



الجمعية الجزائرية للأمراض الصدرية و السل  
SOCIETE ALGERIENNE DE PNEUMOPHTISIOLOGIE

# GUIDE PRATIQUE

## Le tabagisme

de la dépendance au sevrage  
Le Module de Tabacologie

*Séminaire - Atelier  
Alger les 21 - 22 Novembre 2007*

# Sommaire

## **Chapitre 1**

Epidémiologie du tabagisme

## **Chapitre 2**

La dépendance tabagique

## **Chapitre 3**

Aspects organisationnels de la consultation de tabacologie

## **Chapitre 4**

Prise en charge du fumeur dans une consultation de tabacologie

## **Chapitre 5**

Le module de tabacologie

## **Chapitre 6**

La mise en place de l'aide au sevrage en milieu universitaire

## **Chapitre 7**

La lutte antitabagique dans l'entreprise

## **Chapitre 8**

Glossaire

# Avant-Propos

L'épidémie de tabagisme est un problème mondial qui exige des mesures nationales et internationales concertées. Reconnaissant que la mondialisation accélère la propagation de l'épidémie, et conscients des limites de l'action nationale visant à apporter une solution à un problème de santé publique aux dimensions transnationales, des Etats Membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont négocié et adopté un traité unique en matière de santé publique afin de combattre le tabagisme. Aujourd'hui, la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT) contient un projet d'action internationale coordonnée visant à faire face à l'un des risques sanitaires les plus graves.

Il est toutefois également indispensable d'agir au niveau national pour mettre en œuvre le projet contenu dans la CCLAT de l'OMS. Le renforcement des capacités nationales et une priorité urgente pour exécuter des programmes nationaux de lutte antitabac qui soient efficaces et durables ; il s'agit de l'une des mesures les plus importantes pour faire reculer l'épidémie de tabagisme.

À l'origine de ce guide, il y a la prise de conscience du fait que, si divers documents officiels de l'OMS prévoient un renforcement des capacités nationales de lutte contre le tabagisme, il n'existe pas de publication nationale spécifiquement consacrée à la question. Ce guide comprend 5 Chapitres :

**Le premier chapitre** décrit l'épidémie de tabagisme. Le tabac comme facteur de risque et les coûts sanitaires et économiques ainsi que les argumentaires ou raisons d'aide au sevrage tabagique.

**Le deuxième chapitre** traite de la dépendance tabagique qui du fait de la nicotine contenue dans le tabac, fait du fumeur un toxicomane.

**Le troisième chapitre** traite des aspects organisationnels de la consultation de tabacologie aux deux niveaux d'intervention identifiés et qui font appel à tous les professionnels de santé, pour prendre en charge les fumeurs.

**Le quatrième chapitre** de ce guide définit et explique toutes les étapes par une prise en charge du fumeur dans une consultation de tabacologie ce qui permettra, aux candidats de sevrage (fumeurs motivés) d'améliorer leur chance de réussite.

**Le dernier chapitre** de ce guide donne les modalités pratiques : programme, durée et le déroulement du module de tabacologie que la Société va enseigner très prochainement.

Il nous a paru nécessaire de faire appel à un médecin de la Santé Universitaire car nous envisageons de mener des actions pour aboutir à une «Université sans fumée» en Algérie en 2008.

Il ne faut surtout pas oublier les travailleurs chez qui le tabagisme fait des ravages. C'est la raison pour laquelle nous avons associé à la rédaction de ce guide, un médecin du travail qui a rédigé un chapitre sur la lutte antitabagique dans l'entreprise.

Conçu comme un ouvrage pratique, ce guide propose une approche délibérément pragmatique ; il traite de problèmes concrets et donne des conseils utiles pour mettre en place des actions nationales viables en matière de lutte antitabac.

**Le Président**  
Pr Salim Nafti

## Atelier sur le tabagisme et l'aide au sevrage tabagique

21 - 22 Novembre 2007

### Liste des participants

ABDERRAHIM. S	HU	(Blida)
LLOUNE. Y.	HU	(Sétif)
ALI PACHA. S.	SP	(Alger)
BACHA. H.	L	(Tizi Ouzou)
BELMEKKI KERMICHE. S.	L	(Khenchela)
BENANI M.A.	HU	(Oran)
BOULARES. L	SP	(Alger)
CHAHED. R.	L	(Tizi Ouzou)
DAHMANI. K.	L	(Reghaia)
DJILLALI. Y	HU	(Rouiba)
FISSAH. A	HU	(Alger)
GHARNAOUT. A	HU	(Alger)
GUEMADI. N	SP	(Constantine)
HAMIZI. A.	L	(Batna)
HAMMACHE. N	HU	(Alger)
HAOUICHET. H.	HU	(Alger)
KHELAFI. R.	HU	(Alger)
KHELIOUENE. A	HU	(Alger)
L'HADJ. M.	HU	(Alger)
LEBIB.A.	HU	(Alger)
LELLOU.S.	HU	(Oran)
MAKHLOUFI. MT.	HU	(Alger)
MEKIDECHE. D.	HU	(Alger)
MOUMENI. A.	HU	(Sétif)
NAFTI.S.	HU	(Alger)
NASRI. S.	L	(Jijel)
NEHAL. A	HU	(Rouiba)
REZKELLAH. B.	HU	(Oran)
SABEG.Y	L	(Ain Beida)
SAIGHI. O.	HU	(Blida)
ALEB.A.	HU	(Sidi Bel Abbas)
TARIGHT.S.	HU	(Alger)
YEDDOU. Y.	SP	(Douera)
ZIANE.B	HU	(Oran)

### Comité de Rédaction

S. Ali Pacha, L. Boulares, A. Fissah, M. Gharnaout, N. Hammache, H. Haouichet, M. L'Hadj, MT. Makhloufi, S. Nafti, A. Nehal, B. Rezkellah, S. Taright

# Chapitre 1

## EPIDEMIOLOGIE DU TABAGISME

### INTRODUCTION

Le tabagisme est un fléau mondial, responsable d'une lourde morbi-mortalité. Il représente un problème majeur de santé publique, et coûte cher à la société, il est la première cause de mortalité évitable. Il existe donc un besoin urgent d'optimisation des moyens d'aide au sevrage tabagique, afin que tous les professionnels de santé interviennent en ce domaine en adaptant le type d'intervention aux caractéristiques de tabagisme de chaque fumeur. Ceci, fait appel au soutien des autorités publiques compétentes pour l'application effective de la législation de la lutte anti-tabac.

### EPIDÉMIOLOGIE

#### Dans le monde

*Nombre de fumeurs dans le monde :*

Le tabac est responsable d'au moins 100 millions de décès dans le monde depuis 1950. Malgré toutes les informations recueillies depuis plus de 50 ans sur ce facteur de risque et les mesures de lutttes mises en place dans de nombreux pays, la pandémie de tabagisme s'accroît.

L'OMS estime que 5 millions de personnes meurent chaque année de l'usage du tabac. Si cette tendance continue, ce chiffre atteindra 10 millions par an en 2030, avec 70% de morts dans les pays en développement.

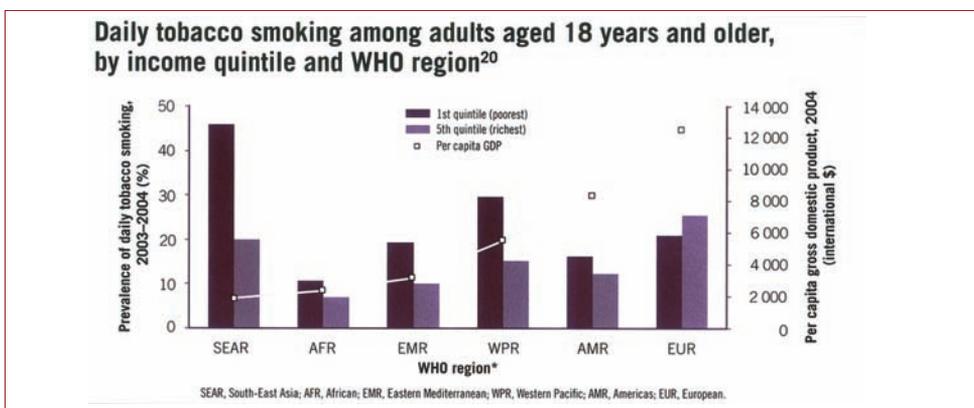


Figure 1 : Utilisation du tabac dans le monde. Estimation du nombre et du pourcentage de fumeur (OMS 2007)

Dans les pays développés, la prévalence des fumeurs est faible chez les adultes, et cette prévalence varie selon que les adultes soient âgés de 18 ans ou plus.

Le tabagisme est plus fréquent chez les personnes à faible revenu dans les pays développés, et chez les pauvres dans toutes les régions sauf en Europe. L'inégalité des systèmes de santé perpétue le cercle vicieux haute prévalence tabagisme et pauvreté (Tableau 1).

### En Algérie

L'enquête nationale de santé (projet TAHINA 2005) retrouve une estimation globale de 11,22 % parmi une population générale de 4818 personnes âgée de 35 à 70 ans, ce pourcentage sous-estime le taux réel de fumeurs à savoir les fumeurs âgés de moins de 35 ans et les enfants de moins de 15 ans, et la répartition selon le sexe masculin, et à partir de 35 ans le fumeur envisage d'arrêter de fumer (Tableau 2).

L'enquête scolaire de Sétif ne distingue pas le tabagisme selon les tranches d'âges moins de 15 ans et plus de 15 ans et selon le sexe car actuellement les enfants fument de plus en plus à un âge jeune. L'enquête réalisée à Alger par Nafti et col sur 3690 élèves âgés de 6 à 20 ans retrouve 5,5% de fumeurs. (Figure 2).

La consommation annuelle de tabac s'élève à 25000 tonnes, avec un accroissement annuel de 5% par an, surtout pour les cigarettes blondes passant de 950 en 1970, à 1580 en 1980, et 10000 en 1990 avec une consommation moyenne de 1600 cigarettes/habitant/an. La consommation de tabac a triplé au cours de ces dernières décennies, passant de 7,7% en 1978 à 28,68% en 1998, et 28,6% en 2005.

La tendance évolutive : le taux de fumeurs dans les pays à revenu élevé est à présent en décroissance, mais si les tendances mondiales actuelles se maintiennent, on s'attend à ce que le nombre de fumeurs passe de 1,1 milliard à 1,6

**Tableau 1** : Utilisation du tabac dans le monde. Estimation du nombre et du pourcentage de fumeur.

Régions	Hommes	femmes
<b>Amérique</b>		
Canada	22	18
USA	24,1	19,2
Mexique	35,9	15,0
<b>Europe</b>		
Géorgie	60,3	6,2
République tchèque	38,9	25,1
Allemagne	33,2	22,1
<b>Moyen orient</b>		
Jordanie	50,5	8,3
Tunisie	53,0	2,2
Maroc	32,1	0,2
<b>Région sud est asiatique</b>		
Bengladesh	58,2	8,2
Inde	42,0	8,5
Indonésie	69,0	3,0
<b>Région sud ouest asiatique</b>		
Chine	57,4	3,5
Japan	47,9	12,2

**Tableau 2** : Consommation de tabac avec ou sans fumée en Algérie.

	Hommes	Femmes	Total
<b>Tabac à fumer</b>			
Fumeurs actuels	26,40	0,43	11,22
Fumeurs quotidiens	93,90	100	93,99
Age moyen de début de consommation	19,47	17,19	19,43
Nombre moyen de cigarettes fumées	15,03	9,99	14,94
Fumeurs anciens quotidiens	39,71	0,12	15,18
Age moyen de sevrage	35,89	36,38	35,89
<b>Tabac non fumé</b>			
Consommation de tabac non fumé	21,36	1,18	9,61
Consommation quotidienne tabac non fumé	90,62	66,55	88,31



milliard, d'ici 2025, soit 1/3 de la population âgée de 15 ans et plus, sachant que le taux de fumeurs est plus bas parmi les couches sociales aisées par rapport aux couches démunies

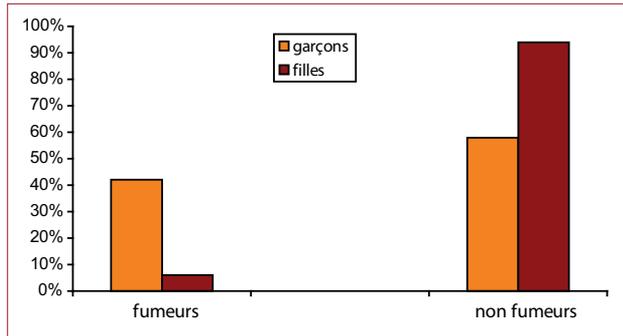


Figure 2.

