

Item 75 - Addiction au tabac

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.

A. Généralités

Définition A	- Le tabac fumé produit 3 types de fumées : × Courant primaire : inhalé par le fumeur (tabagisme actif) × Courant secondaire : s'échappe de la cigarette par le bout incandescent (tabagisme passif). × Courant tertiaire : exhalé par le fumeur (tabagisme passif) - L'addiction au tabac est caractérisée par 2 tableaux : l'usage nocif pour la santé et dépendance <table border="1" data-bbox="248 488 1517 591"> <tr> <td data-bbox="248 488 472 591">Statuts tabagiques</td><td data-bbox="472 488 1517 591"> – Non-fumeur (jamais) : personne ayant fumé < 100 cigarettes au cours de sa vie – Fumeur sevré (ex-fumeur) : arrêt total et définitif depuis ≥ 12 mois – Fumeur actif : fumeur non sevré depuis 12 mois </td></tr> </table>	Statuts tabagiques	– Non-fumeur (jamais) : personne ayant fumé < 100 cigarettes au cours de sa vie – Fumeur sevré (ex-fumeur) : arrêt total et définitif depuis ≥ 12 mois – Fumeur actif : fumeur non sevré depuis 12 mois
Statuts tabagiques	– Non-fumeur (jamais) : personne ayant fumé < 100 cigarettes au cours de sa vie – Fumeur sevré (ex-fumeur) : arrêt total et définitif depuis ≥ 12 mois – Fumeur actif : fumeur non sevré depuis 12 mois		
Modes de consommation A	- De manière inhalée, après combustion à haute température : × Cigarettes manufacturées, cigarettes roulées, cigarillos, cigare et pipe × Chicha (pipe à eau) - De manière inhalée, après combustion incomplète : les <i>produits de tabac chauffé</i> × Ces derniers ne doivent pas être confondus avec la cigarette électronique × Les produits du tabac chauffé doivent être considérés comme des cigarettes et ne peuvent être conseillés - De manière inhalée, sans combustion : × Cigarette électronique (ou vaporiseur personnel ou systèmes électroniques de délivrance de la nicotine) × Puffs = cigarettes électroniques jetables × Snuff = tabac à priser qui est sniffé × Il existe également des modes inhalés pour la délivrance du traitement substitutif nicotinique - De manière ingérée : × Snus = tabac humide en sachet qui est disposé entre la gencive et la lèvre supérieure × Sa vente est interdite en Europe (sauf en Suède) × Tabac à chiquer		
Épidémiologie A	– Dans le monde : 1,3 milliard de fumeurs, dont > 80 % vivant dans un pays à faible revenu ou intermédiaire – En 2020 : 22 % de la population mondiale consommait du tabac (37 % des hommes, 8 % des femmes) – En France, en 2021 : 1 adulte sur 3 fume, 1 adulte sur 4 fume de manière quotidienne – En 2021, parmi les 18-75 ans : 35 % d'hommes, 30 % de femmes – En 2021, parmi les 18-75 ans : 15 millions de fumeurs, dont ≈ 12 millions de consommateurs quotidiens de tabac en France – À partir de 2017 : Baisse importante grâce à l'augmentation du prix, le paquet-neutre et l'opération moi(s) Sans Tabac – Après la pandémie de SARS-CoV-2 : ↗ surtout chez les femmes, personnes sans diplôme ou diplôme inférieur au baccalauréat – En 2021, ↗ prévalence du tabac est toujours fortement associée au faible niveau socio-économique (diplôme) – Tabagisme des jeunes : → En 2021 : expérimentation des jeunes en baisse → Âge moyen de la 1^{re} cigarette = 14 ans et âge de la consommation quotidienne = 15 ans → Usage quotidien : légère prédominance masculine – Cigarette électronique : chez les 18-75 ans ≈ 40 % ont déjà expérimenté, 5 % d'usager quotidien – Chicha : Usage en diminution chez les jeunes, plus élevé chez les garçons par rapport aux filles – Femmes enceintes : femmes > 35 ans, avec niveau de diplôme équivalent au bac ou plus = plus à risque de fumer – Prévalence des fumeurs parmi les 15-75 ans : ≈ 35 % (en ↗) dont 50 % présentent des signes de dépendance – Mortalité : > 8 millions de décès/an (1 décès sur 10) ⇒ Dont 1,2 million liés au tabagisme passif ⇒ 1^{re} cause de mortalité évitable ⇒ > 75 000 décès prématurés/an dont 5 000 par tabagisme passif – Intoxication tabagique responsable de 25 % de l'ensemble des cancers – Facteur de risque le plus important de complications liées au tabac : DURÉE DE L'INTOXICATION TABAGIQUE – Risque de cancer : x2 en doublant la dose, x23 en doublant la durée – Arrêt du tabac réduit la mortalité liée aux maladies cardiovasculaires et au cancer broncho-pulmonaire		
Psychopathologie B	– La fumée de tabac est un aérosol c'est-à-dire un mélange de gaz et de particules – Une cigarette = 7000 composés dont 69 carcinogènes : × Nicotine : principal agent responsable de la dépendance, peu toxique, mais produit parmi les plus addictifs connu × Goudrons : agents cancérigènes (modifications de l'épithélium ⇒ retour à l'état de base après arrêt précoce tabac) × Monoxyde de carbone (CO) : cause de troubles cardiovasculaires (Infarctus ++) – Se fixe sur l'hémoglobine créant l'hypoxie et participe aux lésions endothéliales × Radicaux libres : dégradation de la paroi alvéolaire par inhibition des enzymes la protégeant × Particules de fumée de tabac : Ø médian = 0,3 microns – Pénètrent tout l'arbre respiratoire ainsi que les alvéoles pulmonaires – Passent dans la circulation sanguine et entraînent des phénomènes inflammatoires – Rôle dans la thrombose artérielle (pas veineuse) en favorisant l'agrégation plaquettaire × Métaux lourds (cadmium, plomb, chrome, mercure) et agents de saveur		

