

*item 73***ADDICTION AU TABAC**

- |   |   |
|---|---|
| I. Épidémiologie  | IV. Notions de physiopathologie                 |
| II. Troubles addictologiques liés à l'usage de tabac                    | V. Prévention et prise en charge addictologique |
| III. Complications des troubles addictologiques liés à l'usage de tabac |   |

**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES**

- \* 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.

**CAS CLINIQUES SIDES**

<http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/73>





## POINTS CLEFS

L'âge moyen lors de la première cigarette est d'environ 14 ans.

80 % des décès par cancers broncho-pulmonaires sont liés à l'intoxication tabagique.

La nicotine est le principal agent responsable de la dépendance.

La nicotine n'est pas considérée comme cancérigène.

Les moyens de prise en charge existant sont les psychothérapies, les substituts nicotiques, la varénicline et le bupropion.

La prise en charge à long terme permet un maintien de l'arrêt de l'usage, une adaptation du traitement médicamenteux et une surveillance régulière du patient.

## 1. ÉPIDÉMIOLOGIE

En 2014, parmi les **18-75 ans**, 86 % des hommes et 76 % des femmes déclarent avoir fumé au moins une cigarette au cours de leur vie. L'âge moyen lors de la première cigarette est stable, aux alentours de 14 ans.

La prévalence des fumeurs a augmenté dans la population âgée de **15 à 75 ans**, passant de 32 % en 2005 à 34 % (37 % des hommes et 30 % des femmes) en 2010. 49 % des fumeurs réguliers présentent des signes de dépendance.

En 2014, il y avait 13,3 millions de consommateurs quotidiens de tabac en France métropolitaine parmi les **11-75 ans**.

L'intoxication tabagique est responsable, dans le monde, d'un décès sur dix (plus de 5 millions de personnes par an). En France, elle représente la première cause de décès évitable avec 73 000 décès prématurés chaque année.

Parmi les personnes âgées de **18 à 75 ans**, 25 % déclarent avoir déjà essayé la cigarette électronique au cours de leur vie. Parmi les fumeurs, ils sont 57 % à l'avoir essayée. L'usage actuel de la cigarette électronique concerne 6 % de l'ensemble des **18-75 ans**, dont la moitié en fait un usage quotidien. 75 % des vapoteurs sont aussi fumeurs réguliers de tabac, 8 % sont des fumeurs occasionnels, 16 % des ex-fumeurs, tandis que 1,5 % d'entre eux n'ont jamais fumé.

La durée de l'intoxication tabagique est le facteur de risque le plus important de complications liées au tabac. Doubler la dose multiplie le risque de cancer par 2, alors que doubler la durée le multiplie par 16 voire 23.

## 2. TROUBLES ADDICTOLOGIQUES LIÉS À L'USAGE DE TABAC

### 2.1. Usage de tabac nocif pour la santé (Critères CIM-10)

Cf. chapitre introductif de la partie addictologie du référentiel.

## 2.2. Dépendance au tabac (Critères CIM-10)

Cf. chapitre introductif de la partie addictologie du référentiel.

