



FONDATION PAPA MUI LU PILA

« FPM/EUP »

F.92/42.356 ACTE AUTHENTIFIÉ N°2079/2024

Siège social & Adm : N°52/D, Av. MONGO Quartier LUBEFU Commune de Matete
Kinshasa/RDC

Tél.: (+243) 820 344 554 (M-pesa) 895 412 471 (Orange money)

Courriel : papamuilu962@gmail.com & Gmail : fondationfpm50@gmail.com

Site Web : <https://fpm.aprovemacrdc.org>

Devise : **Unité – Cohérence – Succès.**

Jeunes, pour un avenir meilleur, disons non au tabagisme, à l'alcoolisme et à la toxicomanie.

PRISE EN CHARGE DES TABAGIQUES

PAR

**CT DR MUI LU PILA JUSTIN
NEUROPSYCHIATRE**

DECEMBRE 2024

TABLE DES MATIERES

PRISE EN CHARGE DES TABAGIQUES AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT D'UTILITE PUBLIQUE DENOMME FONDATION PAPA MUILU PILA 'FPM EUP'	0
1.1. Définition et caractéristiques du tabac	4
1.2. Origine et histoire.....	4
1.3. Caractéristiques chimiques	4
1.4. Epidémiologie du tabagisme	4
1.4.1. La prévalence du tabac en Amérique.....	5
1.4.1.1. Amérique du Nord.....	5
1.4.1.2. Amérique Latine	5
1.4.1.3. Les Caraïbes.....	5
1.4.2. La prévalence du tabac en Europe	6
1.4.2.1. Europe de l'Ouest	6
1.4.2.2. Europe de l'Est.....	6
1.4.2.3. Pays nordiques	7
1.4.3.1. Afrique subsaharienne	7
1.4.3.2. Afrique du Nord.....	7
1.4.3.3. Tendances chez les jeunes.....	7
1.4.3.4. Facteurs influençant la prévalence.....	8
1.4.4. La prévalence du tabac en République Démocratique du Congo (RDC)	8
1.4.4.1. Consommation générale	8
1.4.4.2. Facteurs influençant la prévalence.....	9
1.5. Effets sur la santé.....	9
1.5.1. Maladies cardiovasculaires.....	9
1.5.2. Cancer.....	9
1.5.3. Problèmes respiratoires	9
1.5.4. Affaiblissement du système immunitaire	9
1.5.5. Problèmes de reproduction et grossesse.....	10
1.5.6. Vieillesse prématurée de la peau	10
1.5.7. Effets sur la santé bucco-dentaire	10
1.6. Consommation de tabac et dépendance	10

1.7. Prise en charge du tabagique	10
1.7.1. Évaluation initiale	10
1.7.2. Évaluation de la dépendance	11
1.7.2.1. Utilisation de questionnaires (le Fagerström) : Il s'agit d'une analyse détaillée du test de Fagerström, un outil essentiel pour évaluer la dépendance à la nicotine (28).	11
1.7.2.2. Bilan de santé	11
1.6.3. Objectifs et motivation visant l'arrêt de la consommation.....	13
1.6.4. Traitements médicaux	13
1.6.4.1. Substitution nicotinique	13
1.6.4.2. Bupropione ou amfébutamone.....	14
1.6.4.3. Varénicline	15
1.6.5. Support psychologique et comportemental	16
1.6.6. Suivi à long terme.....	16
1.6.6.2. Encouragement à un mode de vie sain	16
1.6.7. Éducation sanitaire	17
Références bibliographiques	18

PRISE EN CHARGE DES TABAGIQUES AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT D'UTILITE PUBLIQUE DENOMME FONDATION PAPA MUILU PILA 'FPM EUP'

1.1. Définition et caractéristiques du tabac

Le tabac désigne la plante dont les feuilles, après récolte et séchage, sont utilisées pour la fabrication de produits destinés à la consommation, principalement sous forme de cigarettes, cigares, tabac à pipe, et tabac à chiquer (1, 2). La nicotine est la principale substance psychoactive présente dans le tabac, responsable de la dépendance physique chez les fumeurs (1, 2).

1.2. Origine et histoire

Le tabac provient principalement de la plante *Nicotiana tabacum*, cultivée dans plusieurs régions du monde (1, 2). L'utilisation du tabac remonte aux civilisations précolombiennes en Amérique, avant sa diffusion en Europe au XVI^e siècle (1, 2). Aujourd'hui, la culture et la consommation de tabac sont omniprésentes à l'échelle mondiale (1, 2).

