

Item 73 - Addiction au tabac

Objectifs d'enseignement tels que définis dans le programme de l'ECN :

- Repérer, diagnostiquer, évaluer le retentissement d'une addiction au tabac
- Indications et principes du sevrage thérapeutique
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient

Objectifs pédagogiques terminaux définis par le Collège des Enseignants de Pneumologie

1. Connaître l'épidémiologie du tabagisme et celle des principales maladies liées au tabac
2. Connaître les principaux composants présents dans la fumée de tabac
3. Connaître les principaux risques liés au tabagisme actif, au tabagisme passif, et au tabagisme in utero
4. Connaître les principaux mécanismes de la toxicité pulmonaire et extrapulmonaire de la fumée de tabac
5. Connaître les principaux types de dépendance entraînés par le tabac et la façon d'évaluer cette dépendance
6. Connaître les moyens de prévention primaire et secondaire
7. Connaître les traitements de la dépendance au tabac (pharmacologiques et non pharmacologiques)

Points clés

1. Le tabagisme est initialement lié à un comportement acquis à l'adolescence, la dépendance devient rapidement une maladie chronique récidivante.
2. La France compte plus de 12 millions de fumeurs et le tabac est responsable de plus de 78000 décès par an. Un fumeur sur 2 meurt d'une maladie liée au tabac.
3. L'arrêt du tabac doit être organisé sans délai et quelle que soit la motivation du fumeur, et plus particulièrement, en cas de grossesse ou d'intervention chirurgicale programmée ou de maladies sévères liées au tabac.
4. Toute consultation médicale doit pouvoir être l'occasion d'un conseil d'arrêt. Il s'agit pour le professionnel de conseiller à chaque fumeur d'arrêter, d'évoquer les aides et accompagnements disponibles pour y arriver.
5. La dépendance physique liée à la nicotine est évaluée par le test de Fagerström dont les deux principales questions sont le délai entre le réveil et la première cigarette et la quantité de cigarettes fumées par jour.
6. Le sevrage repose sur la combinaison d'un apport de substituts nicotiques et d'une prise en charge cognitivo-comportementale (TCC)
7. Il n'existe aucune contre-indication aux substituts nicotiques.
8. Le craving et le syndrome de sevrage sont des facteurs de risque de rechute.
9. La cigarette électronique peut être considérée comme une aide au sevrage tabagique.

1. INTRODUCTION

1.1 Les fumées du tabac

Le tabac fumé produit 3 types de fumées :

- Le courant primaire : inhalé par le fumeur.
- Le courant secondaire : s'échappe de la cigarette par le bout incandescent. (tabagisme passif).
- Le courant tertiaire : exhalé par le fumeur (tabagisme passif).

1.2 Les produits de la fumée

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

- Goudron → cancers
- Monoxyde de carbone (CO) → infarctus :
 - . se fixe sur l'hémoglobine créant l'hypoxie
 - . participe aux lésions endothéliales
 - . sa mesure dans l'air expiré est un bon marqueur du tabagisme des dernières heures précédant la mesure.
- La nicotine → rôle majeur dans la dépendance :
 - . peu toxique
 - . drogue la plus puissante sur le marché
- Diamètre médian des particules de fumée de tabac = 0,3 microns
 - . pénètrent tout l'arbre respiratoire et les alvéoles pulmonaires, passent dans le sang et provoquent des phénomènes inflammatoires.
 - . jouent un rôle dans la thrombose artérielle (mais pas veineuse)