### LES EFFETS DÉLÉTÈRES DU TABAGISME

Les effets délétères du tabagisme sont bien établis.

#### Tabac et cancers

Cancers des bronches : alors que le taux des autres cancers s'est stabilisé ou a diminué, le taux des cancers bronchiques est passé de 2 à 50 depuis 1930 aux USA.

Le risque est multiplié par 29 pour un homme qui consomme un paquet de cigarettes par jour

Le gros fumeur a un risque multiplié par 50 par rapport au non-fumeur, il apparaît de plus en plus tôt chez des sujets ayant commencé à fumer dès l'âge jeune.

Il concerne actuellement de plus en plus de femmes. Il devient le 2<sup>ème</sup> cancer de la femme après celui du sein de par sa fréquence aux USA.

Il faut signaler aussi le risque accru de cancer chez le conjoint du gros fumeur (tabagisme passif).

#### Cancers des voies aérodigestives supérieures

Ces cancers sont liés au rôle quasi exclusif du tabac et de l'alcool. L'association de l'un à l'autre (alcool tabagisme) multiplie par 3 le risque de chacun.

Le cancer des lèvres du fumeur de mégot.

Le cancer de la langue du tabac à chiquer et à priser.

Le cancer du pharynx (surtout alcool).

Le cancer du larynx (surtout tabac).

#### Cancer de la vessie

Le risque est multiplié par 2 chez le fumeur.

#### Cancer du col utérin

Le tabac multiplie par 3,6 le risque d'anomalies précancéreuses du col de l'utérus. La moitié de ce risque est proportionnelle à la consommation des cigarettes .

#### Cœur et artères

Le tabac est responsable de plus de 90% des artérites survenant avant l'âge de 63 ans.

Coronarites, angine de poitrine, infarctus du myocarde : Le tabac en constitue l'un des principaux facteurs de risque. Il est responsable d'un grand nombre de morts par infarctus.

Chez la femme, le risque d'infarctus est multiplié par 34 chez la fumeuse prenant les contraceptifs.

### **Hypertension artérielle**

Le tabac est la cause majeure de l'hypertension artérielle du sujet jeune.  
Il accroît le risque d'hypertension résistante au traitement.

### **Accidents vasculaires cérébraux.**

Le tabac est un facteur de risque aussi important que l'hypertension artérielle.  
(le risque est multiplié par 3 en moyenne).

### **Impuissance**

Le tabac augmente de 37% la fréquence des impuissances d'origine organique.

### **Appareil digestif**

Le tabac est l'ennemi de la bouche, des gencives et des dents.

Il provoque des gingivites inflammatoires favorisant l'infection et entraînant une haleine fétide, il favorise les caries, et colore les dents en jaune.

Le tabac provoque des plaques de leucoplasie de la bouche et du pharynx.

Le tabac est un facteur de risque de l'ulcère gastroduodéal.

C'est un facteur de résistance aux traitements actifs, il favorise la récurrence et la perforation.

### **Sang**

Augmentation du nombre des leucocytes (au delà de 10. à 12.000).

L'augmentation croît avec le degré d'intoxication tabagique.

Augmentation du nombre de globules rouges.(traduisant une baisse de l'oxygénation du sang)

Diminution du nombre d'immunoglobulines (avec diminution des défenses anti-bactérienne.

### **Accidents de la route**

5% des accidents de la route sont imputables au tabac.

### **Sport**

Les effets du tabac sont majorés au cours de l'effort, nuisent gravement aux performances, et comportent un risque sérieux d'accidents vasculaires graves (mort subite, infarctus du myocarde).  
Il faut insister sur les dangers de la cigarette après effort (risque accru d'accidents coronariens).

### **Le tabagisme passif**

Le tabagisme est aussi un risque pour l'entourage. Les 3 lieux du tabagisme passif sont :

le domicile (lieu clos où les personnes sont en contact, les voitures et les transports, les lieux de travail.  
Les 3 cibles privilégiées sont : le fœtus, l'enfant surtout avant la marche et jusqu'à 3 ans, et l'adulte fragile (avec coronarite, asthme).

Le risque de cancer est accru chez le conjoint du fumeur :

cancer du poumon risque multiplié par 3.

cancer de l'utérus risque multiplié par 2.

### **Le tabagisme féminin**

Il est inquiétant car il progresse de façon spectaculaire. Le risque vasculaire est majoré par la pilule, le tabac représente un danger pour le fœtus au cours de la grossesse, et nuit au charme féminin.

### Le tabac et les jeunes

Le tabagisme s'installe avec une précocité croissante, dès l'âge scolaire, il se féminise de plus en plus. La vulnérabilité au tabac est plus grande chez le jeune (amputation des capacités respiratoires de 30% après 2 années de tabagisme).

### Le sevrage

La durée de l'abstinence distingue 3 types d'arrêt.

Récent ou de durée égale ou moins à 3 mois.

Persistant ou de durée égale ou moins à 12 mois.

Confirmé ou de durée égale ou moins à 24 mois.

### Les raisons du sevrage

La décision d'arrêter de fumer doit être libre et personnelle.

Les motivations doivent être conscientes, précises et fermes aussi bien les motivations négatives, afin d'éviter les dangers du tabac que les motivations positives tenant à la liberté retrouvée. Le moment doit être bien choisi mettant à profit les circonstances favorables, l'arrêt ne doit pas être progressif mais total. Parfois il est bon de rechercher un substitut au tabac. L'arrêt du tabac doit être l'occasion d'un changement de mode de vie avec adoption des règles d'une vie saine (alimentation de qualité, activité physique régulière, éviter les excitants : café et alcool, réduire les sucres et les friandises).

L'évaluation de l'arrêt du tabac associe l'interrogatoire, et la mesure des marqueurs du tabagisme (taux de CO dans l'air expiré et ou dosage de la cotinine dans la sang et les urines).

Les seuils d'abstinence retenus sont :

COE < ou = 10 ppm,

Cotinine salivaire ou plasmatique 15 µg /ml

Cotinine urinaire 50 µg /ml.

### Les bénéfices de sevrage

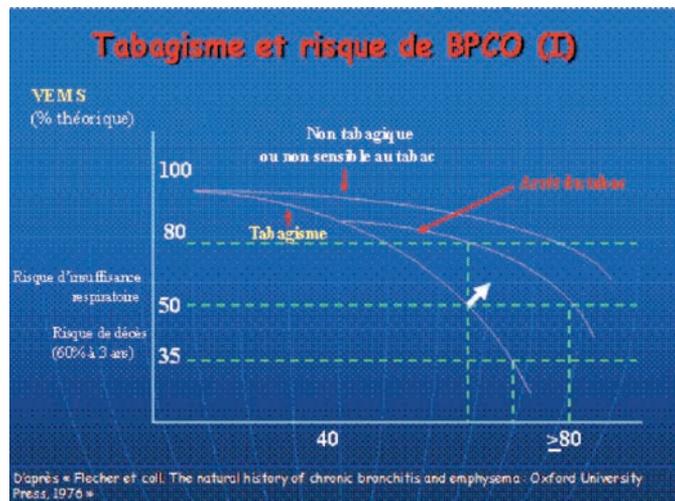
L'arrêt du tabac permet de réduire la surmortalité liée à cette consommation.

L'arrêt du tabac réduit le risque de cancer de 50 à 80 % après 10 ans d'arrêt.

Dans le cas de BPCO, l'arrêt du tabagisme permet de stabiliser l'altération de la fonction respiratoire (voir courbe de Fletcher).

Il est bénéfique pour la santé de s'arrêter même après l'apparition de pathologies liées au tabac, le bénéfice est d'autant plus grand que l'arrêt est plus précoce.

courbe de Fletcher



# Chapitre 2

## LA DÉPENDANCE TABAGIQUE

Les substances les plus connues de la fumée du tabac sont : la nicotine, le CO et les gaz irritants. La substance essentielle de la dépendance est la nicotine. Elle tient une place centrale dans le processus de la dépendance qui est sous l'influence de plusieurs facteurs.

La nicotine est un alcaloïde qui arrive au cerveau sous forme de «pic» ou de «shoot» en 8 à 10 secondes soit 2 fois plus vite qu'une injection intraveineuse. C'est une substance chimique dotée d'effets psycho actifs sur le cerveau; elle influence sur l'humeur et la sensibilité pendant une durée limitée.

Il existe d'autres substances présentes dans la fumée du tabac qui semblent intervenir dans la dépendance au tabac tels que les bêta-carbolines ou relevant d'une synthèse endogène ont une action fonction IMAO (l'activité MAO des cerveaux de fumeurs est diminuée de 40%).

Fumer est un comportement qui s'acquière et se maintient renforcé par de nombreux stimuli internes ou environnementaux.

Le comportement tabagique est complexe, en rapport avec plusieurs facteurs.

### DÉFINITION DE LA DÉPENDANCE (OMS)

La dépendance est un état psychologique et parfois physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et d'une substance étrangère, état caractérisé par des réponses comportementales avec toujours une compulsion à prendre, la substance de façon continue ou périodique, de façon à ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence, la tolérance c'est-à-dire la nécessité d'augmenter progressivement les doses peut ou non être présente.

La dépendance à une substance psycho active quelle qu'elle soit constitue un trouble chronique caractérisé par une envie compulsive d'usage de cette substance et une relative incapacité à s'en passer.

### NICOTINE ET DÉPENDANCE

Parmi les composés de la fumée de tabac, la nicotine est responsable de la dépendance tabagique et de la toxicomanie qui en découle.

En effet la nicotine est le principal alcaloïde du tabac (90 à 95%). D'autres alcaloïdes existent et pourraient avoir une importance pharmacologique non négligeable. Le devenir de la nicotine

influence directement le comportement du fumeur et participe à sa dépendance, c'est pourquoi il est primordial de comprendre la pharmacocinétique et la pharmacodynamie de cette substance.

### **Pharmacologie et pharmacodynamie de la nicotine**

#### *Pharmacologie*

La nicotine se comporte comme un faux neurotransmetteur et prend la place de l'acétylcholine. Elle stimule de nombreuses zones centrales en particulier neurones dopaminergiques, le système de récompense sur lequel agissent toutes les drogues.

La nicotine ressemble dans l'espace à un neurotransmetteur très important : l'acétylcholine qui agit en se fixant sur les récepteurs nicotiques RnAch.

La multiplicité des actions de la nicotine s'explique par le caractère ubiquitaire des RnAch :

RnAch de la jonction neuromusculaire : rendant compte de la possibilité de troubles gastro-intestinaux et parfois musculaires

RnAch de la médullosurrénale et ganglions sympathiques : action catécholaminergique

RnAch centraux : zones cérébrales, thalamiques, cortical, cortex préfrontal, cervelet et surtout aire tegmentaire.

#### *Absorption et distribution*

Pour être absorbée par l'épithélium alvéolaire la nicotine doit être inhalée.

Une fois dans les poumons elle est rapidement absorbée par la circulation systémique.

La nicotémie augmente rapidement lors de la consommation d'une cigarette et atteint un pic maximal à la fin de celle-ci ;

La nicotine se distribue rapidement alors vers les autres organes dont le cerveau.

Elle atteint ce dernier en 9 à 19 secondes, plus rapidement qu'après une injection intraveineuse.

La dose de nicotine inhalée est dépendante de l'intensité, de la durée et du nombre de bouffée, de la profondeur de l'inhalation et du degré de dilution de la fumée avec l'air inspiré.

Les fumeurs tendent à extraire en moyenne un peu plus de 1mg de nicotine par cigarette (0,97 à 1,39). Signalons que des variations existent entre les individus en ce qui concerne la vitesse et l'importance de l'absorption.

#### *Elimination*

La nicotine est métabolisée principalement dans le foie et à un degré moindre au niveau des poumons et des reins.

