

GUIDE A DESTINATION DES FORMATEURS IFSI

CURSUS FORMATION INITIALE | MISE A JOUR JUIN 2025 |

RUBRIQUES

Contexte

Le mécanisme des addictions

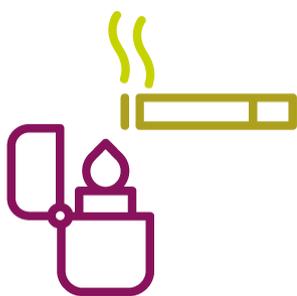
La posture professionnelle

La prescription de substituts nicotiques

Cas pratiques

Exemple de quiz

Références et articles de recherche



INTRODUCTION

Dans le cadre du Programme Régional de Lutte contre le Tabac (PRLT), l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de la Loire, avec la contribution de la Mission d'Appui à la Transformation et à l'Animation territoriale de la Formation (MATAF), de l'Association Addictions France et de la Structure Régionale d'Appui et d'Expertise (SRAE) en Addictologie des Pays de la Loire ont mené une étude sur les enseignements consacrés à la thématique du tabagisme au sein des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) des Pays de la Loire en 2021. Cette étude a permis de construire un plan d'action, dont l'un des objectifs est d'inscrire de façon systématique la prescription de substituts nicotiques dans les unités d'enseignement.

Un groupe de travail, constitué de la SRAE Addictologie, de trois IFSI (EPSM Sarthe, CH Cholet, CHD Vendée) et du service d'addictologie du CHD Vendée, a défini la déclinaison opérationnelle de cette action.

Ainsi, un dossier de synthèse, accompagné d'un support type, dont les objectifs et les éléments de contenus ont été identifiés collectivement, ont été créés.

L'objectif est que chaque IFSI puisse s'approprier ces outils, selon son projet de formation et sa capacité de déploiement.

Le groupe de travail a émis quelques recommandations pour l'intégration de l'enseignement de la prescription de substituts nicotiques dans le parcours de formation :

- Privilégier l'intégration dans les Unités d'Enseignement de 3^{ème} année, permettant de s'appuyer sur les connaissances acquises au cours des premières années de formation :
 - Maîtrise des notions de prescription médicale et prescription infirmière ;
 - Notions de base en addictologie (UE sur les Processus psychopathologiques)
 - Conduite d'entretien avec approche de l'entretien motivationnel (UE Soins relationnels) ;
- Privilégier l'intégration dans les Unités d'Enseignement relevant des thérapeutiques.

Table des matières

Contenu théorique.....	4
Contexte	4
Données épidémiologiques	4
Les politiques de santé publique	4
La législation.....	6
Le mécanisme des addictions.....	7
Qu'est-ce que l'addiction ?	7
Classifications internationales	8
Quel est le processus à la base de l'addiction ?	10
Les facteurs de risque de développer une addiction.....	11
La dépendance au tabac : 3 types de dépendances	11
La posture professionnelle	14
Le concept d'autonomie	14
Les attitudes favorables à la relation	15
L'entretien motivationnel.....	16
Le repérage précoce et l'intervention brève en tabacologie.....	17
La prescription de substituts nicotiques	18
Contextes de prescription d'un traitement nicotinique de substitution	18
Formes galéniques des substituts nicotiques	23
Initiation d'un traitement nicotinique de substitution	26
Suivi et adaptation d'un traitement nicotinique de substitution	30
Règles générales de prescription	32
Modèles d'ordonnances	33
Protocoles	36
Mémo à destination des patients « Arrêter ou diminuer le tabac confortablement »	39
Cas pratiques	40
Exemple de quiz.....	42
Annexes.....	44
Fiches épidémiologie.....	44
Références et articles de recherche	48

Contenu théorique

Contexte

Données épidémiologiques

Fiche épidémiologique : voir annexes

Les politiques de santé publique

Le programme national de réduction du tabagisme (PNRT) 2014-2019¹

Ce plan, mis en place en 2014, avait pour objectif la baisse de 10% du nombre de fumeurs en 5 ans et s'est articulé autour de trois axes d'intervention :

- Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac ;
- Aider les fumeurs à s'arrêter ;
- Agir sur l'économie du tabac.

Focus sur l'axe 2 « Aider les fumeurs à s'arrêter », Levier 3 : Améliorer l'accès aux traitements d'aide au sevrage du tabac

2 actions :

- Améliorer le remboursement du sevrage du tabagique par le triplement du montant du forfait pour les publics prioritaires : jeunes de 20 à 30 ans, bénéficiaires de la CMU-C, personnes souffrant d'un cancer ;
- Elargir l'éventail des professionnels pouvant intervenir dans la prise en charge de l'arrêt du tabac : médecins des services de prévention (santé au travail, etc.), infirmiers, sages femmes (autorisation pour les sages femmes de prescrire des substituts nicotiques à l'entourage fumeur de femmes enceintes).

Exemples d'actions mises en œuvre dans le cadre du PRLT 2014-2019 : paquet neutre, avertissements sanitaires agrandis, droit de prescription des traitements de substitution nicotinique élargi, Moi(s) sans tabac.

Le programme national de lutte contre le tabac (PNLT) 2018-2022² est la suite et l'amplification du programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 dont toutes les actions ont été réalisées avant son terme.

Focus sur l'axe 2 « Encourager et accompagner les fumeurs pour aller vers le sevrage », Levier 2.1 : Améliorer l'accessibilité des traitements et des prises en charge

5 actions, dont une action portant sur les traitements de substitution nicotinique « Mieux prendre en charge économiquement les traitements de substitution nicotinique ».

¹[PNRT 2014-2019](#)

²[PNLT 2018-2022](#)

Depuis le 1er janvier 2019, les substituts nicotiniques sont remboursés à 65 % par l'Assurance Maladie pour les traitements nicotiniques de substitution inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux. Le ticket modérateur peut être pris en charge par l'assurance complémentaire santé. Le remboursement de ces traitements a été simplifié car il n'est plus soumis à un plafonnement annuel (150 € par an auparavant), et les pharmacies peuvent désormais pratiquer la dispense d'avance de frais pour ces produits.³

Autres exemples d'actions mises en œuvre dans le cadre du PNLT 2018-2022 : hausse du paquet de cigarettes, poursuite du Moi(s) sans tabac, déploiement des espaces sans tabac et des lieux de santé sans tabac.

Le Programme national de lutte contre le tabac (PNLT) pour 2023-2027⁴, nouvelle étape dans la politique de lutte contre le tabac, s'engage dans une stratégie structurée et ambitieuse à long terme, pour construire une société sans tabac. L'ensemble des mesures présentées dans le PNLT repose sur tous les leviers : économiques, sanitaires et sociaux.

Ce plan a pour objectif de diminuer à 20 % la part des fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans et à 28 % la part des fumeurs quotidiens parmi la population aux revenus les plus modestes d'ici à 2027.

Le PNLT 2023-2027 s'articule autour de 5 axes :

- Axe 1 : Protéger les jeunes du tabagisme ;
- Axe 2 : Accompagner les fumeurs, en particulier les plus vulnérables ;
- Axe 3 : Préserver notre environnement de la pollution liée au tabac ;
- Axe 4 : Transformer les métiers du tabac et lutter contre les trafics ;
- Axe 5 : Améliorer la connaissance sur les dangers liés au tabac et les interventions pertinentes.

Focus sur l'axe 2 "Accompagner les fumeurs, en particulier les plus vulnérables"

Ce second axe vise à renforcer les dispositifs existants et à orienter les fumeurs vers ces solutions pour les aider dans leur démarche d'arrêt du tabac. Parmi les mesures phares :

- Systématiser le repérage du tabagisme dans le dispositif « Mon bilan prévention » et orienter les personnes concernées vers une prise en charge adéquate.
- Renforcer les efforts de prévention et d'accompagnement à l'arrêt du tabac pour les publics à forte prévalence du tabagisme (personnes en situation de précarité, présentant des maladies chroniques, exerçant dans les secteurs professionnels fortement touchés par le tabagisme, personnes sous-main de justice, etc.).

Focus sur l'Axe 3 "Préserver notre environnement de la pollution liée au tabac"

L'enjeu de cet axe est à la fois de lutter contre le tabagisme passif et contre les effets néfastes du tabac sur l'environnement. Parmi les mesures phares :

- Généraliser les lieux de santé sans tabac et campus et écoles de santé sans tabac.

³ [Site Ameli. Arrêt du tabac : quelle prise en charge pour les substituts nicotiniques ?](#)

⁴ [PNLT 2023-2027](#)

La législation

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, publiée au Journal officiel du 27 janvier 2016, autorise, en plus des médecins et des sage-femmes, les médecins du travail, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers(ères) et les masseurs-kinésithérapeutes à prescrire les traitements nicotiniques de substitution. Les sage-femmes ont bénéficié d'un élargissement de leurs droits de prescription à l'entourage de la femme enceinte ou accouchée.

Le mécanisme des addictions

Qu'est-ce que l'addiction ?⁵

Une addiction est définie par une dépendance à une substance ou à une activité, avec des conséquences nuisibles à la santé. La dépendance se caractérise par un désir souvent puissant, voire compulsif, de consommer ou de pratiquer une activité. Cette consommation ou cette pratique entraînent un désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités.

Ainsi, une personne est dépendante lorsqu'elle se retrouve dans l'impossibilité de s'abstenir de consommer ; elle perd le contrôle de l'usage d'une substance ou d'un comportement et ce, malgré la survenue de conséquences négatives sur son équilibre émotionnel, sur sa santé et sur sa vie personnelle, familiale et sociale.

La perte de contrôle conduit à des tentatives répétées pour réduire ou stopper l'usage ou le comportement. En l'absence d'une prise en charge spécifique, ces tentatives se soldent fréquemment par des rechutes. Or, après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement. Ce processus devient alors une source de démotivation.

Les addictions concernent le tabac (nicotine), l'alcool, le cannabis, les opiacés (héroïne, morphine), la cocaïne, les poppers, les dérivés de synthèse, certains médicaments (amphétamines, benzodiazépines, etc.).

Il existe aussi des « addictions sans substance » ou « addictions comportementales » en lien avec un comportement irrésistible et incontrôlé vis-à-vis des jeux de hasard et d'argent et des jeux vidéo.

D'autres addictions comportementales sont actuellement à l'étude : la cyberdépendance, les addictions au sexe, à l'exercice physique ou encore les achats compulsifs. Les troubles du comportement alimentaire (anorexie et boulimie) sont souvent considérés comme des addictions comportementales fréquemment associées à une addiction à l'exercice physique.

Aviel Goodman (1990) définit l'addiction comme « *Un processus par lequel un comportement, pouvant procurer à la fois du plaisir et écarter ou atténuer une sensation de malaise intérieur, est employé sous un mode caractérisé par l'échec répété de contrôler ce comportement (impuissance) et sa poursuite en dépit d'importantes conséquences négatives (perte de contrôle)* ».

⁵ [Site Ameli, Addictions : définition et facteurs favorisants, mis à jour 26 février 2025, consulté en juin 2026](#)

Classifications internationales

Pour établir un diagnostic de l'addiction, deux outils sont utilisés :

- Le Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders (DSM-5-TR) publié par l'association américaine de psychiatrie ;
- La Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé (CIM-11) créée par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Ces classifications internationales insistent sur l'approche dimensionnelle de l'addiction.

▪ Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders (DSM-5-TR)

Dans le **DSM-5-TR**, le sujet présente une addiction qui sera classée plus ou moins sévère selon le nombre de symptômes présentés dans une liste de 11 items regroupant l'abus et la dépendance. On parle de « trouble » quand au moins deux des onze critères suivants se manifestent au cours d'une période continue de 12 mois :

1. Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures (au travail, à l'école ou à la maison).
2. Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
3. *Craving* ou désir urgent de consommer.
4. Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.
5. Tolérance, définie par l'une des manifestations suivantes :
 - Besoin de quantités toujours plus grandes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;
 - Effets nettement diminués en cas d'usage continu de la même quantité de substance.
6. Sevrage (« manque ») se manifestant par l'un des signes suivants :
 - Apparition de symptômes de sevrage, variables selon la substance ;
 - La même substance (ou une autre) est consommée pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
7. Substance prise en quantité supérieure ou pendant plus de temps que ce que la personne avait envisagé.
8. Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.
9. Temps considérable consacré à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.
10. Abandon ou réduction d'activités (sociales, occupationnelles, loisirs) en raison de l'utilisation d'un produit.
11. Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

La sévérité des troubles dépend du nombre de critères constatés :

- 2-3 critères : trouble léger
- 4-5 critères : trouble modéré
- 6 critères ou plus : trouble sévère

Un [test est donc disponible](#) pour évaluer la gravité de ces critères de façon à proposer une intervention et des programmes de soins gradués, adapté à chaque personne.

▪ **Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé (CIM-11)**

La classification de l'Organisation Mondiale de la Santé CIM-11 fait apparaître les concepts d'usage ponctuels, d'intoxication, d'usage nocif et de dépendance et de sevrage. Dans la CIM-11, les troubles liés à une substance se trouvent désormais au chapitre 6 « Troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux » sous la rubrique « Troubles dus à l'utilisation de substances ou à des conduites addictives ».

[La CIM-11](#) a été présentée à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2019 pour adoption par les États Membres, la version française est disponible depuis février 2022.

Selon cette classification, la dépendance à une substance est un trouble du contrôle de la consommation résultant d'un usage répété ou continu de cette substance, caractérisé par :

- Une forte pulsion à consommer ;
- Une altération de la capacité à contrôler la consommation ;
- Une priorité croissante accordée à la consommation par rapport à d'autres activités ;
- La persistance de la consommation malgré les dommages ou les conséquences négatives ;
- L'envie ou le besoin impérieux de consommer la substance.

Les caractéristiques physiologiques de la dépendance se caractérisent par :

- La tolérance aux effets ;
- Des symptômes de sevrage après l'arrêt ou la réduction de la consommation ;
- Ou la consommation répétée de la substance ou de substances pharmacologiquement similaires pour prévenir ou atténuer les symptômes de sevrage.

Les caractéristiques de la dépendance sont généralement évidentes sur une période d'au moins 12 mois.

Quel est le processus à la base de l'addiction ?

[Vidéo Maad Digital « Système de récompense et addiction »](#) (3,08 mn) : une vidéo qui vulgarise le lien entre addiction et système de récompense

[Court-métrage de Andreas Hykade « Nuggets »](#) (5,05 mn) : une vidéo sous forme de dessin animé qui illustre le mécanisme de tolérance, la recherche de produits, l'impact sur l'humeur....

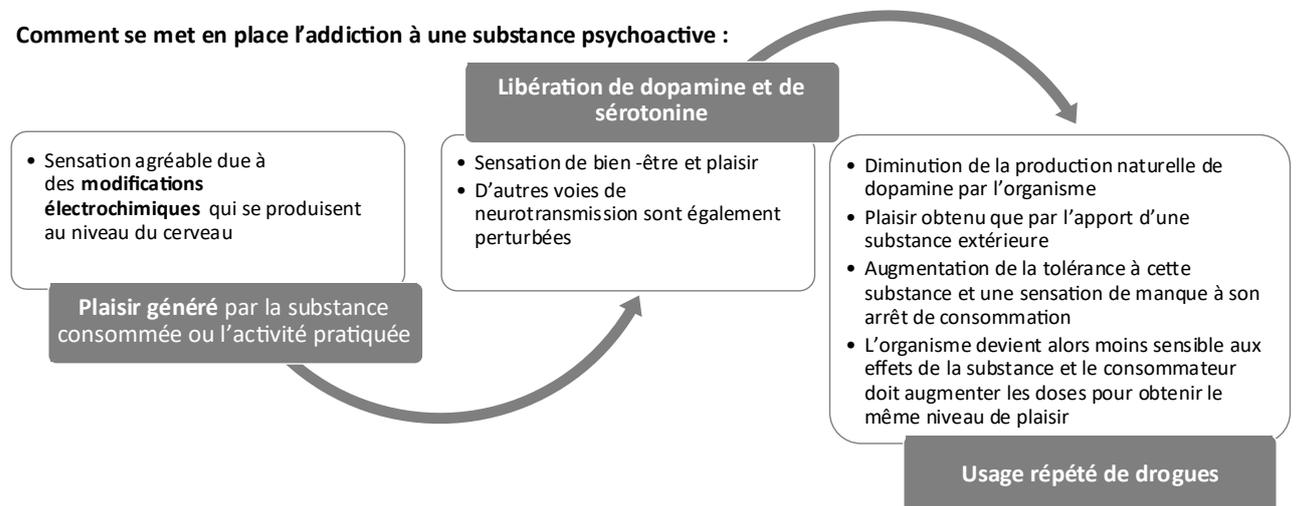
Chaque produit addictif (héroïne, tabac, alcool...) a sa propre porte d'entrée dans le cerveau. La prise d'un tel produit active un circuit cérébral dit « de récompense ». Ce dernier met en jeu des neurones particuliers : les neurones dits dopaminergiques. Ils sont responsables de la production d'une molécule, la dopamine. Dans des conditions normales, une action positive ou plaisante pour l'organisme enclenche une sécrétion accrue de dopamine dans le cerveau, particulièrement au sein d'une zone appelée noyau accumbens, ce qui se traduit par une sensation de plaisir. Ce mécanisme est très utile, par exemple pour les phases d'apprentissage et l'assouvissement de nos besoins vitaux.

La consommation de certaines substances ou certains comportements fait augmenter la production de dopamine dans le cerveau (aire tegmentale ventrale), au-delà de la normale. Pour retrouver cette sensation agréable, le patient est alors incité à renouveler l'expérience, ce qui crée un mécanisme dit de « renforcement positif ». De plus, le cerveau a une capacité à ressentir de moins en moins les effets des conduites addictives, ce qui pousse à augmenter leur intensité et/ou leur fréquence : c'est la dépendance.⁶

Le mécanisme des addictions

Processus à la base de l'addiction

Comment se met en place l'addiction à une substance psychoactive :



Ces perturbations des réseaux cérébraux finissent par avoir des effets négatifs (anxiété, irritabilité, etc.) qui eux-mêmes poussent la personne à consommer plus pour se sentir soulagée.

⁶ [Site Fondation Recherche Médicale, consulté en mai 2022](#)

Les facteurs de risque de développer une addiction

Nous ne sommes pas égaux face aux addictions et le risque de développer une addiction est lié à une combinaison de trois facteurs qui jouent un rôle et s'influencent mutuellement :

Le triangle du Docteur Olievenstein⁷:

- ✓ **Facteurs individuels de vulnérabilité et de résistance** : facteurs héréditaires, traits de personnalité, évènements de vie, troubles psychiatriques, précocité de l'usage...
- ✓ **Facteurs environnementaux** : facteurs sociaux (disponibilité du produit, attractivité) consommation nationale, par âge, sexe, groupe social et facteurs familiaux (fonctionnement familial, consommation familiale...)
- ✓ **La substance** : les produits psychoactifs sont plus ou moins addictogènes : le tabac serait le produit le plus addictogène ; 32 % des fumeurs sont dépendants, suivi de l'héroïne (23 %), la cocaïne (17 %) et l'alcool (15 %)

La dépendance au tabac : 3 types de dépendances

Le tabac contient des milliers de substances chimiques différentes. Certaines proviennent de la plante de tabac elle-même tandis que d'autres sont ajoutées par les fabricants ou engendrées par la combustion.

Les principales substances retrouvées dans la plante de tabac sont⁸ :

- La **nicotine**, présente naturellement dans la plante de tabac, est le principal composant responsable de la dépendance. Inhalée, elle entre très rapidement par le système artériel pulmonaire avant d'arriver au cerveau en quelques secondes ; ses effets sympathomimétiques (augmentation de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle, d'où augmentation de la consommation d'oxygène et du travail cardiaque) ne sont pas présents lors de l'utilisation de substituts nicotiques. En effet, la nicotine se diffuse très lentement par la voie veineuse en passant par la peau (pour les patches) et par la muqueuse buccale (pour les substituts nicotiques oraux) ;
- L'**arsenic**, présent dans les pesticides utilisés pour la culture du tabac, est toxique et cancérigène ;
- Les **produits ajoutés par les fabricants**, notamment les agents de saveurs, de texture et de conservation qui ne sont pas nécessairement nocifs à la base. Certains favorisent l'accès plus rapide de la nicotine au cerveau et rendent, de ce fait, le fumeur plus dépendant, comme l'ammoniac⁹. A la combustion, ils libèrent plusieurs substances dangereuses.

⁷ [Addict'Aide, Le Village des addictions, Comprendre les facteurs de gravité, 16 mai 2017, consulté mai 2022](#)

⁸ [Comité National Contre le Tabagisme/ la composition des produits et de la fumée de tabac](#)

⁹ [Global Tobacco Free, les additifs présents dans les produits du tabac, juillet 2016](#)

Les substances générées par le phénomène de combustion du tabac libèrent des centaines de substances dangereuses dont les principales sont :

- Le monoxyde de carbone responsable de l'hypoxie ;
- Les goudrons, le benzène, l'acroléine, les hydrocarbures... responsables de l'action cancérigène du tabac (modification des cellules épithéliales) ;
- L'acétone, les phénols, l'acide cyanhydrique... Ce sont des substances irritantes qui agressent les muqueuses, et favorisent l'inflammation.

a) La dépendance physique¹⁰ la cigarette « besoin »

Dès sa première cigarette le fumeur développe des **récepteurs nicotiques**. Présents chez tous les humains, il s'agit de récepteurs de plaisir qui fonctionnent grâce une substance : l'**acétylcholine** présente naturellement dans l'organisme.

Lorsqu'un fumeur inhale de la nicotine, celle-ci mime l'action de l'acétylcholine. La nicotine stimule les récepteurs de plaisir et en augmente leur nombre. À la suite du développement des récepteurs de plaisir, l'organisme "se règle" sur un **seuil de nicotine**. Ce seuil impose au fumeur de consommer un certain nombre de cigarettes afin d'atteindre son seuil de nicotine et ne plus ressentir de manque.

Plus le fumeur inhale la fumée, plus il fait monter son taux de nicotine, plus il comble le manque induit par le seuil de nicotine et plus il y trouve un soulagement.

Le seuil de nicotine varie selon les fumeurs. Il est inscrit dans la **mémoire neuronale** de chacun d'entre eux. Cela signifie qu'un fumeur qui arrête sa consommation de tabac devient **un ex-fumeur et non pas un non-fumeur**. Même après un très long arrêt du tabac, la reprise ravivera sa mémoire neuronale et par là-même son seuil nicotinique antérieur.

Tant que le seuil de satisfaction n'est pas atteint, le fumeur ressent le besoin de fumer. Par exemple un fumeur qui a besoin de 3 cigarettes le matin pour atteindre « sa nicotémie » de référence, s'il n'en fume que 2 sera toujours « en manque ».

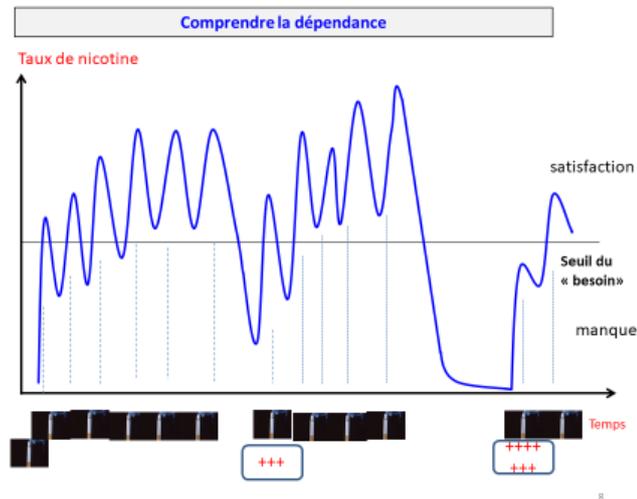
La nicotine s'élimine rapidement, sa demi-vie¹¹ étant courte (de 1 à 4h), dès que le fumeur passe en dessous de son seuil de nicotine, il ressent le besoin de fumer. Lorsqu'il pense fumer par plaisir par habitude ou par envie, il s'agit en réalité de soulager un manque de nicotine.

¹⁰ [CHU Rouen Normandie, Les dépendances au tabac, consulté en mai 2022](#)

¹¹ Demi-vie : Temps nécessaire pour que la concentration dans le sang diminue de moitié.

Schéma comprendre la dépendance : La journée d'un fumeur

Au réveil le taux de nicotine est à zéro. Le fumeur doit rapidement allumer une cigarette après son réveil pour « recharger » son taux de nicotine. Il peut fumer 1, 2, 3 ... cigarettes jusqu'à atteindre son seuil de nicotine et combler son besoin.



Ressources :

- Vidéo [« Comment la nicotine agit-elle sur le cerveau ? - C'est pas sorcier »](#)
- Vidéo [« Comment s'installe la dépendance au tabac ? - C'est pas sorcier »](#)

b) La dépendance psychologique : la cigarette « plaisir »

C'est la cigarette que l'on utilise un peu comme une béquille dans toute sorte de contextes : émotions difficiles, solitude, ennui, besoin de se donner une contenance, de se récompenser, etc. Cette dépendance est liée aux effets psychoactifs de la nicotine qui procurent plaisir, stimulation intellectuelle, action anxiolytique...

c) La dépendance comportementale : la cigarette « réflexe »

Elle correspond à un rituel, des habitudes. L'envie de fumer peut-être déclenchée par un stimulus externe (exemple de l'association café-cigarette). Elle peut rendre l'arrêt du tabagisme particulièrement difficile si on ne construit pas de nouveaux comportements.

La posture professionnelle

Le concept d'autonomie

De l'autonomie du soignant à l'autonomie du patient.

L'enjeu majeur dans les parcours de santé est d'accompagner les patients à être autonomes dans leurs prises en charge, notamment lorsqu'il s'agit de pathologies chroniques.

L'addiction met en exergue la question de l'autonomie tant pour le soignant que pour le soigné.

En effet, comment accompagner un patient vers l'autonomie face à sa maladie alors même que sa problématique réside dans « une perte de liberté de s'abstenir » de consommer un produit ou de réaliser un comportement ?¹²

Comprendre le concept d'autonomie permet d'adopter une posture soignante adaptée à cet accompagnement, sans jugement, sans pression, mais tout simplement adaptée au rythme, aux besoins, aux souhaits et aux choix du patient.

L'autonomie se définit communément comme « la faculté d'agir librement », « un droit de se gouverner par ses propres lois à l'intérieur d'un Etat ».¹³

Adapté à l'addiction, l'autonomie pour le patient serait de trouver de la liberté dans sa consommation de produits psychoactifs ou de gérer un comportement dont les conséquences lui sont délétères.

En cela l'accompagnement du soignant, s'entend dans sa capacité à s'adapter au patient. Le soignant se positionne aux côtés du patient, l'écoute, repère ses difficultés, ses avancées avec bienveillance et empathie.

Ainsi, un soignant autonome dans la prescription de substituts nicotiniques peut répondre aux besoins et souhaits du patient.

¹² « Définition de l'alcoologie clinique selon Pierre Fouquet » [archive], sur www.alcoologie.org, consulté le 15 juin 2022

¹³ Autonomie : (LeRobert, 2022)

Les attitudes favorables à la relation

Pour favoriser l'entrée en relation avec le fumeur et permettre un échange propice à la discussion, il est souhaitable d'adopter certaines attitudes et d'en éviter d'autres, ainsi une approche de style motivationnel sera encouragée :

Débuter l'entretien avec la permission du patient pour aborder ce sujet	« <i>Seriez-vous d'accord pour aborder ensemble la question du tabac ?</i> »
Faire preuve de bienveillance et de non-jugement	« <i>La cigarette vous accompagne depuis longtemps, c'est une addiction difficile à modifier</i> »
Exprimer votre empathie et votre disponibilité	« <i>Je comprends que vous soyez inquiet, nous pouvons vous aider dans votre démarche</i> »
Laisser parler et encourager la personne à verbaliser sa façon de percevoir sa problématique en prenant en compte ses connaissances et ses expériences	« <i>Vous avez déjà des expériences d'arrêt, selon vous, de quoi auriez-vous besoin aujourd'hui pour arrêter définitivement ?</i> »
Favoriser les questions ouvertes et reformuler ses propos	« <i>Vous avez déjà éprouvé des symptômes de manque ; Comment pensez-vous gérer ce manque de nicotine à l'avenir ?</i> »
Demander l'autorisation au patient de lui prodiguer des conseils ou d'ajuster ses connaissances	« <i>Vous semblez bien renseigné sur les thérapies comportementales, me permettez-vous de revenir sur un point important qu'est la dépendance physique ?</i> »
De reconnaître l'autonomie du patient	« <i>Plusieurs solutions existent, c'est vous qui saurez le mieux ce qui vous correspond</i> »

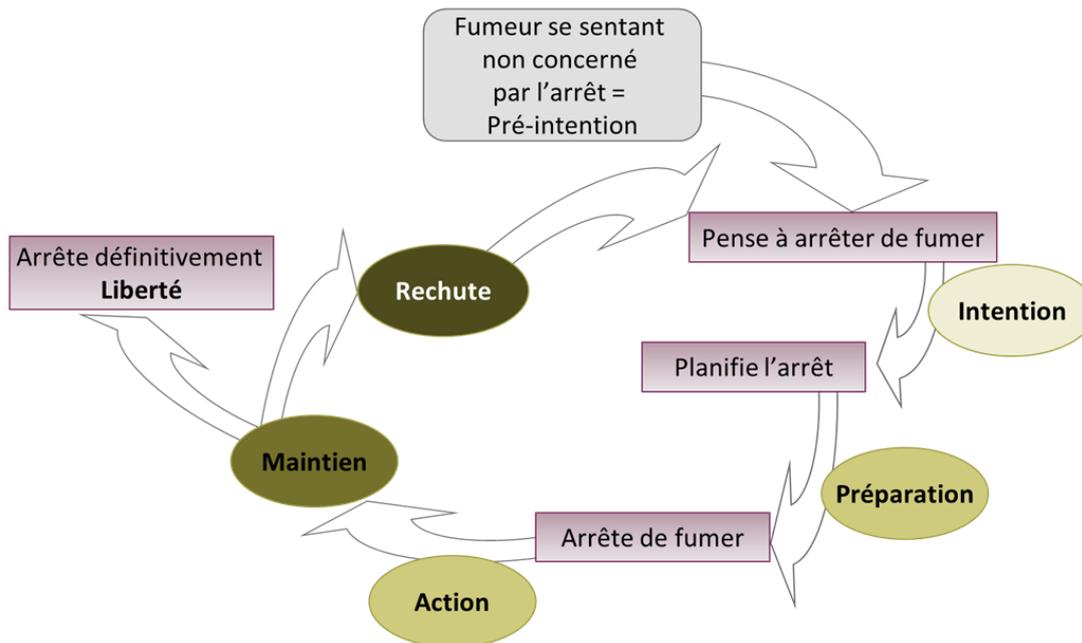
Le soignant sera d'autant plus efficace en évitant :

- La confrontation en voulant persuader le patient avec une argumentation en faveur du changement,
- De se mettre en position de sachant, de moralisateur et d'utiliser le jargon médical,
- De donner un cours, de vouloir être exhaustif.

Le Dr Thomas Gordon, disciple du professeur Carl Rogers a ainsi identifié [12 obstacles à la communication](#).

Le modèle transthéorique de changement de Prochaska et DiClemente met en évidence le processus des changements de comportement. 5 étapes sont décrites :

- **Pré-intention** : le sujet fumeur n'a pas encore envisagé d'arrêter ;
- **Intention** : il pense à arrêter mais est encore ambivalent ;
- **Décision** : il prend la décision d'arrêter de fumer et élabore une stratégie d'arrêt ;
- **Action** : il est activement engagé dans le changement : il arrête de fumer ;
- **Maintien** : il a recouvré sa liberté face à la dépendance mais reconnaît qu'il doit demeurer vigilant pour éviter une rechute.



Références "Prochaska et coll. 1992 ; Prochaska et coll.1997" repris dans la publication « Service des bonnes pratiques professionnelles/octobre 2014 » de la HAS

Ce modèle démontre que les fumeurs passent par une série d'étapes de motivation avant de décider d'arrêter de fumer. Lorsque le patient n'est pas tout à fait prêt, il peut être ambivalent (par exemples, « *j'ai envie d'arrêter de fumer mais je ne me vois pas arrêter tout de suite* » ou encore « *je suis conscient qu'il faudrait que j'arrête mais je ne me vois pas arrêter ma pause cigarette, j'ai besoin de ce moment* »). L'ambivalence est normale et se présente souvent lorsqu'un changement est à opérer ; il est alors particulièrement intéressant de mener un entretien motivationnel.

L'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel (EM)¹⁴ est défini comme « *un style de communication collaboratif et centré sur un objectif, avec une attention particulière au langage de changement. Il est conçu pour renforcer la motivation d'une personne et son engagement en faveur d'un objectif spécifique en faisant émerger et en explorant ses propres raisons de changer dans une atmosphère de non-jugement et d'altruisme* ».

L'entretien motivationnel est cité par la Haute Autorité de Santé comme outil validé d'aide au sevrage tabagique :

- a) [Outils pour repérer et accompagner les patients](#)
- b) [Fiche entretien motivationnel](#)

¹⁴ [L'entretien motivationnel / AFDEM, Miller, W.R. Rollnick, S., traduit de l'américain par Michaud, P., Lécailier, D. \(2013\). L'entretien motivationnel, aider la personne à engager le changement, 2e édition. InterEditions, Paris, p. 30.](#)

Le repérage précoce et l'intervention brève en tabacologie

Le repérage précoce et intervention brève (RPIB) est une méthode de repérage du tabagisme, d'encouragement à l'arrêt et au maintien de l'abstinence adaptée au degré de motivation de la personne. Cette méthode a été conçue pour aider les personnes à s'engager dans un changement de comportement.

La **Haute Autorité de Santé (HAS)**¹⁵ recommande qu'un **repérage et une intervention brève** soient menés **par tous les professionnels de santé de premier recours** : médecins généralistes, pédiatres, sage-femmes, pharmaciens d'officine, infirmier(ère)s, dentistes, ainsi que les médecins du travail et les médecins scolaires.

Le repérage précoce de consommation(s) de substance(s) psychoactive(s) concerne **tous les patients**.

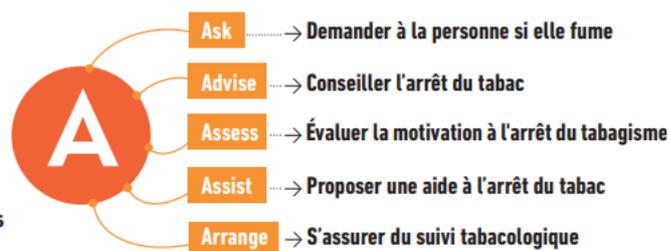
L'accompagnement dans l'arrêt au tabac par un professionnel permet d'augmenter ses chances d'arrêt de 80 % par rapport à un fumeur qui arrête seul.¹⁶

Le RPIB doit être réalisé le plus précocement possible, idéalement avant la survenue d'une pathologie.

Il peut être résumé à la méthode des 5 A.

FIGURE 5
La méthode des 5 A

**Proposez les 5 A
(Ask, Advise, Assess,
Assist, Arrange) à
tous les fumeurs reçus
en établissements
de santé.**



Pour mener un RPIB, le professionnel :

- Adaptera son discours et ses propositions de prise en charge à chaque étape ;
- Rappellera au patient qu'il peut être aidé s'il le souhaite à tout moment, sans insister ;
- Pourra s'appuyer sur les techniques verbales et non-verbales de la relation d'aide¹⁷.

¹⁵ [HAS, Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte, mise à jour janvier 2021](#)

¹⁶ [RESPADD, Prévention du tabagisme et accompagnement au sevrage chez la femme, 2021](#)

¹⁷ [Pour en savoir plus sur la relation d'aide – memo infirmier](#)

La prescription de substituts nicotiques

Contextes de prescription d'un traitement nicotinique de substitution¹⁸

Pourquoi prescrire un traitement nicotinique de substitution (TNS) ?

Des études ont montré que **l'utilisation des traitements nicotiques de substitution augmentent de moitié les chances d'arrêter de fumer et qu'ils augmentaient significativement l'abstinence à six mois de 50 à 70 %¹⁹.**

Les TNS, quelle que soit leur forme, sont plus efficaces dans l'arrêt du tabac que l'absence de traitement ou le placebo. Les TNS augmentent significativement l'abstinence à 6 mois. La combinaison d'un timbre transdermique avec une forme de TNS à absorption rapide (gomme, inhalateur, etc.) est plus efficace qu'une forme unique de TNS.

Ces traitements ne présentent pas d'effet indésirable grave identifié.

Source : [Haute Autorité de Santé, Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours, Octobre 2014 \(page 22\)](#)

A qui prescrire un traitement nicotinique de substitution ?

Les substituts nicotiques s'adressent aux **fumeurs dépendants physiquement**. La prescription est autorisée chez les mineurs de plus de 12 ans, 15 ans et 18 ans en fonction des spécificités pharmaceutiques (voir la [liste des substituts nicotiques pris en charge par l'Assurance Maladie](#)).

NB : La prescription de traitements nicotiques de substitution est également recommandée chez les personnes fumeuses présentant des troubles de la santé mentale. Il est toutefois nécessaire d'être vigilant voire d'adapter les traitements en raison des possibles interactions entre le tabac et les médicaments (Voir paragraphe [Initiation d'un traitement nicotinique de substitution](#)).

Quand prescrire un traitement nicotinique de substitution ?

Les traitements nicotiques de substitution sont le traitement médicamenteux de première intention.

Proposer un substitut nicotinique, c'est proposer de remplacer la nicotine contenue dans une cigarette pour soulager les symptômes de sevrage ou de manque de nicotine. Les symptômes de sevrage ou de manque de nicotine sont un ensemble de troubles physiques et psychologiques plus ou moins sévères responsables d'un réel inconfort. Ils permettent un apport quotidien de nicotine sous une forme différente, en évitant la toxicité du tabac fumé.

¹⁸ [Vidal Recos - Tabagisme : sevrage. Mise à jour le 10 février 2021](#)

¹⁹ [HAS-Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac janvier 2015 p 41](#)

Les substituts nicotiniques peuvent être prescrits :

- Dans une stratégie d'arrêt immédiat ou de réduction de la consommation visant un arrêt ultérieur ;
- En prévention de la rechute ;
- En cas de sevrage temporaire, d'impossibilité de fumer (ex. : examens médicaux, hospitalisation...).

a) Prescription dans une stratégie d'arrêt ou de réduction de la consommation

Comme évoqué ci-dessus, selon le modèle de Prochaska et Di Clémente, les fumeurs passent par une série d'étapes de motivation avant de décider d'arrêter de fumer. Certaines situations sont plus favorables à l'acceptation d'un traitement nicotinique de substitution.

Recommandations de la Haute Autorité de Santé pour la prise en charge du fumeur selon le stade :

Si le patient souhaite arrêter de fumer (stade de la décision)

La prise en charge comporte un accompagnement par un professionnel de santé, permettant un soutien psychologique, et un traitement médicamenteux si nécessaire.

Les traitements médicamenteux sont recommandés pour soulager les symptômes de sevrage, réduire l'envie de fumer et prévenir les rechutes.

Les TNS sont le traitement médicamenteux de première intention. Ils peuvent être prescrits dans une stratégie d'arrêt d'emblée ou de réduction de la consommation visant un arrêt ultérieur.

Il est recommandé que l'aide à l'arrêt se fasse dans le cadre de consultations dédiées. La fréquence recommandée est hebdomadaire dans un premier temps, puis mensuelle pendant les 3 à 6 mois suivants.

Si le patient est ambivalent (stade de l'intention)

L'aider à explorer son ambivalence et sa motivation et envisager de commencer par une réduction de la consommation.

Si le patient ne souhaite pas arrêter de fumer (stade de pré-intention)

Proposer une approche de réduction de la consommation avec TNS. Cette approche doit être accompagnée d'un soutien thérapeutique par un professionnel de santé.

[Source : Haute Autorité de Santé, Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours, Octobre 2014](#)

Les substituts nicotiques peuvent également être utilisés dans une démarche de réduction de la consommation **visant un arrêt ultérieur. En effet, il est tout à fait possible de fumer avec un patch, ceci permet :**

- D'éviter le manque lorsque la personne réduit sa consommation de tabac en lui apportant de la nicotine en diffusion lente (contrairement à l'acte de fumer où la nicotine atteint le cerveau en 7 secondes, l'apport de nicotine n'est pas rapide et intense) et donc avec un risque de dépendance très faible,
- De diminuer la fumée inhalée, en effectuant automatiquement une titration de sa nicotine,
- D'expérimenter la possibilité de gérer sa consommation, donc d'encourager à continuer une expérience positive, augmenter la confiance en sa capacité de changer.

Un substitut nicotinique oral peut également remplacer une cigarette lorsque le fumeur décide de ne pas fumer ou est contraint de ne pas fumer dans certaines situations.

La réduction du tabagisme doit être envisagée comme une étape, l'objectif final étant l'arrêt du tabac. En effet, selon une publication récente, analysant une cinquantaine d'études²⁰, il vient d'être confirmé qu'une faible consommation entraîne tout de même un risque important.

Le risque lié à la consommation d'une seule cigarette par jour est presque équivalent à la moitié de celui d'une consommation de 20 cigarettes par jour. Une faible consommation ou l'exposition à un tabagisme passif expose également à un risque de cancer lié au tabagisme (cancer du poumon, mais également 16 autres localisations de cancers), mais avec un impact qui est davantage corrélé à la durée d'exposition, contrairement au risque cardio-vasculaire, pour lequel s'ajoute la notion de précocité de consommation.²¹

b) Prescription en cas de prévention de la rechute²²

Certaines personnes recommencent à fumer à plus ou moins long terme, on parlera de « faux pas », de rechute progressive ou de rechute brutale selon les situations. Il ne faut pas dramatiser ni culpabiliser le fumeur mais envisager des stratégies de prévention adaptées à chaque situation (entretien motivationnel, soutien psychologique, soutien par des dispositifs en ligne, thérapies cognitives et comportementales...) ce qui permettra d'augmenter les chances de succès lors des tentatives ultérieures d'arrêt.

Des recherches sont nécessaires dans ce domaine mais des données probantes en faveur d'un traitement prolongé par substituts nicotiques suggèrent un avantage chez les abstinents non accompagnés.

²⁰ [BMJ, Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports \(Published 24 November 2018\)](#)

²¹ [Fédération Française de cardiologie : Il n'y a pas de petit tabagisme sans risque ! Date de publication : 23 mai 2018 • Modifié le 21 mai 2021](#)

²² [Existe-t-il des traitements aidant les personnes ayant réussi à arrêter de fumer à éviter les rechutes- Cochrane publié le 28 octobre 2019- Auteurs : Livingstone-Banks J, Norris E, Hartmann-Boyce J, West R, Jarvis M, Chubb E, Hajek P](#)

c) Prescription en cas de sevrage temporaire, impossibilité de fumer

Certaines situations sont plus propices au changement et l'apparition d'une pathologie, une hospitalisation, une grossesse ou une opération sont des moments où le professionnel soignant se doit particulièrement d'aborder le thème du sevrage tabagique. Le patient n'est pas toujours prêt à s'engager dans une réduction ou un arrêt de tabac. Cependant il est parfois contraint, lors de la période d'hospitalisation, d'alitement prolongé, de ne pas fumer ou de ne pas fumer autant qu'il en aurait besoin. Ceci peut être très mal vécu et source de conflit, d'agressivité envers l'équipe soignante. La substitution nicotinique est alors proposée et présentée comme traitement temporaire.

▪ Périopératoire, patients hospitalisés

Il existe des risques supplémentaires liés à la consommation de tabac (un patient devant subir une intervention s'expose à un risque augmenté de mortalité hospitalière d'environ 20% et de 40% pour les complications majeures postopératoires). La fumée du tabac inhibe très fortement les processus de réparation tissulaire et osseuse qui sont de première importance dans le contexte chirurgical pour assurer une cicatrisation rapide et solide.

L'expérience d'arrêt temporaire en cours d'hospitalisation peut constituer un premier pas vers un sevrage ou une prise en charge spécifique. Pour les patients, notamment ceux ayant un cancer, les périodes d'hospitalisation constituent des opportunités d'arrêt de la consommation du tabac.

En périopératoire : Il est recommandé de proposer un arrêt du tabac, ou une diminution de la consommation de tabac avec des substituts nicotiniques, au moins 6 semaines avant une intervention chirurgicale.

Patients hospitalisés : Chez un fumeur qui se retrouve en situation d'arrêt temporaire contraint à l'occasion d'une hospitalisation, un traitement du syndrome de sevrage doit pouvoir être proposé à l'aide de TNS à posologie suffisante.

Source : [Haute Autorité de Santé, Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours, Octobre 2014](#)

La Société Française d'Anesthésie et de Réanimation a également formalisé une série de recommandations sur la prise en charge du tabagisme en période péri opératoire en ce sens, parmi lesquelles²³ :

- « Nous recommandons d'offrir une prise en charge comportementale et la prescription d'une substitution nicotinique pour l'arrêt du tabac avant toute intervention chirurgicale programmée. » ;
- « Nous recommandons que tous les professionnels du parcours de soins (chirurgiens, anesthésistes-réanimateurs, soignants) informent les fumeurs des effets positifs de l'arrêt du tabac et leur proposent une prise en charge dédiée et un suivi personnalisé. »

²³ [Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, Recommandations sur la prise en charge du tabagisme en péri opératoire, 2016](#)

Le fumeur peut cependant ne pas souhaiter arrêter de fumer, même temporairement et refuser toute aide au sevrage. C'est notamment le cas de certains profils présentant une forte dépendance physique à la nicotine, nommés « les hardcore smokers ». Ils présentent souvent une vulnérabilité psychique, une maladie psychiatrique, parfois une précarité socio-économique et l'usage d'autres substances psychoactives est également possible. Dans ces situations, il est tout particulièrement nécessaire de favoriser l'alliance thérapeutique par une posture professionnelle de relation d'aide.

Exemple d'affichage proposé par le RESPADD :

<https://www.respadd.org/hopital-sans-tabac-lieu-de-sante-sans-tabac/publications-et-outils/>



- Femme enceinte, projet de grossesse, allaitement

La consommation de tabac réduit la fertilité de l'homme et de la femme, diminue les chances de succès en cas d'assistance médicale à la procréation du couple, allonge le délai de conception, potentialise l'effet négatif de l'âge sur la fécondité, augmente le risque de fausse couche, de grossesse extra-utérine et de morbidité et mortalité périnatales.

Les données disponibles montrent l'importance de l'intoxication active et passive de la femme, mais également de celle de son compagnon, sur les risques graves de la consommation de tabac pour la femme enceinte et le fœtus.²⁴

D'où la nécessité d'une prise de conscience par tous les intervenants de santé, et par les couples, des bénéfices de l'arrêt du tabac, de préférence avant la conception ou le plus rapidement possible au cours de la grossesse.

²⁴ [Recommandations du CNGOF \(38\) \(Collège national des gynécologues et obstétriciens français\), 2020](#)

Il est recommandé d'informer la patiente que :

- l'utilisation des TNS aide à éviter le phénomène de compensation et augmente les chances d'arrêt ;
- l'utilisation des TNS n'exige pas un sevrage total (réduction des risques)
- toute forme de TNS peut être utilisée chez la femme enceinte, en privilégiant toutefois les formes orales, dont la durée d'action est moindre.

Les TNS peuvent être utilisés par les femmes qui allaitent.

Source : [Haute Autorité de Santé, Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours, Octobre 2014](#)

Il n'y a pas de contre-indication à l'emploi des traitements de substitution nicotinique malgré la présence du logo d'interdiction sur les dispositifs transdermiques.²⁵

Accompagner l'entourage dans l'aide au sevrage tabagique est recommandé car de nombreuses femmes ont un compagnon fumeur or il est plus difficile d'arrêter de fumer dans ce cas. Les sages-femmes ont un droit de prescription élargi à l'entourage en ce sens.

Pour plus d'informations, le RESPADD a élaboré un outil spécifique sur la thématique femme et tabac : « [Prévention du tabagisme et accompagnement au sevrage chez la femme](#) ».

Formes galéniques des substituts nicotiniques

Il existe deux formes de substituts nicotiniques :

- **Les substituts nicotiniques oraux (buccaux) : forme d'action rapide** (gommes à mâcher, comprimés, pastilles à sucer, comprimés sublinguaux, l'inhalateur et le spray buccal). Ils répondent au *craving* (forte envie soudaine de fumer) car agissent en quelques minutes.
- **Substituts nicotiniques transdermiques (patch ou timbre) : forme d'action lente.** Ils ont une faible vitesse d'absorption et permettent un apport de nicotine lent et plus régulier.

Rappel : La combinaison d'un timbre transdermique avec une forme de TNS à absorption rapide (gomme, inhalateur, etc.) est plus efficace qu'une forme unique de TNS.

[Liste des traitements nicotiniques de substitution pris en charge par l'assurance maladie](#) au 31/12/2023 ; remboursable à 65 % sur prescription



Liste amenée à évoluer

²⁵ [Centre de Référence sur les Agents Tératogènes \(CRAT\), Substituts nicotiniques – Grossesse, MAJ Juillet 2024](#)

Modalités d'utilisation des TNS²⁶:

- 1) **LES SUBSTITUTS ORAUX** : Éviter de boire du café ou du jus de fruits (acide) avant et pendant la prise car ces boissons diminuent leur efficacité

LES GOMMES	<ul style="list-style-type: none">▪ Dosage : Disponibles en 2 mg et 4 mg▪ Dose moyenne journalière : 8 à 12/ jour, il est recommandé de ne pas dépasser 30 / j▪ Mode d'emploi : Laisser ramollir la gomme et mâcher très lentement puis placer la gomme entre la joue et la gencive (ne pas mastiquer comme un chewing-gum). Reprendre les mastications en alternant avec des pauses. Une mastication trop intense entrainerait une libération trop rapide de nicotine et des sensations de brûlures pharyngées, gastriques et des hoquets peuvent apparaitre.▪ Contre-indiquées en cas de port d'appareil dentaire ou de lésions buccodentaires.▪ L'effet se fait sentir en 15 à 20 mn et dure environ 30 minutes
LES COMPRIMÉS ET PASTILLES « A SUCER »	<ul style="list-style-type: none">• Dosage : Disponibles en 1 mg, 1,5 mg, 2 mg, 2,5 mg et 4 mg.• Dose moyenne journalière : 8 à 12/ jour, il est recommandé de ne pas dépasser 30 / j• Mode d'emploi : Ne jamais croquer. Placer entre la joue et la gencive et laisser fondre ou sucer très lentement jusqu'à dissolution complète en le déplaçant régulièrement d'un côté à l'autre de la bouche.• Prendre un comprimé en cas de symptômes de manque ou de <i>craving</i> (envie irrépressible de fumer)
LES COMPRIMÉS SUBLINGUAUX	<ul style="list-style-type: none">• Dosage : Disponibles en 2 mg.• Dose journalière moyenne : 8 à 12 comprimés par jour ; il est recommandé de ne pas dépasser 30 comprimés par jour.• Mode d'emploi : Ne jamais croquer. Placer sous la langue pour une absorption lente et régulière de la nicotine.• Prendre un comprimé en cas de symptômes de manque et ou de <i>craving</i>

²⁶ [Source : Premiers geste en tabacologie Respadd, 2018](#)

L'INHALEUR	<ul style="list-style-type: none"> • Dosage : Une cartouche contient 10 mg de nicotine. • Changer la cartouche dès que le goût en bouche s'estompe et/ou mettre une cartouche neuve tous les matins. • Dose journalière moyenne : La fréquence des aspirations (plus ou moins répétées) et leur intensité dépendront des besoins de chaque fumeur. Ne pas dépasser 12 cartouches par jour • Mode d'emploi : Ce dispositif se présente sous la forme d'un embout en plastique blanc qui s'ouvre en deux pour recevoir une cartouche transparente, interchangeable, contenant un tampon imprégné de nicotine. Ouvrir l'embout et placer la cartouche dans l'embout. Aspirer par l'embout l'air chargé de microgouttelettes de nicotine et garder la bouffée en bouche « crapoter ». L'inhalateur permet d'aspirer de la nicotine par petites « bouffées ». Ce dispositif s'utilise à chaque fois que le besoin de fumer se fait sentir. Il permet de reproduire le geste de la cigarette sans les méfaits de la fumée du tabac.
LE SPRAY BUCCAL	<ul style="list-style-type: none"> • Dosage : Un flacon contient 150 doses. Chaque pulvérisation délivre 1 mg de nicotine. • Dose journalière moyenne : 4 pulvérisations par heure maximum, sans dépasser 2 pulvérisations par prise et 64 pulvérisations par tranche de 24 heures. • Mode d'emploi : Ne pas inhaler lors de la pulvérisation afin que le produit n'entre pas dans les voies respiratoires. Diriger le spray vers l'intérieur de la joue et appuyer sur le pulvérisateur pour libérer une dose dans votre bouche puis avec la langue, répartir les gouttelettes sur la muqueuse buccale. Ne pas déglutir trop rapidement après la pulvérisation. Ne pas manger ni boire lors de la pulvérisation • Le spray peut générer des sensations de brûlures sur une muqueuse buccale lésée. • Prendre une pulvérisation quand le besoin de fumer se fait sentir.

2) LES SUBSTITUTS NICOTINIQUES TRANSDERMIQUES :

- Dosages : Il existe des patchs différemment dosés :
 - Sur 24 h : 21 mg, 14 mg et 7 mg
 - Sur 16 h : 25 mg, 15 mg et 10 mg
- Chez la femme enceinte, il est recommandé de proposer des patchs sur 16h si cela est possible ;
- En cas de réduction récente de la consommation : substituer en tenant compte de la consommation habituelle et non pas de la consommation réduite, en raison du phénomène de compensation
- Mode d'emploi : Poser le patch au réveil et le changer le lendemain matin. Appliquer sur une peau sèche, sans lésion cutanée ni tatouage et à la pilosité rare (bras, épaule, ventre, hanche, omoplate, cuisse, fesse). Changer chaque jour l'emplacement du patch pour diminuer le risque

de réaction cutanée locale. Si le patch se décolle (transpiration, douche) mettre un sparadrap pour favoriser l'adhésion. Un patch qui se décolle sera inefficace.

- Si des troubles du sommeil persistent avec les patchs sur 24h, ôter le patch au coucher et prendre des formes orales le plus tôt possible en attendant que le patch produise son effet. Appliquer un nouveau patch dès le réveil.
- En cas de réaction allergique cutanée : il est possible de changer de marque de patchs et/ou d'appliquer une pommade dermocorticoïde locale.

Initiation d'un traitement nicotinique de substitution

Posologie

Le choix de la dose constitue un facteur important du succès.

Rappel : La prise en charge du tabagisme doit être globale, nous ne traiterons ici que de la prise en charge de la dépendance physique. L'évaluation de la dépendance physique permet de savoir si la prescription de substituts nicotiniques est à proposer.

Pour aller plus loin : Un test plus général permet au patient de comprendre les différents facteurs qui interviennent dans son comportement ; le [test de Horn](#) met en évidence les raisons qui poussent la personne à fumer.

L'évaluation de la dépendance physique s'effectue à l'aide des trois principaux tests suivants :

- [Le test de Fagerström simplifié](#)
- [Le test de Fagerström](#)
- [Le Cigarette Dépendance squalé \(CDS\)](#)

Pour prescrire la dose journalière moyenne initiale de nicotine, deux paramètres sont à prendre en compte ; le test de Fagerström simplifié permet d'évaluer ces paramètres. Rapide à réaliser, selon le résultat, quelques indications sur la conduite à tenir vous sont proposées :

- **Le nombre de cigarettes fumées** permettra d'identifier la dose de nicotine en mg.

Attention, il est nécessaire de prendre en compte le type de tabac fumé. D'une manière générale, il a été établi que fumer une cigarette industrielle équivaut à inhaler 1 mg de nicotine (le tabac à rouler équivaut plus ou moins à 2 à 3 cigarettes industrielles, le cigare ou les cigarillos environ à 3 ou 4 cigarettes industrielles) :

Cigarettes industrielles	Environ 1 mg de nicotine
Tabac à rouler/ tube	± 2 à 4 cigarettes industrielles
Narghilé ou chicha	± 2,5 cigarette industrielles
Cigare, les cigarillos	± 3 à 4 cigarettes industrielles
co consommateurs tabac + cannabis	Jusqu' à 6 cigarettes industrielles

- **Le délai entre le réveil et l'envie de fumer sa première cigarette** permettra d'identifier si le patch doit être prescrit sur 16h ou 24h.

Cig/jour		<10	11-20	21-30	>30
Posologie	Si délai < 1 heure	7mg ou 14mg/24H ou formes orales seules	14mg ou 21mg/24H	21mg+14mg/24H	21mg+21mg/24H
	Si délai > 1 heure	10mg/16H	15mg/16H	25mg/16H	25mg/16H
	À chaque fois	+/- formes orales			

NB : cigarettes industrielles = +/- **1 mg** de nicotine
cigares/cigarillos = +/- **3 à 4 mg**
cigarettes roulées/ tubées = +/- **2 à 4 mg**
un joint de cannabis = +/- **5 à 6 mg**

L'utilisation d'un CO testeur peut être un outil d'aide à la prescription des doses de nicotine

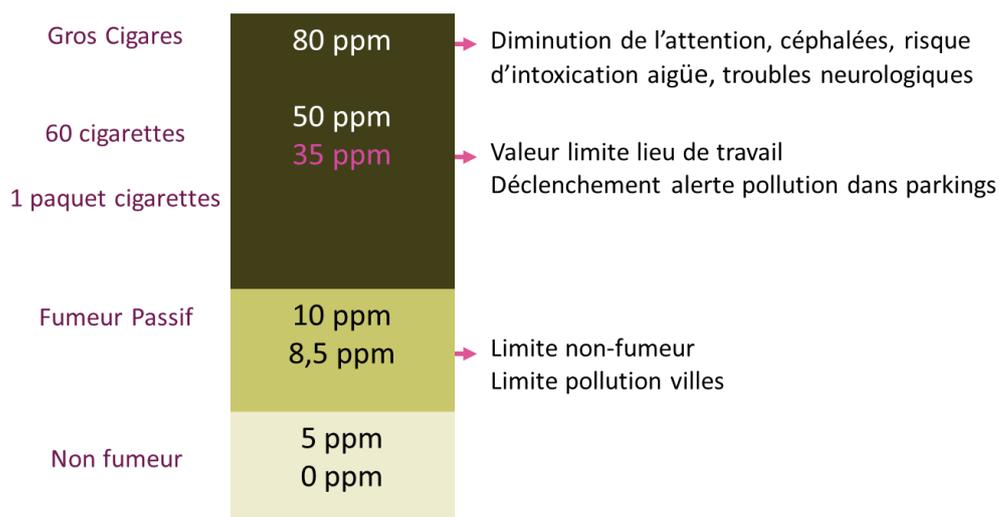
Le dosage du monoxyde de carbone (CO) peut également être une aide pour ajuster la dose des substituts nicotiques. Il se fait grâce à un appareil de mesure du taux de CO expiré par le fumeur qui permet de visualiser l'intoxication au monoxyde de carbone.

A titre indicatif, le taux d'intoxication est plus ou moins corrélé au nombre de cigarettes fumées. Il faut cependant prendre en considération les principaux modes de consommation du tabac et chaque fumeur aura une façon personnelle d'inhaler la fumée de son tabac : 1 cigarette industrielle = +/- 1 ppm (particule par million).

Exemples de niveaux d'exposition au monoxyde de carbone

ppm = particules de CO par millions de particules d'air

Non spécifique au tabagisme



Le taux expiré est corrélé au niveau de l'intoxication.

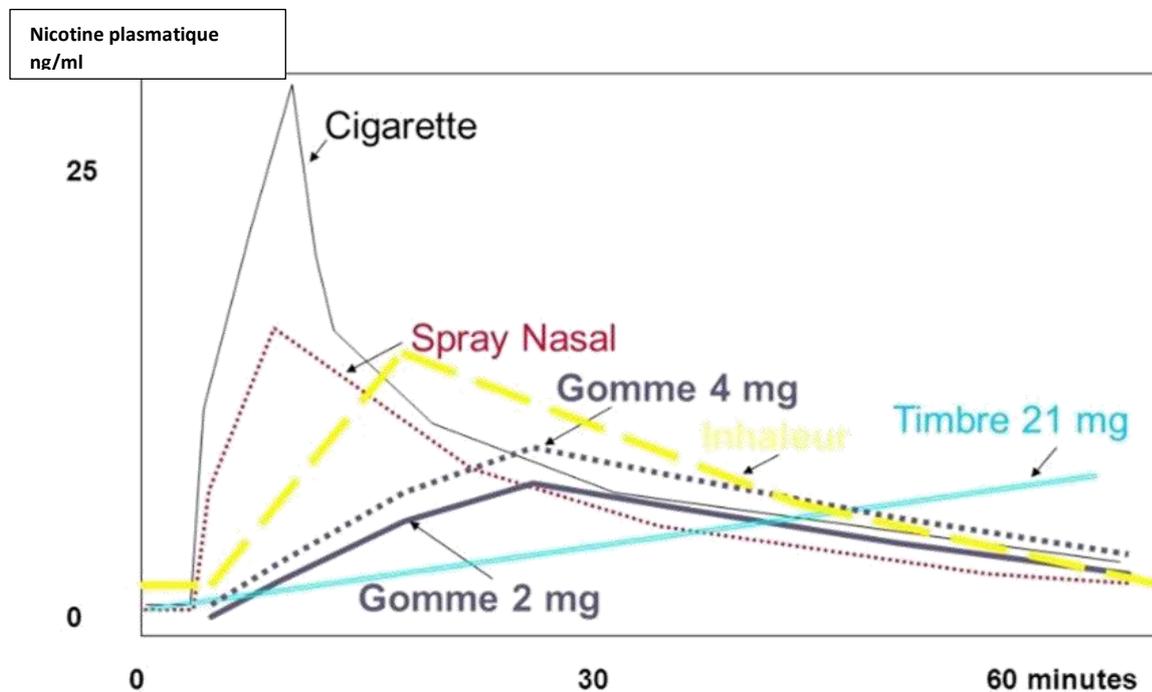
Choix du substitut nicotinique

Le choix du substitut nicotinique se fait en accord avec le patient et selon sa préférence pour un type de substitut nicotinique oral.

L'association de SN Transdermiques et de SN oraux (à absorption buccale et d'action rapide) est fortement conseillée de façon à couvrir les envies résiduelles de fumer et le craving (fortes envies irréprouvables de fumer).

Source : [Recommandation de l'HAS Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours](#) » publiée en 2014

LA CINÉTIQUE DE LA NICOTINE, d'après Russel :



Interactions

La fumée du tabac, en agissant sur le métabolisme, peut modifier la concentration de certains médicaments. Certains traitements subissent une induction enzymatique par les goudrons présents dans la fumée du tabac, cette induction est maximale dès 10 cigarettes fumées/jour. Le sevrage tabac, même compensé par une substitution nicotinique, ne cause plus cette induction supplémentaire d'où le risque de surdosage ou sous dosage réel pour certains traitements à marge thérapeutique étroite²⁷. Lors de l'arrêt du tabac, les conséquences de cette interaction doivent être envisagées, pouvant nécessiter une surveillance voire une adaptation de certains traitements. Il est important d'en informer le prescripteur (exemple diabétologue/insuline, cardiologue/Warfarine, psychiatre/Clozapine...) pour

²⁷ [Site Ministère de la santé et de la prévention, consulté en octobre 2022](#) : Les médicaments à marge thérapeutique étroite sont des médicaments pour lesquels les concentrations toxiques sont proches des concentrations efficaces.

réadapter la posologie et d'informer le patient de symptômes de sous ou sur dosage des traitements. Il en est de même pour le métabolisme de la caféine. De ce fait, on conseillera de réduire la consommation de café au moment de l'arrêt du tabac pour éviter les signes de surdosage en caféine telles que les palpitations.

Pour aller plus loin, voir [fiche informative « J'accompagne un sevrage tabagique = attention aux interactions médicamenteuses » \(SRAE Addictologie\)](#)

Juin 2024 **Fiche informative**

J'accompagne un sevrage tabagique = Attention aux interactions médicamenteuses

Pour comprendre ...

Après avoir été ingéré, le médicament passe par différentes étapes dans l'organisme. La métabolisation est l'étape de la transformation du médicament par le système enzymatique de l'organisme, en particulier au niveau hépatique.

Les cytochromes P450 (CYP450) sont une famille d'enzymes hépatiques impliquées dans la métabolisation de nombreux médicaments. Le cytochrome P450 1A2 (CYP1A2) appartient à cette famille.

L'activité du CYP1A2 peut être augmentée (induction enzymatique), en particulier par les produits de combustion de la cigarette et inhalés par le fumeur.

Cette augmentation est **maximale à partir de 10 cigarettes fumées par jour**.

Le sevrage tabagique, et donc l'arrêt de l'induction enzymatique et de la modification du métabolisme de certaines substances (médicamenteuses ou non), peut entraîner une **modification de leurs concentrations** puis de leurs effets, et être à l'origine de **surdosages** potentiellement graves dès les premiers jours du sevrage (1 à 3 jours).

L'induction enzymatique dépend des hydrocarbures aromatiques polycycliques (goudrons) présents dans la fumée et non de la nicotine. La substitution nicotinique, tout comme le vapotage, n'évite donc pas ce risque de modification de métabolisation, et doit appeler à la même vigilance.

Substances non médicamenteuses : l'exemple de la caféine

La caféine est métabolisée par le CYP1A2. Un tableau d'intoxication peut survenir chez le consommateur de café (ou certains sodas et boissons énergisantes) lors d'un sevrage tabagique. Ces symptômes d'intoxication peuvent mimer et faire croire à un surdosage en nicotine alors qu'il s'agit d'une surdose de café !

Symptômes les plus courants :
Nausées, Vomissements, Maux de tête, Palpitations, Agitation, Anxiété, Tremblements.

Médicaments

Certains traitements sont métabolisés par le CYP1A2. Une vigilance particulière quant au risque d'intoxication est recommandée pour :

- Les médicaments métabolisés exclusivement ou majoritairement par le CYP1A2 (se référer à la base de données publique des médicaments);
- Les médicaments à marges thérapeutiques étroites,
- Les médicaments à fortes posologies,
- Les traitements chroniques.

Il peut s'agir, à titre d'exemples, d'antidépresseurs (comme la duloxétine ou la mirtazapine), d'anxiolytiques (comme la clonazépate ou l'alprazolam), d'anticoagulants (comme la warfarine), toutefois il n'est pas possible d'établir une liste exhaustive de ces substances.

Dans tous les cas :

- À l'initiation d'un sevrage tabagique, si le patient prend un ou plusieurs de ces traitements et si vous n'êtes pas le prescripteur, il est nécessaire de prévenir le prescripteur afin qu'il adapte le suivi du patient.
- Une **surveillance clinique renforcée** du patient est recommandée les premiers jours du sevrage.
- Une **information doit être donnée au patient quant aux symptômes** pouvant évoquer un sous ou surdosage.
- Penser à questionner le patient si un sevrage est en cours devant des signes cliniques évocateurs d'un sous ou d'un surdosage.

Dans certains cas :

Une surveillance biologique peut être envisagée ou renforcée pour différents médicaments, comme pour la clozapine, l'olanzapine, la théophylline ou la warfarine. Dans le cas où des signes de sous ou de surdosage surviennent suite à un sevrage tabagique, ou lorsque les concentrations plasmatiques (faiblement), des ajustements de doses peuvent s'avérer nécessaires.

Le sevrage (total ou partiel) « non programmé » est fréquent au décours d'hospitalisations notamment en psychiatrie chirurgicale, du fait même de l'hospitalisation et également des encouragements à l'arrêt. Pensez dans ce cas aux interactions médicamenteuses pendant l'évaluation clinique et au moment des prescriptions.

>>>> Pour toute question concernant la pharmacologie de substances, médicamenteuses ou non, vous pouvez vous adresser au service de pharmacologie clinique du CHU de Nantes : 02.40.08.40.73 / 02.26.64.39.60

a) Patients présentant des troubles de la santé mentale

Le tabagisme et la dépendance nicotinique ont une haute prévalence chez les patients ayant un trouble psychique. Chez ces derniers, le sevrage de tabac entraîne plus de rechute et de dépression et le taux d'abstinence est plus bas. On utilise les mêmes stratégies de sevrage tabagique en insistant sur un soutien plus intensif, des stratégies de prévention de la rechute et des traitements pharmacologiques adaptés.

Le RESPADD propose dans son guide « Tabagisme et santé mentale : ce qu'il faut savoir, ce qu'il faut faire »²⁸, les actions à entreprendre à l'arrêt du tabac selon certains traitements en cours.

²⁸ <https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2021/11/BAT-Peau-guide-sante-mentale-reduit-.pdf>

b) Patients atteints de troubles anxieux ou dépressifs

Le traitement pharmacologique du sevrage tabagique est semblable avec ou sans dépression.

Les substituts nicotiques sont efficaces, indépendamment de la dépression et permettent de presque doubler le taux d'abstinence mais ils ne préviennent pas l'apparition d'une dépression lors du sevrage et n'améliorent pas la dépression durant le sevrage.

Une aide à l'arrêt du tabac chez les patients dépressifs nécessite de combiner le traitement standard de sevrage tabagique et le traitement psychothérapeutique et pharmacologique de la dépression.

On recommande d'accorder la priorité au traitement de la dépression puis de considérer l'arrêt du tabac après amélioration. Tout processus d'arrêt du tabac chez un patient avec antécédent dépressif nécessite d'être attentif à détecter et traiter une éventuelle dépression.

Chez les patients dépressifs, la motivation à l'arrêt du tabac est semblable à une population saine avec une distribution similaire des stades de changement qu'il y ait ou non une dépression et un bon taux d'acceptation d'un sevrage tabagique, surtout en cas de prise d'un antidépresseur²⁹.

L'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) permet d'évaluer l'anxiété et la dépression : préconisé en amont du sevrage. Elle est reproductible au cours du suivi et permet ainsi une surveillance de l'état anxio-dépressif du patient ([échelle HAD](#) en ligne sur le site SRAE addictologie).

Suivi et adaptation d'un traitement nicotique de substitution

Suivi du patient et durée du traitement

Il est recommandé un suivi hebdomadaire dans un premier temps, puis mensuel pendant les 3 à 6 mois suivants.

Des consultations par téléphone peuvent être nécessaires entre les consultations des premières semaines.

Il est recommandé de signaler sa disponibilité au patient en cas de besoin aussi bien pendant la période de sevrage qu'au-delà, pour prévenir les risques de rechute.

Source : [Haute Autorité de Santé, Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours, Octobre 2014 \(page 22\)](#)

La durée du traitement est en grande majorité de trois à six mois. Cependant il n'y a, en réalité, pas de durée standard et elle peut être prolongée autant que nécessaire. Il est indispensable de s'adapter à chaque personne.

²⁹ [Revue Médicale Suisse -N\) 210 juillet 2009- ARTICLES THÉMATIQUES : TABACOLOGIE Arrêt du tabac chez les patients avec un trouble psychiatrique : Jean Paul Humair](#)

Par ailleurs, la diminution de posologie doit être faite très progressivement, après l'arrêt total de consommation de tabac.

Une utilisation inappropriée des substituts nicotiques est la cause de beaucoup d'échecs : le fumeur peut avoir une tolérance majeure à la nicotine et nécessiter des posologies très importantes, supérieures à celles prévues et à celles indiquées dans les notices.

La rechute doit être dédramatisée, elle constitue une étape normale et souvent nécessaire dans l'apprentissage de la vie sans tabac. Il est important de valoriser les efforts réalisés et d'analyser les circonstances de la reprise du comportement.

La qualité et la fréquence du suivi améliorent les chances de réussite du sevrage. La périodicité est à définir avec le fumeur. De nombreux soutiens à l'arrêt du tabac seront proposés à la personne pour l'accompagner dans ce changement de comportement.

Symptômes du sous-dosage et de surdosage

Un dosage adéquat devrait permettre au patient d'avoir un certain confort, de se sentir relativement bien et n'éprouver que des états de manque occasionnels.

Il est nécessaire d'expliquer les mécanismes de la dépendance physique et d'éduquer le patient aux symptômes de sous dosage et sur dosage. Cela permet d'autonomiser le patient à l'adaptation des posologies et éviter la reprise de consommation.

L'éducation thérapeutique du patient fait partie intégrante de la prise en charge de l'arrêt de la consommation du tabac³⁰.

<p>Si le dosage est trop faible, le patient connaîtra certains malaises physiques liés au sevrage</p> <p>Les symptômes de sous dosage = symptômes de manque :</p> <p>Irritabilité, dysphorie, agitation, anxiété, insomnies, maux de tête, difficulté à se concentrer et fortes envies de fumer (craving).</p>	<p>Si, en revanche, le dosage est trop élevé, le patient éprouvera des désagréments :</p> <p>Les symptômes de surdosage nicotinique : Sécheresse buccale, nausées, étourdissements, crampes et palpitations...</p> <p>Ces symptômes inconfortables sont cependant sans gravité.</p>
<p>Augmenter la dose de nicotine à délivrer (patch ET +/- SNO)</p>	<p>Expliquer et diminuer la dose de nicotine délivrée (patch ou SNO)</p>

Sources :

- [HAS- Recommandation de bonne pratique mis en ligne le 17 nov 2014 ; Boite à outils de la recommandation](#)
- [Sevrage tabagique : des outils pour repérer et accompagner les patients ; ARTICLE HAS - Mis en ligne le 05 nov. 2018 - Mis à jour le 12 juin 2019](#)

³⁰ [Haute Autorité de Santé, Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours, Octobre 2014 \(page 31\)](#)

Règles générales de prescription³¹

La prescription de substituts nicotiniques bénéficie aux seuls patients dont l'IDE assure la prise en charge et uniquement pendant la durée de la prescription médicale d'actes infirmiers (sauf indication contraire du médecin).

Quels éléments doivent être mentionnés ?

L'ordonnance doit comporter les mentions suivantes de manière lisible :

- L'identification complète de l'IDE : nom, prénom, qualification, numéro d'identification (ordre ou répertoire Adeli) ;
- L'identifiant de la structure d'activité au titre de laquelle est établie l'ordonnance : numéro assurance maladie personnel si l'IDE exerce en cabinet libéral, ou numéro Finess de l'établissement si l'IDE exerce dans ce cadre ;
- L'identification du patient de l'IDE : nom, prénom ;
- La date de rédaction de l'ordonnance ;
- La dénomination du médicament, dosage, posologie, durée du traitement et nombre d'unités de conditionnement ;
- La signature de l'IDE.

Sur quel support rédiger la prescription ?

La prescription de substituts nicotiniques est rédigée sur une ordonnance libre, établie en double exemplaire. L'original est destiné au patient et le duplicata à sa caisse d'assurance maladie. L'ordonnance peut être manuscrite ou informatisée.

³¹ <https://www.ameli.fr/loire-atlantique/infirmier/exercice-liberal/prescription-prise-charge/regles-exercice-formalites/prise-en-charge-sevrage-tabagique?text=substituts%20nicotiniques>



PNEUMOLOGIE
 UNITE DE COORDINATION DE TABACOLOGIE
 CHU DE NANTES
 PROFESSEUR ANTOINE MAGNAN

**Modèle de prescription de substitut
 nicotinique oral utilisé par le service
 des consultations de tabacologie du
 CHU de Nantes**

Nantes, le

Fabienne You
 Coordinatrice
 Tabacologie

Dr. Marie Pierre Humeau
 Dr. Estelle Lavier
 Dr. Marie Françoise Péan
 Dr. Nicole Stenger
 Tabacologues

Dr Bernard Maire
 Acupuncteur

Christèle Desnos
 Nathalie Chevalier – Rouet
 Julie Graff-Guilton
 Psychologues cliniciennes

Geneviève Houssais
 Nicole Plantive
 Diététiciennes

Catherine Monard
 Sage-femme

Sylvie Grébaut
 Secrétaire

secrétariat :
 Rendez vous : 02 40 16 52 37
 Fax 02 40 16 57 95
 Email : tabacologie@chu-nantes.fr

NICOTINE comprimés dosage

1 boîte

A utiliser à la demande, **si besoin**, quand
 l'envie de fumer ne passe pas avec une
 réponse comportementale (ex. verre
 d'eau)

Laisser fondre contre la joue ou sous la
 langue, pendant 20 à 30 minutes

CHU de Nantes
 Unité de Coordination de Tabacologie
 Hôpital Guillaume et René Laënnec
 44093 Nantes Cedex 1
 Tél : 02 40 16 52 37



HOPITAL GUILLAUME ET RENE LAENNEC
 Boulevard Jacques Monod - St Herblain
 44093 Nantes Cedex 1



PNEUMOLOGIE
UNITE DE COORDINATION DE TABACOLOGIE
CHU DE NANTES
PROFESSEUR F.X.BLANC

Modèle de prescription de
substitut nicotinique
transdermique utilisé par le service
des consultations de tabacologie
du CHU de Nantes

Nantes, le

Fabienne You
Coordinatrice
Tabacologie

Dr. Marie Pierre Humeau
Dr. Estelle Lavier
Dr. Marie Françoise Féan
Dr. Nicole Stenger
Tabacologues

Dr Bernard Maire
Acupuncteur

Christèle Desnos
Nathalie Chevalier – Rouel
Psychologues cliniciennes

Geneviève Houssais
Nicole Plantive
Diététiciennes

Catherine Monard
Sage-femme tabacologue

Sylvie Grébaut
Secrétaire

secrétariat :
Rendez vous : 02 40 16 52.37
tabacologie@chu-nantes.fr

NICOTINE Patch **mg/** **h**

1 boîte de 28 jours

Poser un patch le matin sur une peau propre et sèche, en changeant de place à chaque application.

Le garder la nuit, sauf si cela entraîne des troubles du sommeil. Dans ce cas, enlever le patch au coucher et en poser un nouveau le matin.

CHU de NANTES
Unité de Tabacologie
Hôpital Guillaume et René Laënnec
Rue de l'Espérance
44093 Nantes Cedex 1 - France
Tél. 02 40 16 52 37



HOPITAL GUILLAUME ET RENE LAËNNEC
Boulevard Jacques Monod - St Herblain
44093 Nantes Cédex 1

Protocoles

Modèle de [fiche pratique](#) élaborée en collaboration avec groupe de travail formation et validé par le Comité Scientifique et Technique de la SRAE Addictologie des Pays de la Loire

SEVRAGE TABAGIQUE : REPÉRER ET PRESCRIRE LES TRAITEMENTS NICOTINIQUES DE SUBSTITUTION (TNS)

Tabac : 1ère cause de mortalité évitable en France - 75 000 morts/an¹

QUI PEUT REPÉRER ?

La HAS recommande qu'un repérage et une intervention brève soient menés par tous les professionnels de santé.² La loi du 26-01-2016 autorise en plus des médecins et des sage-femmes, la prescription des TNS par de nouveaux prescripteurs (médecins du travail, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes).³

POURQUOI REPÉRER ?

Permettre d'envisager la réduction ou l'arrêt confortable du tabac (il n'y a pas de contre-indication à fumer avec un patch) ; prévention de la rechute.

COMMENT REPÉRER ET ACCOMPAGNER ?

1) DEMANDER

La méthode AAT peut résumer cette intervention :⁴



Ask Demander à la personne si elle fume et si elle pense à arrêter de fumer

Advise Conseiller l'arrêt et remise d'une brochure d'information

Treat Prescrire des traitements nicotiniques de substitution



2) CONSEILLER

L'accompagnement par un professionnel **augmente les chances d'arrêt** par rapport à un fumeur qui arrête seul.

Une posture professionnelle non jugeante inspirée de l'entretien motivationnel **facilite le dialogue et favorise l'alliance thérapeutique.**



3) PRESCRIRE DES TRAITEMENTS NICOTINIQUES DE SUBSTITUTION

- **Traitements de première intention du sevrage tabagique**, la plupart sont pris en charge à 65% par la CPAM sur prescription sans avance de frais ni plafond annuel ;⁵
- Augmentent l'abstinence à **6 mois de 50 à 70%** ;²
- **Ces traitements ne présentent pas d'effet indésirable grave identifié.**²

3.1 EVALUER LA DÉPENDANCE PHYSIQUE (Test Fagerstöm simplifié)



Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	10 ou moins	0	21 à 30	2
	11 à 20	1	31 ou plus	3
Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre 1ère cigarette ?	moins de 5 minutes	3	31 à 60 minutes	1
	6 à 30 minutes	2	après plus d'1 heure	0
Interprétation selon les auteurs	0-1 : pas de dépendance		2-3 : dépendance modérée	
	recours aux TNS à discuter		4-5-6 : dépendance forte recours aux TNS recommandés	

Sources du document

1. Santé Publique France : Tabac en France : premières estimations régionales de mortalité attribuable au tabagisme en 2015 publié le 5 février 2021
2. Haute Autorité de Santé Recommandation de bonne pratique. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Mise à jour : octobre 2014
3. Article 134 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
4. AAT : Site du Gouvernement du Royaume-Uni: Guidance Smoking and tobacco: applying All Our Health Updated 5 April 2022
5. Site Assurance maladie -ameli.fr : Dossier Arrêt du tabac : Liste des substituts nicotiniques pris en charge par l'Assurance Maladie
6. Centre de référence sur les Agents Tératogènes Substituts nicotiniques -grossesse et allaitement Mise à jour le 6 janvier 2021

3.2 INITIER LE TRAITEMENT

Déterminer la posologie par deux questions :

1. Nombre de cigarettes fumées ? 2. Délai entre le réveil et son envie de fumer ?

Cig/jour		<10	11-20	21-30	>30
Posologie	Si délai < 1 heure	7mg ou 14mg/24H ou formes orales seules	14mg ou 21mg/24H	21mg+14mg/24H	21mg+21mg/24H
	Si délai > 1 heure	10mg/16H	15mg/16H	25mg/16H	25mg/16H
À chaque fois		+/- formes orales			

NB : cigarettes industrielles = +/- 1 mg de nicotine
cigarettes roulées/ tubées = +/- 2 à 4 mg
cigares/cigarillos = +/- 3 à 4 mg
cigarettes roulées/ tubées = +/- 2 à 4 mg
un joint de cannabis = +/- 5 à 6 mg

- Poser le(s) patch(s) le matin et changer chaque jour de site d'application.
- Proposer des formes orales en attendant l'effet du patch (environ 1 heure).
- Associer patches (libération continue de nicotine) et formes orales (libération rapide) pour une meilleure efficacité (Recommandations de la HAS).²

3.3 EVALUER LE TRAITEMENT = EVALUER LE CONFORT DU PATIENT

24 à 48H après le début du traitement et adaptation selon les signes repérés par le patient.

SOUS-DOSAGE (fréquent et cause de rechute)	SURDOSAGE (rare et sans gravité)
SYMPTÔMES	
Envie de fumer > 2 min (ou difficultés à réduire sa consommation), anxiété, irritabilité, fringales, troubles du sommeil et de la concentration, tristesse...	Céphalées, nausées, vertiges, impression d'avoir trop fumé, sécheresse buccale, palpitations...
CONDUITE À TENIR	
Augmenter la posologie (patch au dosage plus élevé et/ou cumul de patches) et encourager l'association avec des formes orales.	Réévaluer l'éventuelle consommation de tabac. Diminuer la posologie des patches.

BON À SAVOIR

-  **Durée du traitement**
Très variable, à adapter à chaque patient.
Réduction progressive, possible à partir de **3 semaines d'arrêt confortable**.
-  **Cas particuliers**
En cas de réduction récente : Substituer selon la consommation initiale (car phénomène de compensation).
Femmes enceintes : pas de contre-indication, les doses doivent souvent être augmentées au cours de la grossesse.
Comorbidités - Polyaddictions : avis spécialisé et /ou orientation.

-  **Autres traitements**
Varénicline et Bupropion : recommandés en seconde intention ; sur prescription médicale ; présentent certaines contre-indications.
-  **Vape (vaporisateur personnel)**
Peut être considérée comme outil d'aide à l'arrêt du tabac / à la réduction par les fumeurs.
Peut être associée au TNS.
De nombreuses études suggèrent qu'elle pourrait être moins nocive que les cigarettes combustibles.

RELAIS / SOUTIENS POSSIBLES

CSAPA

Centre hospitalier - ELSA

Groupe Facebook Je ne fume plus
Tabac Info Service (n° tél.3989)

Annuaire acteurs
Pays de la Loire



Novembre 2023

ACCOMPAGNER SON PATIENT DANS UN ARRÊT DU TABAC AVEC LES TSN

• La dose à proposer dépendra :

- > Du nombre de cigarettes fumées par jour
- > Du délai entre le réveil et la première cigarette

L'association de patch
+ formes orales est plus
efficace que le patch seul.

Fume	< 10 cig. / jour	11 - 20 cig. / jour	21 - 30 cig. / jour	> 30 cig. / jour
moins de 5' après le lever	Patch moyen + formes orales	Patch grand + formes orales	Patch grand patch moyen + formes orales	Patch grand + patch moyen + formes orales
moins de 30' après le lever	Patch moyen + formes orales	Patch grand ou moyen + formes orales	Patch grand + formes orales	Patch grand patch moyen + formes orales
30 à 60' après le lever	Formes orales	Patch grand ou moyen + formes orales	Patch grand + formes orales	Patch grand + formes orales
plus de 60' après le lever	rien ou formes orales	Patch moyen + formes orales	Patch grand + formes orales	Patch grand + formes orales

Patch grand = correspond aux formes 25mg/16h ou 21 mg/24h ou 15mg/16h

Patch moyen = correspond aux formes 14mg/24h ou 10mg/16h

Patch petit = correspond aux formes 7mg/24h

Cas particulier :

- Pour la femme enceinte, si le sevrage ne peut être réalisé sans substitution, il est recommandé d'utiliser les patchs sur 16 heures.
- En cas de réduction récente de la consommation : substituer en tenant compte de la consommation habituelle et non pas de la consommation réduite, en raison du phénomène de compensation.

Mémo à destination des patients « Arrêter ou diminuer le tabac confortablement »

Mémo réalisé par la SRAE Addictologie, composé de plusieurs fiches :

- L'essentiel à savoir sur les TNS ;
- Les contextes de prescription de TNS ;
- Les effets bénéfiques de l'arrêt du tabac sur le corps et la santé ;
- Trucs et astuces pour réduire les envies de fumer ;
- Fiches sur les formes galéniques

L'essentiel à savoir sur les Traitements Nicotiniques de Substitution (TNS)

POURQUOI ?

- Aide à l'arrêt du tabac
- Aide à la diminution de consommation de tabac

COMMENT ?

En remplaçant la nicotine contenue dans la cigarette responsable de la dépendance

POUR QUI ?

Pour les fumeurs dépendants à la nicotine

COÛT ?

La plupart des TNS sont pris en charge à 65% par la CPAM sur prescription sans avance de frais ni resté à charge

EN PRATIQUE

Les patchs =
diffusion lente et continue de nicotine par la peau.
3h minimum pour agir pleinement.

Les formes orales =
action rapide
quelques minutes pour agir.

Combinaison patch(s) et forme(s) orale(s)
renforce l'efficacité : permet d'ajuster la dose aux besoins journaliers du fumeur.
Après son application, le patch agit plus d'1 heure à agir, il faut prendre une forme orale en attendant son pleine efficacité.

AUCUNE CONTRE-INDICATION AU TRAITEMENT NICOTINIQUE DE SUBSTITUTION (Y COM VASCULAIRES ET GROSSESSE*) ; POSSIBILITÉ DE FUMER AVEC CES TRAITEMENTS.
* Mise en garde : quelques substituts nicotiniques oraux contiennent une faible quantité d'alcool suggère d'orienter les femmes enceintes ou les personnes en sevrage d'alcool vers des substituts sans alcool.

PRESCRIPTION INITIALE

1 cigarette industrielle fumée = 1 mg de nicotine prescrit

± 1 mg

Votre prescription dépend également :
 • du tabac que vous fumez (les besoins en substitution nicotinique peuvent être augmentés),
 • du nombre de cigarettes et de votre façon de fumer,
 • du délai entre votre réveil et l'envie de la 1ère cigarette.
 selon la situation, il vous a été prescrit des patchs sur 24h ou sur 16h.

BON DOSAGE = BON SEVRAGE

Votre confort s'évalue dans
 • l'absence d'envie de fumer
 • l'absence de symptômes de manque de nicotine plus importants que ceux du tabac.

Fiche Repère n° 21_1 | 2023

Les formes transdermiques : patchs

ESSENTIEL À SAVOIR

- Dosages existants :
 - 21 mg - 14 mg - 7 mg sur 24h **donc à conserver la nuit.**
 - 25 mg - 15 mg - 10 mg sur 16h.
- Dose moyenne journalière : personnalisée selon vos besoins.
- Mode d'action : **diffusion lente** de nicotine au travers de la peau ; **effet maximum au bout d'1h/h30.**

MODE D'EMPLOI

Appliquer au réveil sur peau propre, sèche, sans crème, sans lésion et à la pilosité rare : bras, épaule, hanche, omoplate, cuisse, haut de la cuisse.

De préférence après la douche, pour éviter qu'il ne se décolle. Il est possible de le coller sur une zone de peau qui a été lavée avec du savon doux. La transpiration peut décoller le patch. Si besoin mettre un sparadrap.

Changer chaque jour l'emplacement du patch pour diminuer le risque de dermatite.

Bien nettoyer la peau après le retrait du patch afin de retirer les résidus de nicotine (avec une crème).

En cas de réaction allergique cutanée : il est possible de changer de patch. Parlez à votre prescripteur et/ou pharmacien. Il est aussi possible d'appliquer un patch sur une zone de peau plus épaisse.

Si des troubles du sommeil persistent avec les patchs sur 24h éteindre le patch au réveil et appliquer un nouveau patch dès le réveil.

N'hésitez pas à prendre une forme orale en attendant que le patch ait fait son effet.

Attention : l'association des patchs et des formes orales est plus efficace que les substituts oraux seuls !
L'arrêt du traitement se fait progressivement, par paliers et uniquement après consommation de tabac depuis plusieurs semaines.

Fiche Repère n° 21_6 | 2023

Les formes orales : Les gommes

Quelle que soit la forme choisie, leur efficacité est identique

ESSENTIEL À SAVOIR

- Dosages existants : 2 mg et 4 mg.
- Selon les marques, certains anaromes peuvent contenir des traces d'alcool** (0,009 mg à 0,616 mg d'alcool par gomme).
- Dose moyenne journalière : **8 à 12 gommes/jour** (s'il vous est difficile de ne pas dépasser cette dose journalière, revoir la dose du/des patche).
- Ne pas dépasser **30 gommes/jour**.
- Mode d'action : apport de la nicotine dans le sang, par l'intermédiaire de la muqueuse buccale, **l'effet se fait sentir progressivement au bout de 30 minutes en moyenne.**

Attention :

- A prendre en cas de signes de manque (envie très forte de fumer) ou sous-dosage.
- Éviter de boire du café ou du jus de fruits (acide) avant et pendant la prise des gommes, car ces boissons diminuent leur efficacité.
- A prendre en prévision d'une situation à "risque" d'envie de fumer (situations stressantes, lieu non fumeur...).

MODE D'EMPLOI

Ce ne sont pas des chewing-gums !

- Mâcher la gomme très lentement jusqu'à l'apparition d'un goût prononcé.
- Placer la gomme entre la joue et la gencive pendant quelques minutes.
- Quand le goût s'estompe reprendre les mastications.
- Alterner pauses et mastications.

Au-delà de 30 minutes environ, la gomme ne délivre plus de nicotine.

Une mastication trop intense peut entraîner une libération trop rapide de la nicotine et provoquer des sensations de brûlures gastriques et des hoquets.
Les gommes sont contre-indiquées en cas de port d'appareil dentaire ou de lésions dans la bouche.

Fiche Repère n° 21_7 | 2023

Cas pratiques

Cas n°1

M. A 52 ans fume depuis l'âge de 16 ans ;
Fume environ 25 cigarettes manufacturées/jour ;
Fume le matin au réveil ;
Souhaite un sevrage complet dès le lendemain.

Qu'allez-vous lui prescrire comme SN pour un sevrage complet ?

Proposition :

Test de Fagerström simplifié = 5

Patch 21 mg / 24h + 7 mg / 24h minimum car M. fume depuis longtemps et environ 25cig / jour : à préciser !

+ cp dosage 1,5 mg minimum ou 2 mg (gomme de 4 mg par ex)

Partir de ses connaissances sur la dépendance physique et ajuster si besoin avec son accord en informant notamment sur les symptômes de sevrage, sur et sous dosage de façon à autonomiser le patient

Surveiller symptômes de sevrage car si présents M. A aura peut-être besoin d'un patch 21 mg / 24h + 14 mg / 24h

Expliquer les modalités d'usage de SN oraux en fonction de son choix et ses connaissances et des SN transdermiques (conseils d'application, effet indésirables, précautions...)

Cas n°2

Mme C 38 ans fume depuis l'âge de 25 ans :
Se décrit comme « petite fumeuse » ...
Depuis de nombreuses années fume deux cigarettes par jour :
Une après le déjeuner et une après le dîner
Lors de repas exceptionnels, peut-être 3 à 5 !

Vous demande de l'aide à arrêter complètement et aimerait utiliser un patch

Qu'allez-vous lui conseiller ?

Les SN de forme orale seront recommandés dans ce cas (dosage < 2 mg sera probablement suffisant)
Explorer ses connaissances et avec sa permission expliquer les dépendances (test de Fagerström = 0)
Lui proposer d'effectuer le test de Horn qui serait plus adapté pour mettre en valeur les dépendances au tabac

Expliquer les modalités d'usage de SN oraux en fonction de son choix et ses connaissances

Cas n°3

M. D 55 ans fume depuis ses 14 ans

Fumait des cigarettes quotidiennement, environ 15/jour, depuis ses 18 ans.

Souhaite un arrêt complet dès la semaine prochaine à l'aide de patchs qu'il a déjà utilisé il y a un peu plus de dix ans. Mentionne qu'ils « fonctionnaient bien ». Il a repris à fumer après une annonce de licenciement économique et depuis 10 ans fume 4 cigarillos/jour. Il fume le premier en milieu de matinée.

Qu'allez-vous lui proposer ?

Test de Fagerström = 1 (équivalent nombre de cigarettes plutôt 12 à 16) = Attention !

1 cigarillo = 3 à 4 cigarettes industrielles (ces chiffres se basent sur des expériences professionnelles)

Patch 10 mg / 16h (n'a pas envie de fumer dans l'heure qui suit le réveil) + SNO forts dosages (plutôt 2 mg si cp et gommes 4 mg) si envies de fumer à certains moments ou augmenter à 15 mg /16h si peu de SNO et signes de sous dosage.

Revoir s'il a des connaissances / aux formes orales (il connaît déjà le patch) et ajuster si besoin avec sa permission ;

Si on utilise un patch / 24h il pourra l'ôter la nuit car pas d'envie avant le milieu de la matinée.

Débuter par 14 mg/24h REEVALUER RAPIDEMENT.

Exemple de quiz

À partir de quel âge peut-on utiliser des substituts nicotiniques ?

On peut utiliser certains substituts nicotiniques à partir de l'âge de 12 ans ; c'est le cas de certains comprimés sublinguaux. La plupart des substituts nicotiniques peuvent être utilisés à partir de l'âge de 15 ans.

Est-il dangereux de fumer une cigarette avec un patch ?

Fumer une cigarette avec un patch est possible et n'est pas dangereux.

- Cela peut signifier que le dosage de nicotine prescrit est insuffisant, le traitement sera à réévaluer.
- Il s'agit peut-être d'un autre aspect de la dépendance qui doit être pris en compte (psychologique, comportemental...)
- Cela peut être prévu dans le cadre d'un objectif de réduction de consommation.

Comment déceler et corriger un surdosage ?

Les signes de surdosage sont rares et faciles à reconnaître : céphalées, palpitations, nausées, troubles du sommeil, excitation, vertiges, impression d'avoir trop fumé Il suffit de décoller le patch pendant quelques heures ou d'espacer la prise de substituts nicotiniques oraux pour diminuer le taux de nicotine et que tout rentre dans l'ordre rapidement.

Y a-t-il des contre-indications à l'utilisation des substituts nicotiniques ?

Il n'y a pas de contre-indication à l'utilisation des substituts nicotiniques chez les fumeurs dépendants qui souhaitent arrêter de fumer.

Faut-il garder le patch la nuit ?

Si le patient pense à sa 1ère cigarette peu de temps (moins d'une heure) après le réveil, c'est qu'il est très dépendant à la nicotine. Lui conseiller alors de conserver le patch la nuit.

Quelle est l'utilité de mettre un patch si on continue de fumer ?

Cela permet d'éviter le manque lorsque la personne réduit sa consommation de tabac. : En effet le patch permet une diffusion lente de la nicotine (pénétration de celle-ci par d'autres voies qu'inhalée n'entraînant pas de dépendance : Pas d'apport rapide et intense comme avec la nicotine fumée (7 secondes pour arriver au cerveau). Cela permet aussi par un phénomène d'auto-titration de moins "tirer" sur ses cigarettes pour obtenir sa dose de nicotine (réduction des risques).

QUIZ : VRAI / FAUX

- ✓ **Les symptômes de sevrage peuvent être plus sévères chez les patients atteints de troubles psychiatriques**

VRAI : La prévalence du tabagisme est plus élevée dans certains troubles psychiatriques et le taux de tabagisme augmente avec la sévérité de la pathologie. Les personnes atteintes de troubles psychiatriques fument significativement plus, présentent un degré de dépendance accru et sont ainsi davantage exposées aux risques et dommages associés au tabagisme.

- ✓ **La dépendance physique s'évalue grâce au test de Horn**

FAUX : Ce test permet de déterminer les différents facteurs qui poussent une personne à fumer. On évoque trois dépendances dans le tabagisme : physique - psychologique et comportementale. La dépendance physique s'évalue le plus souvent par le test de Fagerström.

- ✓ **Il est déconseillé de fumer avec un patch**

FAUX : En cas de surdosage de nicotine, des SIGNES SANS GRAVITE peuvent survenir tels que : palpitations, céphalées, sécheresse buccale, troubles du sommeil, nausées.

- Le fumeur va moins inhaler la fumée, en effectuant automatiquement une titration de sa nicotine...
- Expérimenter la possibilité de gérer sa consommation, donc d'encourager à continuer une expérience positive, augmenter la confiance en sa capacité de changer !

- ✓ **Le fumeur élimine plus rapidement la caféine ?**

VRAI : Des composants de la fumée du tabac augmentent le métabolisme de la caféine. De ce fait, on conseille de réduire sa consommation de café au moment de l'arrêt du tabac pour éviter les signes de surdosage en caféine telles que les palpitations.

De même, il existe des interactions entre la fumée du tabac et certains traitements tels que les bêta bloquants, des anti arythmiques, l'héparine, l'insuline et des antipsychotiques.

Annexes

Fiches épidémiologie

EPIDÉMIO

TABAC

LES CONSÉQUENCES SANITAIRES ET SOCIALES



1^{ère} cause de mortalité évitable en France

Plus de 75 000 décès attribuables au tabac en 2015...¹

55 420 hommes (74 %) 19 900 femmes (26 %)

...Soit 13 % de l'ensemble des décès



1^{er} facteur de risque évitable de cancer

- Sur les 75 000 décès attribuables au tabagisme : 52 % dus à des cancers²
- 88 % des cancers du poumon chez l'homme (↘) et 65 % chez la femme (↗) attribuables au tabac³
- Le tabac est impliqué dans le développement de 17 localisations différentes de cancers²



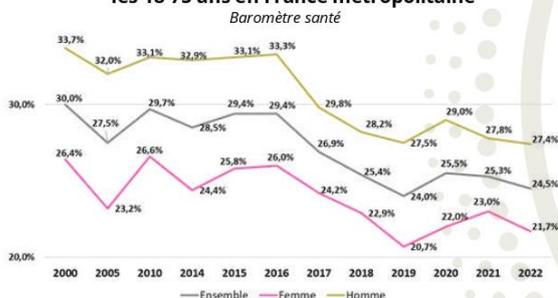
En moyenne, 1 fumeur régulier sur 2 meurt de son tabagisme



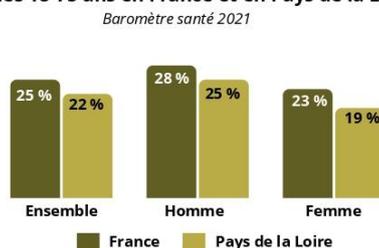
156 milliards d'euros Coût social⁴

LES USAGES EN FRANCE ET EN PAYS DE LA LOIRE

Prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe parmi les 18-75 ans en France métropolitaine⁵



Consommation quotidienne parmi les 18-75 ans en France et en Pays de la Loire⁶



En Pays de la Loire, une **proportion de fumeurs quotidiens inférieure à la moyenne nationale**. Un écart entre les deux sexes, mais qui se réduit.

600 000 fumeurs quotidiens en région Pays de la Loire

Le tabac, un facteur d'inégalités sociales en Pays de la Loire⁶

Baromètre santé 2021

32 % personnes avec les revenus les plus faibles

13 % personnes avec les revenus les plus élevés

35 % Ouvriers

13 % Cadres ou professions intellectuelles supérieures



Comme au niveau national, un **tabagisme quotidien** nettement plus fréquent **parmi les personnes avec des revenus modestes, et les ouvriers**.

*Coût social = coût externe (valeur des vies humaines perdues, perte de la qualité de vie, pertes de production) + coût finances publiques (dépenses de prévention, répression et soins, économie de retraites des taxes prélevées sur l'alcool et le tabac)



Fiche Repère n°6 actualisation mai 2024



Remerciements pour leur contribution et relecture aux membres des groupes de travail régionaux, du Comité Scientifique et Technique et l'ORS des Pays de la Loire.

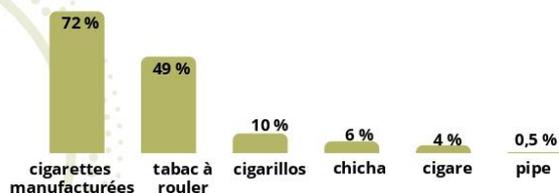
EPIDÉMIO



TABAC

FOCUS SUR LE TABAC A ROULER

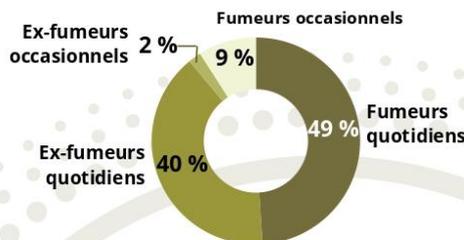
Type de tabac fumé par les fumeurs quotidiens en Pays de la Loire ⁶



Une consommation du tabac à rouler **plus fréquente dans la région** (49%) qu'au plan national (41%).

FOCUS SUR LA CIGARETTE ELECTRONIQUE

Profil des vapoteurs en Pays de la Loire ⁶



Comme en France, les utilisateurs quotidiens de cigarette électronique sont dans la région très majoritairement des fumeurs ou ex-fumeurs quotidiens de tabac.

En Pays de la Loire, une proportion de vapoteurs quotidiens (6 %) proche de la moyenne nationale (5 %)

LA PERCEPTION DES RISQUES DE CANCER ⁷

Une bonne perception globale des risques, mais des écarts entre les connaissances scientifiques et les connaissances de la population générale :

8/10

déclarent que **fumer du tabac provoque certainement l'apparition d'un cancer**

6/10

pensent que le **nombre de cigarettes consommées par jour est plus dangereux que la durée du tabagisme**, alors que **l'exposition prolongée dans le temps** aux substances cancérigènes est nettement plus toxique

5/10

pensent que « **faire du sport permet de se nettoyer les poumons du tabac** »

L'ARRÊT DU TABAC ET RÔLE DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ

En Pays de la Loire, parmi les fumeurs quotidiens ⁶ :

60 %

déclarent avoir envie d'arrêter

30 %

ont le projet d'arrêter dans les six prochains mois



En 2021 en France, pour plus de **trois quarts des fumeurs**, le sujet du tabac **n'a pas été abordé avec un professionnel de santé** au cours des 12 derniers mois. ⁷

Un conseil d'arrêt du tabac par un professionnel de santé augmente les taux d'arrêt du tabac à six mois de l'ordre de 70 %

¹ Santé Publique France - Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme en France de 2000 à 2015, BEH 15, mai 2019

² INCA - Le tabac, premier facteur de risque évitable de cancers - mise à jour mars 2023

³ Centre international de recherche sur le cancer. Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine, 2018

⁴ OFDT - Le coût social des drogues : estimation en France en 2019, juillet 2023

⁵ Santé Publique France - Prévalence du tabagisme et du vapotage en France métropolitaine en 2022 parmi les 18-75 ans, BEH 9-10, mai 2023

⁶ Observatoire Régional de Santé Pays de la Loire - Tabac et cigarette électronique en Pays de la Loire, résultats du Baromètre de Santé Publique France 2021 #2, février 2024

⁷ INCA - Baromètre Cancer 2021, attitudes et comportements des Français face au cancer, janvier 2023



Fiche Repère n°6
actualisation mai 2024



Remerciements pour leur contribution et relecture aux membres des groupes de travail régionaux, du Comité Scientifique et Technique et l'ORS des Pays de la Loire.

EPIDÉMIO JEUNES



TABAC - E-CIGARETTE

LES USAGES EN EUROPE ¹

Des consommations en diminution

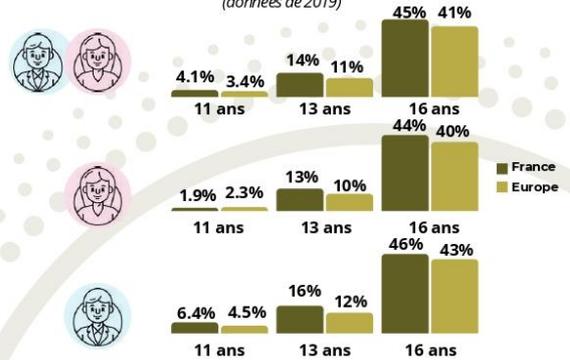
Huit pays, dont la France, présentent une baisse de plus de 20 points sur 20 ans

Tabagisme quotidien à 16 ans en Europe :

31 %  **12 %**
1999 2019

En France, comme en Europe, une expérimentation tabagique s'accroît au fil de l'adolescence

(données de 2019)



Des niveaux d'expérimentation des adolescents français dans la moyenne européenne. Une entrée dans le tabagisme plus tardive pour les filles ; un usage quotidien rejoignant celui des garçons à l'âge de 16 ans.

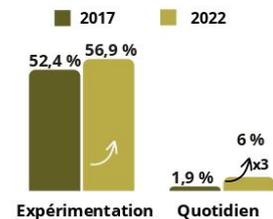
LES USAGES EN FRANCE ET EN PAYS DE LA LOIRE

15 ans âge moyen de la 1ère cigarette en France ²

Usages du tabac à 17 ans en 2022 ³



Usages de la e-cigarette à 17 ans en 2022 ²



Chez les jeunes ligériens :

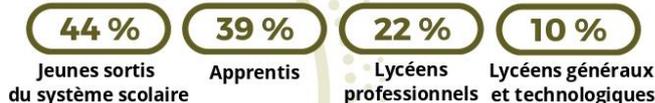
- Des niveaux d'expérimentation supérieurs à la moyenne nationale
- Des niveaux d'usage quotidien supérieurs à la moyenne nationale

Nette augmentation de l'usage de la e-cigarette entre 2017 et 2022



Des inégalités sociales de santé dès l'adolescence en France en 2022 ⁴ :

Tabagisme quotidien à 17 ans



L'interdiction de vente de tabac aux mineurs : une mesure largement inappliquée ⁵

64 % des buralistes vendent du tabac aux mineurs de 17 ans en 2021 (sur un échantillon de 403 débits de tabac), ce pourcentage augmente à **77 %** pour les villes de plus de 15 000 habitants.

¹ OFDT - 20 ans d'évolutions des usages de drogues en Europe à l'adolescence - février 2021

² OFDT - Tendances - Les drogues à 17 ans, analyse de l'enquête ESCAPAD 2022 - Mars 2023

³ OFDT - Les drogues à 17 ans - analyses régionales - enquête ESCAPAD 2022 - février 2024

⁴ OFDT - Tabagisme et arrêt du tabac en 2022 - mai 2023

⁵ Visites mystères du 02/11/2021 au 21/11/2021 menées par le CNET



Fiche Repère n°12 actualisation mai 2024



Remerciements pour leur contribution et relecture aux membres des groupes de travail régionaux, du Comité Scientifique et Technique et l'ORS des Pays de la Loire.

EPIDÉMIO PÉRINATALITÉ



TABAC

LES CONSÉQUENCES SANITAIRES ET SOCIALES



Reproduction et fertilité¹

- Relation dose effet sur la reproduction et la fertilité et réversibilité à l'arrêt du tabac
- Augmentation du risque d'arrêt de grossesse précoce (20 à 80 % supérieur au taux attendu en population générale)
- Augmentation du risque de grossesse extra-utérine



Effets à distance²

- Le tabagisme maternel est associé à un risque 3 à 4 fois plus élevé de mort inattendue du nourrisson.



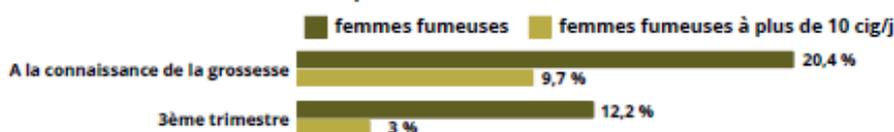
Grossesse et développement²

- Augmentation du risque d'hématome retroplacentaire, de placenta praevia, de mort foetale in utero
- Risque de prématurité*
- Poids de naissance plus faible, en moyenne 200g de moins, des enfants nés de mères fumeuses de tabac que ceux nés de mères non-fumeuses*
- Augmentation du risque d'accouchement par césarienne pour les femmes fumant plus de 10 cig/j

*risque avec dose-effet, diminue si arrêt tabac en début de grossesse

LES USAGES EN FRANCE ET EN PAYS DE LA LOIRE³

Proportion des femmes fumeuses en France en 2021




En Pays de la Loire :
9,6 % des femmes fumaient
au 3ème trimestre de la
grossesse



Un tabagisme pendant la grossesse marqué par les inégalités sociales de santé

Les femmes qui continuent de fumer pendant la grossesse sont le plus souvent moins diplômées, seules, sans activité.

Le tabagisme durant l'allaitement semble plus important chez les femmes de moins de 25 ans, sans emploi, ou ayant un diplôme inférieur au baccalauréat.



En France, 80 % des femmes sevrées du tabac pendant la grossesse reprendraient dans l'année qui suit leur accouchement, dont 30 % dans le mois qui suit.



Facteurs associés à la rechute :

- avoir un entourage fumeur au domicile,
- avoir des scores de dépression plus élevés,
- avoir des préoccupations plus importantes au sujet de son poids de post partum⁴

PERCEPTION, PREVENTION ET REDUCTION DES RISQUES



Les sentiments de honte et de culpabilité vécus par les futures mères fumeuses, peuvent conduire à des stratégies de dissimulation de leur consommation. Elles racontent leur difficulté à mettre en œuvre un sevrage total face à une injonction d'arrêt du corps médical et de leur entourage. Certaines femmes évoquent le souhait d'un suivi tabacologique plus resserré.⁵

La grossesse est un moment privilégié qui donne l'opportunité des changements de comportement.

La question de la consommation de tabac par les professionnels pendant le suivi de la grossesse a été posée à 91,9 % des femmes. A 7 % des femmes il a été prodigué des conseils pour arrêter de fumer et à 7 % des conseils pour diminuer.³

¹ Rapport dijonais et recommandations ONDGE-SIT sur la prise en charge du tabagisme en cours de grossesse 2020

² Centre de Référence des Agences Régionales, Tabac et grossesse, 2024

³ INCFEM, Santé Publique France, Enquête nationale périnatale, rapport 2021

⁴ Haute Autorité de Santé, Arrêt de la consommation de tabac : du diagnostic individuel au maintien de l'abstinence en premier recours, argumentaire scientifique, 2014

⁵ ODT, Carnières tabaciques et expériences d'arrêt du tabac, mars 2024



Fiche Repère n°9
actualisation décembre 2024



Remerciements pour leur contribution et lecture aux membres des groupes de travail régionaux, du Comité Scientifique et Technique, du Réseau Sécurité Naissance et l'ORS des Pays de la Loire.

Références et articles de recherche

Addictions

- [Ameli.fr, Addiction : définition et facteurs favorisants, 26 février 2025](#)
- [The Conversation, Les addictions : à quoi sont-elles dues, comment les repérer ? publié le 27 octobre 2021](#)

Tabac

- [RESPADD, Premiers gestes en tabacologie, livret d'aide à la pratique pour les professionnels de santé, 2018](#)
- [Collège de la Médecine Générale, Fiche pratique Accompagnement des médecins généralistes dans le sevrage tabagique, actualisation 2018](#)
- [Boite à outils je me forme MOIS Sans Tabac](#)

Substituts nicotiques

- [ORS Pays de la Loire, Tabagisme et traitements nicotiques de substitution \(TNS\) en Pays de la Loire. Chiffres-clés, Octobre 2024](#)
- [Fédération française de cardiologie – les aides à l'arrêt du tabac publié le 27 octobre 2016 modifié le 21 mai 2021](#)
- [Mémo substituts nicotiques ARS Bretagne, 2021](#)
- [Différentes doses, durées et modes d'administration de substituts nicotiques pour le sevrage tabagique- Cochrane Database of Systematic Reviews – Intervention-Nicola LindsonSamantha C ChepkinWeiyu YeThomas R FanshaweChris BullenJamie Hartmann-BoyceAuthors'-Version published : 18 April 2019](#)
- [Thérapie de substitution nicotique par rapport au contrôle du sevrage tabagique. Cochrane Database of Systematic reviews -Jamie Hartmann-BoyceSamantha C ChepkinWeiyu YeChris BullenTim Lancaster- Traduction publiée le 31 may 2018](#)
- [Effets des traitements nicotiques de substitution – HAS/ service des bonnes pratiques professionnelles/ octobre 2014. Revue systématique de la littérature/ méta-analyse ; tableau 19 p 106- 115.](#)
- [Effets indésirables des TNS - HAS/ service des bonnes pratiques professionnelles/ octobre 2014. P119-120 Tableau 22. Effets indésirables des traitements nicotiques de substitution pour le sevrage tabagique. Revues systématiques de la littérature / méta-analyse P121-p124](#)

MOOC / FORMATION

- SFT propose des cours en ligne entièrement gratuits : 2 plateformes : « Tabac : Arrêtez comme vous voulez » : ouverture des sessions à surveiller <https://www.fun-mooc.fr/fr/cours/tabac-arretez-comme-vous-voulez/>
<https://www.pns-mooc.com/fr/mooc/18/presentation>
- Tutoriel « aide au sevrage tabagique » du Mois sans tabac ADDICTOS. Coreadd Nouvelle Aquitaine
- L'Université de Lorraine, en collaboration avec les experts de Grand Est, propose une formation gratuite, à distance, d'une durée totale d'environ 3h, pouvant être arrêtée et reprise à tout moment : <https://sevrage-tabagique.univ-lorraine.fr/login/>



Pour plus de détails sur le contenu de ce guide,
merci de contacter :

formation@srae-addicto-pdl.fr



Travaux coordonnés par la SRAE Addictologie dans le cadre du PRLT piloté par ARS Pdl
Mise à jour Juin 2025



SRAE ADDICTOLOGIE DES PAYS DE LA LOIRE

Téléphone : 02 40 41 17 36 / Mail : <mailto:contact@srae-addicto-pdl.fr>

 srae-addicto-pdl.fr

La SRAE Addictologie contribue à l'amélioration de la fluidité des parcours de prévention, de soins et d'accompagnement des patients et usagers par le soutien des acteurs de l'addictologie et de leurs partenaires.