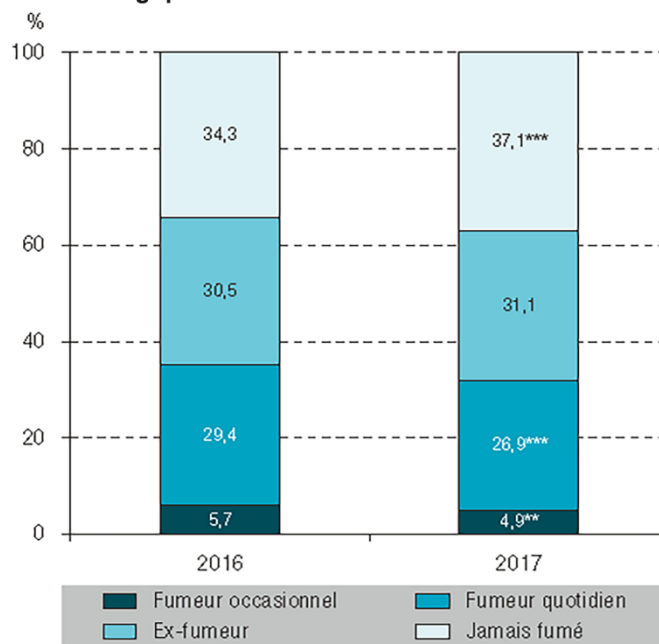
Fumée de cannabis : composants similaires, à des concentrations supérieures.

2. ÉPIDÉMIOLOGIE

La France comptait près de 12,2 millions de fumeurs en 2017.

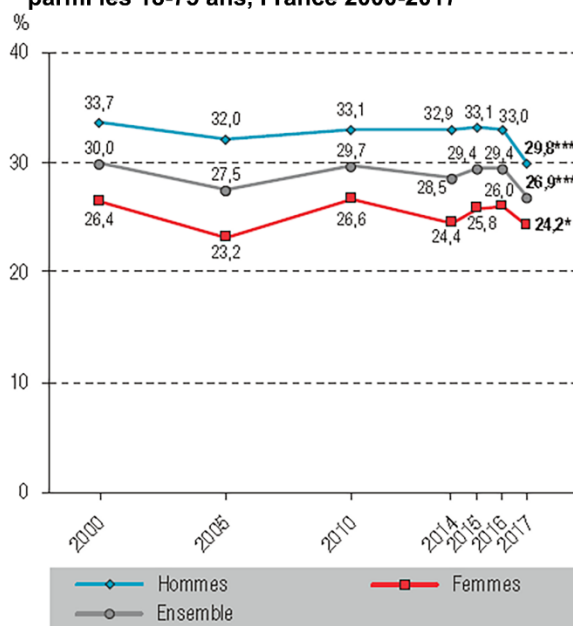
Chez les 18-75 ans : 26,9% fument quotidiennement et 31,9% au moins occasionnellement.

Statut tabagique des 18-75 ans en France en 2016 et 2017



Sources : Baromètres santé 2016 et 2017, Santé publique France.
 Les * indiquent une évolution significative entre 2016 et 2017 :
 ** p<0,01 ; *** p<0,001.

Prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe parmi les 18-75 ans, France 2000-2017

