport au début de la dépendance (26 ans vs. 14 ans pour l'alcool, 6 ans pour le cannabis et 5 ans pour la cocaïne). La dépendance au tabac et l'apparition des symptômes de sevrage qui en découle lors d'une tentative d'arrêt sont responsables de la poursuite de la consommation et représentent des obstacles majeurs pour cesser de fumer.

Ce sont les travaux d'Olds et Milner, au milieu des années 1950, qui ont mis en évidence, expérimentalement, différentes aires cérébrales dont la stimulation induisait des comportements compulsifs, aboutissant au concept général de système de récompense.

¹³ Hasin DS, Grant BF. The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Waves 1 and 2: review and summary of findings. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2015 Nov ; 50(11):1609-40.

Ce comportement dit motivé nécessite :

- une motivation, ou tonalité émotionnelle.
- des informations nécessaires au déclenchement du comportement.
- un apprentissage à la réalisation du comportement.
- une étape de modulation et de décision volontaire autorisant et commandant la réalisation du comportement.

Ce comportement est contrôlé par ses conséquences :

- Plaisantes, elles provoquent une récompense et un renforcement poussant à le reproduire.
- Négatives, elles provoquent son extinction.

Ainsi, le modèle de renforcement postule qu'un comportement est reproduit pour en retrouver les effets, qu'il s'agisse de sensations de plaisir (le renforcement dit positif) ou de soulagement d'un mal-être (le renforcement dit négatif).

Les structures cérébrales en jeu font partie du système mésolimbique : l'aire tegmentale ventrale (ATV), le faisceau médian du télencéphale, l'hypothalamus latéral, le striatum ventral, le noyau accumbens (NA)... Ce système est constitué de voies noradrénergiques, sérotoninergiques et surtout dopaminergiques régulées par de nombreux autres systèmes de neurotransmission : l'acide gamma-amino-butérique (GABA), des acides aminés excitateurs (glutamate, NMDA), la sérotonine, les opioïdes endogènes, acétylcholine, le système endocannabinoïde (CB1) ... La nicotine se lie préférentiellement à certains récepteurs de l'acétylcholine, en particulier à la sous-unité Alpha 4 Bêta 2 des récepteurs nicotiques. Ce type de récepteur est le plus abondant dans l'aire tegmentaire ventrale et l'affinité avec la nicotine est élevée ce qui explique la forte dépendance. La liaison de la nicotine avec ces récepteurs entraîne la libération de dopamine dans le noyau accumbens considérée comme responsable des effets favorables ressentis. La répétition du comportement chez des personnes vulnérables en perturbe le fonctionnement et conduit à la dépendance.

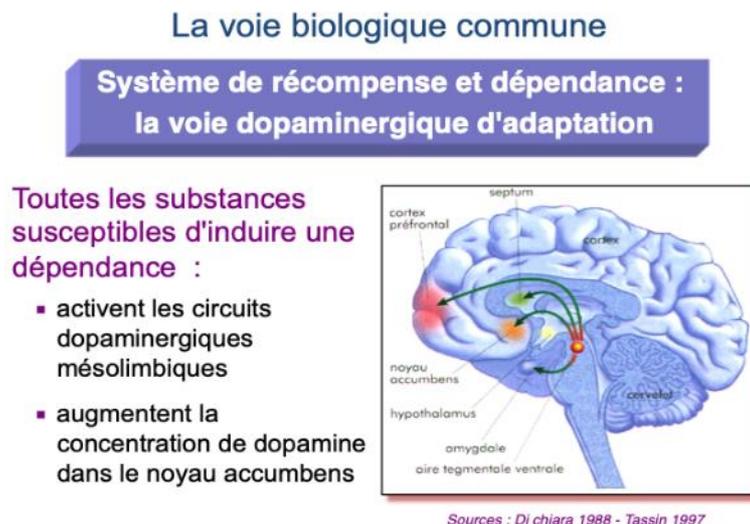


Figure 6 : mécanisme neurobiologique de la dépendance

(Pour aller plus loin : Source : Jean-Pol Tassin, "Proposition d'un modèle neurobiologique de l'addiction", De Boeck Supérieur, « Psychotropes » 2008/3 Vol. 14, pages 11 à 28 ISSN 1245-2092 ISBN 9782804158170)

Ce système a de nombreuses connexions avec les systèmes qui régulent les émotions (amygdale, cortex limbique), la mémoire (hippocampe) permettant de mettre en mémoire les informations nécessaires à la réalisation du comportement, le néocortex qui joue un rôle de filtre pour « autoriser » ou non le comportement. **Chez les patients addicts, cette capacité d'inhibition des comportements problématiques est altérée.** Enfin, il existe des projections sur le système moteur, interface “ transformant la motivation en action ” et sa mémorisation.

Le stress joue également un rôle important dans le développement d'une addiction. Celui-ci est fortement associé aux conduites addictives en général, à la consommation de tabac en particulier. La répétition d'épisodes de stress et de consommation de tabac peut conduire à des réponses inadaptées des systèmes de régulation du stress et participer au développement de la dépendance au tabac. Il existe des liens entre le système de récompense et de régulation du stress.

En résumé, le développement d'une addiction résulte de dysrégulations cérébrales portant sur :

- Le système de récompense qui favorise la recherche de consommation
- Les circuits de réponse au stress

Le **sevrage** s'accompagne d'une réduction de l'activité des neurones dopaminergiques et d'une baisse d'activité des structures limbiques du système de récompense induisant un état d'anhédonie favorisant le craving et le besoin de reprendre la consommation du produit. Il induit lui-même un stress qui favorise la rechute.

Enfin, il faut ajouter des aspects importants pour la consommation de tabac qui sont dus aux **renforcements conditionnés** vis-à-vis de la consommation de produit.

Quand un sujet dépendant est exposé à des situations environnementales, comportementales ou émotionnelles qui ont été fortement associées dans le passé à la conduite addictive, elles peuvent déclencher une anticipation de la récompense induite par le produit, c'est-à-dire un renforcement des effets positifs, ou au contraire déclencher des sensations désagréables, négatives, semblables aux signes mineurs et précoces du sevrage, réalisant un véritable sevrage comportemental. Ces aspects comportementaux sont importants à prendre en compte dans l'aide au sevrage du tabac.

Classifications

De façon générale, le **mésusage** rassemble les catégories d'usage qui entraînent des conséquences négatives (l'usage nocif et la dépendance) et celles qui sont à risque d'en entraîner (l'usage à risque) :

- L'usage nocif est un comportement induisant des complications qui sont rapportées à la consommation de substances psychoactives sans atteindre les critères de dépendance
- La dépendance associe perte de contrôle et conséquences négatives
- L'usage à risque est une consommation n'induisant pas encore de dommages (asymptomatique), mais susceptible d'en entraîner si le comportement se poursuit

Les troubles liés à l'usage du tabac sont définis par l'existence de symptômes et correspondent à des ensembles nosologiques décrits dans les 2 grandes classifications internationales, la Classification Internationale des Maladies de l'OMS, 10^{ème} révision (CIM-10) et le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, 5^{ème} version (DSM-5).

La CIM-10 définit les troubles liés à l'usage selon 2 niveaux de sévérité :

- L'utilisation nocive pour la santé, plus couramment dénommé usage nocif

- Le syndrome de dépendance

3.2. Utilisation nocive pour la santé (CIM-10)

Souvent dénommé plus simplement « usage nocif », c'est l'ensemble des conduites et des complications pathologiques liées à la consommation d'une substance psychoactive.

Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'utilisation d'une ou de plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques.

Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et a souvent des conséquences sociales négatives. La désapprobation par autrui ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives (par exemple une arrestation, la perte d'un emploi ou des difficultés conjugales) ne suffisent toutefois pas pour faire le diagnostic.

Le patient ne répond pas aux critères de la dépendance.

3.3. Syndrome de dépendance au tabac (CIM-10)

A partir de sa définition générale du syndrome de dépendance, la CIM-10 propose une définition spécifique pour le tabac.

Le diagnostic de dépendance au tabac peut être posé lors de la présence simultanée de trois (ou plus) des manifestations suivantes, pendant un mois continu ;

1. une forte envie / un désir impérieux de consommer du tabac ;
2. la perte de contrôle sur la consommation, les tentatives infructueuses / le souhait permanent de réduire/contrôler sa consommation tabagique ;
3. les symptômes de manque physique lors de la réduction ou de l'arrêt de la consommation de tabac ;
4. le développement d'une tolérance ;
5. l'abandon des centres d'intérêts ou de divertissements en faveur de la consommation de tabac ;
6. le maintien de la consommation malgré les méfaits de l'usage du tabac¹⁴ ;

La tolérance à la nicotine se manifeste par l'absence de nausées, d'étourdissements et d'autres symptômes caractéristiques, malgré l'utilisation de quantités substantielles de nicotine, ou par une diminution des effets, alors que l'utilisation se poursuit avec des doses inchangées de nicotine. L'arrêt brutal de l'utilisation de la nicotine entraîne des signes de sevrage.

Le DSM-5 a, lui, rassemblé en un seul ensemble de 11 critères avec 3 niveaux de sévérité les catégories d'usage nocif et de dépendance, définissant le « trouble de l'usage de tabac » comme un mode d'usage problématique du tabac conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins 2 des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois :

1. Le tabac est souvent consommé en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.

¹⁴ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/corrige_annexe_criteres_cim-10_abus_dependance.pdf

2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'usage du tabac.
 3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir ou utiliser du tabac.
 4. Envie impérieuse (*craving*), ou fort désir ou besoin d'utiliser du tabac.
 5. Usage répété de tabac conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou au domicile (par exemple, la perturbation du travail).
 6. Usage continu de tabac malgré les problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du tabac (par exemple : les conflits avec les autres au sujet de l'usage du tabac).
 7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage du tabac.
 8. Usage répété de tabac dans des situations où cela peut-être physiquement dangereux (par exemple : fumer au lit).
 9. L'usage du tabac est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par le tabac.
 10. Tolérance définie par l'un des deux symptômes suivants :
 - Besoin de quantités notablement plus fortes de tabac pour obtenir l'effet désiré.
 - Effet notablement diminué en cas de consommation continue de la même quantité de tabac.
- Sevrage, manifesté par l'un des deux symptômes suivants :
- Syndrome de sevrage caractérisé du tabac (*cf les critères A et B du sevrage du tabac*).
 - Le tabac (ou une substance très proche, comme la nicotine) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Sévérité actuelle :

Présence de 2 ou 3 symptômes : trouble léger

Présence de 4 ou 5 symptômes : trouble moyen

Présence d'au moins 6 symptômes: trouble grave

Dans cet enseignement, nous avons décidé de nous en tenir à la classification de l'OMS (CIM-10 en attendant la CIM-11). En effet, le gros avantage de la notion de dépendance est surtout pédagogique par rapport aux patients.

L'inconvénient de cette approche catégorielle par rapport à celle plus dimensionnelle du DSM-5 est de moins représenter la vie réelle où l'évolution de la sévérité de la conduite est progressive (généralement rapidement progressive pour le tabac) et s'inscrit dans un continuum de temps.

Chapitre 4. L'approche clinique

4.1. Accompagner par la méthode R.E.C.I.T

Cette partie comprend différents chapitres regroupés sous l'acronyme RECIT :

- Repérer
- Evaluer
- Conseiller
- Informer
- Traiter

Tous les professionnels de santé en contact avec la population sont très concernés par la consommation du tabac. Ils ont un rôle essentiel dans sa prise en soin.

- Ils doivent repérer la consommation de tabac chez leurs patients et conseiller à chaque fumeur d'arrêter de fumer, quelle que soit la forme du tabac utilisé, et lui proposer des conseils et une assistance pour ce faire. Les professionnels autorisés à prescrire peuvent le faire en fonction des besoins de chaque patient.
- Les structures spécialisées en addictologie ou tabacologie assurent le traitement des formes les plus difficiles.

4.1.1. Repérer

Qui repérer ?

Les recommandations françaises et internationales recommandent un dépistage systématique de l'usage de tabac chez tous les patients. En consultation médicale, il est recommandé de poser la question de la consommation de tabac chez l'adulte et dès l'entrée dans l'adolescence et de renseigner leur statut de consommation de façon régulière.

Le dépistage de l'usage du tabac doit faire partie de l'entretien de la première consultation (identification des facteurs de risques).

Si la cigarette industrielle est de loin la plus utilisée, ne pas oublier les autres formes d'utilisations du tabac (prisé, mâché, roulé, cigare, chauffé, pipe, narguilé, snus, joint de cannabis, voire kreteks, bidis, etc.).

Une consommation de tabac doit être recherchée en particulier :

- Chez les patients présentant des comorbidités médicales, somatiques ou psychiques.
- Chez les jeunes enfants : relever le statut tabagique des parents.
- Chez les enfants/adolescents (dès le collège) poser la question en consultation individuelle, en rappelant la confidentialité et le secret professionnel.
- Chez la femme en projet de grossesse.
- Chez la femme enceinte : il convient de poser d'abord la question de son statut tabagique antérieur à la grossesse, avant de l'interroger sur un éventuel usage actuel. Evaluer tout particulièrement l'usage du tabac de l'entourage.
- Chez la femme en *post-partum* : réévaluer l'usage du tabac, même si la femme a arrêté de consommer pendant la grossesse (risque élevé de rechute après l'accouchement).

Dans tous les cas, il est recommandé de rechercher également une consommation de tabac de l'entourage direct du patient.

Comment repérer ?

Moyennant d'utiliser quelques questions simples, il n'y a habituellement aucun problème, les patients exprimant facilement leur consommation.

Ce repérage comprend 2 parties :

Demander: « fumez-vous ? »

Si la réponse est positive, enchaîner sur un conseil minimal, ou conseil d'arrêt

Si la réponse est négative, posez la question : « avez-vous déjà fumé ? ».

Si oui : « pendant combien de temps ? » puis « depuis quand avez-vous arrêté ? ».

S'il a arrêté depuis peu, valoriser les bénéfices de l'arrêt (« vous avez pris une décision bénéfique pour votre santé »), évaluer les envies et leur gestion, laisser la porte ouverte (« je suis disponible pour vous aider si vous craignez de rechuter »). Si le patient a arrêté de fumer depuis longtemps, laisser la porte ouverte pour en rediscuter avec lui si besoin.

4.1.2. Conseiller et informer

Le conseil d'arrêt est l'intervention la plus simple et la plus courte. Chaque personne qui fume devrait recevoir au moins le conseil d'arrêter, à moins qu'il n'y ait des circonstances exceptionnelles. Les personnes qui ne sont pas prêtes à arrêter devraient être encouragées à chercher de l'aide dans le futur.

Le conseil d'arrêter de fumer doit être adapté aux préférences des personnes, des besoins et des circonstances.

Il consiste pour un professionnel de santé à indiquer à un fumeur qu'il est bénéfique d'arrêter de fumer, que c'est la meilleure décision qu'il peut prendre pour sa santé et que le soignant peut l'aider.

Il s'adresse à tous les fumeurs, qu'ils soient prêts ou non à arrêter de fumer. Il a été montré que le conseil d'arrêt augmente la probabilité de sevrage tabagique et l'abstinence à long terme.

En termes d'efficacité, sa taille d'effet est faible, mais prend son sens en santé publique s'il touche un grand nombre de personnes¹⁵.

Il semble plus efficace de proposer une aide à tous les fumeurs plutôt qu'un conseil bref à tous les fumeurs et une proposition d'aide seulement à ceux qui souhaitent arrêter.

Si le patient indique qu'il est fumeur, demander :

« Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ? » ou « Êtes-vous prêt à faire une tentative d'arrêt ? ».

Puis : « voulez-vous que l'on prenne le temps d'en parler ? » ou « êtes-vous d'accord pour en parler ? »

- Si le patient accepte, réaliser une évaluation de sa situation (cf ci-dessous) et proposer une aide à l'arrêt.
- Sinon, lui fournir de l'information sur les risques du tabac et les possibilités d'aide. Remettre un document.

Donner un conseil d'arrêt : « il est bénéfique d'arrêter de fumer. C'est la meilleure décision que vous pouvez prendre pour protéger votre santé. Je peux vous aider si vous le souhaitez. Je suis à votre disposition pour en reparler ».

¹⁵ cf. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, et al. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2013 May 31;2013(5):CD000165

Le recueil des seules informations suivies d'une information et d'un conseil d'arrêt a montré son efficacité sur la modification de la consommation de tabac (avec la notion de conseil minimal ou de conseil bref d'arrêt).

Dans tous les cas, proposer un dépliant/brochure sur les risques de la consommation de tabac, les bénéfices de l'arrêt et les méthodes de sevrage.

- Si un traitement intensif, est envisagé, délivrer ce traitement ou orienter vers un ou des spécialistes.
- Si le patient appartient à un sous-groupe spécifique (adolescents, femmes enceintes), apporter des informations supplémentaires ;
- Si le(la) patient(e) affirme clairement qu'il ou elle n'est pas disposée(e) à faire une tentative d'arrêt en ce moment, proposer une intervention dans le futur (figure 7).

Figure 7 : Le repérage de la consommation de tabac et le conseil d'arrêt.

(Source : Catherine Chevalier, André N'Guyen, « La lutte contre le tabagisme, une priorité » Actualités pharmaceutiques, n° 560, novembre 2016 <http://dx.doi.org/10.1016/j.actpha.2016.09.006> Prise en charge du sevrage tabagique)

4.1.3. Evaluer

Temps essentiel, l'évaluation a pour but d'apprécier les différentes composantes et les conséquences de l'usage du tabac : l'importance et les modalités de cet usage, le niveau de dépendance pharmacologique, le craving, la dépendance comportementale, le niveau de motivation au changement vis-à-vis de ce comportement, les comorbidités psychologiques et somatiques, les addictions associés, la qualité de vie... **La qualité de cette évaluation est la condition d'un traitement adapté aux besoins de chaque patient.**

Entretien

L'évaluation du comportement vis-à-vis du tabac est essentiellement clinique et impose une évaluation à différents niveaux.