# 3. COMPLICATIONS DES TROUBLES ADDICTOLOGIQUES LIÉS À L'USAGE DE TABAC

## 3.1. Complications médicales non-psychiatriques

<p><b>Néoplasiques</b> (L'intoxication tabagique est responsable de 25 % de l'ensemble des cancers)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Cancer broncho-pulmonaire (80 % des décès par cancers broncho-pulmonaires)</li> <li>* Cancer épidermoïde de l'œsophage</li> <li>* Cancer de la vessie</li> <li>* Cancers oro-pharyngés</li> <li>* Cancer du larynx</li> <li>* Cancer du pancréas</li> <li>* Cancer du rein</li> </ul>
<p><b>Pulmonaires</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Broncho-pneumopathie chronique obstructive (15 % des fumeurs)</li> <li>* Emphysème</li> <li>* Bronchite chronique</li> <li>* Insuffisance respiratoire chronique</li> </ul>
<p><b>Cardiovasculaires</b> (L'intoxication tabagique représente la première cause de mortalité cardiovasculaire évitable et le premier facteur de risque cardiovasculaire de la femme non ménopausée)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Insuffisance coronarienne : fumer multiplie par 3 le risque d'infarctus du myocarde</li> <li>* Artériopathie oblitérante des membres inférieurs</li> <li>* HTA, cardiopathie hypertensive</li> <li>* Anévrisme de l'aorte abdominale</li> <li>* Accident vasculaire cérébral</li> </ul>
<p><b>Dermatologiques</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Augmentation de la sévérité de l'acné</li> <li>* Accélération du vieillissement cutané</li> <li>* Coloration des ongles</li> <li>* Sécheresse cutanée</li> </ul>
<p><b>Autres</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Colorations brunes ou noires des dents</li> <li>* Parodontie</li> <li>* Déchaussement des dents</li> <li>* Polyglobulie, polynucléose</li> <li>* Diminution de la fécondité</li> <li>* Accouchement prématuré</li> <li>* Retard de croissance intra-utérin</li> <li>* Mort fœtale in utero, GEU, fausse couche</li> </ul>
<p><b>Intoxication passive</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Multiplication du risque de cardiopathies ischémiques et de cancer broncho-pulmonaire par 1,3</li> <li>* Coronaropathie</li> <li>* Otite, asthme chez l'enfant, bronchite</li> </ul>

### 3.2. Complications médicales psychiatriques

Beaucoup de patients atteints de troubles psychiatriques fument, puisqu'on retrouve 82 % de fumeurs chez les patients atteints de schizophrénie et environ 56 % de fumeurs chez les patients atteints de troubles bipolaires de l'humeur.

Avant un sevrage tabagique, il est nécessaire de repérer l'anxiété et la dépression éventuelles, actuelles et sur la vie entière.

Les fumeurs qui ont du mal à arrêter de fumer sont susceptibles de manifester une humeur dépressive.

Les manifestations anxio-dépressives induites par le sevrage durent en général quelques semaines et ne nécessitent en général pas de prise en charge pharmacologique spécifique. Un soutien dans le cadre de la consultation est néanmoins nécessaire. Si les symptômes persistent, il est utile d'envisager une prise en charge spécifique (psychiatrie). Mais en général, à distance du sevrage tabagique, les anciens fumeurs rapportent une amélioration notable des symptômes anxieux et dépressifs, du niveau de stress, ainsi que de leur qualité de vie.

Le tabac pourrait favoriser le trouble panique en raison de ses effets stimulants.

## 4. NOTIONS DE PHYSIOPATHOLOGIE

Une cigarette contient environ 7 000 composés dont 69 carcinogènes. La nicotine n'est pas considérée comme cancérigène.

**La nicotine** est le principal agent responsable de **la dépendance**. Lorsque le patient fume, il existe un pic rapide de la concentration plasmatique de nicotine, vraisemblablement responsable de l'effet particulièrement addictogène de la cigarette.

**Les goudrons, agents cancérigènes**, sont responsables de modifications des cellules épithéliales. Ces cellules peuvent être remplacées peu à peu par des cellules saines après un arrêt précoce du tabac.

**Le monoxyde de carbone (CO)** est une cause de troubles cardiovasculaires.

**Les radicaux libres** de la fumée stimulent la dégradation de la paroi alvéolaire et inhibent les enzymes responsables de sa protection.

**Les signes de sevrage apparaissent rapidement après arrêt brutal ou diminution significative de la quantité fumée** : humeur dépressive, irritabilité, frustration, colère, insomnie, anxiété, difficultés de concentration, augmentation de l'appétit, prise de poids.

## 5. PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE ADDICTOLOGIQUE

### 5.1. Stratégies de prévention

Tous les professionnels de santé devraient s'impliquer dans la prévention de l'intoxication tabagique (dès l'âge scolaire) et dans l'aide à l'arrêt du tabac.