La demi-vie d'élimination de la nicotine est d'environ 2 heures mais avec de grandes variabilités interindividuelles (1 à 4h).

Les métabolites de la nicotine sont la cotinine et la N'oxyde de nicotine.

#### *Exposition chronique à la nicotine*

Avec une demi-vie de 2 heures pour la nicotine la nicotémie augmente régulièrement sur une période de consommation de 6 à 8 heures et persiste à un même niveau significatif pendant la même durée après l'arrêt.

Le fumeur reste exposé à des concentrations pharmacologiques actives 24 h/24.

#### *Pharmacodynamie de la nicotine*

Les études pharmacodynamiques suggèrent que les effets de la nicotine perdurent tout au long du cycle quotidien de consommation tabagique, malgré le développement d'une certaine tolérance aiguë.

L'intervalle séparant 2 cigarettes est probablement influencé en partie par les fluctuations de cette tolérance au cours de la journée.

La première cigarette de la journée produit un effet pharmacologique substantiel mais dans le même temps la tolérance commence à croître.

Le temps s'écoulant jusqu'à la cigarette suivante pourrait être déterminé par le temps nécessaire à une certaine régression de la tolérance mais avant que ne se développent de trop sévères symptômes de sevrage.

Avec le nombre de cigarettes fumées, la nicotine s'accumule dans l'organisme provoquant une tolérance plus importante et lorsque la nicotémie décroît, des symptômes de sevrage plus intenses. La tolérance aiguë fait que les effets négatifs comme l'accélération de la fréquence cardiaque disparaissent rapidement au cours de la journée mais avec possibles effets centraux positifs en fin de journée.

La tolérance disparaissant au cours de la nuit avec la resensibilisation des récepteurs le rythme nyctéméral est idéal pour entretenir la dépendance au quotidien.

La tolérance chronique qui fait disparaître bon nombre d'effets négatifs (nausées, vertiges) participe sans doute à ce phénomène mais a été moins bien étudiée.

### **La dépendance**

Tout comportement a été progressivement appris et est ensuite renforcé par des réflexes conditionnés. S'il a des conséquences positives et bénéfiques, il est renouvelé : c'est le renforcement positif, qui rapidement induit la dépendance **psychique** c'est-à-dire le besoin de retrouver les sensations agréables liées à la consommation de la substance.

En raison de la courte vie de la nicotine, le fumeur doit fumer fréquemment au cours de la journée et obtenir ainsi un grand nombre de renforcements positifs associés à tous les comportements quotidiens de la personne (un fumeur de 1 paquet /jour, inhale environ 200 bouffées et bénéficie de 200 renforcements).

Chaque bouffée de cigarette réalise un «shoot» exerce un effet renforçateur maximum.

Si l'arrêt du comportement est à l'origine de troubles avec un état de malaise, il est renouvelé pour supprimer cette sensation désagréable, c'est le renforcement négatif qui aboutit plus ou moins rapidement à la dépendance **physique**.

### **La dépendance psychique**

Elle est liée au besoin de retrouver les sensations de plaisir, de détente, de bien être, de stimulation intellectuelle.

D'autres effets sont également signalés comme un effet antalgique, anorexigène et régulateur de poids. La cigarette peut être considérée comme un soutien dans les situations de stress, un facteur de stimulation générale lorsque le moral baisse.

En somme la nicotine peut être considérée comme un régulateur de l'équilibre psychologique.

Le tabagisme est puissamment associé à des activités spécifiques, selon la signification que le fumeur donne à la cigarette (rituel=habitude):

- Cigarette plaisir
- Cigarette détente
- Cigarette stimulation intellectuelle
- Cigarette Stress
- Cigarette ennui

- Cigarette de maîtrise, de confiance
- Cigarette «objet».

Chaque bouffée sera associée par le cerveau à l'événement ou à la situation que le fumeur vit à ce moment là. Donc, en plus de la dépendance physique, le cerveau associe la cigarette à toutes les situations que le fumeur vit.

C'est pour cette raison que plusieurs fumeurs parlent de la cigarette comme «une amie» et donc, la difficulté de se libérer de cette dépendance.

### *La dépendance physique*

Elle est d'apparition plus tardive et n'est pas retrouvée chez tous les fumeurs.

La sensation de besoin, de manque avec pulsion irrésistible à reprendre une cigarette survient quand la nicotémie baisse au-dessous d'un certain taux.

Parallèlement apparaissent des troubles du caractère parfois intenses : nervosité, irritabilité, crise de colère.

Le sujet fume alors pour éliminer ces sensations désagréables.

### *Autres facteurs*

- facteurs génétiques

Ils influencent l'activité du cytochrome P450, voie d'oxydation principale de la nicotine, ce qui distinguera des métaboliseurs lents et rapides, et le nombre et la nature des récepteurs nicotiques ainsi que la nature et l'organisation des récepteurs et voies dopaminergiques, noradrénergiques et sérotoninergiques .

Ces facteurs génétiques agissent également sur la vulnérabilité psychologique.

- plasticité et remodelage neuronal

La nicotine entraîne un remodelage des réseaux neuronaux expliquant d'une part l'importance de la dépendance et la difficulté du sevrage chez certains fumeurs.

D'autre part une exposition prénatal au tabac puisse induire une vulnérabilité vis-à-vis du tabagisme. D'autres facteurs interviennent comme les facteurs environnementaux, relationnels, psychologiques, stimulus sensoriels locaux associés à l'inhalation (chaleur, irritation des voies aériennes, plaisir d'inhaler et perception olfactive ou gustative).

## Conclusion

La dépendance tabagique est psycho comportementale, pharmacologique et génétique. Cette dépendance est due aux effets de la nicotine : psycho stimulants, renforçateurs, comportement d'auto administration et besoin impérieux de fumer.

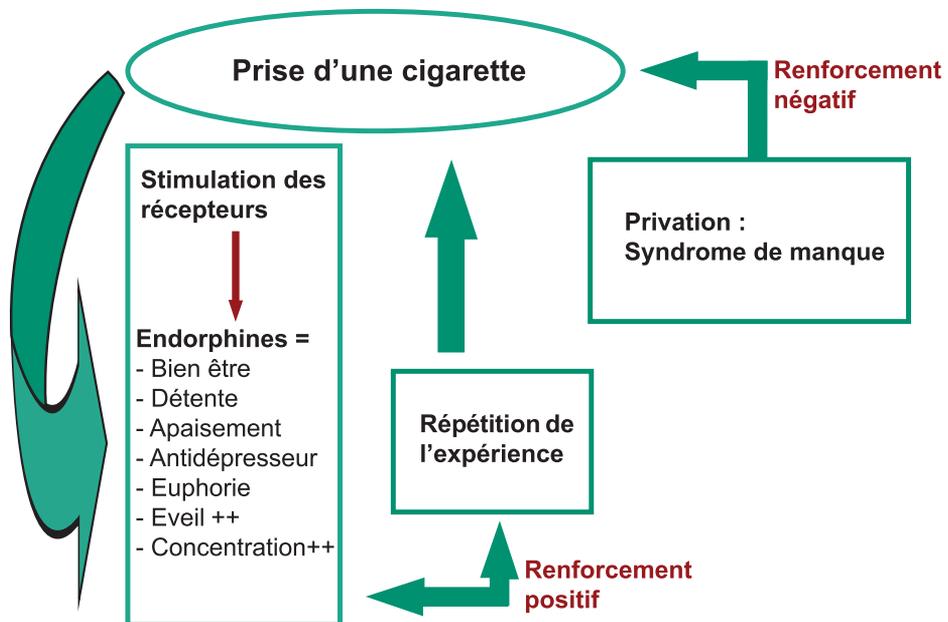
La nicotine est responsable de l'accoutumance. Elle crée l'habitude d'en prendre régulièrement et toujours un peu plus pour ressentir le même effet.

La privation provoque des symptômes de manque corrigés par l'administration de cette substance.

L'inhalation de fumée occasionne un apport massif de nicotine «effet bolus» qui atteint le cerveau en quelques secondes et sature les récepteurs en quelques minutes.

La demi-vie courte de la nicotine (2 à 4 heures) favorise l'installation et le développement de la dépendance. Chaque fumeur est unique selon sa personnalité, son état anxio-dépressif, son environnement et l'appétence de son système nerveux pour la nicotine.

## Dépendance pharmacologique :



### BIBLIOGRAPHIE

- 1- Expertise collective : tabac comprendre la dépendance pour agir, Paris Editions INSERM ,2004
- 2- J.Perriot. La conduite de l'aide au sevrage tabagique, Rev Mal Respir 2006 ;23 :3S85-3S105
- 3- G.Lagruet.Traitement de la dépendance tabagique .EMC- Cardiologie Angéologie 1(2004) 443-455
- 4- N.Hamdani,J.Ades,P.Gorwood,.Héritabilité et gènes candidats dans le tabagisme .L'Encéphale ,2006 ;32 :966-75,cahier 1.

# Chapitre 3

## ASPECTS ORGANISATIONNELS DE LA CONSULTATION DE TABACOLOGIE

### INTRODUCTION

Une organisation de la prise en charge des fumeurs et une identification précise des intervenants à différents niveaux de cette prise en charge sont nécessaires pour compléter les actions de lutte contre le tabagisme en Algérie. L'aide à l'arrêt du tabagisme est en effet une des interventions dont la mise en place est réaliste. Son impact au plan épidémiologique est important car elle permet une réduction significative de la morbidité et la mortalité liée au tabac.

Les activités de lutte contre le tabagisme doivent être intégrées dans l'activité de routine des praticiens du secteur public ou privé.

L'étape initiale de la prise en charge du fumeur est le conseil minimal délivré par tout médecin quelque soit sa qualification ou son niveau d'intervention. Il concerne tous les fumeurs qui consultent quel que soit le motif de consultation.

Ce conseil minimal d'une durée de 3 à 10 minutes consiste à :

L'informer sur les mesfaits du tabac.

Lui conseiller l'arrêt du tabac en lui remettant éventuellement une brochure sur l'aide à l'arrêt.

### LA CONSULTATION DE TABACOLOGIE

La consultation de tabacologie est une consultation spécialement dédiée à la prise en charge des fumeurs qu'ils présentent ou non une pathologie liée à leur tabagisme. Cette prise en charge peut se faire à deux niveaux :

Niveau 1 : consultations de médecine et de chirurgie publique ou privée.

Niveau 2 : consultations des services spécialisés public ou privé et UCTMR.

#### **Le niveau 1 : consultations de médecine et de chirurgie publique ou privée**

En plus du conseil minimal, certaines consultations de médecine et de chirurgie du secteur public ou privé, pourraient prendre en charge les fumeurs. Les praticiens, généralistes ou spécialistes

responsables de cette consultation devraient être capable de :

- Identifier le fumeur
- Motiver à l'arrêt du tabac
- Délivrer un traitement par les substituts nicotiques
- Référer les fumeurs difficiles : rechutes, toxicomanie, etc.
- Identifier les co-morbidités : Cardiopathies, BPCO, etc.

Ils doivent bénéficier au minimum des moyens suivants :

- Un dossier médical voir annexe
- Des dépliants et brochures pour l'aide à l'arrêt
- Des questionnaires (tests de dépendance, de motivation, d'anxiété et de dépression) voir annexe
- Un débit mètre de pointe et si possible la mesure du CO, pour améliorer la motivation des fumeurs à l'arrêt
- Surveillance d'éventuelle prescription des substituts nicotinique.

### **Niveau 2 : Consultations des services spécialisés public ou privé et UCTMR**

Les praticiens spécialistes ou généralistes au niveau des consultations spécialisées en tabacologie intégrée ou individualisée, constituent le 2<sup>ème</sup> niveau de la consultation de tabacologie. Les praticiens de ce niveau, en plus des tâches que doivent accomplir les médecins du premier niveau, ils doivent dispenser l'ensemble des soins utiles aux fumeurs et en particulier aux fumeurs difficiles. Cela inclut :

- Une aide pharmacologique (TSN)
- Une prise en charge psychologique
- Une prise en charge adjuvante (nutrition, etc.)

Cette consultation fait appel généralement à une équipe composée de :

- Médecins (généralistes, spécialistes)
- Psychologue
- Nutritionniste

Ce personnel doit être formé en tabacologie.