1.3. Caractéristiques chimiques

Le tabac contient plus de 4000 substances chimiques, dont beaucoup sont toxiques (1, 2, 3). Parmi celles-ci, on trouve : la nicotine (un alcaloïde qui agit comme un stimulant du système nerveux central et crée une dépendance), le monoxyde de carbone (un gaz toxique qui réduit la capacité du sang à transporter l'oxygène), les goudrons (composés cancérigènes qui se déposent dans les poumons), le benzène, le formaldéhyde, et d'autres composés toxiques responsables de nombreuses pathologies graves liées au tabagisme comme les cancers, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires (1, 2, 3).

1.4. Epidémiologie du tabagisme

La prévalence du tabac dans le monde est un problème de santé publique majeur (1). Selon Global Tobacco Epidemic en 2021 dans le rapport de l'OMS, la prévalence du tabagisme chez les adultes a diminué globalement au cours des dernières décennies, mais des inégalités subsistent entre les pays (1). Selon les données les plus récentes de l'OMS, environ 1,3 milliard de personnes dans le monde fument actuellement, ce qui représente environ 20% de la population mondiale adulte (1). La prévalence varie largement selon les **régions géographiques**, les **sexes** et les **tranches d'âge** (1, 2). Le tabagisme est beaucoup plus répandu chez les hommes que chez les femmes, bien que la tendance soit à l'augmentation du tabagisme chez les femmes dans certains pays en développement (2, 3). Par exemple, dans les pays à revenu élevé (européens et nord-américains), la consommation de tabac a tendance à diminuer, tandis que dans les pays à revenu faible et intermédiaire, elle reste élevée, en particulier parmi les jeunes adultes et les hommes (2-4).

La consommation de tabac chez les adolescents et les jeunes adultes est un problème préoccupant, avec une tendance croissante dans certains pays, notamment en raison de l'utilisation de **cigarettes électroniques** et de nouveaux produits du tabac (3, 4).

1.4.1. La prévalence du tabac en Amérique

La prévalence du tabac en Amérique reste un problème de santé publique majeur dans la région (5, 6). Les statistiques montrent que **la consommation de tabac est généralement plus élevée dans les pays d'Amérique latine et dans certains États des États-Unis** (5, 6, 7, 8). Cependant, dans l'ensemble, il y a eu une tendance à la réduction du tabagisme, particulièrement dans les pays à revenu élevé comme les États-Unis et le Canada, grâce à des politiques de santé publique efficaces et à des campagnes de prévention (5, 6, 7, 9).

1.4.1.1. Amérique du Nord

Selon les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), environ 14% des adultes américains (USA) fumaient en 2020 (5, 6). Cependant, la consommation de tabac reste plus élevée parmi certaines populations, telles que les adultes jeunes, les personnes de couleur, et les personnes vivant dans des zones rurales (5, 6).

En 2021, environ 12% des Canadiens fumaient. Le pays a mis en place des politiques strictes pour réduire la consommation de tabac, y compris des **taxes élevées (augmentation des taxes sur le tabac), emballages neutres et des interdictions de fumer dans les lieux publics** (5, 6, 7).

1.4.1.2. Amérique Latine

Dans des pays comme le Brésil, environ 9,5% de la population adulte fume, ce qui a diminué grâce à des politiques de contrôle du tabac efficaces, comme l'augmentation des taxes et l'interdiction de la publicité pour le tabac (8).

La prévalence du tabagisme chez les adultes mexicains est estimée à environ 17% selon l'OMS (5, 9). Le pays a connu des efforts pour réduire la consommation, mais le tabagisme reste un problème de santé majeur (5, 9).

1.4.1.3. Les Caraïbes

Dans les Caraïbes, la prévalence varie selon les îles, mais certains pays comme **Trinité-et-Tobago présentent des taux de tabagisme relativement élevés**, tandis que d'autres (comme **Barbade**) **connaissent une baisse significative grâce à des politiques antitabac** (5, 9).

Bref, la tendance générale en Amérique est à la baisse du tabagisme, mais l'utilisation de cigarettes électroniques et de produits de tabac sans fumée (comme les snus et le tabac à priser) a conduit à un changement dans les habitudes de consommation, particulièrement chez les jeunes (5-9).

A. Facteurs influençant la prévalence

a. Politiques de santé publique

Les pays comme les États-Unis, le Canada, et le Brésil ont mis en place des politiques rigoureuses (interdiction de fumer dans les lieux publics, emballages neutres, augmentation des taxes sur le tabac).

b. Disparités économiques et sociales

Le tabagisme est plus courant parmi les populations à faible revenu et dans les zones rurales.

c. Utilisation de produits alternatifs

L'usage de cigarettes électroniques et de produits de tabac sans fumée est en hausse, notamment parmi les jeunes adultes.

