

## 1. Introduction

La consommation de tabac est la 1<sup>ère</sup> cause de mortalité prématurée évitable dans le monde. C'est une plante à larges feuilles qui séchées permettent la fabrication de cigarettes, cigares, scaferlatis (pipes, tabac à rouler), tabac à narguilé (chicha), tabac oral (chique, snuss), tabac chauffé (ploom).

### 1.1 Les fumées du tabac

Le tabac fumé produit 3 types de fumées :

- Le courant primaire inhalé par le fumeur lorsqu'il tire sur la cigarette.
- Le courant secondaire qui s'échappe de la cigarette par le bout incandescent entre 2 bouffées. Cette combustion se faisant sans apport suffisant d'oxygène produit des taux de toxiques plus élevés que dans le courant primaire (cause majeure du tabagisme passif).
- Le courant tertiaire est le courant exhalé par le fumeur (cause de tabagisme passif).

### 1.2 Les produits de la fumée

Il existe plus de 4000 composants identifiés dans la fumée de tabac :

- La nicotine :
  - . apporte un shoot rapide (8 secondes) pour chaque bouffée de cigarette au cerveau.
  - . joue un rôle majeur dans la dépendance, alors que sa toxicité est faible.
  - . la quantité auto-administrée est très variable en fonction de la façon dont la cigarette est fumée ; les mentions indiquées sur le paquet de cigarettes de 0,1 à 1 mg de nicotine par cigarette fumée sont produites par une machine à fumer ; elles ne représentent pas ce qui est « pris » par le fumeur
  - . agit sur des récepteurs nicotiques périphériques et centraux ; la dépendance aux substances addictives passe notamment par la libération de dopamine dans le mésencéphale, activant le système de récompense chez le fumeur
  - . c'est la drogue la plus puissante sur le marché des produits licites et illicites
- Les particules de fumée de tabac :
  - . ont un diamètre médian aérodynamique de 0,3 microns
  - . pénètrent tout l'arbre respiratoire et les alvéoles pulmonaires, créant de l'inflammation et passent dans le sang
  - . jouent un rôle dans la thrombose
- Les goudrons :
  - . constituent une part importante de la masse sèche de la fumée de cigarette, dont le benzopyrène
  - . cancérogènes
- Le monoxyde de carbone ou CO :
  - . gaz toxique formé lorsque la combustion se fait en déficit d'O<sub>2</sub>
  - . se fixe sur l'hémoglobine et la myoglobine, créant l'hypoxie
  - . met 6 h pour être à moitié éliminé
  - . constitue un facteur de risque d'ischémie
  - . participe aux lésions endothéliales entraînant des pathologies cardio-vasculaires
  - . sa mesure dans l'air expiré est un bon marqueur du tabagisme des dernières heures précédant la mesure
- Les nitrosamines :
  - . substances cancérogènes présentes dans le tabac avant sa combustion tout comme dans sa fumée.

On retrouve des composants globalement similaires dans la fumée de cannabis, à des concentrations souvent supérieures.

## 2. Épidémiologie

La France comptait près de 13,4 millions de fumeurs en 2010-2011.

Sur l'ensemble de la population des 15-75 ans, la part de fumeurs quotidiens a augmenté entre 2005 et 2010, passant de 28 % à 30 % (p < 0,001) (Figure 1).