Les moyens disponibles au niveau de cette consultation spécialisé incluent en plus de ceux présents dans la consultation de premier niveau :

- un analyseur de CO
- un spiromètre.

**A**près la mise en place de ces 2 niveaux d'intervention, un troisième niveau pourrait être envisagé et mis en place. Il correspond aux centres régionaux de tabacologie (consultation de niveau 3) qui constitueront des centres de référence éventuellement intégrés aux centres d'addictologie pour les fumeurs résistants. Leur rôle réside également dans la recherche opérationnelle et dans le soutien à la formation.

# Chapitre 4

## PRISE EN CHARGE DU FUMEUR DANS UNE CONSULTATION DE TABACOLOGIE

### CARACTÉRISTIQUES ET OBJECTIFS DE LA CONSULTATION DE TABACOLOGIE

C'est une consultation spécialisée de tabacologie qui s'adresse aux fumeurs motivés (à ne pas confondre avec le conseil minimal de la consultation en médecine générale). Elle permet aux candidats au sevrage d'améliorer leur chance de réussite, de réduire au minimum le syndrome de sevrage, et de prévenir les rechutes.

### ETAPES D'UNE PREMIÈRE CONSULTATION D'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE

1- Renforcer la motivation en expliquant au fumeur le danger du tabac sur la santé et en l'informant sur les bénéfices du sevrage tabagique.

2- Recueillir l'histoire du tabagisme : celle ci se construit au cours des consultations successives.

- Nombre de cigarettes fumées par jour (jours de travail et jours de repos)
- Ancienneté du tabagisme (âge début, début régulier, nombre d'années)
- Histoire des maladies et des facteurs de risque de maladie
- Histoire familiale
- Type d'utilisation du tabac : fréquence, facteurs poussant à allumer une cigarette
- Précédentes tentatives d'arrêt
- ATCD d'utilisation de médicaments.

3- Evaluer la dépendance : par le test de Fagerström (Annexe1), celui ci permet de classe la dépendance nicotinique du fumeur.

4- Classer le fumeur selon les résultats du test de Fagerström dont le résultat est indispensable pour connaître le niveau de dépendance physique et adapter la conduite à tenir thérapeutique :

0 - 3 : non dépendant à la nicotine.

4 - 6 : Moyennement dépendant à la nicotine.

7- 10 : très dépendant à la nicotine.

5- Faire un examen clinique complet (poids taille, mesure du DEP et/ou du Piko6 et dosage du CO).

### CONDUITE DU SEVRAGE

Elle dépend du niveau de dépendance nicotinique scoré par le test de Fagerström (figure 3) :

#### 1- dépendance faible

La conduite à tenir se base sur plusieurs paliers au fur et mesure de l'échec d'une méthode :

*1-1 Renforcement de la motivation :*

L'entretien de motivation permet au patient d'exprimer ses problèmes et ses craintes (problèmes de santé, symptômes de sevrage, prise de poids ...).

- Faire préciser les raisons du désir de l'arrêt,
- Le patient fixe une date d'arrêt (pas d'urgence),
- Faire récapituler les barrières à l'arrêt,
- Mettre en place un plan pour prévenir les tentations,
- Conseiller de s'appuyer sur famille et amis.

*1-2 Accompagnement psychologique ou thérapie cognitivo-comportementale (TCC) :*

C'est une approche qui a pour but d'aider le patient à se débarrasser de son comportement anormal par un nouvel apprentissage dont les principaux objectifs sont :

- Augmenter la motivation et la confiance en soi
- Entraîner une meilleure gestion du «craving» (Annexe 2)
- Prévenir les rechutes
- Prendre en charge les troubles anxio-dépressifs
- Accroître l'efficacité des traitements pharmacologiques.

#### 2- Dépendance moyenne et forte

*2-1 Evaluer le terrain : alcoolisme, drogues dures, maladie psychiatrique*

*2-2 Chercher les comorbidités : BPCO, Cardiopathie,*

*2-3 Evaluer les risques des effets indésirables du sevrage (annexe 1)*

*2-4 Conduite du sevrage :*

- Renforcer les motivations
- Accompagnement psychologique (TCC)
- Traitements pharmacologiques : (annexe 3)

##### *a- Les substituts nicotiniques*

- Patch
- Gomme
- Inhalateurs
- Timbres
- Comprimés sublinguales.
- Pastilles

**b- Les médicaments non nicotiniques**

- Bupropion (Ziban®)
- Varenicline (Champix®).

**c- Les médicaments de 2<sup>ème</sup> ligne:**

- Clonidine
- Nortriptyline

**d- Autres moyens**

L'acupuncture, l'homéopathie, la mésothérapie et l'hypnose ont été depuis longtemps utilisés pour le sevrage tabagique cependant aucune étude scientifique n'a montré leur efficacité.

**CHOIX DU SUBSTITUT NICOTINIQUE**

Dépend du niveau de dépendance calculé par le test de Fagerström. Les dispositifs transdermiques paraissent les plus à même de stabiliser la nicotémie. La posologie initiale doit permettre un apport égale ou supérieur à 80% de l'apport tabagique quotidien (une cigarette = 1mg de nicotine), celle-ci est le plus souvent choisie de manière empirique.

Un apport complémentaire de substituts buccaux permet de mieux limiter le «craving» et d'optimiser l'arrêt du tabagisme.

La durée moyenne du traitement est de 8-12 semaines (jusqu'à 6 mois) et la diminution doit être progressive.

**EFFETS SECONDAIRES DU SEVRAGE TABAGIQUE**

Les principaux effets secondaires du sevrage tabagique sont dus principalement au manque de Nicotine, ils sont variables d'une personne à l'autre. Ils se manifestent surtout par :

- Le ralentissement du transit intestinal à corriger par l'apport de fibres alimentaires ou par des régulateurs de la motricité intestinale,
- Les troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie),
- La prise de poids (limites admise chez l'homme : 2,8 kg, et chez la femme : 3,8 kg dans l'année qui suit),
- Les troubles anxio-dépressifs.

**SUIVI DU SEVRAGE**

*1- objectif :*

Identification des facteurs et des périodes propices à la rechute et la prévenir

*2- Durée du suivi :*

- Environ 6 mois mais la surveillance peut aller au-delà de 6 mois et > 12 mois chez les fumeurs très dépendants
- La pris en charge de l'arrêt et le suivi doivent être personnalisés

*3-Intervenants dans le suivi :*

- Médecin qui a pris en charge le fumeur.
- Paramédicaux.
- Entourage du fumeur (famille, amis).

### DÉROULEMENT DE LA CONSULTATION

Elle doit obéir à certaines règles pour permettre une efficacité optimale de la prise en charge du sevrage :

- Disponibilité des intervenants.
- Valider à chaque consultation l'arrêt (interrogatoire, marqueurs du tabagisme : COE).
- Evaluer l'observance thérapeutique.
- Evaluer l'importance du syndrome de sevrage et du «craving».
- Mentionner toutes les difficultés rencontrées.
- Donner des documents écrits qui peuvent renforcer les messages pour ne pas fumer.
- Etablir un système de «récompense à ne pas fumer», aussi bien à court qu'à long terme.
- Lister les soutiens de la famille et des amis.
- Identifier les situations à risque élevé de reprise tabagique et proposer des stratégies alternatives.
- Développer un plan d'urgence pour les échecs afin qu'ils soient vécus comme des expériences enrichissantes et non comme des échecs.
- Recommander des visites de suivi pour évaluer les progrès et discuter des buts atteints et des problèmes rencontrés (donner des RDV fixes).

### PRONOSTIC DE L'ARRÊT ET RECHUTES

1- *Evaluation du pronostic de l'arrêt* : Il est difficile à évaluer et dépend de :

- La personnalité du fumeur,
- La motivation et de la maturation de la décision,
- Capacité de persuasion, de la crédibilité du thérapeute,
- La stratégie de prise en charge.

2- *Cause de la rechute à combattre* :

- Au premier mois (50% des cas) : elle est surtout dû à une insuffisance de motivation ou à une forte dépendance avec un syndrome de manque insuffisamment compensé.
- A un an : elle est due à :
  - persistance de la dépendance (8%).
  - Perte de motivation (16%).
  - Prise de poids (15%).
  - Stress aigu ou événement de vie douloureux (16%).
  - Dépression (16%),
  - Circonstances environnementales facilitantes (16%).

### DÉTERMINANTS DU PRONOSTIC DE L'ARRÊT DU TABAGISME : (annexe 4)

Il est important de connaître à l'avance les facteurs qui risquent d'influencer les résultats du sevrage. Les déterminants les plus fréquents du pronostic de l'arrêt du tabagisme sont représentés en annexe 4.

### CONDUITE À TENIR EN CAS DE RECHUTE

- Analyser les causes de la rechute pour prévenir les rechutes futures.
- Soutien psychologique prolongé.
- Reprise du traitement pharmacologique si nécessaire.

**Les reprises doivent être présentées comme des étapes dans la démarche d'arrêt (Succès différé)**

### SEVRAGE TABAGIQUE DANS LES CAS PARTICULIERS

- Toxicomanie alcoolique

80% des alcoolo-dépendants sont fumeurs et fortement dépendants du tabac.

Le sevrage tabagique des sujets alcooliques reste difficile, en l'absence d'une prise en charge préalable ou parallèle de l'alcoolisation.

- Autres drogues

La difficulté du sevrage résulte de la fréquente psychopathologie sous-jacente ou associée, et d'une ambivalence des patients qui, bien souvent souhaitent «arrêter le tabac, mais conserver le cannabis». Seule une collaboration entre addictologue, psychiatre et tabacologue permet une prise en charge globale de ces situations difficiles.

- Grossesse

Le sevrage est une urgence médico-obstétricale. Il doit commencer dès le diagnostic de la grossesse. L'utilisation des substituts nicotiques n'est pas contre-indiquée.

On veillera à décoller le dispositif transdermique en fin de journée, afin d'éviter l'accumulation de cotinine dans le liquide amniotique pendant la nuit.

- Maladies mentales

80% des psychotiques fument et sont fortement dépendants. Si le sevrage tabagique reste difficile, il doit rester un objectif, compte tenu des effets somatiques induits par le tabagisme chez les gros consommateurs.

- Maladies cardio-vasculaires

Le sevrage peut être une urgence thérapeutique, il conditionne le pronostic des artérites oblitérantes des membres inférieurs et des coronaropathies.

Toutes les contre-indications à la substitution nicotinique (S.N) sont levées chez ces patients.

- Maladies respiratoires

- *Cancer bronchique*

L'arrêt du tabagisme réduit le risque du cancer de 50 à 80 % en 10 ans d'arrêt. En cas de cancer bronchiques à petites cellules, il accroît la durée de survie.

Avant résection pulmonaire, il permet d'améliorer la fonction respiratoire, tout en diminuant le risque de récurrence ou d'apparition d'un nouveau cancer.