- Evaluer les croyances et les attentes du patient.
- Evaluer l'importance de la consommation de tabac, ses modalités et son historique :
 - Le nombre de cigarettes fumées par jour (jours de travail, jours de repos).
 - Le nombre de jours de consommation, par exemple par semaine ou par mois si elle n'est pas quotidienne.
 - L'âge de début de l'usage du tabac, âge de l'usage régulier, ce qui permet d'apprécier le nombre d'années de consommation.
 - Le mode de consommation : cigarette, industrielle ou roulée, cigare, pipe, chique, etc. ;
 - Les modalités de consommation : la fréquence, les horaires, les facteurs contribuant ou associés à la consommation de tabac, etc. ;
 - Les tentatives antérieures pour arrêter le tabac et leurs résultats : il est important de connaître cet historique pour analyser les raisons des succès ou échecs antérieurs, aides utilisées, difficultés, prise de poids, craving, circonstances de rechute, etc. ; cela afin d'éviter de reproduire des stratégies inefficaces et, au contraire, de retravailler sur les stratégies qui ont donné de bons résultats ;
 - Le tabagisme passif éventuel.

On peut ainsi apprécier l'importance de l'usage du tabac. Le risque pathologique dépend de lui. Le calcul du nombre de paquets x années n'est pas un bon reflet du risque (car la durée de consommation est beaucoup plus liée au risque que le nombre de cigarettes par jour) et n'aide guère à l'adaptation du traitement. Il vaut mieux considérer d'une part le nombre de cigarettes fumées par jour et d'autre part la durée de consommation.

L'entretien s'intéressera aussi :

- Au poids de la personne et à son rapport avec celui-ci, le cas échéant à son alimentation.
- À sa pratique d'activités physiques.
- À la qualité du sommeil, y compris en recherchant si besoin un syndrome d'apnées du sommeil.
- À la consommation de café.
- À la prise de médicaments (notamment ceux dont le métabolisme peut être influencé par le tabac)...

Les façons de fumer : autotitration et effet bolus

En fonction de ce que le fumeur recherche en fumant, deux processus psychopharmacologiques ont été décrits : l'autotitration et l'effet bolus.

L'*autotitration* est le maintien sur la journée d'une concentration basale plasmatique et tissulaire en nicotine de façon à éviter les effets désagréables du sevrage (fumeurs mainteneurs d'état basal). La manière de fumer est liée au rendement en nicotine. Les fumeurs modifient leur façon de fumer et d'inhaler (le rythme, le nombre et le volume des bouffées, la longueur du mégot) pour maintenir leur concentration de nicotine dans le sang (nicotémie) à un niveau optimal. Si l'on raccourcit une cigarette, les fumeurs compensent cette réduction en augmentant le rythme, le nombre et le volume des bouffées et en laissant des mégots plus courts. Cette régulation fine du taux de nicotine au cours du nyctémère est caractéristique. Il permet vraisemblablement un renforcement optimal tout en maintenant au niveau minimal les éventuelles réactions aversives à la nicotine. Elle est associée à une consommation régulièrement répartie sur la journée.

L'*effet bolus* est la recherche des effets psychoactifs que produisent les pics de nicotine (les fumeurs chercheurs de pic). Fumer une cigarette entraîne un pic rapide de la concentration plasmatique de nicotine et surtout un pic intracérébral. Certains fumeurs recherchent fortement les effets psychotropes liés à ce pic de nicotine. Il semble que ce soit cette séquence d'inhalations sous forme de bolus qui soit la forme la plus génératrice de dépendance. À raison de 20 cigarettes par jour, à dix bouffées par cigarette, ce sont 200 renforcements pharmacologiques rapides qui sont envoyés chaque jour au cerveau. On voit le nombre et l'importance du renforcement après plusieurs années de consommation. Dans ce cas, le fumeur fume de façon discontinue, plus espacée que le précédent, mais souvent plusieurs cigarettes à la suite pour générer un pic important de nicotine au niveau cérébral.

Il est utile de différencier ces deux formes pour adapter au mieux le traitement : à titre d'exemple, si le remplacement des cigarettes par un patch ou des gommes à mâcher est bien adapté au phénomène d'autotitration, il ne permet pas de prendre convenablement en compte l'effet bolus. De façon générale, apprécier comment fume le patient permet d'orienter la thérapeutique.

Dépendance pharmacologique

L'évaluation de la dépendance pharmacologique à la nicotine est un élément essentiel du diagnostic et de la prise en charge du fumeur. De multiples échelles ont été élaborées pour l'évaluation de

la dépendance au tabac notamment en langue anglaise. Nous nous limiterons à présenter ici 3 questionnaires de référence validés en français.

*** Le questionnaire de dépendance de Fagerström**

C'est le plus connu et le plus utilisé. Simple et fiable, il permet d'identifier les fumeurs les plus dépendants de la nicotine. C'est un élément important pour le pronostic et le traitement. Il comporte six questions et le score maximum est de 10. Une version courte, de deux items, est très facile à utiliser en pratique courante.

(Cf : le questionnaire de dépendance de Fagerström dans le livre numérique : version courte et longue)

Quand aucun traitement substitutif par la nicotine n'a été donné, le test de Fagerström semble très bien prédire les résultats : ceux qui sont les plus dépendants ont le moins de chance de s'arrêter. Cette relation disparaît quand un substitut de la nicotine a été donné (l'efficacité de la thérapie substitutive par la nicotine). Il permet ainsi d'orienter le traitement des plus dépendants vers la substitution nicotinique et de l'adapter.

Un autre questionnaire intéressant est la cigarette dependence scale à 12 items (CDS-12). Créée à Genève, ses propriétés psychométriques sont bonnes, considérées comme meilleures que celles du questionnaire de Fagerström, mais cette échelle est plus longue à faire passer que ce dernier.

(Cf: CDS-12: <https://www.stop-tabac.ch/fr/testez-votre-dependance>)

(Cf : Questionnaire de Fagerström : <http://test-addicto.fr/tests/tabac/fagerstrom.html>)

*** Le Hooked On Nicotine Checklist (HONC)**

Le test de HONC a été validé en français et peut être employé chez l'adolescent. Il comporte 10 questions auxquelles on répond par oui ou non et permet d'obtenir un score compris entre 0 et 10. Il a permis d'objectiver sur une population jeune l'apparition rapide des symptômes de la dépendance au tabac et la perte d'autonomie de l'adolescent vis-à-vis du tabac.

Cf : le test HONC : <http://test-addicto.fr/tests/tabac/test-honc.html>

Dépendance comportementale

On oublie parfois la dépendance comportementale, souvent forte chez les fumeurs et qu'il est essentiel de rechercher et d'analyser avec le patient en précisant les situations qui sont associées à la consommation de tabac : la recherche de stimulation, la situation de stress, la détente, le repas... L'utilisation d'un carnet de recueil de la consommation de tabac est souvent utile. Beaucoup d'échecs du traitement sont dus à la non-prise en compte de cette dépendance pour laquelle il faut aider le patient à mettre en place des réponses et des comportements alternatifs.

Tableau : Exemple de carnet d'autoévaluation de la consommation de tabac							
<i>Cigarette</i>	<i>Heure</i>	<i>Importance : grande, moyenne, faible</i>	<i>Lieu/activité</i>	<i>Situation déclenchante</i>	<i>Motif de consommation</i>	<i>Émotions ressenties :</i>	<i>Pensées associées</i>

						+ ou -	

Pourquoi les patients fument-ils ?

Parmi les outils validés évaluant les raisons de fumer, le test de Horn étudie six facteurs. Trois représentent les aspects de la cigarette plaisir : la relaxation-plaisir, la stimulation, la manipulation et trois les aspects négatifs : la réduction de tension, l'habitude et le désir incontrôlable.

(Cf. test de Horn: <http://test-addicto.fr/tests/tabac/test-de-horn.html>)

Le craving : un élément clé de l'évaluation et du traitement

Le craving est le désir irrésistible de fumer pour retrouver les effets du tabac. L'évaluation des envies de fumer est un renseignement important. Une simple question sur le niveau d'envie de fumer ou une échelle visuelle analogique (EVA) sont utiles au cours du suivi. Des questionnaires plus complets comme le French Tobacco Craving Questionnaire et sa version courte, le FTCQ-12 (12 items) sont validés en français mais trop longs pour être utilisés en pratique courante.

Les stades de préparation au changement et la motivation

Le stade de préparation du patient à arrêter de fumer est un élément clé du pronostic. Il peut être évaluée par exemple selon les étapes du schéma de Prochaska et de Di Clemente. Leur modèle transthéorique est une théorie de changement comportemental qui suppose que les fumeurs passent par une série d'étapes de motivation avant de pouvoir s'arrêter de fumer. D'après cette théorie, les programmes qui aident les gens à arrêter de fumer devraient être adaptés au niveau de motivation au changement où ils se trouvent. Ils sont conçus pour les faire progresser d'étape en étape vers la réussite¹⁶.

Ce modèle comprend 6 stades :

- **préintention** : le fumeur n'a pas conscience de ses problèmes et n'a pas envie de changer de comportement ; le sujet ne pense même pas à arrêter de fumer, cette consommation n'étant pas perçue comme un problème. Exemples : « Pour moi, fumer n'est pas plus dangereux que la pollution qui nous entoure » ou « Pas maintenant » ou « Vous savez, j'arrête quand je veux ».
- **intention** : le sujet commence à s'interroger sur son comportement et envisage de changer ; il commence à percevoir l'usage du tabac comme un problème. Il est ouvert à la discussion sur l'arrêt du tabac, même s'il est ambivalent. Il montre son intention d'arrêter.
- **préparation** : le sujet souhaite changer et commence à s'y préparer ; il montre clairement sa volonté d'arrêter de fumer, mais il s'inquiète souvent en anticipant les difficultés à venir. Il prend sa décision et élabore la méthode pour y parvenir. Exemple : « Cette fois, c'est décidé, je vais

¹⁶ HAS, Arrêt de la consommation du tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours, Recommandation de bonne pratique, 2014, p.94, https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arrêt-de-la-consommation-de-tabac-du-dépistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours).

arrêter de fumer ».

– **action** : la phase de changement de comportement ; le sujet entreprend son sevrage. Il met en œuvre sa décision. Exemple : “ça y est, je ne fume plus !”

– **maintien** : la phase délicate pendant laquelle le sujet s’installe dans l’abstinence tabagique, s’efforce d’éviter la rechute et recherche un autre équilibre sans tabac ; Le patient est heureux d’avoir réussi le sevrage. Il s’efforce de prévenir ou d’éviter une rechute et ainsi de consolider les progrès effectués pendant la phase d’action.

– L’évolution peut se faire vers la **résolution** : la phase où le tabac n’est plus un problème. Le risque de rechute est sinon nul, du moins très faible. Ce stade est celui de l’atteinte de l’objectif fixé, un changement de conduite chez la personne, qui reste à maintenir tout au long de la vie. L’évolution peut se faire vers la **reconsommation et la rechute**.

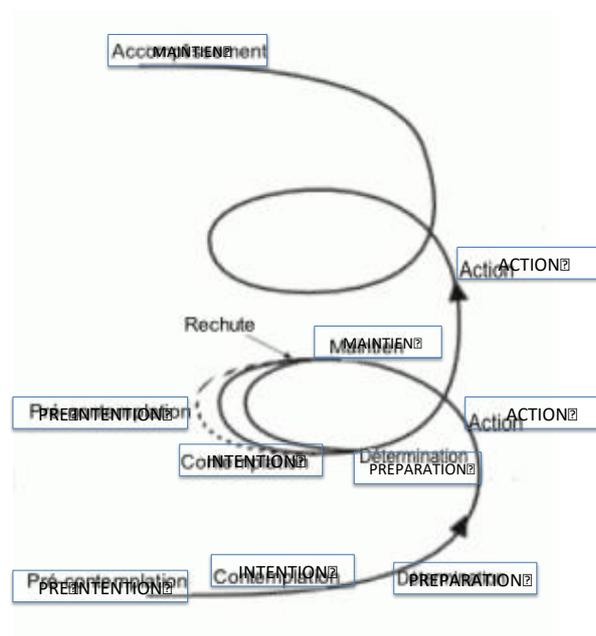


Figure 8 : schéma des stades du changement (selon Prochaska et DiClemente, 1992)

(Source : HAS, Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l’abstinence », Service des bonnes pratiques professionnelles / octobre 2014.)

La motivation est à évaluer en plusieurs temps et à maintenir tout au long de la prise en charge du patient. Le renforcement motivationnel est un objectif de tous les entretiens.

Le test d’autoévaluation de Lagrue peut aussi être utilisé pour apprécier les chances de réussite.

(Cf : test d’autoévaluation de Lagrue : http://test-addicto.fr/tests/tabac/motiv_tabac.html)

De simples échelles visuelles analogiques (EVA), faciles et rapides à réaliser peuvent déjà apporter des indications précieuses sur le niveau de motivation des patients et sur l'estimation de leurs chances de réussite.

L'une des raisons des échecs, outre la difficulté de l'arrêt du tabac, est souvent liée au fait qu'on ne tient pas suffisamment compte du stade de motivation et que l'on propose au patient des stratégies thérapeutiques inadaptées à son stade de changement. Or il existe maintenant des stratégies adaptées à chacun de ces niveaux.

Évaluation psychologique

* Les traits de personnalité

L'analyse de la personnalité du sujet apporte des renseignements intéressants au moment de l'élaboration du projet de sevrage. Le patient doit accepter l'idée d'une perte d'objet et faire le deuil de la cigarette. Supprimer cette dépendance peut perturber l'équilibre qui s'est installé depuis plusieurs années. Le patient devra réaménager ses défenses, et il est nécessaire d'apprécier les réactions possibles au sevrage : difficulté à supporter la frustration, les répercussions caractérielles ou comportementales, le risque de décompensation sur un mode dépressif... À l'inverse, il faut évaluer sa capacité à modifier son image, sa possibilité de mettre en place des objets et des comportements de substitution et finalement de trouver un autre équilibre. Il faut donc s'assurer de l'adaptabilité du patient et de ses possibilités de réaménagement psychologique pour faire face au changement.

* Recherche de la dépression et de l'anxiété

Cette recherche est essentielle. La *dépression* est plus fréquente chez les fumeurs que chez les non-fumeurs. De même, la proportion de fumeurs est plus élevée chez les sujets déprimés ou ayant des antécédents de dépression que chez les sujets non déprimés. Ils ont moins de chance d'arrêter de fumer. Si l'arrêt du tabac améliore habituellement les symptômes dépressifs, chez les personnes ayant des antécédents de dépression, l'arrêt du tabac peut faciliter une récurrence de celle-ci. S'il existe un trouble dépressif co-occurent, il doit être traité comme tel parallèlement à la dépendance au tabac. D'où l'importance de rechercher avant le sevrage une dépression ou des antécédents de dépression qui imposent une adaptation de la prise en charge. On peut éventuellement s'aider d'échelles de dépression (Hamilton, MADRS, etc.) ou d'échelles mixtes, anxiété et dépression (HAD), utiles notamment pour le suivi.

(Cf : Echelle d'auto-évaluation HAD : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_argumentaire_diagnostic.pdf)

De nombreuses études ont montré l'existence d'une relation entre l'*anxiété* et la consommation de tabac. Lorsqu'elles fument, les personnes ressentent souvent sur le moment une détente voire une stimulation. En revanche, les consommations chroniques de tabac favorisent l'anxiété. Dans ce cas, il s'agit d'un symptôme qui s'améliorera, comme les symptômes dépressifs, après l'arrêt du tabac. Mais il peut s'agir d'un trouble anxieux qui doit être pris en charge spécifiquement et en même temps que l'arrêt du tabac. Un lien a été suggéré, notamment avec l'agoraphobie, la phobie spécifique et la phobie sociale, le trouble panique, le trouble anxieux généralisé. L'importance de ce lien est variable selon les études et le type de trouble anxieux.

En cas de doute, demander un avis psychiatrique.

Évaluation des consommations associées

Cette évaluation sera complétée par la recherche de consommations associées, car le tabac est, avec l'alcool, l'un des produits consommés les plus fréquemment et les plus précocement à l'adolescence. Sa consommation s'associe ensuite très souvent à celle d'autres produits débutés un peu plus tard. L'association au cannabis est fréquente chez les jeunes, la consommation de tabac très fréquente chez les patients dépendants de l'alcool (70 à 80 %), et la dépendance au tabac est alors très forte. Mais il faut rechercher aussi un mésusage de médicaments ou d'autres substances illicites de façon à prendre en compte globalement les différentes conduites addictives.

L'existence d'une dépendance multiplie par 7 le risque d'avoir une autre dépendance, avec ou sans substance psycho-active.

Évaluation de l'environnement

La qualité de l'environnement du patient doit être évaluée : un entourage familial, social ou professionnel peu aidant, voir fumeur, peut compliquer le sevrage et le maintien de l'abstinence.

Évaluation de la qualité de vie

Elle permet d'apprécier l'état global du patient. Sa qualité de vie peut être amoindrie du fait de la dépendance au tabac. Une approche simple peut en être réalisée par une EVA. Il existe des outils plus complets mais, là aussi, long à utiliser en pratique.

Examen Clinique

Naturellement, les médecins réaliseront un examen clinique orienté vers les risques médicaux liés au tabac : la pathologie cardiovasculaire (accident vasculaire cérébral [AVC], artérite, maladie coronarienne), la pathologie pulmonaire (cancer, BPCO), ORL, etc). À noter que le diagnostic d'une maladie liée à la consommation de tabac ou la survenue d'une complication aiguë sont des occasions privilégiées de motivation à l'arrêt du tabac.