1.4.2. La prévalence du tabac en Europe

La prévalence du tabac en Europe varie considérablement d'un pays à l'autre, mais des tendances générales peuvent être observées. En Europe de l'Ouest, notamment dans des pays comme la France, le Royaume-Uni, et l'Allemagne, la consommation de tabac a diminué au cours des dernières décennies grâce à des politiques de santé publique efficaces, telles que des interdictions de fumer dans les lieux publics, des campagnes de sensibilisation, et des taxes élevées sur les produits du tabac. En revanche, dans certains pays de l'Europe de l'Est, la prévalence reste élevée, bien que des efforts soient également déployés pour réduire la consommation.

1.4.2.1. Europe de l'Ouest

En 2020, environ 25% des adultes français fumaient. Le tabagisme reste relativement élevé, mais des efforts tels que le paquet de cigarettes neutre et l'augmentation des prix ont permis une réduction progressive de la prévalence (10, 11).

Au Royaume-Uni, la prévalence du tabagisme est d'environ 13,9% chez les adultes (en 2020), et le pays est reconnu pour ses politiques de réduction des risques, incluant la promotion des substituts nicotiniques et des cigarettes électroniques (10, 11).

En 2021, environ 25% des adultes allemands fumaient, mais la consommation a diminué ces dernières années grâce aux politiques antitabac (10, 12).

1.4.2.2. Europe de l'Est

Environ 27% des adultes polonais fument encore, bien que le pays ait mis en œuvre des politiques pour encourager l'arrêt du tabac (10, 13, 14).

La Roumanie et la Bulgarie présentent des taux de tabagisme relativement élevés, avec environ 40% des hommes qui fument, bien que des efforts de sensibilisation soient en cours pour réduire cette prévalence (10, 13, 14).

1.4.2.3. Pays nordiques

En Suède, des taux de tabagisme sont relativement faibles (environ 7% des adultes suédois fument), en raison de l'usage répandu de produits de tabac sans fumée, comme le snus, qui est largement accepté dans la société suédoise (10, 13, 14).

1.4.3. La prévalence du tabac en Afrique

La prévalence du tabac en Afrique est globalement plus faible que dans d'autres régions du monde, mais elle varie considérablement d'un pays à l'autre. Le tabagisme reste un problème de santé publique croissant, en particulier dans certains pays d'Afrique subsaharienne, où la consommation de tabac augmente en raison de facteurs tels que la mondialisation, l'influence des produits du tabac étrangers, et la faible mise en œuvre de politiques de lutte contre le tabagisme.

1.4.3.1. Afrique subsaharienne

La prévalence du tabagisme chez les adultes kenyans est d'environ 11% (selon les données de l'Organisation mondiale de la santé - OMS), mais le tabagisme est plus fréquent chez les hommes (environ 20%) que chez les femmes (15, 16).

Environ 20% des adultes sud-africains fument, bien que des politiques antitabac rigoureuses aient été mises en place, y compris des interdictions de fumer dans les lieux publics et des taxes élevées sur les produits du tabac (15-18).

Environ 5% des adultes nigériens fument, mais la consommation de tabac est en hausse, particulièrement parmi les jeunes adultes (19). L'utilisation de tabac à chiquer et de cigarettes électroniques est aussi en augmentation (19).

1.4.3.2. Afrique du Nord

Le tabagisme est plus courant en Egypte, avec environ 20% de la population adulte qui fume, bien que la consommation soit plus élevée chez les hommes (15-18).

En Algérie, au Maroc et en Tunisie, les prévalences sont similaires autour de 15 à 20 % chez les adultes, avec un usage principalement masculin, bien que la consommation chez les femmes soit en augmentation (15-18).

1.4.3.3. Tendances chez les jeunes

Le tabagisme chez les jeunes adultes est un problème croissant en Afrique, notamment dans les grandes villes où l'accès aux produits du tabac est plus facile (15-19). En Afrique de l'Ouest et centrale, les jeunes sont particulièrement vulnérables à l'influence des campagnes publicitaires internationales pour le tabac (15-19).

1.4.3.4. Facteurs influençant la prévalence

A. Manque de réglementations strictes

Bien que certains pays africains aient ratifié la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, les réglementations sur le tabac sont souvent faibles ou mal appliquées (15-19).

B. Culture du tabac

Le tabac est largement perçu comme un produit de consommation socialement acceptable dans de nombreux pays africains (15-19).

C. Tabac sans fumée

L'utilisation du tabac sans fumée, comme le tabac à chiquer, est courante dans certaines régions, notamment en Afrique de l'Est et en Afrique du Nord (15-19).

1.4.4. La prévalence du tabac en République Démocratique du Congo (RDC)

La RDC fait face à une augmentation préoccupante de la consommation de tabac, bien que la prévalence reste relativement faible par rapport à d'autres régions du monde (20, 21, 22). Le tabagisme est plus répandu chez les hommes, et il existe des disparités entre les zones urbaines et rurales (20, 21, 22). Cependant, le pays n'a pas encore mis en place des politiques de contrôle du tabac aussi strictes que dans d'autres pays, ce qui contribue à une certaine croissance de la consommation (20, 21, 22).