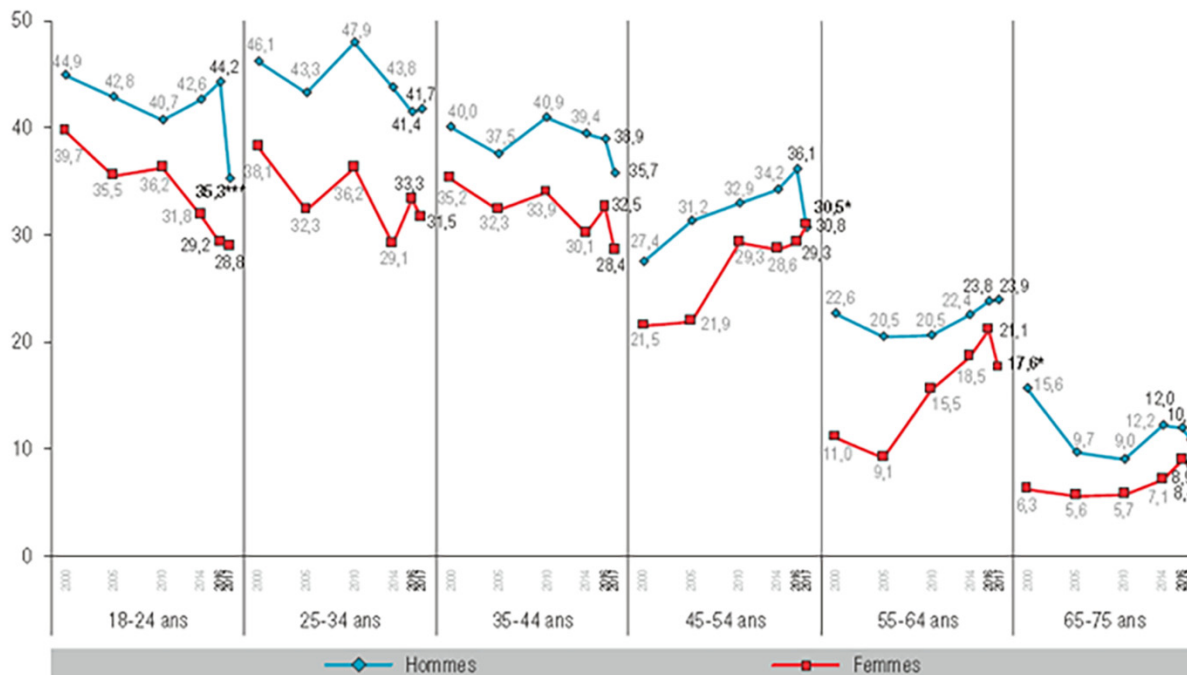


Sources : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2016 et 2017, Santé publique France, Baromètre cancer 2015, INCa.

Les * indiquent une évolution significative entre 2016 et 2017 :

* $p < 0,05$; *** $p < 0,001$.

Prévalence (en %) du tabagisme quotidien selon l'âge et le sexe parmi les 18-75 ans, France 2000-2017



Sources : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2016 et 2017, Santé publique France.

Les * indiquent une évolution significative entre 2016 et 2017 : * $p < 0,05$; *** $p < 0,001$.

La consommation a diminué parmi les hommes de 18-24 ans. Elle a également diminué parmi les hommes de 45-54 ans et les femmes de 55-64 ans, premières baisses dans ces tranches d'âges après des hausses continues depuis 2005.

C'est la première fois depuis 2000 que la prévalence du tabagisme quotidien diminue parmi les fumeurs les plus défavorisés : de 38,8% en 2016 à 34,0% en 2017 parmi les personnes aux revenus les plus faibles, de 49,7% à 43,5% parmi les personnes au chômage.

3. PATHOLOGIES LIEES AU TABAC

Tabac = 1^{ère} cause de mortalité évitable.

Un fumeur / 2 mourra prématurément d'une maladie due au tabac.

En France, chaque année plus de 78 000 décès sont dus au tabac (1 DC sur 7), dont 5000 par tabagisme passif.

Cause de décès	Total
Cancers	47 000
Poumon	28 000
autres	19 000
Maladies cardiovasculaires	20 000
Maladies respiratoires	11 000
Total	78 000

3.1 Pathologies cancéreuses

Un cancer sur quatre est dû au tabac

Cancers du poumon (CP)

- 90 % sont liés au tabac
- le tabac multiplie par 10 le risque de CP
- pas de seuil en-dessous duquel fumer ne représente aucun risque, mais le risque de CP dépend du nombre de cigarettes / jour et surtout de l'ancienneté du tabagisme.
- tabagisme passif : ↗ du risque relatif de CP de 26 %.

Autres cancers liés au tabac :

- voies aérodigestives supérieures
- pancréas, reins et vessie

3.2 Maladies cardio-vasculaires

Le tabac multiplie par 20 le risque de développer une maladie cardio-vasculaire :

- Cardiopathies ischémiques
- Artérite
- Hypertension artérielle (HTA)
- Accident vasculaires cérébraux

Le CO se fixe sur l'hémoglobine, créant l'hypoxie :

- Entraîne des lésions endothéliales.