Les stratégies de lutte contre cette intoxication dont disposent les pouvoirs publics sont multiples et peuvent comprendre :

- \* Une **modification de l'environnement de l'individu** : prix du tabac, accessibilité du tabac, réglementation de son usage, réglementation de sa promotion/publicité, offre de soin et prévention (consultations de sevrage, dispositif Tabac Info Service, patchs nicotiniques accessibles et remboursables), interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif ;
- \* Une **invitation de l'individu à changer son comportement** : information, communication, éducation pour la santé via des campagnes médiatiques, des documents, des actions de terrain ;
- \* Des **mobilisations collectives** : adaptations organisationnelles, engagement militant, lobbying.

**L'arrêt du tabac réduit la mortalité liée aux maladies cardiovasculaires et au cancer broncho-pulmonaire particulièrement.**

**Les facteurs les plus prédictifs d'arrêt du tabac sont un bon niveau socio-économique, une faible consommation de tabac, l'absence d'entourage fumeur, une faible consommation d'alcool, un âge de début de l'intoxication tardif, une durée d'intoxication brève, un long délai entre l'éveil et la première cigarette, une forte motivation à l'arrêt.**

**L'objectif de la prise en charge est l'obtention de l'arrêt de l'usage.**

## 5.2. Dépistage

Tous les patients devraient faire l'objet, de manière systématique, d'une évaluation de leur consommation de tabac et faire l'objet d'un suivi de celle-ci.

Le dépistage débute en posant au patient la question : « **fumez-vous ?** » puis en suivant un algorithme décisionnel pouvant déboucher sur la mise en place d'un traitement d'aide à l'arrêt du tabac.

**La consommation de tabac est parfois évaluée en Paquets-Année (PA) : nombre de paquets par jour multiplié par le nombre d'années d'intoxication tabagique. Cependant cet index est mauvais. En effet, la durée d'exposition représente un risque beaucoup plus élevé que le nombre de cigarettes consommées par jour.**

Si le patient souhaite arrêter, il devra bénéficier d'un temps d'évaluation des croyances et des attentes qu'il a vis-à-vis de ses consommations de tabac et de son arrêt. Il devra également bénéficier d'une évaluation de sa dépendance.

## 5.3. Modalités de sevrage

### 5.3.1. Évaluation de la dépendance

**Le test de Fagerstöm** en 6 questions sera utilisé même si la qualité psychométrique de cet outil est mauvaise.

**Les questions n° 1 et n° 4 du test de Fagerström sont les plus utiles pour caractériser l'intoxication tabagique. Ces deux questions composent le questionnaire HSI (Heaviness of Smoking Index).**

Le recours aux marqueurs biologiques (taux de monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré, taux urinaires et plasmatiques de cotinine) n'est pas indispensable.

Cependant, la mesure du taux de CO dans l'air expiré reflète la consommation tabagique des heures précédentes. Cette mesure est simple à effectuer. Elle peut être utilisée pour vérifier l'arrêt de l'usage chez un patient qui utilise des substituts nicotiniques et pour motiver les patients fumeurs à s'arrêter ou pour renforcer l'arrêt de l'usage.

Chez les patients dépendants, il est recommandé de proposer un traitement médicamenteux qui soulagera les symptômes de sevrage, réduira le craving et préviendra les risques de reprise de l'usage de tabac.

À cette évaluation de la dépendance, il faut associer l'évaluation des comorbidités psychiatriques ainsi que l'évaluation des co-addictions.



## LE TEST DE FAGERSTRÖM

Initialement, Karl Fagerström avait mis au point en 1978 un questionnaire qui permettait d'évaluer la **tolérance** vis-à-vis de la nicotine. Ce questionnaire, le Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ), était composé de huit questions.

En 1991, après le retrait de deux questions, il a été renommé « Fagerström Test of Nicotine Dependence, FTND ».

En 2012, alors qu'il n'y a eu aucune modification des questions, il devient le « Fagerström Test of Cigarette Dependence, FTCD » car Karl Fagerström considérait que le test avait essentiellement été développé pour l'évaluation de la consommation de tabac sous forme de cigarettes.

