

Université de POITIERS
Faculté de Médecine et de Pharmacie

ANNEE 2020

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE
(arrêté du 17 juillet 1987)

Présentée et soutenue publiquement le 18 Septembre 2020 à Poitiers

Par Mademoiselle BRUERE Marie née le 11 octobre 1995.

Quels sont les facteurs favorisant l'arrêt du tabac ?

Composition du jury :

Président : Madame PAIN Stéphanie, Maître de conférences en Toxicologie

Membres : Monsieur AMAH Franck, Pharmacien d'officine

Directeur de thèse : Monsieur FAUCONNEAU Bernard, Professeur des
Universités en Toxicologie



PHARMACIE

Professeurs

- CARATO Pascal, Chimie Thérapeutique
- COUET William, Pharmacie Clinique
- DUPUIS Antoine, Pharmacie Clinique
- FAUCONNEAU Bernard, Toxicologie
- GUILLARD Jérôme, Pharmaco chimie
- IMBERT Christine, Parasitologie
- MARCHAND Sandrine, Pharmacocinétique
- OLIVIER Jean Christophe, Galénique
- PAGE Guylène, Biologie Cellulaire
- RABOUAN Sylvie, Chimie Physique, Chimie Analytique
- RAGOT Stéphanie, Santé Publique
- SARROUILHE Denis, Physiologie
- SEGUIN François, Biophysique, Biomathématiques

Maîtres de Conférences

- BARRA Anne, Immunologie-Hématologie
- BARRIER Laurence, Biochimie
- BODET Charles, Bactériologie (HDR)
- BON Delphine, Biophysique
- BRILLAULT Julien, Pharmacologie
- BUYCK Julien, Microbiologie
- CHARVET Caroline, Physiologie
- CHAUZY Alexia, Pharmacologie, pharmacocinétique
- DEBORDE Marie, Sciences Physico-Chimiques
- DELAGE Jacques, Biomathématiques, Biophysique
- FAVOT Laure, Biologie Cellulaire et Moléculaire
- GIRARDOT Marion, pharmacognosie, botanique, biodiversité végétale
- GREGOIRE Nicolas, Pharmacologie (HDR)
- HUSSAIN Didja, Pharmacie Galénique (HDR)
- INGRAND Sabrina, Toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile Pharmaco chimie

- PAIN Stéphanie, Toxicologie (HDR)
- RIOUX BILAN Agnès, Biochimie
- TEWES Frédéric, Chimie et Pharmaco chimie
- THEVENOT Sarah, Hygiène et Santé publique
- THOREAU Vincent, Biologie Cellulaire
- WAHL Anne, Pharmaco chimie, Produits naturels

AHU

- BINSON Guillaume

PAST - Maître de Conférences Associé

- DELOFFRE Clément, Pharmacien
- ELIOT Guillaume, Pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, Pharmacien

Professeur 2nd degré

- DEBAIL Didier
- GAY Julie

Poste de Doctorant

- FREYSSIN Aline

Remerciements

A mon directeur de thèse, Monsieur Bernard Fauconneau pour m'avoir aidée et guidée dans la rédaction de cette thèse. Merci pour votre disponibilité et vos précieux conseils.

A ma présidente de jury, Madame Stéphanie Pain, merci d'avoir accepté de présider ma soutenance de thèse.

A Madame et Monsieur Amah, mes titulaires, merci d'avoir accepté de faire partie du jury de ma thèse et de m'avoir laissé le temps de la rédiger.

A mes parents et mon frère, pour leur patience, leur soutien et leur aide au cours de ces années d'études. Merci à ma maman pour son aide dans la rédaction de ma thèse et le temps passé à la relecture de celle-ci.

A mes grands-parents, pour leur affection, leur soutien et leurs encouragements.

A toute ma famille, pour s'être intéressée à mes études et m'avoir soutenue et entourée.

A Cassandra, Salomé et Maureen, mes amies de longue date, pour leur présence, leur soutien et l'intérêt qu'elles ont porté à mon projet.

Au Zouz Gang : Alizée, Charline, Claire, Elodie, Louise, Pia, Sandra, Sophie, sans qui ces années de fac n'auraient pas été si réussies. Merci pour tous les moments partagés, de travail comme de soirées, j'espère qu'il y en aura encore beaucoup d'autres.

Sommaire

<u>Liste des figures</u>	7
<u>Liste des abréviations</u>	11
<u>Introduction</u>	12
I- <u>Le tabac</u>	13
I-1- <u>La situation en France</u>	14
I-1-1- Histoire du tabac	14
I-1-2- Quelques chiffres	14
I-2- <u>L'addiction</u>	15
I-2-1- Définition	15
I-2-2- Diagnostic	16
I-2-3- L'addiction au tabac	17
I-2-4- Le mécanisme de l'addiction	19
I-3- <u>La fumée de cigarette et ses composants</u>	21
I-3-1- Les alcaloïdes	21
I-3-2- Les oxydes de carbone : le monoxyde de carbone CO	22
I-3-3- Les irritants	23
I-3-4- Les agents cancérigènes	24
I-4- <u>Les conséquences du tabagisme</u>	24
I-4-1- La qualité de vie	25
I-4-2- La fertilité	26
I-4-3- La grossesse	26
I-4-4- Les maladies pulmonaires : la bronchopathie chronique obstructive ...	26
I-4-5- Les maladies cardiovasculaires	27
I-4-6- Les cancers	28
I-4-7- L'implication dans d'autres pathologies	29
I-4-8- Les interactions médicamenteuses	29

I-5- <u>Le tabagisme passif</u>	29
I-6- <u>Les conséquences économiques</u>	30
II- <u>Le sevrage tabagique</u>	32
II-1- <u>Définitions</u>	33
II-1-1- Le syndrome de sevrage	34
II-1-2- La rechute	34
II-2- <u>Les substituts nicotiniques</u>	35
II-2-1- La posologie	35
II-2-2- Voie transdermique	36
II-2-3- Voie orale	37
II-3- <u>Les médicaments</u>	38
II-3-1- Varénicline Champix®	38
II-3-2- Bupropion Zyban®	39
II-4- <u>La cigarette électronique</u>	39
II-5- <u>Les autres méthodes</u>	40
II-6- <u>Les campagnes anti-tabac</u>	41
II-6-1- Hausse des prix	41
II-6-2- Paquets neutres	42
II-6-3- Journée mondiale sans tabac et Mois sans tabac	42
II-6-4- Remboursement des substituts nicotiniques	43
III- <u>Analyse des résultats du questionnaire</u>	44
III-1- <u>Population de l'enquête</u>	45
III-2- <u>Les fumeurs</u>	50
III-3- <u>Les anciens fumeurs</u>	58

III-4- <u>Comparaison des résultats</u>	66
III-4-1- La durée et la quantité consommée	66
III-4-2- Les motivations	68
III-4-3- Le suivi médical	69
III-4-4- Les traitements substitutifs	69
III-4-5- Patch versus cigarette électronique	70
III-4-6- Le nombre d'essais	73
III-4-7- Comparaison des arrêts de longue durée	73
III-5- <u>Conclusion et discussion</u>	77
 <u>Conclusion</u>	 78
 <u>Annexe</u> : questionnaire patient	 79
 <u>Références bibliographiques</u>	 82
 <u>Résumé</u>	 87
 <u>Serment de Galien</u>	 88

Liste des figures

Figure 1 – Répartition des âges dans la population de l'enquête	45
Figure 2 – Moyenne d'âge des femmes	46
Figure 3 – Moyenne d'âge des hommes	46
Figure 4 – Répartition des situations professionnelles	46
Figure 5 – Les secteurs d'activité professionnelle	47
Figure 6 – Présence de fumeurs dans l'entourage	47
Figure 7 – Durée du tabagisme	48
Figure 8 – Quantité journalière de cigarettes fumées	48
Figure 9 – Les motivations à l'arrêt	48
Figure 10 – Les motivations en fonction de l'âge	49
Figure 11 – Les motivations en fonction du sexe	50
Figure 12 – Répartition des fumeurs en fonction de leur âge	50
Figure 13 – La situation professionnelle des fumeurs	51
Figure 14 – Le secteur d'activité des fumeurs	51
Figure 15 – Présence de fumeurs dans l'entourage des fumeurs	52
Figure 16 – Durée du tabagisme des fumeurs	52
Figure 17 – Quantité journalière consommée par les fumeurs	52
Figure 18 – Les motivations au sevrage chez les fumeurs	53
Figure 19 – Répartition du nombre d'essais chez les fumeurs	53
Figure 20 – La plus longue durée d'arrêt des fumeurs.....	53
Figure 21 – Le suivi médical des personnes ayant rechuté	53
Figure 22 – Les traitements de substitution des personnes ayant rechuté.....	54
Figure 23 – Les causes de la rechute	54
Figure 24 – Causes de rechute en fonction des motivations	55
Figure 25 – Moyenne d'âge des personnes ayant rechuté après 3 ans d'arrêt	55
Figure 26 – Situation professionnelle des personnes ayant rechuté après 3 ans d'arrêt	56

Figure 27 - Secteur d'activité des personnes ayant rechuté après 3 ans d'arrêt	56
Figure 28 – Durée du tabagisme chez les personnes ayant rechuté après 3 ans d'arrêt	56
Figure 29 – Quantité journalière consommée chez les personnes ayant rechuté après 3 ans d'arrêt	56
Figure 30 – Les motivations des personnes ayant rechuté après 3 ans d'arrêt	56
Figure 31 – Nombre d'essais des personnes ayant rechuté après 3 ans d'arrêt	57
Figure 32 – Suivi médical des personnes ayant rechuté après 3 ans d'arrêt	57
Figure 33 – Traitement de substitution des personnes ayant rechuté après 3 ans d'arrêt	57
Figure 34 – Les causes de rechute des personnes ayant arrêté depuis 3 ans	57
Figure 35 – Répartition des anciens fumeurs selon leur âge	58
Figure 36 – Situation professionnelle des anciens fumeurs	58
Figure 37 – Secteur d'activité des anciens fumeurs	59
Figure 38 – Durée du tabagisme des anciens fumeurs	59
Figure 39 – Quantité journalière consommée par les anciens fumeurs	59
Figure 40 – Présence de fumeurs dans l'entourage des anciens fumeurs.....	60
Figure 41 – Les motivations à l'arrêt des anciens fumeurs	60
Figure 42 – Répartition du nombre d'essais chez les anciens fumeurs	60
Figure 43 – Nombre d'essais en fonction des motivations à l'arrêt chez les anciens fumeurs	61
Figure 44 – La plus longue durée d'arrêt chez les anciens fumeurs	61
Figure 45 – Le suivi médical des anciens fumeurs	62
Figure 46 – Les traitements substitutifs utilisés par les anciens fumeurs	62
Figure 47 – Causes de rechutes chez les anciens fumeurs	63
Figure 48 – Moyenne d'âge des anciens fumeurs depuis plus de 3 ans	63
Figure 49 – Situation professionnelle des anciens fumeurs de plus de 3 ans	64
Figure 50 – Domaine d'activité des anciens fumeurs de plus de 3 ans	64
Figure 51 – Durée du tabagisme des anciens fumeurs depuis plus de 3 ans	64
Figure 52 – Quantité journalière consommée par les anciens fumeurs depuis plus de 3 ans	64

Figure 53 – Les motivations à l’arrêt chez les anciens fumeurs ayant arrêté depuis plus de 3 ans	65
Figure 54 – Nombre d’essais chez les anciens fumeurs ayant arrêté depuis plus de 3 ans	65
Figure 55 – Le suivi médical des anciens fumeurs ayant arrêté depuis plus de 3 ans.....	66
Figure 56 – Les traitements de substitution des anciens fumeurs ayant arrêté depuis plus de 3 ans	66
Figure 57 – Durée du tabagisme des fumeurs	66
Figure 58 – Durée du tabagisme des anciens fumeurs	66
Figure 59 – Quantité journalière consommée par les fumeurs	67
Figure 60 – Quantité journalière consommée par les anciens fumeurs	67
Figure 61 – Rechute ou arrêt en fonction du nombre de motivations	68
Figure 62 – La motivation des personnes ayant rechuté	68
Figure 63 – La motivation des anciens fumeurs	68
Figure 64 – Le suivi médical des personnes ayant rechuté	69
Figure 65 – Le suivi médical des anciens fumeurs	69
Figure 66 – Les traitements de substitution des personnes ayant rechuté	69
Figure 67 – Les traitements substitutifs utilisés par les anciens fumeurs	69
Figure 68 – Répartition fumeurs/ anciens fumeurs des utilisateurs de patchs	70
Figure 69 – Répartition fumeurs/ anciens fumeurs des utilisateurs de cigarette électronique	70
Figure 70 – Répartition hommes/femmes des utilisateurs de patchs	71
Figure 71 – Répartition hommes/femmes des utilisateurs de cigarette électronique	71
Figure 72 – Âge des personnes ayant eu recours aux patchs	71
Figure 73 – Âge des personnes utilisant la cigarette électronique	71
Figure 74 - Nombre d’essais chez les personnes ayant utilisé des patchs	71
Figure 75 – Nombre d’essais chez les utilisateurs de la cigarette électronique	71
Figure 76 – Durée d’arrêt des utilisateurs de patch	72
Figure 77 – Durée d’arrêt chez les utilisateurs de la cigarette électronique	72
Figure 78 - Répartition du nombre d’essais chez les fumeurs	73
Figure 79 – Répartition du nombre d’essais chez les anciens fumeurs	73

Figure 80 – Moyenne d’âge des personnes ayant rechuté après 3 ans d’arrêt	73
Figure 81 – Moyenne d’âge des anciens fumeurs ayant arrêté depuis plus de 3 ans	73
Figure 82 – Durée du tabagisme chez les personnes ayant rechuté après 3 ans d’arrêt	74
Figure 83 – Durée du tabagisme des anciens fumeurs ayant arrêté depuis plus de 3 ans	74
Figure 84 – Quantité journalière consommée chez les personnes ayant rechuté après 3 ans d’arrêt	74
Figure 85 - Quantité journalière consommée par les anciens fumeurs ayant arrêté depuis plus de 3 ans	74
Figure 86 – Les motivations des personnes ayant rechuté après 3 ans d’arrêt	75
Figure 87 – Les motivations à l’arrêt chez les anciens fumeurs ayant arrêté depuis plus de 3 ans	75
Figure 88 – Nombre d’essais des personnes ayant rechuté après 3 ans d’arrêt	75
Figure 89 – Nombre d’essais chez les anciens fumeurs ayant arrêté depuis plus de 3 ans ...	75
Figure 90 – Suivi médical des personnes ayant rechuté après 3 ans d’arrêt	76
Figure 91 – Suivi médical des anciens fumeurs ayant arrêté depuis plus de 3 ans	76
Figure 92 – Traitements de substitution des personnes ayant rechuté après 3 ans d’arrêt	76
Figure 93 – Traitements de substitution des anciens fumeurs ayant arrêté depuis plus de 3 ans	76

Liste des abréviations

AVC – Accident vasculaire cérébral

BPCO – Bronchopneumopathie Chronique Obstructive

CIM – Classification Internationale des Maladies

CO – Monoxyde de carbone

CO₂ – Dioxyde de Carbone

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

HDL – High Density Lipoprotein

HTA – Hypertension artérielle

IDM – Infarctus du myocarde

Insee – Institut national de statistique et des études économiques

LDL – Low Density Lipoprotein

OFDT – Observatoire français des drogues et toxicomanies

OMS – Organisation Mondiale de la Santé

ORL – Oto-rhino-laryngologie

VIH – Virus de l'immunodéficience humaine

Introduction⁽¹²⁾

Le tabagisme, première cause de mortalité évitable, est considéré comme une maladie à part entière. C'est l'une des maladies les plus fréquentes dans le monde. En France on comptait en 2018 25,4% de fumeurs quotidiens.

Le tabac tue chaque année plus de 5 millions de personnes dans le monde et pourrait, d'ici 2030, être responsable de plus de 8 millions de décès par an.

Les conséquences de la consommation du tabac, qu'elles soient sociales, médicales ou économiques, ne sont pas négligeables. La promotion du sevrage est donc nécessaire afin de réduire la prévalence de celui-ci.

Dans cette thèse, seront évoqués, dans une première partie, la consommation de tabac, son addiction et ses diverses répercussions. Dans une deuxième partie, le processus de sevrage et les moyens proposés aux fumeurs pour les aider dans cette démarche.

Chaque année, nombreux sont ceux qui tentent de se sevrer. En France en 2018, 56,5% des fumeurs quotidiens ont déclaré vouloir arrêter de fumer. Parmi ceux-ci, certains réussiront, d'autres échoueront. Mais pourquoi ? Quelles sont leurs motivations ? La différence de profils des fumeurs a-t-elle un impact sur la réussite de leur sevrage ? Quels sont les facteurs favorisant l'arrêt du tabac ?

Pour répondre à ces interrogations, un questionnaire destiné à des anciens fumeurs, à des fumeurs en cours de sevrage et à des fumeurs ayant essayé d'arrêter mais ayant rechuté, a été élaboré.

Dans une troisième partie, les résultats de cette enquête seront analysés pour rechercher les facteurs ayant contribué à la réussite ou à l'échec de leur sevrage.

I- Le tabac

I-1- La situation en France

I-1-1- Histoire du tabac ⁽⁵⁾ (31)

Le tabac fut introduit en France en 1556 par André Theret, il devient populaire quelques années plus tard grâce à Jean Nicot.

Il est utilisé à ses débuts comme une plante médicinale.

A la fin du XIXe siècle, au début de l'ère industrielle, la cigarette manufacturée est inventée. C'est le début d'une forte consommation dans le monde.

Cependant, la réelle accessibilité du tabac à toutes les classes sociales et aux femmes ne survient qu'après la seconde guerre mondiale. A cette époque, l'image positive du tabac et la publicité en sa faveur incitent à la consommation.

Ce n'est qu'en 1964 que les mentalités et l'avis sur le tabac commencent à changer.

A partir de 1975 on constate une diminution de la consommation de tabac.

Depuis le 27 février 2005 il est interdit de faire de la publicité en faveur du tabac.

Il est, depuis janvier 2007, interdit de fumer dans les lieux publics sauf dans les emplacements expressément réservés aux fumeurs.

I-1-2- Quelques chiffres⁽¹⁾ (7)

La France fait partie des pays européens les plus consommateurs de tabac, avec 25,4% de fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans en 2018. Le tabagisme, qu'il soit occasionnel ou quotidien concerne, pour la même année, 35,3% des hommes et 28,9% des femmes.

Cependant, une baisse de la consommation quotidienne est observée depuis quelques années. Entre 2017 et 2018, la prévalence de la consommation quotidienne est passée de 26,9% à 25,4%.

Si on prend en compte le tabagisme occasionnel, la prévalence du tabac s'élève en 2018, comme pour l'année 2017, à 32%.

La quantité journalière de cigarettes fumées était en 2018 de 13 cigarettes, soit 14 chez les hommes et 11,9 chez les femmes.

On constate des inégalités sociales dans le tabagisme. En effet, plus le revenu et le niveau de diplômes augmentent moins la prévalence du tabagisme quotidien est élevée. Cependant, ces inégalités tendent à diminuer.

En 2018, 56,5% des fumeurs quotidiens et 46,8% des fumeurs occasionnels ont déclaré avoir envie d'arrêter de fumer.

Cette même année, 24,9% des fumeurs quotidiens avaient fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine.

En ce qui concerne la cigarette électronique, 34,7% des 18-75 ans déclarent, en 2018, l'avoir déjà essayée. Parmi eux, 3,8% l'utilisent quotidiennement.

I-2- L'addiction

I-2-1- Définition ^{(5) (8) (19) (27)}

L'Institut Nord Américain des drogues définit l'addiction comme « une affection cérébrale chronique, récidivante, caractérisée par la recherche et l'usage compulsifs de drogue, malgré la connaissance de ses conséquences nocives ».

L'addiction, aussi appelée dépendance, est donc un comportement qui se traduit par l'envie irrésistible et répétée de consommer une substance malgré un désir réel d'arrêt et de nombreuses tentatives de sevrage. C'est une pathologie, un état durant lequel l'organisme n'est plus capable de poursuivre son fonctionnement physiologique sans consommer la substance addictive.

Différentes substances peuvent induire une dépendance. Le tabac serait la plus addictive avec 32% de consommateurs dépendants, suivi par l'héroïne et la cocaïne.

La dépendance peut survenir à n'importe quel âge, mais elle a plus de risque d'apparaître lorsque la consommation commence entre 15 et 25 ans. Les hommes sont plus concernés par l'addiction que les femmes.

L'addiction est favorisée par deux actions :

- Le **renforcement positif** induit par une consommation agréable poussant l'individu à recommencer.
- Le **renforcement négatif** lié au syndrome de sevrage souvent désagréable et douloureux apparaissant à l'arrêt de la consommation.

On distingue deux types de dépendance :

- **La dépendance physique** : liée à une adaptation de l'organisme à la consommation chronique d'une substance. Elle peut aboutir à l'accoutumance ou la tolérance du produit ainsi qu'au syndrome de sevrage à l'arrêt.
- **La dépendance psychique** : aussi appelée comportementale, elle correspond à un désir irrépressible et durable poussant l'individu à poursuivre son addiction. Liée à l'activation du système de récompense lors de la consommation, elle provient également de l'association du produit à des circonstances, personnes et lieux, ainsi qu'à la gestuelle. Elle est donc plus liée à l'individu qu'au produit lui-même.

Le conditionnement favorise l'apparition de la dépendance. Il correspond à un jumelage entre l'action pharmacologique d'un produit et des comportements. Le conditionnement est également un facteur important de rechute, surtout après une période d'abstinence.

4 paramètres sont reconnus comme facteurs de transformation d'un comportement normal en un comportement « pathologique » :

- Le renforcement positif.
- Le syndrome de manque lors du sevrage.
- L'assuétude correspondant au besoin irréprouvable de consommer la substance et aboutissant à une auto-administration compulsive.
- L'accoutumance, aussi appelée tolérance, qui correspond à une diminution des effets de la substance après son administration ou des prises répétées nécessitant une augmentation des doses ou du nombre de prises pour ressentir un effet identique à celui obtenu avant la tolérance.

Il est cependant important de noter que toutes les personnes consommant des drogues ne deviennent pas systématiquement dépendantes. Par exemple, parmi les fumeurs on considère que seuls 20 à 30% sont dépendants.

I-2-2- Diagnostic ⁽⁵⁾ (27)

Pour établir le diagnostic médical de l'addiction deux classifications sont utilisées. Il s'agit de la classification du DSM V de l'American Psychiatric Association et de la Classification Statistique internationale des maladies de l'OMS.

L'ouvrage de référence de l'addiction, «Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – DMS » créé par l'American Psychiatric Association, présente l'addiction comme l'utilisation inadéquate de produits pouvant entraîner des symptômes physiques et psychiques.

Cet ouvrage définit les 11 critères de diagnostic de l'addiction comme étant les suivants :

- Besoin impérieux et irréprouvable de consommer la substance (craving).
- Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance.
- Beaucoup de temps consacré à la recherche de substances.
- Augmentation de la tolérance au produit addictif.
- Présence d'un syndrome de sevrage qui correspond à l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation.
- Incapacité de remplir des obligations importantes.
- Usage même lorsqu'il y a un risque physique.
- Problèmes personnels ou sociaux.
- Désir ou efforts persistants pour diminuer les doses.
- Activités réduites au profit de la consommation.
- Poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques.

Selon le nombre de critères présents l'addiction est considérée comme :

- Faible : 2 à 3 critères présents.
- Modérée : 4 à 5 critères présents.
- Sévère : plus de 6 critères présents.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a créé la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé (CIM-10) qui diagnostique l'addiction par la présence d'au moins 3 des critères suivants en même temps au cours de la dernière année:

- Un désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive.
- Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation).
- Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoigne la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré.
- Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets.
- Poursuite de la consommation de la substance malgré ses conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

I-2-3- L'addiction au tabac ⁽⁵⁾ (33)

Dans le cas de la consommation de tabac, la dépendance peut être classée en 3 niveaux d'intensité.

- **La dépendance faible** : souvent le cas chez les jeunes fumeurs, il y a peu de fumée inhalée donc peu de nicotine absorbée. Dans ce cas la dépendance est surtout psychique.
- **Dépendance modérée** : la consommation se situe autour d'une cigarette par heure minimum, la fumée est inhalée et la nicotémie présente des pics élevés et répétitifs. On est dans le cas d'une consommation plaisir.
- **Dépendance sévère** : la consommation est autour d'une cigarette toutes les 30 minutes. La consommation a pour but de maintenir un niveau basal de nicotémie afin d'éviter les effets déplaisants du sevrage. Dans ce cas il n'y a plus de réel plaisir à la consommation.

Ces 3 niveaux de dépendances sont généralement successifs.

Le conditionnement et l'apprentissage sont des facteurs favorisant le développement de la dépendance au tabac. Le tabac est généralement associé à des ambiances conviviales, des situations reposantes et agréables. Le tabagisme est donc en partie maintenu par ces conditionnements et ce sont ces mêmes conditionnements qui sont les principaux facteurs de risque de la rechute.

- **Dépistage et quantification**

Pour dépister et quantifier la dépendance au tabac on utilise généralement le test de Fagerström.

Il se compose de 6 questions permettant d'obtenir un score. C'est ce score qui quantifie la dépendance.

Le test est le suivant :

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

L'interprétation se fait de la façon suivante :

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

Ce test peut être simplifié et réduit aux questions 1 et 4, ce qui donne le test suivant :

- 1- Le matin, combien de temps après être réveillé(e), fumez-vous votre première cigarette ?
 - a. Dans les 5 minutes = 3 points.
 - b. 6 - 30 minutes = 2 points.
 - c. 31 - 60 minutes = 1 point.
 - d. Plus de 60 minutes = 0 point.
- 2- Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?
 - a. 10 ou moins = 0 point.
 - b. 11 à 20 = 1 point.
 - c. 21 à 30 = 2 points.
 - d. 31 ou plus = 3 points.

Avec comme interprétation :

- Entre 0 et 1 point : pas de dépendance.
- Entre 2 et 3 points : dépendance modérée.
- Entre 4 et 6 : dépendance forte.

Dépister et quantifier le sevrage permet, par la suite, de déterminer un traitement personnalisé pour le sevrage.

I-2-4- Le mécanisme de l'addiction ⁽⁵⁾ ⁽⁸⁾

Toutes les drogues agissent par activation du système de récompense au niveau cérébral.

Ce système gère naturellement les désirs, plaisirs et émotions de chacun. Il permet d'assurer la motivation pour les comportements de survie comme l'alimentation et la reproduction. Le neurotransmetteur impliqué dans ce système est la dopamine.

Les drogues entraînent une augmentation de la libération de dopamine au niveau du cerveau, dans le noyau accumbens. C'est cette libération qui induit la sensation de plaisir et de satisfaction.

L'addiction aboutit à un dérèglement de certaines structures cérébrales interagissant avec le système de récompense.

Parmi ces structures on retrouve :

- L'amygdale jouant un rôle dans les émotions et le conditionnement.
- L'hippocampe ayant un rôle dans la mémoire.
- La zone corticale, frontale : liée aux fonctions exécutrices et à la planification des actions. Le dérèglement de cette zone empêche l'individu de contrôler son comportement.

L'addiction induit donc une perte de contrôle sur la consommation de drogues. La consommation est compulsive, elle persévère malgré une connaissance de ses effets néfastes. L'intérêt de l'individu devient alors centré sur la drogue au détriment d'autres occupations (professionnelles, relationnelles, ...).

Le circuit dopaminergique a donc un rôle important dans le processus de dépendance. Cependant, la dopamine n'est pas le seul neuromédiateur responsable ; la noradrénaline, l'acétylcholine et la sérotonine jouent également un rôle dans l'apparition et le maintien de la dépendance.

Il est difficile de sortir de l'addiction, la prévention est donc essentielle !

- **Cas du tabac** ⁽³⁾

L'addiction, aussi appelée dépendance pharmacologique ou dépendance chimique, est le résultat d'une modification anatomique cérébrale qui correspond à une augmentation du nombre de récepteurs nicotiniques.

Lorsqu'une cigarette est fumée, la nicotine, qui est un agoniste de l'acétylcholine, est diffusée vers le cerveau où elle va se fixer sur les récepteurs nicotiniques. La quantité de nicotine étant importante, ces récepteurs vont rapidement être saturés ce qui entraîne la synthèse de nouveaux récepteurs.

Lors d'un arrêt de consommation de nicotine, ces récepteurs se retrouvent donc libres et le symptôme de manque apparaît.

Lorsque le sevrage est initié, c'est sur ces récepteurs qu'il faut agir. Les récepteurs doivent être saturés pour éviter les symptômes du manque mais leur quantité doit diminuer et leur sensibilité être rétablie pour guérir la maladie chronique qu'est l'addiction.

De plus, la fixation de la nicotine aux récepteurs libère de la dopamine qui va avoir un effet renforçant de la nicotine poussant le fumeur à renouveler sa consommation.

Lors du sevrage, il y a diminution voire blocage des transmissions dopaminergiques, des sentiments de mal être, stress et dépression peuvent apparaître.

La sensation de plaisir apportée par la nicotine est donc liée à la sur-activation du système de récompense cérébral et à l'augmentation du taux de dopamine.

I-3- La fumée de cigarette et ses composants ⁽⁵⁾

Lors de la consommation d'une cigarette, la libération de fumée est composée de trois courants :

- Le **courant primaire** lié à l'aspiration directe de la fumée par le fumeur.
- Le **courant secondaire** qui est composé de la fumée résultant de la combustion spontanée de la cigarette et de la fumée exhalée par le fumeur.
- Le **courant tertiaire** correspondant aux particules et molécules déposées sur les surfaces du milieu ambiant.

Les courants secondaires et tertiaires sont responsables du tabagisme passif, le courant tertiaire étant le plus nocif.

La fumée de cigarette contient plus de 4 000 composants parmi lesquels plus de 60 sont reconnus cancérogènes et plusieurs centaines sont toxiques. Les compositions exactes et les concentrations de ces composants sont variables.

Ces composants peuvent être divisés en 4 catégories :

- Les alcaloïdes du tabac.
- Les oxydes de carbone.
- Les irritants.
- Les agents cancérogènes.

I-3-1- Les alcaloïdes ⁽⁵⁾

Le principal alcaloïde du tabac est la nicotine.

La nicotine est présente dans toute la plante mais surtout dans les feuilles. Elle se présente sous forme d'un liquide incolore.

Elle était autrefois utilisée comme pesticide, c'est un poison très puissant.

Un surdosage en nicotine peut entraîner de multiples symptômes comme des nausées, palpitations, céphalées, insomnies, diarrhées, vertiges, étourdissements, douleurs abdominales, diminution de l'acuité auditive, faiblesse généralisée, ...

A dose élevée des signes plus graves peuvent survenir : hypotension, pouls faible et irrégulier, gêne respiratoire, prostration, collapsus cardiovasculaire, convulsions.

La nicotine est le principal composant responsable de l'addiction, cependant l'association d'alcaloïdes renforce ce phénomène.

Il ne faut également pas négliger que des doses de nicotine tolérées chez le fumeur peuvent être à l'origine d'une intoxication aiguë chez les jeunes enfants pouvant être fatale.

- **Mode d'action**

La nicotine est un agoniste de l'acétylcholine, elle a donc une action acetylcholino-mimétique sur les récepteurs cholinergiques.

Au niveau cardiovasculaire elle induit une vasoconstriction, une tachycardie et augmente la pression artérielle.

Au niveau de l'hippocampe, zone riche en récepteurs cholinergiques, elle favorise la transmission synaptique ce qui stimule l'intellect, facilite la concentration et la mémoire.

Ces récepteurs sont répandus dans l'organisme, l'action de la nicotine est donc diffuse.

Cependant, une forte dose de nicotine bloque ces récepteurs, alors qu'une faible dose les stimule.

Une dose de nicotine équivalente à celle prise dans une cigarette a un effet stimulant sur le cortex cérébral, la réaction d'éveil obtenue est similaire à celle obtenue par des stimuli auditifs et visuels. Cet effet est d'autant plus marqué par la première cigarette du matin.

Cependant, cet effet varie selon les conditions de consommation du fumeur, s'il présente un stress le matin la première cigarette sera relaxante.

En général, en situation d'anxiété, la cigarette aura un effet déprimeur, c'est-à-dire relaxant. En situation d'isolement de tout stimulus, elle aura un effet excitant.

Les doses de nicotine absorbées varient selon l'intensité et le nombre de bouffées, la profondeur de l'inhalation et le degré de dilution de la fumée dans l'air inspiré. Il est donc difficile d'estimer la quantité de nicotine réellement absorbée.

I-3-2- Les oxydes de carbone : le monoxyde de carbone CO ^{(3) (5)}

On retrouve, entre autre, lors de la combustion du tabac la libération de monoxyde de carbone. Obtenue après une combustion incomplète, c'est un gaz dangereux et mortel lors de son inhalation.

Le monoxyde de carbone se fixe sur l'hémoglobine du globule rouge à la place de l'oxygène, avec une affinité 250 fois supérieure à celui-ci. L'oxygène transporté par l'hémoglobine et le dioxyde de carbone (CO₂) libéré par celle-ci ne sont donc plus transportés, l'oxygénation de l'organisme est altérée. L'inhalation de CO engendre alors une anoxie et une accumulation de CO₂ au niveau tissulaire pouvant entraîner des manifestations neurologiques et cardiovasculaires.

Les manifestations cardiovasculaires liées à l'appauvrissement des taux d'oxygène dans les organes, entraînant une moins bonne adaptation à l'effort, sont la tachycardie et l'hypertension artérielle.

Le CO a également un effet athérogène par action directe sur les parois vasculaires.

Lors de son inhalation, des nausées et vomissements peuvent également apparaître. En cas d'intoxication on retrouve également des céphalées et vertiges. Une exposition importante au CO peut aboutir à des signes neurologiques et sensoriels comme une excitation, de l'agitation, une ataxie pouvant aller jusqu'à une perte de conscience et un coma.

Chez la femme enceinte, le risque est accru pour le fœtus. En effet, les effets du CO seront retardés mais plus intenses et prolongés.

I-3-3- Les irritants

- **Goudrons** ⁽⁵⁾

Le goudron, provenant de la combustion du tabac, est une substance noire collante. Il contient un mélange d'une centaine de substances chimiques dont beaucoup sont également cancérigènes.

- **Méthanal** ⁽⁵⁾

Au cours de la combustion, du méthanal CH_2O aussi appelé formaldéhyde, formol ou aldéhyde formique est formé. C'est un produit cancérigène également libéré dans les feux de forêt et les gaz d'échappement de voiture.

Il entraîne une irritation des yeux et des muqueuses aboutissant à des conjonctivites, céphalées et troubles respiratoires.

Ce composé favorise également le développement de cancers nasopharyngés.

Il est important de prendre en compte la quantité libérée dans l'environnement qui est 50 fois supérieure à celle inhalée par le fumeur. Les milieux enfumés sont donc très concentrés et présentent un risque important pour les fumeurs et les non-fumeurs.

- **Autres** ^{(3) (5)}

Des particules fines sont également libérées. Elles sont responsables de pathologies cardiaques, de thromboses et d'irritations.

Les irritants ont une action non négligeable sur les poumons. Ils diminuent les défenses immunitaires entraînant une accumulation et une stase de particules toxiques, irritantes et souvent cancérigènes. Cette accumulation est responsable de troubles respiratoires obstructifs.

De plus, les irritants modifient la qualité du mucus et perturbent la motilité ciliaire, responsable du drainage du mucus, au niveau des voies respiratoires. Cela aboutit à un mauvais nettoyage pulmonaire qui va accentuer l'accumulation des irritants qui pourront

migrer vers les poumons profonds. Cette migration favorise l'apparition d'asthme et de Bronchopneumopathie Chronique Obstructive appelé BPCO.

Pour la majorité de ces composants la concentration dans le milieu ambiant est bien supérieure à celle inhalée par le fumeur !

I-3-4- Les agents cancérigènes ⁽⁵⁾

Beaucoup de composés irritants sont également cancérigènes comme les goudrons, le méthanal ou le benzène.

Ils touchent principalement les voies respiratoires et bronchiques.

L'action tumorale de la fumée est faible, mais son rôle promoteur est indiscutable. En effet, ce sont les transformations internes des agents cancérigènes qui aboutissent à la formation de cancer.

Comme vu précédemment, l'effet inhibiteur des composés irritants sur les cellules ciliaires favorise la rétention et l'accumulation de substances cancérigènes au niveau du poumon profond.

I-4- Les conséquences du tabagisme ^{(3) (5) (23)}

Le tabac est, avec la consommation nocive d'alcool, la première cause de mortalité évitable en France. Le tabagisme est en tête des autres drogues sur le plan du risque pour la santé.

1 décès sur 5, soit environ 73 000 décès par an, sont attribuables à la consommation de tabac. On considère qu'un fumeur sur deux ayant fumé toute sa vie mourra d'une maladie liée au tabac.

Le tabagisme actif est responsable de plus de 100 pathologies.

3 types de pathologies sont en majorité causées par le tabac :

- Les maladies cardiovasculaires : infarctus du myocarde (IDM), accident vasculaire cérébral (AVC), maladies vasculaires périphériques, hypertension artérielle (HTA).
- Les maladies pulmonaires : bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), emphysème.
- Les cancers : poumons, voies aérodigestives, vessie.

La gravité de ces pathologies est en relation avec la durée et la fréquence du tabagisme, le nombre de cigarettes consommées et le taux de goudron absorbé.

La mortalité liée au tabac touche plus les hommes que les femmes car leur consommation est plus importante. Cependant, le tabagisme tend aujourd'hui à diminuer chez les hommes et augmenter chez les femmes.

Le tabac n'est pas uniquement néfaste pour le fumeur, 3000 décès sont liés chaque année au tabagisme passif.

En 2008, l'OMS indiquait que le tabac joue un rôle dans 6 des 8 principales maladies causes de mortalité qui sont :

- Les cardiopathies ischémiques.
- Les maladies cardiovasculaires.
- Les infections des voies respiratoires basses.
- La BPCO.
- Le VIH.
- Les maladies diarrhéiques.
- La tuberculose.
- Les cancers de la trachée, des poumons et des bronches.

Seul le VIH et les maladies diarrhéiques ne sont pas influencés par la consommation de tabac.

I-4-1- La qualité de vie ⁽³⁾ ⁽⁵⁾

Le dépôt des différents composants du tabac sur la peau et les cheveux a des conséquences.

Au niveau cutané, en plus d'augmenter le risque de cancer, il altère la qualité de la peau. Les pores de la peau sont obstrués et des troubles dermatologiques comme le psoriasis, l'eczéma ou la dermatite séborrhéique peuvent apparaître. La peau est déshydratée, le vieillissement cutané est donc accéléré et des rides apparaissent précocement.

Le tabagisme a également un impact sur les phanères : les ongles et les cheveux sont plus cassants.

A l'arrêt du tabac une amélioration de la qualité de la peau sera rapidement observée.

Une altération des sens est fréquemment retrouvée chez les fumeurs. Ceux-ci présentent généralement une agueusie qui est une perte du goût liée à l'altération de la muqueuse linguale, et une anosmie correspondant à une perte d'odorat. Le retour des sens à un état correct aura lieu une quinzaine de jours après l'arrêt.

Au niveau buccal, les parodontites sont plus fréquentes chez les fumeurs. Elles correspondent à une inflammation et infection du parodonte qui regroupe la gencive, l'os alvéolaire et le desmodonte. A ce niveau, on peut également retrouver une coloration des dents et une mauvaise haleine.

D'autres signes peuvent apparaître comme une irritation oculaire, une altération de la voix ainsi qu'une toux grasse en particulier le matin.

La nicotine affecte aussi l'appétit et le métabolisme. Les fumeurs ont un poids en moyenne plus faible que les non-fumeurs. Ceci explique le risque de prise de poids à l'arrêt du tabac, qui peut aussi être expliqué par une compensation du manque par la nourriture.

I-4-2- La fertilité ⁽⁵⁾

Fumer limite les chances de concevoir un enfant. En effet, la fertilité est diminuée chez les femmes et les hommes. Cette diminution étant plus marquée chez les femmes.

Cette infertilité est en lien avec la quantité consommée quotidiennement.

Chez l'homme on peut également observer des troubles de la sexualité, comme l'impuissance, liés à l'altération des vaisseaux.

I-4-3- La grossesse ⁽⁵⁾

La fumeuse sera plus sujette à des avortements spontanés, des accouchements prématurés ou des grossesses extra-utérines.

Le tabagisme peut également entraîner chez le fœtus des malformations cardiaques congénitales, des malformations du système nerveux central et des anomalies morphologiques.

Même de faibles doses peuvent être associées à une augmentation du risque de fausses couches, de mortalité périnatale, d'hypotrophie fœtale ou de mort subite du nourrisson.

Le sevrage complet au cours de la grossesse est donc conseillé.

La consommation de tabac est également un facteur de risque d'asthme chez l'enfant.

I-4-4- Les maladies pulmonaires : la bronchopathie chronique obstructive ^{(3) (5)}

Essentiellement liées au tabagisme, 85% des BPCO surviennent chez des fumeurs ou anciens fumeurs.

La bronchopathie chronique obstructive (BPCO) est liée à l'inflammation des voies respiratoires.

Cette inflammation est couplée à une hypersécrétion de mucus par les bronchioles qui va être suivie d'une diminution du diamètre et de l'épaississement des parois de celles-ci.

S'en suit une destruction de la paroi alvéolaire et l'apparition d'un emphysème.

L'obstruction des voies respiratoires est asymptomatique et progresse lentement.

Les symptômes apparaissent donc tardivement. On retrouve une toux persistante, des essoufflements, des expectorations anormales.

A long terme, si le tabagisme n'est pas stoppé, la BPCO aboutit à une insuffisance respiratoire sévère. De plus, elle multiplie par 2 le risque de développer un cancer du poumon.

L'évolution étant lente, le diagnostic est généralement tardif. Il n'y a pas de traitement curatif à la BPCO, il existe seulement des traitements visant à ralentir l'évolution et soulager les symptômes.

Le goudron, irritant, favorise les infections pulmonaires ce qui peut aboutir au développement d'une BPCO et d'un emphysème entraînant une hypoventilation tissulaire et une diminution de la résistance aux efforts physiques.

La fonction d'épuration des poumons étant altérée, la fréquence de survenue d'infections respiratoires est plus importante.

Au niveau respiratoire, la consommation de tabac est également un facteur d'aggravation de l'asthme.

I-4-5- Les maladies cardiovasculaires ⁽³⁾ ⁽⁵⁾

Le tabagisme peut entraîner l'apparition d'athérosclérose qui est une atteinte des vaisseaux, d'installation et de régression lente.

La nicotine altère les processus de coagulation, augmente la fréquence et le débit cardiaque, ce qui aboutit à un risque accentué de développement d'athérosclérose. De plus, le tabac influence le métabolisme lipidique, les LDL et VLDL sont augmentées, le risque d'athérosclérose aussi.

Ces atteintes vasculaires sont à l'origine d'angine de poitrine, d'infarctus du myocarde dont le tabac est le principal facteur de risque, d'accidents vasculaires cérébraux, d'anévrismes, d'atteintes des membres inférieurs, ... Chez les hommes cette atteinte vasculaire peut augmenter le risque d'impuissance.

L'hypertension artérielle et la tachycardie liées à la consommation de tabac conduisent à une majoration des besoins en oxygène de l'organisme. L'adaptation de l'apport d'oxygène n'étant pas possible à cause de la présence du CO, il y a un risque d'ischémie pouvant aboutir à un infarctus du myocarde et une défaillance cardiaque.

Le risque d'infarctus du myocarde est également plus élevé chez les fumeurs passifs.

Chez les femmes, l'association du tabac à une contraception œstrogénique majeure le risque thrombotique et favorise la survenue de thrombophlébite, d'embolie pulmonaire, voire d'infarctus du myocarde et d'accident vasculaire cérébral.

Tous ces risques sont en lien avec la quantité de tabac fumée, le risque augmente avec la quantité journalière consommée.

A l'arrêt du tabac le risque cardiovasculaire diminue mais ne reviendra jamais au même niveau que celui d'un non-fumeur.

I-4-6- Les cancers ⁽⁵⁾ (23) (29)

Un cancer sur trois est dû au tabagisme.

Les principaux responsables de ces cancers sont les goudrons et les produits issus de la combustion. La variabilité génétique intervient également dans le développement de ces cancers.

Les localisations sont multiples, le tabac serait impliqué dans 17 localisations différentes de cancers. Ce sont principalement les organes en contact direct avec la fumée et les produits de dégradation qui sont touchés : sphère ORL (poumons, gorge, bouche, œsophage), pancréas, reins, vessie, ...

Le tabac est responsable de 70% des cancers des voies aérodigestives supérieures. L'irritation répétée par la fumée favorisant les cancers du pharynx et larynx.

La fréquence des cancers ORL et buccodentaire est d'autant plus importante si le patient présente une addiction tabagique et alcoolique.

Le risque de cancer de la bouche est dix fois plus important chez le fumeur, cependant ce risque diminue lors du sevrage jusqu'à rejoindre celui du non-fumeur au bout de 10 ans.

Le tabac est également responsable de 50% des cancers de la vessie.

En ce qui concerne les poumons, 90% des cas sont liés au tabagisme actif et 5% au tabagisme passif. C'est la durée du tabagisme qui a un impact sur la survenue de ce cancer.

Le monoxyde de carbone entraîne une diminution de l'oxygénation du sang aboutissant à des dyspnées, essoufflements et augmentation du risque de mal des montagnes. Il est également une cause de cancer des poumons.

Il a cependant été constaté que le tabagisme chronique réduirait le risque de survenue de cancer de la thyroïde. La diminution de ce risque serait dose dépendante et reviendrait à la normale à l'arrêt du tabac.

I-4-7- L'implication dans d'autres pathologies ⁽³⁾ ⁽⁵⁾

Le tabac peut favoriser l'apparition ou entraîner l'aggravation de diverses pathologies.

Par exemple, la consommation de tabac peut favoriser l'apparition ou l'aggravation de polyarthrite rhumatoïde.

Elle augmente également le risque d'apparition de diabète de type II, de la maladie de Crohn.

Le tabac est associé à des complications post-opératoires telles que des retards de cicatrisation et des infections.

Le tabagisme augmente la fréquence et le risque d'aggravation des maladies infectieuses, augmente la survenue de pathologies œsophagiennes telles que les reflux et les œsophagites, entraîne la survenue de pathologies digestives comme les ulcères.

Les ulcères sont aussi favorisés par la diminution de la synthèse de prostaglandines cytoprotectrices suite à la consommation de tabac, ce qui ralentit la cicatrisation des parois gastriques lors de lésions.

Le tabac peut également aggraver des douleurs dorsales et modifier de façon délétère les muscles squelettiques et tendons.

I-4-8- Les interactions médicamenteuses ⁽⁵⁾ ⁽³⁾

Attention, le tabac est un inducteur enzymatique, il entraîne donc une élimination plus rapide de certains médicaments dans l'organisme comme la Clozapine Leponex® qui est un antipsychotique, le Ropinirole Requip® utilisé dans la maladie de parkinson ou encore la Méthadone utilisée dans la prise en charge de dépendances aux opiacés.

Lors du sevrage il y a donc un risque de surdosage de ces traitements ! La posologie de ces traitements doit donc être revue.

I-5- Le tabagisme passif ⁽⁵⁾ ⁽³⁾ ⁽³⁰⁾

Le tabagisme passif est défini comme l'inhalation régulière par un non-fumeur de la fumée de tabac provenant d'un fumeur.

Pendant longtemps négligé, ses conséquences sont aujourd'hui bien connues.

Ce sont les courants secondaire et tertiaire qui sont responsables du tabagisme passif.

Lors de la consommation de cigarettes, 50% de la fumée est inhalée puis rejetée et 50% est libérée directement dans l'environnement. Le rejet de fumée inhalée par le fumeur et celle libérée dans l'environnement correspondent au courant secondaire.

Le courant tertiaire, le plus nocif, correspond à la contamination de l'environnement après extinction de la cigarette. La nicotine, les gaz et des particules fines sont déposées sur les

surfaces, objets, vêtements, cheveux, ... Ce courant persiste très longtemps malgré une aération pendant et après la combustion. Il contient des molécules cancérogènes et est très sensible aux transformations chimiques ce qui majore sa toxicité.

Le tabagisme passif est d'autant plus important dans les lieux clos.

Aujourd'hui, des zones réservées aux fumeurs sont mises en place. Cependant, ces zones ne sont pas toujours adaptées. En théorie, elles devraient être au minimum à 9 mètres des zones non-fumeur pour avoir un effet non contaminant.

Les enfants sont les premières cibles du tabagisme passif. Le tabagisme passif a un effet délétère chez eux avec un risque plus élevé de mort subite du nourrisson, une augmentation de la survenue de pathologies infectieuses bénignes comme des otites, bronchites, gastro-entérites, mais également l'apparition d'allergie et d'asthme.

Le tabagisme passif augmente, chez tous les sujets, le risque de mortalité cardio-vasculaire et d'aggravation de l'asthme. De plus, une exposition prolongée à la fumée augmente le risque de développer un cancer du poumon de 30%.

Le tabagisme, qu'il soit actif ou passif, a des répercussions négatives sur la femme enceinte et le futur enfant avec un risque de faible poids à la naissance.

Une exposition à la fumée secondaire peut également entraver une tentative de sevrage tabagique.

Il ne faut pas non plus négliger l'impact de la cigarette électronique sur l'environnement.

Une diminution de l'exposition au tabagisme passif améliore donc la santé de tous !

I-6- Les conséquences économiques ⁽⁶⁾ ⁽²¹⁾ ⁽²²⁾

Que ce soit en France ou dans le monde, le tabac est majoritairement consommé par les classes sociales les plus défavorisées.

Les dépenses liées à la consommation du tabac représentent dans ces catégories sociales une part importante du revenu de la famille. Le budget attribué à l'achat du tabac ne peut donc pas être utilisé pour des besoins essentiels comme l'alimentation, le logement, l'éducation ou la santé.

Le tabac et la pauvreté forment alors un cercle vicieux : la pauvreté étant aggravée par la consommation du tabac.

Le tabagisme a également un impact important sur l'économie de la société. Il induit un coût extrêmement élevé à la collectivité.

Plusieurs types de coûts sont distingués et regroupés sous le nom de « coût social » :

- Les coûts directs : dépenses pour soigner les malades.
- Les coûts indirects : indemnisation des arrêts maladies.
- Les coûts externes : valeur des vies humaines perdues, perte de la qualité de vie pour les malades, pertes de production.
- Le coût pour les finances publiques : différence entre le coût des soins et dépenses de prévention et les recettes des taxes et les économies liées aux retraites non versées.

En France, en 2010, le coût social du tabac s'élevait à 120 milliards d'euros dont 85% provenaient des coûts externes.

En plus du coût important pour la société, le tabac peut nuire à l'économie et dans certains pays constituer un frein majeur au développement.

La consommation de tabac détourne une partie des revenus des particuliers des autres secteurs de consommation. L'arrêt du tabac permet de reporter les dépenses sur ces autres secteurs qui sont dans la majorité plus créateurs d'emplois que le tabac.

II- Le sevrage tabagique

II-1- Définitions ⁽³⁾ ⁽⁵⁾ ⁽³⁰⁾

Le sevrage tabagique est défini par un arrêt de la consommation de tabac.

La dépendance au tabac doit être considérée comme une maladie chronique. Son sevrage est donc intensif et complexe.

Avant de choisir une stratégie de sevrage, il est essentiel d'évaluer la dépendance de l'individu en réalisant une consultation, un questionnement, le test de Fagerström ou un dosage des marqueurs biologiques. Ces marqueurs peuvent être spécifiques de la consommation de tabac comme la nicotine, cotine et trans 3'-hydroxycotines, ou non spécifiques comme l'oxyde de carbone ou le cadmium.

Il est également important de prendre en compte tout traitement médicamenteux, état dépressif ou consommation simultanée d'autres drogues.

Plusieurs techniques ont fait leurs preuves dans le sevrage tabagique. Parmi lesquelles :

- L'utilisation de substituts nicotiniques diminuant les symptômes de dépendance physique et permettant de doubler le taux de réussite du sevrage (de 10 à 20%).
- Les thérapies comportementales et cognitives ayant pour but d'aider le fumeur à se débarrasser du comportement néfaste en recherchant les causes et la nature de son tabagisme.

En théorie, la combinaison de plusieurs traitements est plus efficace que l'utilisation d'un seul outil. L'idéal serait l'association de la motivation du patient, de la prise en charge psychologique et de l'accompagnement, ainsi que du traitement médicamenteux.

Dans tous les cas, un suivi médical est nécessaire lors du sevrage tabagique. Cette aide médicalisée augmenterait les chances de réussite et diminuerait le risque de rechute. En effet, parmi les nombreux fumeurs arrêtant seuls et sans aide, seuls 3 à 7% restent abstinents plus de 1 an.

Malgré tout, il ne faut pas oublier que chaque fumeur est différent et nécessite donc un traitement personnalisé.

Il n'y a pas de solution miracle, certaines personnes réussiront immédiatement alors que d'autres rechuteront malgré un certain nombre d'aides. Une prise en charge médicalisée est tout de même conseillée en cas de pathologie organique ou psychiatrique déclarée.

Quelle que soit la méthode choisie, le futur ex-fumeur doit s'entourer de conditions favorables et respecter certains conseils :

- Boire une quantité d'eau suffisante pour combler le manque du tabac et éliminer les toxines.
- Manger sainement : fibres, fruits et légumes, éviter les produits trop gras, limiter la consommation de viande.
- Avoir une activité physique régulière.
- Eviter les substances excitantes, cannabis, alcool ou caféine, elles peuvent avoir une action renforçante croisée avec la nicotine.

Il est aujourd'hui admis qu'un sevrage avant 30 ans rétablit l'espérance de vie au même niveau que celle d'un non-fumeur.

II-1-1- Le syndrome de sevrage

Lorsqu'une dépendance à un produit est installée, un syndrome de sevrage peut apparaître à son arrêt. Celui-ci se manifeste par des troubles neurologiques, psychiques et métaboliques.

Les symptômes apparaissant lors du sevrage tabagique sont plus faibles que ceux observés lors du sevrage de drogues dites « dures ». Les plus fréquents sont les suivants : insomnie, sommeil agité, irritabilité, anxiété, tendance dépressive, hyperactivité, augmentation de l'appétit.

Le sevrage tabagique peut également être associé à une exacerbation des maladies psychiatriques sous-jacentes. Il est important de suivre les personnes ayant des antécédents de dépression.

II-1-2- La rechute

Lors du sevrage la rechute est fréquente. Statistiquement, 50% des personnes rechutent dans l'année suivant l'arrêt. La rechute ne doit pas être perçue comme un échec, elle fait partie du processus de sevrage.

Le rôle de l'environnement socio-économique est important dans la réussite du sevrage. L'environnement socio-économique et le stress sont les principaux facteurs de rechute. Le choix de la méthode est donc dépendant des conditions socio-économiques et culturelles entourant le fumeur.

Il faut garder à l'esprit que l'envie et le besoin de fumer sont inscrits dans la mémoire du fumeur, un seul faux pas suffit pour entraîner la rechute. La consommation d'une seule cigarette peut entraîner une rechute chez les fumeurs, et en moins de 24h, un retour à un tabagisme régulier.

Afin d'améliorer la réussite du sevrage le traitement doit être prolongé et associé à une forte détermination et motivation.

II-2- Les substituts nicotiniques ⁽³⁾ ⁽¹¹⁾

Ils sont aujourd'hui pris en charge sur prescription médicale par la sécurité sociale à hauteur de 65%.

Ils peuvent être prescrits par les médecins généralistes, les sages-femmes, les médecins du travail, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les kinésithérapeutes.

Les traitements par substituts nicotiniques sont une aide au sevrage tabagique, ils vont permettre de diminuer puis/ou arrêter la consommation de cigarettes.

Ces substituts délivrent une quantité de nicotine permettant de réduire voir supprimer l'effet de manque suite à l'arrêt du tabac.

Pour rappel, l'apport de nicotine, lorsqu'une cigarette est fumée, va saturer les récepteurs nicotiniques au niveau du cerveau, les désensibiliser et induire une synthèse de nouveaux récepteurs.

L'objectif des substituts nicotiniques va être, par une délivrance de nicotine plus lente et sans pic, de saturer les récepteurs nicotiniques pour éviter l'effet de manque sans stimuler la production de nouveaux récepteurs et donc diminuer leur quantité.

Ces traitements diminuent donc l'effet de manque en saturant les récepteurs nicotiniques et traitent la dépendance en diminuant leur nombre.

II-2-1- La posologie ⁽³⁾ ⁽²⁴⁾

Elle est fonction de la quantité journalière consommée et de l'heure de la première cigarette.

En théorie, une personne peu dépendante ne nécessitera pas obligatoirement de traitement médicamenteux, et une personne très dépendante nécessitera une association patch et forme orale.

En pratique, l'équation suivante est utilisée : 1 cigarette = 1 mg de nicotine.

A l'arrêt, la quantité de nicotine apportée par le traitement doit être similaire à celle fumée. Par exemple si l'individu consomme 30 cigarettes par jour, son traitement sera composé d'un patch à 21mg de nicotine et de 9 mg sous forme de patch ou de forme orale.

Par ailleurs, il faut savoir que tous les fumeurs n'absorbent pas la même quantité de nicotine lorsqu'ils fument.

On considère que les patchs représentent le traitement de fond et les formes orales les interdoses. Il n'y a pas de danger à associer les 2 formes tant que l'envie de fumer se fait ressentir.

Au cours du traitement, des signes de surdosages ou sous-dosages peuvent apparaître, ils sont généralement transitoires et réversibles à l'arrêt ou à la diminution des doses.

Les signes de surdosage fréquemment rencontrés sont la sensation d'avoir trop fumé, des nausées, une tachycardie.

Dans le cas du sous-dosage on retrouve une envie de fumer, de la nervosité, des fringales pouvant entraîner du grignotage, des troubles du sommeil. Dans ce cas, la personne peut également continuer de fumer.

Dans un cas comme dans l'autre la posologie doit être réadaptée. En situation de sous-dosage, si la personne consomme plus de 8 formes orales ou cigarettes par jour en complément d'un patch, il est conseillé d'augmenter la posologie du patch ou d'associer 2 patches.

Des effets indésirables peuvent être rencontrés.

Les réactions allergiques sont rares mais peuvent survenir avec les patches, il s'agit généralement de réactions à l'adhésif.

On retrouve fréquemment des maux de tête, étourdissements, hoquets, maux de gorge, irritation ou sécheresse buccale, nausées, vomissements, troubles digestifs.

Des palpitations sont parfois présentes.

Il y a également de rares cas de troubles du rythme cardiaque.

Il faut bien évidemment garder en mémoire qu'il est toujours moins dangereux de prendre des substituts nicotiniques que de fumer.

II-2-2- Voie transdermique ⁽³⁾ ⁽⁵⁾ ⁽²⁵⁾

Il s'agit des patches.

La diffusion se fait de la peau vers le cerveau sur une durée de 16 ou 24h. Elle permet d'obtenir une nicotémie stable.

Différents dosages existent selon les marques et la durée de diffusion. On retrouve des dosages à 7 mg, 14 mg et 21 mg pour les diffusions sur 24h ; et 10 mg, 15 mg et 25 mg pour les diffusions sur 16h.

La peau ayant un effet réservoir, la diffusion continue après le retrait du patch, il faut donc changer de localisation lors de la pose du patch suivant.

La facilité d'utilisation de cette forme permet une bonne observance.

Cette forme présente peu d'effets indésirables. Le plus retrouvé, mais restant cependant rare, est l'allergie ou l'irritation cutanée liée aux adhésifs.

Pour une meilleure tenue du patch celui-ci doit être positionné sur une peau sèche, saine et glabre. Les zones à forte pression doivent être évitées.

La durée de traitement conseillée pour les patches nicotiniques est de 8 semaines avec une diminution progressive du dosage. Lorsque le patient est équilibré avec une marque précise, il est conseillé de ne pas en changer au cours du traitement.

II-2-3- Voie orale ⁽³⁾

Il s'agit des gommes, comprimés sublinguaux, comprimés à sucer et inhalateur.

Ici l'absorption se fait par la muqueuse buccale.

Des règles sont à respecter afin que l'absorption se fasse au mieux et que les effets indésirables soient évités. La consommation d'aliments ou de boissons acides doit être évitée car elle entraîne une diminution de l'absorption de la nicotine qui se fait en milieu basique. Lors de la consommation de ces substituts, la déglutition doit être limitée car la salive, étant très chargée en nicotine, peut induire des irritations et entraîner l'apparition de hoquet.

Ces produits, contrairement aux patchs, produisent un pic de nicotine ressemblant à celui survenant après par la consommation de tabac, ils sont donc généralement associés aux patchs.

- **Les gommes**

L'absorption de nicotine débute dès les premières mastications et s'arrête quelques minutes après. La concentration de nicotine augmente progressivement dans le sang, il peut arriver qu'elle dépasse le taux nécessaire à la satisfaction des récepteurs induisant une désensibilisation de ceux-ci et la création de nouveaux récepteurs.

Les gommes doivent donc être utilisées de la manière suivante : après la mise en bouche, croquer 1 à 2 fois la gomme puis la laisser environ 10 minutes contre la joue, puis la croquer une fois par minute pendant 20 minutes environ.

Contrairement à des chewing-gums classiques, la mastication doit être très lente et la déglutition doit être limitée au maximum.

L'association de plusieurs gommes est possible, mais à partir de 4mg il vaut mieux rapprocher deux prises que prendre deux gommes de 4mg en une seule fois.

- **Les comprimés à sucer**

Leur absorption buccale est meilleure que celle des autres formes.

Ils se sucent très lentement sans être croqués.

- **Les comprimés sublinguaux**

Ils se placent sous la langue et fondent en 15 à 30 minutes.

- **Les inhalateurs**

Il s'agit d'un tube en plastique associé à une cartouche de nicotine.

La prise se fait par une inspiration projetant de la nicotine au niveau de la muqueuse buccale ce qui entraîne son absorption.

II-3- Les médicaments

Ce sont des traitements ayant une autorisation de mise sur le marché dans l'indication du sevrage tabagique.

II-3-1- Varénicline Champix® (3) (5) (15)

Il s'agit d'un agoniste-antagoniste des récepteurs nicotiniques à l'acétylcholine.

Ce médicament est sur liste I, il nécessite donc une prescription.

La Varénicline se fixe aux récepteurs nicotiniques à l'acétylcholine, son effet agoniste permet de stimuler le plaisir lié à la nicotine et donc de diminuer la sensation de manque. Son effet antagoniste bloque la fixation de nicotine ce qui entraîne une désensibilisation des récepteurs.

Ce traitement réduit donc l'envie de fumer en limitant les effets renforçant de la nicotine et la sensation de manque liée au sevrage.

Le principal effet secondaire rencontré est l'apparition de nausées. Elles sont plus fréquentes lorsque la dose est élevée et diminuent donc après une réduction de la posologie.

Des effets potentiels ont également été décrits. Il s'agit de la dépression et de la survenue d'idées suicidaires. Ces effets peuvent cependant être attribués à l'arrêt du tabac, il n'y a aujourd'hui aucun lien démontré entre l'utilisation de Varénicline et ces effets.

Il est, dans tous les cas, important de dépister les sujets à risque de dépression et de leur accorder un suivi particulier.

Ce traitement ne présente pas de contre-indications, il est cependant non indiqué chez la femme enceinte et les personnes de moins de 18 ans par manque d'études suffisantes.

C'est un traitement réalisé sur 12 semaines en première intention. Le Champix® est à débiter une à deux semaines avant l'arrêt du tabac. Le protocole de prise est le suivant :

- 0,5 mg par jour pendant 3 jours, prise pendant ou en dehors des repas.
- 0,5 mg deux fois par jour pendant 4 jours.
- 1mg deux fois par jour pendant 1 semaine.
- Continuer les 10 semaines restantes à 1mg deux fois par jour.

Après les 12 semaines de traitement il est possible de refaire une cure si le sevrage n'a pas été concluant ou de refaire une cure afin de maintenir l'abstinence.

L'association du Champix® à des substituts nicotiniques n'est pas recommandée, le Champix® ayant une action antagoniste sur les récepteurs nicotiniques les substituts n'auraient aucun effet.

II-3-2- Bupropion Zyban® (3) (5) (16)

Le Bupropion est un inhibiteur sélectif de la recapture neuronale de la noradrénaline et dopamine. Utilisé comme antidépresseur aux Etats-Unis, il est indiqué en France comme aide au sevrage tabagique accompagné d'un soutien de la motivation à l'arrêt du tabac. Son mode d'action pour cette indication n'est pas connu.

Le mode d'action n'étant pas lié aux récepteurs nicotiniques, l'efficacité est indépendante du degré de dépendance à la nicotine.

Le Bupropion aurait un effet inhibiteur sur la recapture de la noradrénaline et dopamine ce qui exclurait le phénomène de récompense associé à la consommation de tabac.

Comme pour le Champix® le traitement doit être débuté avant l'arrêt effectif du tabac. Le traitement débute par une prise par jour pendant 1 semaine puis 2 prises par jour espacées de 8h. L'arrêt du tabac doit être réalisé au cours de la deuxième semaine de traitement, le traitement ne doit pas excéder deux mois.

Ce médicament est en pratique peu utilisé car il présente de nombreux effets indésirables et contre-indications.

Parmi les effets indésirables on retrouve des convulsions, des allergies, le déclenchement d'une dépression, des insomnies.

La présence de tout trouble ou antécédent de troubles convulsifs, tumeur du système nerveux central, boulimie ou anorexie mentale, insuffisance hépatique sévère, contre-indique l'utilisation de Zyban®.

Ce traitement présente également beaucoup d'interactions, en particulier avec tous les traitements abaissant le seuil épileptogène.

II-4- La cigarette électronique (1) (5)

Produit du tabac ou produit d'aide à l'arrêt ? Alternative moins nocive que la cigarette ou substitut nicotinique ?

Commercialisée en 2003, elle connaît un essor autour de 2010. En 2018, 34,7% des 18-75 ans avaient déjà essayé la cigarette électronique et 3,8% l'utilisaient quotidiennement.

La cigarette électronique consiste à inhaler de la vapeur aromatisée pouvant contenir différentes concentrations en nicotine ou ne contenant pas de nicotine. L'absorption de nicotine, quand elle est présente, se fait sous forme de pics comparables à ceux obtenus avec une cigarette classique.

Contrairement à la cigarette classique, elle ne contient pas de tabac. Il n'y a donc pas de combustion.

Elle présente différents avantages : pas d'odeur de fumée, beaucoup moins de substances cancérigènes et toxiques.

Cependant les données sur sa sécurité sont très limitées et elle présente plusieurs effets indésirables : sécheresse buccale, irritation de la gorge, céphalées, vertiges, nausées.

La possibilité de réduire la concentration en nicotine permet son utilisation dans le sevrage tabagique. Elle calque la gestuelle du fumeur réduisant ainsi le manque lié à la dépendance comportementale lors du sevrage.

Cependant l'utilisation de la cigarette électronique reste plus longue que celle d'un traitement substitutif traditionnel. De plus, elle peut être à l'origine d'une initiation à la cigarette chez l'adolescent.

En ce qui concerne sa concentration en nicotine, il y a peu de contrôles, la valeur indiquée n'est donc pas toujours le reflet de la réalité. Qui plus est, il est difficile de se rendre compte de sa consommation. En effet, une cigarette classique se consomme en quelques minutes contrairement à une cigarette électronique qui permet une inhalation sur une plus longue durée.

Les études scientifiques sont peu nombreuses, mais il y a émission de produits donc des risques potentiels pour les personnes en consommant et pour celles présentes dans l'environnement.

La notion de non dangerosité reste cependant ancrée dans les consciences entraînant une minimisation des risques et une incitation dans le développement d'habitudes tabagiques.

Ces cigarettes contiennent de la nicotine, il y a donc un risque en cas d'exposition chez la femme enceinte : déficience cérébrale, retard du développement osseux et pulmonaire chez le fœtus.

II-5- Les autres méthodes ⁽³⁾ ⁽⁵⁾

D'autres méthodes non médicamenteuses peuvent être utilisées, seules ou en association à des traitements médicamenteux ou des substituts nicotiniques, dans le sevrage tabagique. L'idéal restant l'association de plusieurs méthodes.

On peut ainsi citer l'accompagnement psychologique par un médecin ou un autre soignant, les thérapies cognitives et comportementales visant à modifier les automatismes et renforcer la motivation, les thérapies de groupe, les groupes de parole, ...

Une ligne téléphonique de tabac-info-service est également à la disposition des patients pour les accompagner dans leur sevrage et leur donner des informations techniques sur celui-ci.

Des traitements à base d'homéopathie, de phytothérapie ou d'aromathérapie sont également possibles.

Certaines personnes ont également recours à l'hypnose ou l'acupuncture.

II-6- Les campagnes anti-tabac ⁽²⁾ ⁽²⁶⁾

Le programme national de lutte contre le tabac 2018-2022, faisant suite à celui de 2014-2019, met en place des actions sur le plan économique, sociologique et sanitaire pour réduire le tabagisme quotidien.

Toutes les actions mises en place convergent vers un but : aider les jeunes enfants d'aujourd'hui à devenir, dès 2032, la première génération d'adultes sans tabac.

Le programme national de lutte contre le tabac est composé de 4 axes :

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

Afin atteindre l'objectif de ce programme différentes actions ont été mises en place.

II-6-1- Hausse des prix ⁽⁴⁾ ⁽¹⁷⁾

Le prix des produits du tabac est un déterminant important de la consommation.

L'augmentation régulière des taxes sur l'ensemble des produits du tabac permet d'avoir un effet dissuasif et constitue un facteur incitatif à l'arrêt. C'est la mesure la plus efficace pour limiter l'entrée dans le tabagisme et inciter les fumeurs à arrêter.

Cependant, cette hausse doit être d'au moins 10% pour constater une réduction de la consommation.

Une telle hausse permet une réduction de la consommation et, à terme, de la mortalité prématurée.

L'augmentation des prix est particulièrement efficace sur certaines catégories de population comme les jeunes et les personnes défavorisées. En effet, pour ces catégories où le pouvoir d'achat est moindre, le prix est déterminant dans les comportements d'arrêt et de maintien à l'arrêt.

Ces augmentations doivent être suffisamment fortes et répétées. Dans le cas contraire, un phénomène de rattrapage de la consommation est constaté dans les mois suivant l'augmentation.

Entre 2018 et 2019, une forte augmentation des prix a été mise en place et on constate à ce jour une diminution de 6,6% des ventes de tabac, toutes formes comprises, par rapport à 2018. Cependant, cette augmentation des prix en France entraîne une augmentation des achats dans les pays limitrophes où le tabac est moins cher.

II-6-2- Paquets neutres ^{(9) (14) (20) (26)}

Instauré en mai 2016, le paquet neutre a été rendu obligatoire en janvier 2017.

Il est caractérisé par l'absence de tout « accessoire » publicitaire rappelant la marque : couleurs, images de marque, ...

Les paquets neutres, que ce soit de cigarettes manufacturées ou de tabac à rouler, comportent tous une couleur standardisée. Le nom de la marque est toujours présent mais dans un caractère uniformisé et une couleur standardisée.

Des mises en garde sanitaires sont également visibles sur les paquets telles que « fumer provoque 9 cancers du poumon sur 10 », « fumer peut tuer l'enfant que vous attendez », « fumer bouche vos artères », « fumer provoque des AVC et des handicaps », ...

De plus, depuis avril 2011, de nouveaux avertissements sanitaires visuels et élargis, sous forme de photos chocs, sont apposés sur le paquet.

Les anciens paquets étaient utilisés comme des supports publicitaires. Leur design attirait les consommateurs, en particulier les plus jeunes, et faisaient oublier la dangerosité du tabac.

Le paquet neutre contribue donc à empêcher une présentation trompeuse de ces produits.

Ses objectifs sont les suivants :

- Dissuader les non-fumeurs de commencer.
- Aider les fumeurs dans le processus d'arrêt.
- Améliorer la connaissance des risques du tabac à l'aide des images apposées sur le paquet.
- Renforcer l'efficacité des messages sanitaires.
- Réduire l'envie des jeunes de l'acheter.

Des études ont été mises en place pour évaluer l'impact de ce nouvel emballage. Elles ont démontré que le paquet neutre donne moins envie d'être acheté. Chez les fumeurs, il réduit le plaisir de fumer et augmente l'envie d'arrêter ou de diminuer sa consommation. Chez les non-fumeurs, il renforce leur souhait de ne pas commencer à fumer.

Ces résultats sont donc en faveur de l'efficacité du paquet neutre sur la consommation de tabac.

II-6-3- Journée mondiale sans tabac et Mois sans tabac ^{(2) (18) (32)}

La Journée mondiale sans tabac est organisée chaque 31 mai par l'Organisation mondiale de la Santé et ses partenaires mondiaux.

Cette journée a pour but de sensibiliser la population aux effets nocifs et mortels de l'exposition au tabagisme ou à la fumée des autres, et de décourager la consommation du tabac sous toutes ses formes.

Le 31 mai 2019, la Journée mondiale sans tabac était axée sur « le tabac et la santé pulmonaire ». L'objectif était de sensibiliser la population aux les répercussions de l'exposition au tabac sur la santé pulmonaire.

Le Mois sans tabac vient compléter cette Journée mondiale sans tabac.

Initié en 2016, il se déroule au mois de novembre. Il promeut l'ensemble des outils de sevrage tabagique en s'appuyant sur différents moyens de communication comme la télévision, radio, internet ainsi que sur le dispositif Tabac info service.

Le site tabac info service est le point d'entrée de l'opération Mois sans tabac. Il regroupe des informations fiables sur le tabac, ses méfaits et les solutions pour arrêter. Tabac info service existe aussi sous forme d'application mobile.

Le numéro de téléphone 3989 met en relation les fumeurs avec des tabacologues prêts à répondre à toutes les questions sur le tabagisme et le sevrage. Il propose également un accompagnement personnalisé et gratuit au sevrage tabagique.

En 2016, parmi les 2 millions de personnes ayant fait une tentative d'arrêt d'au moins 24h, 380 000 de ces tentatives soit 20%, étaient en lien avec le Mois dans tabac. Parmi ces 20%, 31% ont été abstinents pendant 1 mois et 18% l'étaient encore au moment de l'entretien pour le Baromètre santé se déroulant plus de 3 mois après le Mois sans tabac.

En 2019, le Mois sans tabac a compté 203 892 inscrits.

II-6-4- Remboursement des substituts nicotiniques ⁽⁴⁾ (28)

Le développement de l'aide au sevrage est un levier majeur dans la lutte contre le tabac.

Les substituts nicotiniques sont, depuis le 20 mai 2018, remboursés à hauteur de 65% par l'assurance maladie.

Ce passage d'un forfait de 150€ par an et par assuré à un remboursement classique et direct permet d'éviter l'avance de frais et de favoriser l'accès de ces traitements aux patients les plus défavorisés.

La mise en place de ce remboursement a porté ses fruits. En effet, en 2019, la vente des substituts nicotiniques a connu une très forte augmentation. On compte 1/3 de patients traités de plus qu'en 2018.

De plus, entre de 2018 et 2019, la vente de patchs nicotiniques a augmenté de 32% et celle des formes orales d'environ 24%.

III- Analyse des résultats du questionnaire

Pour répondre à la question « quels sont les facteurs favorisant l'arrêt du tabac ? », j'ai réalisé un questionnaire que j'ai distribué dans 3 pharmacies aux alentours de Poitiers ainsi que dans mon entourage.

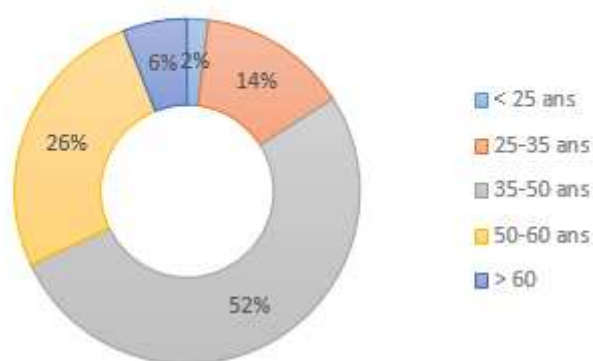
La population ciblée était les anciens fumeurs, les fumeurs en cours de sevrage et les fumeurs ayant déjà essayé d'arrêter de fumer mais ayant rechuté.

J'ai pu collecter 50 réponses dont 27 provenant de mon entourage et 23 des pharmacies.

Je vais dans cette partie analyser les réponses obtenues. Je commencerai par m'intéresser aux caractéristiques globales des personnes ayant répondu au questionnaire, puis je séparerai celles ne fumant plus de celles fumant encore et je terminerai par une comparaison des résultats entre les fumeurs et les anciens fumeurs.

III-1- La population de l'enquête

Figure 1 - Répartition des âges dans la population de l'enquête



Parmi les 50 réponses obtenues, 62% proviennent d'hommes et 38% de femmes. Ces pourcentages ne sont pas représentatifs de la population française qui, d'après l'Insee, comptait en 2019 49% de femmes et 51% d'hommes ⁽¹³⁾.

La majorité des personnes interrogées ont entre 35 et 50 ans. Ce résultat est cohérent avec la moyenne d'âge de la population française qui était de 41,8 ans en 2019 ⁽¹⁰⁾.

Cette moyenne correspond également à la moyenne d'âge des personnes fréquentant quotidiennement les pharmacies ainsi que celles des personnes de mon entourage.

J'ai obtenu peu de réponses de personnes de moins de 25 ans et de plus de 60 ans.

Figure 2 - Moyenne d'âge des femmes

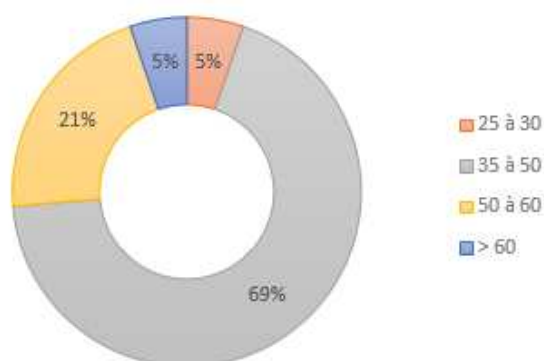
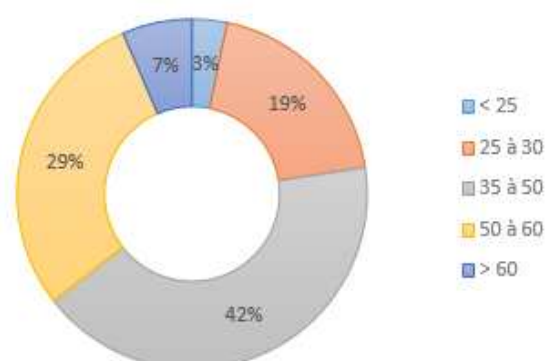
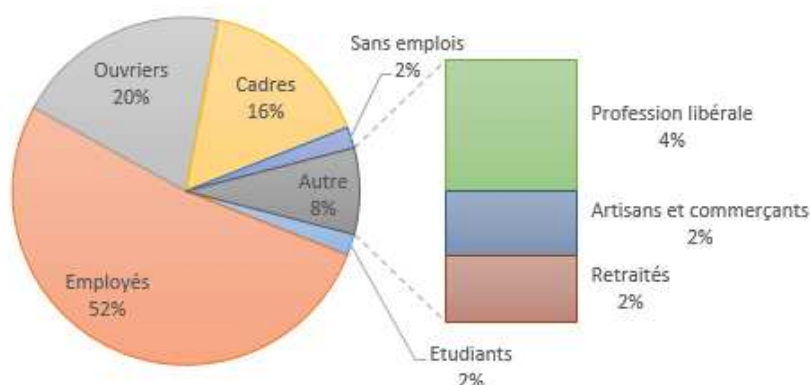


Figure 3 - Moyenne d'âge des hommes



Si on compare la moyenne d'âge des hommes et des femmes ayant répondu à l'enquête, on constate que dans la catégorie 35-50 ans il y a autant d'hommes que de femmes, mais le pourcentage est plus élevé chez les femmes car elles sont moins nombreuses à avoir répondu à l'enquête.

Figure 4 - Répartition des situations professionnelles



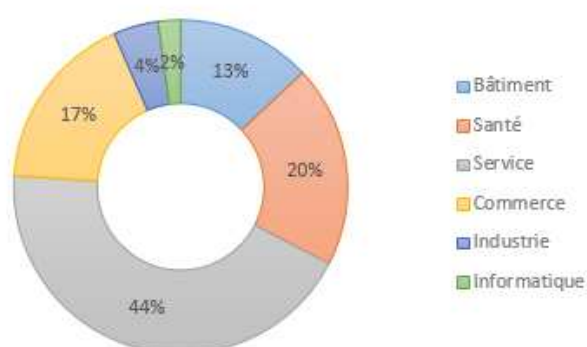
Je me suis également intéressée au cadre de vie de ces personnes sur le plan professionnel et personnel.

La situation professionnelle la plus rencontrée dans mon questionnaire est celle d'employé.

Parmi mes réponses seulement 2% proviennent d'étudiants et 2% de retraités ce qui est cohérent avec la moyenne d'âge des personnes ayant répondu à ce questionnaire.

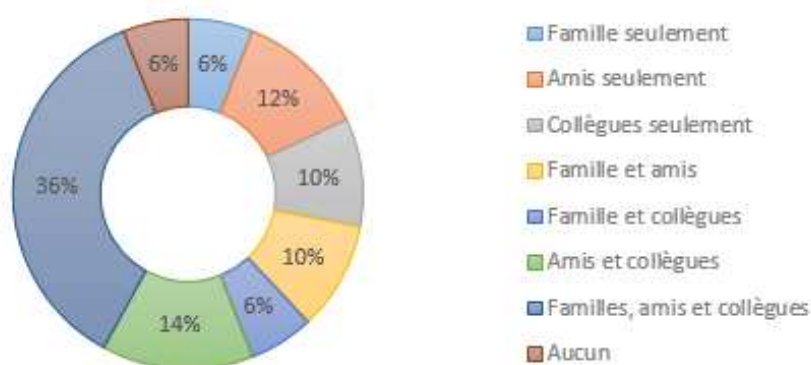
Les ouvriers et cadres sont les deux autres qualifications les plus retrouvées.

Figure 5 - Les secteurs d'activité professionnelle



Le domaine d'activité le plus représenté est celui du service, suivi par la santé, le commerce puis le bâtiment.

Figure 6 - Présence de fumeurs dans l'entourage



En ce qui concerne l'entourage de ces personnes et plus particulièrement la présence de fumeurs dans celui-ci, seulement 6% n'ont aucun fumeur dans leur entourage.

A l'inverse, 36% sont entourés par des fumeurs à la fois dans leur famille, leurs amis et leurs collègues.

Rares sont les personnes n'ayant des fumeurs que dans un seul environnement.

Figure 7 - Durée du tabagisme

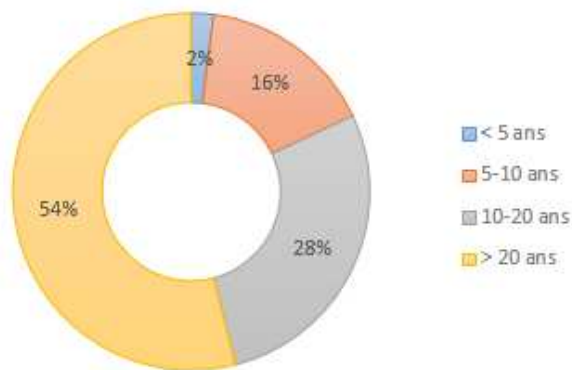
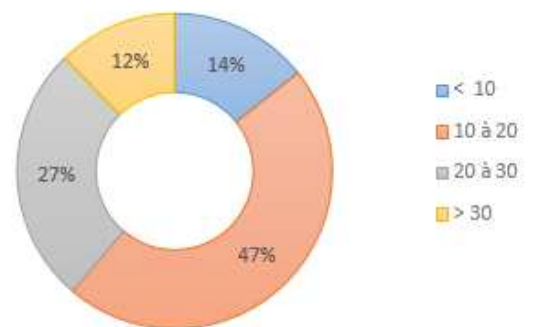


Figure 8 -Quantité journalière de cigarettes fumées

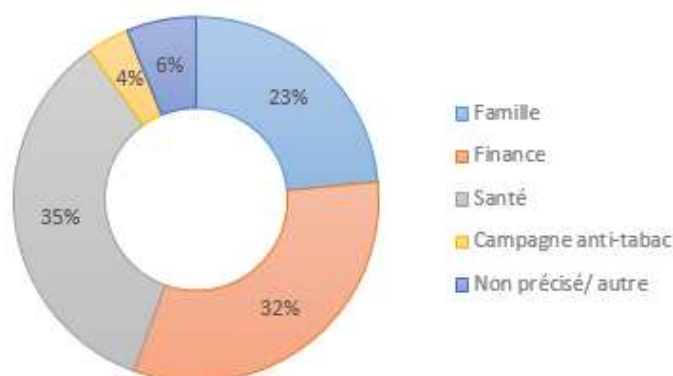


Je me suis renseignée sur le tabagisme de ces personnes, en particulier sur la durée de consommation et la quantité journalière de cigarettes fumées.

Parmi les 50 personnes interrogées, 26 fument encore et 24 ne fument plus du tout. Donc 52% ont rechuté et 48% sont d'anciens fumeurs.

Si on prend en compte la durée de leur tabagisme, on remarque que la majorité des participants a fumé ou fume depuis plus de 20 ans et que la quantité journalière fumée se situe entre 10 et 20 cigarettes, soit un peu moins d'un paquet par jour. La quantité journalière fumée est représentative de la situation en France. En effet, selon l'OFDT, la moyenne journalière de cigarettes fumées en 2019 est de 13 cigarettes ⁽³⁴⁾.

Figure 9 - Les motivations à l'arrêt



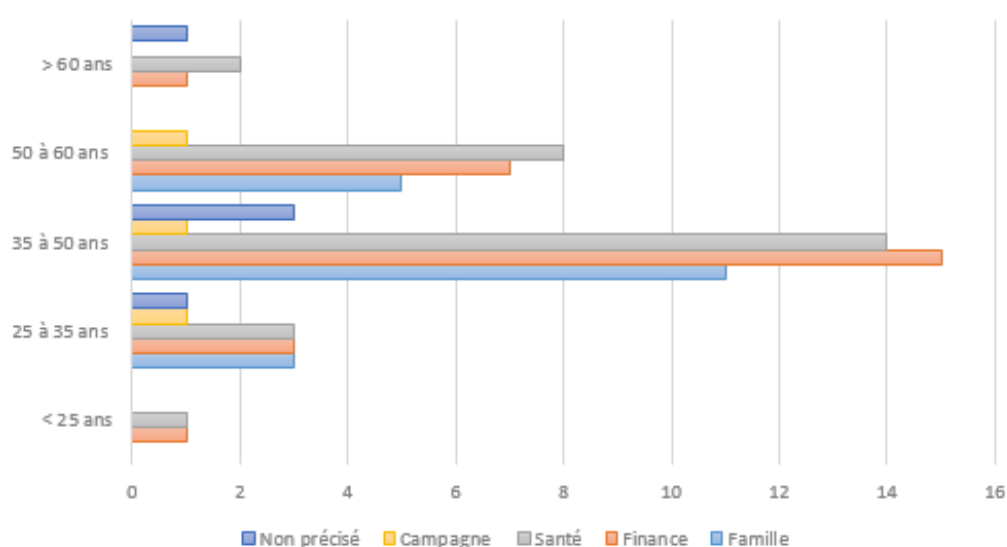
J'ai étudié les motivations qui ont poussé ces personnes à essayer d'arrêter de fumer.

Deux raisons principales ressortent de ce questionnaire.

Il s'agit de la santé et du côté financier. Ces motivations peuvent être expliquées par l'apparition de problèmes de santé et l'augmentation du prix du tabac.

Les campagnes anti-tabac, quant à elles, ne constituent pas une grande source de motivation puisqu'elles ne représentent que 4% des motivations évoquées.

Figure 10 - Les motivations en fonction de l'âge



Par la suite, j'ai croisé différentes données pour avoir plus de détails sur ces motivations.

En croisant les motivations et l'âge de la population interrogée, on constate qu'avant 25 ans les seules motivations citées sont la santé et les finances. En effet, à cet âge les préoccupations familiales sont souvent secondaires. En ce qui concerne la motivation financière, il s'agit d'étudiants ou de personnes en début de vie active, leurs revenus sont donc généralement peu élevés. Cette situation ne s'applique qu'à une personne dans mon enquête, ce n'est donc pas représentatif de la population générale.

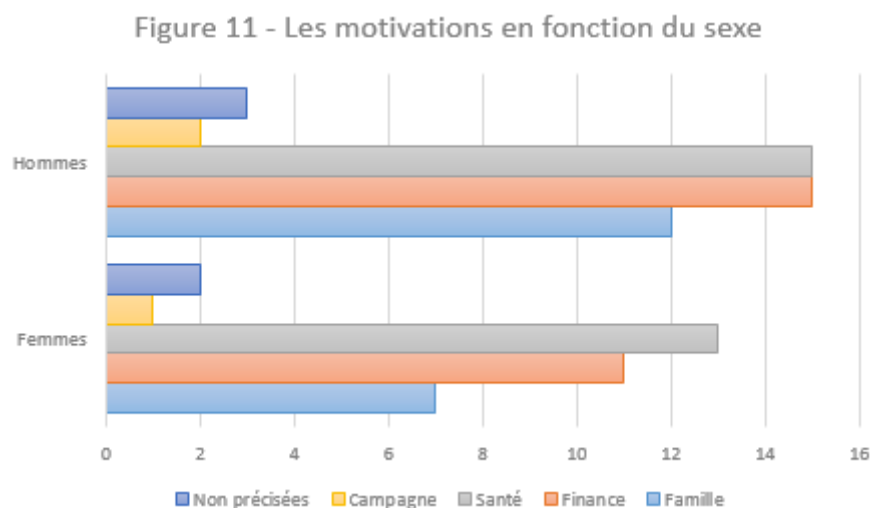
Entre 25 et 35 ans, la famille, la santé et les finances sont représentées au même niveau.

Entre 35 et 50 ans le côté financier prend le dessus, suivi de près par la santé puis par la famille en troisième position.

A partir de 50 ans la santé prend le dessus sur le côté financier, la motivation familiale reste en troisième position.

On peut donc dire que dans l'ensemble la famille semble peu influente, les fumeurs sont peu sensibles aux arguments de leur famille.

Les motivations varient donc selon l'âge, cette variation est représentative de l'évolution du mode de vie.



Si on compare les motivations chez les hommes et femmes, on remarque que la motivation principale chez les femmes est la santé, chez les hommes la santé et les finances sont au même niveau.

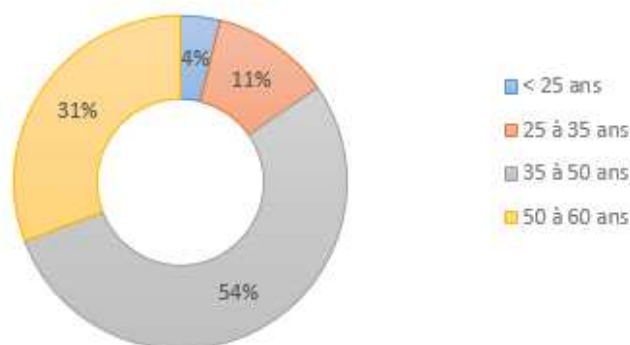
Chez les hommes comme chez les femmes, la famille n'est présente qu'en troisième position.

Dans la suite de cette analyse j'ai choisi de séparer les personnes fumant encore de celles ne fumant plus du tout, en gardant en mémoire que les anciens fumeurs peuvent avoir repris et les fumeurs au moment de l'enquête peuvent avoir arrêté.

III-2- Les fumeurs

26 des 50 personnes ayant répondu à mon questionnaire, soit 52%, sont des hommes et des femmes qui ont essayé d'arrêter de fumer mais qui ont rechuté.

Figure 12 - Répartition des fumeurs en fonction de leur âge



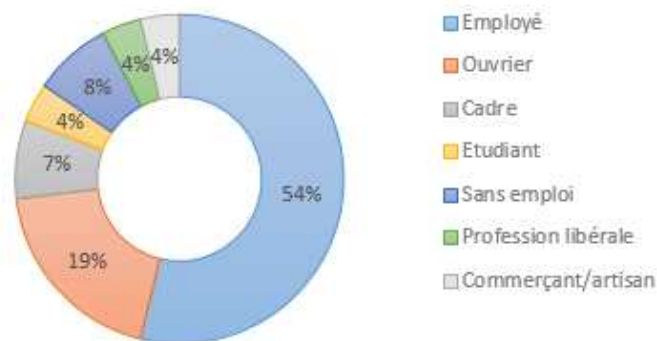
Si on se penche sur leur profil, on constate qu'il y a 39% de femmes et 61% d'hommes. Ces proportions sont identiques à celles de la population globale de l'enquête.

On constate que, comme dans la population française, il y a plus de fumeurs que de fumeuses, cependant l'écart est plus important dans mon questionnaire que dans la population française. En effet, d'après l'OFDT, l'usage quotidien de tabac concerne en 2018 28% des hommes et 23% des femmes ⁽³⁴⁾.

Pour ce qui est de l'âge, comme précédemment, la majorité des personnes ont entre 35 et 50 ans.

Il n'y a pas de fumeurs de plus de 60 ans.

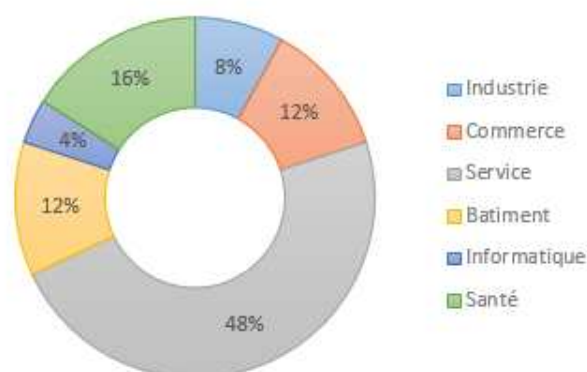
Figure 13 - La situation professionnelle des fumeurs



Les catégories socio-professionnelles des personnes interrogées sont très variables.

La situation professionnelle la plus représentée reste celle des employés, 54% des fumeurs interrogés font partie de cette catégorie. Puis ce sont les ouvriers représentés à 19%, suivi des autres situations dans des proportions inférieures.

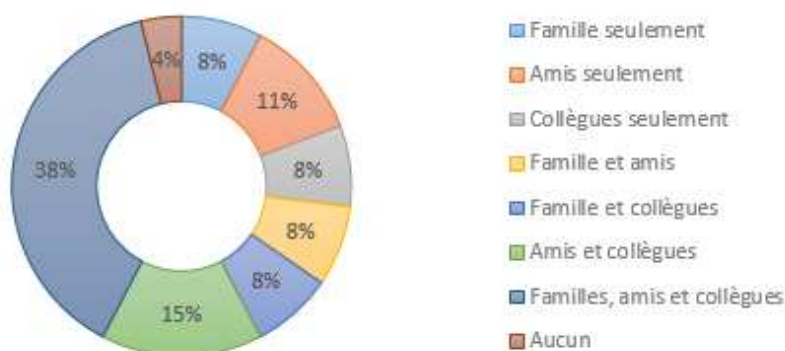
Figure 14 - Le secteur d'activité des fumeurs



Le secteur d'activité le plus présent est celui du service, suivi de la santé, du commerce et du bâtiment dans des proportions similaires.

Il y a peu de différences entre les situations professionnelles et les secteurs d'activité des fumeurs et ceux de la population de l'enquête.

Figure 15- Présence de fumeurs dans l'entourage des fumeurs



Dans cette catégorie des personnes ayant rechuté, seules 4% n'ont aucun fumeur dans leur entourage, ce qui est très faible.

38% présentent des fumeurs à la fois dans leur famille, leurs amis et leurs collègues.

Figure 16 - Durée du tabagisme des fumeurs

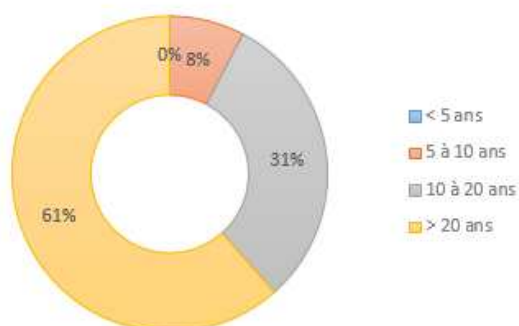
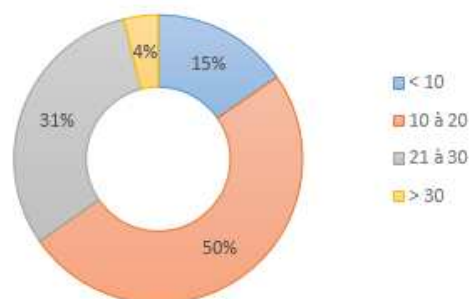


Figure 17 - Quantité journalière consommée par les fumeurs

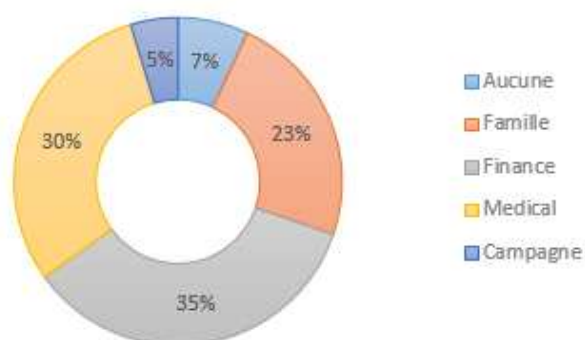


Comme dans la population globale de l'enquête, la durée du tabagisme des personnes ayant rechuté est majoritairement supérieure à 20 ans.

Même constat pour la quantité journalière qui se situe entre 10 et 20 cigarettes, ce qui correspond à un peu moins d'un paquet par jour.

Une personne, soit 4%, fume plus de 30 cigarettes par jour.

Figure 18 - Les motivations au sevrage chez les fumeurs



Si on s'intéresse de plus près aux motivations à l'arrêt on constate que, comme dans la population de l'enquête, trois raisons se détachent. Il s'agit de la motivation financière qui apparaît en première position, la motivation médicale en deuxième position et la motivation familiale en troisième position.

Figure 19 - Répartition du nombre d'essais chez les fumeurs

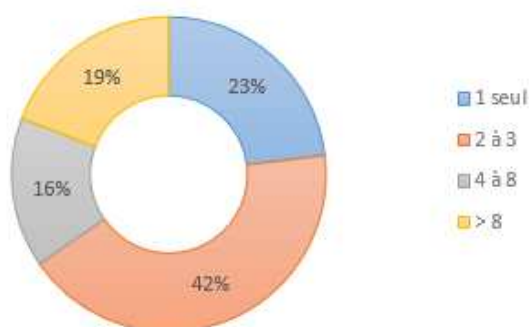
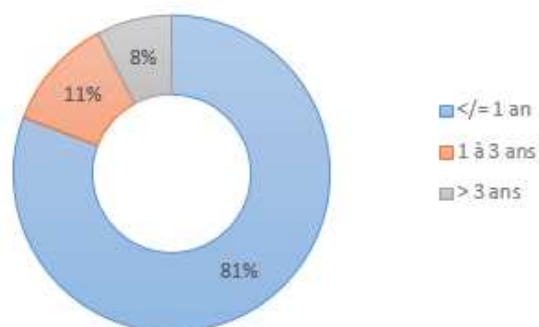


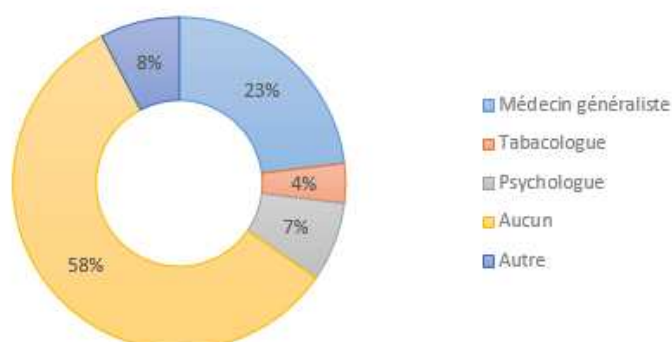
Figure 20 - La plus longue durée d'arrêt des fumeurs



Le nombre d'essais pour arrêter de fumer est variable, pour 42% il y a eu entre 2 et 3 essais, mais pour 23% il n'y en a eu qu'un seul.

La période d'arrêt la plus importante est faible. En effet, pour 81% elle est de moins de 1 an. Seuls 8% ont arrêté pendant plus de 3 ans.

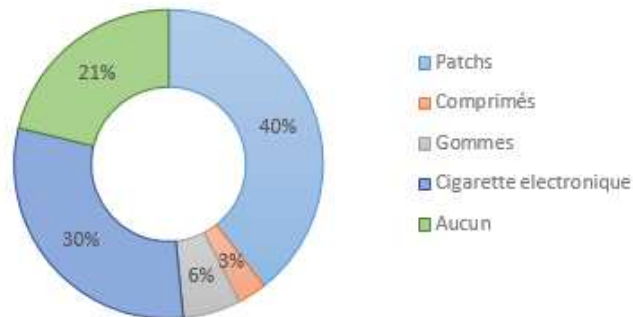
Figure 21 - Le suivi médical des personnes ayant rechuté



Si on regarde les méthodes de sevrage, on constate que très peu de patients ont eu recours à un suivi médical. En effet 58% n'en ont eu aucun.

Certains ont eu recours à un professionnel de santé. Pour 23% il s'agit du médecin généraliste, pour 7% d'un psychologue et seulement 4% ont consulté un tabacologue.

Figure 22 - Les traitements de substitution des personnes ayant rechuté

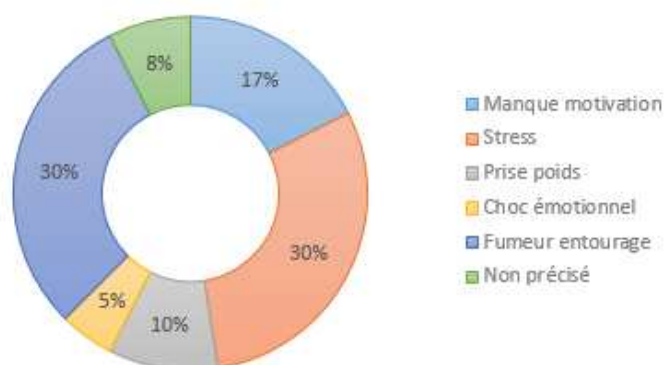


Au niveau des traitements de substitution, les patchs interviennent en première position, suivis de la cigarette électronique. On peut cependant se demander si celle-ci est réellement un moyen de substitution.

Les autres moyens de substitution comme les comprimés, les gommes ou les pastilles sont très peu utilisés.

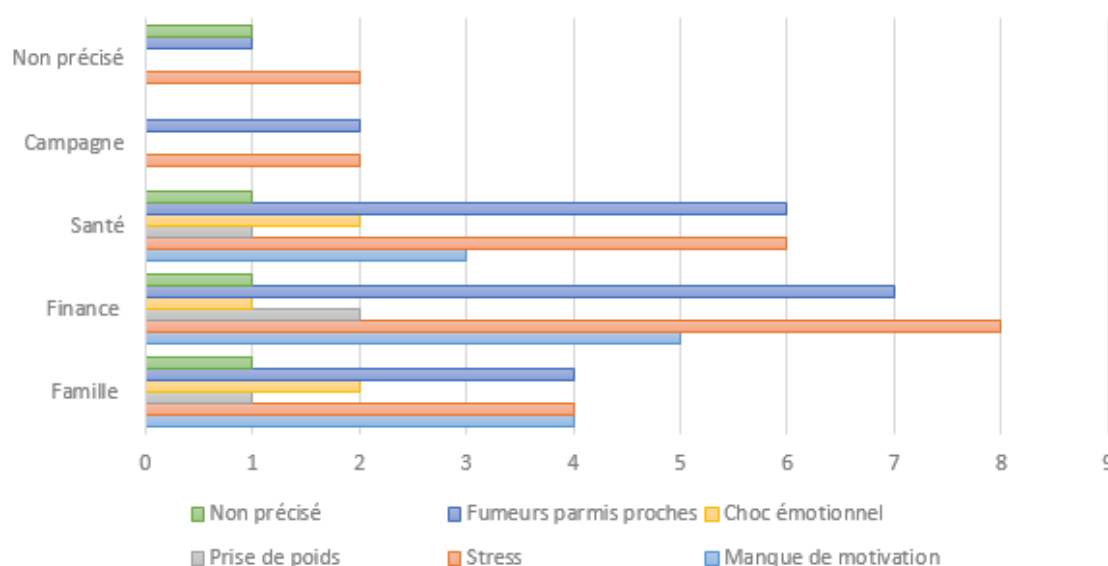
21% de ces personnes n'ont eu recours à aucun traitement de substitution.

Figure 23 - Les causes de la rechute



Nous sommes ici en présence de personnes ayant rechuté, les deux principales causes de rechute évoquées sont le stress et la présence de fumeurs dans l'entourage, le manque de motivation n'apparaît qu'en troisième position.

Figure 24 - Causes de rechute en fonction des motivations



Si on s'intéresse aux relations entre les causes de rechute et les motivations au sevrage on remarque que lorsque la motivation à l'arrêt est la famille aucune des trois principales causes de rechute ne ressort plus que les autres.

Lorsque la motivation à l'arrêt est la santé, les causes de rechute sont dans les mêmes proportions que pour toutes les motivations confondues, c'est-à-dire le stress et la présence de fumeurs dans l'entourage suivi du manque de motivations.

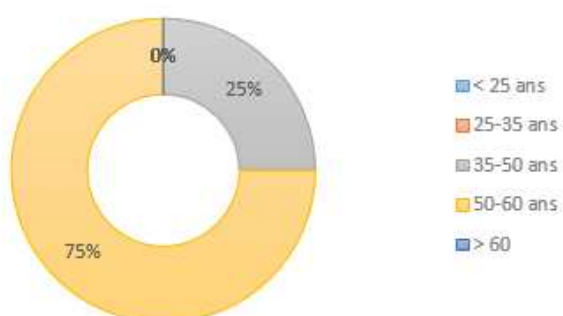
Si la motivation est financière, la rechute est principalement due au stress, puis à la présence de fumeurs dans l'entourage et au manque motivation en troisième position.

La rechute causée par un manque de motivation est moins importante que ce que j'imaginais.

- **Les arrêts supérieurs à 3 ans**

4 personnes avaient arrêté depuis au moins 3 ans avant de rechuter, 3 femmes et 1 homme.

Figure 25 - Moyenne d'âge des personnes ayant rechuté après 3 ans d'arrêt



3 des 4 personnes concernées ont entre 50 et 60 ans.

Figure 26 - Situation professionnelle des personnes ayant rechuté après 3 ans d'arrêt

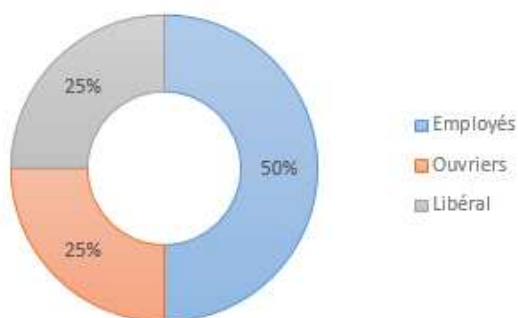
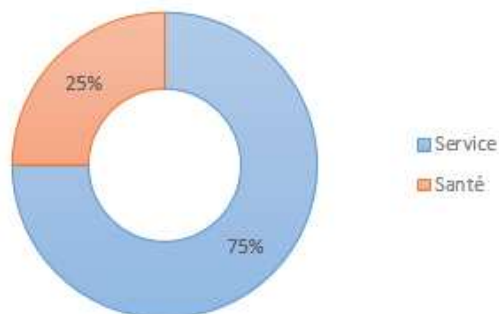


Figure 27 - Secteur d'activité des personnes ayant rechuté après 3 ans d'arrêt



On retrouve les mêmes situations professionnelles et secteurs d'activité que pour la population générale de l'enquête.

Figure 28 - Durée du tabagisme chez les personnes ayant rechuté après 3 ans d'arrêt

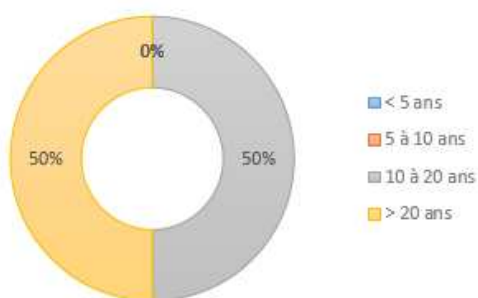
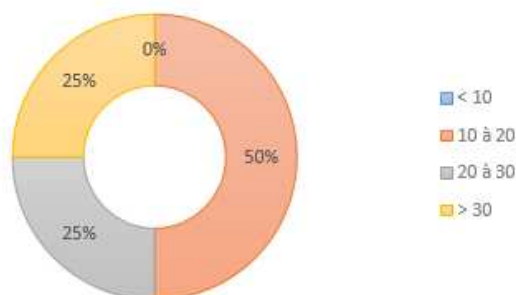
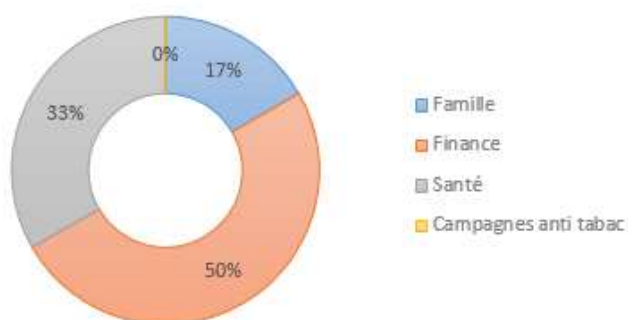


Figure 29 - Quantité journalière consommée chez les personnes ayant rechuté après 3 ans d'arrêt



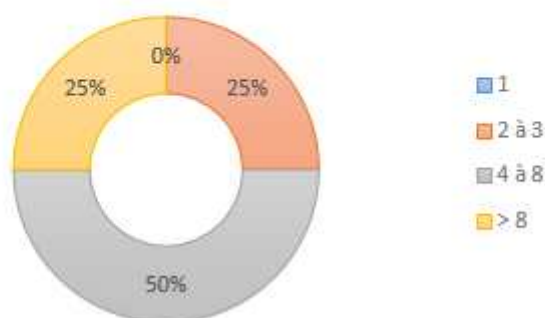
Il s'agit de fumeurs de longue date consommant pour la majorité près de un paquet par jour.

Figure 30 - Les motivations des personnes ayant rechuté après 3 ans d'arrêt



Leurs motivations étaient principalement financière et médicale. Pour ces personnes également la motivation familiale n'apparaissait qu'en troisième position.

Figure 31 - Nombre d'essais des personnes ayant rechuté après 3 ans d'arrêt



Il n'y a dans cette catégorie aucune personne n'ayant fait qu'un seul essai. Pour 3 personnes sur 4 il y a plus de 4 essais.

Figure 32 - Suivi médical des personnes ayant rechuté après 3 ans d'arrêt

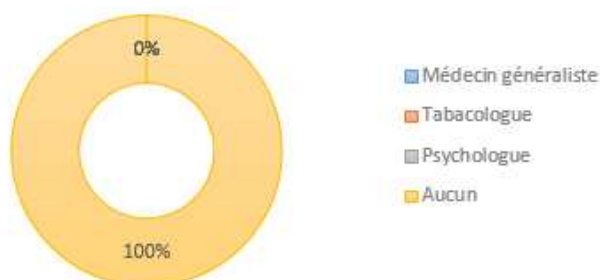
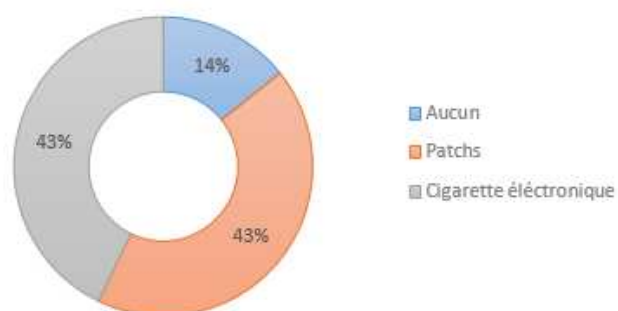
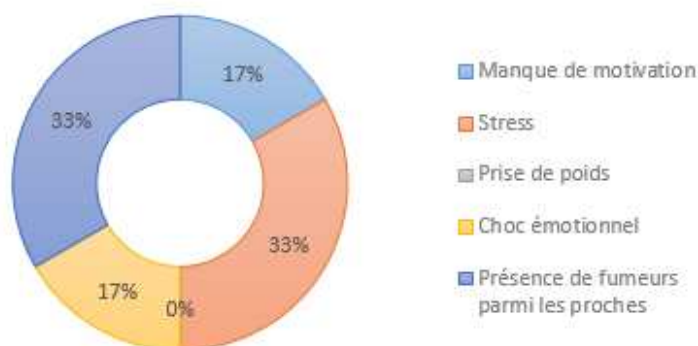


Figure 33 - Traitements de substitution des personnes ayant rechuté après 3 ans d'arrêt



Aucune de ces personnes n'a eu recours à un suivi médical, les traitements substitutifs utilisés étaient les patches et/ou la cigarette électronique.

Figure 34 - Les causes de rechute des personnes ayant arrêté depuis 3 ans



Les causes de rechute sont les mêmes que précédemment, c'est-à-dire le stress et la présence de fumeurs parmi les proches. Le manque de motivation est cependant évoqué par une personne ce qui est étonnant après plus de trois ans d'arrêt.

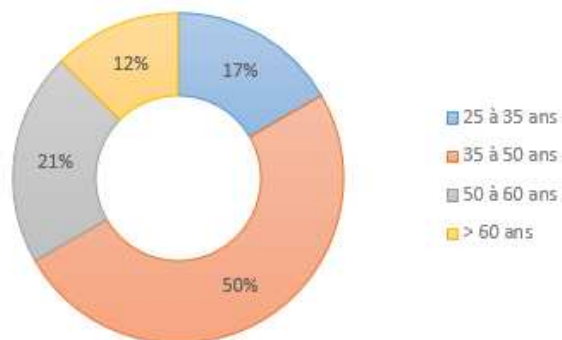
Un choc émotionnel est évoqué chez une personne.

III-3- Les anciens fumeurs

J'ai recueilli 48% de réponses d'anciens fumeurs ce qui correspond à 24 personnes sur 50.

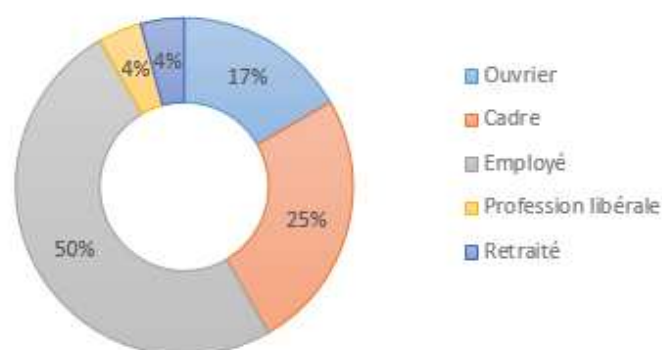
Parmi ces 48%, 37,5% sont des femmes et 62,5% des hommes. Ici aussi les proportions sont identiques à celles de la population de l'enquête.

Figure 35 - Répartition des anciens fumeurs selon leur âge



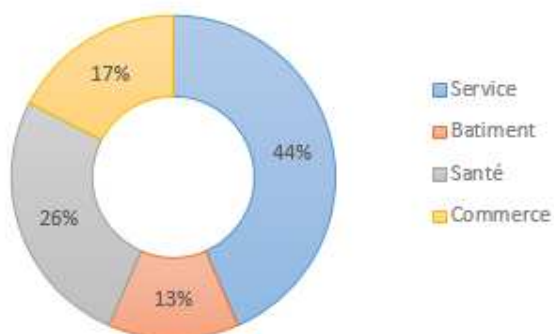
Ici aussi la population se situe majoritairement entre 35 et 50 ans.

Figure 36 - Situation professionnelle des anciens fumeurs



50% des anciens fumeurs sont des employés, suivis par 25% de cadres puis 17% d'ouvriers.

Figure 37 - Secteur d'activité des anciens fumeurs



Le domaine d'activité le plus représenté est celui du service, suivi par celui de la santé.

Comme pour les fumeurs, les situations professionnelles et secteurs d'activités sont semblables à ceux de la population générale de l'enquête.

Figure 38 - Durée du tabagisme des anciens fumeurs

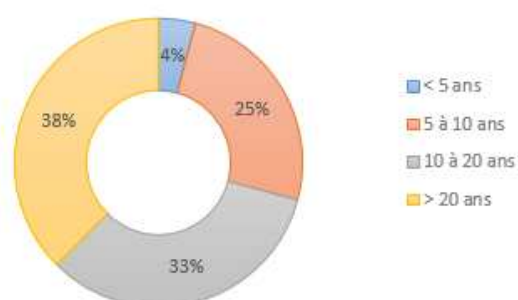
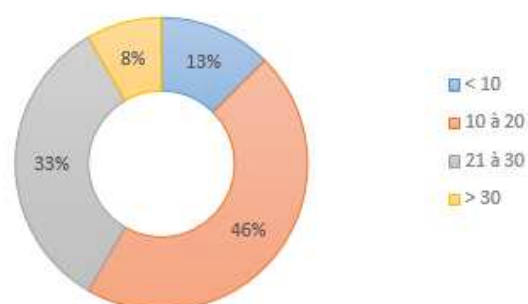


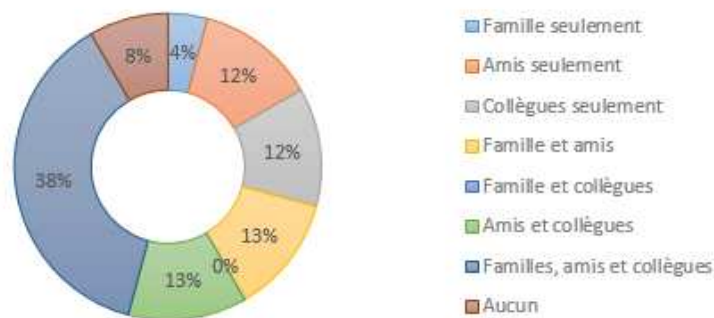
Figure 39 - Quantité journalière consommée par les anciens fumeurs



Ici aussi la durée du tabagisme et la quantité journalière de cigarettes consommées sont identiques à celles de la population générale.

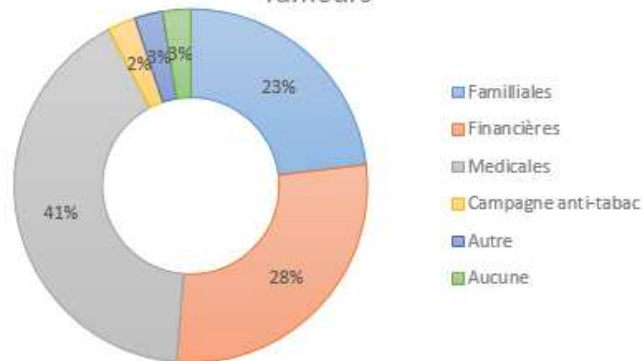
La majorité des anciens fumeurs a fumé pendant plus de 20 ans, et la consommation journalière se situe entre 10 et 20 cigarettes.

Figure 40 - Présence de fumeurs dans l'entourage des anciens fumeurs



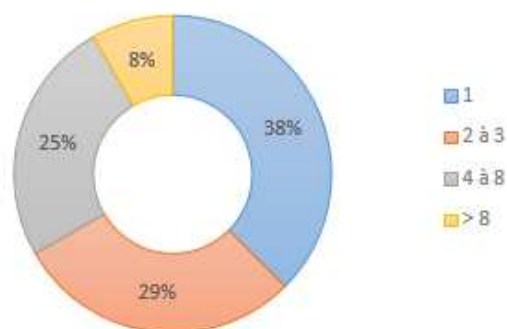
Seuls 8% ne présentent pas de fumeurs dans leur entourage, pour 38% il y a des fumeurs dans la famille, les amis et les collègues.

Figure 41 - Les motivations à l'arrêt des anciens fumeurs



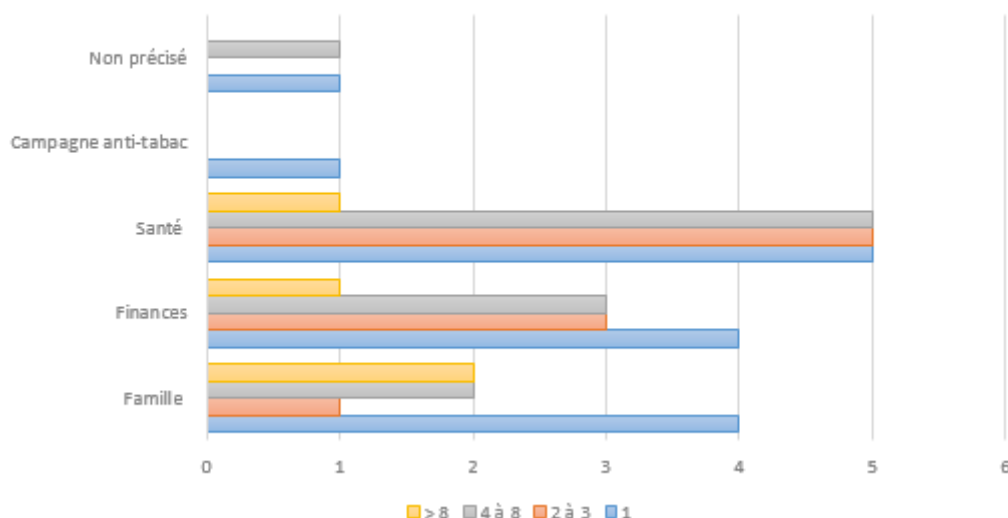
Chez les anciens fumeurs, la principale motivation ressortant est la santé, suivi par le côté financier et la famille, ces deux dernières sont dans des proportions équivalentes.

Figure 42 - Répartition du nombre d'essais chez les anciens fumeurs



Le nombre d'essais est variable, rares sont les personnes ayant eu plus de 8 essais et pour 38% d'entre eux il n'y a eu qu'un seul essai.

Figure 43 - Nombre d'essais en fonction des motivations à l'arrêt chez les anciens fumeurs

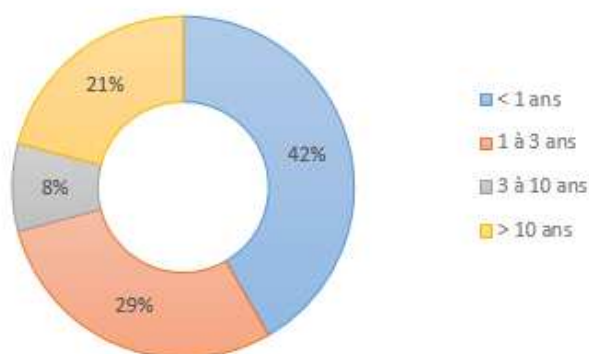


Si on s'intéresse à l'impact de la motivation sur le nombre d'essais, on remarque que pour les motivations familiales et financières le nombre de personnes ayant réussi en une seule fois est le plus important.

La motivation médicale ne semble pas avoir une influence sur le nombre d'essais.

Dans cette catégorie, l'impact des campagnes anti-tabac est également très faible.

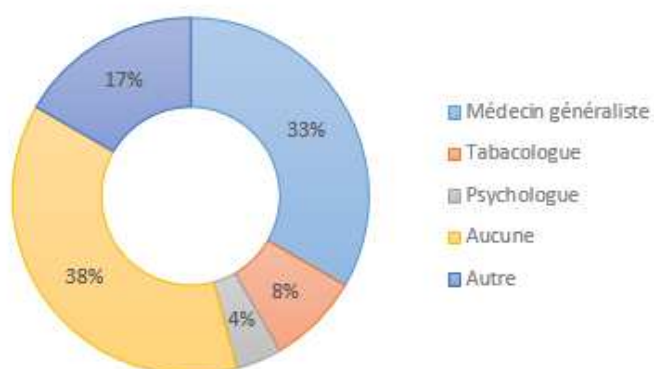
Figure 44 - La plus longue durée d'arrêt chez les anciens fumeurs



En ce qui concerne la durée d'arrêt, elle est de moins de 1 an pour 42% des personnes interrogées, ce qui est peu, le risque de rechute est plus présent dans l'année suivant l'arrêt.

29% ne fument plus depuis plus de un an mais moins de 3 ans, 29% ne fument plus depuis au moins 3 ans dont 21% depuis plus de 10 ans.

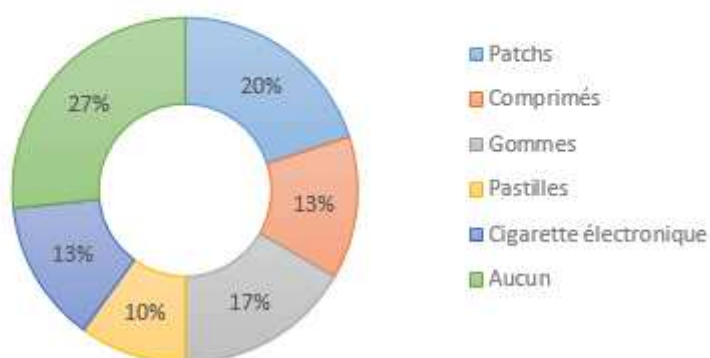
Figure 45 - Le suivi médical des anciens fumeurs



On constate que 38% des personnes n'ont eu recours à aucun suivi médical.

Pour 33% le suivi a été réalisé par le médecin généraliste et pour seulement 8% par un tabacologue.

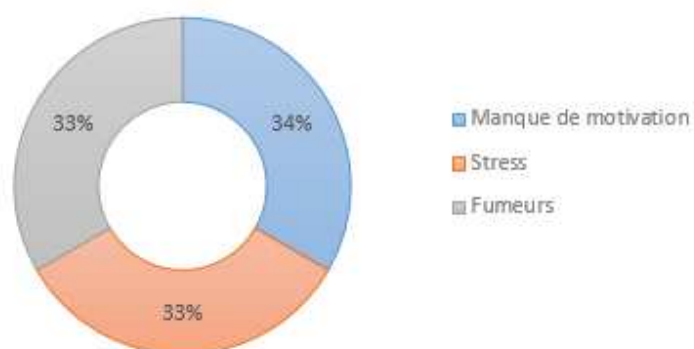
Figure 46 - Les traitements substitutifs utilisés par les anciens fumeurs



Au niveau des traitements de substitution, 27% n'en n'ont pas utilisé, le traitement le plus utilisé reste le patch suivi des gommes.

La cigarette électronique se situe ici au même niveau que les comprimés avec 13% d'utilisation.

Figure 47 - Causes de rechutes chez les anciens fumeurs



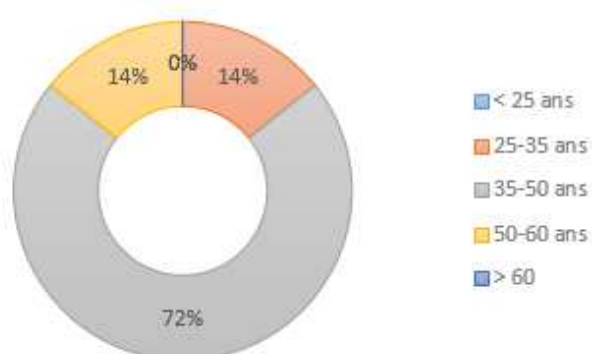
Pour les personnes ayant rechuté dans le passé, seules 3 causes ont été mentionnées dans des proportions similaires : le manque de motivation, le stress et la présence de fumeurs dans l'entourage.

- **Zoom sur les anciens fumeurs de plus de 3 ans**

J'ai choisi de m'intéresser aux 29% ayant arrêté le tabac depuis plus de 3 ans.

Cela correspond à 7 personnes dans mon enquête, 3 hommes et 4 femmes, parmi lesquels 5 ont arrêté depuis plus de 10 ans.

Figure 48 - Moyenne d'âge des anciens fumeurs ayant arrêté depuis plus de 3 ans



Il s'agit en grande majorité de personnes entre 35 et 50 ans, cela reste cohérent avec la moyenne d'âge des sujets de l'enquête.

Figure 49 - Situation professionnelle des anciens fumeurs de plus de 3 ans

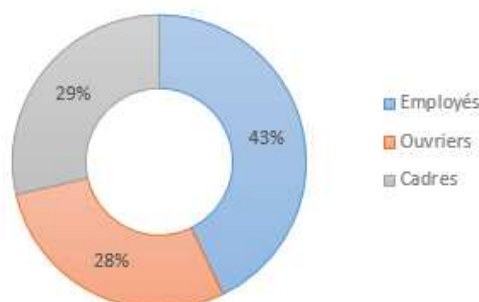
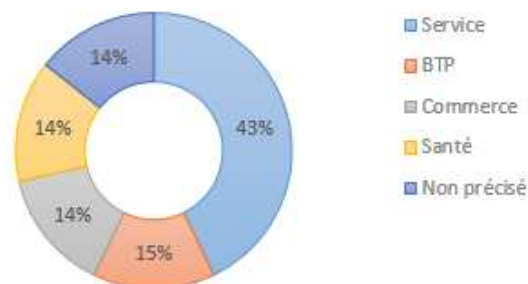


Figure 50 - Domaine d'activité des anciens fumeurs de plus de 3 ans



En ce qui concerne la situation professionnelle de ces personnes, comme dans la population de l'enquête, on a une majorité d'employés, suivie par des cadres et des ouvriers dans les mêmes proportions.

Le domaine d'activité le plus représenté est celui du service, le bâtiment, le commerce et la santé sont au même niveau.

Figure 51 - Durée du tabagisme des anciens fumeurs ayant arrêté depuis plus de 3 ans

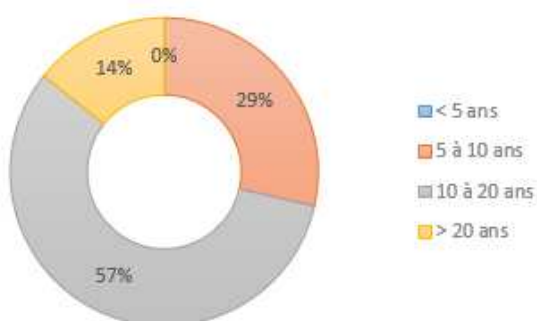
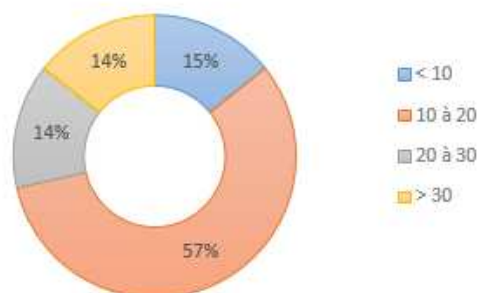


Figure 52 - Quantité journalière consommée par les anciens fumeurs ayant arrêté depuis plus de 3 ans

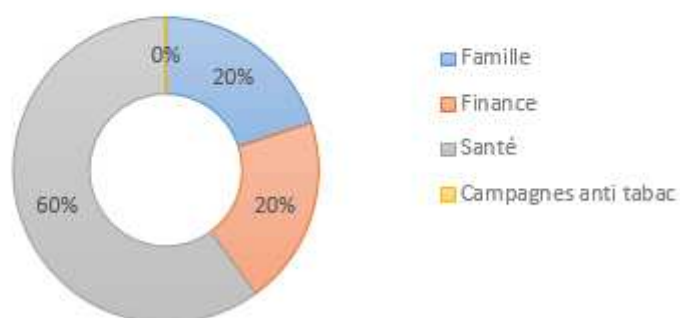


Ici on note une différence dans la durée du tabagisme par rapport à la population de l'enquête. La durée moyenne du tabagisme se situe entre 10 et 20 ans alors que dans la population de l'enquête elle est, pour 54% des individus, supérieure à 20 ans.

Les anciens fumeurs ont donc fumé moins longtemps.

La quantité journalière reste en accord avec celle de la population globale de l'enquête, avec 10 à 20 cigarettes par jour pour 57% des anciens fumeurs depuis plus de 3 ans.

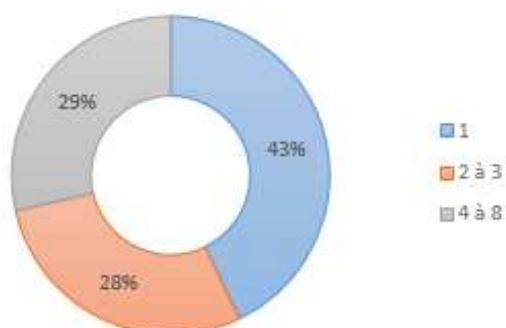
Figure 53 - Les motivations à l'arrêt chez les anciens fumeurs ayant arrêté depuis plus de 3 ans



Pour ce qui est des motivations, on remarque qu'une catégorie se détache plus des autres, il s'agit de la santé, la famille et la finance arrivent en deuxième position.

La motivation médicale semble donc être un facteur favorisant l'arrêt du tabac et sa durée dans le temps.

Figure 54 - Nombre d'essais chez les anciens fumeurs ayant arrêté depuis plus de 3 ans



43% de ces anciens fumeurs n'ont eu recours qu'à un seul essai. Pour 29% il a fallu plus de 4 essais.

Figure 55 - Le suivi médical des anciens fumeurs ayant arrêté depuis plus de 3 ans

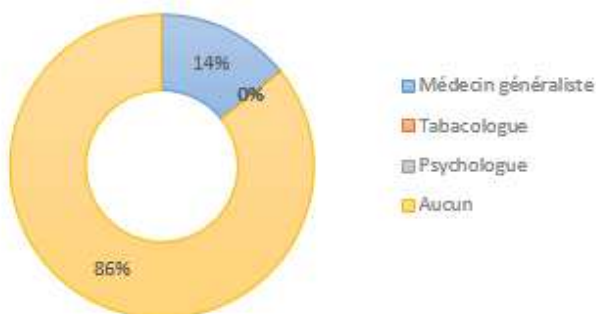
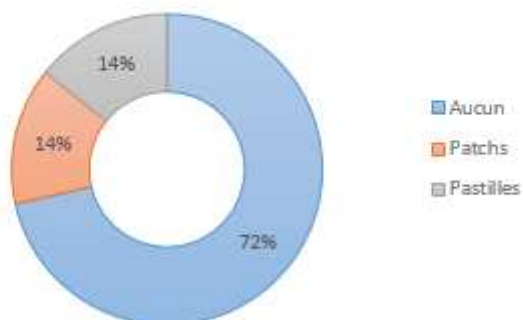


Figure 56 - Traitements de substitution des anciens fumeurs ayant arrêté depuis plus de 3 ans



En ce qui concerne le suivi, 86% soit 6 personnes sur 7 n'ont eu recours à aucun suivi et la personne restante a été suivie par son médecin généraliste.

Même constat pour les traitements substitutifs, 72% soit 5 personnes n'ont utilisé aucun traitement, les 2 autres personnes ont utilisé des patchs ou des pastilles.

Le suivi médical et l'utilisation de traitements de substitution ne semble donc pas influencer la réussite à l'arrêt du tabac.

III-4- Comparaison des résultats

La répartition hommes/femmes, celle des âges, des situations et des catégories socio-professionnelles sont similaires pour les fumeurs ayant rechuté et les anciens fumeurs.

III-4-1- La durée et la quantité consommée

Figure 57 - Durée du tabagisme des fumeurs

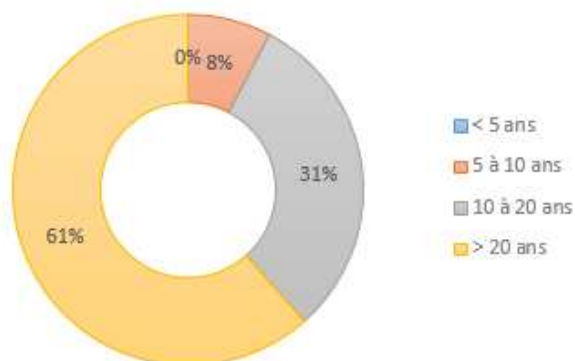
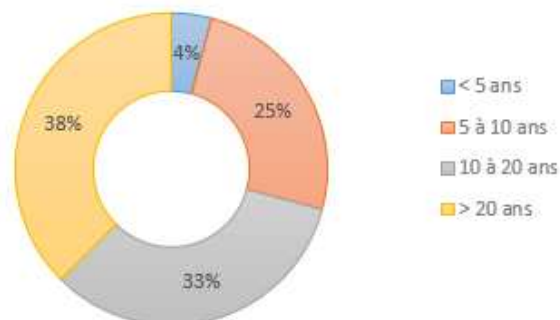


Figure 58 - Durée du tabagisme des anciens fumeurs



Dans les deux cas, la durée du tabagisme est pour la plus grande partie de plus de 20 ans. Cependant, il y a plus de personnes fumant depuis plus de 20 ans que de personnes ayant fumé plus de 20 ans.

92% des fumeurs ayant rechuté ont été exposés au tabac plus de 10 ans, contre 71% des anciens fumeurs. La durée du tabagisme était donc moins longue chez les anciens fumeurs que chez les fumeurs ayant rechuté.

De plus, il y a un ancien fumeur dont le tabagisme était de moins de 5 ans. Il n'y a pas de fumeur dont la consommation a duré moins de 5 ans.

Figure 59 - Quantité journalière consommée par les fumeurs

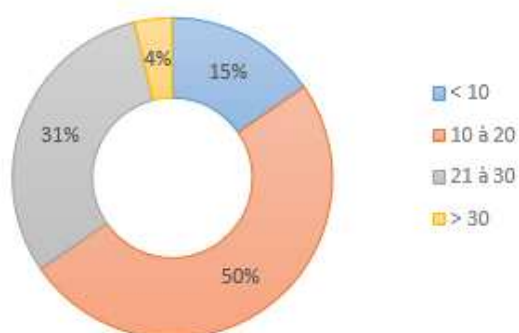
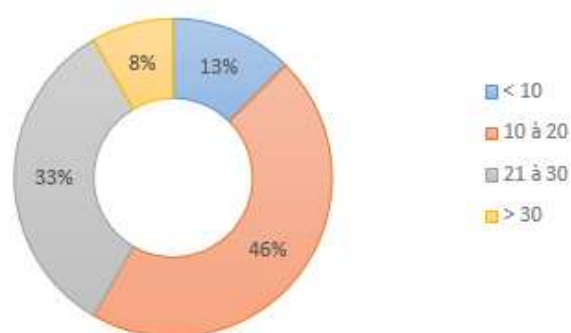


Figure 60 - Quantité journalière consommée par les anciens fumeurs



Les quantités consommées sont également similaires, avec une majorité entre 10 et 20 cigarettes.

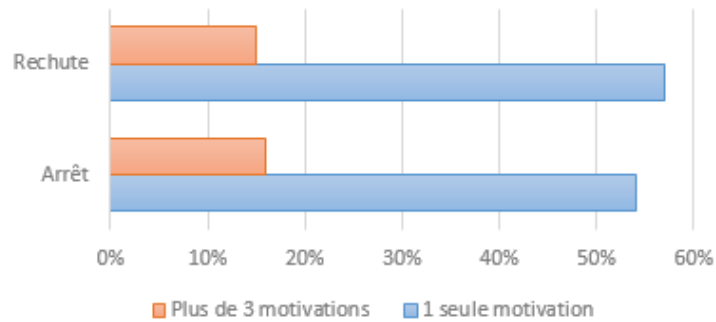
Rares sont les personnes fumant ou ayant fumé plus de 30 cigarettes par jour.

A la vue de ces résultats, on peut penser que la durée d'exposition au tabac a un impact sur la capacité à cesser de fumer. Les personnes ayant fumé moins longtemps semblent être plus prédisposées à se sevrer. En revanche, la quantité de cigarettes consommées ne semble pas intervenir dans la capacité à arrêter le tabac.

III-4-2- Les motivations

J'ai cherché à déterminer si le nombre de motivations influençait ou non l'arrêt.

Figure 61 - Rechute ou arrêt en fonction du nombre de motivations



J'ai constaté que le fait d'avoir une motivation ne favorise pas forcément la rechute comme le fait d'en avoir plusieurs ne favorise pas l'arrêt.

En effet, dans la rechute comme dans l'arrêt plus de 50% des personnes n'avaient qu'une seule motivation.

Je me suis ensuite intéressée à l'unique motivation citée par les personnes ayant rechuté ainsi que par les anciens fumeurs.

Figure 62 - La motivation des personnes ayant rechuté

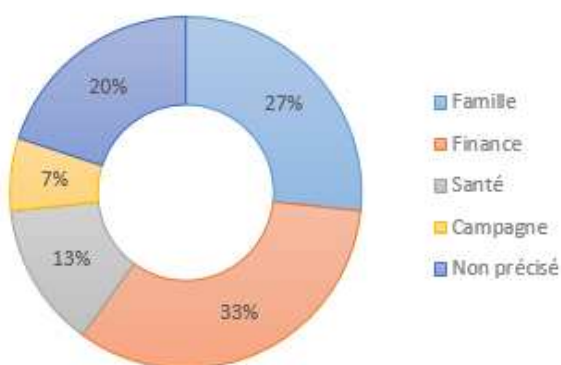
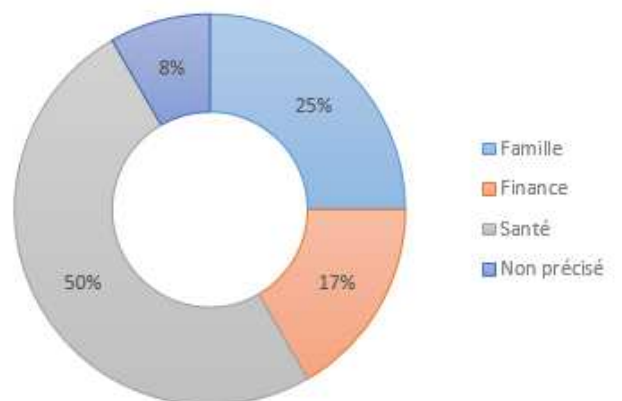


Figure 63 - La motivation des anciens fumeurs



Pour les anciens fumeurs, on remarque que la motivation principale aboutissant à l'arrêt est la santé, contrairement aux personnes ayant rechuté dont la motivation principale est le côté financier. Chez les personnes ayant rechuté la santé est beaucoup moins mise en avant et n'apparaît qu'en troisième position.

La santé semble donc être un facteur favorisant l'arrêt du tabac.

La famille apparaît en deuxième position, dans les mêmes proportions, pour les personnes ayant rechuté et les anciens fumeurs.

Le rôle des campagnes anti-tabac est marginal, elles ne sont pas citées chez les anciens fumeurs et seuls 7% des fumeurs les mentionnent.

III-4-3- Le suivi médical

Figure 64 - Le suivi médical des personnes ayant rechuté

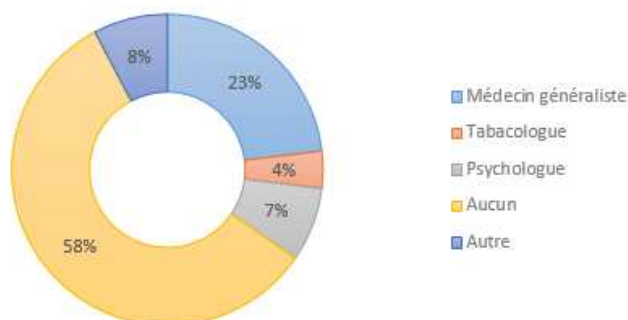
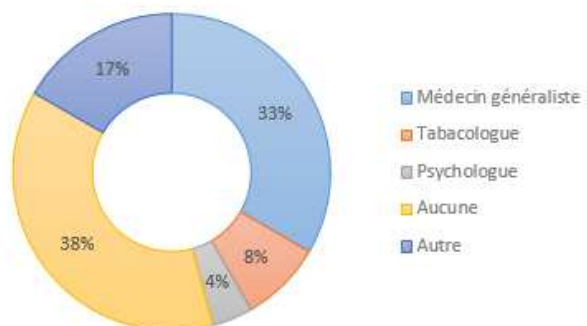


Figure 65 - Le suivi médical des anciens fumeurs



Dans les deux cas il y a un fort pourcentage de personnes n'ayant eu aucun suivi médical. Cette absence de suivi est cependant plus fréquente chez les personnes ayant rechuté.

Le suivi le plus répandu est réalisé par le médecin généraliste. Les tabacologues, spécialistes de l'arrêt du tabac, sont très peu sollicités.

Le suivi médical est plus fréquent chez ceux ayant réussi à arrêter. La prise en charge semble donc avoir une importance dans le sevrage.

III-4-4- Les traitements substitutifs

Figure 66 - Les traitements de substitution des personnes ayant rechuté

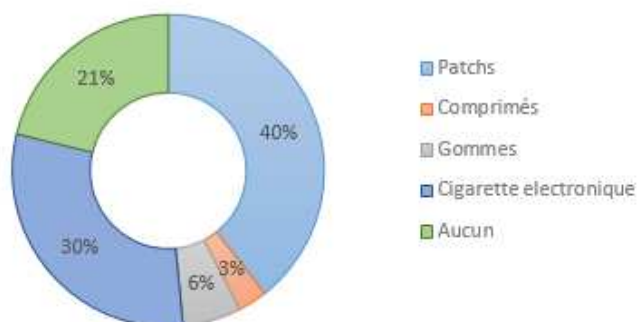
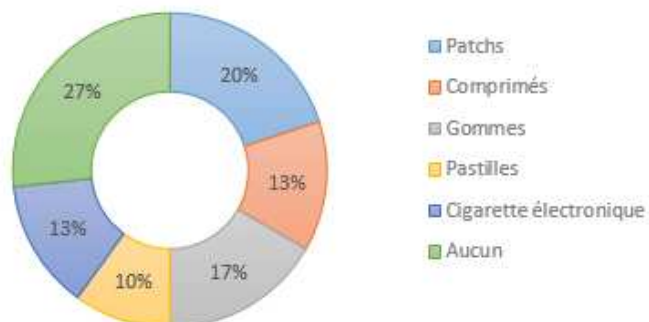


Figure 67 - Les traitements substitutifs utilisés par les anciens fumeurs



L'absence de traitement de substitution est relativement proche dans les deux cas, 21% pour les personnes ayant rechuté et 27% pour les anciens fumeurs.

Dans les deux cas le traitement le plus utilisé est le patch, suivi par les gommes pour les anciens fumeurs et la cigarette électronique chez les personnes ayant rechuté.

La cigarette électronique correspond également à 13% des traitements substitutifs utilisés chez les anciens fumeurs. Cependant on peut se demander si elle peut réellement être considérée comme un traitement de substitution. N'induit-elle pas une nouvelle forme de dépendance ? Les personnes l'ayant utilisée pour réduire et arrêter la cigarette l'utilisent-elle encore ?

Si on ne tient pas compte de la cigarette électronique, 49% des fumeurs actuels et 60% des anciens fumeurs ont eu recours lors de leur sevrage à des traitements de substitution.

On peut donc supposer que les traitements de substitution ont une influence positive sur l'arrêt du tabac. Cependant ces traitements ne garantissent pas toujours l'arrêt puisque 49% des personnes ayant rechuté y avaient eu recours.

III-4-5- Patch versus cigarette électronique

J'ai choisi de comparer l'utilisation des patchs, traitement substitutif le plus utilisé, à celle de la cigarette électronique afin de mettre en évidence une possible différence dans la durée et la rapidité d'arrêt.

Figure 68 - Répartition fumeurs/anciens fumeurs chez les utilisateurs de patchs

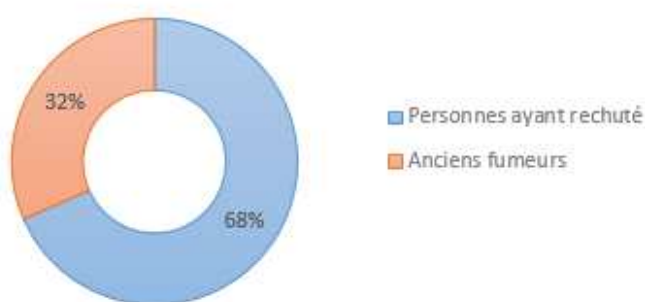
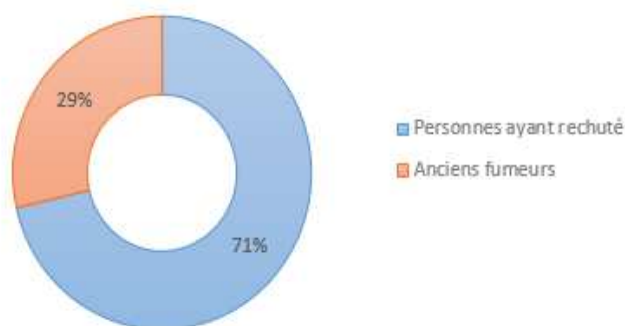


Figure 69 - Répartition fumeurs/anciens fumeurs chez les utilisateurs de cigarette électronique



Dans ce questionnaire, 19 personnes déclarent avoir eu recours à des patchs nicotiniques et 14 à la cigarette électronique. Parmi ces 33 personnes, 8 ont associé cigarette électronique et patch. Ces deux moyens de substitution ont été plus largement utilisés par les personnes ayant rechuté que par les anciens fumeurs. Cela correspond aux résultats trouvés précédemment.

Figure 70 - Répartition hommes/femmes chez les utilisateurs de patchs

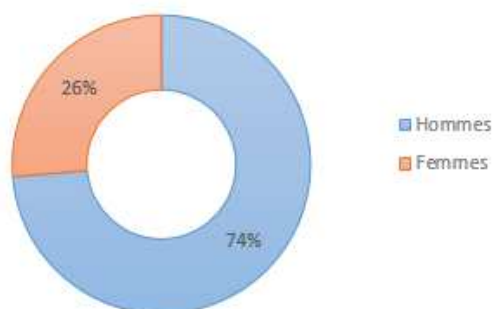
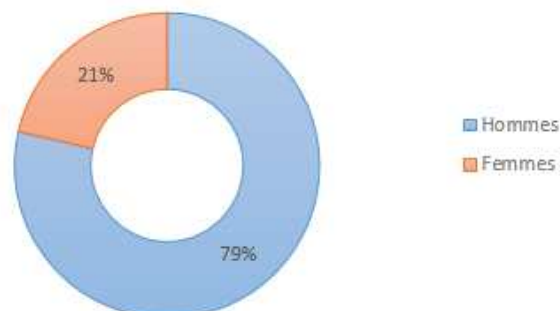


Figure 71 - Répartition hommes/femmes chez les utilisateurs de cigarette électronique



Les patchs comme la cigarette électronique sont plus utilisés par les hommes que par les femmes. Ce résultat peut être expliqué par le fait que 62% des réponses de ce questionnaire proviennent d'hommes, les femmes sont donc peu représentées.

Figure 72 - Âge des personnes ayant eu recours aux patchs

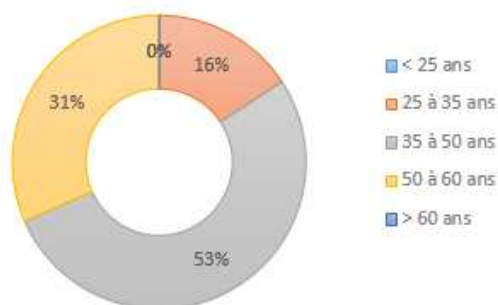
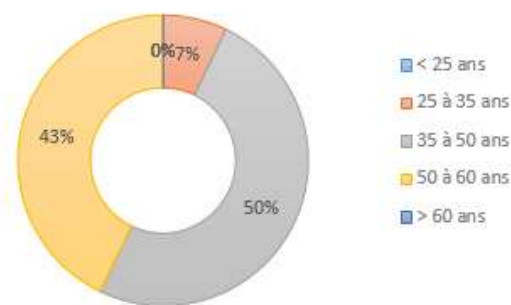


Figure 73- Âge des personnes utilisant la cigarette électronique



Pour ce qui est de l'âge des utilisateurs, ils ont majoritairement, dans les deux cas, entre 35 et 50 ans, ce qui reste cohérent avec la moyenne d'âge des personnes ayant répondu à l'enquête. Cependant, le développement des cigarettes électroniques étant récent, je m'attendais à une utilisation plus importante chez les 25-35 ans.

Figure 74 - Nombre d'essais chez les personnes ayant utilisé les patchs

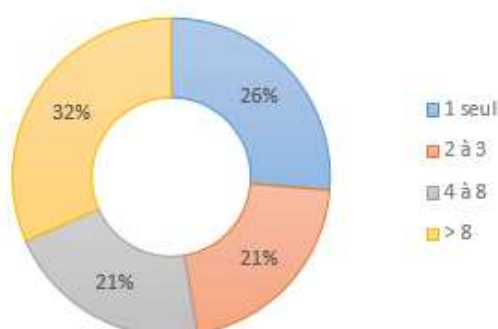
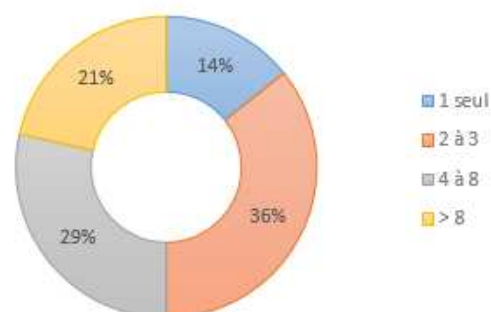


Figure 75 - Nombre d'essais chez les utilisateurs de la cigarette électronique



Les proportions sont très similaires, que ce soit avec le patch ou la cigarette électronique il y a autant de personnes ayant eu entre 1 et 3 essais que de personnes ayant plus de 3 essais.

Aucun de ces deux moyens ne semble donc favoriser un arrêt plus rapide.

Figure 76 - Durée d'arrêt des utilisateurs de patch

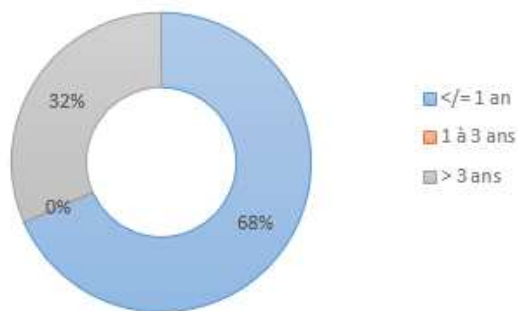
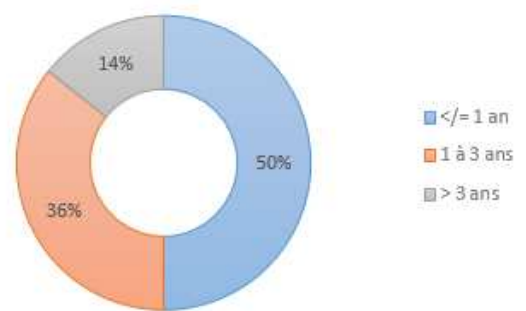


Figure 77 - Durée d'arrêt chez les utilisateurs de la cigarette électronique



Avec la cigarette électronique les durées d'arrêt sont plus variées mais restent en grande partie inférieures à 1 an.

Avec l'utilisation du patch, la durée d'arrêt reste inférieure à un an pour 68% des utilisateurs.

Cette comparaison met en évidence qu'il n'y a pas de différence significative entre l'utilisation de patch ou de cigarettes électroniques en ce qui concerne la durée d'arrêt.

L'utilisation du patch n'est donc pas un gage d'arrêt rapide et prolongé.

Cependant, lorsque l'arrêt de la consommation de tabac a lieu avec le patch, il n'y a, après l'arrêt de celui-ci, plus d'apport de nicotine dans l'organisme. Lorsque l'arrêt de la cigarette fait suite à l'utilisation de la cigarette électronique, on ne sait pas si la personne utilise encore cette dernière. La consommation de tabac a bien été stoppée mais l'individu peut encore consommer de la nicotine via la cigarette électronique. Peut-on alors réellement parler de sevrage dans cette situation ?

III-4-6- Le nombre d'essais

Figure 78 - Répartition du nombre d'essais chez les fumeurs

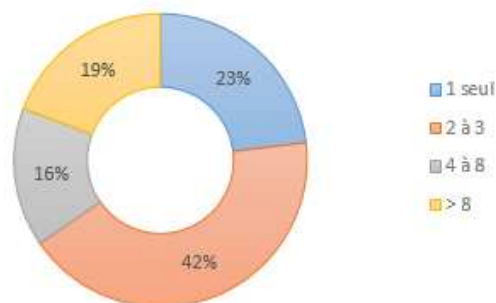
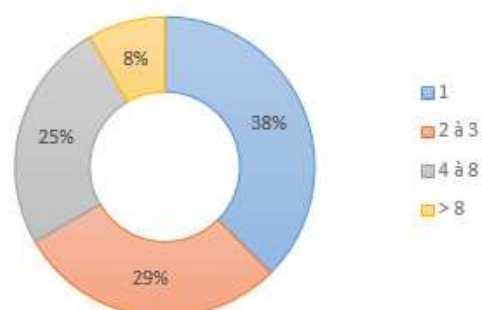


Figure 79 - Répartition du nombre d'essais chez les anciens fumeurs



On constate que les fumeurs ayant rechuté ont eu recours à plus d'essais infructueux que les anciens fumeurs. En effet, chez les anciens fumeurs, la majorité a réussi à arrêter en un seul essai et les 2/3 en 3 essais maximum.

Cet écart peut s'expliquer par une différence de profil chez ces deux catégories. En effet, on a remarqué que les personnes ayant rechuté sont généralement des fumeurs de longue date, l'imprégnation tabagique est donc plus importante que chez les anciens fumeurs ayant fumé moins longtemps.

III-4-7- Comparaison des arrêts de longue durée

Figure 80 - Moyenne d'âge des personnes ayant rechuté après 3 ans d'arrêt

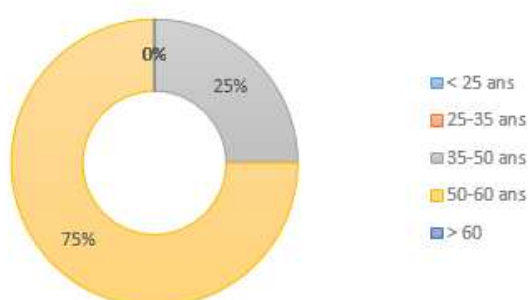
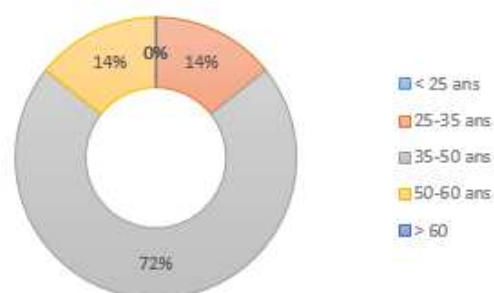


Figure 81 - Moyenne d'âge des anciens fumeurs ayant arrêté depuis plus de 3 ans



Les personnes ayant rechuté sont situées dans la tranche d'âge au-dessus de celle des anciens fumeurs.

Dans les deux cas il n'y a pas de personnes de moins de 25 ans, ni de plus de 60 ans.

Figure 82 - Durée du tabagisme chez les personnes ayant rechuté après 3 ans d'arrêt

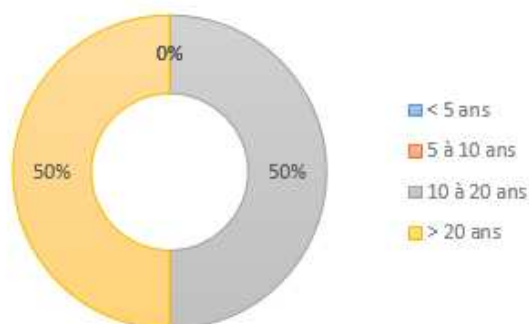
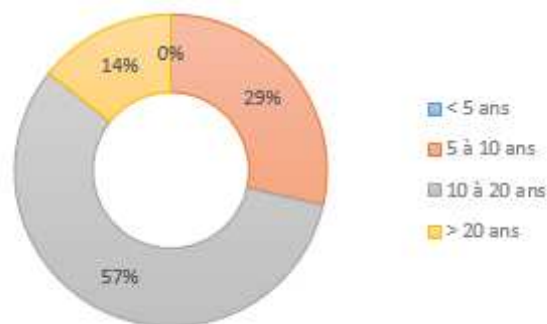


Figure 83 - Durée du tabagisme des anciens fumeurs ayant arrêté depuis plus de 3 ans



Dans le cas des personnes ayant rechuté après 3 ans d'arrêt, ils fumaient tous depuis au moins 10 ans.

Dans le cas des anciens fumeurs 29% fumaient depuis 5 à 10 ans.

On constate donc que la rechute intervient préférentiellement si le tabagisme était de longue durée.

Figure 84 - Quantité journalière consommée chez les personnes ayant rechuté après 3 ans d'arrêt

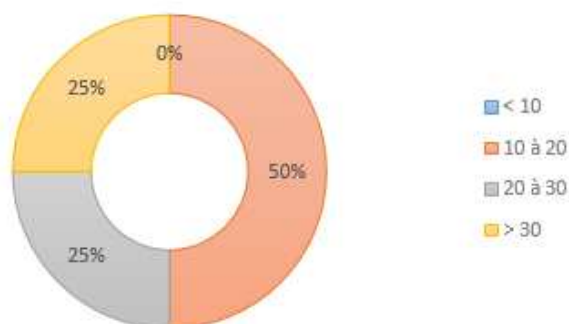
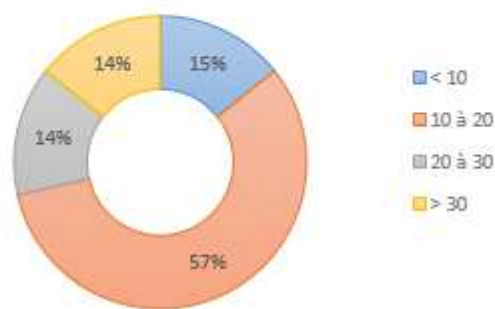


Figure 85 - Quantité journalière consommée par les anciens fumeurs ayant arrêté depuis plus de 3 ans



La quantité journalière est pour la majorité, dans les deux situations, entre 10 et 20 cigarettes.

Un faible pourcentage d'anciens fumeurs avaient une consommation inférieure à 10 cigarettes par jour.

On remarque que chez les anciens fumeurs 28% fumaient plus de 20 cigarettes par jour, alors que chez ceux ayant rechuté après 3 ans d'arrêt, 50% fumaient plus de 20 cigarettes par jour.

Ici le nombre de cigarettes consommées semble avoir un impact sur la rechute après une longue période d'arrêt.

L'imprégnation tabagique est donc un facteur de risque de rechute.

Figure 86 - Les motivations des personnes ayant rechuté après 3 ans d'arrêt

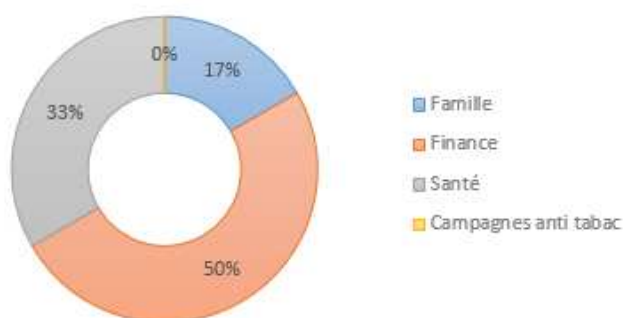
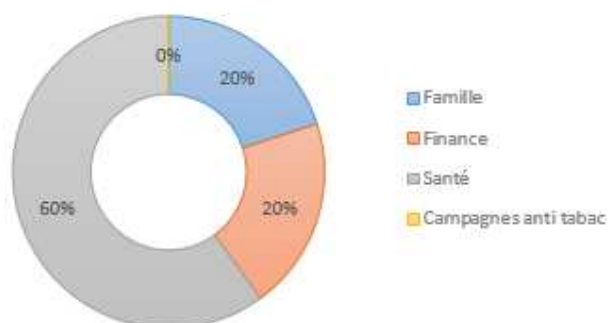


Figure 87 - Les motivations à l'arrêt chez les anciens fumeurs ayant arrêté depuis plus de 3 ans



On constate une différence entre les motivations citées par ces deux catégories.

En effet, chez les anciens fumeurs, la motivation principale à l'arrêt est la santé, contrairement aux fumeurs ayant rechuté où elle apparaît en deuxième position derrière le côté financier.

Dans les deux cas la motivation familiale n'apparaît qu'en troisième position.

On peut donc dire que si la motivation à l'arrêt est l'aspect financier, il y aura plus facilement rechute. A l'inverse, si la santé est la cause de l'arrêt, il y aura plus de chance de réussite.

Figure 88 - Nombre d'essais des personnes ayant rechuté après 3 ans d'arrêt

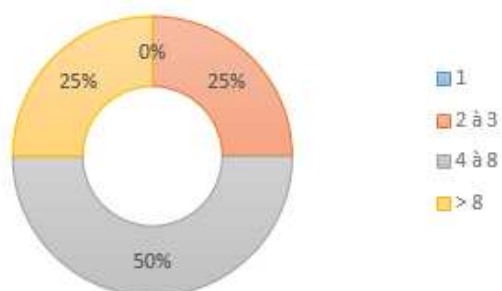
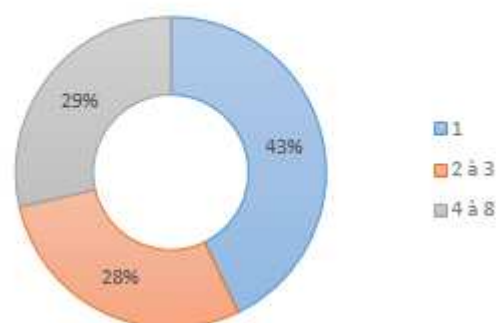


Figure 89 - Nombre d'essais chez les anciens fumeurs ayant arrêté depuis plus de 3 ans



Aucun des fumeurs ayant rechuté n'était à son premier essai.

A l'inverse, on constate que 43% des anciens fumeurs n'ont fait qu'un unique essai pour arrêter.

Le nombre d'essais supérieur à 4 est plus important chez les fumeurs ayant rechuté que chez les anciens fumeurs.

Le nombre de tentative de sevrage est inférieur chez les personnes n'ayant pas rechuté.

Les personnes ayant rechuté avaient donc précédemment effectuées plusieurs tentatives infructueuses.

Figure 90 - Suivi médical des personnes ayant rechuté après 3 ans d'arrêt

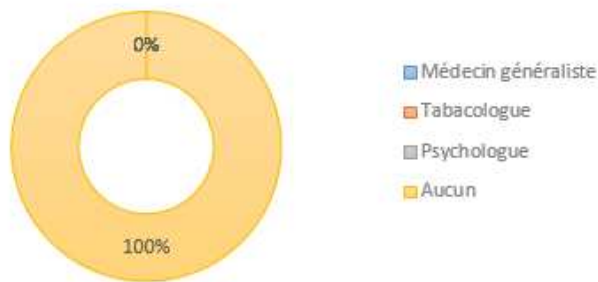
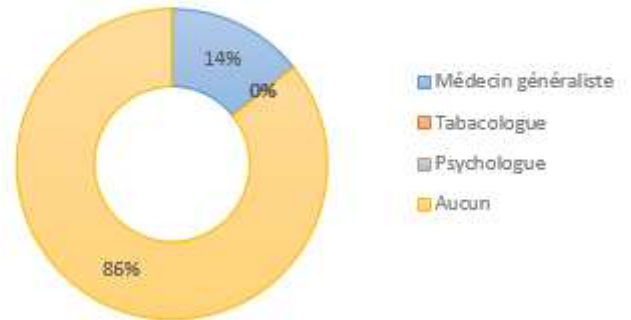


Figure 91 - Le suivi médical des anciens fumeurs ayant arrêté depuis plus de 3 ans



Le suivi médical est absent chez les personnes ayant rechuté.

Il est faible chez les anciens fumeurs avec seulement 14% de consultations et uniquement avec le médecin généraliste.

Le suivi semble donc ici avoir une faible influence sur la pérennité de l'arrêt.

Figure 92 - Traitements de substitution des personnes ayant rechuté après 3 ans d'arrêt

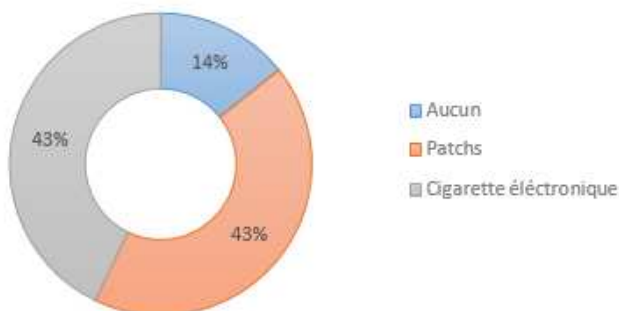
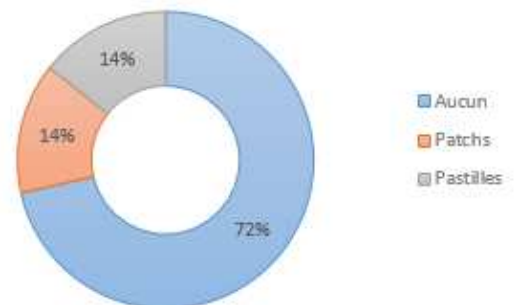


Figure 93 - Traitements de substitution des anciens fumeurs ayant arrêté depuis plus de 3 ans



L'absence d'utilisation de traitement de substitution est beaucoup plus importante chez les anciens fumeurs que chez les fumeurs ayant rechuté. Ceci peut s'expliquer par le fait que nous ayons montré que les anciens fumeurs ont une imprégnation tabagique moindre.

Dans les deux cas, on retrouve uniquement deux types de substituts nicotiniques. Il s'agit des patches et pastilles dans les mêmes proportions chez les anciens fumeurs. Pour les fumeurs ayant rechuté, il s'agit des patches et de la cigarette électronique, également dans les mêmes proportions.

III-5- Conclusion et discussion

L'analyse des résultats du questionnaire permet de mettre en évidence certains éléments.

Tout d'abord, on constate des différences de profil entre les anciens fumeurs et les fumeurs ayant rechuté. Chez les fumeurs ayant rechuté, l'imprégnation tabagique, caractérisée par la durée de la consommation et la quantité journalière consommée, semble plus importante. On constate que cette imprégnation favorise le risque de rechute. En effet, la rechute intervient préférentiellement si le tabagisme était de longue durée et la quantité consommée supérieure à 20 cigarettes par jour, même après 3 ans de sevrage. Chez ces personnes, le nombre d'essais de sevrage est également plus important.

En ce qui concerne les motivations, la motivation médicale semble être un facteur favorisant la pérennité de l'arrêt contrairement à la motivation financière.

Quant aux campagnes anti-tabac qui semblent, d'après plusieurs études, avoir un impact positif sur la diminution de la prévalence du tabagisme, elles sont rarement citées dans cette enquête comme source de motivation à l'arrêt.

En théorie, la combinaison de plusieurs traitements et le recours à un suivi médical augmenteraient les chances de réussite du sevrage. On pourrait donc penser qu'un suivi médical et l'utilisation de substituts nicotiniques comme aide au sevrage favoriseraient un arrêt de plus longue durée, mais ce n'est pas ce qui ressort dans cette étude. En effet, la plupart des anciens fumeurs n'ont eu recours à aucun traitement de substitution ni suivi médical.

Conclusion

Le sevrage tabagique est complexe.

Il existe des méthodes diverses et variées pour arrêter de fumer, mais toutes n'auront pas la même efficacité selon les individus.

L'imprégnation tabagique est un facteur important à prendre en compte lorsque le sevrage est initié. Une personne ayant fumé longtemps et, de plus, des quantités importantes de tabac, aura généralement plus de difficultés à arrêter.

Les motivations à l'arrêt constituent un élément important du sevrage. La prise en compte de certains facteurs comme l'impact du tabac sur la santé, permet un sevrage plus durable dans le temps.

La diversité des méthodes de sevrage doit permettre à chacun de trouver celle lui correspondant le mieux pour un sevrage confortable et efficace.

L'utilisation de la cigarette électronique, comme aide au sevrage tabagique, est intéressante. Celle-ci est utilisée par 28% des personnes ayant répondu à l'enquête, mais elle ouvre sur de nouvelles questions : représente-t-elle réellement un moyen d'arrêter ? N'induit-elle pas une nouvelle forme de dépendance ?

En effet, l'utilisation de la cigarette électronique fait perdurer le geste du fumeur, et la possibilité de choisir sa concentration en nicotine peut maintenir ou instaurer une dépendance physique, mais également comportementale. De plus, l'inhalation des produits libérés par la cigarette électronique peut avoir des effets néfastes sur la santé, encore peu connus à ce jour.

Annexe : questionnaire patient

Thèse de pharmacie d'officine : quels sont les facteurs favorisant l'arrêt du tabac ?

Ce questionnaire est destiné aux anciens fumeurs, fumeurs en cours de sevrage ou fumeurs ayant essayé d'arrêter.

I- Quelques renseignements personnels

Vous êtes :

Homme	
Femme	

Vous avez :

< 25 ans	
25-35 ans	
35-50 ans	
50-60 ans	
> 60 ans	

Il y a-t-il des fumeurs dans :

Famille	
Amis	
Collègues	

Quelle est votre situation professionnelle :

Étudiant	
Apprenti	
Employé	
Ouvrier	
Cadre/ technicien/ agent de maitrise	
Agriculteur	
Profession libérale	
Commerçant/artisan	
Retraité	
Sans emploi	

Quel est votre secteur d'activité :

Bâtiment travaux publiques	
Santé	
Service	
Commerce	
Industrie	
Informatique, multimédia	

Autre :

II- Votre tabagisme

Fumez-vous encore aujourd'hui :

Oui	
Non	
Parfois	

Depuis combien de temps fumez-vous

Pendant combien de temps avez-vous fumé

}

Quelle quantité journalière de cigarettes fumez-vous/ avez-vous fumé :

III- Votre sevrage

Combien de fois avez-vous essayé d'arrêter :

Depuis combien de temps avez-vous arrêté :

Quelle a été votre plus longue durée d'arrêt :

Pour quelles raisons avez (aviez)-vous décidé d'arrêter :

Familiales	
Financières	
Médicales	
Campagne anti-tabac	

Autre :

Avez-vous eu recours lors de votre sevrage a :

- Un suivi médical :

Médecin généraliste	
Tabacologue	
Psychologue	

- Des traitements de substitution :

Patches	
Comprimés	
Gommes	
Pastilles	
Sprays buccaux	
Cigarettes électroniques	

Autres

- D'autres aides :

Quelles sont, selon vous, les causes de vos rechutes :

Manque de motivation	
Stress	
Prise de poids	
Choc émotionnel (décès, rupture sentimentale, ...)	
Présence de fumeurs parmi vos proches	

Autres

IV- Vos remarques

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire

Références bibliographiques

• Bibliographie

- (1) **Andler Raphaël, Richard Jean-Baptiste, Guignard Romain, Quatremère Guillemette, Verrier Florian, Gane Jessica, Nguyen-Thanh Viêt**
Baisse de la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes : résultats du baromètre de santé publique France 2018
beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/pdf/2019_15_1.pdf
- (2) **Bello Pierre-Yves, Chazalon Sylvie, Cardenas Maria, Drouin Caroline**
Le Programme national de réduction du tabagisme: retour sur trois années d'une stratégie d'ensemble pour réduire l'impact du tabac en France
http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_5.html
- (3) **Dautzenberg Bertrand,**
Le tabagisme, de la clinique au traitement, éditions Med'com 2010, 206 pages
- (4) **Douchet Marc-Antoine, Tabagisme et arrêt du tabac 2019**
https://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_19bil.pdf
- (5) **Ghaemmaghami Farzam,**
La tabacologie, aspects théoriques, cliniques et expérimentaux, édition EDP science 2017, 371 pages
- (6) **Kopp Pierre, Le coût social des drogues en France**
<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxpkv9.pdf>
- (7) **Pasquereau Anne, Andler Raphaël, Guignard Romain, Richard Jean-Baptiste, Arwidson Pierre, Nguyen-Thanh Viêt**
La consommation de tabac en France : premiers résultats du baromètre santé 2017
https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/119663/file/152124_2018-14-15-1.pdf

• Sitographie

- (8) **Addictions, du plaisir à la dépendance**
<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/addictions>
- (9) **Adopter le paquet neutre pour protéger les jeunes**
cncf.fr/wp-content/uploads/2018/11/Adopter-le-paquet-neutre-pour-protéger-les-jeunes-synthèse-récapitulative.pdf
- (10) **Âge moyen et médian de la population**
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381476>
- (11) **Arrêt du tabac : quelle prise en charge pour les substituts nicotiniques ?**
https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/medicaments-vaccins-dispositifs-medicaux/prise-charge-substituts-nicotiniques#text_48937
- (12) **Aspects économiques de la lutte antitabac**
<https://www.who.int/tobacco/economics/fr/>
- (13) **Bilan démographique 2019**
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892086?sommaire=1912926>
- (14) **Conditionnement des produits du tabac**
cncf.fr/wp-content/uploads/2018/11/Conditionnement-des-produits-du-tabac-ce-qui-change-à-partir-du-20-mai-2016.pdf
- (15) **Fiche Vidal de la Varénicline**
<https://www.vidal.fr/Medicament/champix-76441.htm>
- (16) **Fiche Vidal du Bupropion**
https://www.vidal.fr/Medicament/zyban_lp-18618-posologie_et_mode_d_administration.htm
- (17) **Fiscalité des produits du tabac**
<https://cncf.fr/plaidoyers/fiscalite-produits-tabac/2/>
- (18) **Journée mondiale sans tabac 2019**
<https://www.who.int/fr/news-room/events/detail/2019/05/31/default-calendar/world-no-tobacco-day>
- (19) **La dépendance au tabac**
<https://www.tabac-info-service.fr/Le-tabac-et-moi/Les-effets-nefastes-du-tabac-pour-moi/La-dependance-au-tabac>

- (20) **Le paquet neutre : quelle efficacité dans la lutte contre le tabagisme ?**
<https://cnct.fr/actualites/le-paquet-neutre-quelle-efficacite-dans-la-lutte-contre-le-tabagisme/>
- (21) **Le tabac coûte cher à la société**
<https://cnct.fr/le-tabac-coute-cher-a-la-societe/>
- (22) **Le tabagisme aggrave la pauvreté des individus et des familles**
https://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2004/tobaccofacts_families/fr/
- (23) **Les risques du tabagisme actif**
<https://www.tabac-info-service.fr/Le-tabac-et-moi/Les-effets-nefastes-du-tabac-pour-moi/Les-risques-du-tabagisme-actif>
- (24) **Les traitements de substitution en pratique**
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_les_tns_en_pratique_2014-11-14_12-18-51_242.pdf
- (25) **Patchs de nicotine : ne pas changer de marque si le patient est équilibré**
<https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Patchs-de-nicotine-ne-pas-changer-de-marque-si-le-patient-est-equilibre-Point-d-Information>
- (26) **Quelles sont les dispositions de lutte contre le tabagisme en France ?**
<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/articles/quelles-sont-les-dispositions-de-lutte-contre-le-tabagisme-en-france>
- (27) **Qu'est-ce qu'une addiction ?**
<https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/qu-est-ce-qu-une-addiction>
- (28) **Remboursement des substituts nicotiniques : un levier pour arrêter de fumer**
<https://cnct.fr/communiques/substituts-nicotiniques-levier-arret/>
- (29) **Tabac : quels sont les risques ?**
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/tabac/risques-tabagisme>
- (30) **Tabac et cancer**
https://www.ligue-cancer.net/article/25940_tabac-et-cancer?utm_source=adgrants&utm_medium=cancer-poumon&utm_campaign=search&gclid=CjwKCAiA27LvBRB0EiwAPc8XWSGDocp_cchrxLjea_1J1l_qd4U3-OcUFkwXfPI_PbBDI1OrLvafpBoCH5gQAvD_BwE
- (31) **Tabac et lieux public**
<https://www.drogues.gouv.fr/ce-que-dit-la-loi/en-matiere-tabac/tabac-lieux-public>

- (32) **Tabac info service, Mois sans tabac**
<https://mois-sans-tabac.tabac-info-service.fr/>
- (33) **Test de Fagerström**
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_tests_fagerstrom.pdf
- (34) **Usage actuel (occasionnel ou régulier) de tabac parmi les 18-75 ans**
<https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/tabac-evolution-de-lusage-occasionnel-ou-regulier-parmi-les-18-75-ans/>

Résumé

Le tabac est la première cause de mortalité évitable en France. Il est responsable de plus de cent pathologies telles que les maladies cardiovasculaires, les maladies pulmonaires, les cancers, mais a également un impact sur la qualité de vie des fumeurs et de leur entourage.

Les conséquences du tabagisme sont néfastes. La fumée de cigarette contient plus de 4 000 composants parmi lesquels plus de 60 sont reconnus cancérigènes et plusieurs centaines sont toxiques. Parmi ces composants, on retrouve la nicotine, le monoxyde de carbone, les goudrons, ...

La France comptait en 2018 25,4% de fumeurs quotidiens. Cette même année, 56,5% des fumeurs quotidiens et 46,8% des fumeurs occasionnels ont déclaré avoir envie de se sevrer.

Cependant, le sevrage tabagique est complexe. En effet, lors de la consommation de tabac, deux types de dépendances peuvent apparaître : la dépendance physique et la dépendance psychique. Tous les fumeurs ne présentent pas une dépendance de la même intensité. Le test de Fagerström permet de définir l'intensité de l'addiction chez le fumeur.

Au cours du sevrage tabagique, les deux types de dépendances physique et psychique doivent être prises en compte. Les substituts nicotiniques, comme les patchs, gommes, comprimés et les traitements médicamenteux comme le Champix® et le Zyban® vont traiter la dépendance physique à la nicotine. Pour ce qui est de la dépendance psychique, des thérapies non médicamenteuses comme l'accompagnement psychologique, les approches cognitives et comportementales peuvent être utilisées. L'idéal est d'associer plusieurs méthodes. Cependant certaines personnes réussissent à se sevrer sans aucune aide.

Des actions sont également mises en place par l'Etat afin de réduire la prévalence du tabagisme. On retrouve ainsi l'augmentation du prix du tabac, l'instauration des paquets neutres, la Journée mondiale sans tabac et le Mois sans tabac, le remboursement des substituts nicotiniques.

Le but de ce travail est de déterminer s'il existe un profil type des personnes ayant réussi à se sevrer et si certains facteurs et motivations favoriseraient l'arrêt du tabac plus que d'autres.

Une enquête a été ainsi réalisée auprès de trois catégories de personnes : des anciens fumeurs, des fumeurs en cours de sevrage et des fumeurs ayant déjà essayé de se sevrer mais qui n'y sont pas parvenus. Les différents résultats ont permis de mettre en évidence qu'une imprégnation tabagique importante favorisait le risque de rechute. Parmi les différentes motivations pour arrêter de fumer, seule celle d'origine médicale semble être un facteur favorisant la pérennité de l'arrêt.

Les aides au sevrage qu'elles soient médicamenteuses ou non ne sont que peu utilisées et ne garantissent pas un arrêt plus rapide ni définitif.

Serment de Galien

En présence des maîtres de la faculté, je fais le serment :

- D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances ;
- D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
- De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité ;
- De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession ;
- De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens ;
- De coopérer avec les autres professionnels de santé.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

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