La fumée de tabac :

- Entraîne une dysfonction endothéliale,
- Favorise l'agrégation plaquettaire : ↗ thromboses artérielles

Tabagisme passif : ↗ du risque relatif de décès par maladie cardio-vasculaire de 20 à 30 %

NB : pas d'effet thrombogène veineux

3.3 Pathologies respiratoires

La bronchopneumopathie obstructive (BPCO) :

- 3,5 millions de personnes sont touchées en France dont 2/3 l'ignorent.
- Évolue vers l'insuffisance respiratoire en l'absence de sevrage
- Le risque de développer un cancer du poumon est multiplié par 3 chez le BPCO

Asthme :

- le tabagisme actif et passif favorise les exacerbations
- facteur de mauvais contrôle de l'asthme.

Le tabagisme passif :

- ↗ risque d'infections ORL et pulmonaires chez l'enfant et le nourrisson
- ↗ risque de mort subite du nourrisson.

3.4 Autres pathologies

Accélération du vieillissement cutané.

Fécondité :

- ↘ chez l'homme et chez la femme

Grossesse :

- ↗ fausses couches
- ↗ retards de croissance intra-utérin
- ↗ grossesses extra-utérines
- ↗ accouchements prématurés

4. PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE DU PATIENT TABAGIQUE

4.1 Evaluation de la consommation

- Mode de consommation : cigarette (1 cigarette = 1 gramme), tabac roulé, chicha...
- Âge de début.
- Quantité en **paquets-années** = nombre de paquets consommés par jour multiplié par le nombre d'années pendant lesquelles la personne a fumé cette quantité.
- Durée en années
ATTENTION : la notion de paquet-année n'est pas un bon évaluateur du facteur de risque tabagique :
 - . la quantité de tabac augmente le risque de développer un cancer avec un facteur à la puissance 2
 - . alors que la durée de l'exposition le multiplie avec un facteur à la puissance 4. Il n'est donc pas du tout équivalent de fumer 10 cigarettes /j pendant 20 ans (10 PA) que 20 cigarettes /j pendant 10 ans (10 PA)
- Mesure du taux de CO expiré : peut être utilisée pour renforcer la motivation
 - . un taux < 8 ppm est normal
- Tentatives d'arrêt et/ou de réduction du tabagisme.

4.2 Evaluation de la dépendance

L'évaluation de la dépendance pharmacologique se fait par l'intermédiaire du test de Fagerström (Figure 4) accompagné d'un interrogatoire minutieux, ceci afin de mieux appréhender la dépendance physique et la dépendance psychologique.

Test de dépendance à la nicotine de Fagerström, simplifié en 2 questions

QS 1 : 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 2 : Dans quel délai après le 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"/> |

Interprétation du test :

- | | |
|-------|--|
| 0-1 | Non dépendant à la nicotine
<i>Le fumeur peut arrêter de fumer sans avoir besoin de substituts nicotiques</i> |
| 2-3 | Dépendance modérée à la nicotine |
| 4-5-6 | Dépendance forte |

– Signes de sevrage :

Survenant dès l'arrêt du tabac, constitue le facteur de rechute principal, consécutif au manque de nicotine :

- . trouble de l'humeur
- . insomnie, irritabilité
- . frustration, colère
- . anxiété, nervosité
- . difficultés de concentration
- . augmentation de l'appétit et/ou prise de poids.

– Le craving est la pulsion à consommer du tabac ; c'est le reflet de la dépendance psychologique et comportementale.

4.3 Recherche d'une consommation d'autres produits psychoactifs

Doit être systématique :

- Alcool : la consommation d'alcool, même contrôlée, est un facteur de risque de rechute du tabagisme. La prise d'alcool est un stimulus déclencheur de l'envie de fumer.
- Cannabis : empêche l'arrêt du tabac. Il n'est pas envisageable de poursuivre une consommation de cannabis tout en arrêtant le tabac.
- Autres substances : héroïne, cocaïne, méthamphétamines... pouvant justifier une prise en charge spécialisée

4.4 Évaluation de la motivation à l'arrêt

Le fumeur est très souvent ambivalent face aux arguments en faveur de la poursuite de son tabagisme ou de son arrêt. Il souhaite arrêter de fumer, mais il craint l'échec.