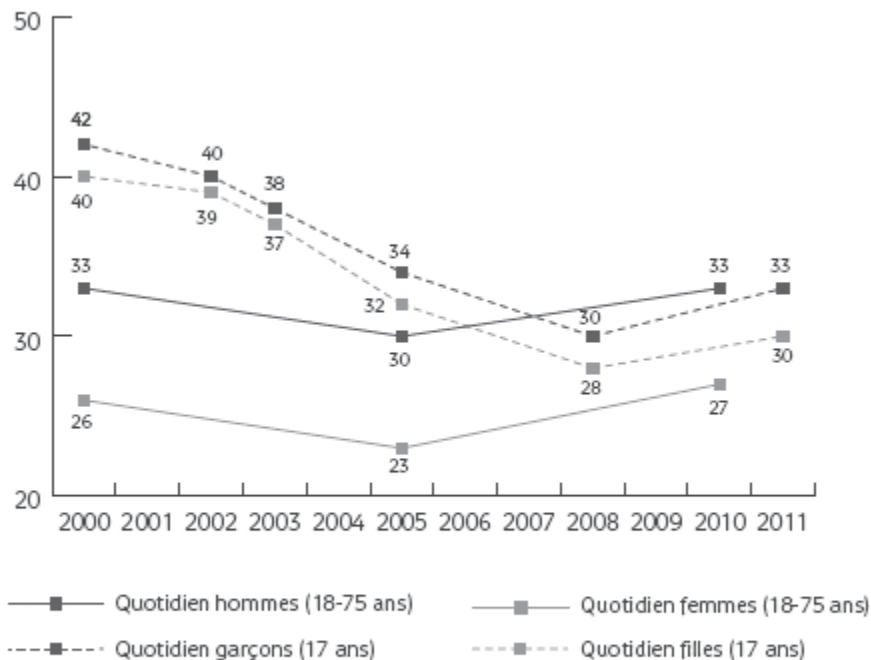
### 2.1 Evolution (2005 à 2010) de la prévalence du tabagisme quotidien en fonction du sexe

Augmentation non significative de la prévalence du tabagisme chez les hommes (de 31,4 % à 32,4 %) entre 2005 et 2010.

Augmentation de la prévalence du tabagisme chez les femmes (de 22,9 % à 26 % ;  $p < 0,001$ ) :

- les femmes de cette génération ont été les premières à entrer « en masse » dans le tabagisme
- elles arrêtent de fumer moins souvent que leurs aînées.

Figure 1 : Evolution de l'usage quotidien de tabac chez les adultes (18-75 ans), selon le sexe, entre 2000 et 2011 (enquêtes OFDT, 2014).



Source : Baromètres santé 2000, 2005 et 2010 (INPES) pour les adultes ; ESCAPAD 2000 à 2011 (OFDT) pour les jeunes de 17 ans

## 2.2 Evolution (2005 à 2010) en fonction de l'âge

Hausse particulièrement forte pour les femmes âgées de 45 à 64 ans (de l'ordre de 7 points).

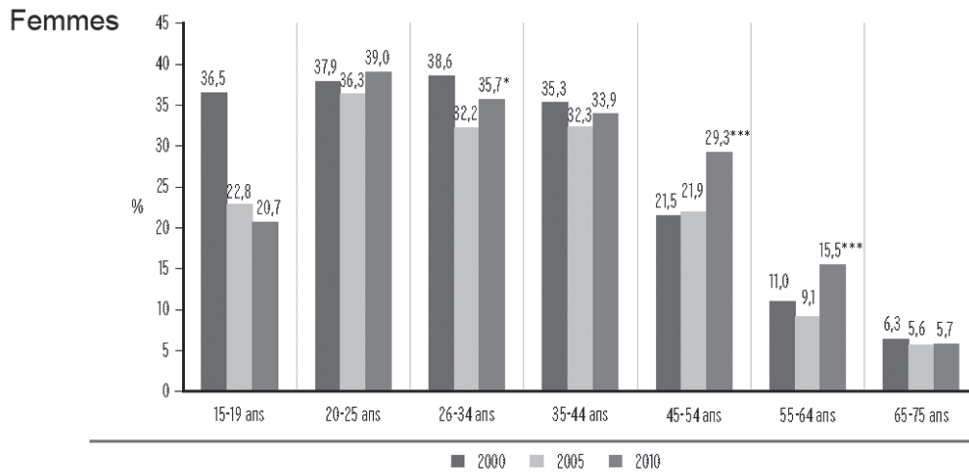
Seuls les jeunes hommes (20 à 25 ans) présentent une prévalence du tabagisme quotidien en baisse de presque 5 points.