Le score permet de caractériser une population de fumeurs. Cependant, ce test n'a pas été fait pour avoir des seuils et aucun seuil n'a été validé. Il faut également noter que les recommandations américaines ne font pas référence à ce test et qu'il n'y a pas d'algorithme de décision fondé sur ce questionnaire, qui soit validé pour le traitement de la dépendance.

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

- |                       |   |
|-----------------------|---|
| a/ Dans les 5 minutes | 3 |
| b/ 6 à 30 minutes     | 2 |
| c/ 31 à 60 minutes    | 1 |
| d/ Plus de 60 minutes | 0 |

2 - Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?

- |        |   |
|--------|---|
| a/ Oui | 1 |
| b/ Non | 0 |

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

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| a/ À la première de la journée | 1 |
| b/ À une autre                 | 0 |

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

- |                |   |
|----------------|---|
| a/ 10 ou moins | 0 |
| b/ 11 à 20     | 1 |
| c/ 21 à 30     | 2 |
| d/ 31 ou plus  | 3 |

5 - 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 |

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

- |        |   |
|--------|---|
| a/ Oui | 1 |
| b/ Non | 0 |

## 5.3.2. Les traitements pharmacologiques

### 5.3.2.1. Les substituts nicotiques

Les traitements de substitution nicotinique (TSN) permettent un apport quotidien de nicotine sous une forme différente du tabac, en évitant la toxicité des cigarettes. Ils ne sont pleinement efficaces que s'ils sont prescrits suffisamment longtemps, à un dosage adapté au patient et que les modes d'utilisation et les effets indésirables éventuels sont bien expliqués au patient.

Ils existent sous plusieurs formes :

- \* **Formes transdermiques** : timbres (ou patches) : **permettent une administration de nicotine sur 24 heures ou sur 16 heures.**
- \* **Formes orales** :
  - Gommes à mâcher : le taux maximal de nicotémie s'observe 20 à 30 minutes après le début de la mastication.
  - Comprimés à sucer, pastilles à sucer, comprimés sublinguaux.
  - Inhalateurs : apportent, à chaque bouffée, un dixième de la nicotine libérée par une bouffée de cigarette. À l'administration de nicotine s'ajoute la prise en compte de l'aspect gestuel.
  - Sprays buccaux.

Lors du traitement, les formes orales peuvent être associées aux patches.

Les effets indésirables sont modérés, régressent spontanément et rapidement après retrait du dispositif et dépendent des formes : céphalées, palpitations, dysgueusie, hoquets, nausées, dyspepsie, douleurs et paresthésie au niveau des tissus mous de la cavité buccale, stomatite, hypersécrétion salivaire, brûlure des lèvres, sécheresse de la bouche et/ou de la gorge.

Les patches peuvent être responsables d'érythème et de prurit au point d'application.

### 5.3.2.2. Varénicline et Bupropion

Varénicline (Champix®)
<p>Agoniste partiel des récepteurs nicotiques. Il aide à soulager les symptômes de manque et permet de réduire les effets de plaisir liés à l'intoxication tabagique. Le traitement dure 12 semaines. Pour les patients qui ont réussi à arrêter de fumer à la fin des 12 semaines de traitement, on peut envisager une cure de traitement de 12 semaines supplémentaires.</p>
<p><b>Contre-indications :</b> Allergies, grossesse et allaitement, insuffisance rénale sévère.</p>
<p><b>Effets indésirables :</b> Troubles du sommeil, nausée, constipation, céphalées, épisode dépressif caractérisé, comportements suicidaires, hostilité, agitation.</p>

**Bupropion (Zyban®)**

Inhibiteur de la recapture de la noradrénaline et de la dopamine.  
Il diminue les symptômes du sevrage.  
Le traitement dure de 7 à 9 semaines.

**Contre-indications :**

Insuffisance hépatique sévère, tumeur cérébrale bénigne ou maligne, épilepsie préexistante, même traitée, trouble bipolaire, anorexie boulimie actuelle ou ancienne, grossesse, tout traitement abaissant le seuil épileptogènes, sevrage de l'alcool de moins de 6 mois ou de benzodiazépines, association aux IMAO.