Elle permet de classer le fumeur en 3 catégories, ceux qui :

- souhaitent un sevrage
- souhaitent une réduction de leur consommation de tabac
- ne souhaitent pas modifier leur consommation de tabac

5. TRAITEMENT DE LA DEPENDANCE

5.1 Le conseil d'arrêt

Tous les professionnels de santé doivent :

- conseiller à chaque fumeur d'arrêter de fumer
- évoquer la palette des aides et accompagnements disponibles pour y arriver
- proposer un support écrit d'information pour appuyer ce conseil.

Permet ↗ le taux de sevrage

A répéter à chaque consultation

Ne pas hésiter à orienter les patients vers les sites <http://www.tabac-info-service.fr> et ligne téléphonique gratuite 3989 qui proposent des accompagnements personnalisés (coaching).

5.2 Le renforcement de la motivation : l'entretien motivationnel

Approche relationnelle centrée sur le patient, dont le but est de susciter ou renforcer la motivation au changement, pour l'aider à changer son comportement.

Se fonde sur l'idée qu'un patient n'arrivera à des changements que s'il est lui-même à l'origine de sa motivation.



Exemple de méthode d'entretien motivationnel

Évaluer les souhaits, les croyances et les attentes du patient par rapport à son tabagisme et aux traitements

- « Qu'est-ce que vous apporte le fait de fumer ? »
- « Pour quelles raisons souhaiteriez-vous cesser de fumer ? »
- « Avez-vous peur d'arrêter de fumer ? Si oui, pour quelles raisons ? »
- « Si vous décidez d'arrêter de fumer, quelle confiance auriez-vous dans votre capacité à y parvenir ? »
- **Utiliser l'échelle analogique d'évaluation du sentiment d'efficacité.**

5.3 Les traitements médicamenteux

5.3.1 Substituts nicotiques (SN)

- Sous formes cutanée (timbre) et orale (gomme, pastille, inhalateur, spray).
- Peu d'effets secondaires.
- Diminuent les signes du sevrage
- Peuvent être prescrits :
 - . au cours de la grossesse
 - . chez les personnes présentant une pathologie cardiovasculaire.

Sont plus efficaces dans l'arrêt du tabac que l'absence de traitement ou le placebo. Il faut insister auprès des patients sur l'importance de prendre en charge la dépendance physique à l'aide des substituts nicotiques pour se donner une chance d'un sevrage pérenne.

On considère qu'une cigarette équivaut à 1 mg de nicotine : un patient fumant un paquet par jour nécessitera donc un dosage de substitution proche de 20 mg/jour. On peut associer les formes cutanées (patch) et orales et adapter les doses en fonction des signes de surdosage et de sous-dosage (signes de sevrage).

Depuis 2016, l'Assurance Maladie rembourse, pour un montant maximum de 150 € par année civile et par bénéficiaire, les traitements par substituts nicotiques.

5.3.2 Varénicline (Champix®)

- Agoniste partiel des récepteurs nicotiques à l'acétylcholine
- Médicament nécessitant un suivi attentif

Les principaux effets secondaires sont : nausées, céphalées, cauchemars, insomnie, dépression, risque cardiovasculaire.

5.4 Les thérapies cognitivo-comportementales

Permettent de modifier les comportements vis-à-vis de la consommation tabagique.

Augmentent les chances de réussite par rapport à une médication seule.

5.5 La cigarette électronique

Composée d'une batterie, d'un atomiseur et d'une cartouche remplie d'un e-liquide qui contient :

- des substances aromatiques variées (tabac, menthe, pomme, etc.)
- du propylène glycol
- de la glycérine végétale
- des additifs
- de la nicotine, à différentes concentrations

Lors de l'inspiration, le liquide chauffé, mélangé à l'air inspiré, est diffusé sous forme de vapeur, semblable à la fumée d'une cigarette traditionnelle, puis inhalée par l'utilisateur.