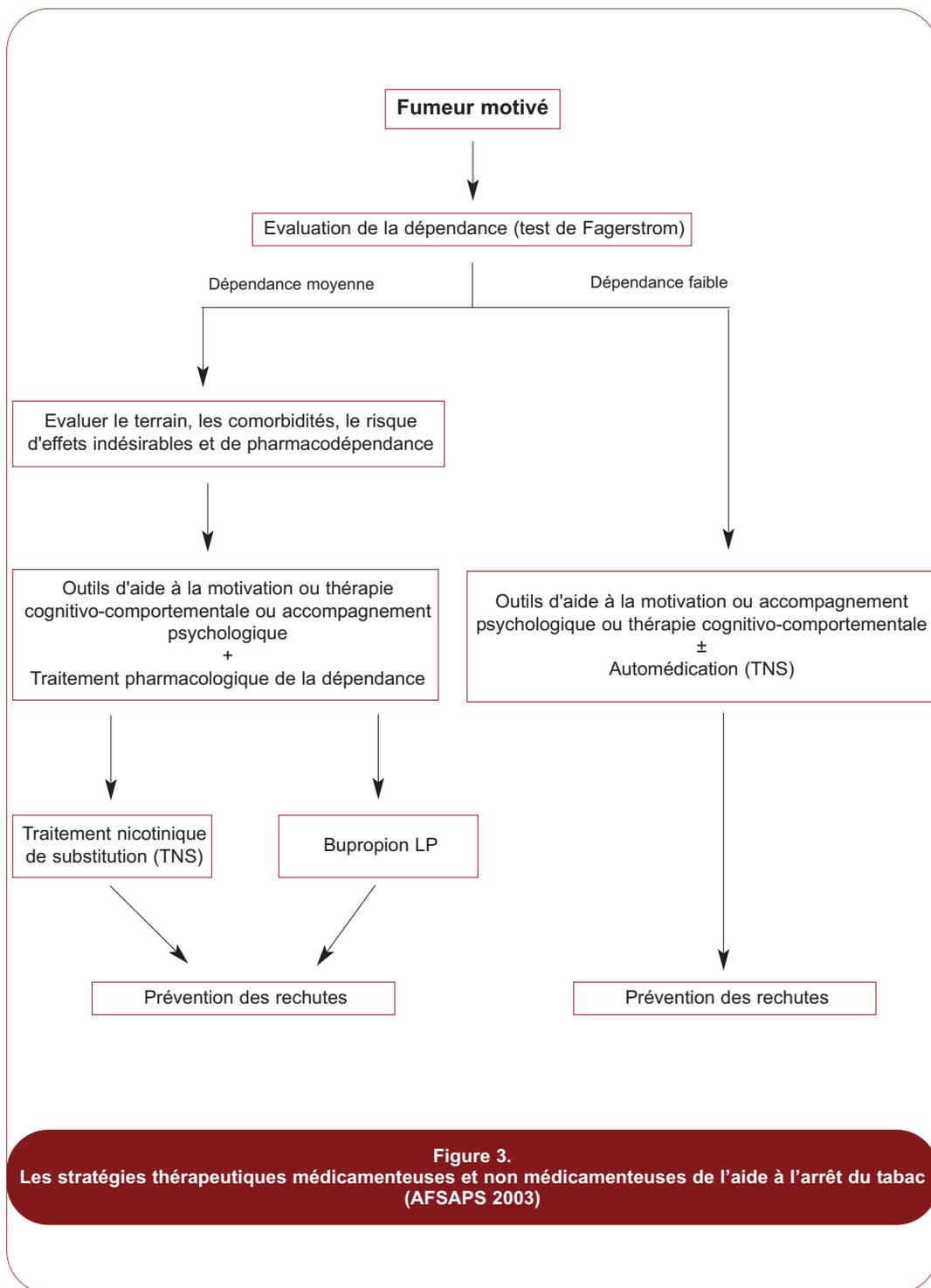
- *Asthme bronchique*

25 % des adultes asthmatiques fument, ce qui accélère la détérioration de la fonction respiratoire, accroît la fréquence et la sévérité des exacerbations et diminue l'efficacité de la corticothérapie.

- *B.P.C.O*

Le sevrage tabagique est périlleux, en raison du niveau élevé de la consommation et son ancienneté, d'une forte dépendance, de l'isolement et de la sédentarité associée à une précarité socio-économique habituelle, ainsi que de la fréquence particulière des troubles anxio-dépressifs, et des co-addictions associées. Une réduction de la consommation du tabac en préalable à l'arrêt total s'est révélé être une mesure efficace.

**Source :** Fagerström (test fargostroem : hertherton and all. the Fargostroem for nicotine dependence : a revision of the Fargostroem tolerance questionnaire. Br. J. addict. 1991; 86: 1119-27)



**Figure 3.**  
**Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac (AFSAPS 2003)**

## ANNEXE 1 Test de FAGERSTROM

1. Le matin, combien de temps après que vous êtes réveillé fumez-vous votre première cigarette ?

Dans les 5 minutes	3	<input type="checkbox"/>
6 -30 minutes	2	<input type="checkbox"/>
31 -60 minutes	1	<input type="checkbox"/>
Plus de 60 minutes	0	<input type="checkbox"/>

2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?  
(par exemple : cinéma, bibliothèque)

Oui	1	<input type="checkbox"/>
Non	0	<input type="checkbox"/>

3. A quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?

A la première de la journée	1	<input type="checkbox"/>
A une autre	0	<input type="checkbox"/>

4. Combien de cigarette fumez-vous par jour en moyenne ?

10 ou moins	0	<input type="checkbox"/>
11 - 20	1	<input type="checkbox"/>
21 - 30	2	<input type="checkbox"/>
31 ou plus	3	<input type="checkbox"/>

5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

Oui	1	<input type="checkbox"/>
Non	0	<input type="checkbox"/>

6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?

Oui	1	<input type="checkbox"/>
Non	0	<input type="checkbox"/>

**Interprétation**  
0 - 3 non dépendant  
4 - 6 dépendant  
7 - 10 très dépendant

## ANNEXE 2

(Perriot. Conduite d'aide au sevrage tabagique.  
Rev mal respir. 2006; 23 : 3S85-3S105)

### SYNDROME DE MANQUE DE NICOTINE «craving»

- A.** Utilisation quotidienne de nicotine pendant au moins plusieurs semaines.
- B.** Arrêt brutal de l'utilisation ou réduction de la quantité de nicotine utilisée, suivie dans les 24 heures, d'au moins quatre des signes suivant :
  1. humeur dysphorique ou dépressive
  2. insomnie
  3. irritabilité, frustration, colère
  4. anxiété
  5. difficulté de concentration
  6. fièvre
  7. diminution du rythme cardiaque
  8. augmentation de l'appétit ou prise de poids
- C.** Les symptômes du critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines.
- D.** Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

**ANNEXE 3**  
**Les principaux médicaments du sevrage tabagique**  
(Perriot. <sup>22</sup>Conduite d'aide au sevrage tabagique.  
Rev mal respir. 2006; 23:3S85-3S105)

DCI	Nom commercial	Goût	Posologie	Effets secondaires	Contre-indications
<b>Dispositifs Transdermiques Grands, moyens, petits</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Gomme (2- 4 mg)</b></li> <li>• <b>Inhalateur 10mg</b></li> <li>• <b>Tablette sublinguales</b></li> <li>• <b>Comprimés à sucer 2-4 mg</b></li> <li>• <b>Pastilles à sucer 1,5mg</b></li> </ul>	Nicopatch		21mg/24h (30cm <sup>2</sup> ) 14mg /24h (20cm <sup>2</sup> )	Allergie cutanée  Troubles du sommeil	Non-fumeur  Pas de dépendance nicotinique Allergies, intolérance cutanée (pour les timbres)
	Nicotinell Niquitin Niquitin Clear		7mg/24h (10cm <sup>2</sup> )  21mg/24h(22cm <sup>2</sup> ) 14mg/24h(15cm <sup>2</sup> ) 7mg/24h(7cm <sup>2</sup> )		
	Nicorette		15mg/16h(30cm <sup>2</sup> ) 10mg/16h(20cm <sup>2</sup> ) 5mg/16h(10cm <sup>2</sup> )		
	Nicorette	Normal, menthe, Orange	A la demande	Irritation buccale, aphtes, hoquet, Brulures gastriques	
	Nicotinell Nicogum (2mg)	Menthe, fruit Normal			
	Nicorette	Menthol	Idem	Idem	
	Nicorette Microtab		Idem	Idem	
	Niquitin		Idem	Idem	
	Nicopass	Menthe fraicheur	Idem	Idem	
	<b>Chlorhydrate De bupropion CP 150 mg LP</b>	Zyban LP	Reglisse menthe	150 ou 300mg En deux prises Espacées d'au moins huit heures	Fréquence>1/100 : Trouble du sommeil, sécheresse buccale, céphalées, sensation vertigineuses, trouble du goût, éruption cutanée, fièvre  Fréquence entre 1/100 et 1/1000 : Tachycardies, bouffées vasomotrices, élévation de la PA, anorexie, confusion  Fréquence entre 1/100 et 1/100000 : Crises convulsives, syncopes, réactions d'hypersensibilité généralisées
<b>Varenicline</b>	Champix				

**ANNEXE 4****Déterminants de l'échec du sevrage tabagique**

(Perriot. Conduite d'aide au sevrage tabagique. Rev mal respir. 2006 ; 23:3S85-3S105)

**Déterminants liés au patient**

- 3° ou 4° décennie de la vie
- niveau de formation et socioprofessionnel élevés
- exercice d'une activité professionnelle
- vie en couple et situation affective stable
- faible consommation et dépendance tabagique
- absence de maladie somatique
- absence de dépression ou d'antécédent dépressif
- faible niveau de consommation d'alcool et de café
- poids stable et attachement à sa stabilité
- antécédents de tentatives d'arrêts et d'arrêts durables (>6 mois)

**Déterminante environnementaux**

- environnement (conjoint, familial, professionnel) non tabagique
- la tentative d'arrêt se situe en dehors de la préparation d'examen ou de concours
- absence d'emploi posté, de nuit, source de pression psychologique

**Déterminants relevant de l'intervention médicale**

- évaluation initiale de la situation tabagique
- proposition de la prise en charge corrélée à cette évaluation
- compensation de la dépendance nicotinique  
(SN = Bupropion = X 2 arrêts à 12 mois contre placebo)
- suivi prolongé du patient (X 2-3 arrêts à 12 mois)
- pas d'épisode dépressif (ou correction de l'épisode dépressif)
- pas de prise de poids (ou prise de poids limitée et acceptée)

# Chapitre 5

## MODULE DE TABACOLOGIE

La durée totale du module de tabacologie est de 60 heures réparties sur 8 semaines. La journée du jeudi a été retenue pour des raisons de commodité de travail. Les cours se dérouleront la matinée de 09h à 12h et l'après midi de 13h à 17h. Le dernier jeudi sera consacré à l'évaluation des connaissances. La population cible concernera les médecins généralistes et les spécialistes du secteur public et privé. Le nombre de participants est fixé à 50 par session. Plusieurs sessions seront organisées par an (2 à 3).

Les participants doivent :

- Etre non-fumeurs.
- S'engager à être assidus et assister à la totalité des cours.
- Se prendre en charge en matière de transport, d'hébergement et de restauration durant toute la durée du module.
- De s'acquitter des droits d'inscription (la formation est payante et le montant sera fixé ultérieurement et transmis aux personnes pré inscrites).

Les enseignants du module doivent être obligatoirement de rang magistral, leur recrutement se fera sur la base d'un avis d'appel d'offre, leur sélection se fera par la Société Algérienne de Pneumo-Phtisiologie se basant sur les qualifications de chacun. Le montant de leur rémunération sera fixé selon le nombre d'heure d'enseignement.

### PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT

#### A. Tabac- généralités

##### 1. Historique

Le tabac puise ses origines en Amérique il y a 30 siècles. Christophe Colomb ramena en Europe les graines et les feuilles. En 1956, le père André Thevet acclimata les premiers plants. Jean Nicot, ambassadeur de France à Lisbonne contribua à la promotion du tabac auprès de l'élite au pouvoir.

##### 2. La plante

Le tabac appartient à la famille des Solanacées. Cette plante rudérale, annuelle affectionne les sols profonds, humides et riches en sels minéraux. Les espèces les plus répandues sont *Nicotiana Rustica* et *Nicotiana Tabacum*.

### 3. La transformation

Une fois récoltées les feuilles de tabac sont séchées par des procédés variés. A leur arrivée à l'usine de transformation, elles sont humidifiées à la vapeur, battues et hachées en fines lamelles pour constituer le scaferlati. Les étapes suivantes sont le sauçage, l'aromatisation et la confection du boudin de tabac.

### 4. La nicotine

Est un alcaloïde responsable de la dépendance chimique. Elle diffuse rapidement dans le sang après inhalation de fumée de tabac et elle est éliminée sous forme de cotinine dans les urines.

### 5. La toxicité

Elle est liée directement à la composition de la fumée inhalée et générée par la combustion du tabac. Plus de 4000 substances chimiques ont été identifiées dont plus de 60 sont classées cancérigènes par le Centre International de Recherche contre le Cancer (CIRC).

### 6. Tabagisme actif et passif

Le tabagisme représente un risque pour l'entourage : la fumée exhalée par le fumeur crée un courant secondaire se propageant dans l'air ambiant favorisant l'inhalation passive surtout en atmosphère confinée.