B. Pathologies liées au tabac

1 FUMEUR SUR 2 MOURRA PRÉMATURÉMENT D'UNE MALADIE DUE AU TABAC

1. TROUBLES NON ADDICTOLOGIQUES LIES A L'USAGE DU TABAC (pas dans la CIM-10)

Usage à risque A	– Usage à risque = Niveau de consommation exposant à des risques de complications, secondaires à la consommation aiguë et/ou chronique, mais ne sont pas encore présentes (et ne le seront peut-être jamais) – Il s'agit plutôt d'un facteur de risque, état «prémorbide» aux troubles addictifs liés à l'usage du tabac
--	---

2. TROUBLES ADDICTOLOGIQUES LIES À L'USAGE DU TABAC (CIM-10)

Usage nocif A	= consommation répétée induisant des dommages médicaux ou <u>sociaux</u> pour le sujet ou pour son environnement.	
Dépendance au cannabis A	= Impossibilité de s'abstenir de consommer (perte de contrôle de l'usage)	
	Syndrome de sevrage (Facteur de rechute principal)	– <u>Signes rencontrés</u> : × Irritabilité, frustration, colère × Anxiété, nervosité, céphalées × Humeur dépressive × Difficulté de concentration × Augmentation de l'appétit ou prise de poids × Troubles du sommeil : <i>insomnies, cauchemars</i> – <u>Délai d'apparition</u> : apparaissent rapidement après arrêt brutal ou <u>↘ significative</u> de la quantité – <u>Durée du syndrome</u> : quelques semaines – <u>Prise en charge</u> : pas de médicament, mais soutien nécessaire – <u>En cas de persistance du syndrome</u> : Prise en charge en psychiatrie
	Craving	= Pulsions à consommer du tabac, reflet de la dépendance psychologique et <u>comportementale</u>

3. COMPLICATIONS PSYCHIATRIQUES

Décompensation B	– 80 % des patients schizophrènes sont fumeurs, 60 % des patients avec troubles de l'humeur sont fumeurs
Troubles possibles B	– Troubles anxieux dont le trouble panique (favoriser par les effets stimulants) – Troubles de l'humeur