1.4.4.1. Consommation générale

Selon les données de l'OMS, la prévalence du tabagisme chez les adultes en RDC est relativement faible comparée à d'autres régions africaines, mais elle reste un problème croissant (23, 24). Environ 7% des adultes RD congolais fument régulièrement, avec une prévalence plus élevée chez les hommes que chez les femmes (20, 21, 22, 23, 24).

Le tabagisme est beaucoup plus courant chez les hommes, avec des taux avoisinant 12-15 % dans certaines études, tandis que chez les femmes, la prévalence reste très faible, en dessous de 2% (20, 21, 22, 23, 24).

La consommation de tabac est généralement plus élevée dans les zones urbaines que dans les zones rurales, notamment à Kinshasa, où la disponibilité des produits du tabac est plus importante et où les habitudes de consommation tendent à suivre des modèles plus globalisés (20, 21, 22, 23, 24).

La RDC est confrontée à l'influence croissante des produits du tabac bon marché et à l'augmentation de l'usage de produits de tabac sans fumée, notamment dans les zones urbaines (20, 21, 22, 23, 24). Il existe aussi des préoccupations concernant l'utilisation croissante de cigarettes électroniques, surtout parmi les jeunes adultes.

1.4.4.2. Facteurs influençant la prévalence

Manque de régulations : Le contrôle du tabac en RDC est limité, et le pays ne dispose pas de politiques robustes en matière de régulation du tabac, quoiqu'il existe un arrêté ministériel **N°1250/CAB/MIN/SPHP/041/DCA/PNLCT/2022 du 26/11/2022** portant interdiction de la publicité, de la promotion, du parrainage du tabac, des produits du tabac, de ses dérivés et de fumer dans les lieux publics (25). Cette interdiction de la publicité pour le tabac ou des taxes élevées sur les produits du tabac ne produit pas encore d'effets escomptés (25).

Accès limité à l'information : Le manque de financements appuyant les campagnes d'information sur les dangers du tabagisme, en particulier dans les régions rurales, contribue à la persistance de la consommation de tabac (25).

Urbanisation et mondialisation : L'urbanisation rapide et l'influence de produits étrangers ont conduit à un accroissement de la consommation de tabac, en particulier parmi les jeunes générations (20, 21, 22, 23, 24).

1.5. Effets sur la santé

Le tabac a de nombreux effets négatifs sur la santé, affectant presque tous les organes du corps humain.

1.5.1. Maladies cardiovasculaires

Le tabagisme est un facteur majeur de risques pour les maladies cardiaques et les AVC. La nicotine et les autres substances chimiques contenues dans la fumée de tabac peuvent augmenter la pression artérielle et entraîner l'athérosclérose (durcissement des artères), ce qui réduit l'oxygénation du cœur et augmente les risques d'infarctus du myocarde et d'AVC (accidents vasculaires cérébraux) (26, 27, 28).

1.5.2. Cancer

Le tabac est la cause principale de plusieurs types de cancers, notamment ceux des poumons, de la bouche, de la gorge, de l'œsophage, du pancréas, de la vessie et du col de l'utérus (26-8). Environ 70 substances cancérigènes sont présentes dans la fumée de tabac (26, 27, 28).

1.5.3. Problèmes respiratoires

Le tabagisme est une cause principale des maladies pulmonaires chroniques telles que la bronchite chronique et l'emphysème. Il endommage les poumons et les voies respiratoires, réduisant la capacité à respirer (26, 27, 28).

1.5.4. Affaiblissement du système immunitaire

Le tabac nuit au système immunitaire, rendant les fumeurs plus vulnérables aux infections et réduisant leur capacité à se défendre contre les maladies (26, 27, 28).

1.5.5. Problèmes de reproduction et grossesse

Le tabagisme peut réduire la fertilité chez les hommes et les femmes. Pendant la grossesse, il augmente le risque de fausse couche, de naissance prématurée, de faible poids de naissance et de complications pour le fœtus (26, 27, 28).

1.5.6. Vieillesse prématurée de la peau

Fumer accélère le vieillissement de la peau en réduisant la circulation sanguine, ce qui provoque des rides et un teint terne (26, 27, 28).

1.5.7. Effets sur la santé bucco-dentaire

Le tabagisme favorise la mauvaise haleine, altération du goût, la perte de dents, jaunissement des dents, les maladies des gencives et augmente le risque de cancer de la bouche (26, 27, 28).

1.6. Consommation de tabac et dépendance

Le tabac est l'une des substances les plus consommées au monde, malgré une prise de conscience croissante des risques pour la santé (29, 30, 31, 32). La dépendance au tabac est essentiellement due à la nicotine, mais elle est également renforcée par des habitudes comportementales et sociales (29, 30, 31, 32). Le sevrage tabagique peut être difficile en raison de la combinaison de la dépendance physique et psychologique (29, 30, 31, 32).

Le tabac est une substance hautement addictive et un facteur majeur de morbidité et de mortalité dans le monde. Sa consommation est liée à de graves risques pour la santé, notamment des cancers, des maladies respiratoires et cardiovasculaires (29, 30, 31, 32). Des efforts continus pour réduire l'utilisation du tabac, par le biais de campagnes de prévention, de traitements pour le sevrage, et de politiques de contrôle du tabac, sont essentiels pour lutter contre cette épidémie de santé publique (29, 30, 31, 32).

Bref, fumer est un comportement extrêmement nocif qui affecte pratiquement tous les aspects de la santé, et arrêter de fumer peut améliorer de manière significative la qualité et l'espérance de vie. La consommation de tabac, en particulier sous forme de cigarettes, est l'une des premières causes de maladies évitables dans le monde (29, 30, 31, 32).

1.7. Prise en charge du tabagisme

1.7.1. Évaluation initiale

Évaluation du tabagisme : Interroger le patient sur sa consommation de tabac (quantité, durée, motivations) (28).

1.7.2. Évaluation de la dépendance

1.7.2.1. Utilisation de questionnaires (le Fagerström) : Il s'agit d'une analyse détaillée du test de Fagerström, un outil essentiel pour évaluer la dépendance à la nicotine (28).

1.7.2.2. Bilan de santé

Recherche de complications liées au tabagisme (maladies cardiovasculaires, respiratoires, etc.) (33, 34). Le suivi des fumeurs en médecine nécessite diverses analyses de laboratoire pour évaluer les effets du tabagisme sur la santé et surveiller l'impact à long terme sur les organes vitaux (33, 34).

La FPM/EUP vous propose quelques examens courants recommandés pour un suivi efficace des fumeurs (33, 34).

A. Analyse sanguine

a. Glycémie

Le tabagisme peut influencer les niveaux de sucre dans le sang, augmentant le risque de diabète.

b. Cholestérol et triglycérides

Le tabac favorise l'augmentation des niveaux de "mauvais" cholestérol (LDL) et des triglycérides, tout en réduisant le "bon" cholestérol (HDL), augmentant le risque de maladies cardiovasculaires.

c. Numération sanguine

Pour évaluer l'impact sur le système circulatoire, comme la numération des globules rouges, blancs et des plaquettes.

d. Carboxyhémoglobine

Ce test mesure la quantité de monoxyde de carbone dans le sang, qui est un produit nocif du tabac. Un taux élevé peut indiquer des risques accrus pour la santé respiratoire.

e. Analyse de la fonction rénale : Créatinine et débit de filtration glomérulaire (DFG) :

Pour surveiller la fonction rénale, car le tabagisme peut endommager les reins au fil du temps.

f. Bilan hépatique : Transaminases hépatiques (ALAT, ASAT)

Pour évaluer l'impact du tabac sur le foie, bien que cet effet soit moins direct que celui du foie alcoolique.

g. Test de la fonction immunitaire : Taux de cellules T et de globules blancs

Le tabagisme peut affaiblir le système immunitaire, augmentant le risque d'infections.

B. Fonction pulmonaire

a. Spirométrie

C'est l'examen de base pour évaluer la fonction respiratoire et diagnostiquer des maladies pulmonaires comme la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).

b. Gaz du sang artériel

Il permet de mesurer les niveaux d'oxygène et de dioxyde de carbone dans le sang, pour évaluer l'efficacité de la respiration.

C. Examens cardiovasculaires

a. Électrocardiogramme (ECG)

Un ECG peut être réalisé pour détecter d'éventuels signes de maladie cardiaque, comme des arythmies ou des troubles de la conduction cardiaque.

b. Échocardiographie

Pour évaluer la fonction cardiaque et détecter des anomalies dans les valves cardiaques ou dans la contraction du cœur.

c. Bilan lipidique

Un contrôle régulier des lipides sanguins (cholestérol total, HDL, LDL et triglycérides) est essentiel pour évaluer les risques cardiovasculaires.

D. Imagerie

a. Radiographie thoracique

Elle permet de détecter des signes de maladies pulmonaires liées au tabac, comme des lésions pulmonaires ou des signes d'emphysème.

b. Scanner (CT) thoracique

Pour un dépistage plus approfondi des lésions pulmonaires, en particulier chez les fumeurs chroniques.

E. Dépistage du cancer

a. Test de détection du cancer du poumon

Pour les fumeurs de longue date, un scanner à faible dose peut être recommandé pour rechercher des signes précoces de cancer du poumon.

b. Pap test et examen pelvien (chez les femmes)

Le tabagisme augmente le risque de cancer du col de l'utérus, donc des tests de dépistage réguliers sont nécessaires.

c. Examen bucco-dentaire

Un suivi régulier est conseillé pour détecter des signes précoces de cancer buccal, fréquent chez les fumeurs.

Note

Les fumeurs doivent subir un suivi médical régulier, avec des analyses adaptées à leur âge, à la durée de leur tabagisme et à leur état de santé général. Cela permet de détecter les maladies associées au tabagisme à un stade précoce et de mettre en place des stratégies pour améliorer leur santé.

La prise en charge d'un patient tabagique consiste à plusieurs étapes visant à l'aider à arrêter de fumer et à prévenir les complications liées au tabagisme. Elle inclut des approches médicales, psychologiques et comportementales.

1.6.3. Objectifs et motivation visant l'arrêt de la consommation

La FPM/EUP fixe un objectif clair celui d'identifier les raisons personnelles d'arrêter (santé, économie, famille) (33, 34).

Motivation : Valoriser les bénéfices de l'arrêt, comme la réduction des risques de maladies et l'amélioration de la qualité de vie (33, 34).

1.6.4. Traitements médicaux

La FPM/EUP préconise la **substitution nicotinique**, la **bupropione**, la **nortriptyline** et la **varénicline** pour faciliter l'arrêt du tabagisme. Ces dernières diminuent les manifestations de sevrage. La **varénicline** s'avère plus efficace que les trois autres.

Ces médicaments ne sont justifiés que chez les fumeurs motivés. Ils sont contre-indiqués durant la grossesse (surtout pas pendant le premier trimestre). La bupropione est déconseillé durant toute la grossesse.

1.6.4.1. Substitution nicotinique

- La fumée contenant de la nicotine est inhalée au niveau des poumons, la nicotine passe alors très rapidement dans le sang et arrive au cerveau 9 à 19 secondes.
- La nicotine, alcaloïde principal des produits dérivés du tabac, substance naturelle agissant sur le système nerveux autonome, est un agoniste des récepteurs nicotiniques des SNC et périphérique. Consommée via le tabac, la nicotine induit une dépendance.

Elle a comme effets secondaires : irritation au niveau du site d'administration (muqueuse et peau) ; hoquet, nausées en cas d'administration orale ; vertiges, céphalées et palpitation (en cas de surdosage) (22, 25, 33, 34).

- Comme mécanisme, le shoot de nicotine active un système de récompense dans le cerveau, responsable du besoin irrésistible de reprendre une bouffée.
- Craindre une toxicité nicotinique en cas de poursuite du tabagisme ou d'association de différentes formes de nicotine.
- Précautions en cas de dispositifs transdermiques contenant de l'aluminium.
- Posologie :

A. NICORETTE

- Gomme à mâcher médicale 2 et 4 mg ; Pastille oro-muqueuse 2 et 4mg ; Vapeur inhal 10mg ; Sol. Spray oro-muqueuse 150 dos. 1 mg/1 dos ; Dispositif transdermique 10mg/16 h (15,75 mg/9 cm²), 15mg/16 h (23,625 mg/13,5 cm²) (22, 25, 33, 34).

B. NICOPASS

- Cette boîte contient 96 pastilles dont chacune de 2,5 mg (22, 25, 33, 34).

C. NICOTINELL

- Gomme à mâcher médicale 2 et 4 mg ; Dispositif transd 7mg/2h (36 mg/1,6cm²), 14 mg/24h (78mg/3,2 cm²) et 21 mg/24h (114mg/4,7 cm²) (22, 25, 33, 34).

D. NIQUITIN

- Gomme à mâcher médicale 2 et 4 mg ; Co à sucer oro-muqueuse 1,5, 2 et 4 mg ; Disp transd 7 mg/24 h (36 mg/1,6 cm²), 14 mg/24 h (78 mg/3,2 cm²) et 21 mg/24 h (114 mg/4,7 cm²) (22, 25, 33, 34).

1.6.4.2. Bupropione ou amfébutamone

A. Propriétés et mécanisme

- Elle inhibe la recapture de la NA et de la dopamine. C'est un stimulant central, antidépresseur (WELLBUTRIN) (22, 25, 33, 34).
- C'est un inhibiteur sélectif de la recapture neuronale des catécholamines (NA et dopa). Son action est minime sur la recapture des indolamines (sérotonine). Elle n'inhibe pas les monoamine-oxydases (22, 25, 33, 34).

B. Indication

La bupropione est indiquée pour faciliter l'arrêt du tabagisme (22, 25, 33, 34).

C. Contre-indication

Elle est contre-indiquée dans les antécédents de convulsions, boulimie et anorexie mentale ; tumeur au niveau du SNC et sevrage aigu alcoolique ou aux BZD (risque accru de crises convulsives) ; troubles bipolaires et usage concomitant d'un IMAO. La bupropione est contre-indiquée durant toute la grossesse (22, 25, 33, 34).

D. Effets indésirables

En dépit des effets indésirables des antidépresseurs et des stimulants centraux, on note une insomnie, convulsions ; fièvre ; troubles gastro-intestinaux, dysgueusie, sécheresse buccale ; céphalées, rash et hypertension (22, 25, 33, 34).

E. Interactions médicamenteuses

Les effets indésirables comme hypertension et crises hyperpyrétiques sont observés en cas d'association avec les IMAO (22, 25, 33, 34).

- Risque accru de convulsions en association à d'autres médicaments diminuant le seuil épileptogène.
- La bupropione peut renforcer divers effets psychiques.
- La bupropione est un substrat du CYP2B6 et un inhibiteur du CYP2D6 (22, 25, 33, 34).

F. Précautions d'utilisation

En règle générale, administrer le traitement au moment où le patient fume encore et arrêter le tabagisme dans la deuxième semaine de traitement.

L'intervalle de 8 heures entre les prises doit être respecté et l'effet bénéfique ne doit pas dépasser 7 semaines pour être observé. Sinon, interrompre le traitement en réduisant progressivement la dose (22, 25, 33, 34).

G. Produit à base de bupropione

Posologie : dose initiale : 150 mg/j en 1 prise pendant 6 jours ; augmenter jusqu'à 300 mg/j en 2 prises pendant 7 à 9 semaines. **ZYBAN** Co LP 150 mg (22, 25, 33, 34).

1.6.4.3. Varénicline

A. Propriétés et mécanisme

C'est un agoniste partiel au niveau de certains récepteurs (RCP) nicotiniques à l'acétylcholine. **La Varénicline** se lie, avec une affinité et une sélectivité élevées, aux RCP nicotiniques neuronaux à l'acétylcholine $\alpha 4\beta 2$, sur lesquels elle agit comme agoniste partiel (comme un composé ayant à la fois une activité agoniste, avec une efficacité intrinsèque plus faible que la nicotine, et une activité antagoniste en présence de nicotine (22, 25, 33, 34).

B. Effets indésirables

Les effets indésirables sont : nausées, éruptions cutanées, troubles neuropsychiques (céphalées et troubles de sommeil) et neuropsychiatriques sévères (dépression et idées suicidaires). L'arrêt brutal est déconseillé (22, 25, 33, 34).

C. Interactions médicamenteuses

La **varénicline** peut renforcer divers effets psychiques de l'alcool (22, 25, 33, 34).

D. Précautions d'utilisation

En règle générale, administrer le traitement au moment où le patient fume encore et arrêter le tabagisme 1 à 2 semaines de traitement (22, 25, 33, 34).

La durée du traitement est d'au moins 12 semaines (22, 25, 33, 34).

E. Produit à base de varénicline

Posologie : dose initiale : 0,5 mg/j en 1 prise pendant 3 jours ; 1 mg/j en 2 prises pendant 3 à 4 jours suivants, ensuite 2 mg/j en 2 prises.

CHAMPIX Co 0,5 mg (phase I) et Co 1 mg (phase II) (22, 25, 33, 34).

La FPM/EUP fait un suivi médical rapproché pour trois raisons :

- Evaluer les progrès,
- Ajuster les traitements et
- Prévenir les rechutes (22, 25, 33, 34).

1.6.5. Support psychologique et comportemental

- **Conseils comportementaux :**
 - Apprentissage de techniques pour gérer les envies de fumer :
 - Distraction,
 - Relaxation,
 - Gestion du stress (35, 36).
- **Thérapie cognitive et comportementale (TCC) :**
 - Il s'agit de traiter les différents comportements liés à l'habitude de fumer (35, 36).
- **Groupes de soutien :**
 - Parfois utile pour renforcer la motivation et échanger avec d'autres personnes ayant le même objectif (35, 36).

1.6.6. Suivi à long terme

1.6.6.1. Prévention des rechutes :

Identifier les situations à risque et élaborer des stratégies pour éviter la rechute :

- Stress,
- Consommation d'alcool,
- Situations sociales (35, 36).

1.6.6.2. Encouragement à un mode de vie sain :

- Exercice physique,
- Alimentation équilibrée
- Gestion du stress (35, 36).

1.6.7. Éducation sanitaire

- Information sur les risques du tabagisme :
 - Sensibilisation aux dangers du tabac pour renforcer la motivation à arrêter (35, 36, 37).
- Bénéfices de l'arrêt :
 - Expliquer les améliorations de la santé qui surviennent dès l'arrêt du tabac :
 - Réduction du risque de cancer,
 - Réduction du risque d'accidents vasculaires, etc.

NB : L'approche doit être personnalisée, en fonction du degré de dépendance, des antécédents médicaux et des préférences du patient. Il est important d'encourager une approche globale et de soutien continu pour améliorer les chances de succès (35, 36, 37).

Références bibliographiques :

1. Organisation mondiale de la santé (OMS). "Global Tobacco Epidemic 2021."
2. World Health Organization (WHO). "Tobacco use and control."
3. Dutra, L. M., & Glantz, S. A. The effect of smoke-free policies on smoking behavior: a systematic review. *Tobacco Control* 2014, 23(2), 200-208.
4. World Health Organization (WHO). "Global Status Report on Alcohol and Health 2018."
5. World Health Organization (WHO). "Tobacco use and control in the Americas." Pan American Health Organization (PAHO), 2021.
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). "Current Cigarette Smoking Among Adults — United States, 2020." *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 2029.
7. Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey (CTADS). "2019-2020 Smoking Prevalence in Canada."
8. Cavazos-Rehg, P. A., et al. "Trends in smoking prevalence in the United States and Latin America." *International Journal of Public Health* 2016, 61(4), 499-510.
9. Brazil Ministry of Health. "Brazilian Tobacco Control Policies and Trends." *Pan American Journal of Public Health*, 2018.
10. World Health Organization (WHO). "Tobacco Control in Europe." Regional Office for Europe (2020)
11. Eurobarometer. "Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes." European Commission 2020
12. European Commission. "The European Union and Tobacco Control." (2020)
13. Pécoud, A. (Ed.). (2017). *Tobacco Control in Europe: Current Challenges and Future Directions*. *European Journal of Public Health*, 27(5), 745-749.
14. WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). "Country Profiles – Europe."
15. Organisation mondiale de la santé (OMS). "Global Tobacco Atlas." 6e édition, 2018.
16. Organisation mondiale de la santé (OMS). "Report on the global tobacco epidemic 2019"
17. World Health Organization (WHO). "Tobacco use in Africa." Regional Office for Africa, 2020.
18. Bagnol, B., et al. "Tobacco consumption in Africa: Changing patterns, policies, and challenges." *The Lancet Global Health* 2016, 4(9), e572-e573.
19. Kemp, A., & Faduyile, S. "Tobacco Control in Africa: The Case of Nigeria." *Journal of Public Health Policy* 2019, 40(1), 68-81.

20. Organisation mondiale de la santé (OMS). "Global Tobacco Atlas." 6e édition, 2018.
21. Organisation mondiale de la santé (OMS). "Report on the global tobacco epidemic 2019 : Offer help to quit tobacco use."
22. Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention de la République Démocratique du Congo. "Le tabagisme en République Démocratique du Congo: Situation et défis." (2017)
23. Tshiala, A. K., & Lutangu, S. K. (2015). "Tobacco consumption patterns in the DRC." *Journal of African Health Sciences*, 15(3), 764-771.
24. Cigarette smoking in the Democratic Republic of the Congo: A snapshot of trends and impact. *African Journal of Tobacco Control* 2016, 12(2), 121-126.
25. Fondation Papa Muilu Pila (FPM) de l'Etablissement d'Utilité Publique (EUP). *Aperçu général sur la consommation de substances psychoactives (SPA) : tabac, alcool et drogues illicites.* 2024.
26. Institut National du Cancer (INCa). *Le tabac et ses effets sur la santé*, 2019.
27. World Health Organization (WHO). *Tobacco and its impact on health*, 2020.
28. Haute Autorité de Santé (HAS). *Prise en charge du sevrage tabagique – Recommandations.* Haute Autorité de Santé, 2014.
29. Benowitz, N. L. Nicotine addiction. *The New England Journal of Medicine* 2009, 360 (1), 13-22.
30. Fagerström, K. O. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A Review of the Literature. *Journal of Smoking Cessation* 2012, 7(1), 5-10.
31. Lemonnier, D., & Tanguy, M. *Le tabac, une addiction : Aspects médicaux et psychologiques du tabagisme.* Editions Masson 2012.
32. Shiffman, S., & Sweeney, C. T. Nicotine addiction and the management of tobacco dependence. *American Journal of Preventive Medicine* 2016, 51(5), S59-S68.
33. Institut National du Cancer (INCa). *Le tabac et ses effets sur la santé.* Institut National du Cancer, 2018.
34. World Health Organization (WHO). *Tobacco Free Initiative.* World Health Organization, 2021.
35. Ladouceur, R., & Martin, L. *Psychologie de la santé.* Dunod 2007.
36. Lemoine, P., & Tanguy, M. *Le sevrage tabagique : Thérapies et stratégies de prise en charge.* Editions Masson, 2014.
37. Maughan, E., & Beales, S. Clinical management of smoking cessation. *The British Journal of General Practice* 2004, 54 (505), 614-619.