## 2.3 Evolution en fonction du niveau d'éducation et des catégories sociales

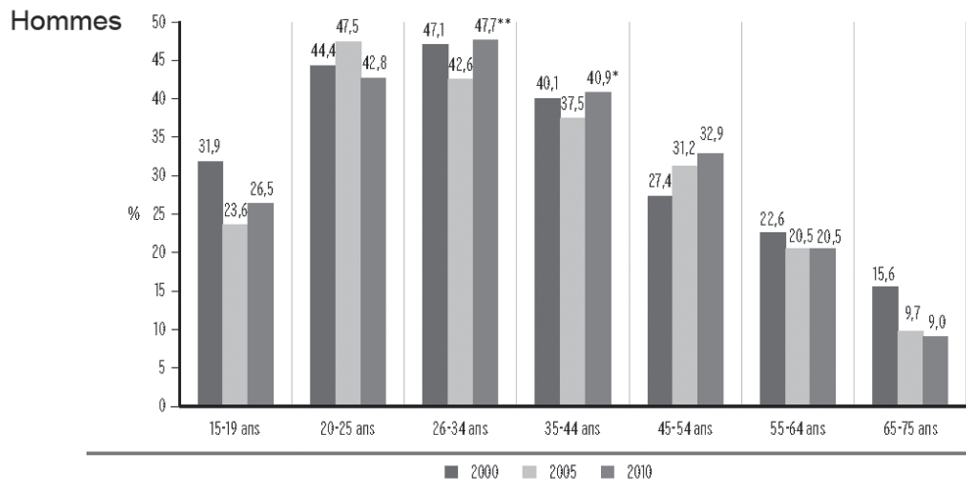
Les inégalités face au tabagisme semblent se creuser, ou tout au moins se maintenir.

Chômage, personnes ayant un niveau  $\leq$  baccalauréat, employés et ouvriers sont des populations plus fréquemment fumeuses à cibler en priorité dans les actions de prévention, d'éducation à la santé et de prise en charge thérapeutique (Figure 3).

Figure 2 : Evolution de la prévalence du tabagisme quotidien entre 2000 et 2010 (Baromètres Santé 2005, 2010, INPES).

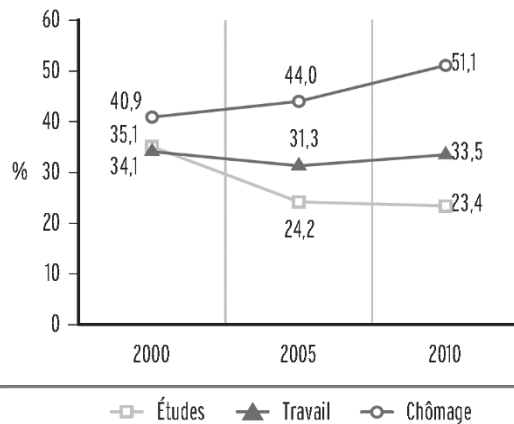


\* : p<0,05; \*\* : p<0,01; \*\*\* : p<0,001. Évolutions significatives entre 2005 et 2010.



\* : p<0,05; \*\* : p<0,01; \*\*\* : p<0,001. Évolutions significatives entre 2005 et 2010.

Figure 3 : Prévalence du tabagisme régulier parmi les 15-64 ans selon le statut d'activité (Baromètres Santé 2005, 2010, INPES.).