4. COMPLICATIONS NON-PSYCHIATRIQUES

Néoplasiques A	– Cancer broncho-pulmonaire : 80 % des décès liés à l'intoxication tabagique × 80 % des cancers du poumon sont liés au tabac × Risque de cancer du poumon x 10-15 × Pas de seuil en dessous duquel fumer = risque zéro × Risque de cancer du poumon dépend du NOMBRE de cigarette/jour et surtout de la DUREE du tabagisme × <u>Tabagisme passif</u> : ↗ du risque relatif de cancer du poumon de 26 % – Cancer épidermoïde de l'œsophage, cancers oro-pharyngés, du larynx – Cancer de la vessie, cancer du rein et des uretères – <u>Autres</u> : Cancer de l'estomac, côlon, rectum, foie, pancréas, col utérin, ovaire, leucémie myéloïde
Pulmonaires A	– BPCO : 15 % des fumeurs × 3,5 millions de personnes touchées en France dont 2/3 l'ignorent × Évolue vers l'insuffisance respiratoire chronique en l'absence de sevrage × Risque de cancer de poumon x3 chez un BPCO – Exacerbation et facteur de mauvais contrôle de l'asthme (tabac passif et actif) – Emphysème, bronchite chronique, insuffisance respiratoire chronique
Cardiovasculaires (risque x 20) A	– Insuffisance coronarienne, cardiopathies ischémiques (risque x3 d'infarctus de myocarde) – AOMI, artérite – HTA, cardiopathie hypertensive – AAA (anévrisme de l'aorte abdominale) – AVC
Dermatologiques A	– Augmentation de la sévérité de l'acné – Accélération du vieillissement cutané – Coloration des ongles – Sécheresse cutanée
Autres A	– Pathologies dermatologiques : ↗ sévérité de l'acné, accélère vieillissement cutané, sécheresse cutanée, coloration ongles – Pathologies bucco-dentaires : Coloration brunes ou noires des dents, parodontites, déchaussement des dents – Pathologies hématologiques : Polyglobulie, polynucléose neutrophile – Troubles sexuels et de la fécondité : Diminution de la fécondité, troubles érectiles, ↗ risque CV avec certaines pilules – Grossesse : ↗ accouchement prématuré, RCIU, GEU, fausse couche
Intoxication passive A	– ↗ 20-30 % du risque relatif de décès par maladies cardiovasculaires – Coronaropathie – ↗ Risques d'infections ORL et pulmonaires chez l'enfant et le nourrisson : Otite, asthme chez l'enfant, bronchite – ↗ Risque de mort subite du nourrisson

C. Prise en charge diagnostique

1. DÉPISTAGE ET PRÉVENTION

Tout patient doit faire l'objet systématiquement d'une évaluation de leur consommation et d'un suivi

Repérage précoce et intervention brève A B	Intervention brève A	- Restituer les résultats des questionnaires de consommation Informer sur les risques concernant la consommation de tabac Évaluer avec le consommateur ses <i>risques personnels</i> et <i>situationnels</i> Identifier les représentations et les attentes du consommateur Échanger sur l'intérêt personnel de l'arrêt ou de la réduction de la consommation - Expliquer les méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation - Proposer des objectifs et laisser le choix - Évaluer la motivation, le bon moment et la confiance dans la réussite de la réduction ou de l'arrêt - Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation - Remettre une brochure ou orienter vers un site, une application, une association, un forum
	Méthode des « 5A » B	ASK = Interroger sur la consommation de tabac ASSESS = Évaluer la motivation à l'arrêt du tabagisme ADVISE = Conseiller l'arrêt du tabagisme ASSIST = Aider la tentative d'arrêt du tabagisme ARRANGE = Organiser le suivi de l'aide au sevrage tabagique
	Situations A	Grossesse - Chirurgie programmée (l'arrêt préalable 6 à 8 semaines avant diminue la morbi-mortalité opératoire) - Découverte d'une maladie liée au tabac
Évaluation de la consommation A	Dépistage : Débute avec la question : « fumez-vous ? » « Avez-vous déjà fumé ? » Évaluation de la consommation : - Mode de consommation : cigarette (1 cigarette = 1 gramme), tabac roulé, chicha... Âge de début - Quantité en paquets-années (PA) : nombre paquets/jour x nombres d'années de consommation ⇒ Mauvais évaluateur Durée en années - Évaluation consommation < 24 h : Mesure du taux de CO expiré (peut renforcer la motivation, taux < 8 ppm normal) - Tentatives d'arrêt et/ou de réduction du tabagisme ATTENTION : la notion de paquet-année n'est pas un bon évaluateur du facteur de risque tabagique : - 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 - Fumer 10 cigarettes /j pendant 20 ans (10 PA) ≠ 20 cigarettes /j pendant 10 ans (10 PA) Si le patient souhaite arrêter : - Évaluation croyances/attentes vis-à-vis de consommations de tabac et de l'arrêt - Évaluation de sa dépendance : Test de Fagerström	
Évaluation de la dépendance A	- Évaluer via le Test de Fagerström en 6 questions = qualité psychométrique mauvaise Questions 1 et 4 = les plus utiles pour caractériser l'intoxication tabagique. Composent le HSI (Heaviness of Smoking Index) - Initialement, 1^{er} questionnaire : le Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ), était composé de huit questions. - En 1991 = « Fagerström Test of Nicotine Dependence, FTND » - En 2012 = « Fagerström Test of Cigarette Dependence, FTCD » - Le score permet de caractériser une population de fumeurs. - Ce test n'a pas été fait pour avoir des seuils et aucun seuil n'a été validé. - Combien de temps après le réveil, fumez-vous votre 1^{re} cigarette ? (très utile) - Est-ce difficile de s'abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? - À quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ? - Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ? (très utile) - Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les 1^{res} heures de la matinée que durant le reste de la journée ? - Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ? 0 – 2 = Non dépendant à la nicotine, peut arrêter de fumer sans avoir besoin de substituts nicotiniques 3 – 4 = Dépendance faible à la nicotine 5 – 6 = Dépendance modérée à la nicotine 7 – 10 = Dépendance forte - Il existe une version simplifiée, plus utile en pratique, qui repose sur deux questions : la 1 et la 4 du Fagerström complet 0 – 1 = Non dépendant à la nicotine 2 – 3 = Dépendance modérée à la nicotine 4 – 6 = Dépendance forte à la nicotine Recours aux marqueurs biologiques : Utiles, mais NON INDISPENSABLES - Taux de monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré = reflet de la consommation des heures précédentes = Utile pour vérifier l'arrêt de l'usage (en cas de substitut nicotinique), motiver l'arrêt, renforcer l'arrêt de l'usage - Taux urinaires et plasmatiques de cotinine Chez les patients dépendants, proposer un traitement médicamenteux pour : - Soulager les symptômes de sevrage, réduire le craving, et prévenir les risques de reprise	