Haut conseil de la santé publique 2016

- La cigarette électronique :
 - . peut être considérée comme une aide pour arrêter ou diminuer la consommation de tabac des fumeurs
 - . pourrait constituer une porte d'entrée dans le tabagisme, notamment pour les plus jeunes
 - . induit un risque de normalisation de la consommation de tabac compte tenu de l'image positive véhiculée par son marketing et sa visibilité dans les espaces publics.
 - . peut être utilisée en association avec les SN pour faciliter le sevrage
 - . est non recommandée chez la femme enceinte et chez le non-fumeur

5.6 Les thérapies non conventionnelles

Certaines méthodes non conventionnelles (hypnose, acupuncture, auriculothérapie...) existent, toutefois aucune donnée scientifique ne permet de recommander leur utilisation.

6. SUIVI DU SEVRAGE

La qualité et la fréquence du suivi améliorent les chances de réussite du sevrage. La périodicité est à définir avec le fumeur, sur une durée d'environ 6 à 12 mois. Un sevrage « réussi » est un sevrage total sur une durée ≥ 1 an.

Le suivi régulier permet une meilleure prévention des récives.

Il s'agit de repérer :

- Les signes de sevrage qui majorent le risque de reprise du tabagisme ; en cas de prescription de substituts nicotiques, la posologie doit être augmentée.
- Les situations à haut risque de récive et notamment celles sources de rechute dans le passé ; une meilleure gestion de ces situations est possible avec l'aide des thérapies cognitivo-comportementales.
- Une éventuelle prise de poids, cause fréquente de rechute du tabagisme doit être prise en charge spécifiquement.
- Le mode de vie (stress, habitudes festives...) et l'environnement tabagique du fumeur (domestique, professionnel et amical) sont des points essentiels.

La rechute doit être dédramatisée, elle constitue une étape souvent nécessaire dans l'apprentissage de la vie sans tabac. Il est important de valoriser les efforts réalisés et d'analyser les circonstances de la rechute. Le suivi doit être maintenu en vue d'une nouvelle tentative.

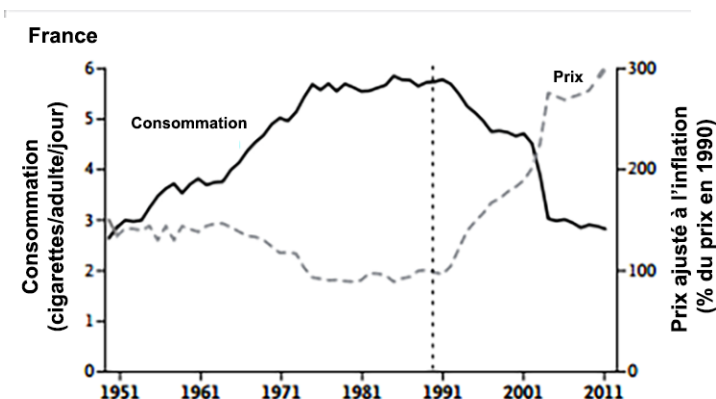
7. PREVENTION

En France, la loi Veil de 1976, la loi Evin de 1991 et le décret Bertrand de 2006 ont mis un frein à l'expansion du tabagisme.

Les principales mesures recommandées sont :

- Interdiction de toute publicité, directe ou indirecte.
- Augmentation dissuasive et répétée des prix :
 - . de tous les produits du tabac (y compris le tabac à rouler)
 - . objectif 10 € en 2020
- Protection contre l'exposition au tabagisme passif (lieux publics et de travail).
- Éducation et information : les avertissements sanitaires sous forme d'images sur les paquets.

Evolution de la consommation de tabac en fonction de l'évolution du prix des cigarettes en France (Prabhat J, NEJM 2014).



Actuellement le contrôle du tabac s'inscrit dans le cadre du Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 (PNRT) qui comprend 3 grandes mesures :

- instauration du paquet neutre
- hausse du forfait de prise en charge des substituts nicotiques à hauteur de 150€
- mise en place du grand évènement national médiatique de prévention intégrée d'aide au sevrage tabagique du mois de novembre : « Mois sans tabac ».