## B- La dépendance pharmacologique

La nicotine en tant que substance addictive est responsable de plusieurs effets : psychostimulants, renforçateurs, comportement d'auto-administration et besoin impérieux de fumer. Elle interagit avec le système de récompense du cerveau.

## C- La dépendance psycho-comportementale

Le fumeur continue de fumer en dépit des risques et malgré une pression sociale et environnementale négative. Le tabac procure des sensations ressenties comme positives et il est perçu comme un soutien dans les situations de stress ou un moyen d'affirmation de soi.

## D- Les conséquences pathologiques

### 1. Appareil respiratoire

L'appareil respiratoire est la cible directe et privilégiée des effets nocifs du tabac. Deux pathologies sont directement liées à la consommation du tabac :

- *La broncho-pneumopathie chronique obstructive*

La BPCO est secondaire à un remodelage bronchique responsable d'une hypersécrétion bronchique chronique et d'une réduction du calibre bronchique à l'origine de la limitation des débits expiratoires.

- *Le cancer bronchique primitif (CBP)*

Le CBP est le plus fréquent des cancers liés au tabac. Il est responsable du plus grand nombre de décès. La suppression de l'exposition à la fumée du tabac permettrait d'éviter 9 cancers du poumon sur 10. Les types de CBP retrouvés sont le carcinome épidermoïde et l'adénocarcinome.

### 2. La sphère ORL

- *Les cancers* de cette sphère sont liés au rôle quasi exclusif du tabac et de l'alcool avec un risque accru par potentialisation des deux effets délétères. Les cancers des lèvres et du larynx sont liés à l'intoxication tabagique.

- *Les plaques de leucoplasie* intéressent la langue mais aussi l'ensemble des autres muqueuses de cette sphère. Elles favorisent les cancers.

### 3. La sphère stomatologique

Le tabac favorise:

- *Les gingivites inflammatoires* faisant le lit de l'infection et entraînant une mauvaise haleine
- *Les déchaussements et les caries dentaires*

### 4. Appareil cardio-vasculaire

- *Angine de poitrine et infarctus du myocarde*

Le tabac est l'un des principaux facteurs de risque de coronaropathie en favorisant la plaque athéromateuse.

- *Hypertension artérielle systémique (HTAS)*

le tabac est la cause majeure de l'HTAS du sujet jeune.

En favorisant l'athérome de l'artère rénale, il majore le risque d'HTAS réfractaire au traitement antihypertenseur.

- *Artérite des membres inférieurs*

Le vieillissement des artères est accéléré par l'intoxication tabagique, responsable chez les moins de 65ans de la majorité des cas d'artérites.

- *Impuissance*

Les troubles de la fonction érectile sont de nature organique et peuvent apparaître au cours de la 3<sup>ème</sup> décennie.

### 5. Tabac au féminin

- *Grossesse*

Le tabac représente une menace majeure pour le fœtus au cours de la grossesse puisqu'il a été noté un risque élevé d'avortement spontané, de grossesse extra utérine, d'hématome rétro-placentaire.

- *Fertilité*

Le tabagisme réduit la fertilité de la femme.

- *Ménopause*

La ménopause survient précocement chez la femme tabagique.

- *Beauté*

Les conséquences du tabagisme sur l'esthétique chez la femme sont désastreuses notamment l'atteinte de la peau qui vieillie prématurément.

- *Allaitement*

Les substances de la fumée du tabac (la nicotine) passent dans le lait maternel, il en résulte chez le nourrisson un retard psychomoteur et une lenteur à l'apprentissage.

- *Contraception*

Le risque vasculaire du tabagisme est multiplié par la contraception hormonale.

### 6. Appareil digestif

- *Ulcère gastroduodénal*

Le tabac est un facteur de résistance à la thérapeutique, il favorise la récurrence et la perforation d'ulcère.

### 7. Appareil urinaire

- *Cancer de la vessie*

Le risque de cancer de la vessie est multiplié par 2 chez le tabagique.

## 8. Sang

L'intoxication tabagique chronique favorise l'augmentation du nombre des leucocytes en particuliers les polynucléaires neutrophiles et des hématies.

## 9. Accidents de la route

5% des accidents de la route sont imputables au tabagisme.

## 10. Tabac chez le sportif

Le tabagisme altère les performances du sportif et génère un risque important d'infarctus du myocarde au cours de l'effort.

## 11. Tabagisme passif

Le tabagisme est un risque pour l'entourage essentiellement dans les lieux clos où plusieurs personnes sont regroupées. On identifie 3 cibles particulières : le fœtus puisque les composants du tabac diffusent à travers le placenta, l'enfant et l'adulte fragilisé par une affection respiratoire ou cardiaque.

**E - Sevrage tabagique**

## 1. Objectifs

Obtenir l'arrêt définitif de l'usage du tabac chez les personnes motivées et susciter la motivation chez tout fumeur.

## 2. Moyens

*Pharmacologiques*

La compensation du manque peut être accomplie par l'utilisation de substituts nicotiques avec une préférence pour les dispositifs transdermiques, du chlorhydrate de bupropion (Zyban) qui agit par inhibition de la recapture neuronale de dopamine et noradrénaline, du rimonabant dont la particularité est d'éviter la prise de poids, de la varenicline (Champix) qui est un agoniste nicotinique partiel, caractérisé par son excellente tolérance et enfin le vaccin contre la nicotine qui est en voie d'expérimentation.

*Non pharmacologiques*

Les thérapies comportementales et cognitives augmentent la confiance en soi et la motivation du candidat au sevrage tabagique, favorisent la gestion du craving et préviennent la reprise du tabagisme.

## 3. Méthodes

• *Mode de recrutement*

Les fumeurs motivés désireux arrêter de fumer se présentent spontanément à la consultation de tabacologie ou muni d'une lettre d'orientation.

• *Evaluation de la motivation et de la dépendance*

La prise en charge d'un sujet tabagique nécessite comme préalable indispensable l'évaluation de la motivation du fumeur à vouloir arrêter de fumer et l'appréciation du degré de dépendance à la nicotine (test de Fagerström).

• *Examens clinique et biologiques*

-L'examen clinique permet d'inscrire la prise en charge du sevrage tabagique dans un cadre médicale, de mesurer les constantes vitales et d'évaluer l'indice de masse corporelle. Il peut être complété par la mesure du VEMS et du Tiffeneau.

- la mesure des marqueurs biologiques du tabagisme est souhaitable mais non indispensable.

- Modalités de suivi

- Consultation initiale

Permet l'évaluation de la situation tabagique notamment l'histoire du tabagisme et des tentatives d'arrêt antérieures, le niveau des dépendances, la motivation et la maturation de la décision d'arrêt et l'état anxio-dépressif.

- Consultations ultérieures

La phase de suivi succédant à la phase de sevrage permet de consolider l'abstinence dans la durée en prévenant les rechutes aboutissant à l'extinction définitive du tabagisme.

- Durée de la prise en charge

Elle est variable d'un patient à un autre, fonction du degré de dépendance avec toute fois une période incompressible de 6 mois obligatoire.

- Pronostic de l'arrêt du tabac

Les différents facteurs de pronostic ont été identifiés mais les rapports tissés entre le patient et le thérapeute restent déterminants dans le redressement de situations problématiques.

### Cas particuliers : co-addictions et co-morbidités

*Alcoolisme* : La majorité des alcoolo-dépendants sont fumeurs et fortement dépendants du tabac. Seule la prise en charge préalable de l'alcoolisation favorise la pérennité du sevrage tabagique.

*Toxicomanie* : Le sevrage tabagique est souvent difficile et seule une collaboration étroite entre tabacologues, psychiatres et addictologues est à même de permettre une prise en charge adaptée.

*Grossesse* : Le sevrage est une urgence médico-obstétricale en vertu de la sévérité des conséquences du tabagisme.

*Maladie mentale* : Le sevrage reste ardu chez les psychotiques du fait de la forte dépendance tabagique.

*Maladies cardio-vasculaires* : Le sevrage est une urgence thérapeutique puisqu'il conditionne le pronostic de ces affections.

*Cancers bronchiques* : La motivation est meilleure et le taux d'arrêt est plus élevé chez les patients atteints de cancer bronchique.

*Broncho-pneumopathies chroniques obstructives* :

Le sevrage est délicat et les échecs précoces sont fréquents.

*Asthme bronchique* : 5 à 35% des asthmatiques fument. Le sevrage est impératif afin de faciliter le contrôle de l'asthme.

## F. Consultation anti-tabac

### 1. Consultation Initiale

- Pré requis à toute prise en charge :

- L'attitude du médecin : Il doit être non-fumeur s'il veut être crédible.

- Le conseil minimal : Il permet de majorer le taux d'arrêt spontané à 12 mois.

- Evaluation de la situation tabagique:

elle requière l'obligation de cerner :

a- L'histoire du tabagisme et les tentatives d'arrêts antérieures,

b- La motivation et la maturation de la décision d'arrêt par des tests appropriés,

c- L'appréciation du niveau des dépendances.

La pharmacologique s'appuie sur le test de Fagerström alors que la psychologique et comportementale s'articule sur une enquête anamnétique aidée par l'utilisation d'échelles visuelles analogiques

d- L'état anxio-dépressif; il est souvent présent particulièrement chez le tabagique fortement dépendant.

- Examen clinique :

- il permet de révéler les conséquences physiques méconnues de l'intoxication tabagique et d'enregistrer les constantes vitales.

Une spirométrie peut être associée.

- mesure des marqueurs biologiques du tabagisme : la mesure du CO exhalé permet de valider l'arrêt du tabagisme.

- Décisions thérapeutiques : elles se déroulent de cette manière :

- Les fumeurs non prêts : conseil minimal

- Les hésitants : interview-motivation

- Ceux qui sont prêts : aide au sevrage

## 2. Consultation de suivi

- *Durée de la prise en charge*

- La prise en charge de l'arrêt et le suivi après l'arrêt doivent être personnalisés en vertu de la différence dans la réponse d'un fumeur à un autre.

Nature des intervenants :

- La famille, les amis, les collègues de travail et les auxiliaires de santé qui gravitent autour du candidat au sevrage doivent le soutenir dans son épreuve.

- *Contenu des consultations*

- A chaque entrevue, le médecin doit valider l'arrêt, apprécier l'observance thérapeutique, évaluer l'importance du craving et cerner l'état anxio-dépressif.

## 3. Pronostic de l'arrêt

- *Difficultés à évaluer le pronostic de la tentative*

Les différents facteurs de pronostic répertoriés sont divisés en trois rubriques :

- les déterminants liés aux patients,

- les déterminants environnementaux,

- les déterminants dépendant de l'intervention médicale.

- *Causes de rechute*

La moitié des échecs du sevrage se rencontre au cours du premier mois. Les causes incriminées sont une carence de motivation, un fort assujettissement au craving, une insuffisance de compensation du syndrome de manque, l'existence de troubles anxio-dépressifs.

D'autres causes de reprise sont retrouvées à un an.

## MODALITÉS PRATIQUE D'AIDE AU SEVRAGE

### 1. Prise en charge de la dépendance pharmacologique

La compensation du manque fait appel aux substituts nicotiques, au chlorhydrate de bupropion (inhibiteur de la recapture neuronale de dopamine et noradrénaline), aux inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, au rimonabant (bloqueur sélectif des récepteurs CB1 du système endocannabinoïde), aux nouvelles thérapeutiques à savoir la varenicline (antagoniste nicotinique partiel) et le vaccin contre la nicotine.

### 2. Prise en charge de la dépendance psycho comportementale

Les thérapies comportementales et cognitives doivent accompagner toutes les étapes du sevrage. Elles favorisent la confiance en soi et consolident la motivation du fumeur. Elles améliorent la gestion du craving et elles permettent de prévenir les rechutes.

### 3. Prise en charge des effets secondaires du sevrage

La gestion des effets adverses du sevrage est fondamentale afin d'aider le fumeur à passer ce cap difficile au cours duquel il est confronté souvent à un ralentissement du transit intestinal, à des troubles du sommeil, à une prise de poids et à des troubles anxio-dépressifs.