Cet examen clinique peut être riche de renseignements sur l'usage du tabac (l'inspection des doigts, des dents, etc.). Le poids doit impérativement être mesuré compte-tenu du risque de prise de poids à l'arrêt du tabac.

Un désir de grossesse ou une grossesse doit aussi être recherchée. Ce sont des circonstances privilégiées pour susciter une aide à l'arrêt du tabac. Elles imposent, en tout cas, une information sur les risques de l'usage du tabac au cours de la grossesse et sur les possibilités d'arrêt.

Marqueurs biologiques de l'usage du tabac

Beaucoup de marqueurs ont été testés mais peu sont utilisables en pratique courante. Un bon marqueur doit en effet être sensible et spécifique de la consommation de tabac, avoir une demie-vie assez longue pour ne pas trop fluctuer en fonction des horaires d'analyse, être facile à prélever, à doser et peu coûteux. Ces marqueurs jouent un rôle important dans le suivi thérapeutique des fumeurs.

La fumée de cigarette contient de nombreux constituants dont certains peuvent être des marqueurs de la consommation de tabac. Leur utilisation vise à apprécier de la façon la plus objective possible l'intoxication tabagique et l'évolution du changement de comportement au cours du traitement.

*** Monoxyde de carbone (CO)**

Marqueur non spécifique de l'usage du tabac, c'est le marqueur le plus communément utilisé. C'est un composé volatil issu de la combustion et contenu dans la fumée de tabac. Il est absorbé au niveau des voies aériennes distales. Il se fixe rapidement de manière irréversible et avec une forte affinité à l'hémoglobine pour former la carboxyhémoglobine. On dispose d'analyseurs d'haleine permettant de doser simplement et à faible coût le CO dans l'air expiré. Son taux dépend des paramètres de l'inhalation. Sa demie-vie est courte, de 2 à 5 heures. Ainsi, il rend compte d'une consommation de tabac récente, des quelques heures précédant la mesure. C'est une mesure non invasive particulièrement intéressante, utilisable en routine et qui permet, grâce à sa lecture immédiate, de discuter avec le patient de sa consommation de tabac. Les chiffres obtenus peuvent l'aider à en prendre conscience, à le sensibiliser à ce problème et à le motiver à arrêter. Au cours du sevrage, ils montrent la chute rapide des taux et pendant le suivi, ils confirment (ou non) au soignant le maintien de l'arrêt et permettent au patient de renforcer sa motivation.

Les valeurs seuils habituellement utilisées sont :

- fumeur : taux supérieur à 10 ppm. Pour certains auteurs, un seuil à 8 ppm diminue significativement le nombre de faux négatifs (les patients fumeurs non détectés). Le taux moyen chez les fumeurs se situe entre 20 et 30 ppm avec des écarts importants selon l'importance de la consommation de tabac ;

- non-fumeur : taux inférieur à 5 ppm ;

- entre les deux, il faut discuter avec le patient du contexte tabagique ou rechercher d'autres causes à l'élévation du CO.

Ce test peut être modifié par différentes situations : l'augmentation du taux de CO du fait d'appareils de chauffage ou de chauffe-eau défectueux, de gaz d'échappement, etc., ou, au contraire, la diminution du fait de pathologies pulmonaires (insuffisance respiratoire chronique, emphysème, etc.).

Les analyseurs de CO sont maintenant fiables et peu coûteux (quelques centaines d'euros) et devraient équiper toutes les consultations d'aide au sevrage tabagique.

* **Nicotine et cotinine**

Ce sont des marqueurs spécifiques de l'usage du tabac. Cependant, leurs dosages sont plus difficiles à réaliser techniquement, ils sont plus coûteux que ceux du CO et sont d'usage moins fréquent.

La *nicotine* est absorbée dans les alvéoles pulmonaires. Son taux sanguin s'élève lorsque la consommation de tabac augmente. La majeure partie est métabolisée par le foie (le rôle du cytochrome P450 2A6) en différents métabolites, telle la cotinine. La nicotine et la cotinine se retrouvent dans le plasma, les urines, le lait maternel, la salive, les cheveux et la sueur.

La demie-vie brève de la nicotine (1/2 heure à 2 heures) en limite l'intérêt en pratique, le taux mesuré dépendant beaucoup du moment du prélèvement.

La cotinine est plus intéressante. Son élimination est surtout rénale et salivaire. Sa demie-vie d'élimination est de l'ordre de 15 à 20 heures, mais elle est sujette à d'importantes variations interindividuelles (jusqu'à 40 heures). Le taux plasmatique de cotinine s'établit relativement en plateau l'après-midi mais peut varier de 30 p. 100 sur la journée. Il s'agit d'un bon marqueur des trois ou quatre jours précédents. Au cours du suivi, il faut tenir compte de l'éventuelle substitution nicotinique chez les patients traités. Elle peut être dosée dans le sang, l'urine ou la salive.

La cotinine plasmatique est considérée comme le meilleur marqueur de l'intoxication tabagique. Son taux est significativement corrélé avec la quantité totale de nicotine absorbée. La cotinine salivaire est aussi un bon reflet des apports nicotiques.

Le dosage de la cotinine urinaire est plus utilisé du fait de la facilité de son recueil et de variations plus faibles de son taux sur le nycthémère.

La cotinine a une sensibilité de 96-97% et une spécificité de 99% voire 100% pour distinguer les fumeurs et les non-fumeurs. Dans le sang ou la salive, le taux de cotinine est de l'ordre de 300 ng/ml chez le fumeur.

Dans les urines, son taux chez le non-fumeur est très faible, inférieur à 5 ou 10 ng/ml ; chez le fumeur, il peut s'élever jusqu'à plusieurs milliers de ng/ml. C'est un bon moyen d'évaluer le tabagisme passif à condition d'utiliser une méthode suffisamment sensible. Le seuil de discrimination entre les fumeurs actifs et les fumeurs passifs varie selon les études entre 20 et 100 ng/ml, la valeur habituellement proposée étant de 50 ng/ml. Ces valeurs sont faibles, proches des limites de détection.

La méthode de référence pour le dosage de cotinine reste la chromatographie liquide haute performance. Elle reste cependant une méthode complexe et coûteuse. Les méthodes de radio-immunologie et d'immuno-enzymologie, un peu moins performantes, sont plus faciles à mettre en œuvre en routine.

Considérations métaboliques – Interactions avec d'autres substances

La nicotine est métabolisée principalement dans le foie par des cytochromes comme le cytochrome P450 2A6 (CYP 2A6). Elle est transformée en cotinine et oxyde de nicotine qui sont ensuite elles-mêmes métabolisées et éliminées. La demie-vie d'élimination de la nicotine (environ 2 h en moyenne) est sujette à une grande variabilité interindividuelle qui peut s'expliquer par des polymorphismes génétiques qui codent pour des cytochromes qui métabolisent plus ou moins vite la nicotine et influeraient sur les chances de succès à l'arrêt du tabac. Les métaboliseurs rapides consomment plus de cigarettes par jour, peuvent nécessiter des doses plus élevées de substituts nicotiques et auraient une probabilité plus faible de devenir abstinents (peut-être parce que plus souvent sous-dosés en substituts nicotiques).

Par ailleurs, l'absorption chronique de nicotine induit une adaptation métabolique qui se traduit par une dégradation plus rapide de celle-ci et qui participe à l'augmentation de la tolérance à cette molécule (avec la tolérance liée aux adaptations neuronales).

Cette induction métabolique touche aussi d'autres substances qui utilisent les mêmes voies métaboliques : les médicaments, la caféine... Leur taux peut donc augmenter au moment de l'arrêt du tabac du fait de la disparition de cette induction enzymatique. Ce phénomène nécessite de faire l'inventaire de tous les médicaments consommés et de proposer si besoin des adaptations thérapeutiques et une réduction de la consommation d'alcool et de café.

4.1.4. Traiter

Le traitement a pour objectifs :

- De soulager les signes de sevrage pendant les premiers jours d'arrêt.
- D'aider le patient à maintenir une abstinence durable.

La réduction de consommation est moins pertinente à terme que pour d'autres substances car la fumée du tabac produit des dommages, même pour de faibles consommations (quelques cigarettes par jour). De plus, comme nous l'avons vu, les personnes modifient leur façon de fumer pour maintenir leur taux de nicotine dans le sang et surtout le cerveau. Cependant, chez les patients qui ne peuvent pas, ou ne souhaitent pas arrêter, une réduction de consommation peut être un objectif accepté transitoirement, notamment comme étape intermédiaire avant l'arrêt. Elle permet aux patients de se rendre compte qu'ils peuvent modifier celle-ci ce qui est motivant. C'est le rôle de l'accompagnement par un soignant que de l'aider à évoluer vers un objectif d'arrêt.

4.1.5. Principes généraux

D'une façon générale, il convient d'adapter l'intensité du traitement à chaque personne et à chaque situation.

Bien que cette notion ne soit pas bien formalisée dans le domaine de l'addictologie, on note toutefois que les interventions brèves s'adressent à des sujets ayant une forme peu sévère de mésusage. A l'inverse, les patients présentant un trouble sévère justifient des interventions de haute intensité associant traitements pharmacologiques et non pharmacologiques.

Il faut noter également que toutes les interventions thérapeutiques n'ont pas le même niveau de preuve d'efficacité, et probablement pas le même niveau d'efficacité.

Certains principes s'appliquent à tous les types d'interventions thérapeutiques, quelle que soit la sévérité du mésusage ou du trouble et où qu'en soit le patient dans son parcours thérapeutique : l'alliance thérapeutique, le soutien de l'entourage et le renforcement motivationnel.

Favoriser une alliance thérapeutique

Il s'agit d'établir une relation de confiance avec le patient, fondée sur une écoute empathique, sur la manifestation du désir d'aider à résoudre les problèmes tels qu'exprimés par la personne et avec une approche dénuée de jugement. Ce type d'approche doit amener le thérapeute et le patient à s'entendre sur la définition du problème à résoudre et sur les objectifs thérapeutiques à poursuivre. Bien entendu, la définition du problème, comme les objectifs thérapeutiques, peuvent évoluer dans le temps.

La relation d'aide selon Carl Rogers est « une relation permissive, structurée de manière précise, qui permet au patient d'acquérir une compréhension de lui-même à un degré qui le rend capable de progresser à la lumière de sa nouvelle orientation. »

Cette relation d'aide peut s'articuler autour des valeurs suivantes : empathie, écoute active, congruence et non-jugement¹⁷

Favoriser le soutien de l'entourage

L'entourage peut contribuer aux progrès du patient. Il est souvent utile de faire participer l'entourage proche à la prise en charge, en lui apportant des informations sur la consommation de tabac et ses conséquences, et en l'associant, avec l'accord du patient, à la discussion sur les objectifs et les stratégies thérapeutiques. Par extension, la même recommandation s'applique à toute personne en lien avec le patient.

Le renforcement motivationnel

Il est le fil rouge de tout traitement des conduites addictives, à maintenir tout au long du traitement.

L'entretien motivationnel (EM) a pour objectif d'amener une personne à mettre en oeuvre ou à maintenir un changement de comportement. Pour atteindre cet objectif, le thérapeute adopte des objectifs intermédiaires qui dépendent du stade de motivation où se situe le patient.

¹⁷ Cf. Rogers C., La relation d'aide et la psychothérapie, Paris, Ed. ESF, 1996

L'entretien motivationnel est un style d'entretien issu des psychothérapies humanistes, adapté à la prise en charge des conduites addictives. **C'est un style d'entretien semi-directif centré sur le patient et collaboratif permettant :**

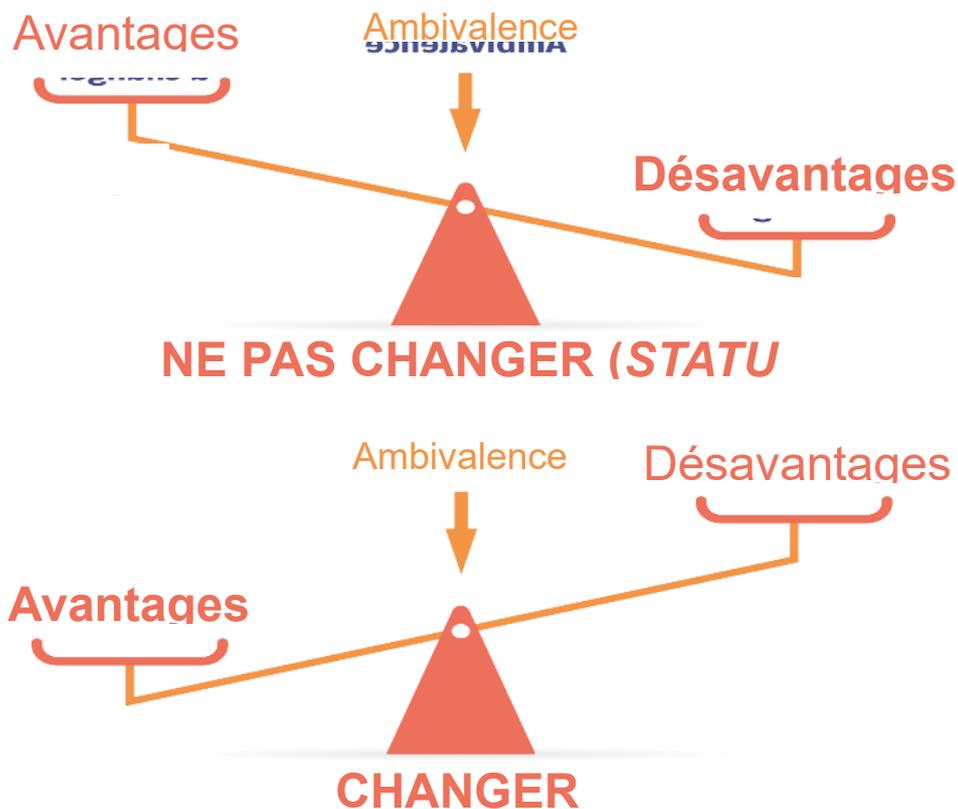
- **d'explorer et d'aider à résoudre l'ambivalence** d'un patient (les tendances opposées qui bloquent les perspectives de changement),
- de **renforcer la motivation intrinsèque**,
- et de **soutenir l'engagement vers le changement**.

Avant d'être une **technique**, c'est un *état d'esprit*, une **approche centrée sur le patient visant à l'amener à un changement de comportement**.

L'ambivalence est la position d'une personne qui veut à la fois changer et ne pas changer. **C'est un aspect normal de la nature humaine devant tout changement**. Elle empêche de faire des choix difficiles et de façon impulsive. C'est une étape naturelle du processus de changement qu'il faut résoudre. **L'Entretien Motivationnel a pour objectif** d'aider le patient à explorer les raisons de cette ambivalence et à réfléchir aux arguments en faveur du changement, mais aussi contre celui-ci et de l'aider à évoluer, peu à peu, vers le changement. La balance décisionnelle est un outil performant pour ce faire.

La balance décisionnelle est un outil qui explore et permet de travailler sur la résolution de l'ambivalence. Elle est particulièrement intéressante à utiliser dans les stades de changement tels que l'intention ou la préparation. A l'inverse, l'utiliser quand le patient est en pré-intention peut induire un discours-patient de non changement car à ce stade, celui-ci ne voit que des arguments pour ne pas changer.

Figure 9 : balance décisionnelle



(Pour aller plus loin : Carla De Sousa, Lucia Romo, Angélique Excoffier, Jean-Pierre Guichard “Lien entre motivation et insight dans la prise en charge des addictions”, De Boeck Supérieur | « Psychotropes » 2011/3 Vol. 17 | pages 145 à 161 ISSN 1245-2092 ISBN 9782804165260)

La résistance de la personne au changement constitue un symptôme central en raison de sa prévalence élevée dans les phases précoces de la prise en charge thérapeutique de la dépendance au tabac. Ce phénomène cliniquement très significatif a cependant été relativement peu étudié. Elle n’est pas une caractéristique intrinsèque à la personne. Elle est le produit d’interactions successives entre celui-ci et son environnement (famille, collègues...) et/ou les soignants.

L’entretien motivationnel a un style empathique, fondé sur une écoute non-jugeante, **caractérisé par une acceptation inconditionnelle de la situation** à la fois du point de vue du patient et de son propre point de vue. Cette posture d’acceptation et de bienveillance fait de la gestion de la résistance, un des fondements de l’entretien motivationnel. Repérer la résistance et “rouler sur celle-ci” est un élément clé du résultat.

Avant que n’apparaisse l’entretien motivationnel dans le champ du traitement des addictions, le professionnel de santé adoptait souvent un autre point de vue que le patient. Pour le soignant, les répercussions de la consommation de tabac sur la santé sont au premier plan. Il adopte dès lors l’attitude décrite comme le réflexe correcteur : tout doit être entrepris afin que le patient ait le comportement le plus favorable à sa santé. La rencontre entre l’ambivalence du patient et le réflexe correcteur du soignant a été décrite comme la source -ou le renforcement- de la résistance du patient au changement de comportement. Il faut prendre également en considération que lorsqu’un soignant rencontre un patient dépendant du tabac, il est face à une personne qui a souvent déjà subi des pressions de la part de son entourage visant à le faire changer de comportement. Il a donc déjà

développé une certaine résistance au changement lorsqu'il rencontre un soignant qui souhaite l'aider à adopter un comportement plus favorable à sa santé.