### 3. Dépendance

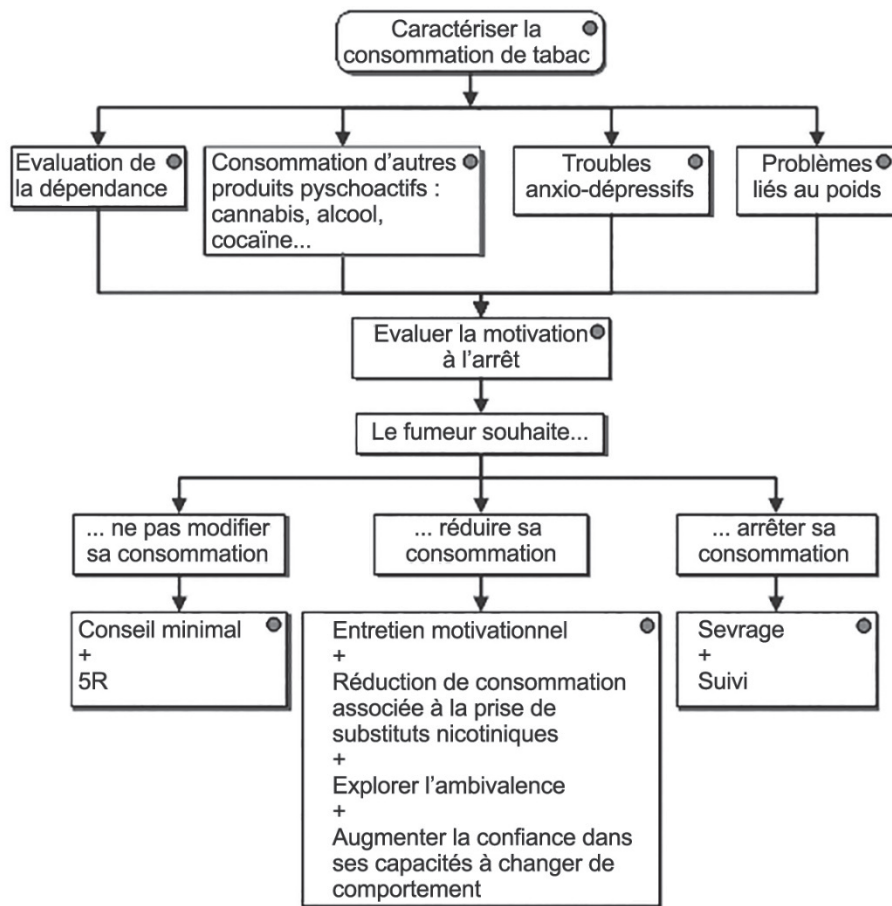
#### 3.1 Définition OMS 1975

« Etat psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (sevrage). La tolérance peut être présente ou non. »

Le tabagisme est une maladie chronique liée à la dépendance à la nicotine.

#### 3.2 Schéma de la prise en charge d'un(e) fumeur(euse)

Figure 4 : Conduite initiale à tenir face à un fumeur<sup>1</sup> (Source : oncologik.fr).



#### 3.3 Evaluation de la dépendance

L'évaluation de la dépendance à la consommation de tabac se fait par l'intermédiaire du test de Fagerström (Figure 5) accompagné d'un interrogatoire minutieux. Ceci afin de mieux appréhender la dépendance physique et la dépendance psychologique.

<sup>1</sup> 5R= L'entretien motivationnel peut s'appuyer sur la **stratégie dite des "5 R"** développée aux USA par le National Cancer Institute : **R**elevance : encourager le fumeur à indiquer les raisons personnelles qui pourraient l'encourager à arrêter de fumer ; **R**isks : aider le fumeur à identifier les conséquences négatives potentielles liées à sa consommation de tabac ; **R**ewards : demander au fumeur d'identifier les bénéfices potentiels liés à l'arrêt du tabac ; **R**oadblocks : demander au fumeur d'évoquer les obstacles ou les freins à l'arrêt ; **R**epetitions : répéter cet entretien motivationnel lors de chaque consultation.

Les 2 questions les plus importantes de test de Fagerström sont :

- Le nombre de cigarettes fumées par jour.
- Le délai en minutes entre le réveil et la première cigarette.

Figure 5 : Test de dépendance à la nicotine de Fagerström.

QS1 : Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	
Dans les 5 premières minutes	3 <input type="checkbox"/>
Entre 6 et 30 minutes	2 <input type="checkbox"/>
Entre 31 et 60 minutes	1 <input type="checkbox"/>
Après 60 minutes	0 <input type="checkbox"/>
QS 2 : Trouvez-vous difficile de s'abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	
Oui	1 <input type="checkbox"/>
Non	0 <input type="checkbox"/>
QS 3 : À quelle cigarette de la journée vous sera-t-il le plus difficile de renoncer ?	
La première le matin	1 <input type="checkbox"/>
N'importe quelle autre	0 <input type="checkbox"/>
QS 4 : Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	
10 ou moins	0 <input type="checkbox"/>
11 à 20	1 <input type="checkbox"/>
21 à 30	2 <input type="checkbox"/>
31 ou plus	3 <input type="checkbox"/>
QS 5 : Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?	
Oui	1 <input type="checkbox"/>
Non	0 <input type="checkbox"/>
QS 6 : Fumez-vous lorsque vous êtes malade et que vous devez rester au lit presque toute la journée ?	
Oui	1 <input type="checkbox"/>
Non	0 <input type="checkbox"/>