## VOLUME HORAIRE :

• Le volume horaire est réparti de la manière suivante :

- Généralités : 2 h
- Appareil respiratoire : 2h
- Sphère ORL : 1 h
- Sphère stomatologique : 1h
- Cœur et vaisseaux : 2h
- Tabagisme au féminin : 2h
- Tabac et autres affections: 2h
- Sevrage tabagique : 2h
- Modalités de suivi : 2h
- Cas particulier : 2h
- Consultation antitabac :
  - Initiale : 2h
  - De suivi : 1h
  
- Modalités pratiques de la prise en charge de la dépendance Pharmacologique : 2h
  
- Modalités de la prise en charge de la dépendance psychique : 1h
- Lutte antitabac :
  - Programme-législation : 2h
  - Actions à menées : 2h
- Pratique et Démonstration : 2h

**EVALUATION :**

- Une évaluation pré et post test de trente minutes chacune, sous forme de QROC ou de QCM sera proposée aux médecins participants.
- Le test concerne les questions suivantes :
  - La définition du tabac et de la fumée du tabac.
  - la composition du tabac.
  - Les principaux irritants.
  - Les principales substances toxiques.
  - Définition de la dépendance.
  - Citez les différentes pathologies liées au tabac.
  - Citer les différents moyens thérapeutiques :
    - Le bupropion
    - Les substituant nicotiques
    - La varenicline
    - Les vaccins antinicotines
  - Nommer l'appareil qui permet de mesurer le Co.
  - Le dosage de la cotinine intéresse le sang ou les urines ?
- Refaire le même test à la fin de la formation.
- Faire un test final de 100 questions sous forme de QCM d'une durée de 2 h. (Chaque enseignant doit proposer 10 questions).
  - Trois périodes de CES en tabacologie seront organisés durant l'année (soit au total 150 médecins formés par an).
- L'organisation et l'animation d'ateliers sur la prise en charge du sevrage tabagique sera proposée aux sociétés savantes de différentes spécialités.
- Les cours seront organisés sous forme de travaux dirigés.
- Un manuel de tabacologie contenant l'intégralité des cours sera élaboré et distribué aux candidats en formation, au début de chaque période de stage.

**LISTE DES ENSEIGNANTS :**

Les intervenants de rang magistral appelés à dispenser des cours de formation en tabacologie sont des :

- Pneumologues
- Toxicologues
- Cardiologies
- ORL
- Gynéco-obstétriciens
- Psychologues
- Nutritionnistes
- Gastro-entérologues
- Réanimateurs

## LUTTE ANTITABAC

### CONVENTION CADRE OMS

La convention cadre OMS pour la lutte antitabac est le premier traité négocié sous les auspices de l'Organisation Mondiale de la Santé. Elle a été élaborée à la suite de la mondialisation de l'épidémie de tabagisme. La propagation de cette épidémie est facilitée par un ensemble de facteurs complexes ayant des effets transfrontaliers, notamment la libération des échanges commerciaux et les investissements étrangers directs. D'autres facteurs comme la commercialisation mondiale, les activités transnationales de publicité, de promotion et de parrainage et le mouvement international des cigarettes de contrebande ou contrefaites ont également contribué à l'explosion du tabagisme. Les dispositions fondamentales concernant la réduction de la demande font l'objet des articles 6 à 14 :

- Mesures financières et fiscales visant à réduire la demande de tabac ;
- Mesures autres que financières visant à réduire la demande de tabac, à savoir :
  - Protection contre l'exposition à la fumée du tabac.
  - Réglementation de la composition des produits du tabac.
  - Réglementation des informations sur les produits du tabac à communiquer.
  - Conditionnement et étiquetage des produits du tabac.
  - Education, communication, formation et sensibilisation du public.
  - Publicité en faveur du tabac, promotion et parrainage ; et
  - Mesures visant à réduire la demande en rapport avec la dépendance à l'égard du tabac et le sevrage tabagique.

Les dispositions fondamentales visant à réduire l'offre sont contenues dans les articles 15 et 17 de la convention :

- Commerce illicite des produits du tabac.
- Vente aux mineurs et par les mineurs.
- Fourniture d'un appui à des activités de remplacement économiquement.

### PROGRAMME NATIONAL ANTITABAC

La lutte contre le tabagisme doit être une priorité en égard à la gravité des pathologies liées à son usage. En effet, le tabac est à l'origine de 25 maladies chroniques responsable d'handicap et de décès. 30 % des cancers sont liés au tabac et 85 % des cancers du poumon surviennent chez les fumeurs.

En Algérie, la prévalence masculine du tabagisme est estimée à 50 %. Bien que nettement reconvenue plus basse que chez l'homme, la prévalence du tabagisme chez la femme reste à évaluer.

Le tabac est une menace pour la santé dans notre pays ceci est d'autant plus préoccupant que 63,5 % de notre population a moins de 30 ans. Et en plus, sous l'effet de la transition épidémiologique et du développement des facteurs de risque, et notamment, du tabagisme chez les jeunes, le nombre de cancers pourrait doubler au cours des vingt prochaines années.

L'Algérie n'est pas considéré comme un producteur de tabac étant donné que la quantité de tabac produit est très faible, environ 95 % du tabac consommé est importé en feuille.

Le tabac coûte cher à la société et paradoxalement il est la première cause de mortalité évitable d'où l'intérêt de mettre en place une politique de lutte contre ce fléau. La lutte antitabac n'est pas seulement l'affaire des professionnels de la santé, bien au contraire, c'est une démarche intersectorielle.

A ce propos, l'OMS vient d'établir après quatre années de négociations, un premier traité international de lutte contre le tabac. La convention cadre de l'OMS a été ratifiée par l'Algérie en mars 2006.

L'objectif principal du programme national de lutte antitabac est de diminuer d'au moins 5 % par an la prévalence du tabagisme.

Les stratégies sont au nombre de 3

● **Protection primaire** : s'articule dans un cadre multisectoriel et multidisciplinaire.

Elle implique les professionnels de santé, les éducateurs ainsi que la société civile.

Les différentes interventions sont :

- La formation.
- L'augmentation de la taxe sur le tabac.
- Application des textes législatifs.
- Contrôle des produits de tabac et la lutte contre la contrebande.
- Information du grand public.
- Mobilisation des adultes.
- Communication.

● **Aide à l'arrêt du tabac**

Promouvoir le conseil minimal.

Création de consultation en tabacologie.

Promotion de la valeur d'exemple des professionnels de santé.

Introduire les aides pharmacologiques.

● **La protection du non-fumeur** et en particulier les enfants et les jeunes de la fumée des autres.

#### LA LÉGISLATION ALGÉRIENNE ANTITABAC

A. Elle comporte des mesures restrictives légales qui sont :

- Interdiction de la publicité.
- Interdiction de fumeur dans les lieux publics, en milieu professionnel, dans les établissements scolaire.

B. Application progressive et réaliste de la loi.

Toutes les mesures doivent être :

- Expliquées : Protection de la santé du fumeur et de son entourage.
- Applicables : Adaptées au contexte socioculturel et économique.
- Disposer de moyens de les faire respecter.

#### ACTIONS À MENER

Il est conseillé d'arrêter de fumer mais il est préférable de ne jamais commencer. Ainsi l'effort doit être porté sur les jeunes en commençant par le **milieu scolaire**.

#### Milieu scolaire

Il faut donc sensibiliser les enfants sur les dangers du tabac afin qu'ils ne commencent jamais.

Il est nécessaire de lutter contre les pressions socioculturelles et les clichés du genre :

«tabac = émancipation = maturité».

Les actions à mener en milieu scolaire (Ecole, collèges, lycées) sont représentées par des cours, exposés, travaux pratiques avec des moyens audiovisuels, rôle capital des enseignants.

#### **A l'université**

Il est utile de faire des conférences - débats, organiser des concours. On peut envisager une «Université sans tabac».

(Voir chapitre : Mise en place de l'aide au sevrage en milieu universitaire).

#### **Actions en milieu professionnel**

(Voir chapitre : Le tabagisme en milieu professionnel).

#### **Aide de la mosquée**

Le rôle des religieux est important car pour la religion islamique l'usage du tabagisme est «détestable».

Toutes ces actions ont pour but d'informer toute la population sur les risques du tabagisme actif et aussi du tabagisme passif.



# Chapitre 6

## LA MISE EN PLACE DE L'AIDE AU SEVRAGE EN MILIEU UNIVERSITAIRE

### ACTIONS IEC

Dans le milieu universitaire le tabagisme n'est pas du tout perçu comme un facteur de risque mais au contraire la cigarette fait figure d'accessoire idéal pour le raffinement et l'émancipation chez les filles et est symbole de virilité et de séduction chez les garçons jusqu'au piège de la dépendance.

Pour les fumeurs ayant commencé à fumer à un jeune âge, environ un sur deux mourra victime du tabac.

Des sondages effectués auprès de la population estudiantine ont montrées que 7 étudiants sur 10 étaient fumeurs. Le pourcentage de filles qui fument est considérable.

Les services de Prévention ont le devoir de s'impliquer activement dans la lutte contre le tabac. Les bénéfices à en tirer sont indiscutables.

Pour cette frange de la population les actions IEC ont des objectifs multiples :

- Prévenir l'initiation au tabac.
- Persuader les non-fumeurs à ne jamais commencer, les protéger contre la fumée des autres. Promouvoir le comportement sain.
- Faire prendre conscience aux fumeurs des méfaits du tabac, les convaincre des dangers encourus pour eux et pour leur entourage.
- Inciter à l'arrêt du tabac.
- Aider le patient au sevrage.
- Mettre en place un suivi.
- Le soutenir, le conseiller jusqu'à la réussite du sevrage.

Il faut adapter l'information en fonction, des espoirs, des craintes et de la tranche d'âge des fumeurs aux quelles on s'adresse.

Invoquer la mauvaise haleine que donne le tabac, son coût élevé et sa ponction financière croissante sur la bourse d'étudiant, ses effets néfastes sur la performance sportive, sur la virilité chez le garçon, sur le teint et la fertilité chez la jeune fille, ce sont d'autant d'arguments réels pouvant toucher davantage un patient jeune que la possibilité de cancer du poumon.

L'arrêt de la consommation tabagique doit intervenir le plus tôt possible.

Ces campagnes d'information doivent être organisées de façon régulière tout au long de l'année au niveau de toutes les UMP implantées sur site pédagogiques et lieux d'hébergement (cité universitaire).

Nous médecins, dentistes, personnel infirmiers, psychologues disposons d'un potentiel immense pour se battre au premier rang contre l'épidémie du tabac.

### **RECRUTEMENT ET CONSEIL MINIMAL**

Instruction inter ministérielle N°08 du 25 juin 1986 rend la visite médicale d'admission en milieu universitaire obligatoire, et grâce à une bonne collaboration avec les rectorats et les services de scolarité, les étudiants passent une visite de dépistage au début de chaque année universitaire s'ajoutant aux consultations à but curatif.

Le conseil minimal consiste à demander systématiquement à chaque étudiant s'il est fumeur ? Depuis quand ? Et s'il envisage d'arrêter ?

Ce conseil minimal s'adresse à tous les étudiants même s'ils ne viennent pas pour cela et même s'ils sont heureux d'être fumeur. Ce conseil minimal est efficace, généralisé à l'ensemble des étudiants il peut favoriser la multiplication des sevrages réussis. Tout professionnel de la santé est habilité à délivrer un message de prévention au fumeur. Ce conseil minimal a démontré son efficacité sur la baisse du tabagisme chez les patients.

### **PRISE EN CHARGE ET SUIVI**

*Consultation de Tabacologie :*

- Le personnel médical et para médical doivent bénéficier d'une formation spécifique pour être lui-même formateur d'une équipe.

- Un médecin fumeur perd l'essentiel de sa crédibilité pour prendre en charge un sevrage tabagique. Pour cela en plus de la formation, le personnel non-fumeur de cette consultation doit être particulièrement motivé, convaincu lui-même de la pertinence de l'action à mener.

Les professionnels de la santé par leur rôle, leur image, leur engagement réel, peuvent fortement contribuer à promouvoir un mode de vie, une culture sans Tabac.

### **MOYENS ET MATÉRIELS**

L'évaluation du tabagisme repose sur l'interrogatoire, l'état de dépendance. Cette évaluation contribue à distinguer les stratégies à mettre en place, pour un sevrage fiable et durable. Nous pouvons alors être orienté par l'évaluation clinique de la dépendance grâce au questionnaire de Fagerström. L'équipement de la consultation doit être approprié.