Prévention A B	En France, 3 lois ont freiné l'expansion du tabagisme : Loi Veil (1976), loi Évin (1991) et décret Bertrand (2006) – Objectif : Implication des professionnels de santé dans la prévention de l'intoxication et dans l'aide à l'arrêt du tabac A – Stratégies de lutte multiple contre cette intoxication : B × Modification de l'environnement : – ↗ dissuasive et répétée des prix de tous les produits du tabac (y compris rouler) avec objectif de 10 € en 2020 – Réglementation de l'accessibilité et de l'usage – Réglementation de la publicité : interdiction de toute publicité directe ou indirecte – Offre de soin et prévention (consultations de sevrage, Tabac Info Service, patchs nicotiniques) – Protection contre l'exposition au tabagisme passif : Interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif × Invitation à changer son comportement : information (images sur les paquets), communication, éducation sur la santé × Mobilisations collectives : adaptations organisationnelles, engagement militant, « lobbying » (groupe de pression) – En France : inversion de la tendance en 2001 avec ↘ de la consommation de tabac en fonction de l'↗ du prix – Contrôle du tabac s'inscrit dans le cadre du Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 (PNRT) – Il comprend 3 grandes mesures : × Instauration du paquet neutre (sans distinction de marque) × Forfait de prise en charge des substituts nicotiniques à hauteur de 150 € × Événement national d'aide au sevrage tabagique du mois de novembre : « Mois sans tabac » – Facteurs les plus prédictifs d'arrêt du tabac : A – Bon niveau socio-économique – Faible consommation et durée d'intoxication brève – Absence d'entourage fumeur – Faible consommation d'alcool – Âge de début tardif – Long délai entre le réveil et la première cigarette – Forte motivation à l'arrêt
-------------------------------------	--

D. Prise en charge thérapeutique

SUIVI DE LA PRISE EN CHARGE D'ENVIRON 6 MOIS POUR MAINTENIR L'ARRÊT DE L'USAGE ET ADAPTE LE TRAITEMENT SI BESOIN

1. TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES

Substituts nicotiniques A B	– Traitements de substitution nicotinique (TSN) = apport quotidien de nicotine en évitant la toxicité des cigarettes – Prescription sur le long terme pour être efficace, à un dosage adapté au patient – Ils existent sous plusieurs formes : Utilisée seule ou en association 1. Formes transdermiques : timbres (ou patches) : administration de nicotine sur 16 h ou 24 h 2. Formes orales : × Gommes à mâcher : Taux maximal de nicotémie en 20 à 30 minutes après le début de la mastication × Comprimés à sucer, pastilles à sucer, comprimés sublinguaux. × Inhalateurs : chaque bouffée = 1/10^{ème} de la nicotine libérée par une bouffée de cigarette + aspect gestuel × Sprays buccaux – Effets indésirables 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 B – Effets indésirables patches : érythème, prurit au point d'application B – Pas de contre-indication : possible pendant la grossesse et en cas de pathologies cardiovasculaires
Varénicline (Champix) A B	– Définition : Agoniste partiel des récepteurs nicotiniques à l'acétylcholine du SNC A – Indication : Aide au sevrage du tabac – Objectif : aide à soulager les symptômes de manque et permet de réduire les effets de plaisir liés à l'intoxication tabagique – Durée du traitement : 12 semaines. 12 semaines supplémentaires pour ceux ayant réussi à arrêter à la fin du traitement – CI : Allergies, grossesse et allaitement, insuffisance rénale sévère, pathologies cardiovasculaires – EI : Insomnie, cauchemars, nausées, constipation, céphalées, EDC, comportements suicidaires, hostilité, agitation – Nécessite un suivi attentif
Bupropion (Zyban) A B	– Définition : Inhibiteur de la recapture de la noradrénaline et de la dopamine A – Indication : en dernière intention dans l'aide au sevrage – Objectif : diminue les symptômes du sevrage – Durée du traitement : 7 à 9 semaines – Contre-indications : × Insuffisance hépatique sévère × Tumeur cérébrale bénigne ou maligne × Épilepsie préexistante, même traitée × Tout traitement abaissant le seuil épileptogène × Trouble bipolaire, anorexie boulimie actuelle ou ancienne × Grossesse × Sevrage de l'alcool ou de benzodiazépines < 6 mois × Association aux IMAO – Effets indésirables : × Bouche sèche, nausées × Réactions cutanées ou allergiques × Insomnie, angoisse × Vertiges, céphalées, convulsions × Épisode dépressif caractérisé × Comportements suicidaires × Hypertension artérielle, infarctus du myocarde

2. TRAITEMENT NON PHARMACOLOGIQUE

Psychothérapie A	Un accompagnement psychothérapique est recommandé lors de la prise en charge : – Entretiens motivationnels : susciter ou renforcer la motivation au changement – Psychothérapie de soutien – Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) : ↗ chances de réussite par rapport à une médication seule – Accompagnement téléphonique : Tabac Info Service (3989) (mise en place par ministère de la Santé et l'Inpes) – Thérapies non conventionnelles : Hypnose, acupuncture, auriculothérapie	
	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. – Connaître et présenter les bénéfices à l'arrêt du tabac est important pour le fumeur et s'intègre dans le cadre de l'entretien motivationnel. × En 20 minutes : le rythme cardiaque et la tension artérielle s'améliorent × En 8 h : le taux de monoxyde de carbone dans le sang diminue par de moitié × En 2 jours : Il n'y a plus de nicotine dans le corps. Le goût et l'odorat s'améliorent. × En quelques semaines : la toux diminue, la peau est plus belle. On notera qu'une recrudescence temporaire de la toux à l'arrêt est quasiment systématique en raison de la ré-épithélialisation bronchique et la reconstitution des cellules ciliées × En quelques mois : Amélioration des performances sportives et du souffle × À 1 an : Risque d'AVC a sensiblement baissé. Le risque d'infarctus du myocarde diminue de moitié × À 10 ans : le risque d'être atteint d'un cancer diminue et l'espérance de vie augmente

3. CIGARETTES ÉLECTRONIQUES

Généralités B	– Les cigarettes électroniques diffusent de la nicotine dans les voies respiratoires (concentrations = 0 à 20 mg/ml). – Dispositifs à batterie diffusant un mélange de : propylène-glycol, nicotine, eau, arômes et glycérol (glycérine végétale) – Propulsé sous forme de vapeur et inhalé par l'utilisateur – Ne dégage pas de CO ni de goudrons (car pas de combustions) – El : aucun effet indésirable ou cas d'intoxication en lien avec la présence des solvants (à ce jour) – Études chez l'animal : propylène-glycol non toxique par inhalation, mais pourrait induire des réactions allergiques ++ – Aucune cigarette électronique ne dispose d'une AMM en tant que médicament – Cigarettes électroniques, avec ou sans nicotine, ne sont <i>pas vendues en pharmacie</i> – Les cigarettes électroniques ou solutions de recharge sont des produits de consommation courante et doivent répondre à l'obligation générale de sécurité conformément aux dispositions du code de la consommation.
--------------------------------	--

4. SUIVI

Généralités A	– Qualité et fréquence du suivi ↗ chances de réussite du sevrage et permet une meilleure prévention des récives – Suivi d'une durée d'environ 6 à 12 mois. Sevrage « réussi » = Sevrage total sur une durée ≥ 1 an – Il s'agit de repérer : 1. Signes de sevrage en cas de prescription de <i>substituts nicotiniques</i>, posologie doit être augmentée. 2. Situations à haut risque de récive et sources de rechute dans le passé 3. Éventuelle prise de poids = cause fréquente de rechute du tabagisme 4. Mode de vie (stress, habitudes festives...) et environnement tabagique du fumeur – La rechute doit être dédramatisée, étape nécessaire dans l'apprentissage de la vie sans tabac – Il est important de <i>valoriser les efforts</i> réalisés et d'analyser les circonstances de la rechute
--------------------------------	---