Interprétation du test de dépendance à la nicotine ou test de Fagerström :

- . 0 à 2 : Non dépendant à la nicotine. Le fumeur peut arrêter de fumer sans avoir besoin de substituts nicotiques.
- . 3 à 4 : Faiblement dépendant à la nicotine.
- . 5 à 6 : Moyennement dépendant à la nicotine.
- . 7 à 10 : Fortement ou très fortement dépendant à la nicotine.

### 3.4 Syndrome de sevrage

Il survient dès l'arrêt du tabac. C'est le facteur de rechute principal. Il traduit un manque de nicotine. Tous les signes ne sont pas présents chez un même fumeur qui arrête.

Il se traduit par différents symptômes :

- Une humeur dysphorique ou dépressive
- Une insomnie
- Une irritabilité
- Une frustration, colère
- De l'anxiété
- Des difficultés de concentration
- Une fébrilité
- Une diminution de la fréquence cardiaque
- Une augmentation de l'appétit et/ou une prise de poids.

Le **craving** constitue une pulsion à consommer du tabac et représente la dépendance psychologique et comportementale de la consommation tabagique. Il est très dépendant de l'environnement du fumeur.

## 4. Pathologies liées au tabac

En France, en 2004, chaque année plus de 73 000 fumeurs mouraient prématurément du tabac et perdaient alors 20 années de vie en bonne santé (Figure 6).

Figure 6 : Les causes de décès liées au tabac (selon Catherine Hill, 2004).

Cause de décès	Hommes	Femmes	Total
<b>Cancers</b>	<b>38 000</b>	<b>6 000</b>	<b>44 000</b>
Poumon	22 000	4 000	26 000
Autre	16 000	2 000	18 000
<b>M. Cardiovasculaires</b>	<b>13 000</b>	<b>5 000</b>	<b>18 000</b>
<b>M. Respiratoires</b>	<b>6 000</b>	<b>2 000</b>	<b>8 000</b>
<b>Maladies infectieuses</b>	<b>2 000</b>	<b>1 000</b>	<b>3 000</b>
<b>Total</b>	<b>59 000</b>	<b>14 000</b>	<b>73 000</b>
<b>% mortalité totale</b>	<b>22%</b>	<b>5%</b>	<b>14%</b>

### 4.1 Pathologies cancéreuses

Tabagisme actif responsable de 90 % des cancers broncho-pulmonaires (près de 40 000 nouveaux cas/an, près de 30 000 décès/an).

Tabagisme passif responsable de 25 % des cancers broncho-pulmonaires chez les non-fumeurs.

Egalement responsable des cancers des voies aéro-digestives supérieures (cavité buccale, pharynx, larynx, œsophage) :

- Action synergique de l'alcool et du tabac.

Egalement responsable des cancers de la vessie, du pancréas, du rein et du col de l'utérus.

### 4.2 Pathologies respiratoires

**BPCO :**

- 3,5 millions de personnes sont touchées en France dont 2/3 l'ignorent.
- 17 000 morts chaque année
- Effet bénéfique du sevrage sur la survie, en diminuant le taux d'infections respiratoires et le déclin du VEMS

**Asthme :** le tabac favorise les exacerbations.

### 4.3 Maladies cardio-vasculaires

22 000 décès par an en France, par pathologies cardio-vasculaires :

- Hypertension artérielle (HTA)
- Cardiopathies ischémiques
- Artérite
- Maladies cérébro-vasculaires

Relation tabac-athérome. Le CO entraîne :

- Hypoxie de l'intima
- Ischémie et augmentation de la perméabilité endothéliale
- Lésions endothéliales
- Vasoconstriction par libération de catécholamines

Dans la maladie coronaire, le tabac entraîne :

- Augmentation du risque thrombotique
- Stimulation adrénergique par la nicotine
- Vasoconstriction, hypoxie endothéliale
- Troubles du métabolisme lipidique
- Effets arythmiques

### 4.4 Autres pathologies

Digestives : ulcère, œsophage, pancréas...

