



Item 75 Addiction au tabac.

Rang	Rubrique	Intitulé connaissance
A	Définition	Connaître les principaux risques liés au tabagisme actif, au tabagisme passif, et au tabagisme in utero
A	Définition	Connaître les principaux types de dépendance entraînés par le tabac et la façon d'évaluer cette dépendance
B	Définitions	Connaître la définition de la cigarette électronique
B	Physiopathologie	Connaître la toxicité de la nicotine, des goudrons et de la fumée de tabac
B	Physiopathologie.	Connaître le mécanisme d'atteinte artérielle (thrombogénicité, vasomotricité, inflammation)
A	Epidémiologie	Connaître l'âge de début, le pourcentage de dépendants et la mortalité mondiale et française liée au tabac et les risques
B	Épidémiologie	Connaître les tendances épidémiologiques du tabagisme au cours du temps
A	Épidémiologie	Connaître l'épidémiologie du tabagisme chez les jeunes
A	Épidémiologie	Connaître l'épidémiologie du tabagisme chez les hommes et les femmes
A	Épidémiologie	Connaître l'épidémiologie du tabagisme chez la femme enceinte
A	Épidémiologie	Connaître les modes de consommation du tabac
A	Épidémiologie	Connaître l'ordre de grandeur du nombre de cas de cancer liés au tabac
A	Épidémiologie	Connaître la part du tabac dans la mortalité en France
A	Épidémiologie	Connaître la mortalité liée au tabagisme actif
A	Epidémiologie	Connaître l'impact sur la mortalité cardiovasculaire
A	Epidémiologie	Connaître l'épidémiologie du tabagisme et celles des principales maladies liées au tabac
A	Epidémiologie	Connaître l'épidémiologie du tabagisme passif, les grandes notions de sur-risque
B	Épidémiologie	Connaître les catégories socio-professionnelles (CSP) des fumeurs en France
A	Diagnostic positif	Savoir dépister la consommation de tabac
A	Diagnostic positif	Connaître les modalités de diagnostic de la dépendance
A	Diagnostic positif	Connaître les signes de sevrage en tabac
A	Diagnostic positif	Connaître les complications médicales non psychiatriques
B	Diagnostic positif	Connaître le diagnostic des comorbidités psychiatriques et addictives
A	Prise en charge	Moment du sevrage : connaître la proposition d'aide à l'arrêt à chaque contact avec un professionnel de santé
A	Prise en charge	Connaître les moyens de prévention primaire et secondaire
A	Prise en charge	Connaître les traitements de la dépendance au tabac (pharmacologiques et non pharmacologiques)
A	Prise en charge	Connaître les outils institutionnels (tabac info service)
B	Prise en charge	Connaître les modalités de la prise en charge après un événement aigu : infarctus du myocarde, décompensation respiratoire
B	Prise en charge	Savoir rechercher des comorbidités en fonction du terrain
B	Prise en charge	Connaître les modalités de la prise en charge à long terme : savoir que les rechutes sont la règle d'où la proposition systématique de l'arrêt du tabac
B	Prise en charge	Connaître l'aide médicamenteuse autre que traitements substitutifs nicotiniques
B	Prise en charge	Savoir quand adresser un patient en consultation de tabacologie: Premier recours, méthode des 5A (ask, assess, advise, assist and arrange)

Les objectifs de rang B apparaissent en italique dans le texte

Cet item a fait l'objet d'une révision conjointe avec le Collège National des Universitaires en psychiatrie et le Collège Universitaire National des enseignants en addictologie.

Points clés

1. Le tabagisme est la première cause de mortalité évitable. Le tabac est responsable de plus de 75000 décès par an. Un fumeur sur 2 meurt d'une maladie liée au tabac.
2. En France, en 2021, près d'un adulte sur trois fume et un sur quatre fume de manière quotidienne.
3. Toute consultation avec un professionnel de santé doit être l'occasion d'un dépistage et d'un conseil d'arrêt. Il s'agit pour le professionnel de conseiller à chaque fumeur d'arrêter de fumer, et de proposer les aides et accompagnements disponibles pour y arriver.
4. L'arrêt du tabac doit être organisé 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.
5. La nicotine est le principal agent responsable de la dépendance.
6. La dépendance physique liée à la nicotine peut être facilement 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 (test de Fagerström simplifié).
7. Les moyens de prise en charge existants sont les substituts nicotiniques, les psychothérapies, et les aides médicamenteuses, seuls ou combinés.
8. Il n'existe aucune contre-indication aux substituts nicotiniques.
9. La cigarette électronique peut être considérée comme une aide au sevrage tabagique.
10. La prise en charge à long terme permet un maintien de l'arrêt de l'usage, une adaptation du traitement de substitution et une surveillance régulière du patient.

I. INTRODUCTION :

1. La dépendance au tabagisme

Tout usage du tabac est considéré comme un mésusage (conduite de consommation caractérisée par l'existence de risque et/ou de dommage et/ou de dépendance).

De manière générale, le diagnostic de certitude d'une dépendance à une substance, selon la CIM-10, est définie par la présence concomitante d'au moins trois des manifestations suivantes, au cours de la dernière année :

- Désir puissant ou compulsif d'utiliser la substance ;
- Difficulté à contrôler l'usage de la substance ;
- Syndrome de sevrage physiologique lorsque le sujet diminue ou arrête la consommation de la substance ;
- Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance (le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré) ;
- Abandon progressif des autres sources de plaisir et d'intérêt au profit de la substance ; et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets ;
- Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives.

L'addiction au tabac est un phénomène complexe qui fait intervenir plusieurs types de mécanismes de dépendance, dont le repérage est essentiel pour faciliter l'arrêt.

- La dépendance physique ou pharmacologique est directement liée à la nicotine et à son passage très rapide, lorsqu'elle est fumée, vers le cerveau (responsable de « l'effet shoot »). Elle se fixe alors sur les récepteurs cholinergiques nicotiniques et stimule les systèmes de récompense, en modulant la libération de nombreux neurotransmetteurs (en particulier la dopamine).
- La dépendance psychologique est liée aux « effets positifs » que le fumeur associe à la cigarette, utilisée pour « se relaxer », « réfléchir », « l'effet coupe-faim ».
- La dépendance comportementale (ou sociale) est liée aux situations répétées associées à la cigarette et qui peuvent déclencher l'envie « réflexe » de fumer (moments de convivialité, association avec la prise d'autres substances addictives comme le café, l'alcool, le cannabis, etc).

2. Les produits de la fumée :

La fumée de tabac est un aérosol, c'est-à-dire un mélange de gaz et de particules. Ces particules ont un diamètre médian de 0,3 microns qui leur permet de pénétrer l'arbre respiratoire et les alvéoles pulmonaires, puis de passer dans la circulation et provoquer des phénomènes inflammatoires.

Ce mélange se forme à une température pouvant atteindre 1 000° à 1 500 °C. La cendre apparaît, tandis que la fumée se forme. C'est à ce moment que les 2 500 composés chimiques contenus dans le tabac non brûlés passent à plus de 4 000 à 7 000 substances dont au moins 70 sont cancérogènes.

Sa composition n'est pas constante et sa nature varie en fonction du type de tabac, de son mode de séchage, des traitements appliqués, des additifs, etc. On y retrouve toujours :

- *la nicotine, qui est le principal agent responsable de la dépendance mais qui n'est pas cancérogène en tant que tel. 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. En effet, il s'agit d'un des produits les plus addictifs connu. La dépendance peut apparaître dès les premières semaines d'exposition et pour une faible consommation de tabac.*
- *les goudrons (qui sont la principale substance responsable des cancers), et qui sont responsables des modifications des cellules épithéliales bronchiques.*
- *les agents de saveur ;*

- les radicaux libres de la fumée stimulent la dégradation de la paroi alvéolaire et inhibe les enzymes responsables de sa protection.
- des gaz toxiques dont le monoxyde de carbone, qui se fixe sur l'hémoglobine, créant une hypoxie qui participe aux lésions endothéliales et donc aux complications cardiovasculaires. Sa mesure dans l'air expiré est un bon marqueur du tabagisme des dernières heures précédant la mesure et peut être utilisé en tabacologie.
- des métaux lourds (cadmium, plomb, chrome, mercure) ;
- ...

3. Les statuts tabagiques

Pour définir le statut fumeur d'un individu, il est conseillé de suivre les définitions suivantes :

- Un non(jamais)-fumeur est une personne ayant fumé moins de 100 cigarettes au cours de sa vie.
- Un ex-fumeur (ou fumeur sevré) a stoppé totalement et définitivement son tabagisme depuis plusieurs mois. Le délai le plus communément admis est 12 mois.
- Un fumeur actif est un fumeur non sevré depuis 12 mois.

4. Les différents modes de consommation de la nicotine

Il existe plusieurs moyens de consommer de la nicotine :

- 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 produits de tabac chauffé. 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 :
 - La cigarette électronique (ou vaporisateur personnel ou systèmes électroniques de délivrance de la nicotine). Les *puffs* correspondent à des cigarettes électroniques jetables.
 - On soulignera le fait qu'il existe également des modes inhalés pour la délivrance du traitement substitutif nicotinique.
 - Le *snuff* ou tabac à priser qui est sniffé.
- De manière ingérée :
 - Le *snus*, est un tabac humide en sachet qui est disposé entre la gencive et la lèvre supérieure. Sa vente est interdite en Europe (sauf en Suède).
 - Le tabac à chiquer.

II. EPIDEMIOLOGIE :

Il y a 1,3 milliard de fumeurs dans le monde, dont plus de 80 % vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Ainsi, en 2020, 22,3 % de la population mondiale consommait du tabac (36,7 % des hommes et 7,8 % des femmes).

En 2021, parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans, la France comptait 15 millions de fumeurs (34,7% des hommes et 29,2% des femmes) dont 12 millions de fumeurs quotidiens (27,8% des hommes et 23% des femmes).

Evolution récente du tabagisme : Après une baisse importante (Figure 1) à partir de 2017 (attribuée à plusieurs facteurs dont l'augmentation du prix, le paquet-neutre et l'opération *Moi(s) Sans Tabac*), on constate une ré-augmentation depuis 2020, possiblement attribuable à la pandémie de SARS-CoV-2. Cette augmentation est particulièrement liée au tabagisme des femmes (de 20.7% en 2019 à 23% en 2021) ainsi qu'aux personnes n'ayant aucun diplôme ou un diplôme inférieur au baccalauréat (de 29% en 2019 à 32% en 2021). Le tabac reste en effet un puissant « marqueur » social : en 2021, la prévalence du tabagisme restait fortement associée au

diplôme (nettement plus élevée lorsque le niveau de diplôme était plus faible : elle variait de 35,8% parmi les personnes n'ayant aucun diplôme à 17,3% parmi les titulaires d'un diplôme supérieur au baccalauréat), au revenu mensuel ou encore à la situation professionnelle

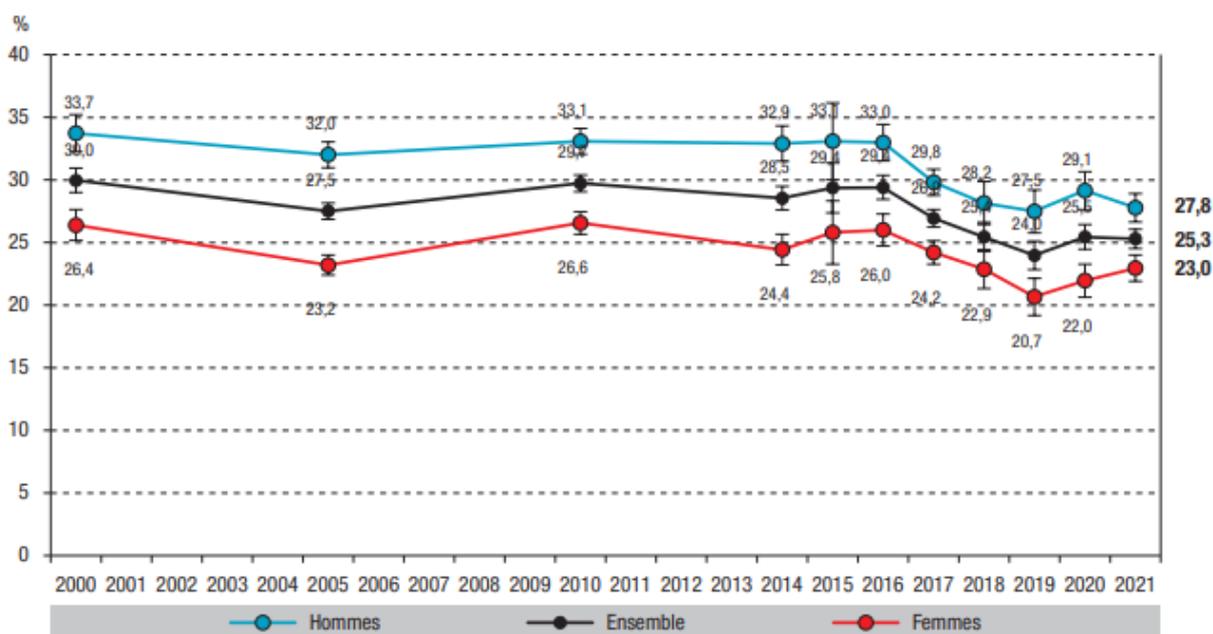
Tabagisme des jeunes : En 2021, on notait une baisse importante de la consommation de tabac chez les jeunes de la classe de 3^{ème}. Ainsi, l'expérimentation est passée de 51,8% des adolescents de 3^{ème} en 2010 à 29,1% en 2021. En outre, l'usage quotidien est passé de 15,6% en 2010 à 3,7% en 2021. En 2017, l'expérimentation du tabac est réalisée en moyenne à 14,4 ans et la consommation quotidienne à 15,1 ans. Le tabagisme à l'âge de 17 ans est également en diminution importante ces dernières années. Ainsi, l'expérimentation est passée de 43,8% en 2014 à 34,1% en 2017. De même, l'usage quotidien est passé de 32,4% à 25,1% entre 2014 et 2017, avec une légère prédominance masculine (23,8 % parmi les filles, 26,3 % parmi les garçons).

Cigarette électronique : En 2021, la part d'élèves de 3^{ème} expérimentateurs de cigarette électronique était de 34,2% (dont 8% d'expérimentateurs exclusifs ; en faible progression par rapport aux 5,1% de 2018), proche de la part d'expérimentateur de produit du tabac (35,1%) bien que la majorité (26,3%) ait expérimenté les deux. La part d'usager quotidien est de 2,8%. Chez les adultes de 18 à 75 ans, en 2021, 38,7% déclarait avoir déjà expérimenté la cigarette électronique et l'usage quotidien était déclaré par 5% (en hausse de 0,7 point par rapport à 2020).

Chicha : Chez les jeunes de 3^{ème}, l'usage de la chicha est en net recul. L'expérimentation passe de 26,2% en 2018 à 20% en 2021. Son usage dans le mois diminue également de 8,3% à 5,5% au cours de la même période. L'usage est plus élevé chez les garçons (23%) par rapport aux filles (16.9%). La grande majorité des usagers de la chicha sont également expérimentateurs de cigarette.

Femmes enceintes : En 2017, parmi les mères d'enfants de cinq ans ou moins, 27,9 % déclaraient qu'elles fumaient lorsqu'elles ont appris être enceintes. Parmi elles, 30 % ont déclaré avoir arrêté dès qu'elles l'ont appris, 20 % ont arrêté au cours de leur grossesse, 44 % ont diminué la quantité de tabac fumé et 6 % n'ont pas diminué. Ce sont les femmes les plus âgées (35 ans ou plus) et celles ayant un niveau de diplôme au moins égal au bac qui étaient plus à risque de fumer au cours de leur grossesse.

Figure 1 : Prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe en France parmi les 18-75 ans, de 2000 à 2022 (Source : Baromètres santé de Santé Publique France).



Sources : Baromètres de Santé publique France 2000, 2005, 2010, 2014, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021.

III. PATHOLOGIES LIEES AU TABAC :

Dans le monde, selon l'OMS, plus de 8 millions de morts sont attribuables au tabac chaque année dont 1.2 million sont liés au tabagisme passif.

Le tabac est la 1^{ère} cause de mortalité évitable en France et dans le monde. Un fumeur sur deux mourra prématurément d'une maladie due au tabac.

En France, en 2015, sur les 580 000 décès enregistrés en France métropolitaine la même année, environ 75 000 décès étaient imputables au tabac (hommes : environ 55 000 soit 19% de l'ensemble des décès ; femmes : environ 20 000 soit 7% de l'ensemble des décès).

Causes de décès attribuables au tabac en France en 2015 - Sources Bulletin épidémiologique hebdomadaire

CAUSES DE DECES	Total
Cancers	46 000
Cancer du Poumon	32 000
Autres cancers	14 000
Maladies cardiovasculaires	17 000
Maladies respiratoires	12 000
TOTAL	75 000

1. Pathologies cancéreuses :

- Un cancer sur quatre est dû au tabac
- Cancers du poumon (CP)
 - 80 % sont liés au tabac
 - Un fumeur a 10 à 15 fois plus de risque de développer un cancer du poumon qu'un non-fumeur.
 - Il n'y a pas de seuil en-dessous duquel fumer ne représente aucun risque, mais le risque dépend du nombre de cigarettes / jour et surtout de la durée du tabagisme.
 - Tabagisme passif : ↗ du risque relatif de cancer du poumon de 26 %.
- De nombreux autres cancers sont liés au tabac, notamment :
 - Voies aéro-digestives supérieures (ORL, œsophage)
 - Vessie, reins, uretères,
 - Autres : Estomac, côlon, rectum, foie, pancréas, col utérin, ovaire, leucémie myéloïde.

2. Maladies cardio-vasculaires :

- Le tabac multiplie par 20 le risque de développer une maladie cardio-vasculaire
 - Cardiopathies ischémiques, coronaropathies
 - Artériopathie
 - Hypertension artérielle (HTA)
 - Accidents vasculaires cérébraux
 - Anévrismes de l'aorte
- *Le CO se fixe sur l'hémoglobine, créant l'hypoxie*
 - *Entraine des lésions endothéliales.*
- *La fumée de tabac*
 - *Entraine une dysfonction endothéliale,*
 - *Favorise l'agrégation plaquettaire : ↗ thromboses artérielles*
- Tabagisme passif : ↗ du risque relatif de décès par maladie cardio-vasculaire de 20 à 30 %

3. Pathologies respiratoires :

- La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) :
 - 3,5 millions de personnes sont touchées en France dont 2/3 l'ignorent.
 - Peut évoluer 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

- Le tabagisme est un facteur de mauvais contrôle de l'asthme.
- Tabagisme passif :
 - ➤ risque d'infections ORL et pulmonaires chez l'enfant et le nourrisson
 - ➤ risque de mort subite du nourrisson.

4. Grossesse

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

5. Pathologies bucco-dentaires

- Coloration des dents
- Parodontopathies
- Déchaussement dentaire

6. Pathologies dermatologiques et esthétiques

- Augmente la sévérité de l'acné
- Accélère le vieillissement cutané, sécheresse cutanée
- Coloration des ongles

7. Maladies psychiatriques

- *Beaucoup de patients atteints de troubles psychiatriques fument. Ainsi, 82% des patients atteints de schizophrénie fument et 56% des patients atteints de troubles de l'humeur.*
- *Le tabac pourrait favoriser le trouble panique (effet stimulant).*
- *Les fumeurs qui ont du mal à arrêter sont susceptibles de présenter une humeur dépressive.*
- *Les manifestations anxio-dépressives induites par le sevrage durent environ quelques semaines et ne nécessitent habituellement pas de prise en charge spécifique (en dehors d'un soutien au cours du suivi) sauf si elles persistent*

8. Troubles sexuels et de la fécondité

- Diminution de la fécondité
- Risque cardiovasculaire accru chez les femmes en association avec certaines contraceptions orales.
- Troubles érectiles

9. Autres :

- Polyglobulie
- Polynucléose neutrophile

IV. PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE DU PATIENT TABAGIQUE :

1. