

République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de la Santé

Direction Générale de la Prévention

et de la Promotion de la Santé

GUIDE D'AIDE AU SEVRAGE

TABAGIQUE



**Organisation
mondiale de la Santé**
Algérie

GUIDE D'AIDE AU SEVRAGE

TABAGIQUE

L'organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé tient à remercier l'ensemble des partenaires nationaux et internationaux pour leur engagement dans le cadre de l'élaboration du présent guide d'aide au sevrage tabagique.

HOMMAGES

Au Dr TAFAT Bouzid Abdelkrim

En Hommage à notre regretté TAFAT Bouzid Abdelkrim, membre du comité des experts chargé de la lutte anti-tabac, décédé le 24 décembre 2018, à la suite d'une longue maladie.

Il était membre du comité des experts chargé de la lutte anti-tabac, il était très engagé dans cette activité, sa participation aux travaux du comité a toujours été constante depuis 2007, toujours volontaire dans les actions de promotion de la santé. Il a ainsi organisé la célébration nationale de la journée mondiale de lutte contre le tabac à deux reprises dans la wilaya de Boumerdes où il exerçait et était apprécié de tous. Il était le médecin consciencieux, le militant dévoué, le citoyen humble et serviable et l'ami fidèle.

Au Pr Faouzia BELATECHE

En hommage à notre regrettée Faouzia BELATECHE, décédée le 30 mars 2022.

Elle a fait partie de la première promotion d'épidémiologistes algériens avec le Dr Abdelkrim OUCHFOUN (Allah yerrahmou) et le Dr Djelloul NACEUR.

Elle a occupé le poste de Directrice à la direction de la prévention du Ministère de la santé de la Population et de la Réforme Hospitalière pendant trois années de 2004 à 2007, ce qui lui a donné l'occasion d'entreprendre un travail de fond sur le terrain en collaboration avec les experts de différentes spécialités ; dans ce contexte, la lutte anti-tabac lui tenait à cœur.

Elle avait un sens aigu du travail bien fait et une conscience professionnelle des plus profondes. Elle était perfectionniste et éthique dans tout ce qu'elle entreprenait. Elle était d'une honnêteté intellectuelle, scientifique et professionnelle exemplaires. Elle avait fait abnégation de sa vie pour la santé publique algérienne. Les générations d'épidémiologistes qu'elle a formés ne l'oublieront jamais.

Ont élaboré ce guide :

Au titre du Ministère de la Santé

- Dr Djamel FOURAR, Directeur Général de la Prévention et de la Promotion de la Santé
- Pr Youcef TARFANI, Directeur du programme de lutte contre les Maladies Non Transmissibles

Au titre des membres du comité des experts chargés de la lutte contre le tabagisme

- Pr Rosa BELKAID, Épidémiologiste, CHU Issad Hassani Beni Messous-Alger
- Pr Belkacem CHAFI, Gyneco-obstetrique, CHU-Oran
- Pr Mohamed Tayeb CHENTIR, Cardiologue, CHU Mustapha Bacha -Alger
- Pr Aziza FISSAH, Pneumologue, CHU Lamine Debaghine Bab El Oued-Alger
- Pr Houria HAOUICHET, Pneumologue libérale-Alger
- Pr Ali SAHEB, Otho-Rhino-Laryngologiste, CHU Mohamed Nedir-Tizi-Ouzou
- Dr Samira TOUAMI, Épidémiologiste, Institut National de Santé Publique-Alger

Au titre des personnes ressources et membres du comité de rédaction

- Dr Kamel AIT- OUBELI, Épidémiologiste, Ministère de la Santé-Alger
- Pr Omar CHABATI, Pneumologue, CHU Issad Hassani Beni Messous-Alger
- Pr Mohamed CHAKALI, Psychiatre, Ministère de la Santé-Alger
- Dr Ramdane CHOUIKRAT, Épidémiologiste, EPH Boufarik-Blida
- Pr Hassen MESSAOUDI, Médecin Interniste, EPH Rouïba-Alger
- Dr Amel Leila REBOUH, Épidémiologiste, CHU Issad Hassani Beni Messous-Alger
- Dr Abdelkarim SAADI, Pneumologue, Pneumologue CHU Lamine Debaghine Bab El Oued-Alger

Au titre du comité de lecture

- Pr Mostefa MOUBRI, Pédiatre.

Au titre de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), Bureau Algérie

- Mme Leila CHIBOUT, Administrateur Chargé de la communication
- Dr Lylia OUBRAHAM, Administrateur de programme de lutte contre les Maladies Non Transmissibles.

PRÉFACE

La consommation de tabac ne constitue pas seulement une addiction mais aussi un danger mortel pour lequel il est possible d'aider les fumeurs à y échapper. Notre but est, par conséquent, d'établir une cohérence élargie, tant au niveau des activités de prévention du tabagisme qu'au niveau de la promotion des politiques de lutte contre le tabac. Tous les professionnels de santé doivent comprendre que la consommation de tabac définit, en soi, un problème de santé, une addiction répertoriée dans la Classification Internationale des Maladies, (CIM-10) et non pas une habitude, un plaisir ou un choix de vie. Les interventions visant l'arrêt du tabac ont un grand impact à moyen terme sur la morbidité et la mortalité et doivent, à cet égard, être encouragées.

L'Algérie s'est engagée, en ratifiant la CCLAT en juin 2006, à appliquer toutes les mesures nécessaires pour réduire la prévalence du tabagisme dans la population et ses conséquences sanitaires et économiques. Une des particularités du programme de lutte antitabac est son caractère multisectoriel, impliquant l'intervention de nombreux secteurs du gouvernement mais aussi de la société civile. Concernant l'aide à l'arrêt du tabac, l'article 14 de la CCLAT stipule que « chaque Partie élabore et diffuse des directives appropriées, globales et intégrées fondées sur des données scientifiques et sur les meilleures pratiques, en tenant compte du contexte et des priorités nationales et prend des mesures efficaces pour promouvoir le sevrage tabagique et le traitement de la dépendance à l'égard du tabac ». Et à cette fin « ...Chaque Partie s'efforce de concevoir et de mettre en œuvre des programmes efficaces visant à promouvoir le sevrage tabagique ... » et de faciliter l'accès à un traitement de la dépendance à l'égard du tabac à un coût abordable, y compris aux produits pharmaceutiques. Le présent guide d'aide au sevrage tabagique est l'une des actions inscrites dans le cadre de la stratégie nationale d'aide au sevrage tabagique élaborée par le ministère de la santé en 2017. La lutte antitabac représente le premier axe du plan national cancer 2015-2019 et le troisième axe du plan stratégique national multisectoriel de lutte contre les facteurs de risque des Maladies Non Transmissibles 2015-2019.

Conçu comme un document pratique, ce guide propose une approche qui traite de problèmes concrets liés au tabagisme et donne des directives et des outils utiles d'aide au sevrage tabagique.

Les outils proposés dans ce guide seront utiles aux professionnels de la santé pour intégrer la consultation d'aide au sevrage tabagique dans les soins de santé primaires et d'accompagner les fumeurs à abandonner leur addiction tabagique.

Son processus d'élaboration, qui s'est déroulé en plusieurs étapes, a tenu à privilégier la concertation et le consensus entre tous les acteurs impliqués dans la lutte anti-tabac.

Ce guide qui s'adresse aux adultes de 18 ans et plus (inclues les femmes enceintes) s'appuie sur les données scientifiques les plus récentes. Il comprend quatre axes :

Le premier axe concerne la dépendance au tabagisme, la deuxième traite des bénéfices de l'arrêt du tabac, le troisième a trait aux modalités de prise en charge des fumeurs et la quatrième porte sur les cas particuliers d'aide au sevrage tabagique.

Je salue la mobilisation des membres du comité national des experts chargés de la lutte antitabac et l'appui de l'OMS qui a mené à bien ce travail.

Le Ministre de la santé
Abdelhak SAIHI

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

HOMMAGES

PRÉFACE

SOMMAIRE

LISTE DES ABRÉVIATIONS

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES ANNEXES

1- INTRODUCTION	18
1.1 Aide au sevrage tabagique	19
1.2 Impact du tabagisme	20
1.3 Rôle des professionnels de santé dans la lutte anti-tabac	21
2- DEPENDANCE AU TABAC	22
2.1 Dépendance physique	23
2.2 Dépendance comportementale	23
2.3 Dépendance psychologique	23
2.4 Tabagisme et dépression	24
3- BENEFICES DU SEVRAGE TABAGIQUE	26
4- HIERARCHISATION DE LA PRISE EN CHARGE	28
4.1 Consultation de premier niveau	29
4.2 Consultation de deuxième niveau	31
4.2.1 Consultation d'accueil	31
4.2.2 Session collective ou réunion de groupe (Séance d'alliance thérapeutique)	31
4.2.3 Consultation individuelle de prise en charge	32
4.2.3.1 Interroger	32
4.2.3.2 Conseiller	32
4.2.3.3 Evaluer	33
4.2.3.4 Aider	37
4.2.3.5 Indications des traitements pharmacologiques et non Pharmacologiques	44
4.2.3.6 Suivi	45
4.3 Consultation de troisième niveau – Cas Particuliers	48
4.3.1 Aide au sevrage tabagique chez le couple	48

SOMMAIRE

4.3.2 Aide au sevrage tabagique chez les patients avec cardiopathies	49
4.3.3 Aide au sevrage tabagique chez les fumeurs atteints d'une affection mentale	50
4.3.4 Aide au sevrage tabagique chez un patient atteint de Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO)	51
4.3.5 Aide au sevrage tabagique chez un patient d'un cancer	51
4.3.6 Aide au sevrage tabagique chez un patient hospitalisé ou en préparation pour une chirurgie	52

5- DISPOSITIF DE L'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE	54
---	-----------

REFERENCES

ANNEXES

LISTE DES ABREVIATIONS

AOMI	Artériopathies oblitérantes des membres inférieurs
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
BPCO	Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
CDC	Centers for Diseases Control and Prevention
CIM-11	Classification Internationale des Maladies – Version 11
CISA	Centre intermédiaire de soins en addictologie
CHU	Centre Hospitalo-universitaire
CO	Monoxyde de Carbone
CCLAT	Convention Cadre de Lutte Anti-Tabac
CSP	Catégorie Socio-professionnelle
DSM-5	Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux – Version 5
EHS	Établissement Hospitalier Spécialisé
EPH	Établissement Public Hospitalier
EPSP	Établissement Public de Santé de Proximité
ESP	Établissement de santé privé
FC	Fréquence cardiaque
FR	Fréquence respiratoire
GATS	Global Adult Tobacco Survey
GYTS	Global Youth Tobacco Survey
HbCO	Carboxyhémoglobine
IDM	Infarctus Du Myocarde
IMC	Indice de Masse Corporelle
MNT	Maladies Non Transmissibles
MS	Ministère de la Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONS	Office National des Statistiques
ORL	Otorhinolaryngologie
PID	Pneumopathie infiltrative diffuse
ppm	Parties par million
SaO2	Saturation artériolaire en oxygène
SN	Substitut Nicotinique
TA	Tension Artérielle
TSN	Traitement par les Substituts Nicotiniques
VEMS	Volume Expiratoire Maximal par Seconde

LISTE DES FIGURES

Figure. 1-	Composantes de la stratégie MPOWER de l'OMS	19
Figure. 2-	Composantes de la prise en en charge du fumeur selon le niveau d'activité	29
Figure. 3-	Algorithme de prise en charge du fumeur dans une consultation d'aide au sevrage tabagique	33
Figure. 4-	Etapes de changement de comportement	34
Figure. 5-	Algorithme de prise en charge d'un fumeur décidé au sevrage	45
Figure. 6-	Conduite à tenir pour la prévention et la prise en charge des rechutes	47

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1A	Bénéfices de santé immédiats et à long terme de l'arrêt du tabac chez les fumeurs	27
Tableau 1B	Taux d'abstinence en fonction de la durée de la session de counseling	32
Tableau 2	Correspondances taux de CO (ppm) avec la consommation de tabac en paquets de cigarette	33
Tableau 3	Les cinq 'R' pour les patients qui ne souhaitent pas s'arrêter le jour de la consultation	37
Tableau 4	Interventions en fonction du stade de changement	40
Tableau 5	Présentations galéniques ; posologies et effets secondaires des différents substituts nicotiniques	41
Tableau 6	Modalités de prescription des TSN	43

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1	Dépendance selon la DSM-5	63
Annexe 2	Fiche technique : analyse du CO	64
Annexe 3	Test de motivation schéma de Prochaska et DiClemente	66
Annexe 4	Test de Demaria-Grimaldi test d'auto-évaluation de réussite	67
Annexe 5	Test de Fargeström en 6 questions	68
Annexe 5bis	Test de Fargeström simplifié en 2 questions	69
Annexe 6	Questionnaire MDI (Major Depression Inventory)	70
Annexe 7	Questionnaire abrégé de Beck sur l'évaluation de la dépression	73
Annexe 8	Autres formes de TSN envisageables	75
Annexe 9	Médicaments et dispositifs non recommandés dans la prise en charge thérapeutique de l'aide au sevrage tabagique	75
Annexe 10	Dossier médical de la consultation d'aide au sevrage tabagique	76
Annexe 11	Liste et coordonnées, par wilaya, des unités d'aide au sevrage tabagique	90
Annexe 12	Moyens humains et matériels nécessaires a la mise en place d'une Unité d'aide au sevrage tabagique	93
Annexe 13	Hierchisation de la prise en charge d'un consommateur De tabac	96

01

INTRODUCTION



1-1- Aide au sevrage tabagique

L'addiction, est l'envie répétée et irréprensible de faire ou de consommer une substance en dépit de la motivation et des efforts du sujet pour s'y soustraire.

L'addiction au tabac est due à la nicotine, molécule chimique psychoactive contenue dans ce produit. Cette molécule va venir se fixer sur des récepteurs dits « nicotiniques » du cerveau, libérant de la dopamine surnommée « l'hormone du plaisir », donnant au consommateur du tabac une sensation de plaisir et de détente.

Le sevrage tabagique consiste à arrêter de consommer des produits contenant du tabac afin de se défaire de sa dépendance ; il peut entraîner des symptômes importants, notamment , un état d'anxiété, une humeur dépressive, des troubles de la concentration, une irritabilité, une agitation, une insomnie, une sensation de faim, des céphalées, des troubles gastro-intestinaux, des troubles du sommeil, etc. Ces symptômes sont plus importants durant les 3 premiers jours (période au cours de laquelle la plupart des fumeurs qui essaient d'arrêter rechutent) mais ils s'amendent en 2 à 4 semaines chez la plupart des fumeurs ; certains symptômes tels que le besoin de fumer peuvent perdurer pendant des mois.

L'aide au sevrage tabagique s'adresse aux consommateurs du tabac sous ses différentes formes (fumeurs de cigarettes et à tous les autres consommateurs de produits de tabac à fumer, tabac à chiquer, chicha, etc.), et les utilisateurs de cigarette et chicha électroniques (vapoteurs). Elle doit être fournie le plus tôt possible, de préférence avant l'apparition de troubles liés au tabagisme.

De ce fait, tous les consommateurs de tabac doivent être encouragés et aidés à abandonner leur habitude tabagique pour éviter l'apparition de nombreux troubles et maladies, principalement une maladie cardiovasculaire, une maladie respiratoire chronique, un cancer, qui représentent les trois affections responsables d'une charge de morbidité et de mortalité importantes. Cependant, le sevrage tabagique reste encore bénéfique même après l'apparition de ces maladies, y compris à des stades avancés.

L'aide au sevrage tabagique est une des six composantes de la stratégie MPOWER de l'OMS (Figure 1) qui a été adoptée par l'Algérie dès la ratification de la Convention-Cadre de l'OMS pour la lutte antitabac en 2006. Elle s'inscrit dans la stratégie nationale d'aide au sevrage tabagique élaborée en 2017.



Monitoring : Surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention
Protecting : Protéger la population contre la fumée du tabac
Offering : Offrir une aide à ceux qui veulent arrêter de fumer
Warning : Mettre en garde contre les méfaits du tabac
Enforcing : Interdire la publicité en faveur du tabac, la promotion et le parrainage
Raising : Augmenter les taxes sur le tabac

Figure 1. Composantes de la stratégie MPOWER de l'OMS

Cette stratégie fixe les grandes lignes d'un programme d'aide à l'arrêt du tabagisme qui inclut la création d'unités d'aide au sevrage tabagique, l'introduction des substituts nicotiniques dans la liste des médicaments essentiels, la formation des professionnels de santé notamment les médecins en soins de santé de proximité et les médecins référents des unités d'aide au sevrage tabagique. La formation s'appuie sur le présent « Guide d'aide au sevrage tabagique ». Les recommandations sont basées essentiellement sur la consommation de tabac avec fumée mais peuvent être extrapolées à toutes les autres formes de tabac.

Ce guide s'adresse à tous les professionnels de santé, quel que soit leur lieu d'exercice et s'appuie sur l'organisation du système national de santé et sur les ressources disponibles et/ou à mettre à disposition. Il vise à introduire l'aide au sevrage tabagique et le traitement de la dépendance au tabac dans leur pratique, en les informant sur :

- l'impact du tabagisme
- la dépendance au tabac
- les bénéfices du sevrage tabagique
- leur rôle dans la lutte antitabac
- les modalités d'aide à l'arrêt du tabac
- l'aide à apporter pour éviter le tabagisme passif

1-2- Impact du tabagisme

Le tabagisme est un comportement qui nuit à la santé et tue jusqu'à la moitié de ses consommateurs. Il est la première cause évitable de décès dans le monde. Selon l'OMS, il serait responsable de plus de 8 millions de décès chaque année dont 1,2 millions sont des non-fumeurs involontairement exposés à la fumée de tabac (tabagisme passif).

Toutes les formes de tabac sont nocives et il n'y a pas de seuil au-dessous duquel l'exposition est sans danger.

La consommation de tabac sans fumée est hautement addictive et augmente le risque de cancer de la gorge, de l'œsophage et de la cavité orale (cancer de la bouche, de la langue, des lèvres et des gencives) ainsi que de plusieurs affections dentaires favorisant la survenue d'infections respiratoires graves. Près de la moitié des enfants respirent régulièrement un air pollué par la fumée de tabac à domicile et dans les lieux publics. 65 000 meurent chaque année de maladies attribuables au tabagisme passif.

Si aucune action urgente n'est prise, la morbidité et la mortalité liée à la consommation de tabac augmentera dans le monde et plus particulièrement dans les pays en développement.

En Algérie, les enquêtes nationales retrouvent :

→ **Enquête GYTS, 2013** : une prévalence du tabagisme de 9,0% chez les jeunes âgés de 13-15 ans révolus pour les deux sexes confondus (17,4% chez les garçons et 2,6% chez les filles). La prévalence de la consommation actuelle de tabac fumé est de 7,4% (14,9% chez les garçons et 1,8% chez les filles). La prévalence de la consommation actuelle de tabac sans fumée est de 3,5% (6,9% chez les garçons et 0,8% chez les filles). Plus de 3 élèves sur 4 fumeurs actuels ont déclaré avoir essayé d'arrêter de fumer dans les 12 mois ayant précédés l'enquête et plus de 8 élèves sur 10 fumeurs actuels ont déclaré vouloir arrêter de fumer au moment de l'enquête (GYTS, Algérie 2013).

→ **Enquête GATS, 2010** : une prévalence de 15,3% chez les plus de 15 ans en 2010 avec un gradient homme/femme important (27,1% versus 1,7%), ce qui donne pour une population de 39,5 millions d'habitants en 2015, un nombre total de fumeurs de plus de 4 millions dont près de 300 000 sont des femmes (GATS OMS /Algérie 2010).

→ **Enquête STEPwise** : Une prévalence de la consommation de tabac (avec et sans fumée) de 21,8% chez les sujets âgés de 18 à 69 ans révolus (42,6% chez les hommes et 0,7% chez les femmes). La prévalence de la consommation actuelle de tabac fumé est de 16,5% avec une nette prédominance masculine (32,2% vs 0,4%). La prévalence de la consommation actuelle de tabac sans fumée est de 8,9% (17,3% chez les hommes et 0,4% chez les femmes). Parmi les fumeurs actuels, 60,3% ont déclaré avoir essayé d'arrêter de fumer durant les 12 derniers mois ayant précédé l'enquête (STEPwise, OMS /Algérie 2016-2017). Si rien n'est fait pour aider ces fumeurs à arrêter de fumer, la moitié d'entre eux mourront prématurément à cause du tabagisme.

1-3- Rôle des professionnels de santé dans la lutte anti-tabac

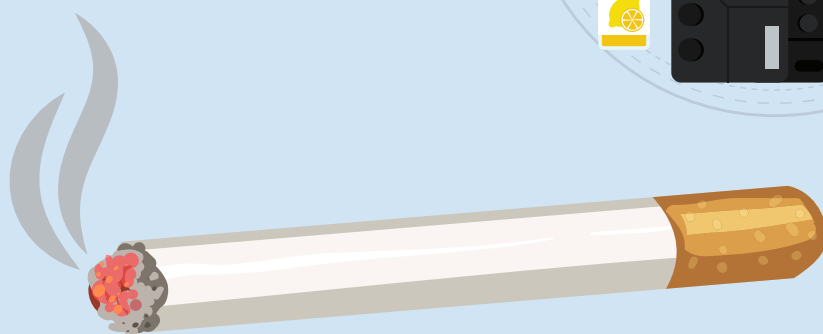
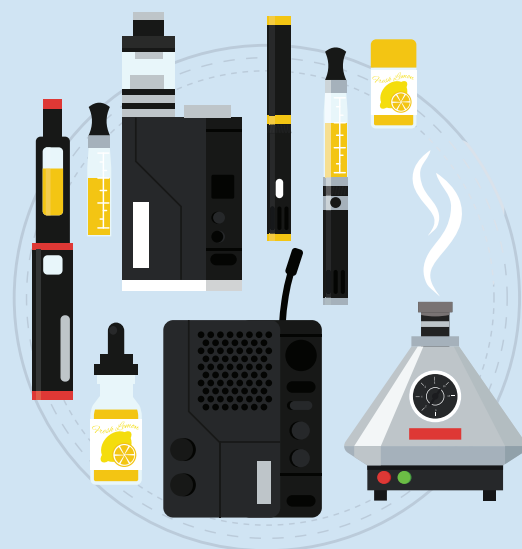
Les professionnels de santé jouent un rôle central dans l'aide au sevrage tabagique. Ils ont la charge d'appliquer toutes les mesures qui visent à prévenir et à traiter la dépendance au tabac.

Ils doivent principalement :

- Servir comme modèle de non-fumeur pour les autres,
- Inclure la lutte contre la dépendance au tabac dans leur pratique de soins,
- Évaluer l'exposition au tabac et fournir des informations sur l'éviction de toute exposition à la fumée de tabac.

02

DEPENDANCE AU TABAC



La dépendance au tabac est un comportement complexe difficile à abandonner à cause de la nature puissamment addictive de la nicotine ayant une importante propriété psychoactive.

La dépendance aux produits du tabac est triple : physique, comportementale et psychologique (selon DSM-5 (Annexe 1)).

2-1- Dépendance physique

La dépendance physique a été définie par l'OMS par les critères suivants :

- Un désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
- Une altération de la capacité à contrôler l'utilisation de la substance, caractérisée par des difficultés à s'abstenir initialement d'une substance, à interrompre sa consommation ou à contrôler son utilisation;
- La survenue d'un syndrome de sevrage physiologique quand le sujet réduit ou arrête l'utilisation de la substance,
- La mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance, caractérisée par un besoin de quantités nettement majorées pour obtenir l'effet recherché,
- La poursuite de la consommation de la substance psychoactive malgré la présence manifeste de conséquences nocives.

2-2- Dépendance comportementale

Elle correspond à une habitude automatique où le tabagisme est associé, renforcé et rythmé par des activités de routine ou des situations comme le café du matin, la fin d'un repas, les rencontres entre amis, le travail, etc.

Pour certains, le plaisir que procure le fait de tenir une cigarette à la main ou de sentir son odeur se transforme en un rituel et devient une habitude incontrôlée au point où le fumeur consomme presque inconsciemment jusqu'à 20 cigarettes par jour voire plus.

2-3- Dépendance psychologique

Elle est liée à la personnalité du consommateur de tabac comme un moyen de diminuer le stress, de contrôler l'anxiété, de lutter contre la solitude ou d'augmenter la confiance en soi.

L'association de ces trois types de dépendance fait du tabagisme une maladie chronique qui doit être prise en charge au même titre que les autres maladies chroniques comme le diabète ou l'hypertension artérielle.

2-4- Tabagisme et dépression

La nicotine peut altérer le fonctionnement des neurones sérotoninergiques, ceci renforce l'hypothèse que certains troubles psychiatriques associés à la consommation de tabac le sont vraisemblablement parce que plusieurs composés du tabac entraînent des perturbations durables du fonctionnement neurobiologique cérébral, dont celles du système sérotoninergique.

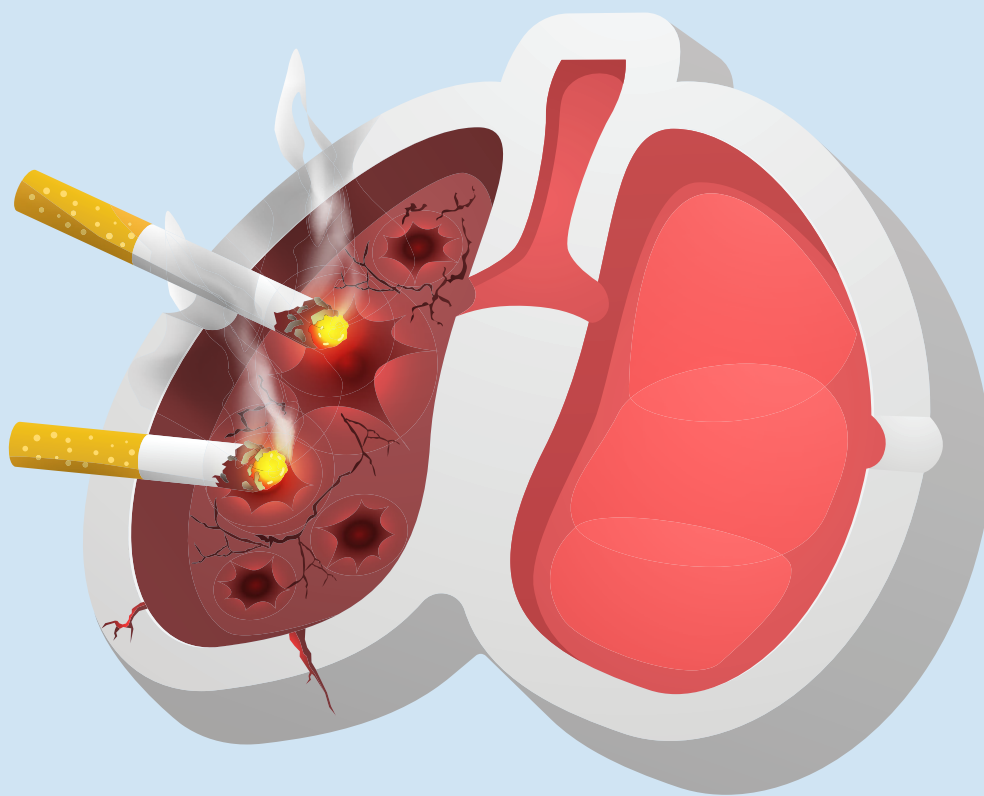
La recherche d'antécédents dépressifs ou de symptomatologie dépressive patente est à faire dès les premiers entretiens de la consultation d'aide au sevrage. Le trouble dépressif actuel selon les critères du DSM-V doit être constaté en cas de présence de signes cliniques évocateurs. Le questionnaire d'évaluation de la dépression de Beck de 13 items, peut être utilisé.

La relation étroite entre dépendance nicotinique et symptômes de dépression souligne l'importance de prendre cette dernière en considération lors d'un sevrage tabagique.

La référence au psychiatre peut être nécessaire quand la symptomatologie dépressive est inquiétante.

03

BENEFICES DU SEVRAGE TABAGIQUE



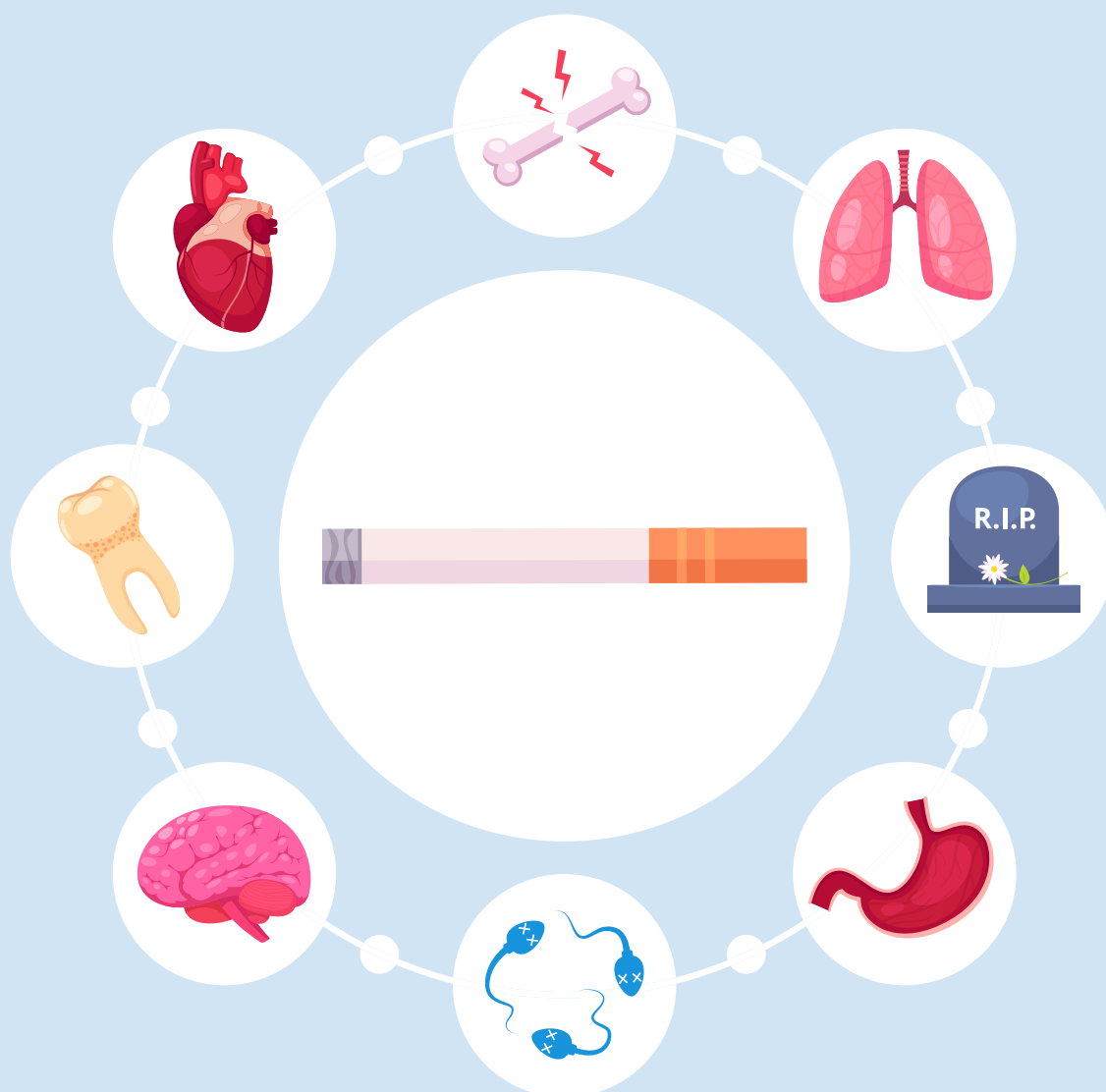
Le sevrage tabagique a des bénéfices immédiats et à long terme sur la santé pour tous les âges et toutes les personnes qui ont déjà des maladies liées au tabagisme (Tableau 1A).

Délai à partir de l'arrêt	Changements bénéfiques sur la santé
Dans les 20 minutes	Chute de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle
12 heures	Retour à la normale du taux sanguin de monoxyde de carbone
2 – 12 semaines	Amélioration de la fonction circulatoire et respiratoire
1 – 9 mois	Diminution de la toux et de la dyspnée
1 an	Diminution de moitié du risque de cardiopathie ischémique
5 ans	Réduction au niveau des non-fumeurs du risque d'AVC 5-15 ans après l'arrêt
10 ans	Réduction de moitié du risque de cancer du poumon et réduction du risque de cancer de la bouche, gorge, oesophage, vessie, col de l'utérus et pancréas
15 ans	Le risque de coronaropathie rejoint celui du non-fumeur
Après le début d'une maladie grave	Bénéfice rapide, les personnes qui arrêtent après avoir eu un IDM réduit leur risque d'avoir un autre épisode de 50%.
Après 30 ans	Gain de de près de 10 ans de l'espérance de vie

Tableau 1A- Bénéfices de santé immédiats et à long terme de l'arrêt du tabac chez les fumeurs-
Source : Fédération Française de cardiologie : Août 2016 • Modifié le 18 juillet 2022

04

HIÉRARCHISATION DE LA PRISE EN CHARGE DANS LES STRUCTURES DE SOINS



La prise en charge des consommateurs de tabac en général et des fumeurs fait appel à un ensemble d'activités organisées en plusieurs étapes : dépistage, évaluation, traitement et suivi.

Ces activités sont adaptées à des niveaux de soins : minimales dans les structures de premier niveau et plus spécialisées aux deuxièmes et troisièmes niveaux de soins.

Trois niveaux de soins ont été ainsi identifiés (annexe 14) :

- Le premier niveau correspond à toutes les structures de médecine générale, de spécialité, et des urgences,
- Le deuxième niveau correspond aux unités d'aide au sevrage tabagique
- Le troisième niveau correspond aux structures hospitalières de référence

La prise en charge du fumeur s'articule autour de 6 composantes (Interroger, Conseiller, Évaluer, Aider, Orienter/référencer et Assurer un suivi) comme le montre la figure 2 ci-après.

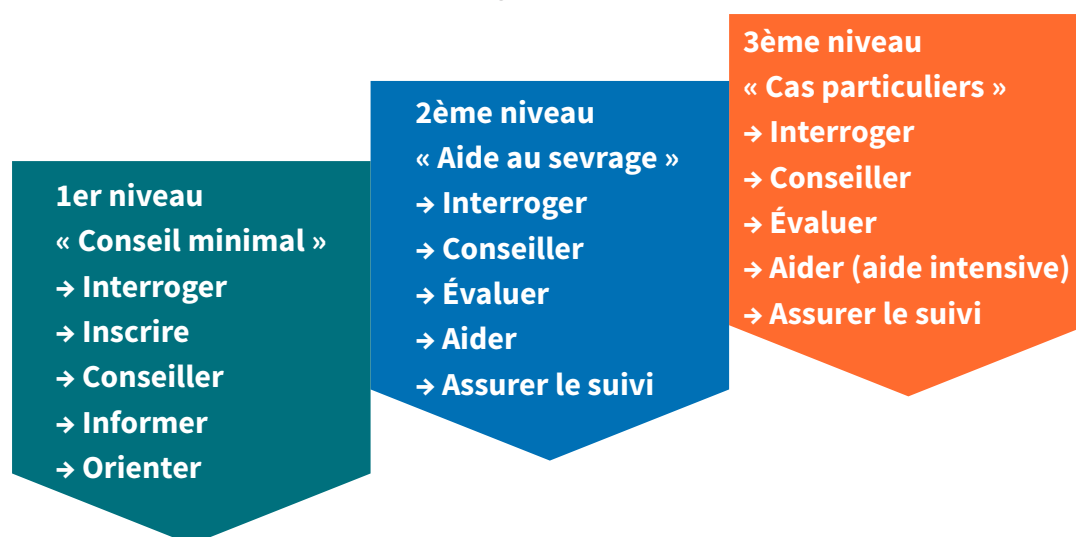


Figure 2- Composantes de la prise en charge du fumeur selon le niveau de prise en charge

4.1 - Consultation de premier niveau

Les patients consultent pour un motif le plus souvent autre que des symptômes ou maladies liés au tabac. Le conseil minimal doit faire partie des soins prodigués à ce patient. Compte tenu du temps disponible, ce conseil fait appel à une intervention brève d'une durée ne dépassant pas 3 minutes.

Ce conseil minimal double les taux d'arrêt spontané chez les fumeurs. Il doit être répété à chaque contact avec un professionnel de santé. Plus il est répété à chaque visite médicale et plus les chances d'arrêt sont élevées.

Il s'adresse à tous les consultants, quel que soit le motif de consultation et la structure de soins, y compris en milieu pédiatrique pour les enfants d'âge scolaire et leurs parents.

Il consiste à interroger, inscrire, conseiller, orienter et informer le consultant:

- **Interroger** sur leur statut tabagique (Fumeur, non-fumeur, ancien fumeur, consommateur d'une autre forme de tabac, exposé à la fumée de tabac).
- **Inscrire** le statut tabagique dans les fiches/dossiers de patients au même titre que les signes vitaux ou sur le registre des consultants généraux
- **Conseiller** en fonction du statut tabagique : Pour les fumeurs et autres consommateurs de tabac : prodiguer un conseil bref à l'arrêt du tabac, en moins de 3 minutes, dans un langage clair et sur un ton convaincant.

Exemples de questions à poser :

- « Avez-vous déjà consommé du tabac à fumer, à chiquer ou autre type de tabac dans les 12 derniers mois ? »
- « Avez-vous consommé du tabac ces deux dernières semaines ? »
- « Fumez-vous actuellement ? si oui, voulez-vous arrêter de fumer ? »
- « Y a-t-il quelqu'un qui fume dans votre entourage ? »

Exemples de conseil pour l'arrêt du tabac

- « Arrêter de fumer (ou de prendre du tabac à chiquer) est la décision la plus importante que vous pouvez prendre pour protéger votre santé. Je peux vous aider si vous le souhaitez »
- « Il est important que vous arrêtiez de fumer (ou que vous arrêtiez de prendre du tabac à chiquer) et je peux vous aider »

A chaque fois que possible, des conseils adaptés aux circonstances personnelles peuvent être prodigués. Pour la traçabilité de ce conseil minimal, il est souhaitable de le mentionner dans le dossier médical. Plusieurs situations peuvent se présenter pour ceux qui :

- Viennent d'arrêter leur tabagisme, encouragez-les au maintien de l'abstinence.
- Sont exposés à la fumée de tabac, conseillez-les d'éviter le tabagisme passif.
- Désirent arrêter le tabagisme, adressez-les vers une consultation d'aide au sevrage tabagique

- **Orienter** les personnes « adultes » qui veulent arrêter leur tabagisme vers une consultation d'aide au sevrage tabagique la plus proche.
- **Informer et remettre** une brochure d'auto-aide y compris à ceux qui ne veulent pas arrêter leur tabagisme.

Comment orienter vers les consultations d'aide au sevrage ?

- Exemple « Je vous oriente vers une consultation où un personnel qualifié peut vous conseiller et éventuellement vous prescrire des médicaments ».

- Donner une adresse et un numéro de téléphone ou mieux encore une brochure d'auto-aide où figurent les coordonnées de services référents. (Annexe 11)

4.2 - Consultation de deuxième niveau

Assurée par un personnel formé justifiant d'une compétence dans l'aide au sevrage tabagique.

Principes généraux de la prise en charge thérapeutique :

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

Il est recommandé que l'aide au sevrage tabagique se fasse dans le cadre d'une consultation dédiée à cette prise en charge, assurée par un personnel de santé qualifié ayant une compétence en aide au sevrage tabagique.

Cette consultation, qui se déroule au niveau de l'unité d'aide au sevrage tabagique dotée de moyens matériels et humains dédiés (Annexe 13), est destinée à offrir aux usagers du tabac une prise en charge optimale, par des sessions collectives (Séances d'alliance thérapeutique) et individuelles.

4.2.1 - Consultation d'accueil :

Il s'agit de la première consultation qui consiste à enregistrer le patient sur un registre, l'informer sur les différentes étapes de l'aide au sevrage tabagique et l'inviter à assister à la séance collective d'alliance thérapeutique qui regroupe une dizaine de fumeurs, éventuels candidats au sevrage et ex-fumeurs (pour témoignage).

4.2.2 - Session collective ou réunion de groupe (Séance d'alliance thérapeutique)

Ces sessions regroupent le personnel de santé chargé de la consultation d'aide au sevrage et un groupe de 5 à 10 candidats au sevrage.

Le médecin a pour tâche de présenter au cours d'une réunion un diaporama et/ou un film sur le tabagisme (le tabagisme et ses conséquences sur la santé, la composition de la cigarette et mécanismes de toxicité, les méthodes et difficultés du sevrage).

Le témoignage d'un ex-fumeur et la mesure du CO exhalé chez les présents pourront enrichir cette réunion.

Ces sessions de counseling permettent un contact plus prolongé avec les consultants, améliorant de ce fait l'efficacité du conseil en termes de taux d'abstinence (Tableau 1B).

Temps total de contact (Minutes)	Aucun contact	1 – 3	4 – 30	31 – 90	91 – 300	> 300
Taux d'abstinence estimé (%)	11,0	14,4	18,8	26,5	28,4	25, 5

Tableau 1B- Taux d'abstinence en fonction de la durée de la session de counseling

Source: Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update.

Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.

4.2.3 Consultation individuelle de prise en charge

Dans ces consultations, l'intervention des professionnels de santé (médecins aidés de l'infirmier, du psychologue, du diététicien, etc.) consiste à :

→ Interroger, conseiller, évaluer, aider (figure 3).

4.2.3.1 Interroger

Cette étape de l'interrogatoire, s'adresse :

- aux personnes qui consultent d'emblée au niveau d'une unité d'aide au sevrage tabagique
- aux consultants orientés à partir des autres structures de santé.

Elle vise à identifier le statut tabagique et le désir ou non d'arrêter en posant les mêmes questions qu'au premier niveau.

L'interrogatoire a également pour but de recueillir d'autres informations qui concernent notamment l'environnement des fumeurs, les comorbidités éventuelles, et les codépendances à l'alcool, au cannabis, etc. (Voir dossier de consultation en Annexe 10).

4.2.3.2 Conseiller

Conseiller en fonction du contexte du patient (psychosocial, co-morbidités, niveau d'addiction au tabac, etc.)

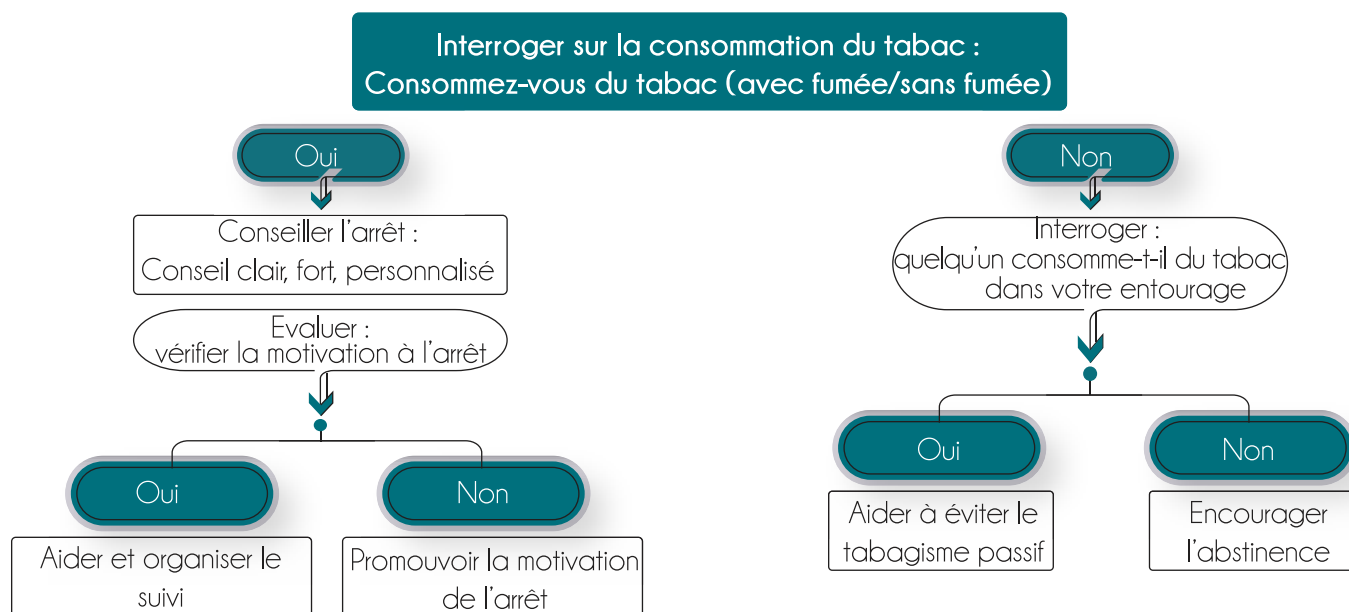


Figure 3- Algorithme de prise en charge du fumeur dans une consultation d'aide au sevrage tabagique de deuxième niveau

4.2.3.3 Evaluer

Evaluer la situation tabagique chez le fumeur

CO (ppm)	Paquet(s) en théorie
$CO \leq 5$	Non-fumeur
$5 < CO \leq 10$	Tabagisme passif ou quelques cigarettes
$10 < CO \leq 15$	Un demi-paquet
$15 < CO \leq 25$	1 paquet
$26 < CO \leq 50$	2 paquets
$CO > 60$	3 paquets

Tableau 2 : Correspondances taux de CO (ppm) avec la Consommation en paquets de cigarette.

Source : https://www.reseautnaissance.fr/medias/2016/12/CO_testeur_mode_utilisation_Mai2015.pdf

Evaluer l'intensité du tabagisme

L'intensité du tabagisme est évaluée en posant les deux questions suivantes :

- Combien de cigarettes fumez-vous /jour ?
- Depuis combien de temps ?

On associe à ces questions l'analyse du CO : Ce test respiratoire consiste à doser le CO expiré grâce à un testeur de CO en utilisant la technique d'expiration forcée après une apnée de 15 secondes. Les résultats sont exprimés en ppm. Le test permet de séparer les personnes avec un taux <10 ppm et $\geq$ à 10 ppm (voir annexe 2).

La demi-vie du CO dans l'organisme est d'environ 6 à 8 heures. Le taux de CO expiré est un bon reflet de l'intoxication tabagique récente

Evaluer la motivation

L'entretien motivationnel est une technique de communication validée, centrée sur le patient, sur un objectif dans le but de faire émerger chez le fumeur les solutions pour lui faire changer de comportement. Il repose sur 4 principes :

- Exprimer de l'empathie,
- Développer la conscience des contradictions
- Éviter de débattre,
- Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle



Figure 4- Etapes de changement de comportement

La méthode la plus simple pour évaluer la motivation est de poser la question :

Combien est-il important pour vous d'arrêter de fumer ? et de classer la réponse sur une échelle de 0 à 10 (0= absence de motivation, 10= très forte motivation).

On peut également faire appel chez les patients qui n'expriment pas d'emblée leur désir d'arrêter de

fumer, le modèle de changement de comportement de Prochaska et Di Clemente (Annexe 3). Ce modèle détermine le stade de motivation à l'arrêt.

Autres exemples de question à poser pour déterminer le stade de changement :

- Pensez-vous à arrêter de fumer (ou d'utiliser une autre forme de tabac) ?
- Avez-vous déjà envisagé d'arrêter ?
- Êtes-vous prêt à essayer d'arrêter ?

En fonction des réponses, le consommateur de tabac pourra être classé initialement dans un des 6 stades suivants : pré-contemplation, contemplation, préparation, action, maintien et rechute (figure 4).

Ce processus n'est pas linéaire. Un patient peut revenir en arrière et la durée d'une étape est très variable. L'annexe 3 décrit les caractéristiques du consommateur de tabac à chacun de ces stades. Pour accompagner une personne dans son désir de changement, il faudra tenir compte du stade où elle se trouve.

Évaluer de la dépendance.

La dépendance s'évalue par le test de Fargeström (Annexes 5 et 5Bis)

Évaluer de la dépression

La dépression peut représenter un frein au sevrage tabagique.

Elle s'évalue simplement en posant deux questions :

- Vous sentez-vous mal dans votre peau ou avez-vous ressenti ce sentiment ?
- Avez-vous ou avez-vous eu peu d'intérêt à faire les choses ?

Une réponse oui aux deux questions suggère une dépression. L'évaluation peut aussi faire appel à des tests validés comme le questionnaire MDI de l'OMS (Annexe 6) ou le questionnaire de BECK (Annexe 7)

Évaluer des tentatives antérieures

Les rechutes représentent une règle dans le parcours du fumeur. Ces rechutes doivent être évaluées en termes de nombre, de la durée, des raisons de la rechute, du syndrome de sevrage, du traitement reçu éventuellement.

Pour les patients qui ne souhaitent pas s'arrêter le jour de la consultation, l'entretien motivationnel ou les 5R (R1 :

«Relevance» ou Pertinence, R2 : Risques, R3 : Récompenses, R4 : Résistance et R5 : Répétition) est nécessaire.

Ces 5 composantes sont détaillées dans le tableau ci-après :

R1- «Relevance» ou Pertinence

Encourager le patient à indiquer pourquoi l'arrêt serait particulièrement pertinent dans sa situation. L'information qui sera donnée pour motiver le patient aura plus d'impact si elle est pertinente par rapport à sa situation. Notamment par rapport à son état de santé, sa situation familiale ou sociale (par exemple, la présence d'enfant à la maison), des soucis sur sa santé, son âge, son sexe ou toute autre caractéristique importante.

R2- Risques

Le praticien devrait interroger le patient pour identifier les conséquences néfastes éventuelles de sa consommation tabagique. Il faut insister sur le fait que fumer des cigarettes dites 'légères' ou fumer d'autres formes de tabac que les cigarettes (pipes ou cigares ou chicha) n'éliminent pas ces risques.

Exemples de risques :

Risques à court terme :

- Essoufflements,
- Exacerbation de l'asthme,
- Complications lors de la grossesse,
- Infertilité,
- Augmentation des taux plasmatiques de monoxyde de carbone.

Risques à long terme :

- Impuissance,
- BPCO
- Angine de poitrine, IDM et AVC,
- Thrombo-angéites oblitérantes (maladie de Leo Buerger)
- Cancers broncho-pulmonaires,
- Autres cancers (ORL, oesophage, pancréas, vessie, col de l'utérus)

Risques environnementaux :

- Augmentation du risque de cancer broncho-pulmonaire et d'atteinte cardiaque chez les proches,
- Prévalence accrue du tabagisme chez les enfants de fumeurs,
- Augmentation du risque d'hypotrophie néonatale, de mort subite du nourrisson,
- Augmentation du risque d'asthme, d'otites et d'infections respiratoires chez les enfants de fumeurs.

R3- Récompenses

Le clinicien peut interroger le patient sur les bénéfices potentiels de l'arrêt.

Le praticien pourrait en suggérer quelques-uns et surtout insister sur ceux qui paraissent le plus relevant pour le patient.

Exemples de bénéfices :

- | | |
|---|--|
| - Amélioration de la santé, | - Se sentir mieux, |
| - Se sentir mieux physiquement, | - Amélioration de l'haleine et de l'odeur de la maison et de la voiture, |
| - Avoir de meilleures performances sportives, | - Servir d'exemple pour les enfants, |
| - Augmentation du goût et de l'odorat, | - Améliorer la santé des enfants, |
| - Economie d'argent, | - Diminuer le vieillissement de la peau. |

R4- Résistances

Le praticien peut demander au patient qu'il identifie les résistances et les freins qui l'éloignent de l'arrêt du tabagisme.

Il est utile de déterminer quelle stratégie thérapeutique (thérapie comportementale et cognitive ou prise en charge pharmacologique) pourra lever ces résistances.

Classiquement on détecte des résistances liées à la crainte du syndrome de sevrage, la peur d'échouer, la peur de prendre du poids, le manque d'aide par l'entourage, la survenue d'un trouble dépressif, le refus de perdre le plaisir apporté par le tabac.

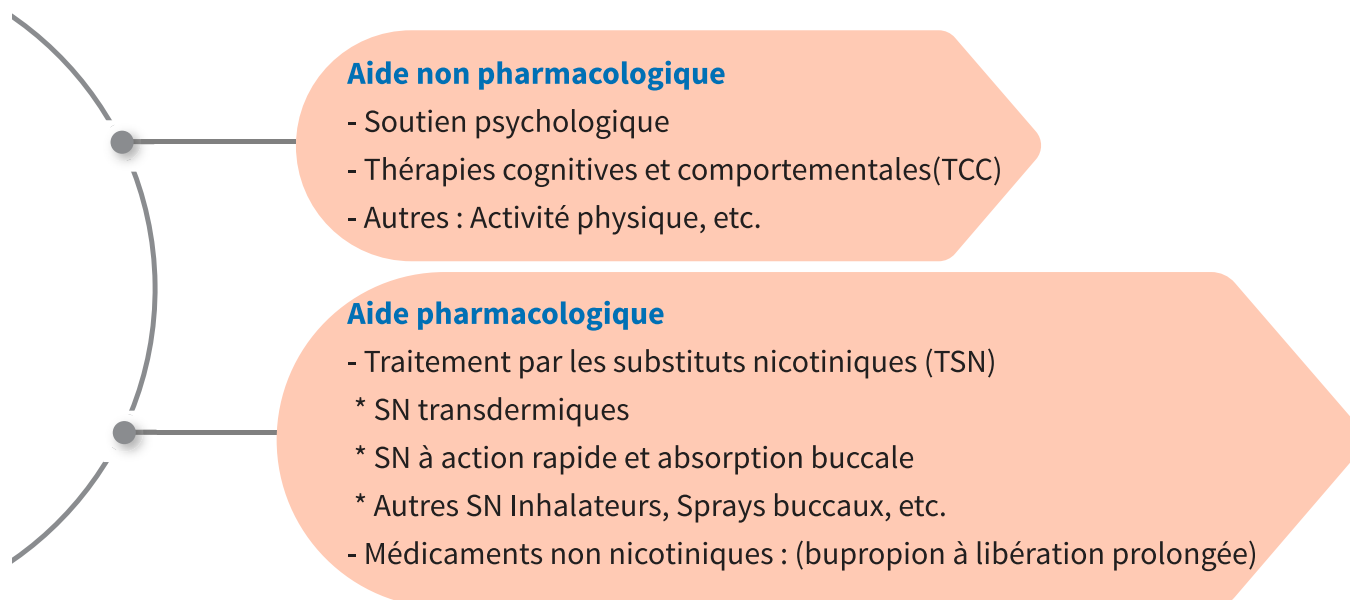
R5- Répétition

Les interventions qui ont pour but d'augmenter la motivation pour l'arrêt doivent être répétées à chaque fois que le patient consulte un praticien. Il faut préciser aux fumeurs qui ont échoué lors de tentatives précédentes que la plupart des patients effectuent plusieurs tentatives avant d'obtenir un arrêt réussi.

Tableau 3- Les cinq 'R' pour les patients qui ne souhaitent pas s'arrêter le jour de la consultation.

4.2.3.4 Aider

L'aide qui est apportée aux fumeurs est Basée sur des interventions pharmacologiques, non pharmacologiques ou l'association des deux.



Aide non pharmacologique

Le soutien psychologique

Il a lieu au moment de la consultation mais aussi grâce aux appels téléphoniques du candidat au sevrage grâce à la ligne téléphonique de l'unité.

- La thérapie de soutien est présente implicitement dans toutes les étapes de prise en charge du fumeur. Elle est fondée sur l'empathie, la confiance et le soutien. Elle comprend une dimension directive de conseil, d'information, et d'explications qui associée à l'écoute, représente une fonction thérapeutique essentielle dans la stratégie de sevrage dont les différentes interventions sont :

Intervention Brève et Counseling

- Thérapie structurée de courte durée (généralement 5 à 30 minutes). Si nécessaire, de brèves interventions peuvent être prolongées d'une ou plusieurs séances.
- Elle fait partie des approches centrées sur le bénéficiaire ; on demande à la personne de se fixer des objectifs réalistes et l'aider à y parvenir.
- Le rôle de l'intervenant est : écouter ; clarifier les idées ; orienter vers les meilleures options possibles et aider à résoudre le problème par soi-même.

Buts :

- Aider à faire face aux problèmes ;
- Motiver la personne pour changer de comportement ;
- L'intervenant clôture la séance par :
 - Un résumé.
 - Un retour empathique, positif et encourageant.

Thérapie Cognitive-Comportementale (TCC)



- Elle postule que les schémas comportementaux et les processus cognitifs sont appris et peuvent être modifiés ;
- La personne est guidée pour identifier puis modifier les pensées irrationnelles/inadaptées et pour mieux gérer l'humeur négative.
- Les séances sont structurées autour :
 - Des problèmes immédiats rencontrés ;
 - Des objectifs spécifiques à atteindre à chaque séance.
- Les stratégies cognitives utilisées consistent en :
 - La gestion des envies et des plaisirs ;
 - L'exposition et l'identification des signaux à risque ;

- La promotion d'activités non liées à la consommation de tabac ;
- La formation aux compétences sociales : communication, capacités de refus ; et résolution de problèmes.

Entretien Motivationnel (EM) et Thérapie d'Amélioration de la Motivation (TAM)

- Visent à ce que la personne prenne conscience de décalage entre les objectifs souhaités et son comportement actuel.
- Le rôle du clinicien est compréhensif et empathique formulant des retours éclairants et encourageants.

EM = 1 à 2 séances TAM = six séances ou +

- La recherche montre que l'EM et la TAM sont efficaces et contribuent à :
 - Améliorer l'adhésion au traitement ;
 - Explorer l'ambivalence au sujet de la consommation de substances addictogènes ;
 - Apporter des changements comportementaux positifs.
 - Gérer les contingences (Incitations Motivationnelles)

Postulat : Le renforcement des comportements positifs est plus rentable et plus efficace que la pénalisation des comportements négatifs.

Vise à encourager un comportement positif : (ex. réduire l'usage de tabac pendant le traitement de substitution) ;

Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) représentent une approche qui a pour but d'aider le patient à changer de comportement par un nouvel apprentissage et visent à :

- Augmenter la motivation et la confiance en soi,
- Prendre en charge les troubles anxiodépressifs,
- Renforcer l'efficacité du traitement médicamenteux,
- Gérer de façon optimale le syndrome de sevrage,
- Prévenir les rechutes.

Les TCC sont des thérapies brèves, ciblées sur un ou des comportements à problèmes, structurées, et limitées dans le temps par un nombre de séances (de 10 à 25). Elles ont un intérêt dans tous les stades du sevrage tabagique.

Les méthodes thérapeutiques employées dépendent du stade de la prise en charge : entretien motivationnel puis thérapie comportementale et cognitive et prévention de la rechute (Tableau 4).

Pré-contemplation	- Faire prendre conscience des risques encourus et des difficultés occasionnées par le tabgisme - Semer le doute
Contemplation	- Discuter des avantages et des inconvénients d'un changement ainsi que des avantages et des inconvénients du statu quo - Faire pencher la balance décisionnelle
Décision / préparation	- Aider la personne à déterminer les pas, les actions qu'elle veut entreprendre
Action	- Aider la personne à réaliser ses premiers pas - Réaliser le plan de changement avec la personne
Maintien	- Aider la personne à identifier et mettre en pratique des stratégies de prévention de la rechute/prévoir les situations à risque

Tableau 4- Interventions en fonction du stade de changement

■ Tâches de l'intervenant selon le stade de changement

Elles sont basées sur l'analyse de quatre facteurs :

- Les situations (circonstances de la consommation de tabac)
- Les comportements (ce que je fais)
- Les émotions (ce que je ressens)
- Les cognitions (ce à quoi je pense ici et maintenant).

Chez les personnes ambivalentes, peu intéressées par le changement, le renforcement de la motivation fait appel à l'entretien motivationnel ou les 5R (tableau3).

Autres moyens non médicamenteux

- La pratique d'activité physique régulière (pas forcément intense) aide à combattre les états physiologiques, comportementaux et psychologiques de manque, ainsi que le stress et le désir de fumer.
- L'activité physique aide à un meilleur contrôle du poids.
- La peur de la prise de poids est un frein pour beaucoup de fumeurs souhaitant arrêter.
- En plus des effets liés au tabac, la pratique d'une activité physique régulière procure un sentiment de bien être. Ce dernier aide à soulager les symptômes dépressifs et d'anxiété et permet de garder un bon moral.

L'activité physique est recommandée pour aider à l'arrêt du tabac. Expliquer au fumeur son intérêt (voir encadré)

Aide pharmacologique

Les traitements médicamenteux sont recommandés pour :

- Soulager les symptômes de sevrage
- Réduire l'envie de fumer
- Prévenir les rechutes.

Le traitement par les substituts nicotiniques (TSN)

Formes Galéniques	Dosages en nicotine	Effets secondaires
Dispositif transdermique (patch) de 24 heures	21, 14 et 7 mg	- Intolérance cutanée
Dispositif transdermique (patch) de 16 heures	25, 15 et 10 mg	
Gomme à mâcher	2 et 4 mg 2 et 4 mg	- Brûlures d'estomac, - Maux de gorge - Hoquets
Comprimé à sucer/pastilles	1 et 2 mg 1.5 et 2.5mg 2 et 4 mg 1.5 et 4mg	- Irritation de la gorge - Hyper salivation - Hoquet. - Dyspepsie - Brûlures gastriques
Comprimé sublingual	2 mg	- Idem
Inhalateur	Cartouche à 10 mg	- Irritation buccale locale, - Toux - Rhinite
Spray	1mg/dose	- Idem

Tableau 5- Présentations galéniques ; posologies et effets secondaires des différents substituts nicotiniques

Le TSN représente le traitement de première intention. Les TSN augmentent significativement l'abstinence à 6 mois (50% à 70%). Ils consistent à apporter quotidiennement de la nicotine sous une forme différente du tabac, en évitant la toxicité des cigarettes et se présentent sous plusieurs formes dont trois disponibles en Algérie : patch, gomme à mâcher et pastilles à sucer, mais d'autres formes pourraient être disponibles dans le futur comme l'inhalateur ou le spray (Tableau 5).

- **Formes transdermiques :** timbres (ou patches) : Elles ont comme avantage de produire une faible vitesse d'absorption avec l'obtention d'une nicotineémie relativement constante au cours du traitement. Leur grande facilité d'utilisation est à l'origine d'une meilleure observance. Leur principal inconvénient est l'intolérance cutanée.

- **Formes à action rapide et absorption buccale (formes orales) :**

Gommes à mâcher :

Elles sont commercialisées avec des présentations de saveurs différentes (menthol, orange, fruit, etc.). Les taux plasmatiques de nicotine obtenus avec les gommes sont moindres que ceux obtenus par la prise de cigarette.

La dose de nicotine libérée est approximativement de 1 mg pour les gommes de 2 mg et d'un peu moins de 2 mg pour les gommes de 4 mg. La nicotine est absorbée par la muqueuse buccale. L'efficacité de la gomme est optimale lors de la mastication et non lors de la déglutition. Il faut donc préciser au patient de sucer lentement la gomme et non de la mâcher comme un chewing-gum.

Comprimés losanges ou pastilles à sucer et comprimés sublinguaux :

possèdent des saveurs différentes et ont une pharmacocinétique proche de celle de la gomme à mâcher.

- **Autres formes (voir annexe 8):**

La posologie quotidienne des SN peut être calculée en fonction du nombre de cigarettes quotidiennes consommées.

Ainsi 1 cigarette = 1 mg de nicotine = 1 mg de SN

La posologie initiale doit permettre un apport égal ou supérieur à 80% de l'apport tabagique quotidien

1 cigarette = 1 mg de nicotine = 1 mg de SN

- Un patient fumant 20 cigarettes par jour recevra un patch de 21 mg/j pour commencer.
- La combinaison dermique avec une forme de TNS à absorption rapide (gomme, inhalateur, etc.) est plus efficace qu'une forme unique de TNS.
- Un traitement pharmacologique associé à un soutien psychologique est nécessaire, chez les patients ayant une dépendance physique sévère.

Atitre d'exemple :

- Une personne fumant 20 cigarettes par jour recevra un patch de 21 mg/j pour commencer. S'il fume encore 7 cigarettes/jour avec ce patch, alors on ajoutera un patch de 7 mg et/ou une forme orale.
- 30 cigarettes par jour = timbre à 21 mg + timbre à 10 mg
- 15 cigarettes par jour = timbre à 10 mg + gommes à la demande

Les modalités générales de prescription des TNS sont adaptées au cas par cas (Tableau 6)

Précautions :	- Infarctus récent du myocarde (< 2 semaines) - Arythmie sévère - Angine de poitrine instable - Maladie de l'articulation temporo-mandibulaire - Grossesse et allaitement - Adolescents (<18 ans)		
Posologie et protocole	Dispositif trans-dermique 7, 14, 21 mg <u>>10 cigarettes/jour</u> 21 mg/j pendant 4 semaines 14 mg/j pendant 2 semaines 7 mg/j pendant 2 semaines <u>≤10 cigarettes/jour</u> 14 mg/j pendant 6 semaines 7 mg/j pendant 2 semaines <i>Le patch peut être porté pendant 16 heures si le patient a des troubles du sommeil (à enlever au coucher)</i> Durée: 8-10 semaines	Pastille 2 mg ; 4 mg 1ère cigarette ≤ 30 mn après le réveil : 4mg 1ère cigarette >30 mn après le réveil : 2mg Semaine 1-6 : 1 pièce ttes les 1- 2h Semaine 7-9 : pièce ttes les 2-4h Semaine 10-12 pièce ttes les 4-8h Maximum : 20 pastilles/jour <i>- A dissoudre lentement (20- 30mn)</i> <i>- Ne pas mâcher et avaler</i> <i>- Occasionnellement faire tourner dans la bouche</i> <i>- Ne rien manger ni avaler 15 mn avant et après.</i> Durée jusqu'à 12 semaines	Gommes 2 mg ; 4 mg <u>≥ 25 cigarettes/jour : 4 mg</u>

Tableau 6- Modalités de prescription des TSN

Médicaments non recommandés dans la prise en charge de l'aide au sevrage tabagique (voir Annexe 9)

■ La cigarette et la chicha électroniques

En raison de l'absence de preuves formelles de son efficacité et de son innocuité, la cigarette et la chicha

électroniques n'est pas actuellement recommandée pour l'aide au sevrage tabagique. Les autres produits non recommandés dans la prise en charge du sevrage tabagique sont rapportés dans l'annexe 9

4.2.3.5 Indications des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques :

Elles dépendent essentiellement du degré de la dépendance nicotinique évaluée par le test de Fargeström à 6 questions ou simplifié (Annexe 5 et 5bis).

■ En cas de dépendance faible

Les mesures suivantes sont proposées :

- Entretien motivationnel : Il permet au candidat au sevrage :
 - D'exprimer ses problèmes et ses craintes (problèmes de santé, symptômes de sevrage, prise de poids, etc.).
 - Faire préciser les raisons du désir de l'arrêt
 - Demander au patient de fixer une date d'arrêt (pas d'urgence)
 - Faire récapituler les barrières à l'arrêt
 - Mettre en place en collaboration avec le patient lui-même un plan pour prévenir les tentations.
 - Conseiller de s'appuyer sur la famille et les amis.
- Accompagnement psychologique

■ En cas de dépendance moyenne et forte

- En plus de la thérapeutique proposée pour la dépendance faible, les substituts nicotiniques doivent être proposés chez ces patients. La durée moyenne du traitement est de 8 à 12 semaines (jusqu'à 6 mois) et la diminution doit être progressive. Le choix de la forme des substituts nicotiniques sera décidé au cas par cas comme suit :

Timbres transdermiques et patches :

- Sont les plus utilisés avec des durées d'action de 16 et de 24 heures
- Permettent une observance thérapeutique du fait de la facilité d'utilisation
- Permettent de maintenir une nicotémie stable au cours de la journée
- Sont rarement à l'origine d'intolérance locale

Les formes orales : souvent insuffisantes à elles seules pour compenser le manque nicotinique chez le sujet fortement dépendant. Elles sont utilisées en association.

- Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

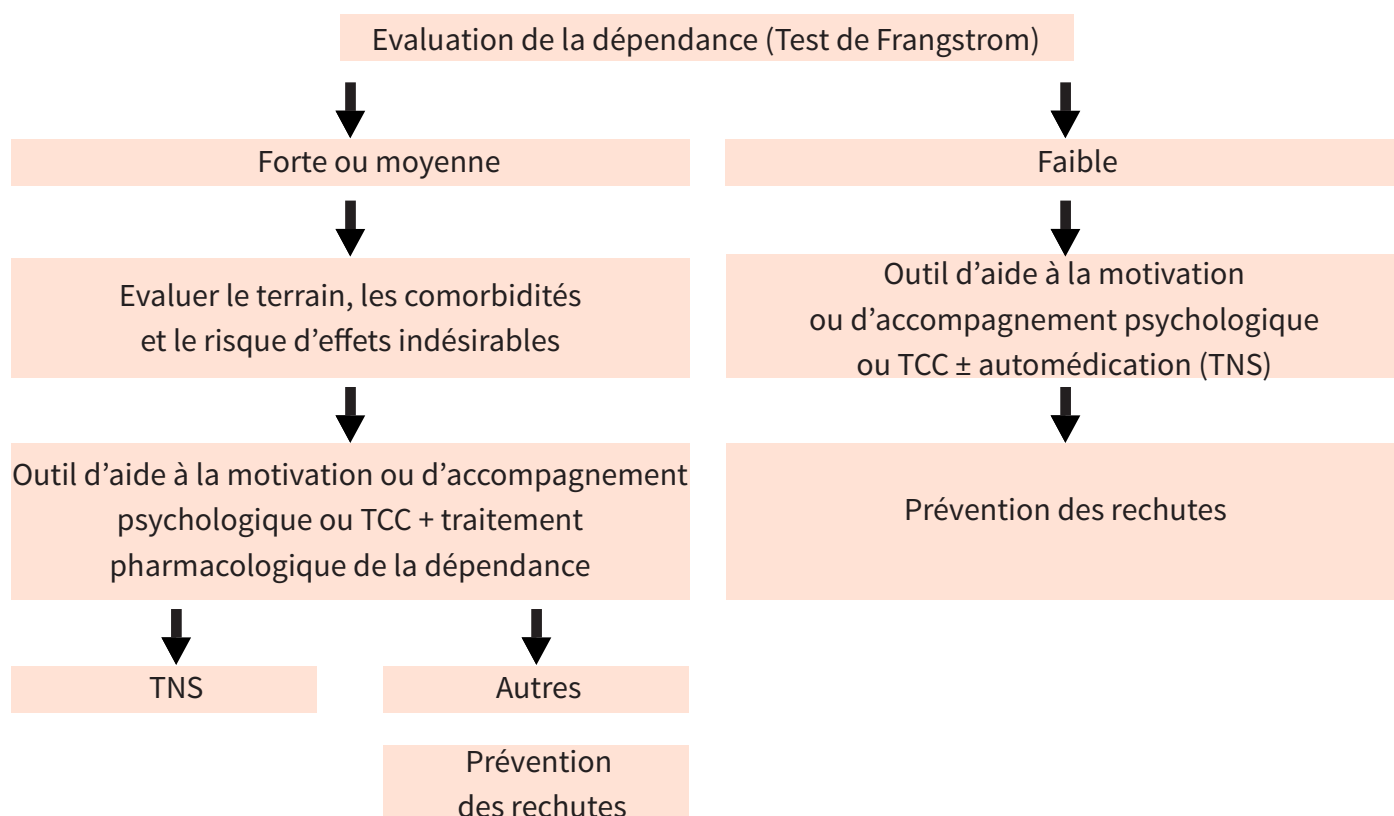


Figure 5 : Algorithme de prise en charge d'un fumeur décidé au sevrage

4.2.3.6 Suivi

Le dossier de consultation en annexe 11 représente un outil de suivi et de surveillance des fumeurs qui consultent au niveau des unités d'aide au sevrage et des consultations hospitalières de référence.

Le suivi s'impose quel que soit le stade de la dépendance. Ses objectifs sont :

- Prendre en charge le syndrome de sevrage
- Lutter contre les facteurs d'échec et la prévention des rechutes

Il est recommandé un suivi hebdomadaire dans un premier temps, puis mensuel pendant les 3 à 6 mois suivants. La durée moyenne du suivi est de 3 à 6 mois, elle peut aller jusqu'à 12 mois dans les fortes dépendances.

Evaluation du succès : 2 à 4 semaines

Durée du traitement initial : au moins 3 mois (SN 2-3 mois après l'arrêt, indéfinis si besoin)

■ Règles d'un bon suivi

Certaines règles doivent être respectées afin d'assurer une bonne prise en charge (voir encadré : règles d'un bon suivi)

■ **Prise en charge du syndrome de sevrage (Craving syndrome)**

Un syndrome de sevrage doit être recherché chez toute personne ayant arrêté de fumer.

Ce syndrome est principalement dû au manque de nicotine, Il se manifeste surtout par:

- des troubles anxiodépressifs.
- des troubles de l'humeur.
- une irritabilité, une frustration, une colère, des difficultés de concentration, une fiébrilité.
- des troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie).
- un ralentissement du transit intestinal à corriger par l'apport de fibres alimentaires ou par des régulateurs de la motricité intestinale.
- une augmentation de l'appétit et la prise de poids (limites admises chez l'homme : 2,8 kg, et chez la femme : 3,8 kg dans l'année qui suit).

Devant un syndrome de sevrage, proposer au patient :

- un soutien psychologique
- une thérapie cognitivo comportementale
- et adapter les doses des substituts nicotiniques avec un apport au moins supérieur ou égale à 80% de l'apport tabagique. Il peut être parfois utile d'associer différentes formes galéniques afin de réduire les symptômes de sevrage.

■ **Prise en charge de la rechute**

A chaque consultation de suivi, chercher et analyser les causes de la rechute pour prévenir les rechutes futures. En cas de rechute :

- Prolonger le soutien psychologique avec une thérapie cognitivo-comportementale.
- Reprendre le traitement pharmacologique si nécessaire.

■ **Prise en charge s'il n'y a pas de rechute**

- Prévenir les récides : ces dernières surviennent entre 3 et 12 mois de l'arrêt chez la moitié des fumeurs ; elles doivent donc être initiées dès l'arrêt.
- Réduire le risque de récidence par la prise en charge psychologique et les techniques de thérapie cognitivo-comportementale, si disponible, associées au prolongement du traitement pharmacologique.
- Renforcer la motivation au 6^{ème} mois de suivi, si pas de rechute.
- Décider de l'arrêt de la surveillance avec le fumeur lui-même.

Causes de rechute

- Insuffisance de motivation
- Forte dépendance avec un syndrome de manque insuffisamment compensé.
- Prise de poids.
- Stress aigu ou évènement de vie douloureux.
- Trouble anxiodépressif sous-jacent
- Dépression
- Circonstances environnementales facilitantes

La figure 5 ci-après résume la conduite à tenir pour la prévention et la prise en charge des rechutes

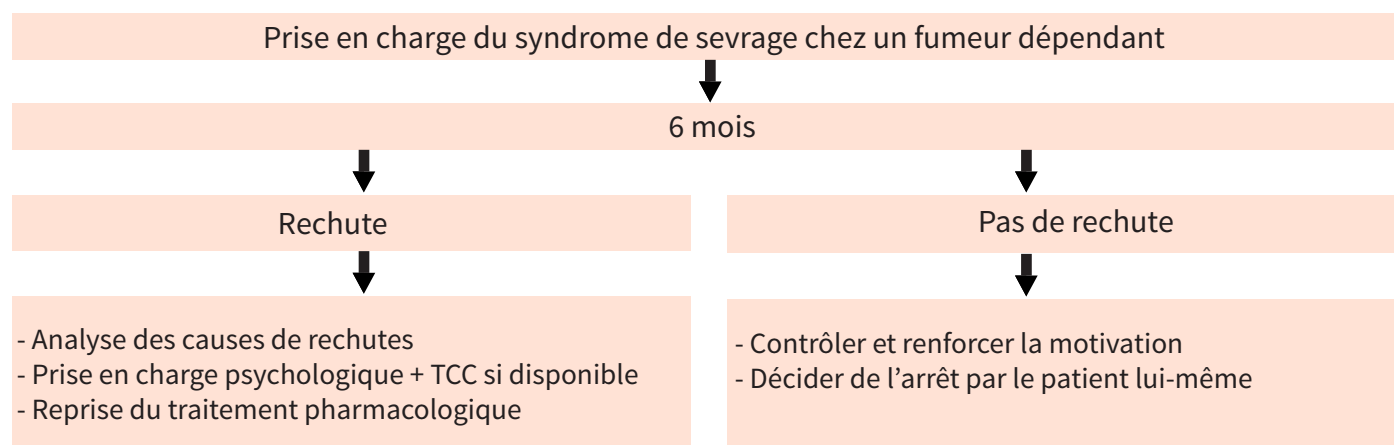


Figure 6- Suivi d'un fumeur en période de sevrage

■ Prise en charge d'autres problèmes rencontrés lors du suivi

Manque de soutien	Survenue de troubles thymiques	Prise de poids	Perte de motivation et sensation de privation
→ Prévoir des rendez-vous fréquents ou des appels téléphoniques avec le patient → Aider le patient à identifier des proches pouvant l'aider	→ Fournir une prise en charge cognitivo-comportementale ou pharmacologique adaptée. → Si nécessaire adresser le patient à un psychologue ou un psychiatre.	→ Recommander l'activité physique → Décourager les régimes stricts. → Rassurer le patient sur le fait que la prise de poids est un phénomène courant qui reste en général limité. → Insister sur l'équilibre alimentaire. → Maintenir de façon prolongée le patient sous traitement pharmacologique afin de retarder la prise de poids. → Demander l'avis ou adresser le patient à un diététicien.	→ Rassurer le patient en lui précisant que ces perte et sensation sont fréquentes. → Recommander des activités agréables pour le patient → Insister sur le fait que la prise même d'une bouffée de cigarette augmentera les pulsions à fumer et rendra l'arrêt plus difficile.

4.3 - Consultation de troisième niveau au centre de référence

elle constitue une consultation

- De référence pour le traitement pharmacologique autre que SN
- De référence pour les échecs thérapeutiques
- De coordination avec le médecin de l'Unité d'Aide au Sevrage Tabagique pour des comorbidités particulières

4.3.1 Aide au sevrage tabagique chez le couple

■ Tabagisme et conception

Chez la femme sous contraception ou désirant une contraception hormonale :

- Le tabagisme actif ou passif contre-indique tous les types de contraception hormonale dès l'âge de 35 ans.
- Les substances toxiques contenues dans le tabac endommagent l'ADN des cellules humaines et entraînent une baisse de la fertilité en perturbant la production, la qualité des spermatozoïdes, en diminuant le nombre d'ovocytes par ovaire et retarde la conception. Cet effet est directement lié au nombre de cigarettes fumées.
- Le tabagisme augmente de 60% le risque d'infertilité chez les femmes.

Par ailleurs, le tabagisme chez la femme est responsable d'une ménopause précoce (de 2 à 3 ans) et aggrave toutes les complications de cet état physiologique et particulièrement l'ostéoporose.

■ implications chez la mère et le fœtus

Elles sont principalement dues aux propriétés carcinogènes et mutagènes des substances toxiques contenues dans le tabac (métaux lourds, benzopyrène, nitrosamines, pesticides, etc.) et aux effets du monoxyde de carbone qui provoque un déficit en oxygène chez le fœtus.

Les conséquences sont graves :

- Grossesse extra-utérine
- Fausse couche spontanée
- Saignement vaginal
- Mauvaise position du placenta : placenta prævia, etc.
- Décollement prématuré du placenta, hématome rétro placentaire
- Rupture prématurée des membranes et accouchement prématuré
- Retard de croissance in utero avec un poids de naissance moyen plus faible du bébé
- Augmentation des complications à l'accouchement pour le bébé et pour la mère
- Fréquence des malformations plus élevée: Par exemple : Fentes labio-palatines, gastroschisis et craniosténoses, etc.

■ Après la naissance, le risque continue

Les conséquences du tabagisme durant la grossesse se poursuivent même après l'accouchement :

- Risque multiplie par trois de mort subite du nourrisson chez les enfants de parents fumeurs.
- Chez la femme qui allaite, la nicotine passe également dans le lait maternel, elle agit ainsi sur le système nerveux du nourrisson.
- Les enfants de fumeurs ont plus de problèmes respiratoires (asthme, infections respiratoires). Ils ont 2 fois plus de risques de devenir eux-mêmes fumeurs.

■ Aide à l'arrêt pendant la grossesse

Arrêter avant la grossesse est le meilleur moment, pour favoriser la conception et pour protéger la santé de l'enfant en devenir. De même, l'arrêt du tabac, quel que soit le terme de la grossesse est toujours bénéfique. Les traitements de substitution nicotiques faussement controversés peuvent être utilisés durant la grossesse. Les méthodes d'aide au sevrage tabagique chez la femme durant la grossesse sont identiques à celles proposées pour l'aide au sevrage tabagique dans la population générale.

4.3.2 Aide au sevrage tabagique chez les patients avec cardiopathies

Le tabagisme est un facteur de risque majeur de maladie coronaire, d'AVC, de rupture d'anévrisme aortique ; Dès la première cigarette, le risque de maladies cardiovasculaires est multiplié par 3,5. Le tabagisme est retrouvé chez 90% des patients présentant une thrombo-angéite oblitérante des membres inférieurs dont il est considéré comme un facteur de risque surajouté. **Les décès prématurés par maladies cardiovasculaires concernent 30 à 40% des fumeurs.** Après un épisode coronarien aigu, les patients, qui continuent à fumer et qui ne respectent pas les recommandations pour un mode de vie sain, ont un risque **3,8 fois plus élevé** de récurrence dans les six mois suivants, par comparaison aux fumeurs ayant arrêté de fumer.

- Le risque d'infarctus est directement lié au nombre de cigarettes fumées.
- Le sevrage tabagique est souvent difficile chez le patient coronarien.
- L'objectif prioritaire chez le coronarien fumeur est l'arrêt total et définitif de la consommation de tabac.
- Si le sevrage définitif ne peut pas être obtenu dans l'immédiat, le patient coronarien doit bénéficier d'une stratégie de réduction de la consommation de tabac. Cette stratégie autorise la consommation de quelques cigarettes en même temps qu'un traitement par substituts nicotiques
- La motivation à l'arrêt paraît significativement renforcée par la stratégie de réduction tabagique qui n'est efficace que si la consommation de cigarettes est réduite de plus de 50 %. L'idée est d'obtenir un sevrage total en un an.
- Syndrome coronarien aigu et tabac : la prise en charge spécifique doit se faire en cardiologie au décours du syndrome coronarien aigu. (HAS. <https://www.has-santé.santé.fr>)

4.3.3 Aide au sevrage tabagique chez les fumeurs atteints d'une affection mentale

Les deux principaux systèmes de classification diagnostique, la CIM-10 et le DSM-5 (Annexe 1), reconnaissent le tabagisme comme une maladie due à la dépendance à la nicotine. Cependant la consommation de tabac chez les patients atteints de troubles mentaux pose le problème de la spécificité de l'aide au sevrage chez cette population.

Troubles psychiatriques et tabagisme : des liens forts

Les sujets souffrant de troubles mentaux, surtout en cas de schizophrénie ou de dépression sévère, consomment plus souvent le tabac que la population générale. Les maladies liées au tabac sont une des principales causes de décès chez les adultes souffrant de troubles mentaux.

Certaines études ont montré des interactions complexes psychopathologiques, biochimiques et neuropharmacologiques entre tabagisme et schizophrénie.

Troubles psychiatriques et tabagisme : un sevrage difficile

Les symptômes de sevrage peuvent être plus graves chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques, chez lesquelles le taux d'abstinence est plus bas que dans la population générale. Contrairement aux idées reçues, les patients souffrant de maladies mentales et en particulier les schizophrènes pourraient être intéressés par l'arrêt du tabac.

Le sevrage chez cette population doit être pris en charge de façon spécifique.

Sevrage tabagique et troubles psychiatrique : quelle prise en charge ?

Pour aider les personnes en souffrance psychiatrique à se sevrer, il faut encourager activement une démarche d'arrêt. Les psychiatres sont les mieux placés pour informer leurs patients sur les dangers du tabac et les encourager à arrêter. Ils peuvent ensuite adresser leurs patients au médecin de la consultation d'aide au sevrage tabagique et travailler en concertation avec celui-ci. La décision de l'initiation au sevrage tabagique et son suivi doivent être prises par le psychiatre traitant. Un traitement pharmacologique de longue durée est préconisé : substituts nicotiniques et autres. L'accompagnement rapproché doit être plus intense que pour la population générale.

Malgré l'existence de troubles mentaux, aussi lourds soient-ils : l'aide au sevrage tabagique reste recommandée.

4.3.4 Aide au sevrage tabagique chez un patient atteint de Broncho- pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO)

Le tabagisme actif est responsable de plus de 90% des cas de BPCO qui se caractérise par un déclin progressif de la fonction pulmonaire pouvant conduire à une insuffisance respiratoire chronique sévère. A l'heure actuelle, aucun traitement ne peut ralentir le déclin de la fonction pulmonaire en dehors du sevrage tabagique

■ Le sevrage tabagique chez un patient atteint de BPCO est souvent difficile

Les patients BPCO fument plus que les fumeurs dans la population générale, ils fument depuis plus longtemps et ont souvent une dépression associée. Pour toutes ces raisons, le sevrage immédiat du tabac peut être impossible à réaliser. La réduction du tabagisme peut être un premier objectif qui doit conduire dans un délai raisonnable à l'objectif final qui est l'arrêt définitif de la consommation de tabac. Cette réduction du tabagisme augmente la motivation à arrêter, chez les personnes qui n'ont pas l'intention d'arrêter d'emblée. Le traitement associe un traitement pharmacologique et une thérapie comportementale et cognitive.

4.3.5 Aide au sevrage tabagique chez un patient atteint d'un cancer

Un pourcentage important de patients fumeurs atteints de cancer sont encore fumeurs au moment du diagnostic. Ce % est de 39% chez les patients atteints de cancer du poumon et de 14% chez les patients atteints de cancer colorectal.

■ Continuer à fumer expose les patients souffrant d'un cancer aux risques suivants :

- Majoration de la toxicité des traitements spécifiques : radiothérapie et chimiothérapie
- Augmentation du risque de complications péri-opératoires et post-opératoires
- Risque d'un deuxième cancer

De ce fait :

- Le sevrage tabagique est une priorité chez les patients atteints de cancer et doit débuter dès le diagnostic et indépendamment du stade de la maladie.
- Il doit impliquer toutes les spécialités concernées par la prise en charge des cancers sur la totalité du circuit du patient cancéreux (spécialités d'organe, oncologie, radiothérapie, chirurgie, anesthésie, etc.)

- Les modalités du sevrage tabagique chez le patient cancéreux ne présentent aucune spécificité.
- Chez les patients qui doivent bénéficier d'une intervention chirurgicale, le sevrage tabagique doit être entrepris 6 à 8 semaines avant l'intervention.

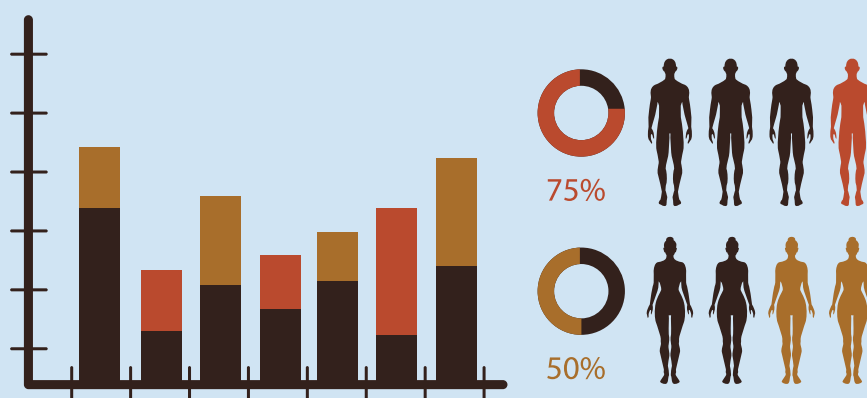
4.3.6 Aide au sevrage tabagique chez un patient hospitalisé ou en préparation pour une chirurgie

Le sevrage tabagique est important chez le malade hospitalisé, il doit être initié en même temps que la prise en charge de l'affection qui a conduit à l'hospitalisation, en collaboration avec le médecin de l'unité d'aide au sevrage tabagique la plus proche de la structure.

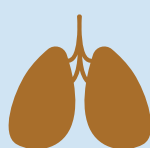
En raison des risques de morbidité et mortalité per et post opératoires chez le fumeur quel qu'en soit la sévérité, le sevrage tabagique fait partie de la préparation du patient à la chirurgie au même titre que les autres moyens. En dehors de la chirurgie d'urgence, il ne faut programmer un acte chirurgical qu'après un sevrage tabagique complet.

05

DISPOSITIF DE L'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE



BRAIN
DAMAGE



LUNGE
CANCER



HEART
ATTACK



ULCERS



CARIES

L'aide au sevrage tabagique doit répondre aux spécificités nationales en matière d'organisation, de formation, d'infrastructures, de personnel et des taches dédiées. Le détail du dispositif est présenté dans le tableau Ci-dessous.

DISPOSITIF DE L'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE EN ALGERIE

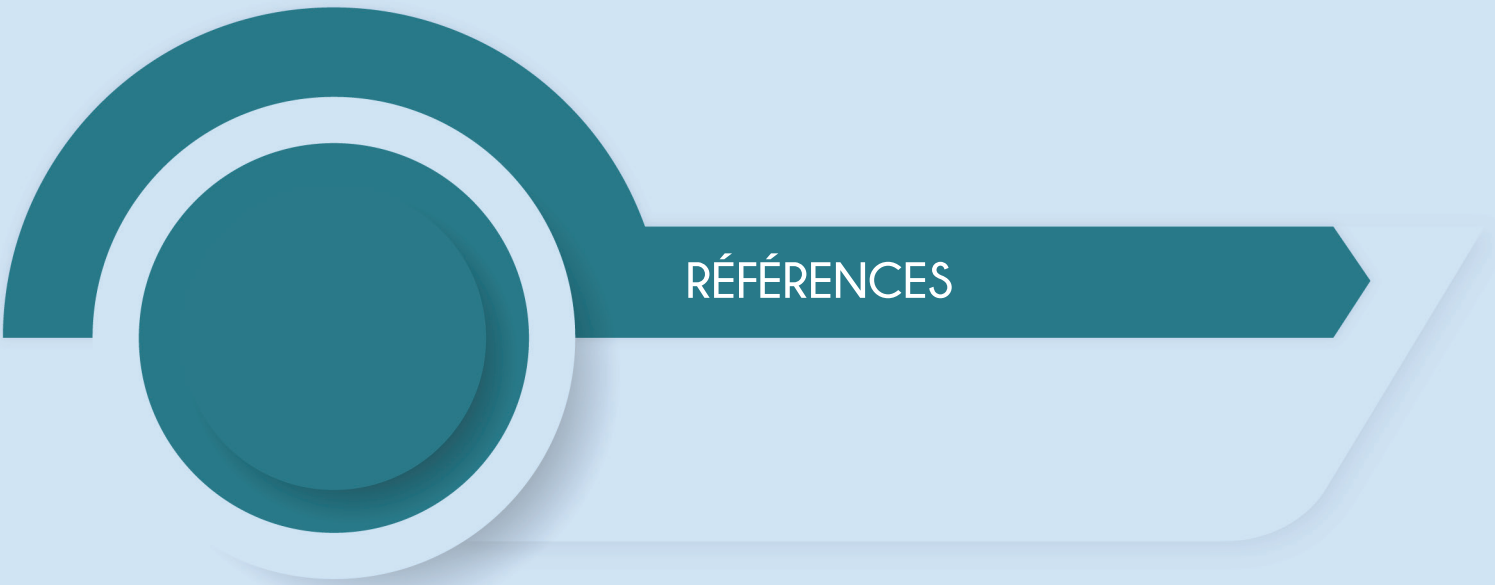
<u>NIVEAU CENTRAL</u> 1- Comité multisectoriel de lutte contre les facteurs de risque des MN 2- Ministère de la santé - DGPPS - DGSS - Direction Générale de la pharmacie - Direction de la Formation - INSP - PC H 3- Ministère de l'industrie pharmaceutique	<table> <tr> <td data-bbox="676 398 1145 629">Représentants des ministères concernés</td><td data-bbox="1145 398 1592 629">Selon plan sectoriel de LAT* Et la stratégie nationale d'aide au sevrage tabagique</td></tr> <tr> <td data-bbox="676 629 1145 1032">Cadres du ministère de la santé Comité d'experts LAT</td><td data-bbox="1145 629 1592 1032">Budget dédié</td></tr> <tr> <td data-bbox="676 1032 1145 1227"></td><td data-bbox="1145 1032 1592 1227">Mise en oeuvre du volet pharmacologique de la Stratégie nationale d'aide au sevrage tabagique</td></tr> </table>	Représentants des ministères concernés	Selon plan sectoriel de LAT* Et la stratégie nationale d'aide au sevrage tabagique	Cadres du ministère de la santé Comité d'experts LAT	Budget dédié		Mise en oeuvre du volet pharmacologique de la Stratégie nationale d'aide au sevrage tabagique
Représentants des ministères concernés	Selon plan sectoriel de LAT* Et la stratégie nationale d'aide au sevrage tabagique						
Cadres du ministère de la santé Comité d'experts LAT	Budget dédié						
	Mise en oeuvre du volet pharmacologique de la Stratégie nationale d'aide au sevrage tabagique						
<u>NIVEAU DE RÉFÉRENCE</u> 1- Infrastructures médicales (CHU, EHU, EPH, EHS, EPSP) 2- DSP - Cellule de communication - Bureaux de prévention Unité d'aide au sevrage tabagique : CHU, EPH, EPSP,	<table> <tr> <td data-bbox="676 1227 1145 1435">Personnel médical et Paramédical</td><td data-bbox="1145 1227 1592 1435"></td></tr> <tr> <td data-bbox="676 1435 1145 1682">Administrateurs Médecins et personnel paramédical</td><td data-bbox="1145 1435 1592 1682">Supports d'information/ Outils de communication</td></tr> <tr> <td data-bbox="676 1682 1145 1966">Médecin, Psychologues Personnel paramédical</td><td data-bbox="1145 1682 1592 1966"> - Consultation d'aide au sevrage tabagique - Médecin et psychologue (voir annexe 13) </td></tr> </table>	Personnel médical et Paramédical		Administrateurs Médecins et personnel paramédical	Supports d'information/ Outils de communication	Médecin, Psychologues Personnel paramédical	- Consultation d'aide au sevrage tabagique - Médecin et psychologue (voir annexe 13)
Personnel médical et Paramédical							
Administrateurs Médecins et personnel paramédical	Supports d'information/ Outils de communication						
Médecin, Psychologues Personnel paramédical	- Consultation d'aide au sevrage tabagique - Médecin et psychologue (voir annexe 13)						

Stratégie, réglementation, coordination, et mise en oeuvre intersectorielle

- Élaboration de la stratégie et du programme national de LAT
 - Recherche épidémiologiques et cliniques.
 - Mise en place d'un système de surveillance du tabagisme
 - Élaboration de guide sur l'aide au sevrage tabagique
 - Formations initiales et continues du personnel de santé.
 - Achat, gestion et distribution de produits Pharmacologiques et équipements
- Enregistrement des TSN et autres produits/médicaments

Prise en charge en collaboration avec les unités de sevrage des cas particuliers de fumeurs (grossesse, BPCO, Psychotiques, cardiopathies).

- Campagnes médiatiques itératives de prévention et coordination avec les médecins des unités d'aide de sevrage tabagique.
 - Supervision et évaluation des activités des unités d'aide au sevrage tabagique
- Prise en charge des-fumeurs motivés
 - Prise en charge des rechutes



RÉFÉRENCES

RÉFÉRENCES

1. OMS. Tabac, Principaux faits OMS, <https://www.who.int/fr/health-topics/tobacco#tab=tab>
2. Algeria 2013 /WHO /CDC. Enquête (Global Youth Tobacco Survey)-GYTS Algeria 2013 /WHO /CDC Fact Sheet.
3. OMS. Enquête nationale sur la mesure du poids des facteurs de risque des Maladies Non Transmissibles selon l'approche STEPwise de l'OMS, Algérie 2016-2017- Principaux résultats.
4. Park RE, Japuntich SJ, Rigotti NA, Traeger L, He Y, Wallace RB, Malin JL, Zallen JP, Keating NL. A Snapshot of Smokers After Lung and Colorectal Cancer Diagnosis, Multicenter Study Cancer. 2012 Jun.15; 118(12):3153-64.
5. Boukly A, Dautzenberg B. La lutte contre le tabagisme. Actualités-, Rev Mal resp, 2014 ;2 : 112-114.
6. Parsons A, Daley A, Begh R, Aveyard P. Influence of smoking cessation after diagnosis of early-stage lung cancer on prognosis: systematic review of observational studies with meta-analysis. BMJ 2010;340: b5569.
7. Andreas S, Rittmeyer A, Hinterthaler M, Huber RM. Smoking cessation in lung cancer-achievable and effective. Dtsch Arztebl Int 2013; 110:719-24.
8. Apps.who.int. 2008. Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme. 2008, Le programme MPOWER. <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle>[Accès May 2017].
9. Bao Y, Duan N, Fox SA. Is some provider advice on smoking cessation better than no advice? An instrumental variable analysis of the 2001 National Health Interview Survey. Health Services Research, 2006, 41(6): 2114–2135.
10. Owen L. Impact of a telephone helpline for smokers who called during a mass media campaign. Tobacco Control, 2000, 9(2):148–154
11. Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. Nicotine addiction in Britain; a report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. London, Royal College of Physicians of London, 2000 (<http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/nicotine>, consulté le 6 décembre 2007).
12. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. Cochrane Database Systematic Reviews. 2016(3)CD 008286.
13. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
14. HAS-sante.fr. 2014. Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et Di Clemente. [En ligne] disponible sur : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf> [Accessed 23 May 2019].
15. Augood C, Duckitt K, Templeton AA. (1998). Smoking and female infertility: a systematic review and meta-analysis. Hum Reprod, 13(6),1532-9.
16. Keller R., Radtke T., Füllemann D., Krebs H., Hornung R. (2009). Tabagisme et grossesse : monitoring sur le tabac - Enquête suisse sur le tabagisme. Enquête mandatée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), www.tabakmonitoring.ch.
17. Murin S., Rafii R., Bilello K. (2011). Smoking and smoking cessation in pregnancy. Clinics in Chest Medicine, 32(1), 75-91.
18. Zenzes MT. (2000). Smoking and reproduction: gene damage to human gametes and embryos. Hum Reprod Update, 6(2),122-31.
19. Mahmarian JJ, Moyle LA, Nasser GA et al. Nicotine patch therapy in smoking cessation reduces the extent of exercise induced myocardial ischemia. J Am Coll Cardiol 1997; 30: 125-130.

RÉFÉRENCES

20. Puig-Cotado F, Tursan d'Espaignet E, St Claire S, Bianco E, Bhatti L, Schotte K et al. Tabac et cardiopathies coronariennes: résumés des connaissances sur le tabac [Tobacco and coronary heart disease: WHO tobacco knowledge summaries]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
21. Thomas D. In. Bénéfices cardiovasculaires du sevrage tabagique : revue : Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, n°20-21 - 31 mai 2011.
22. Spring B, Pingitore R, Mc Chague DE (2003) Reward value of cigarette smoking for comparably heavy smoking schizo phrenic, depressed, and non-patient smokers. Am J Psychiatry 160(2):316-22.
23. Fagerstrom K, Aubin HJ (2009) Management of smoking cessation in patients with psychiatric disorders. Curr Med Res Opin 25(2):511-8.
24. Conférence d'experts 2008 OFT « Tabac et psychiatrie ». <http://association-infirmiere-tabacologie.fr/pdf/A9.pdf>
25. Scanlon PD, Connett JE, Waller LA, Altose MD, Bailey WC, Buist AS, Smoking cessation and lung function in mild-to-moderate chronic obstructive pulmonary disease, Am J Respir Crit Care Med. 2000; 1:381-90.
26. J. Perriot, Sevrage tabagique des patients atteints de BPCO - État des connaissances et propositions en vue de l'optimisation de leur prise en charge tabacologique, Le Courrier des Addictions, N° 4 décembre 2004
27. Godtfredsen NS, Lam TH, Hansel TT, Leon ME, Gray N, Dresler C, Burns DM, Prescott E, Vestbo J., COPD-related morbidity, and mortality after smoking cessation: status of the evidence, EurRespir J. 2008 Oct;32(4):844-53.
28. Tashkin D, Kanner R, Bailey W, Buist S, Anderson P, Nides M, Gonzales D, Dozier G, Patel MK, Jamerson B., Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomised trial, Lancet. 2001 May 19 ;357(9268):1571-5.
29. Stratégies d'aide à l'arrêt du tabac. Un rôle important pour les médecins généralistes Alain Bassong, Isabelle Jacot Sadowski, Carole Clair, Primary and hospital care - Médecine interne générale 2020, Vol. 20, n°7-8, pp.241-24.
30. Les thérapies non conventionnelles d'aide au sevrage tabagique Société francophone de Tabacologie, Lettre thématique, n°96, décembre 2018.

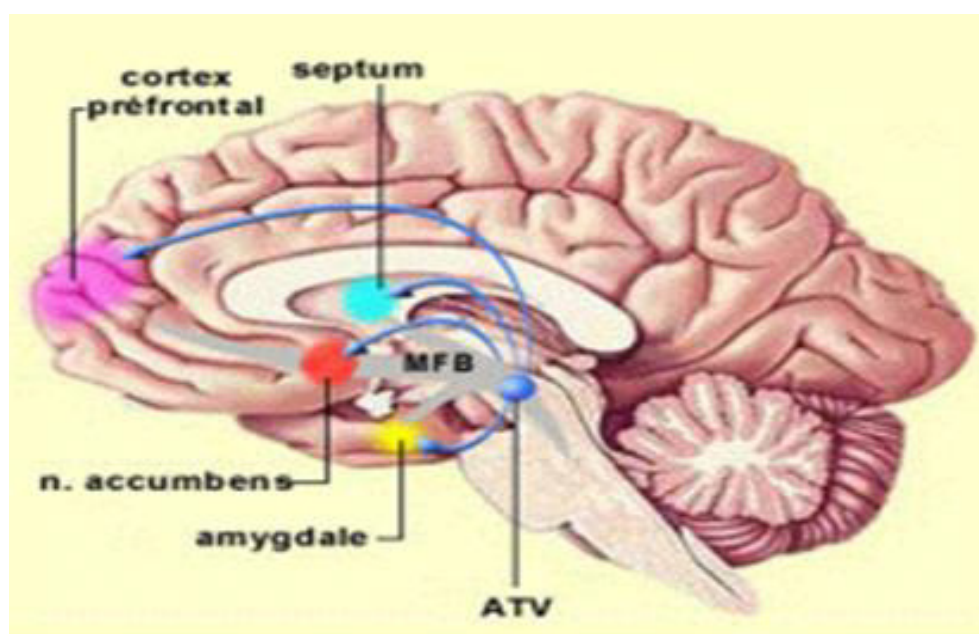


ANNEXES

ANNEXE 1

Selon la DSM-5 l'addiction à une substance est un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :

- La substance est souvent prise en quantité plus **importante** ou pendant une période plus prolongée que prévu
- Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cette substance
- Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, utiliser la substance ou récupérer de ses effets
- Il existe un craving ou une envie intense de consommer la substance.
- Les propriétés addictives de la nicotine sont liées à l'activation des circuits dopaminergiques méso limbiques et l'augmentation de la concentration de dopamine dans le noyau accumbens.



ANNEXE 2

FICHE TECHNIQUE : ANALYSE DU CO



Instructions pour l'utilisation d'un dispositif

- La mesure peut se faire au plus tôt 10 minutes après la dernière cigarette
- La personne qui fait le test doit retenir sa respiration pendant 15 secondes.
- Prendre l'embout (petit tube en carton) à pleine bouche.
- Sans reprendre sa respiration, souffler alors doucement l'air retenu à travers l'embout en carton dans le dispositif durant 15 secondes.

Important : expirer complètement ! Forcer l'expiration pour expulser l'air restant.

Interprétation des résultats

Le dispositif destiné au test respiratoire indique le taux de monoxyde de carbone en ppm (partie par million). Suivant les appareils, l'écran indique également un pourcentage, appelé HbCO, qui donne la perte de capacité du transport de l'oxygène dans le sang.

		% COHb	ppm (parts per million)
Starker Raucher		> 8,5	50
		5,5 – 8,5	31 – 49
		5,0 – 5,5	26 – 30
		4,0 – 4,5	21 – 25
Leichter Raucher		3,0 – 4,0	16 – 20
		2,0 – 3,0	9 – 15
Nicht-Raucher		<2,0	0 – 8

La limite permettant de distinguer les fumeurs des non-fumeurs se situe à 8 ppm. Un individu dont la valeur est supérieure à 9 ppm peut ainsi être considéré comme un fumeur.

Attention !

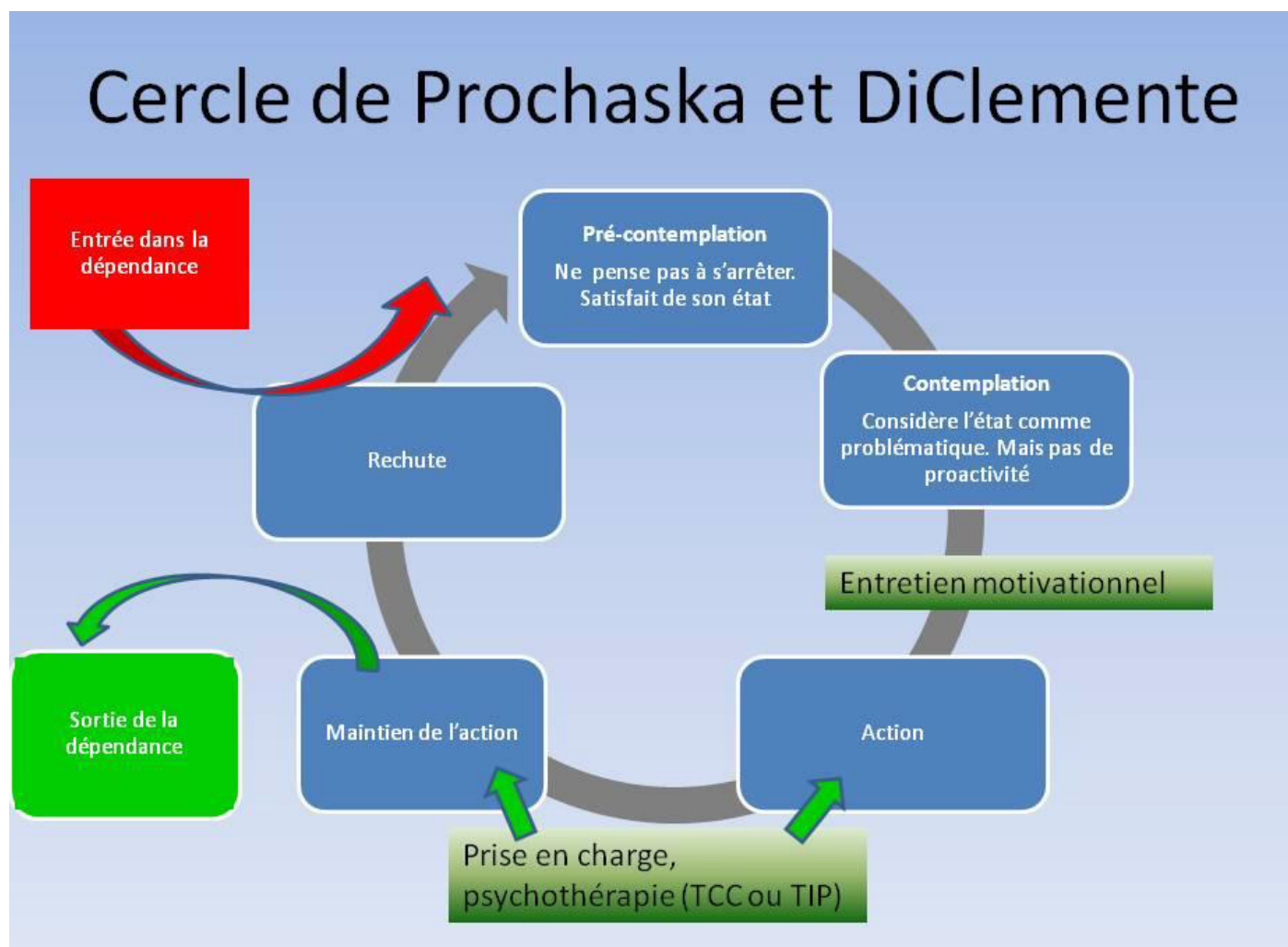
- Pour les patients souffrant de BPCO, la valeur limite est plus élevée, à la suite de l'altération de la fonction respiratoire. Les patients atteints de PBCO seront considérés comme des fumeurs à partir d'environ 12 ppm. Les personnes présentant des symptômes marqués de la BPCO, rencontreront éventuellement des difficultés à faire le test respiratoire correctement et leurs valeurs pourront largement varier.
- Chez les fumeurs, la valeur est rarement inférieure à 10 ppm et ne dépasse presque jamais 50 ppm. Une mesure donnant un résultat supérieur à 35 ppm une heure après avoir fumé laisse supposer qu'il s'agit d'un grand, voire d'un très grand fumeur.
- Des valeurs basses ne signifient toutefois pas obligatoirement des risques moins importants. En effet, la constitution et la fragilité des systèmes cardiovasculaire et respiratoire varient en fonction des individus.

Les valeurs du % CO et leur interprétation sont résumées ci-après

% CO Hb	
< 3 ppm	Il s'agit d'une personne qui n'a pas fumé tout du moins dans les dernières 24 heures.
3 à 10 ppm	Valeurs limites atteintes dans les cas suivants : - La personne fumant très peu - la dernière cigarette remonte à longtemps (6 à 9 heures) - la personne se trouvait récemment dans un espace enfumé (tabagisme passif) - la personne a été exposée récemment à du monoxyde de carbone (grillades, circulation routière, travaux de revêtement...) - la personne souffre d'asthme ou de BPCO
10 à 20 ppm	- Fumeur léger ; ces valeurs correspondent à des fumeurs occasionnels, ou lorsque la dernière consommation de cigarette remonte à plusieurs heures.
21 à 49 ppm	- Grand à très grand fumeur.
>50 ppm	- Les valeurs supérieures à 50 ppm sont rarement enregistrées, elles s'observent chez les très grands fumeurs, chez ceux qui inhalent la fumée de cigare ou de pipe ou fument du cannabis.

ANNEXE 3

TEST DE MOTIVATION SCHÉMA DE PROCHASKA ET DICLEMENTE



ANNEXE 4

TEST DE DEMARIA-GRIMALDI - TEST D'AUTO-EVALUATION DE RÉUSSITE

	Question	NON	OUI
1	Je viens à la consultation spontanément, par décision personnelle	0	2
	Je viens à la consultation sur avis médical	0	1
	Je viens à la consultation sur avis de ma famille	0	1
2	J'ai déjà arrêté de fumer pendant plus d'une semaine	0	1
3	Actuellement, je n'ai pas de problèmes professionnels	0	1
4	Actuellement, je n'ai pas de problèmes familiaux	0	1
5	Je veux me libérer de cet esclavage	0	2
6	Je fais du sport ou j'ai l'intention d'en faire	0	1
7	Je veux être en meilleure forme physique	0	1
8	Je veux préserver mon aspect physique	0	1
9	Je suis enceinte ou ma femme attend un enfant	0	1
10	J'ai des enfants en bas âge	0	2
11	J'ai bon moral actuellement	0	2
12	J'ai l'habitude de réussir ce que j'entreprends	0	1
13	Je suis plutôt de tempérament calme, détendu	0	1
14	Mon poids est habituellement stable	0	1
15	Je veux accéder à une qualité de vie meilleure	0	2

Interprétation du score

Moins de 6	Motivation faible
7 à 15	Motivation moyenne
Plus de 16	Motivation forte

ANNEXE 5

TEST DE FARGESTRÖM EN 6 QUESTIONS

Q1- Le matin, combien de temps après être réveillé(e) fumez-vous votre première cigarette ?

- a- < 5 min. : 3
- b- 6 - 30 min. : 2
- c- 31 - 60 min. : 1
- d- > 60 min : 0

Q2- Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (ex. : cinémas, bibliothèques)

- a- Oui : 1
- b- Non : 0

Q3- À quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?

- a. à la 1ère de la journée : 1
- b. à une autre : 0

Q4- Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

- a. < 10 : 0
- b. 11 à 20 : 1
- c. 21 à 30 : 2 d. > 31 : 3

Q5- Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

- a- Oui : 1
- b- Non : 0

Q6- Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la Journée ?

- a- Oui : 1
- b- Non : 0

Interprétation selon les auteurs :

Entre 0 et 2 : pas de dépendance

Entre 3 et 4 : dépendance faible

Entre 5 et 6 : dépendance moyenne

Entre 7 et 10 : dépendance forte ou très forte

ANNEXE 5 bis

TEST DE FARGESTRÖM SIMPLIFIÉ EN 2 QUESTIONS

Q1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

☐ 10 ou moins : 0

☐ 11 à 20 : 1

☐ 21 à 30 : 2

☐ 31 ou plus : 3

Q2. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

☐ Moins de 5 minutes : 3

☐ 6 à 30 minutes : 2

☐ 31 à 60 minutes : 1

☐ Après plus d'1 heure : 0

Interprétation selon les auteurs :

0-1 : pas de dépendance

2-3 : dépendance modérée

4-5-6 : dépendance forte

ANNEXE 6

QUESTIONNAIRE MDI (MAJOR DEPRESSION INVENTORY)

Les questions suivantes portent sur la façon dont vous vous êtes senti au cours des deux dernières semaines. Veuillez sélectionner pour chacune la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti.

Q1- Je me suis senti(e) triste ou démoralisé(e) : ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Un peu moins de la moitié du temps ☐ Un peu plus de la moitié du temps ☐ La plupart du temps ☐ Tout le temps	Q6 - J'ai pensé que la vie ne valait pas la peine d'être vécue : ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Un peu moins de la moitié du temps ☐ Un peu plus de la moitié du temps ☐ La plupart du temps ☐ Tout le temps
Q2 - J'ai manqué d'intérêt pour mes activités quotidiennes : ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Un peu moins de la moitié du temps ☐ Un peu plus de la moitié du temps ☐ La plupart du temps ☐ Tout le temps	Q7 - J'ai eu du mal à me concentrer (par exemple pour regarder la télévision, pour lire le journal...) : ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Un peu moins de la moitié du temps ☐ Un peu plus de la moitié du temps ☐ La plupart du temps ☐ Tout le temps
Q3 - J'ai eu l'impression de manquer de force ou d'énergie : ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Un peu moins de la moitié du temps ☐ Un peu plus de la moitié du temps ☐ La plupart du temps ☐ Tout le temps	Q8a - Je me suis senti(e) agité(e) : ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Un peu moins de la moitié du temps ☐ Un peu plus de la moitié du temps ☐ La plupart du temps ☐ Tout le temps
Q4 - Je me suis senti(e) moins sûr(e) de moi : ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Un peu moins de la moitié du temps ☐ Un peu plus de la moitié du temps ☐ La plupart du temps ☐ Tout le temps	Q8b - Je me suis senti(e) ramolli(e) ou ralenti(e) : ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Un peu moins de la moitié du temps ☐ Un peu plus de la moitié du temps ☐ La plupart du temps ☐ Tout le temps

Q5 - J'ai eu mauvaise conscience ou je me suis senti(e) coupable : ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Un peu moins de la moitié du temps ☐ Un peu plus de la moitié du temps ☐ La plupart du temps ☐ Tout le temps	Q9 - J'ai eu du mal à dormir la nuit : ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Un peu moins de la moitié du temps ☐ Un peu plus de la moitié du temps ☐ La plupart du temps ☐ Tout le temps
Q10A - J'ai eu moins d'appétit que d'habitude : ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Un peu moins de la moitié du temps ☐ Un peu plus de la moitié du temps ☐ La plupart du temps ☐ Tout le temps	Q10B - J'ai eu plus d'appétit que d'habitude : ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Un peu moins de la moitié du temps ☐ Un peu plus de la moitié du temps ☐ La plupart du temps ☐ Tout le temps

Instructions pour l'interprétation des résultats

Le questionnaire a été développé pour l'OMS par le psychiatre danois Per Bech.

Il permet une auto-évaluation de la sévérité d'un trouble de l'humeur.

La notation se fait de 0 (jamais) à 5 (Tout le temps).

Pour les questions 8 et 10 ; choisir entre a ou b.

Son résultat peut être interprété comme un «score» (sur une échelle de 0 à 50) et/ou d'après des critères de diagnostic (CIM et DSM).

Important. Les troubles de l'humeur peuvent avoir les origines les plus diverses. Le résultat d'un questionnaire tel que le MDI n'est qu'un élément parmi de nombreux autres que le médecin traitant prendra en considération avant de poser l'éventuel diagnostic d'un trouble dépressif.

1- Interprétation et recommandations

Total linéaire	Interprétation et recommandations
< 20	Variations d'humeur normales
20 à 24	Dépression légère. Cet état doit inviter à la vigilance mais peut évoluer favorablement avec le temps, notamment grâce à l'exercice physique. D'autres démarches (psychothérapie et/ou médication) sont à envisager si les symptômes persistent.
25 à 29	Dépression modérée. Cet état requiert en règle générale une intervention dans un délai rapproché (psychothérapie et/ou médication).
30 et +	Dépression sévère. Cet état demande pratiquement toujours une assistance médicale spécialisée, qu'une psychothérapie peut compléter

2- D'après les critères de la CIM-11 :

Le questionnaire MDI explore les 10 critères de diagnostic de la dépression retenus dans la Classification Internationale des Maladies (CIM) de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Il permet dès lors une interprétation des réponses en fonction de ces critères, tenant compte de l'importance spécifique accordée à deux groupes de critères (questions 1 à 3, questions 4 à 10) qui doivent être simultanément présents.

Le résultat obtenu en appliquant ces critères peut être différent de celui auquel conclut une interprétation des réponses à l'aide d'une échelle linéaire (échelle MDI de 0 à 50) qui accorde un même poids à toutes les réponses.

Interprétation des réponses en appliquant les critères CIM 10 :

Score des questions 1 à 3	Score des questions 4 à 10
1er et/ou 2ème groupe inférieur au seuil	1er et/ou 2ème groupe inférieur au seuil
4 ou 5 pour au moins 2 questions	3, 4 ou 5 pour au moins 2 questions
4 ou 5 pour au moins 2 questions	3, 4 ou 5 pour au moins 4 questions
4 ou 5 pour les 3 questions	3, 4 ou 5 pour au moins 5 questions

ANNEXE 7

QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ DE BECK (Beck Depressive Inventory- BDI 13)

Traduction française : professeur Pierre Pichot

Introduction et mise en garde : Le diagnostic ne peut être porté avec fiabilité que par un médecin au vu de divers éléments, les symptômes d'une dépression pouvant être très variables selon les individus. Ce questionnaire peut en revanche vous aider à suivre l'évolution de symptômes dépressifs au cours d'un traitement par exemple.

Consignes : Ce questionnaire comporte 13 séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux l'état, durant ces deux dernières semaines, du candidat au sevrage. Entourez le numéro qui correspond à la proposition choisie.

Inventaire abrégé de dépression de Beck (13 items)	
Entourez la proposition de chaque chapitre correspondant le mieux à votre état actuel :	
A 0. Je ne me sens pas triste 1. Je me sens cafardeux ou triste 2. Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir 3. Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter	H 0. Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens 1. Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois 2. J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux 3. J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement
B 0. Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir 1. J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir 2. Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer 3. Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer	I 0. Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume 1. J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision 2. J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions 3. Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision

C 0. Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie 1. J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens 2. Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs 3. J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)	J 0. Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant 1. J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux 2. J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux 3. J'ai l'impression d'être laid et repoussant
D 0. Je ne me sens pas particulièrement insatisfait 1. Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances 2. Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit 3. Je suis mécontent de tout	K 0. Je travaille aussi facilement qu'auparavant 1. Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose 2. Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit 3. Je suis incapable de faire le moindre travail
E 0. Je ne me sens pas coupable 1. Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps 2. Je me sens coupable 3. Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien	L 0. Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude 1. Je suis fatigué plus facilement que d'habitude 2. Faire quoi que ce soit me fatigue 3. Je suis incapable de faire le moindre travail
F 0. Je ne suis pas déçu par moi-même 1. Je suis déçu par moi-même 2. Je me dégoûte moi-même 3. Je me hais	M 0. Mon appétit est toujours aussi bon 1. Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude 2. Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant 3. Je n'ai plus du tout d'appétit
G 0. Je ne pense pas à me faire du mal 1. Je pense que la mort me libérerait 2. J'ai des plans précis pour me suicider 3. Si je le pouvais, je me tuerais	Additionnez toutes vos réponses : Le score total varie de 0 à 39. De 0 à 3 : on considère qu'il n'y a pas de dépression De 4 à 7 : dépression légère De 8 à 15 : dépression d'intensité moyenne à modérée A partir de 16 et plus : dépression sévère

ANNEXE 8

AUTRES FORMES DE TSN ENVISAGEABLES

Inhalateurs :

La fréquence des aspirations (plus ou moins répétées) ainsi que leur intensité sont à adapter en fonction des besoins du patient, sans dépasser 12 cartouches par jour.

Sprays buccaux :

Par rapport à une gomme à mâcher ou à un comprimé à sucer contenant de la nicotine, la nicotine est absorbée plus rapidement lorsqu'elle provient d'un pulvérisateur buccal. Chaque pulvérisation permet de délivrer 1 mg de nicotine. Il est recommandé de ne pas inhaler lors de la pulvérisation afin que le produit n'entre pas dans les voies respiratoires, d'éviter de déglutir pendant les quelques secondes qui suivent la pulvérisation, et de s'abstenir de manger et de boire lors de celle-ci.

ANNEXE 9

MÉDICAMENTS ET DISPOSITIFS NON RECOMMANDÉS DANS LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE DE L'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE

- **La cigarette et la chicha électronique**
- **Clonidine** : agoniste des récepteurs adrénergiques de type α_2 . Il diminue l'activation du système nerveux sympathique.
- **Cytisine** : agoniste partiel du récepteur $\alpha_4\beta_2$ à la nicotine.
- **Mécamylamine** : antidépresseur antagoniste partiel des récepteurs nicotiniques d'acétylcholine.
- **Buspirone** : anxiolytiques non benzodiazépines.
- **Diazépam** : anxiolytiques, sédatif, anticonvulsivant, de la famille des benzodiazépines
- **Doxépine** : antidépresseur tricyclique.
- **Méprobamate** : anxiolytique, myorelaxant, de la famille des carbamates.
- **Ondansétron** : antiémétique, antagoniste et hautement sélectif des récepteurs 5-HT₃ à la sérotonine.
- **Métoprolol** : bêtabloquant.

ANNEXE 10

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE

DOSSIER DE CONSULTATION D'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE

DATE : /__/_ / __/_ / __/_ / __/_ /

Wilaya : Code wilaya : /__/_ /

Type d'établissement : ☐ CHU, ☐ EHU ☐ EPH, ☐ EHS, ☐ EPSP ☐ ESP

Nom de l'établissement :

Numéro du dossier : /

Nom du médecin traitant :

1 - IDENTIFICATION

- Nom : ; - Prénom :
- Date de naissance : /__/_/ __/_/_/ __/_/_/
- Jour Mois Année
- Sexe : ☐ Homme, ☐ Femme
- Adresse :
- Commune : - Wilaya :
- Téléphone portable : - Téléphone fixe :
- Email :
- Niveau d’instruction : ☐ Jamais scolarisé, ☐ Primaire, ☐ Moyen, ☐ Secondaire, ☐ Supérieur
- Catégorie socio-professionnelle (ONS) :
- ☐ Ouvrier / Manœuvre / Saisonnier
- ☐ Employeur / indépendant
- ☐ Cadre supérieur
- ☐ Profession libérale
- ☐ Cadre moyen
- ☐ Employé
- ☐ Inactif, Sans profession
- ☐ Etudiant, stagiaire, apprenti
- ☐ Retraité
- ☐ Autre

2 - MOTIFS DE LA CONSULTATION

Vous voulez :

- ☐ arrêter complètement de consommer du tabac.
- ☐ réduire votre consommation de tabac.
- ☐ obtenir des renseignements sur le sevrage tabagique.
- ☐ avoir une aide pour maintenir l'arrêt (car vous venez d'arrêter de fumer / chiquer/autres méthodes).
- ☐ autre, précisez :.....

3 - CARACTERISTIQUES DU TABAGISME

- Moment depuis la dernière prise de tabac : /__/__/ minutes/heures/jours
 - Fumez-vous :
 - à l'intérieur de votre habitation ? ☐ Oui ☐ Non
 - à l'intérieur de votre véhicule ? ☐ Oui ☐ Non
 - à l'intérieur de votre lieu de travail ? ☐ Oui ☐ Non
 - dans les lieux publics fermés ? ☐ Oui ☐ Non
 - Y a-t-il d'autres fumeurs que vous dans votre foyer ? ☐ Oui ☐ Non
- Si oui, précisez le nombre de fumeurs : /__/ ; lien de parenté:

4 - FACTEURS DE RISQUE

Pour les femmes

- Grossesse : ☐ Oui ☐ Non. Si oui, précisez le terme : ☐ T1 ☐ T2 ☐ T3
- Contraceptifs oraux : ☐ Oui ☐ Non
- Souffrez-vous d'une ou de plusieurs maladie(s) chronique(s) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :

- ☐ Hypertension artérielle ; Traitement: ☐ Oui ☐ Non ;
- ☐ Diabète ; Traitement : ☐ Oui ☐ Non ;
- ☐ Dyslipidémie ; Traitement : ☐ Oui ☐ Non ;
- ☐ Maladies cardiovasculaires : ☐ IDM, ☐ AVC, ☐ AOMI, ☐ autre, si autre, précisez
Traitement : ☐ Oui ☐ Non ;
- ☐ Affections respiratoires chroniques : ☐ BPCO, ☐ PID ; Traitement : ☐ Oui ☐ Non ;
- ☐ Cancers ; Traitement: ☐ Oui ☐ Non ;
- ☐ Maladies psychiatriques; Traitement : ☐ Oui ☐ Non ;
- ☐ Autre, précisez, ... Traitement : ☐ Oui ☐ Non ;
- Avez-vous déjà été ou êtes-vous soigné(e) pour dépression nerveuse ayant occasionné un arrêt partiel ou total de votre activité? ☐ Oui ; ☐ Non
- Prenez-vous un ou plusieurs des médicaments suivant?
☐ Tranquillisants ; ☐ Antidépresseurs ; ☐ Neuroleptiques ; ☐ Régulateurs de l'humeur
☐ Autre, précisez.....
- Avez-vous eu ou avez-vous actuellement d'autres problèmes de santé que vous souhaitez nous signaler? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, lesquels?.....

5 - BILAN TABAGIQUE

Que consommez-vous actuellement?

- ☐ Cigarettes manufacturées ; quantité par jour /___/___/
- ☐ Cigarettes roulées ; quantité par jour /___/___/
- ☐ Chicha ; quantité par jour /___/___/
- ☐ Tabac à chiquer (chema) ; quantité (boîtes) par jour /___/
- ☐ Cigarettes ou chicha électronique ; quantité (nombre de cartouches) par jour /___/; par semaine /___/
- ☐ Cannabis ; nombre de joints par jour /___/
- ☐ Autre ; précisez

6 - DEGRE DE DEPENDANCE AU TABAC POUR LES FUMEURS

(Test de Fagerström simplifié)

- Le matin, combien de temps après vous être réveillé(e) fumez-vous votre première cigarette ?

☐ Dans les 5 minutes: 3

☐ 6 - 30 minutes: 2

☐ 31 - 60 minutes: 1

☐ Plus de 60 minutes: 0

- Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

☐ 10 ou moins: 0

☐ 11 à 20: 1

☐ 21 à 30: 2

☐ 31 ou plus: 3

- Score total de vos réponses : /___/

- Interprétation (cocher la réponse correspondant au score obtenu) :

☐ 0-1 : pas de dépendance à la nicotine.

☐ 2-3 : dépendance modérée à la nicotine.

☐ 4-5-6 : dépendance forte à la nicotine.

Conclusion :.....

7 - HISTOIRE AVEC LE TABAC

Début de la consommation de tabac

- À quel âge avez-vous commencé à consommer du tabac quotidiennement ? /___/___/ ans

- Depuis quand consommez vous du tabac (années)? /___/___/

Tentatives d'arrêt de consommation de tabac

- Combien de fois avez-vous déjà essayé d'arrêter de consommer du tabac pendant au moins 7 jours? /___/___/

- Combien de temps a duré votre arrêt le plus long ? /___/___/ en jours, /___/___/ en mois, /___/___/ en années.

- Quelle est la date de votre dernière tentative? /___/___/ ___/___/ ___/___/ ___/___/

Jours Mois Année

- Lorsque vous avez arrêté de consommer du tabac complètement , pendant au moins 7 jours, avez-vous pris du poids ? ☐ Oui ; ☐ Non ; Si oui, combien de kilos ? /___/___/ Kg

- Quels troubles avez-vous ressenti à l'arrêt du tabac?

☐ Aucun ; ☐ Difficultés de concentration ; ☐ Pulsions à fumer ;

☐ Troubles du sommeil ; ☐ Irritabilité, colère ; ☐ Augmentation de l'appétit ;

☐ Agitation, anxiété, nervosité

☐ Autres, lesquels?

8 - EVALUATION DE L'ETAT PSYCHOLOGIQUE

- Pour quelle(s) raison(s) pensez-vous avoir recommencé à fumer ? (par ordre d'importance)

- 1-
 2-
 3-

- Pourquoi fumez-vous ?

Évaluez par une note de 0 à 10 les raisons qui vous poussent à fumer. Lisez chaque proposition et entourez le chiffre qui correspond à votre réponse : 0 signifie "Jamais" et 10 signifie "Toujours".

- Je fume... :

- parce que c'est un geste automatique	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- par convivialité	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour le plaisir	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour combattre le stress	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour mieux me concentrer	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour me soutenir le moral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour ne pas grossir	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour oublier les problèmes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Entretien motivationnel

- Si vous décidiez aujourd'hui d'arrêter de consommer du tabac, quelle confiance auriez-vous dans votre capacité à y parvenir ?

Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation : (0 signifie : "Aucune confiance" et 10 signifie "Totale confiance").

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Pourquoi voulez-vous arrêter de consommer du tabac ?

J'aimerais bien arrêter de consommer du tabac parce que je voudrais.....

- Que craignez-vous en arrêtant de consommer du tabac ?

En essayant d'arrêter de consommer du tabac, j'ai peur de.....

- En cas de difficultés lors du sevrage, y a-t-il des personnes dans votre entourage sur qui vous pouvez compter pour vous apporter une aide ? ☐ Oui ; ☐ Non

- Indiquez à quel point vous craignez de prendre du poids si vous arrêtez de consommer du tabac : 0 signifie « pas du tout » et 10 signifie « extrêmement ».

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Indiquez à quel point vous avez confiance en vous pour ne pas prendre de poids si vous arrêtez de consommer du tabac :

0 signifie « Je n'ai aucune confiance en moi » et 10 signifie « J'ai totalement confiance en moi »

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Habitudes de vie

- Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ? ☐ Oui ; ☐ Non

Co- addictions

- **Consommez-vous de l'alcool quotidiennement?** ☐ Oui ☐ Non

- Consommez-vous des drogues psychoactives autres que le cannabis ? ☐ Oui ☐ Non.

Si oui, lesquelles?

- -

- -

- Actuellement, rencontrez-vous des difficultés particulières dans votre vie familiale ? ☐ Oui ☐ Non

1.

2.

3.

- Actuellement, rencontrez-vous des difficultés particulières dans votre vie professionnelle ?

☐ Oui ☐ Non

1.

2.

3.

- **Evaluation de l'état dépressif (Test de Beck abrégé avec 13 items) :** [Voir annexe](#)

Score total du test de Beck: /__/_/

Interprétation du score de Beck:

☐ 0-3 : pas de dépression

☐ 4-7 : dépression légère

☐ 8-15 :dépression d'intensité moyenne à modérée

☐ >16 : dépression sévère

Conclusion :

9 - PLACE DU TABAC DANS VOTRE BUDGET

- Quelle somme d'argent consacrez-vous au tabac chaque mois ? /__/_/___/___/ DA

- Quelle dépense essentielle vous auriez pu effectuer avec cette somme ?

- Bénéficiez-vous d'une assurance maladie? ☐ Oui ; ☐ Non

CONSULTATION INITIALE

Date : /__/_/ __/_/ __/_/ __/_/ __/_/ Jour Mois Année
- Poids : /__/_/ kg ; - Taille : /__/_/ cm ; - IMC : Kg/m2 - TA : /___/___/ mmHg ; - FC : /__/_/ Bat/min ; - FR : /__/_/cycles/min Maxima Minima - Examen clinique : ☐ normal ; ☐ pathologique, précisez Pour les femmes - Grossesse en cours : ☐ Oui ; ☐ Non ; Si oui, âge de la grossesse : ☐ T1 ☐ T2 ☐ T3 - Prise d'oestro-progestatifs : ☐ Oui ; ☐ Non ; Si oui, depuis quand ? /__/_/mois/années - Ménopause : ☐ Oui ; ☐ Non ; Si oui, depuis quand ? /__/_/mois/années - Traitement substitutif : ☐ Oui ; ☐ Non
- Consommation moyenne quotidienne de tabac : /__/_/ - CO expiré : /__/_/ ppm - SaO2 : - Nombre de cigarettes / prise de chique depuis le lever : /__/_/ - Temps écoulé depuis la dernière cigarette / prise de chique : /__/_/ minutes/heures/jours - Evaluation de l'aptitude du candidat au sevrage tabagique : - Une date d'arrêt a-t-elle été fixée avec le fumeur ? ☐ Oui ; ☐ Non ; Date fixée: / ___/___/___ ___/___ ___/ Jour Mois Année
- Démarche de sevrage de la consommation : ☐ Arrêt complet ☐ Réduction ☐ Sans traitement ☐ Avec un traitement (substitutif, psychothérapie,...)
Traitement prescrit - Traitement de substitution nicotinique : ☐ Oui ; ☐ Non Si oui, lequel : - Dispositif transdermique - ou patch : dose par 16 h ou 24 h _____ - Pastilles, dose : /__/_/ 2mg /__/_/ 4mg - Prise en charge psychologique : ☐ locale (médecin ou psychologue) ☐ référée à un spécialiste - Autre moyen d'aide au sevrage, précisez :
- Prise en charge diététique : ☐ Oui ; ☐ Non
- Souhaitez-vous assister à la réunion de groupe ? ☐ Oui ☐ Non Si refus, date de consultation : /__/_/ __/_/ __/_/ __/_/ __/_/ Jour Mois Année

CONSULTATION DE SUIVI N° 1

Date : /__/_/ __/_/ __/_/ __/_/ __/_/ Jour Mois Année
- Patient en arrêt : ☐ Oui ; ☐ Non - Si oui, nombre de jours d'arrêt total : /__/_/ __/_/ - Si non, réduction de la consommation de 50% et plus : ☐ Oui ; ☐ Non
- Consommation moyenne quotidienne de cigarettes : /__/_/ cig/j
EXAMEN CLINIQUE - Poids : /__/_/ kg ; - Taille : /__/_/ cm ; - IMC : Kg/m2 - TA : /___/___/ mmHg ; - FC : /__/_/ Bat/min ; - FR : /__/_/cycles/min Maxima Minima - SaO2 : - Examen clinique : ☐ normal ; ☐ pathologique, précisez
- CO expiré : /__/_/ ppm - Temps écoulé depuis la dernière cigarette : _____ minutes/heures/jours - Utilisez-vous une cigarette électronique ? ☐ Oui ; ☐ Non
- Observations :
- Traitement prescrit : Traitement de substitution nicotinique : ☐ Oui ; ☐ Non Si oui, lequel : ☐ Dispositif transdermique - ou patch ; Dose par 16 h ou 24 h _____ ☐ Pastilles ; Dose : /__/_/ 2mg /__/_/ 4mg - Prise en charge psychologique : ☐ locale (médecin ou psychologue) ☐ référée à un spécialiste - Autre moyen d'aide au sevrage, précisez :
- Techniques comportementales : ☐ Oui ; ☐ Non
- Orientation vers un psychologue : ☐ Oui ; ☐ Non
- Prise en charge diététique : ☐ Oui ; ☐ Non
- Autre (exemple : prescription de l'activité physique régulière):
- Orientation vers un médecin spécialiste : ☐ Oui ; ☐ Non Si oui, précisez : Observation (s) (réponse du spécialiste s'il y a lieu):

CONSULTATION DE SUIVI N° 2

Date : /__/_/ __/_/ __/_/ __/_/ __/_/ Jour Mois Année
- Patient en arrêt : ☐ Oui ; ☐ Non - Si oui, nombre de jours d'arrêt total : /__/_/ __/_/ - Si non, réduction de la consommation de 50% et plus : ☐ Oui ; ☐ Non - Consommation moyenne quotidienne de cigarettes : /__/_/ cig/j
EXAMEN CLINIQUE - Poids : /__/_/ __/_/ kg ; - Taille : /__/_/ __/_/ cm ; - IMC : Kg/m2 - TA : /___/___/ mmHg ; - FC : /__/_/ __/_/ Bat/min ; - FR : /__/_/ cycles/min Maxima Minima - SaO2 : - Examen clinique : ☐ normal ; ☐ pathologique, précisez - CO expiré : /__/_/ ppm - Temps écoulé depuis la dernière cigarette : _____ minutes/heures/jours - Utilisez-vous une cigarette électronique ? ☐ Oui ; ☐ Non
- Observations :
- Traitement prescrit : Traitement de substitution nicotinique : ☐ Oui ; ☐ Non Si oui, lequel : ☐ Dispositif transdermique - ou patch ; Dose par 16 h ou 24 h _____ ☐ Pastilles ; Dose : /__/_/ 2mg /__/_/ 4mg - Prise en charge psychologique : ☐ locale (médecin ou psychologue) ☐ référée à un spécialiste - Autre moyen d'aide au sevrage, précisez :
- Techniques comportementales : ☐ Oui ; ☐ Non
- Orientation vers un psychologue : ☐ Oui ; ☐ Non
- Prise en charge diététique : ☐ Oui ; ☐ Non
- Autre (exemple : prescription de l'activité physique régulière):
- Orientation vers un médecin spécialiste : ☐ Oui ; ☐ Non Si oui, précisez :
Observation (s) (réponse du spécialiste s'il y a lieu):

CONSULTATION DE SUIVI N° 3

Date : /__/__/ __/__/ __/__/ __/__/ __/__/ Jour Mois Année
- Patient en arrêt : ☐ Oui ; ☐ Non - Si oui, nombre de jours d'arrêt total : /__/__/__/ - Si non, réduction de la consommation de 50% et plus : ☐ Oui ; ☐ Non
- Consommation moyenne quotidienne de cigarettes : /__/__/ cig/j
EXAMEN CLINIQUE - Poids : /__/__/__ kg ; - Taille : /__/__/__ cm ; - IMC : Kg/m2 - TA : /___/___/ mmHg ; - FC : /__/__/__ Bat/min ; - FR : /__/__/cycles/min Maxima Minima - SaO2 : - Examen clinique : ☐ normal ; ☐ pathologique, précisez
- CO expiré : /__/__/ ppm - Temps écoulé depuis la dernière cigarette : _____ minutes/heures/jours
- Utilisez-vous une cigarette électronique ? ☐ Oui ; ☐ Non
- Observations :
- Traitement prescrit : Traitement de substitution nicotinique : ☐ Oui ; ☐ Non Si oui, lequel : ☐ Dispositif transdermique - ou patch ; Dose par 16 h ou 24 h _____ ☐ Pastilles ; Dose : /__/ 2mg /__/ 4mg - Prise en charge psychologique : ☐ locale (médecin ou psychologue) ☐ référée à un spécialiste - Autre moyen d'aide au sevrage, précisez :
- Techniques comportementales : ☐ Oui ; ☐ Non
- Orientation vers un psychologue : ☐ Oui ; ☐ Non
- Prise en charge diététique : ☐ Oui ; ☐ Non
- Autre (exemple : prescription de l'activité physique régulière):
- Orientation vers un médecin spécialiste : ☐ Oui ; ☐ Non Si oui, précisez :
Observation (s) (réponse du spécialiste s'il y a lieu):

CONSULTATION DE SUIVI N° 4

Date : /__/__/ __/__/ __/__/ __/____/____ Jour Mois Année
- Patient en arrêt : ☐ Oui ; ☐ Non - Si oui, nombre de jours d'arrêt total : /__/__/__/____ - Si non, réduction de la consommation de 50% et plus : ☐ Oui ; ☐ Non
- Consommation moyenne quotidienne de cigarettes : /__/__/ __/____ cig/j
EXAMEN CLINIQUE - Poids : /__/__/__/ kg ; - Taille : /__/__/__/ cm ; - IMC : Kg/m2 - TA : /____/____/ mmHg ; - FC : /__/__/__/ Bat/min ; - FR : /__/__/cycles/min Maxima Minima - SaO2 : - Examen clinique : ☐ normal ; ☐ pathologique, précisez
- CO expiré : /__/__/ ppm - Temps écoulé depuis la dernière cigarette : _____ minutes/heures/jours
- Utilisez-vous une cigarette électronique ? ☐ Oui ; ☐ Non
- Observations :
- Traitement prescrit : Traitement de substitution nicotinique : ☐ Oui ; ☐ Non Si oui, lequel : ☐ Dispositif transdermique - ou patch ; Dose par 16 h ou 24 h _____ ☐ Pastilles ; Dose : /__/ 2mg /__/ 4mg - Prise en charge psychologique : ☐ locale (médecin ou psychologue) ☐ référée à un spécialiste - Autre moyen d'aide au sevrage, précisez :
- Techniques comportementales : ☐ Oui ; ☐ Non
- Orientation vers un psychologue : ☐ Oui ; ☐ Non
- Prise en charge diététique : ☐ Oui ; ☐ Non
- Autre (exemple : prescription de l'activité physique régulière):
- Orientation vers un médecin spécialiste : ☐ Oui ; ☐ Non Si oui, précisez :
Observation (s) (réponse du spécialiste s'il y a lieu):

CONSULTATION DE SUIVI N° 5

Date : /__/_/ __/_/ __/_/ __/_/ __/_/ Jour Mois Année
- Patient en arrêt : ☐ Oui ; ☐ Non - Si oui, nombre de jours d'arrêt total : /__/_/ __/_/ - Si non, réduction de la consommation de 50% et plus : ☐ Oui ; ☐ Non
- Consommation moyenne quotidienne de cigarettes : /__/_/ cig/j
EXAMEN CLINIQUE - Poids : /__/_/ kg ; - Taille : /__/_/ cm ; - IMC : Kg/m2 - TA : /___/___/ mmHg ; - FC : /__/_/ Bat/min ; - FR : /__/_/cycles/min Maxima Minima - SaO2 : - Examen clinique : ☐ normal ; ☐ pathologique, précisez
- CO expiré : /__/_/ ppm - Temps écoulé depuis la dernière cigarette : _____ minutes/heures/jours
- Utilisez-vous une cigarette électronique ? ☐ Oui ; ☐ Non
- Observations :
- Traitement prescrit : Traitement de substitution nicotinique : ☐ Oui ; ☐ Non Si oui, lequel : ☐ Dispositif transdermique - ou patch ; Dose par 16 h ou 24 h _____ ☐ Pastilles ; Dose : /__/_/ 2mg /__/_/ 4mg - Prise en charge psychologique : ☐ locale (médecin ou psychologue) ☐ référée à un spécialiste - Autre moyen d'aide au sevrage, précisez :
- Techniques comportementales : ☐ Oui ; ☐ Non
- Orientation vers un psychologue : ☐ Oui ; ☐ Non
- Prise en charge diététique : ☐ Oui ; ☐ Non
- Autre (exemple : prescription de l'activité physique régulière):
- Orientation vers un médecin spécialiste : ☐ Oui ; ☐ Non Si oui, précisez :
Observation (s) (réponse du spécialiste s'il y a lieu):

ANNEXES DU DOSSIER MEDICAL

Inventaire abrégé de dépression de Beck (13 items)

Entourez la proposition de chaque chapitre correspondant le mieux à votre état actuel :

A 0. Je ne me sens pas triste 1. Je me sens cafardeux ou triste 2. Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir 3. Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter	H 0. Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens 1. Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois 2. J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux 3. J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement
B 0. Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir 1. J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir 2. Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer 3. Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer	I 0. Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume 1. J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision 2. J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions 3. Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision
C 0. Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie 1. J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens 2. Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs 3. J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)	J 0. Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant 1. J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux 2. J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux 3. J'ai l'impression d'être laid et repoussant
D 0. Je ne me sens pas particulièrement insatisfait 1. Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances 2. Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit 3. Je suis mécontent de tout	K 0. Je travaille aussi facilement qu'auparavant 1. Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose 2. Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit 3. Je suis incapable de faire le moindre travail

E 0. Je ne me sens pas coupable 1. Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps 2. Je me sens coupable 3. Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien	L 0. Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude 1. Je suis fatigué plus facilement que d'habitude 2. Faire quoi que ce soit me fatigue 3. Je suis incapable de faire le moindre travail
F 0. Je ne suis pas déçu par moi-même 1. Je suis déçu par moi-même 2. Je me dégoûte moi-même 3. Je me hais	M 0. Mon appétit est toujours aussi bon 1. Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude 2. Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant 3. Je n'ai plus du tout d'appétit
G 0. Je ne pense pas à me faire du mal 1. Je pense que la mort me libérerait 2. J'ai des plans précis pour me suicider 3. Si je le pouvais, je me tuerais	Additionnez toutes vos réponses : Le score total varie de 0 à 39. De 0 à 3 : on considère qu'il n'y a pas de dépression De 4 à 7 : dépression légère De 8 à 15 : dépression d'intensité moyenne à modérée A partir de 16 et plus : dépression sévère

ANNEXE 11

REPARTITION DES UNITES D'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE PAR WILAYA, PAR STRUCTURE ET SELON LE LIEU D'IMPLANTATION

N°	Wilaya	EPSP	Lieu d'implantation
01	Adrar	Adrar	CISA
02	Chlef	Ouled Farès	CISA
03	Laghouat	Laghouat	CISA
04	Oum El Bouaghi	O.E.Bouaghi	Polyclinique Bouakaz
05	Batna	Batna	CISA
06	Bejaïa	Bejaïa	CISA
07	Biskra	Biskra	CISA
08	Béchar	Béchar	CISA
09	Blida	Ouled Yaich	CISA
10	Bouira	Bouira	CISA
11	Tamanrasset	Tamanrasset	CISA
12	Tébessa	Tébessa	CISA
13	Tlemcen	Tlemcen	CISA
14	Tiaret	Tiaret	CISA
15	Tizi Ouzou	Draa-Ben Khedda	CISA
16	Alger	Bordj el Kiffen-Dergana	Polyclinique Dergana
		EHS Chéraga Mahfoud Boucebci	Service psychiatrie
		CHU Bab El Oued	SEMEP
		CHU de Bab El Oued	Service de Pneumologie (UCTMR de Bab EL Oued)
		CHU Béni Messous	Service pneumologie
		CHU Mustapha	Service de Pneumologie (UCTMR)
		CHU Douera	SEMEP

N°	Wilaya	EPSP	Lieu d'implantation
		CHU Hussein Dey	SEMEP
17	Djelfa	Djelfa	EPSP
18	Jijel	Jijel	CISA
19	Sétif	Sétif	CISA
20	Saida	Saida	Polyclinique Oueld El Kebir
21	Skikda	Skikda	CISA
22	Sidi Belabbès	Sidi Bel Abbès	CISA
23	Annaba	Annaba	CISA
24	Guelma	Guelma	CISA
25	Constantine	Bachir Mentouri	CISA
26	Médéa	Médéa	CISA
27	Mostaganem	Mostaganem	Polyclinique
28	M'Sila	M'SILA	CISA
29	Mascara	MASCARA	CISA
30	Ouargla	OUARGLA	CISA
31	Oran	Ain Turk	Polyclinique
		Arzew	Polyclinique
		Senia	Polyclinique
		Bouamama	Polyclinique
		Seddikia	Polyclinique
		EPSP Front de mer	Polyclinique
32	El Bayadh	El Bayadh	CISA
33	Illizi	Illizi	NÉANT
34	Bordj Bou Arreridj	Medjana	Polyclinique Médjana
35	Boumerdès	Bordj Menaiel	CISA
36	El Tarf	El Tarf	CISA

N°	Wilaya	EPSP	Lieu d'implantation
37	Tindouf	Tindouf	CISA
38	Tissemsilt	Tissemsilt	CISA
39	El Oued	El Oued	CISA
40	Khenchela	Khenchela	CISA
41	Souk Ahras	Souk Ahras	CISA
42	Tipaza	Bou Smail	CISA
43	Mila	Mila	CISA
44	Ain Défla	Ain Lechiakh	CISA
		Khemis Méliana	Polyclinique khemis Méliana
45	Naama	Naama	CISA
46	Ain Temouchent	Ain Temouchent	CISA
47	Chardaïa	Chardaïa	NÉANT
48	Relizane	Relizane	NÉANT

ANNEXE 12

MOYENS HUMAINS ET MATÉRIELS NÉCESSAIRES A LA MISE EN PLACE D'UNE UNITÉ D'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE

1- Ressources humaines

Désignation	Nombre
Médecin généraliste ou spécialiste	01
Paramédical	01
Psychologue	01
Secrétaire	01
Agent d'accueil	01
Agent de surface	01

2- Matériels d'examen d'une unité de consultation

Désignation	Nombre
Tensiomètre	02
Stéthoscope	02
Toise	01
Pèse-personne	01
Mètre ruban millimétré (IMC)	01
Appareil de mesure de monoxyde de Carbone	02
Saturomètre	01
Matériel nécessaire à une consultation de psychologie (tests psychologiques et de personnalité)	01

3- Matériels de Bureau d'une unité de consultation

Désignation	Nombre
Salle de consultation aménagée	01
Salle d'attente équipée pour 15 personnes	01
Desk de réception	01
Toilettes	02
Bureau	02
Table d'examen	01
Escabeau	01
Armoire vitrée à clef	01
Meuble de classement de dossier	01
Microordinateur	02
Scanner	01
Photocopieur	01
Imprimante	01
Registres	03
Fiches médicales (identification et RDV)	Selon estimation de nombre de consultants
Dossiers médicaux spécifiques	Selon estimation de nombre de consultants

4- Aide pharmacologique au sevrage

Substituts nicotinique	Selon estimation de nombre de consultants
------------------------	---

5- Matériels de communication d'une unité de consultation

Désignation	Nombre
DATA SHOW	01
Table basse et/ou étagères pour les supports et outils de communication et sensibilisation sur la lutte antitabac	01
Micro portable	01
Dépliants	3000
Affiches	1000
Caméra pour visioconférence	02
Ecran pliable	01
Ligne téléphonique directe	01
Connexion internet	01

ANNEXE 13

HIÉRARCHISATION DE LA PRISE EN CHARGE D'UN CONSOMMATEUR DE TABAC