Dégénérescence maculaire responsable de cécité.

Kératites, en particulier chez les porteurs de lentilles de contact.  
 Acné juvénile.  
 Retards de cicatrisation.  
 Retard à la consolidation osseuse après chirurgie, responsable de pseudarthroses.  
 Agueusie, anosmie.

#### 4.5 Risques liés au tabagisme passif

Augmentation de 25 % du risque de cancer bronchique.

Augmentation de l'ordre de 25% de maladies cardio-vasculaires. Ces accidents cardio-vasculaires représentent 4/5 des victimes du tabagisme passif.

Aggravation des asthmes et BPCO.

Augmentation du risque d'infections respiratoires chez le nourrisson, hautes (rhinopharyngites, otites,..) Et basses (bronchites, bronchiolites, broncho-pneumopathies).

Doublement du risque de mort subite du nouveau-né : le tabagisme pendant la grossesse multiplie le risque de mort subite du nourrisson par 2 à 3 avec une relation dose/effet.

Augmentation du risque de retard de croissance intra-utérin.

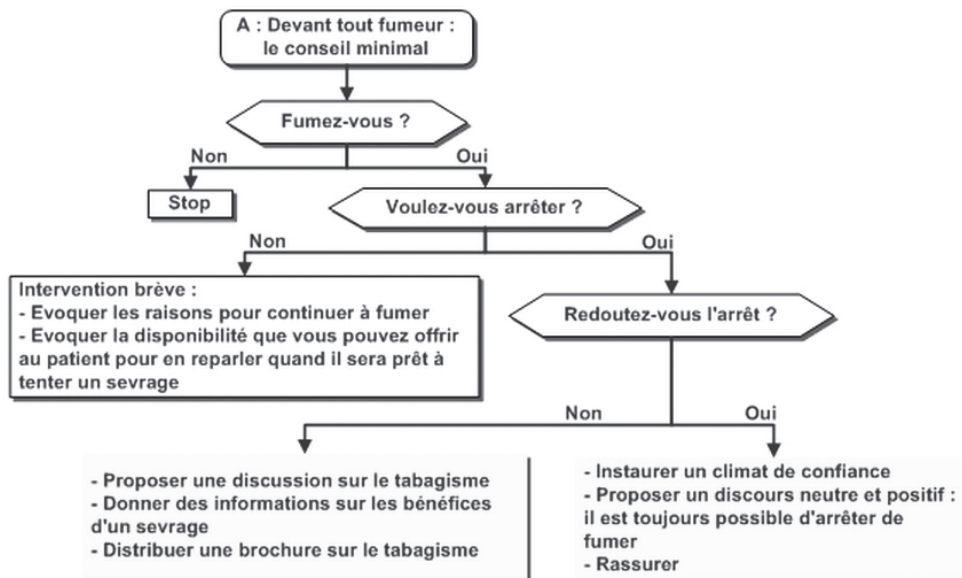
## 5. Prise en charge de la dépendance au tabac

### 5.1 Le conseil minimal d'arrêt

Toute consultation médicale doit pouvoir être l'occasion d'un conseil minimal, y compris ceux qui ne veulent pas arrêter.

Permet d'augmenter le taux de sevrage. Il est à répéter à chaque consultation.

Figure 7 : Conseil minimal d'arrêt (Source : oncologik.fr)



### 5.2 Evaluation de la consommation

Le praticien évalue :

- Le mode de consommation du tabac : cigarette, tabac roulé, chicha...
- L'âge de début.
- La durée en année.
- La quantité (paquets-année).
- La consommation de tabac à l'intérieur ou non du logement.
- Les tentatives antérieures.