**Effets indésirables :**

Bouche sèche, nausées, réactions cutanées ou allergiques, insomnie, angoisse, vertiges, céphalées, épisode dépressif caractérisé, comportements suicidaires, convulsions, hypertension artérielle, infarctus du myocarde.

**5.3.3. Les traitements non pharmacologiques**

Un accompagnement psychothérapeutique est recommandé lors de la prise en charge. Le patient peut bénéficier :

- \* d'entretiens motivationnels afin de susciter ou de renforcer la motivation au changement ;
- \* d'une psychothérapie de soutien ;
- \* d'une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ;
- \* d'un accompagnement téléphonique : ligne Tabac Info Service (3989) mise en place par le ministère chargé de la Santé et l'Inpes.

Il est recommandé d'aider le patient à anticiper les risques de reprise de l'usage de tabac en repérant toute pensée pouvant conduire à la prise d'une cigarette et les situations incitant habituellement le patient à fumer.

**5.3.4. Les cigarettes électroniques**

Les cigarettes électroniques diffusent de la nicotine dans les voies respiratoires (les concentrations des préparations varient de 0 à moins de 20 mg/ml).

Il s'agit de dispositifs à batterie qui dispensent un mélange de propylène-glycol, de nicotine, d'eau, d'arômes et de glycérol (glycérine végétale) propulsé sous forme de vapeur et inhalé par l'utilisateur.

**À ce jour, aucun effet indésirable ou cas d'intoxication en lien avec la présence des solvants dans les cigarettes électroniques n'a été rapporté.** De nombreuses études chez l'animal suggèrent que le propylène-glycol n'est pas toxique par inhalation (mais pourrait induire des réactions allergiques chez certaines personnes).

Les cigarettes électroniques ou solutions de recharge sont considérés comme des produits de consommation courante. À ce titre, elles doivent répondre à l'obligation générale de sécurité conformément aux dispositions du code de la consommation. Aucune cigarette électronique ne dispose d'une AMM en tant que médicament, aucun fabricant n'ayant déposé de demande en ce sens. Par ailleurs les cigarettes électroniques, avec ou sans nicotine, ne peuvent être vendues en pharmacie car elles ne sont pas inscrites sur liste des marchandises dont les pharmaciens peuvent faire le commerce.



### 5.3.5. Prise en charge à long terme

Permet une tentative de maintien l'arrêt de l'usage et une adaptation du traitement médicamenteux, une surveillance de l'état psychique, de la consommation d'autres substances psychoactives. Il est conseillé de proposer un suivi d'au moins six mois.



#### RÉSUMÉ

En France, l'intoxication tabagique active est la première cause de décès évitable avec 73 000 décès prématurés chaque année.

La durée de cette intoxication est le facteur de risque le plus important de complications liées au tabac.

Tous les professionnels de santé devraient s'impliquer dans la prévention de l'intoxication tabagique (dès l'âge scolaire) et dans l'aide à l'arrêt du tabac.

La nicotine est l'agent responsable de la dépendance.

L'objectif de la prise en charge est l'obtention de l'arrêt de l'usage.

Le test de Fagerstöm permet d'évaluer la dépendance.

La psychothérapie est l'essentiel de la prise en charge du patient, en association aux traitements nicotiques de substitution et à la varénicline ou au bupropion.



#### RÉFÉRENCES POUR APPROFONDIR

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/recommandations\\_arret\\_de\\_la\\_consommation\\_de\\_tabac\\_octobre\\_2014\\_2014-11-17\\_14-13-23\\_985.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/recommandations_arret_de_la_consommation_de_tabac_octobre_2014_2014-11-17_14-13-23_985.pdf)

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé : [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)

Observatoire français des drogues et des toxicomanies : [www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr)

Petros W.-P., Younis I.-R., Ford J.-N., Weed S.-A., « Effects of tobacco smoking and nicotine on cancer treatment ». *Pharmacotherapy*, 2012, 32, p. 920-931.

Taylor G., McNeill A., Girling A., Farley A., Lindson-Hawley N., Aveyard P., « Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis », *BMJ*, 2014, 348, g 1151.