Parce que l'ambivalence et la résistance constituent des éléments cardinaux de la présentation clinique d'un patient dépendant du tabac, le soignant doit les reconnaître et ajuster son intervention à leur intensité. Pour cela, des questions permettant de mesurer la résistance au changement peuvent être utilisées ; par exemple :

« *Sur une échelle de 0 à 10, à quel point est-il important pour vous de modifier votre consommation de tabac ?* »,

ou encore « *A quel point vous sentez-vous capable de modifier votre consommation ?* » ou encore « *A quel point vous sentez-vous prêt à modifier votre consommation de tabac ?* ».

Pour envisager un changement de comportement, le patient doit se sentir en confiance, libre face à ce changement et ne pas subir de pressions. L'entretien motivationnel propose une approche centrée sur le patient : empathique, valorisant son autonomie et respectueuse de son rythme face au changement.

Il est important d'entrer en matière en demandant la permission au patient de discuter de sa consommation de tabac : « *Seriez-vous d'accord pour parler de votre consommation de tabac ?* » est une manière de valoriser son autonomie, sa liberté de décider et sa place dans les soins. De plus, lorsque la personne a donné son accord, elle est davantage sujette à discuter franchement de cette question. Ceci est valable pour toutes les conduites addictives.

Le professionnel de santé s'ajuste au niveau de motivation du patient, il accepte l'idée que le changement est un processus qui n'est pas continu et peut fluctuer relativement rapidement.

Lorsque le soignant est en face d'un patient très résistant, il évoque l'ensemble des désavantages que représentent la consommation de tabac et le maintien de ce comportement de manière à renforcer la relation de confiance. Lorsque tous ces éléments ont été évoqués, le professionnel de santé peut explorer avec le patient d'éventuels effets moins positifs de la consommation de tabac.

Au cours du processus thérapeutique, lorsque la résistance baisse et que le patient évolue dans le sens de la préparation au changement, il évoque progressivement plus d'éléments en faveur du changement (davantage de discours pour le changement et moins d'arguments en faveur du *statu quo*). Le soignant reconnaît que le changement devient possible lorsque le patient évoque d'abord l'importance du changement puis sa capacité de changer avant de pouvoir planifier ce changement.

Lorsque la capacité et la confiance au changement augmente, le patient s'approche d'un changement de comportement. L'exploration d'un changement hypothétique permet d'explorer le changement avec des patients qui ne sont pas prêts à changer.

L'entretien motivationnel peut permettre :

Une **diminution** :

- De la **résistance** à la décision de changer
- Des **interruptions de traitement**
- De la **consommation** pendant le traitement

Une **meilleure observance** :

- Adhésion thérapeutique,
- Assiduité aux consultations.

Il augmente la probabilité d'arrêt du tabac. Les séances longues (plus de 20 minutes) sont plus efficaces que des séances plus courtes.

Bien que les preuves d'efficacité à long terme de l'entretien motivationnel manquent actuellement, ce type d'intervention permet de mieux préparer les patients à des traitements plus intensifs.

4.1.6. En pratique

Trois clés du changement

- Il faut que ce soit **important** pour le patient
- Il faut qu'il ait **confiance** dans sa capacité
- Il faut que cela soit le bon **moment**

Différentes stratégies peuvent être mises en place, notamment :

- **Demander l'autorisation** d'aborder la consommation de tabac.
- Adopter un état d'esprit **empathique** et créer un **climat de confiance**.
- **Explorer l'ambivalence** pour et contre le changement.
- Renforcer le **sentiment d'efficacité personnelle et le sentiment de liberté de choix du patient**.
- **Susciter et augmenter la motivation intrinsèque**.
- **Susciter le discours changement**.
- **Faire émerger les dissonances**, entre le comportement actuel du patient et ses valeurs
- **Diminuer les résistances** au changement.
- **Laisser mûrir le choix** en cas de résistance.
- **Valoriser l'autonomie** et soutenir le patient.
- **Utiliser les techniques « OuVER »** : poser des questions ouvertes, valoriser, pratiquer l'écoute réflexive et résumer.
- **Utiliser des formulations liées à la santé** (bon/mauvais pour la santé, bénéfique/risque) et pas des termes comme « bien » ou « mal » qui sont des jugements moraux.
- Il est recommandé de rappeler que l'arrêt du tabac n'est pas qu'une question de volonté mais qu'il s'agit d'une addiction qui peut nécessiter un accompagnement thérapeutique par un professionnel.

Cinq pièges à éviter

- Enchaîner les **questions-réponses fermées** qui empêchent le patient de parler.
- Être dans la **confrontation** ou user d'autres attitudes qui renforcent la résistance si elles précèdent la demande du patient (*i.e.* : démontrer, prouver, éduquer, impressionner, persuader).
- Adopter une **posture sympathique, indifférente, ou trop « expert » / directif**.
- Être dans le **jugement**.
- **Focaliser d'emblée sur le problème**.

Cinq réflexes à adopter

- **Manifester de l'empathie**.
- **Utiliser les techniques « OuVER »** : poser des questions ouvertes, valoriser, pratiquer l'écoute réflexive et résumer.
- **Explorer l'ambivalence** pour et contre le changement.
- **Faire émerger les dissonances**, entre le comportement actuel du patient et ses valeurs

- Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle.

Approche confrontant le déni	Approche motivationnelle
L'acceptation par le patient de sa dépendance au tabac est nécessaire au changement.	Eviter l'étiquetage : l'acceptation du diagnostic de dépendance tabagique n'est pas nécessaire au changement.
L'accent est mis sur la part de contrôle du fumeur. Le choix personnel quant à la consommation est exclu.	L'accent est mis sur le choix personnel du fumeur quant à sa consommation de tabac et ses conséquences.
Le professionnel de santé donne les preuves des effets néfastes du tabac afin d'en convaincre le patient ainsi que de la nécessité de changer.	Le professionnel de santé fait une évaluation objective, mais se focalise sur les préoccupations et les souhaits du patient.
La résistance est perçue comme une caractéristique du patient qu'il faut affronter.	La résistance est considérée comme le produit d'une interaction influencée par le comportement du professionnel de santé : son apparition signale au soignant qu'il doit modifier sa stratégie.

Tableau 3 : Comparatif entre une approche confrontant le déni et une approche motivationnelle.

Individualiser la prise en soin du patient en sevrage tabagique est indispensable. C'est l'adapter aux besoins du patient, à son degré de motivation et à ses souhaits.

Stade de motivation	Attitudes recommandées du professionnel de santé
Pré-intention	<ul style="list-style-type: none"> -Faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie, comprendre, sans juger les représentations qu'a le patient de sa consommation de tabac (est-ce pour lui un problème ou non ? Quels avantages en retire-t-il ?) -Identifier les circonstances et le contexte qui favorisent la consommation de tabac (quel type de fumeur est-il ?) -Proposer une évaluation de son niveau de dépendance -S'informer avec tact sur la connaissance du patient des effets du tabac et des aides disponibles pour le sevrage (médicamenteuses et non médicamenteuses) -Aider le patient à entrevoir les avantages qu'il pourrait obtenir en arrêtant de fumer -Lui apporter de l'information -Conseiller l'arrêt

Intention	<ul style="list-style-type: none"> -Faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie -Aider le patient à identifier les avantages qu'il retire de sa consommation de tabac -Aider le patient à identifier et exprimer ses inquiétudes et ses freins à l'idée d'arrêter le tabac -Aider le patient à s'acheminer vers la décision du changement en l'amenant à exprimer les avantages qu'il pourrait tirer de l'arrêt du tabac -Évaluer le sentiment d'efficacité personnelle du patient -Aider le patient à améliorer son sentiment de confiance en lui -Explorer l'intérêt pour ce patient d'une réduction de la consommation dans un premier temps -Explorer la position et le soutien de l'entourage (social, familial, professionnel, etc.)
Action	<ul style="list-style-type: none"> -Faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie. -Construire avec le patient un plan de changement en définissant des objectifs concrets, les meilleures stratégies pour arrêter de fumer. -Explorer le soutien de l'entourage (social, familial, professionnel, etc.) -Proposer au patient de fixer précisément la date de son choix pour la mise en œuvre -L'éducation thérapeutique permettra au patient d'acquérir les compétences qui l'aideront à mener à bien sa démarche
Maintien	<ul style="list-style-type: none"> -Faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie -Conforter le patient en rappelant et en valorisant les efforts réalisés -Encourager le patient à renforcer son engagement et l'aider à ne pas rechuter -Comprendre les nouvelles difficultés et élaborer avec le patient des solutions aux problèmes qu'il peut rencontrer -Chaque progrès, même minime, doit être considéré comme un succès, le patient doit en être félicité
Résolution	Ce stade est celui de l'atteinte de l'objectif fixé, un changement de conduite chez la personne, qui reste à maintenir tout au long de la vie

Tableau 4 : Individualiser la prise en soin : les attitudes médicales recommandées selon le degré de motivation du patient (adapté de Girardot et al 2012).

4.2. Les médicaments

Il n'est pas recommandé de proposer au patient de remplacer un type de tabac par un autre. Le

tabagisme passif est nocif. Il est recommandé d'informer toutes les personnes sur les risques du tabagisme passif.

4.2.1. Les substituts nicotiniques

Les recommandations internationales préconisent l'utilisation des Traitements de Substitution Nicotinique (TSN) en première intention, dans le cadre d'un accompagnement par un professionnel de santé.

Ils sont le traitement de référence. Ils ont fait l'objet de nombreuses études et offrent le meilleur rapport bénéfice/risque.

Ils sont une aide importante à l'arrêt du tabac. De nombreuses études cliniques contrôlées ont démontré leur efficacité et leur bonne tolérance. Ils augmentent les chances de succès (odds ratio compris entre 1,5 et 2 selon les études, c'est-à-dire que les chances de succès sont multipliées par 1,5 à 2 à 12 mois).

Les substituts nicotiniques existent sous différentes formes galéniques :

- **Les systèmes transdermiques** (patchs) : Ils délivrent la nicotine à travers la peau, de façon lente et régulière sur 24 h ou 16h. Il existe différentes tailles qui délivrent des quantités plus ou moins importante de nicotine. Ils constituent le traitement de fond de l'arrêt du tabac.

Les autres formes peuvent être réparties régulièrement dans la journée ou, plus souvent, utilisées à la demande lorsque des envies de fumer apparaissent.

- **Les gommes à mâcher** : la nicotine est absorbée lentement par les vaisseaux sanguins de la langue. Les gommes ne doivent donc pas être mâchées comme un chewing gum habituel, la nicotine étant alors avalée et non absorbée dans l'estomac (pH acide). Mâcher très lentement : après une première mastication, garder la gomme contre la joue pendant 10 minutes pour la ramollir. Mâcher ensuite chaque minute (environ 20 fois en 20 minutes). Au bout de 30 minutes de mastication, la gomme n'est plus efficace. Il existe différents dosages et divers arômes. Prendre une gomme dès que l'envie de fumer apparaît, sans dépasser 30 gommes par jour (dosage à 2 mg) ou 15 par jour (dosage à 4 mg). La posologie habituelle est de 8 à 12 par jour.
- **Les comprimés à sucer** : ils se dissolvent dans la cavité buccale en 20 à 30 minutes, tout en libérant progressivement de la nicotine, absorbée par la muqueuse buccale avant d'atteindre la circulation sanguine. Prendre un comprimé dès que l'envie de fumer apparaît, sans dépasser 11 à 24 par jour selon le dosage. La posologie habituelle est de 8 à 12 par jour.
- **Les comprimés sublinguaux** : la nicotine est également absorbée par la muqueuse buccale. Il sont à placer sous la langue et à laisser fondre pendant 20 minutes. Prendre un comprimé dès que l'envie de fumer apparaît, sans dépasser 30 par jour. La posologie habituelle est de 8 à 12 par jour.
- **Les pastilles** : sucer une pastille chaque fois que l'envie de fumer apparaît. Le nombre de pastilles à sucer est généralement de 8 à 12 par jour et ne doit pas dépasser 30 par jour (dosage à 1,5 mg) ou 15 par jour (dosage à 2,5 mg). Il existe plusieurs arômes.
- **Les inhalateurs** : ils se présentent sous la forme d'un embout en plastique blanc qui s'ouvre en deux pour recevoir une cartouche transparente, interchangeable, contenant un tampon

imprégné de nicotine. Aspirer par l'embout l'air chargé de microgouttelettes de nicotine qui sont diffusées à travers la muqueuse buccale avant d'atteindre la circulation sanguine (absorption plus lente que par voie pulmonaire). Ils essaient de reproduire les aspects gestuels et comportementaux de la cigarette. Ils sont utiles chez les patients attachés au geste de la cigarette. Utiliser l'inhaleur quand l'envie de fumer se fait sentir. Le nombre de cartouches à utiliser est généralement de 6 à 12 par jour au début, sans dépasser 12 cartouches par jour.

- **Les sprays buccaux** : pulvérisés directement sur l'intérieur de la joue, ils permettent de soulager rapidement (dès 30 secondes) les envies de fumer, grâce à une absorption rapide de la nicotine à travers la muqueuse buccale. Chaque dose délivre environ 1 mg de nicotine. Ne pas inhaler lors de la pulvérisation. Éviter de déglutir pendant les quelques secondes qui suivent la pulvérisation. Utiliser 1 à 2 pulvérisations toutes les 30 minutes à 1h au début, puis diminuer les doses. L'absorption rapide de la nicotine par ces sprays semble pouvoir induire davantage de dépendances que les gommes ou les comprimés.

Forme galénique	Posologies moyennes	Age minimal (ans)
Dispositif transdermique (patch) 7, 14 et 21 mg/24h 10, 15 et 25 mg/16h	1 à 2 patchs par jour	15
Gommes à mâcher 2 mg 4 mg	Réparties dans la journée ou à la demande 8 à 12 / jour 30 / jour maxi 15 / jour maxi	15 ou 18
Comprimés à sucer 1 mg 1,5 mg 2 mg 4 mg	Répartis dans la journée ou à la demande 8 à 12 / jour 24 / jour maxi 15 / jour maxi 15 / jour maxi 11 / jour maxi	18
Comprimés sublinguaux 2 mg	Répartis dans la journée ou à la demande 8 à 12 / jour 30 / jour maxi	12
Pastilles 1,5 mg 2,5 mg	Réparties dans la journée ou à la demande 8 à 12 / jour 30 / jour maxi 15 / jour maxi	15
Inhaleurs Cartouches de 10 mg	Réparties dans la journée ou à la demande 6 à 12 / jour 12 / jour maxi	15
Sprays Pulvérisations buccales 1 mg/dose (environ 150 pulvérisations)	Réparties dans la journée ou à la demande 1 à 2 pulvérisations / jour toutes les 30' à 1 h pendant quelques jours Puis adaptation des doses selon craving	18

Tableau 5 : Les différentes formes galéniques des substituts nicotiques

(Source : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/441422/document/liste-substituts-nicotiques_assurance-maladie_septembre_2020.pdf)

Le principe : ces médicaments, dits de substitution, apportent de la nicotine qui va se fixer sur ses récepteurs, bloquant l'envie de fumer et, si le patient fume, elle diminue les effets de la cigarette parce que la nicotine de la fumée ne peut pas se fixer sur ses récepteurs. Leur forme galénique à libération lente (plus ou moins selon les formes) n'induit pas l'effet flash lié à l'arrivée très rapide (quelques secondes) de la nicotine dans le cerveau qui est la caractéristique du tabac fumé et qui

est un facteur essentiel des effets ressentis et du développement de la dépendance.

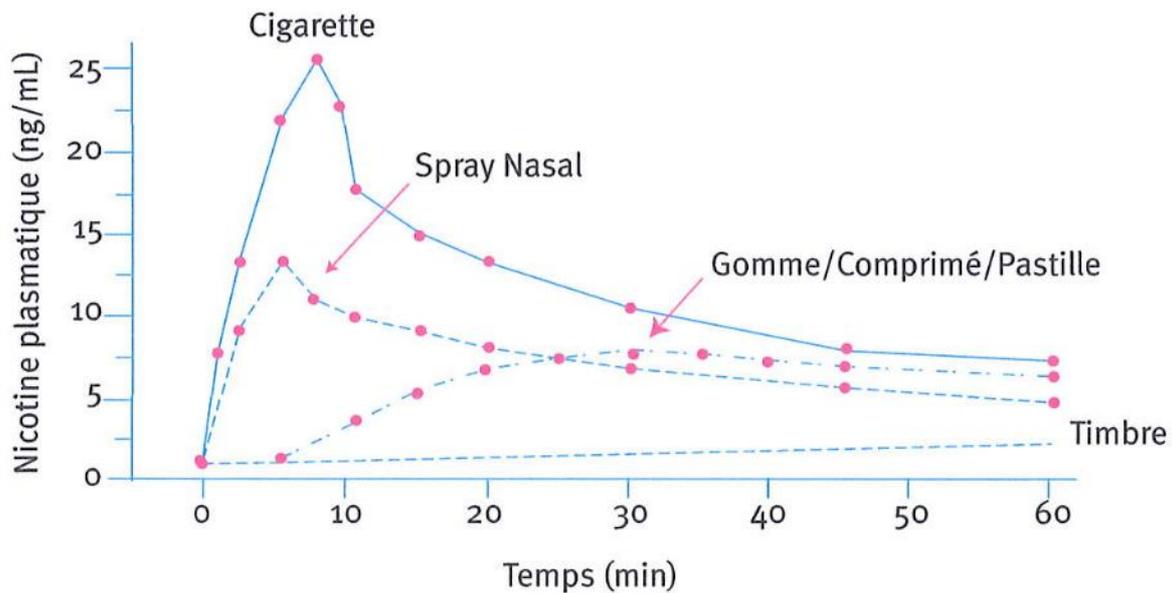


Figure 10 : Evolution du taux de nicotine selon différentes modalités d'apport (in : Y Martinet et coll, le traitement de la dépendance au tabac. Guide pratique. Masson, 2007)

Comment prescrire ?

Sur une ordonnance comprenant les mentions réglementaires obligatoires.

Depuis 2015, les prescriptions se font en dénomination commune internationale (DCI) et non en nom de spécialité, ce qui est plus simple pour les TSN.

Quel dosage prescrire pour commencer ?

On utilise souvent l'équivalence suivante pour savoir à quel dosage débiter le traitement : soit 1 cigarette = 1 mg de nicotine environ.

Donc, par exemple, un patient fumant 20 cigarettes par jour recevra un patch de 21 mg/j pour commencer.

Cette équivalence est indicative. Chez les gros fumeurs, très dépendants, il faut souvent donner des doses plus fortes.

Il a été démontré que l'association de plusieurs formes galéniques de nicotine est plus efficace. On associe donc souvent des formes orales : par exemple des gommes à mâcher ou des comprimés à la demande ou encore un inhalateur pour compléter l'action des patchs, notamment lorsque le patient a envie de fumer dans certaines situations. Par exemple :

- le matin, le besoin de fumer est souvent fort et il convient de remonter rapidement le taux de nicotine
- après le repas, la cigarette est souvent associée au tabac
- à l'occasion d'un stress...

Il est donc fréquent, chez les patients gros fumeurs, très dépendants, de proposer par exemple 2 patchs et des formes orales à la demande, voire des inhalateurs qui ont l'avantage d'agir aussi sur la composante gestuelle et comportementale de la dépendance au tabac (à noter que les inhalateurs, ne sont pas remboursés par l'assurance maladie).

(Source : Nicola Lindson 1, Samantha C Chepkin, Weiyu Ye et al. Different doses, durations and modes of delivery of nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2019 Apr 18;4(4):CD013308.)

Choix des formes galéniques :

Dans les études contrôlées, les formes galéniques ont une efficacité similaire à posologie égale. Il n'y a donc pas d'argument pharmacologique pour orienter le choix qui repose sur l'analyse de la façon de fumer du patient et les composantes sur lesquelles il est prévu d'agir, sur le choix du patient et ses préférences, sur le risque ou l'apparition d'effets indésirables ...

Savoir reconnaître le bon dosage

L'objectif de ce type de traitement est de **supprimer le craving**, c'est-à-dire l'envie irrésistible de fumer, ou du moins de la rendre tout à fait gérable. **Il faut donc donner des doses suffisamment élevées pour obtenir cette suppression du craving qui est un marqueur simple et facile à évaluer du résultat.** Beaucoup de patients continuent à fumer parce qu'ils sont sous-dosés : ils ont encore envie de fumer et peuvent présenter, au moins au début, des signes de sevrage désagréables qui les poussent à reprendre le tabac :

- Envie impérieuse de tabac (*craving*) ;
- Malaise / état de faiblesse ; anxiété ; humeur dysphorique / dépressive ; irritabilité, frustration, colère, agitation ; fièvre ; insomnie ; augmentation de l'appétit ; difficultés de concentration...

Durée du traitement : ces médicaments ne sont pleinement efficaces que s'ils sont prescrits suffisamment longtemps : le principe est que le patient ne fume plus, n'en ait plus envie et, peu à peu, tourne la page de son addiction, ce qui est toujours long, souvent plusieurs mois, parfois plusieurs années. Un arrêt trop précoce est un facteur de rechute. Lorsque le patient se sent prêt, il faut diminuer progressivement les substituts nicotiques sur plusieurs semaines, parfois plusieurs mois, pour éviter un effet rebond, non pas pour des raisons pharmacologiques, mais pour des raisons addictologiques c'est-à-dire de risque de rechute. La dépendance au tabac est une pathologie chronique qui dure en général depuis des années, le traitement est donc lui aussi long.

Les principes, les modes d'utilisations et les effets indésirables éventuels doivent être bien expliqués au patient.

Des **effets indésirables** peuvent être observés.

Avec les patches, dans 5 à 10 % des cas, il peut exister des signes locaux à type de dermatite d'irritation avec prurit, d'eczéma de contact, qui peuvent nécessiter un traitement. Ils ne nécessitent que rarement l'arrêt des patches.

Les gommes, si elles sont mâchées trop vite et les comprimés s'ils se délitent trop rapidement peuvent exposer à des symptômes locaux : irritations voire brûlures de la bouche ou pharyngées ou d'estomac, nausées, hoquet.

Il est bien admis que les TSN ne sont jamais plus dangereux que le fait de fumer et qu'il convient donc d'aider les patients à arrêter quelle que soit leur condition.

A noter que les TSN sont bien tolérés chez les patients présentant des pathologies cardio-vasculaires coronariennes et neurologiques à type d'accidents vasculaires. Là aussi, la règle est qu'ils sont beaucoup moins dangereux que le fait de continuer à fumer.

Ils doivent aussi être proposés avant les interventions chirurgicales, plusieurs études ayant montré que l'arrêt du tabac diminue le risque post-opératoire, améliore la cicatrisation...

Chez l'adolescent, les TSN peuvent être utilisés dès 12, 15 ou 18 ans selon les formes galéniques en cas de dépendance à la nicotine (cf tableau 5).

Savoir reconnaître les manifestations de surdosage. Aux posologies usuelles, elles sont rares, d'autant que les gros fumeurs ont développé une tolérance importante à la nicotine. Les symptômes sont ceux d'un surdosage cholinergique : la bouche pâteuse, la diarrhée, les nausées, les palpitations, l'insomnie...

L'association de plusieurs formes de TSN est plus efficace qu'une seule forme.

Un accompagnement psycho-social associé aux TSN améliore aussi le taux d'abstinence.

(Source: Hartmann-Boyce J, Hong B, Livingstone-Banks J, et al. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 Jun 5;6(6):CD009670.)

Chez les femmes enceintes, l'objectif est le sevrage rapide du tabac. Les méthodes non médicamenteuses doivent être proposées en 1^{ère} intention. Les TSN sont moins nocifs que le tabac fumé et ne sont pas contre-indiqués. Ils sont prescrits rapidement en cas d'échec de l'accompagnement psycho-social seul, ou d'emblée en cas de dépendance forte. Souvent elles réduisent spontanément leur consommation. Une prescription de TSN peut être proposée pour les accompagner jusqu'à l'arrêt.

La situation est la même en cas d'allaitement.

Remboursement

Les substituts nicotiques peuvent être achetés sans prescription médicale. Ils ne sont alors pas remboursés.

L'Assurance Maladie rembourse, sur prescription, les traitements par substituts nicotiques.

La loi du 26 janvier 2016 autorise à prescrire les substituts nicotiques :

- Les médecins, y compris les médecins du travail
- Les sages-femmes
- Les chirurgiens-dentistes
- Les infirmiers
- Les masseurs kinésithérapeutes

Les sages-femmes peuvent aussi prescrire des substituts nicotiques à « toutes les personnes qui vivent régulièrement dans l'entourage de la femme enceinte ou de l'enfant jusqu'au terme de la période postnatale ou assurent la garde de ce dernier ».

La prise en charge des traitements de substitution nicotique a évolué pour passer à une prise en charge de droit commun sans plafonnement annuel de remboursement.

Ainsi, depuis le 1er janvier 2019, **ces traitements sont remboursés sur prescription à 65 % par l'Assurance Maladie obligatoire. Cependant les inhalateurs et certains conditionnements des gommes à mâcher ne sont pas remboursés** (cf liste des substituts nicotiques pris en charge par l'assurance maladie). En cas de doute concernant les gommes à mâcher, le plus simple est de prescrire non pas un conditionnement, mais une durée.

Les officines peuvent désormais pratiquer la dispense d'avance de frais pour ces produits. Leur prix est le même sur tout le territoire. Enfin, il n'est plus nécessaire que ces traitements figurent sur une ordonnance dédiée comme auparavant.

Le recours à ces traitements est en forte augmentation depuis l'évolution de ces modalités de remboursement.

Renseignements sur le site de l'assurance maladie :

<https://www.ameli.fr> › [prescription-prise-charge](#) › [medicaments-et-dispositifs](#)

4.2.2. La Varénicline (Champix®)

C'est un agoniste partiel des récepteurs nicotiques cérébraux de l'acétylcholine (alpha4 bêta2) indiqué dans le sevrage tabagique de l'adulte.

Cette molécule a prouvé son efficacité dans l'aide à l'arrêt du tabac par différents essais cliniques. Elle augmente les chances de succès de 2 à 3 fois, davantage que les substituts nicotiques ou le bupropion.

Il existe des comprimés à 0,5 et 1 mg.

Sa posologie est de 2 x 1 mg par jour après une période d'augmentation rapide sur 1 semaine :

- Jour 1 à 3 : 1 comprimé à 0,5 mg
- Jour 4 à 7 : 0,5 mg 2 fois par jour
- Ensuite 1 mg 2 fois par jour

Cependant des effets indésirables ont été relatés depuis sa commercialisation, en particulier des infarctus du myocarde. Cependant une grande étude réalisée chez 714 patients présentant une pathologie cardio-vasculaire stable depuis plus de 2 mois n'a pas retrouvé statistiquement plus d'effets indésirables cardiaques dans le groupe varénicline.

Par ailleurs, des cas de dépression, d'idées suicidaires, d'agitation ont été signalés amenant l'autorité réglementaire à demander la mise en place d'une surveillance renforcée dans le cadre d'un plan de gestion des risques sur ces aspects de dépression et risque suicidaire. Cependant les analyses des données de sécurité réalisées depuis et la grande étude EAGLES publiée en 2016 n'ont pas confirmé ces craintes. La surveillance renforcée a été levée.

Elle est contre-indiquée chez la femme enceinte. Elle est délivrée uniquement sur ordonnance. Elle est remboursée à 65 %.

(Sources :

-Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH et al. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2016 (5): CD006103.

-Lee H Sterling, Sarah B Windle, Kristian B Filion et al. Varenicline and Adverse Cardiovascular Events: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Am Heart Assoc* 2016 Feb 22;5(2):e002849.

-Robert M Anthenelli, Neal L Benowitz, Robert West et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in placebo-controlled clinical trial smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised. *Lancet*. 2016 Jun 18;387(10037):2507-20.)

4.2.3. Le Bupropion (Zyban®)

Utilisé dans certains pays, comme antidépresseur (inhibiteur de la recapture de la dopamine et de la noradrénaline), une forme à libération prolongée dispose d'une AMM en France dans l'aide à l'arrêt du tabac.

Son efficacité a été démontrée par des essais cliniques, mais si elle semble similaire à celle des substituts nicotiques, elle apparaît globalement inférieure à celle de la varénicline.

De plus, ses effets secondaires sont nombreux. Le plus redouté est le risque de convulsions. Citons par ailleurs : la fièvre, les insomnies, les éruptions cutanées, les tremblements, les céphalées, les

sensations vertigineuses, l'anxiété, la dépression, l'agitation, les troubles du goût.

Il y a d'assez nombreuses contre-indications, notamment la grossesse et ne doit donc pas être prescrit chez la femme enceinte.

Il s'agit donc plutôt d'un médicament de 2^{ème} intention.

La posologie est de 1 comprimé à 150 mg/jour pendant 6 jours, puis 1 comprimé matin et soir pendant les 7 à 8 semaines suivantes pour une durée totale de 7 à 9 semaines.

Il nécessite une surveillance clinique.

Il est délivré uniquement sur ordonnance. Il n'est pas remboursé.

(Source : Seth Howes, Jamie Hartmann-Boyce, Jonathan Livingstone-Banks, et al. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2020 Apr 22;4(4):CD000031.)

Les autres médicaments

Beaucoup moins d'études ont concerné les anxiolytiques que les antidépresseurs. La revue systématique d'Hughes et al. en 2000 a examiné **l'effet des anxiolytiques** sur l'abstinence à long terme des fumeurs. Les médicaments étudiés étaient les suivants : buspirone, diazépam, doxépine, méprobamate, ondansétron, bêtabloquants : métoprolol, oxprénolol et propranolol. Bien que les auteurs aient conclu qu'il n'était pas possible d'exclure un effet des anxiolytiques (à cause d'intervalles de confiance non significatifs mais très étendus), il n'y avait pas de preuve disponible d'effets propres des anxiolytiques sur l'arrêt du tabac.

(Source : HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / Octobre 2014 p.179).

(Source: Hughes JR, Stead LF, Lancaster T et al. Anxiolytics for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(4):CD002849.)

A part la nortryptiline qui a montré une certaine efficacité dans le sevrage du tabac mais présente un risque d'effets secondaires et n'a pas d'AMM dans cette indication, les autres médicaments antidépresseurs n'ont pas démontré d'action propre sur l'arrêt du tabac.

Ils sont indiqués s'il existe un trouble dépressif associé à l'usage du tabac, l'amélioration de ce trouble étant un facteur favorable à l'arrêt du tabac.

Les manifestations anxio-dépressives induites par le sevrage durent le plus souvent quelques semaines et ne nécessitent en général pas de prise en charge pharmacologique spécifique. Un soutien dans le cadre de la consultation est néanmoins nécessaire. Si les symptômes persistent, il est utile d'envisager une prise en charge spécifique (psychiatrie). Mais habituellement, à distance du sevrage tabagique, les anciens fumeurs rapportent une amélioration notable des symptômes anxieux et dépressifs, du niveau de stress, ainsi que de leur qualité de vie. Le tabac pourrait favoriser le trouble panique en raison de ses effets stimulants.

(Source : Seth Howes, Jamie Hartmann-Boyce, Jonathan Livingstone-Banks, et al. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2020 Apr 22;4(4):CD000031.)

4.3. Les interventions psycho-sociales

Les médicaments, notamment les TSN, sont une aide importante pour soulager les symptômes de sevrage et éviter la rechute chez les patients les plus dépendants mais ils ne doivent pas constituer à eux seuls le traitement de l'aide à l'arrêt du tabac.

Les interventions psychosociales sont historiquement prééminentes dans l'arsenal thérapeutique. Elles se sont enrichies, au cours des années, de nombreuses approches : analytiques, sociales, systémiques, corporelles, méditatives, de soutien, cognitivo-comportementales et motivationnelles.

Quel que soit le type d'intervention psychosociale utilisé, **les qualités personnelles du thérapeute**

ont une importance déterminante dans l'efficacité de l'intervention. Les qualités qui participent à une meilleure efficacité de l'intervention sont : l'abord empathique et soutenant envers le patient, la mise en place d'une relation clairement orientée vers l'objectif thérapeutique encourageant l'autonomie et l'utilisation de ressources extérieures. Les thérapeutes les moins efficaces sont plus distants, dénigrants, culpabilisants, centrés sur eux-mêmes ou au mieux sur la pathologie plutôt que sur le patient lui-même, cherchant à contrôler ses décisions et évitant les questions difficiles.

4.3.1. Les interventions brèves

Ce terme fait référence ici aux interventions brèves opportunistes s'adressant à des personnes qui ne demandent pas d'aide, dont le problème a été repéré par le professionnel de santé, par opposition aux interventions qui s'adressent à des patients se présentant avec une demande spécifique d'aide pour résoudre une conduite addictive ; le terme d'intervention brève renvoie à la brièveté relative de l'intervention, par rapport à des interventions plus durables. L'intervention brève s'adresse à des personnes qui ont un usage du tabac peu ou modérément sévère. Elle se conçoit dans une démarche de santé publique, à savoir toucher le plus grand nombre de personnes lorsque leur usage du tabac n'est pas encore trop prégnant en utilisant des moyens restreints et facilement multipliables.

De façon générale, les interventions brèves (IB) durent de 5 à 20 minutes. Après le repérage du problème, le praticien propose une intervention ciblée sur « le problème tabac » (concept du repérage précoce et de l'intervention brève). Il n'y a pas de manière définitivement standardisée de délivrer une intervention brève. Elle peut se délivrer en une séance unique ou au contraire être répétée.

Sa forme la plus simple est le **conseil bref, ou conseil d'arrêt**, déjà abordé dans la partie conseiller et informer.

Les principes des interventions brèves (IB)

Il y a de nombreux modèles d'IB. Une IB peut inclure, à des degrés variables selon les entretiens, les éléments suivants :

- Evaluer la consommation et les dommages éventuels et restituer les résultats au patient en reliant les symptômes et problèmes de santé de celui-ci au tabac.
- Informer le patient des risques particuliers qu'il encourt s'il continue à consommer, mais aussi des risques du tabagisme passif pour les enfants, les autres personnes de la famille, évoquer le coût... (documents).
- Faire choisir (ou réévaluer) un objectif de changement de comportement.
- Expliquer les méthodes d'arrêt, à défaut, de réduction.
- Conseiller sur les possibilités thérapeutiques.
- Encourager.
- Donner des documents (carnet journalier d'évaluation de consommation).
- Résumer la consultation : objectif, progrès, actions futures.
- Proposer un suivi ou une orientation.

Un programme a été développé en 4 étapes, connu sous le nom des « quatre A » :

1. Ask : quantifier la consommation.
2. Assess : Evaluer les dommages liés à la consommation.
3. Advise : Informer et conseiller en ce qui concerne les risques liés à la consommation.
4. At follow continue support : Assurer le suivi de la prise en charge.

L'IB est-elle efficace ?

Beaucoup d'études cliniques se sont attachées à montrer l'efficacité des IB. Les revues systématiques ont permis les conclusions suivantes :

- Elles sont peu « chronophages » et peu coûteuses.
- Elles visent à modifier le comportement de consommation. Elles peuvent prendre différentes formes et s'appliquer dans des contextes variés. Parmi les cas les moins sévères, il y a un niveau de preuve élevé en faveur d'une efficacité modeste sur la réduction de consommation notamment en médecine générale.
- L'efficacité est modeste, mais l'impact sur la santé publique des interventions brèves opportunistes serait considérable si elles étaient effectivement appliquées systématiquement à tous les fumeurs, notamment en soins primaires. Dans ce cadre, la présence d'infirmières est un élément favorable.
- Elles sont efficaces surtout chez les personnes qui peuvent le plus facilement changer leur comportement, c'est-à-dire qui ne sont pas dépendantes, ou ont une dépendance de sévérité faible ou modérée.
- L'effet se poursuit pour des durées pouvant aller jusqu'à deux ans après l'intervention ; L'effet d'une intervention brève a malgré tout tendance à se dissiper avec le temps et il est souvent utile de répéter cette intervention, notamment dans le cadre des soins primaires : des interventions de rappel peuvent être nécessaires pour maintenir l'effet sur des périodes plus longues.
- Elles peuvent améliorer l'efficacité des traitements futurs.

(Sources: Stead LF, Buitrago D, Preciado N, et al. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 May 31;2013(5):CD000165.

Wray JM, Funderburk JS, Acker JD, Wray LO, Maisto SA. Wray JM, et al. A Meta-Analysis of Brief Tobacco Interventions for Use in Integrated Primary Care. *Nicotine Tob Res.* 2018 Nov 15 ;20(12):1418-1426.)

L'élément apparaissant le plus efficace est **d'encourager l'auto-évaluation de la consommation**, c'est-à-dire de demander à la personne de consigner quotidiennement sa consommation sur un agenda, un carnet, un fichier informatique ou une application smartphone. Le deuxième élément efficace est de susciter régulièrement l'engagement de la personne dans la modification de sa consommation.

Un frein à leur utilisation est que la plupart des acteurs de soins primaires ne semblent pas avoir encore adopté le repérage et les interventions brèves (RPIB) dans leur pratique ; les principaux obstacles déclarés à l'adoption du RPIB sont le manque de temps et l'absence de rémunération adaptée ; la formation peut améliorer cette situation. Cependant, elle doit être adaptée aux contraintes et aux besoins des professionnels de santé auxquels elle s'adresse.

4.3.2. Les interventions psychosociales spécialisées

Leurs évaluations se heurtent souvent à la rareté des études et à des limites méthodologiques, restreignant la comparaison des techniques entre elles. Ainsi, il ne semble actuellement pas possible d'affirmer la supériorité d'une intervention psychosociale par rapport aux autres. Cependant, dans la mesure où certaines interventions ont bénéficié d'une activité de recherche plus importante, le niveau de preuve d'efficacité est *de facto* plus important pour certaines techniques.

Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) individuelles ou en groupe

Largement étudiées, elles sont considérées comme le « gold standard ». Leur utilisation est cependant limitée par le faible nombre de professionnels formés et accessibles.

Les principales techniques cognitivo-comportementales du traitement des conduites addictives sont l'entraînement aux compétences sociales et de coping, l'exposition au stimulus, l'affirmation de soi, la gestion des émotions, la gestion des situations à risque et des rechutes, le renforcement communautaire, la gestion des contingences.

Parmi les caractéristiques intéressantes des TCC, soulignons :

- les thérapies cognitivo-comportementales proposent des outils pragmatiques, concrets qui s'adaptent facilement aux besoins individuels des patients, qu'il s'agisse de la nature de leurs problèmes, de leurs objectifs thérapeutiques ou même de leur maturation motivationnelle ;
- elles sont facilement acceptables par les patients, dans la mesure où le thérapeute évite d'étiqueter son patient avec des termes péjoratifs, souvent difficiles à entendre. Le style relationnel, collaboratif, invitant le patient à donner son point de vue ainsi que sa propre expertise est valorisant et permet ainsi une meilleure implication dans le processus thérapeutique ;
- les TCC sont adossées à des thérapies psychologiques à caractère scientifique ; en corollaire, le thérapeute propose une approche scientifique du traitement ; les objectifs sont clairement définis, de même que les moyens de les évaluer ; l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales dans les conduites addictives a régulièrement été confirmée par des études comparatives de caractère scientifique ;
- l'évaluation régulière des progrès permet d'ajuster au fur et à mesure le traitement ;
- ces thérapies mettent l'accent sur le renforcement de l'efficacité personnelle, le thérapeute s'efforçant d'augmenter la confiance en eux des patients ;
- elles sont souples, leur permettant d'être associées à d'autres approches comme par exemple, les thérapies familiales ou la pharmacothérapie ;
- elles peuvent être utilisées dans différents environnements thérapeutiques, que ce soit dans le cadre de consultations ambulatoires ou en hospitalisation.
- enfin, les techniques comportementales sont identiques quelles que soient les substances en cause dans la conduite addictive. Ainsi, une équipe formée à ces techniques cognitivo-comportementales pourra les appliquer indifféremment aux différents types de patients qu'elle pourra accueillir dans le champ des addictions, ainsi qu'aux patients polyaddicts. Ces techniques peuvent être utilisées dans le cadre de thérapies individuelles ou de groupe. Dans ce dernier cas, il est possible d'associer dans le même groupe thérapeutique des patients ambulatoires et des patients hospitalisés ayant des problèmes avec des substances différentes

(Source : HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / Octobre 2014, p. 208).

L'entraînement à l'autocontrôle comportemental. Il s'agit d'une intervention cognitivo-comportementale adaptée à l'objectif de réduction de la consommation, plutôt qu'à celui de l'abstinence. Elle est fondée sur la détermination de limites de consommation, la mesure quotidiennement consignée de la consommation, le contrôle du rythme de la consommation, l'apprentissage de stratégies de refus concernant l'offre de consommer, l'organisation de récompenses pour renforcer les succès, l'analyse des situations à haut risque et l'apprentissage de comportements alternatifs. L'élément le plus important est la mesure quotidiennement consignée de la consommation.

L'entraînement aux compétences sociales et de coping. Elles visent à augmenter les compétences du patient dans les domaines des relations sociales, de la gestion des émotions négatives, de l'affirmation de soi, de l'organisation de la vie quotidienne, de la gestion des situations à haut risque de consommation et de la rechute. Ce traitement cognitivo-comportemental est efficace chez le patient souffrant d'une dépendance modérée. Les objectifs thérapeutiques peuvent être modulés en fonction des besoins et des préférences des patients.

La gestion de la rechute. L'arrêt du tabac comprend plusieurs étapes. Le premier temps permet d'évaluer et de renforcer la motivation. La deuxième étape est la période de sevrage puis d'aide au maintien d'un arrêt durable. Cette période peut durer de plusieurs mois au restant de la vie. La troisième phase consiste à prévenir et à traiter les fréquentes rechutes dont les causes sont multiples. Ces reprises ne doivent pas être considérées comme des échecs, mais comme une étape vers le succès final.

La rechute se définit comme la reprise non souhaitée du comportement addictif après une période d'abstinence. La rechute se produit dans la majorité des cas chez les sujets dépendants et permet, par là même, de confirmer le diagnostic de dépendance. Pendant longtemps, la rechute a été considérée comme un événement discret qui impliquait une classification binaire : abstinence/rechute. Plus récemment, les travaux de Marlatt ont fait évoluer cette conception pour y inclure une dimension temporelle forte. En effet, la prise de substance qui met fin à une période d'abstinence n'est qu'une étape dans le processus complexe de rechute qui ramène le sujet à une consommation compulsive.

Face à la rechute, les fumeurs (et aussi les soignants) ont souvent le sentiment d'avoir fourni des efforts pour rien et de revenir à la case départ. Ils peuvent se décourager et perdre confiance en leur capacité à réussir à arrêter. Le rôle du thérapeute est de dédramatiser la rechute et de redonner confiance au fumeur en insistant sur les acquis de l'expérience : il connaît les symptômes du sevrage, les situations à risque et la façon de mieux les gérer, ce qu'il peut attendre des aides thérapeutiques qu'il a utilisées. Il faut analyser avec lui ce qui a marché et ce qui est inefficace, ses réussites et ses échecs, l'aider à trouver des réponses adaptées, des comportements alternatifs, à élaborer des plans d'urgence pour la gestion des faux pas... Une intervention motivationnelle devrait aider le fumeur à s'engager dans une nouvelle tentative d'arrêt.

Approche cognitivo-comportementale	Approche motivationnelle
Prend pour acquis que le sujet est motivé, aucune stratégie implicite n'est utilisée pour construire la motivation	Utilise des principes et des stratégies précises afin d'aider le sujet à construire sa motivation à l'amorce d'un changement
Cherche à identifier et à modifier les cognitions inadaptées	Explore et reflète les perceptions du sujet sans les étiqueter ou les corriger
Prescrit des stratégies de coping spécifiques	Aide le patient à définir ses propres stratégies de coping
Enseigne les comportements d'adaptation en utilisant l'entraînement, le « modeling », les mises en situation et la rétroaction	La responsabilité du « comment » est laissée au patient : aucun entraînement, « modeling » ou mise en situation
Enseigne des stratégies spécifiques de résolution de problèmes	Favorise le processus naturel de résolution de problèmes

Tableau 6 : comparaison entre approches cognitivo-comportementale et motivationnelle

4.3.3. Interventions basées sur la pleine conscience

Il s'agit d'une intervention cognitivo-comportementale, dite de la troisième vague. La pleine conscience comprend deux composantes : d'une part l'attention portée au moment présent, et d'autre part l'acceptation, l'équanimité et la curiosité envers son expérience, qu'elle soit positive ou négative. L'attention portée au présent soustrait le sujet aux regrets sur le passé et à l'inquiétude sur l'avenir. Observer avec une attitude de curiosité son expérience amène à réaliser qu'un état intérieur pénible peut, malgré tout, être toléré, et que nos expériences sont changeantes. Ainsi, une expérience pénible est toujours transitoire ; nos pensées et nos émotions ne nous donnent pas nécessairement un reflet fidèle de la réalité mais peuvent entraîner des biais d'interprétation de notre environnement, de nos relations avec autrui. Les interventions basées sur la pleine conscience bénéficient actuellement d'un essor important, dans le champ des addictions comme dans les champs des troubles de l'humeur, des troubles anxieux, ou du développement personnel. Quelques études ont montré que cette nouvelle approche peut avoir un impact positif sur la consommation.

Autres méthodes

D'autres méthodes psychothérapeutiques structurées nécessitant une formation spécifique peuvent être proposées aux patients en fonction de leurs besoins :

- Thérapie d'inspiration psychodynamique
- Management des contingences...

Sans oublier l'éducation thérapeutique du patient.

Autres méthodes non médicamenteuses

Activités physiques. On dispose d'un certain nombre d'études ayant évalué l'efficacité de l'activité physique pour arrêter, entre autres, la consommation de tabac. Si certaines ont rapporté un effet sur les taux d'abstinence et le craving, d'autres n'ont pas montré d'effet significatif de l'exercice sur l'abstinence.

Il faut souligner que de nombreux biais méthodologiques caractérisent les études ce qui rend les conclusions incertaines.

Ainsi, il n'y a pas de preuve solide de l'efficacité de l'activité physique dans l'aide à l'arrêt du

tabac proprement dit, les études étant limitées en termes de quantité et de qualité.
(Source : HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / Octobre 2014)

Cependant, l'activité physique adaptée est souvent préconisée et proposée par les équipes pour leur action intéressante sur d'autres critères de remise en forme, de réduction des facteurs de risques cardio-vasculaires, d'amélioration de l'image de soi, de qualité de vie qui sont des éléments importants favorisant la motivation et la réhabilitation des patients.

Recommandations de l'OMS concernant l'activité physique des adultes de 18 à 64 ans.

L'activité physique englobe notamment les loisirs, les déplacements (par exemple la marche ou le vélo), les activités professionnelles, les tâches ménagères, les activités ludiques, les sports ou l'exercice planifié, dans le contexte quotidien, familial ou communautaire.

Objectifs : améliorer l'endurance cardio-respiratoire, l'état musculaire et osseux et réduire le risque de maladies non transmissibles et de dépression.

- Pratiquer au moins, au cours de la semaine
 - Soit 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée
 - Soit 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue
 - Soit une combinaison équivalente des 2 types d'activité
- L'activité d'endurance devrait être pratiquée par périodes d'au moins 10 minutes
- Pour retirer des bénéfices supplémentaires sur le plan de la santé, de leur activité physique, les adultes devraient augmenter la durée de leur activité d'endurance
 - Soit d'intensité modérée à 300 minutes par semaine
 - Soit d'intensité soutenue à 150 minutes par semaine,
 - Soit une combinaison équivalente des 2
- Pratiquer des exercices de renforcement musculaire faisant intervenir les principaux groupes musculaires : au moins 2 jours par semaine.

(Source : Ussher M, Faulkner GEJ, Angus K et al. Exercise interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2019 (10): CD002295.)

La gestion du poids

Le risque d'une prise de poids à l'arrêt du tabac est souvent évoqué par les fumeurs au moment d'entamer un sevrage tabagique. Pour certains, il s'agit d'une crainte importante, notamment chez les femmes, qui peut diminuer leur motivation à l'arrêt ; elle est une cause de rechute. Elle n'est pas systématique.

Les variations du poids à l'arrêt du tabac sont importantes : certains peuvent en perdre, d'autre en prendre beaucoup.

Environ 15 % des sujets ne prennent pas de poids ou même en perdent.

La prise de poids moyenne est de l'ordre de 4 à 5 kg à un 1 an. Elle est due à la diminution du métabolisme de base lors de l'arrêt de la nicotine (qui augmente celui-ci) et surtout à la suppression de l'effet coupe-faim de la cigarette. De ce fait, le poids d'un fumeur est légèrement en deçà de

celui qu'il aurait s'il ne fumait pas.

Chez 37 % des personnes, la prise de poids est inférieure à 5 kg. Mais 13 % grossissent de plus de 10kg. Chez ces personnes, à l'arrêt du tabac, le manque de nicotine peut faire apparaître des fringales et assez souvent une appétence accrue pour le goût sucré, orientant vers la consommation d'aliments et de boissons sucrés, envies d'autant plus intenses que l'alimentation est déséquilibrée (nombre de repas insuffisant, grignotages...).

(Source : Aubin HJ, Farley A, Lycett D et al. Weight gain in smokers after quitting cigarettes: meta-analysis. *BMJ*. 2012 Jul 10;345: e4439)

Il convient d'aborder cette question au moment de l'arrêt du tabac pour rassurer et conseiller les patients.

Pour éviter des prises de poids qui peuvent parfois être importantes :

- Prévoir un apport de nicotine suffisant, adapté à chaque patient.
- Analyser l'alimentation des patients et fournir des conseils hygiéno-diététiques simples pour permettre une correction des éventuelles erreurs alimentaires.
- Proposer au patient une activité physique suffisante (lutter contre la sédentarité).
- Au besoin, un accompagnement par un(e) diététicien(ne) peut être proposé.

Si cela ne suffit pas, rechercher un trouble du comportement alimentaire associé.

En cas de surpoids préexistant, il est illusoire d'envisager un arrêt du tabac en même temps qu'un amaigrissement. Proposer une prise en compte successive selon la décision du patient, ses souhaits et possibilités.

Concernant la caféine, la diminution de sa dégradation peut conduire à limiter les apports en café, d'autant que celui-ci est souvent utilisé à titre de compensation et que sa consommation peut atteindre des quantités élevées.

L'aide personnalisée par un professionnel de santé formé à l'arrêt du tabac est efficace.

Les outils d'auto-support sont plus efficaces que l'absence d'intervention pour l'aide à l'arrêt du tabac, mais la taille de l'effet est faible. Ils n'ajoutent pas d'efficacité supplémentaire lorsque la personne est suivie par un professionnel de santé ou traitée par substituts nicotiques. Ces techniques peuvent être utiles pour les patients qui souhaitent arrêter de fumer mais qui ne souhaitent pas être pris en charge par un professionnel de santé.

(Source: Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Jul 20;(3):CD001118.)

(Source: Livingstone-Banks J, Ordóñez-Mena JM, Hartmann-Boyce J. Print-based self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Jan 9;1(1):CD001118.)

L'assistance téléphonique : Une première méta-analyse publiée en 2016 avait montré l'intérêt du soutien téléphonique, principalement par messages, pour aider à arrêter de fumer.

(Source: Whittaker R, McRobbie H, Bullen C, et al. Mobile phone-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Apr 10;4(4):CD006611.)

Une méta-analyse plus récente confirme que le soutien téléphonique pro-actif est efficace pour aider les fumeurs à arrêter. La probabilité d'arrêt semble d'autant plus grande que l'assistance est intensive (en termes de nombre d'appels).

(Source: Matkin W, Ordonez-Mena JM, Hartmann-Boyce J. Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2019 ; 5(5): CD002850.)

Les interventions interactives et personnalisées par **internet** sont également utiles, avec ou sans soutien comportemental associé, à 6 mois ou plus.

(Source : Taylor GMJ, Dalili MN, Semwal M, et al. Internet-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Sep 4;9(9):CD007078).

4.4. Les thérapies complémentaires

On appelle thérapies complémentaires, des méthodes à visée thérapeutique qui n'ont pas apporté de preuves scientifiques suffisantes concernant leur efficacité propre dans un domaine pathologique. Certaines de ces méthodes sont cependant très utilisées par les fumeurs pour les aider à arrêter le tabac et proposées par des soignants.

Citons par exemple et de façon non exhaustive l'hypnose, l'acupuncture, l'auriculothérapie, l'acupressing...

Si ces méthodes ont incontestablement aidé certains fumeurs à arrêter, il n'existe pas de données scientifiques solides ayant montré un effet spécifique propre de ces méthodes au-delà d'un effet placebo renforcé, ceci notamment du fait de l'hétérogénéité des études et de leurs nombreux biais et insuffisances méthodologiques. D'autres études de meilleure qualité doivent être menées pour conclure sur le rapport bénéfice/risques de certaines méthodes.

Ces approches n'ont pas montré à ce jour de risque majeur.

L'éthique du soignant ne lui permet pas de recommander une thérapeutique non validée. Pour autant lorsqu'un patient est désireux d'utiliser une de ces méthodes, le médecin ne doit pas l'empêcher de bénéficier d'un traitement qui peut être utile pour lui par son effet placebo, à plusieurs conditions :

- Que la situation du patient ne justifie pas le recours à des traitements validés tels que définis précédemment. Dans ce cas, 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 ;
- Ou que le patient bénéficie bien des traitements validés scientifiquement si sa situation le justifie et que ces méthodes viennent en complément de celles-ci et pas en alternative pour ne pas occasionner de perte de chance ;
- Le traitement doit s'être avéré inoffensif ;
- Il est indispensable d'informer le patient sur ce que sont ces méthodes et ce qu'il peut en attendre pour qu'il puisse y recourir en toute connaissance de cause et de l'orienter vers des professionnels sérieux et correctement formés aux méthodes choisies.

4.5. La cigarette électronique a-t-elle une place ?

4.5.1. La e-cigarette ou cigarette électronique ou vapoteuse ou vapoteuse

Au niveau national, parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans, 41,7 % déclarent en 2017 avoir déjà essayé la cigarette électronique. L'usage actuel concerne 3,8 % de l'ensemble de cette population, dont les trois quarts (2,7 %) en font un usage quotidien.

En 2016, près de 60 % des vapoteurs quotidiens (58,8 %) de 15-75 ans étaient aussi fumeurs réguliers de tabac ; 41,2 % étaient des ex-fumeurs alors qu'ils n'étaient que 23,1 % en 2014.

Concernant les personnes n'ayant jamais fumé de tabac, l'expérimentation de la cigarette

électronique est nettement moins fréquente que parmi les fumeurs et ex-fumeurs (7% sur l'ensemble de la France métropolitaine), et le vapotage quotidien est rapporté par moins de 0,1 % d'entre elles.

En 2017, 52,4 % des jeunes de 17 ans interrogés déclarent avoir déjà utilisé une e-cigarette au cours de leur vie (56,5 % des garçons et 48,1 % des filles), soit à peine moins qu'en 2014 (53,3 %). Mais l'usage de la cigarette électronique demeure essentiellement occasionnel : 34,9 % des expérimentateurs se sont contentés d'une seule consommation et le vapotage dans le mois ou quotidien concerne moins d'adolescents qu'en 2014 (respectivement 16,8 % contre 22,1 % et 1,9 % contre 2,5 %). La proximité des usages d'e-cigarette et de tabac se révèle importante : seuls 4,0 % des expérimentateurs d'e-cigarette disent n'avoir jamais essayé de fumer du tabac et la très grande majorité des vapoteurs quotidiens se déclarent également fumeurs quotidiens de cigarettes (68,3 %).

(Source : OFDT. <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/tabac-et-cigarette-electronique/>)

En région Grand Est, la proportion de personnes ayant déjà expérimenté la cigarette électronique était de 36,0 % en 2017, contre 32,8 % en France métropolitaine. Plus d'hommes (39,1 %) que de femmes (33,0 %) ont déjà essayé la cigarette électronique. Le vapotage concerne plus les fumeurs quotidiens ou occasionnels (75,9 %) que les ex-fumeurs et décroît avec l'âge.

La proportion de personnes déclarant vapoter quotidiennement était de 2,3 % (2,8 % chez les hommes, 1,8 % chez les femmes), proportion non statistiquement différente de celle de la France métropolitaine (2,7 %). Elle était équivalente chez les fumeurs (3,2 %) et les ex-fumeurs (3,4 %). Les utilisateurs quotidiens sont plus nombreux chez les 31-45 ans (3,0 %), suivis des 46-60 ans (2,5 %) et des 18-30 ans (2,4 %)¹⁸.

La cigarette électronique (ou vaporette ou vapoteuse) a envahi le marché mondial dans les dix dernières années au point d'impacter le marché du tabac. Sa place en tant qu'outil d'aide au sevrage tabagique fait actuellement l'objet de beaucoup de discussions voire de controverses.

Constitution : elle comprend une batterie qui apporte l'énergie nécessaire à chauffer une résistance entourée de textile pour la garder humidifiée et qui est placée dans un réservoir (cartomiseur) qui reçoit un e-liquide. En France, les liquides pour cigarettes électroniques sont enregistrés 6 mois avant leur commercialisation à l'Agence Nationale de Sécurité sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail (ANSES). Ils sont essentiellement composés : d'un solvant organique (propylène glycol (PG) et/ou glycérine végétale (GV)) pour plus de 80 %, d'une préparation aromatisante pour 1 à 8 %, d'alcool pour 0 à 8 %, de nicotine pour 0 à 2 % avec une concentration maximale de 20 mg/ml. Des irritants (acroléine, formaldéhyde) et des métaux lourds (cadmium, plomb,) sont également retrouvés en très faible concentration.

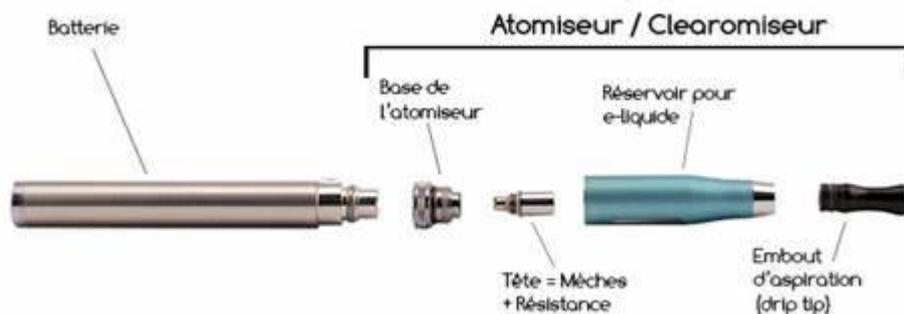
Depuis les cigalikes de 1ère génération les modèles ont beaucoup évolué (boxmod puis podmod et tout récemment la JUUL qui utilise des sels de nicotine), avec une capacité de diffusion de la nicotine très améliorée proche de celle des cigarettes. Nombres de sociétés commercialisant des vapoteuses ont été rachetées par l'industrie du tabac inquiète de voir son marché décroître. Cette dernière commercialise en parallèle des produits utilisant du tabac chauffé (IQos, Ploom...) qui sont clairement nocifs, mais dont l'aspect entretient la confusion avec les vapoteuses.

¹⁸ Source : Bulletin de Santé Publique Grand Est. Tabac. Janvier 2019

La dépendance au tabac se définit par deux composantes principales : physique (ou pharmacologique) essentiellement vis-à-vis de la nicotine et psycho-comportementale. L'utilisation d'une vapoteuse peut répondre à ces deux composantes en apportant de la nicotine en concentration variable (0 à 20 mg/ml) et en s'intégrant à la dépendance gestuelle. Elle s'est donc imposée dans l'aide au sevrage tabagique sans que les preuves de son efficacité en la matière aient pu être apportées. Elle a cependant permis à 700.000 fumeurs de se sevrer du tabac au cours des 7 dernières années.

Pendant cette période les prises de positions parfois contradictoires des sociétés savantes et des instances officielles de santé se sont succédées opposant schématiquement deux visions :

- celle des scientifiques, réservés voire hostiles, compte-tenu des liens des fabricants de vapoteuses avec l'industrie du tabac et du faible niveau de preuve scientifique dans l'aide au sevrage du tabac.
- celle des médecins travaillant au contact des fumeurs observant l'arrêt du tabac chez nombre d'entre eux avec l'aide d'une vapoteuse et justifiant donc de son utilisation raisonnable et encadrée.



Nocivité de la cigarette électronique

Les émissions issues de la vapeur émise par la cigarette électronique contiennent beaucoup moins de substances toxiques que la fumée du tabac. Leurs conséquences sur la santé à court et moyen terme paraissent minimales par rapport à celles de la cigarette (5% de la dangerosité de la cigarette). Des cas ponctuels de blessures par explosion de vapoteuse en surchauffe ainsi que l'ingestion accidentelle et malheureusement mortelle de e-liquide par des enfants ont été décrits.

Les cas d'hospitalisation (plus de 2000) et de décès (57 au moment de la rédaction de cet article), récemment observés essentiellement aux Etats-Unis (1 cas en Belgique) sont liés à l'utilisation d'e-liquides non contrôlés contenant des huiles de cannabis, du cannabis synthétique ou d'autres produits assimilés et souvent de l'acétate de vitamine E (les produits formellement interdits dans les liquides pour cigarettes électroniques en Europe) responsables de pneumopathies lipidiques mortelles. Aucun cas n'a été observé en France où les e-liquides sont strictement contrôlés par des normes AFNOR ré-actualisées en 2020.

Il s'agissait donc d'un détournement d'usage de la vapoteuse à des fins récréatives et non dans un objectif de sevrage tabagique.

Les conséquences de l'utilisation de la vapoteuse sur le long terme sont actuellement inconnues et nécessiteront des études bien conduites cliniques et épidémiologiques sur leur rapport bénéfice/risque. Elles seront difficiles à mener compte-tenu de l'évolution des technologies et de la place de l'industrie du tabac sur le marché.

Intérêt de la vapoteuse dans le sevrage du tabac

La cigarette électronique est l'outil le plus utilisé en France (27% contre 18% pour les substituts nicotiques et 10% pour le recours aux professionnels de santé en 2016 selon Santé Publique France) soit pour réduire la consommation de tabac (vapo-fumage), soit pour arrêter de fumer.

Les données scientifiques publiées entre 2013 et 2019 disponibles sont toutefois de faible qualité méthodologique et encore insuffisantes pour affirmer que la cigarette électronique est un traitement efficace et sûr pour aider les fumeurs à arrêter le tabac. Cependant un essai publié fin 2019 dans le *New England Journal of Medicine* (Hajek P. et al) montre pour la première fois qu'il y a près de 2 fois plus d'arrêt à un an avec la cigarette électronique utilisant de la nicotine qu'avec les substituts nicotiques habituels (les timbres, les formes orales). De plus, la méta-analyse publiée en 2020 par la collaboration Cochrane (50 études ayant inclus 12 430 participants) indique, avec un niveau de certitude modéré, que la cigarette électronique avec apport de nicotine est plus efficace que la substitution nicotinique : l'estimation de 4 succès supplémentaires pour 100 patients, sans différence évidente en termes d'effets indésirables. Elle est également plus efficace que la vapoteuse sans apport de nicotine, dans les mêmes proportions.

Rappelons qu'en France la législation n'autorise pas la vente de e-liquides contenant plus de 20 mg/ml de nicotine.

En France un essai clinique randomisé en double aveugle (ECsmoke) est en cours et permettra d'obtenir des données scientifiques de qualité en comparant rigoureusement une vapoteuse avec ou sans nicotine à la varénicline en monothérapie dans le sevrage tabagique.

Le vapo-fumage reste fréquent et laisse persister les risques de l'usage du tabac. Il n'est donc pas souhaitable à terme. On doit donc s'employer à renforcer la substitution nicotinique dans ce contexte afin d'obtenir un sevrage strict, d'abord de la cigarette puis secondairement et de manière progressive de la vapoteuse.

4.5.2. Focus sur le tabac chauffé

Afin de se diversifier, **l'industrie du tabac développe de nouveaux produits dits à "nocivité réduite"**. Actuellement, il existe deux types de produits qui permettent de chauffer du tabac à une température plus basse que lors de la combustion d'une cigarette. Ceux qui chauffent des bâtonnets

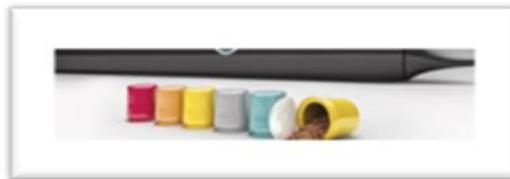
de tabac et ceux qui présentent leur contenu dans des capsules.

Produits chauffant des bâtonnets de tabac



Ces produits de tabac chauffé utilisent des bâtonnets de tabac et d'additifs « sticks » qui sont insérés dans un dispositif doté d'un élément chauffant alimenté par une batterie. Ainsi le tabac est chauffé afin d'en libérer un aérosol contenant notamment de la nicotine. La température est d'environ 250° C. à 350°C. selon les modèles. Elle est moins élevée que celle d'une fumée de cigarette dont le foyer est à 800° environ, mais... il y a bien pyrolyse et libération de substances toxiques et cancérigènes (nitrosamines, acroléine, formaldéhyde, etc.). Leurs conséquences (à long terme) sur la santé sont encore largement inconnues. Elles délivrent presque autant de nicotine qu'une cigarette traditionnelle avec la même vitesse et peut maintenir la dépendance de son utilisateur/trice.

Produits de tabac chauffé utilisant des capsules



Exemple de produits HNB à capsules

Dans ce cas, un flux d'air chaud ou un aérosol vaporisé à partir d'un liquide traverse le tabac contenu dans une capsule pour produire un aérosol inhalable. Il n'y a pas de combustion et la température de vaporisation est inférieure à la température de combustion. Mais, comme les bâtonnets, cette température est suffisamment élevée pour libérer des substances toxiques.

Ces produits sont vendus par l'industrie du tabac, non pas comme des outils d'aide au sevrage, mais comme une façon de réduire les risques et les dommages. Des études sur les conséquences à long terme font totalement défaut pour ce mode de consommation du tabac.

Outre les risques liés à la libération de substances toxiques, ils peuvent maintenir la dépendance puisqu'ils contiennent une dose définie de nicotine.

Leur présentation entretient la confusion avec la vapoteuse.

A déconseiller formellement.

Conclusion du chapitre sur la vapoteuse

Dans l'état actuel des connaissances, la vapoteuse (cigarette électronique) avec e-liquide contenant de la nicotine fait partie des moyens non médicamenteux d'aide potentielle au sevrage tabagique.

Utilisée de manière raisonnable selon les normes françaises (ANSES, AFNOR) son rapport bénéfique/ risque sur le court et moyen terme est favorable par rapport à la persistance de la consommation de tabac dont les méfaits sont parfaitement documentés. Mais ses effets sur le long terme sont insuffisamment documentés et nécessitent des études complémentaires.

Il n'est pas naturel de vapoter et il convient de garder à l'esprit que l'interdiction de la vente des vapeuses et e-liquides est interdite aux mineurs compte-tenu du risque d'entrée dans la tabagisme actif par la vape.

Au total la vapoteuse doit être considérée en France comme un outil transitionnel d'aide au sevrage tabagique, en pleine évolution, dont on doit se sevrer par la suite.

Documents de Références :

Synthèse Mois Sans Tabac 2019 ,
Cours du Pr Durlach (DIU de Tabacologie Grand-Est Présentation au Congrès Jade 2019) ,
Revue SPLF, Rapport OFT 2014 ,
Consensus d' Experts SFPT [1]2017 ,
Synthèse SPLF-SFT 2019 ,
Avis Académie de Médecine 2019 ,
OMS 2019 ,
NEJM 2019 [2],
Méta-analyse d' El Dib [3] ...

Sources :

Dautzenberg, B., et al., Practical guidelines on e-cigarettes for practitioners and others health professionals. A French 2016 expert's statement. *Rev Mal Respir*, 2017. 34(2): p. 155-164.
Hajek, P., et al., A Randomized Trial of E-Cigarettes versus Nicotine-Replacement Therapy. *N Engl J Med*, 2019. 380(7): p. 629-637.
El Dib, R., et al., Electronic nicotine delivery systems and/or electronic non-nicotine delivery systems for tobacco smoking cessation or reduction: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 2017. 7(2): p. e012680.
Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Lindson N, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Oct 14;10:CD010216.

Chapitre 5. La coopération soignant-soigné

5.1. Les associations d'entraide

Il n'existe pas beaucoup, contrairement à l'alcool par exemple, d'associations de fumeurs ou d'anciens fumeurs dont l'objet est d'aider les personnes désireuses d'arrêter de fumer. La participation à ces groupes, lorsqu'ils existent, peut pourtant être très utile pour se soutenir, bénéficier de la dynamique du groupe, échanger des informations, recettes ou « trucs » ... Mais il existe de plus en plus, dans les entreprises par exemple, de groupes qui se forment pour aider leurs membres à arrêter de fumer.

Les soignants devraient informer les patients de l'existence des associations existant dans leur territoire de santé (nicotine anonyme, je ne fume plus...) et leur proposer d'aller voir si ces méthodes peuvent les aider.

Il existe aussi des associations de vapoteurs qui soutiennent l'utilisation de la cigarette électronique (AIDUCE, SOVAPE...)

5.2. L'observance thérapeutique dans le cadre du sevrage tabagique

L'observance correspond classiquement à la manière dont le patient respecte la prescription de son traitement médicamenteux. Les risques du défaut d'observance sur la santé ont des répercussions sur la santé de chacun : « L'observance insuffisante est la raison principale pour laquelle les patients ne retirent pas tous les bienfaits qu'ils pourraient attendre de leurs médicaments. Elle entraîne des complications médicales et psychosociales, diminue la qualité de vie des patients, augmente la probabilité de développer des pharmaco-résistances et provoque un gaspillage des ressources (Derek Yach, Directeur exécutif, Maladies non transmissibles et santé mentale (OMS)). Au total, ces conséquences directes empêchent les systèmes de santé dans le monde entier d'atteindre leurs objectifs sanitaires. »

Cette notion d'observance est étendue au respect du suivi du traitement dans son ensemble, intégrant l'assiduité aux consultations...

Différents facteurs l'influencent : les conditions socio-économiques du patient et son environnement, le dispositif de soins, son accès et ses acteurs (dimension relationnelle), les facteurs propres au patient (niveau d'éducation, croyances), les liens avec les pathologies, les effets secondaires indésirables des traitements.

Le modèle de croyances relatives à la santé

Ce modèle a fait son apparition vers 1950. A l'origine, il a été formulé afin d'expliquer pourquoi les gens acceptaient ou n'acceptaient pas de passer un test de dépistage des maladies asymptomatiques (par exemple : le cancer du poumon). Par la suite, le modèle a été utilisé pour comprendre les comportements associés à la prévention des maladies (par exemple : la vaccination) et à l'observance des prescriptions médicales. Les applications concernant l'étude des comportements liés à la santé (par exemple les habitudes de vie) sont plus récentes. Le HBM (Health Belief Model) pose comme prémisses qu'un individu est susceptible de poser des gestes pour prévenir une maladie ou une condition désagréable s'il possède des connaissances minimales en matière de santé et s'il considère la santé comme une dimension d'importance dans sa vie. Les déterminants de la décision d'agir sont : 1) la perception d'une menace pour la santé 2) la croyance en l'efficacité de l'action à

entreprendre pour réduire cette menace.

La perception d'une menace pour la santé est définie par deux croyances spécifiques : l'individu peut d'une part se considérer comme potentiellement vulnérable à une maladie ou à une condition défavorable pertinente ; il peut d'autre part percevoir l'apparition éventuelle d'un état désagréable comme dangereux et pouvant avoir des conséquences sévères sur certains aspects de sa vie. La croyance en l'efficacité de l'action devant la menace provient de l'évaluation des avantages et des désavantages associés à l'adoption des actions préventives recommandées.

De plus, certaines variables (démographiques, socio-psychologiques) influencent les perceptions de l'individu et certains événements incitant à l'action peuvent éveiller chez lui la perception d'une menace pour sa santé. Appliqué au domaine de l'addictologie, cette systématisation des comportements en santé explique en partie les stratégies de fuite ou d'évitement d'un fumeur, qui par déni, ne souhaite pas s'arrêter de fumer, mais aussi des facteurs déclenchants de sevrage tabagique en raison de causes extérieures comme une grossesse, qui motivera la future mère à arrêter sa consommation de tabac. Il n'empêche que des attitudes progressives sont mises en place pour passer de la reconnaissance d'un trouble nuisible à sa santé jusqu'au sevrage tabagique et la guérison. La personne doit savoir quels changements sont nécessaires, elle doit désirer et rendre obligatoire le changement de son comportement, et mettre en place des moyens financiers et pratiques pour atteindre ses objectifs (information-motivation-stratégie). Catherine Marçais-Espiand dans son travail « L'adhérence thérapeutique, le cas du sevrage tabagique » lance des pistes pour améliorer l'observance thérapeutique à travers les besoins à couvrir chez le patient tels que l'écoute, la compréhension, l'aide. Les programmes d'observance peuvent être élaborés à travers ces besoins relationnels fondamentaux dans la relation de soin.

5.3. L'Education thérapeutique du patient (ETP)

L'ETP est une pratique et un domaine scientifique jeune, évolutif, qui trouve un ancrage à la fois dans la médecine, la pédagogie de la santé et les sciences humaines et sociales (psychologie de la santé, sociologie, anthropologie, etc.). **Cette démarche éducative, qui repose de manière fondamentale sur la relation de soin et sur une approche structurée**, inscrite dans la durée, accorde une place prépondérante au patient en tant qu'acteur de sa santé (HAS, 2007).

Elle va très au-delà de l'information qui, seule, ne suffit pas à aider les patients à gérer leur maladie au quotidien.

Selon l'OMS (rapport 1996), l'éducation thérapeutique vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leur famille) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.

Tous ces termes, toutes ces méthodes ont en commun une approche centrée sur la personne en difficulté d'adaptation dans le but de l'aider à se développer, par elle-même et par l'environnement. Cette approche est globale avec ses composantes biologiques, cognitives, affectives, sociales et morales. Elle aide la personne dans son développement, mais celle-ci s'aide elle-même par sa participation active. Elle améliore son pouvoir face à la maladie et développe ses compétences pour gérer sa santé de manière plus autonome (« empowerment »).

Les finalités de l'éducation thérapeutique du patient (HAS, 2007)

L'ETP doit se dérouler dans le cadre d'un programme structuré pour participer à l'amélioration de la santé du patient (biologique, clinique), et à l'amélioration de sa qualité de vie et de celle de ses proches. Les finalités spécifiques de l'ETP sont l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'autosoins qui sont indissociables de la mobilisation ou de l'acquisition de compétences d'adaptation (encore appelées les compétences psychosociales).

* *Les compétences d'autosoins* représentent des décisions que le patient prend avec l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé.

* *Les compétences d'adaptation* sont « des compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent à des individus de maîtriser et de diriger leur existence, d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci. »

Elles reposent sur le développement de l'autodétermination et de la capacité d'agir du patient.

Les intervenants concernés par l'éducation thérapeutique du patient

Tout professionnel de santé, impliqué dans la prise en charge usuelle d'un patient ayant une maladie chronique, doit informer le patient de la possibilité de bénéficier d'un programme d'ETP, et doit la lui proposer en lui décrivant les ressources locales.

Tout programme d'ETP doit comprendre :

- un diagnostic éducatif partagé permettant de recueillir les connaissances initiales du patient sur sa maladie et surtout ses besoins et ses souhaits.
- des séances thérapeutiques individuelles et de groupe permettant d'adapter un programme thérapeutique aux objectifs définis à partir du diagnostic partagé.
- une évaluation des acquisitions du patient.

Dans le champ de l'addictologie, il y a peu d'études. Malgré tout, celles qui sont disponibles font penser que ce type d'interventions centrées sur les patients sont utiles même si la grande hétérogénéité des définitions et méthodes utilisées rend les résultats difficilement comparables.

L'ETP permet de renforcer le patient dans sa position d'acteur, de l'aider à mieux comprendre sa maladie. Son expertise « profane » est reconnue, ses besoins médicaux, éducatifs et psychosociaux sont établis par le bilan éducatif partagé. Il permet de les formaliser et de les hiérarchiser. Les objectifs sont traduits en compétences attendues qui sont évaluées en fin de programme. Les interventions thérapeutiques vers lesquelles le patient est orienté sont structurées, l'adhésion aux traitements est renforcée. Du point de vue des équipes, la formation à l'ETP renforce les compétences professionnelles ; l'ETP redonne du sens à leur action et structure leur fonctionnement interdisciplinaire gage d'amélioration de la prise en charge addictologique. Il peut exister une reconnaissance et le cas échéant un financement institutionnel des programmes.

Un référentiel d'ETP en addictologie a été construit dans la région Grand Est pour aider tous les professionnels ou structures qui le souhaitent à construire des programmes.

Chapitre 6. L'approche pédagogique pour le développement des compétences des professionnels de santé concernant l'arrêt du tabac

6.1. BLoc A : Les compétences relatives à la prise en compte des éléments réglementaires et institutionnels de son environnement professionnel en lien avec les responsabilités attachées à sa fonction

- CC1 : Faire partager les principes déontologiques, normes professionnelles propres aux professions de santé
- CC2 : Inscrire son action dans le cadre des principes fondamentaux de la relation de soin et dans le cadre de la réglementation de l'exercice médical et soignant
- CC3 : Agir en professionnel de santé responsable et selon des principes éthiques

6.2. Bloc B : Les compétences relationnelles, de communication et d'animation favorisant la transmission, l'implication, et la coopération en soin

- CC1 : Rendre intelligible et adéquate l'information relative à la prescription de substituts nicotiques aux patients et aux aidants familiaux et naturels
- CC2 : Utiliser et maîtriser les connaissances et les compétences propres à la délivrance et à la prescription des substituts nicotiques
- CC3 : Coopérer au sein d'une équipe pluri professionnelle
- CC4 : Contribuer à l'action des communautés médicales et soignantes
- CC5 : Coopérer avec les patients, les aidants naturels, les aidants familiaux
- CC6 : Coopérer avec les professionnels de santé en établissements publics, privés et en exercice libéral
- CC7 : Contribuer à l'ouverture de son lieu d'exercice sur l'environnement éducatif, social, et professionnel, local, régional, national, européen et international

6.3. Bloc C : Les compétences liées à la prescription de substituts nicotiques

- CC1 : Maîtriser les savoirs disciplinaires et leur didactique
- CC2 : Maîtriser les connaissances et les compétences propres à la prescription de substituts nicotiques
- CC3 : Maîtriser la langue française dans le cadre de son exercice professionnel
- CC4 : Mettre en œuvre la politique de santé nationale en vigueur, déclinée dans la politique de l'établissement ou de l'exercice professionnel
- CC5 : Organiser les conditions de suivis des patients en cours de sevrage tabagique, en milieu hospitalier, ambulatoire, à domicile, leur sécurité, la qualité de l'organisation matérielle

6.4. Bloc D : Les compétences professionnelles nécessaires à la mise en œuvre de situation de soins et d'accompagnements de personnes en situation addictive

- CC1 : Construire, mettre en œuvre et conduire sur un temps défini des situations de prises en charge de sevrage tabagique en prenant en compte la singularité de chaque situation
- CC2 : Organiser et assurer un mode de fonctionnement de la guérison de la personne en favorisant le soutien psychologique et la complémentarité des thérapies possibles
- CC3 : Connaître les profils attendus de personnes en situation d'addictions
- CC4 : Evaluer la prise en charge de la personne, ses étapes de guérison, d'échecs, de rémissions
- CC5 : Prendre en considération la complexité de chaque situation individuelle rencontrée, et du contexte familial associé

- CC6 : Accompagner chaque personne dans son parcours de soin

6.5. Bloc E : Les compétences relatives à l'usage et à la maîtrise des technologies de l'information de la communication

- CC1 : Intégrer les éléments de la culture numérique nécessaires à l'exercice de son métier

6.6. Bloc F : Les compétences d'analyse et d'adaptation de sa pratique professionnelle en tenant compte des évolutions du métier et de son environnement de travail

- CC1 : S'engager dans une démarche individuelle et collective de développement professionnel initial et continu

Conclusion et perspectives

Ce référentiel de tabacologie a pour objet la mise en place des grands repères relatifs à l'aide à l'arrêt du tabac, tant sur le plan clinique, relationnel, que dans sa contextualisation d'enjeu de santé publique en termes de prévention et d'éducation à la santé.

Ici, il est question d'une sensibilisation auprès des professionnels de santé prescripteurs de substituts nicotiques dans la prise en charge des fumeurs. Une plateforme web dédiée au projet FAST est à disposition des professionnels de santé conseillers et prescripteurs, des étudiants en santé et des patients.

Bibliographie

Articles et ouvrages scientifiques

ANTHENELLI Robert M, L BENOWITZ Neal L, WEST Robert et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in placebo-controlled clinical trial smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised. *Lancet*. 2016 Jun 18 ;387(10037):2507-20

AUBIN HJ, FARLEY A, LYCETT D et al. Weight gain in smokers after quitting cigarettes: meta-analysis. *BMJ*. 2012 Jul 10;345: e4439

BREHAUX Karine, BISCH Michaël, CLEMENT Céline, NADJAFIZAREH Marjan, PAILLE François, CHENUUEL Bruno. Approche pédagogique par compétences : illustration appliquée à la relation de soin. *La revue de l'infirmière*, Elsevier, 2021. (hal-03018127)

CALLAGHAN C RUSSELL, VELDHUIZEN Scott , JEYSINGH Trincy, ORLAN Chloe, GRAHAM Candida, KAKOURIS Gwen, REMINGTON Gary, GATLEY John. Patterns of tobacco-related mortality among individuals diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, or depression. 2014 Jan;48(1):102-10. doi: 10.1016/j.jpsychires.2013.09.014.

CARTER BD, ABNET CC, FESKANICH D, et al. Smoking and mortality-beyond established causes.

DE SOUSA Carla, ROMO Lucia, EXCOFFIER Angélique, GUICHARD Jean-Pierre, "Lien entre motivation et insight dans la prise en charge des addictions", *De Boeck Supérieur*, « Psychotropes » 2011/3 Vol. 17, pages 145 à 161, ISSN 1245-2092 ISBN 9782804165260)

HARTMANN-BOYCE J, HONG B, LIVINGSTONE-BANKS J, et al. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Jun 5;6(6):CD009670

HARTMANN-BOYCE J, MCROBBIE H, LINDSON N, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Oct 14 ;10 :CD010216.

HAS, Arrêt de la consommation du tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours, Recommandation de bonne pratique, 2014, p.94, https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arr-et-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours

HASIN DS, GRANT BF. The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Waves 1 and 2: review and summary of findings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015 Nov;50(11):1609-40

JUNIEN Claudine, Roles de l'épigénétique dans les réponses transgénérationnelles aux impacts environnementaux : faits et lacunes, ebook.ecog-obesity.eu/fr/biologie/lepigenetique-dans-les-reponses-transgenerationnelles-aux-impacts-environnementaux-faits-et-lacunes

KOPP, Le cout social des drogues, Rapport OFDT, 2015

LANCASTER T, STEAD LF. Self-help interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Jul 20;(3):CD001118.

LIINGSTONE-BANKS J, ORDONEZ-MENA JM, HARTMANN-BOYCE J. Print-based self-help interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2019 Jan 9;1(1):CD001118.

LINDSON Nicola¹, C.CHEPKIN Samantha, WEIYU et al. Different doses, durations and modes of delivery of nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2019 Apr 18 ;4(4):CD013308

LODGE CJ, BRABACK L, LOWE AJ, DHARMAGE SC, OLSSON D, FORSBERG B., Grandmaternal smoking increases asthma risk in grandchildren: A nationwide Swedish cohort. Clin Exp Allergy. 2018 Feb ;48(2):167-174. Doi : 10.1111/cea.13031. Epub 2017 Oct 10. PMID : 28925522.

MARTINET Yves et coll, le traitement de la dépendance au tabac. Guide pratique. Masson, 2007

MARCZYLOA Emma L, N. JACOBSAAND Miriam, GANTA Timothy W.N, Ganta Toxicology Department, CRCE, PHE, Chilton, Oxfor, Environmentally induced epigenetic toxicity: potential public health concerns, Critical reviews in toxicology, 2016, vol 46, Number 8, 676–700 <http://dx.doi.org/10.1080/10408444.2016.1175417>

MATKIN W, ORDONEZ-MENA JM, HARTMANN-BOYCE J. Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2019 ; 5(5): CD002850N Engl J Med. 2015 Feb 12 ;372(7):631-40

MOUHONVAL Pauline, LOTSTRA Françoise, Transmission transgénérationnelle des traits acquis par l'épigénétique, De Boeck Supérieur, « Cahiers de psychologie clinique », 2014/2 n° 43 | pages 29 à 42 ISSN 1370-074X ISBN 9782804189853

RICHARD Jean-Baptiste Richard, GUIGNARD Romain, QUATREMERE Guillemette, VERRIER Florian, GANE Jessica, NGUYEN-THAMH Viêt, Baisse de la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes : Résultats du baromètre de Santé Publique France 2018, Santé publique France, Saint-Maurice, 15.03.2019

ROGERS Carl, La relation d'aide et la psychothérapie, Paris, Ed. ESF, 1996

SANTE PUBLIQUE France - Bulletin de santé publique – Janvier 2019 – Grand Est

STEAD LF, BUITRAGO D, PRECIADO N, et al. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2013 May 31;2013(5):CD000165

STEAD LF, BUITRAGO D, PRECIADO N, et al. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2013 May 31;2013(5):CD000165

STERLING Lee H, B WINDLE Sarah, WINDLE B, FILION Kristian B al. Varenicline and Adverse Cardiovascular Events: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. J Am Heart Assoc 2016 Feb 22 ;5(2): e002849

TASSIN Jean-Pol, "Proposition d'un modèle neurobiologique de l'addiction", De Boeck Supérieur, « Psychotropes » 2008/3 Vol. 14, pages 11 à 28 ISSN 1245-2092 ISBN 9782804158170

TAYLOR GMJ, DALILI MN, SEMWAL M, et al. Internet-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Sep 4;9(9):CD007078).

USSHER M, FAULKNER GEJ, ANGUS K et al. Exercise interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2019 (10): CD002295

WHITTACKER R, MCROBBIE H, BULLEN C, et al. Mobile phone-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Apr 10;4(4):CD006611.

WRAY JM, FUNDERBURCK JS, ACKER JD, WRAY LO, MAISTO SA. Wray JM, et al. A Meta-Analysis of Brief Tobacco Interventions for Use in Integrated Primary Care. Nicotine Tob Res. 2018 Nov 15;20(12):1418-1426

Sites internet

HAS : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/corrige_anexe_criteres_cim-10_abus_dependance.pdf

STOP TABAC : <https://www.stop-tabac.ch/fr/testez-votre-dependance>

Questionnaire de Fagerström : <http://test-addicto.fr/tests/tabac/fagerstrom.html>

Test d'autoévaluation de Lagrue : http://test-addicto.fr/tests/tabac/motiv_tabac.html

Echelle d'auto-évaluation HAD : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_argumentaire_diagnostic.pdf

Echelle d'auto-évaluation HAD : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_argumentaire_diagnostic.pdf

OFDT. <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/tabac-et-cigarette-electronique/>
<https://loraddict.org/actualite/11-actualite-régionales/63-regional-entretien-d-entretien-en-addictologie-en-grand-est.html>

Colloque

Journée mondiale sans tabac « Quelle prévalence du tabagisme en France ? Qui sont les fumeurs ? » Santé publique France, mis à jour le 26 mai 2020