L'équipe peut évaluer la dépendance, renforcer la motivation.

- Aider au sevrage.

- Assurer le suivi.

- Aboutir à la réussite.

### **FINALITÉ : UNIVERSITÉ SANS TABAC**

L'objectif est de promouvoir tout comportement de non-fumeur, la démarche doit être basée sur l'intégration de tout le personnel universitaire (enseignant administratif, et de soutien) et les étudiants.

Des actions concrètes doivent être menées dans le but de mesurer la prévalence en milieu universitaire par des enquêtes épidémiologiques auprès des étudiants et du personnel.

La continuité des actions IEC, garde une place capitale à l'aide au sevrage.

L'installation de la première consultation d'aide au sevrage doit se faire dans les meilleurs délais, et le développement en réseau suivra.

Une éducation et une planification bien conduite permettront de faire appliquer avec succès l'interdiction de fumer dans l'enceinte de l'université.

L'objectif étant ceci grâce à la collaboration et l'implication du rectorat de faire de l'université d'Alger un espace sans Tabac.

# Chapitre 7

## LA LUTTE ANTITABAGIQUE DANS L'ENTREPRISE

La lutte antitabac (LAT) en entreprise est l'une des composantes majeures des recommandations de l'OMS pour protéger les individus. En effet, les lieux de travail sont les lieux d'exposition les plus importants au tabagisme passif, car la durée d'exposition y est beaucoup plus longue qu'au domicile. L'industrie du tabac sait que les mesures restrictives en entreprise constituent une grave menace pour sa survie. Certains rapports internes dévoilent les motivations de ces multinationales pour combattre les mesures d'interdiction du tabac : «*Si les fumeurs ne peuvent pas fumer en allant au travail, sur leur lieu de travail, ... ils vont fumer moins...*»

### POURQUOI MENER LA LUTTE ANTITABAC EN ENTREPRISE ?

#### 1. Raisons juridiques

Le décret exécutif n° 01-285 du 24 septembre 2001 interdit l'usage du tabac dans les lieux de travail affectés à un collectif de travailleurs : locaux d'accueil, de réception et de restauration collective, salles de réunion ainsi que les locaux sanitaires et médico-sanitaires.

L'interdiction de fumer s'applique donc aux lieux de travail. Il est toutefois permis de créer des zones fumeurs. Par ailleurs, une signalisation apparente doit rappeler le principe de l'interdiction de fumer et indiquer spécifiquement les emplacements mis à la disposition des fumeurs.

Des sanctions administratives et disciplinaires sont prévues pour les fumeurs et les employeurs qui ne respectent pas les modalités de cette interdiction.

#### 2. Raisons de santé publique

La LAT en entreprise participe à un objectif de santé publique de prévention des maladies liées au tabac telles que les cancers, les maladies respiratoires, les maladies cardiovasculaires notamment. L'interdiction de fumer protège les non-fumeurs des risques liés au tabagisme passif et garantit leur droit à respirer un air sain. Elle oblige les salariés fumeurs à réduire leur consommation et les incite à arrêter définitivement sachant que 70% des fumeurs souhaitent arrêter.

#### 3. Raisons de santé et hygiène au travail

La LAT en milieu de travail peut constituer un des volets d'un programme complet de santé et de sécurité et/ou de promotion de la santé en milieu de travail.

L'interdiction de fumer sur les lieux de travail se justifie aussi pour prévenir l'ingestion de substances chimiques. En effet, les aliments, les boissons et les cigarettes sont souvent contaminés par des mains, des gants ou des vêtements ou par une exposition non protégée à des substances chimiques. La fumée de tabac est considérée comme un contaminant de l'air comme tout autre polluant industriel et de ce fait doit être reconnue comme risque professionnel. En Europe, on estime que 7.5 millions de travailleurs sont exposés à la fumée de tabac qui est de loin le principal cancérigène

professionnel (base européenne CAREX).

De plus, l'exposition au tabac multiplie le risque de cancers liés à d'autres cancérogènes professionnels tels que l'amiante ou le benzène.

### **BÉNÉFICES DE LA LAT POUR L'ENTREPRISE**

- *Diminuer les conflits internes* : La cohabitation de fumeurs et de non-fumeurs est souvent source de conflit.
- *Réduire l'absentéisme* : selon l'OMS, les salariés fumeurs et non-fumeurs exposés à la fumée du tabac dans leur espace de travail ont deux fois plus de risques de prendre des congés maladies. La LAT participe donc à la préservation de la santé des salariés au travail.
- *Améliorer le climat dans l'entreprise* : les conditions de travail sont mieux appréciées par les salariés. L'entreprise peut ainsi conserver des collaborateurs fumeurs et non-fumeurs au savoir-faire précieux.
- *Prévenir les risques d'accidents* : Les accidents du travail sont deux fois plus fréquents chez les fumeurs que chez les non-fumeurs. Les fumeurs sont victimes d'accidents de voiture mortels 2,6 fois plus souvent que les non-fumeurs. On sait également que 30 à 50% des incendies sont attribuables à la négligence des fumeurs.
- *Réduire les coûts d'entretien des locaux* : Les frais d'entretien et de nettoyage des locaux (sols, tentures) et les dégradations matérielles sont beaucoup plus importants dans une entreprise où l'on fume.
- *Réduire les frais de conditionnement d'air et de ventilation*. La ventilation, lorsqu'elle existe, doit être dix fois plus importante dans les locaux où l'on fume.
- *Gain de temps* : le rituel de la cigarette (sortir son paquet, chercher un briquet, allumer la cigarette, ranger son briquet) prend entre 1 et 6 minutes soit 6,25% du temps de travail à raison de 5 cigarettes minimum par jour.
- *Donner une meilleure image* de l'entreprise moderne et citoyenne, respectueuse de la santé de ses salariés, des usagers et de la loi.

### **LES ÉTAPES DE LAT EN ENTREPRISE**

#### **Ecoute et sensibilisation du personnel**

L'ensemble du personnel doit être informé sur la législation, sur les méfaits du tabagisme actif et passif et les bénéfices de l'arrêt du tabagisme. Ces campagnes d'information se déroulent sous la forme de conférences, de films, de brochures et d'affiches sur les lieux de travail.

Comme dans toute campagne de prévention il faut s'assurer de l'adhésion et du soutien de toutes les personnes concernées par les mesures d'interdiction.

#### **Fixation d'objectifs**

La direction a pour rôle de faire connaître sa politique en matière de LAT (par exemple assurer un environnement sans fumée à tous les employés et visiteurs), la diffuser à tout le monde.

La direction doit évidemment donner l'exemple et veiller à ce qu'elle soit bien appliquée et respectée.

#### **Programmation**

La LAT doit être menée par un comité pluridisciplinaire de pilotage dont la coordination est dévolue naturellement au médecin du travail. A ce comité interne de pilotage qui comprend les représentants de la direction et des travailleurs on associe des compétences externes (tabacologues, pneumologues, psychologues, etc.). Il est nécessaire de former au préalable les membres du comité de pilotage.

### **Adaptation du règlement intérieur et des contrats de travail**

Les mesures d'interdiction de fumer dans les locaux collectifs et dans les postes de travail doivent figurer dans le règlement intérieur de l'entreprise. L'interdiction de fumer doit s'appliquer à tous

#### **Adaptation des locaux**

- Aménager des fumeurs isolés
- Ventiler les zones de travail et de repos
- Signaler de manière apparente les espaces fumeurs

#### **Aide au sevrage tabagique**

- Subvention, parrainage de programmes visant à aider les travailleurs à cesser de fumer.
- Associer à d'autres programmes de soutien : organisation d'activités sportives et de loisirs.
- Impliquer des spécialistes : tabacologues ou médecins ayant acquis une formation et une expérience dans l'aide à l'arrêt du tabac.

#### **Evaluation et suivi des actions menées : 6 -12 mois**

- Veiller à la continuité de l'action, nécessaire à l'obtention de résultats.
- Accompagnement des personnes sevrées.
- Perception par le personnel des mesures prises : auto questionnaire
- Vérifier le respect des mesures prises : interdiction de fumer, affichage, etc.
- Réévaluer la prévalence du tabagisme, le nombre de rechutes.

## **CONCLUSION**

L'entreprise constitue un lieu privilégié pour mener la lutte contre le tabagisme. La réussite de cette action de prévention exige l'adhésion, par la concertation, de l'ensemble du personnel et de la direction. Il appartient à l'employeur de prendre les mesures nécessaires à l'application des textes réglementaires pour réussir la mise en place progressive d'une «entreprise sans tabac».

## GLOSSAIRE TABAC

- **Craving** : Besoin impérieux du produit, ressenti, par le sujet, en période de sevrage ou en période d'abstinence.
- **Test de Fagerström** : test de dépendance à la nicotine
- **Cycle de Prochaska** : stades de préparation à l'arrêt du tabac
- **Addiction** : intoxication chronique entraînant une dépendance à un produit.
- **Toxicité** : effet nocif d'un produit sur un organisme.
- **Tabac à priser** : Le tabac à priser est une poudre très fine de tabac, spécialement préparée pour être aspirée dans les muqueuses nasales.
- **Alcaloïde** : Substance organique, composée d'hétérocycles azotés et constituant une famille dans laquelle on trouve certains composants importants du tabac.
- **Bouffée** :
  - Souffle de fumée avec odeur de tabac qu'on lance en fumant.
  - Séquence unitaire d'aspiration sur un produit à fumer.
- **Chique** : Petite quantité de tabac que l'on met dans la bouche et que l'on mâche.
- **Fumée** : Ensemble des produits se dégageant du tabac lors de sa combustion.
- **Goudron** : Les goudrons sont produits par la combustion de molécules carbonées.
- **Narghilé** : Sorte de pipe employée par les Orientaux et composée d'un fourneau, d'un ou de plusieurs tuyaux et d'un vase plein d'eau aromatisée que la fumée traverse avant d'arriver à la bouche du fumeur.

Pipe à eau. Il a une tête en argile rouge ou, plus rarement, en écume de mer, un récipient d'eau en forme de bouteille ventrue et souvent plusieurs tuyaux à embout souple.
- **Nicotiana** :
  - Nom que donna Jean Nicot à la plante du tabac. Elle appartient aux solanacées ou solanées et elle est proche parente aussi bien de la brave pomme de terre ou de la tomate, que de la belladone et d'autres herbes vénéneuses.
  - Nom scientifique donné au tabac au 16<sup>ème</sup> siècle par Liébault, dans son recueil Agriculture et maisons rustiques (1570), et au 18<sup>ème</sup> siècle par le botaniste suédois Linné dans son livre Genera Plantarum (1737)
- **Nicotiana tabacum** : Tabac aux fleurs rouges; c'est celui que l'on fume. Les Nicotiana tabacum donnent actuellement plus de 90 % des tabacs cultivés dans le monde.
- **Nicotine** : Alcaloïde majeur du tabac, présent dans toute la plante et élaboré au niveau des racines, de formule brute C<sub>10</sub>H<sub>14</sub>N<sub>2</sub>. La nicotine exerce une action à la fois excitante et sédative sur le système nerveux central (on parle alors d'effet paradoxal).
- **Tabagisme passif** : exposition (souvent involontaire) à la fumée du tabac dans l'environnement.
- **Cancérigène ou cancérogène** : qui provoque une tumeur maligne (un cancer) ou une lésion pré-cancéreuse.
- **Dépendance** : la dépendance se définit comme un besoin impérieux de continuer à absorber certaines drogues.
- **Sevrage** : action de se priver d'un produit de manière brutale chez une personne dépendante. Exemple : désintoxication alcoolique, sevrage tabagique.
- **Inhaler** : action d'aspirer de l'air et ou un produit. Exemple : la fumée du tabac est inhalée.
- **Cognitif (cognitive)** : Relatif à la cognition - fait référence à cette faculté de l'esprit qui nous permet de prendre conscience des objets de la pensée et de la perception; englobe tous les aspects de la perception, de la pensée et de la mémoire.



Ce Guide pratique a été réalisé grâce à la collaboration des Laboratoires  
BIOPHARM et PFIZER



Œuvrons pour un monde en meilleure santé™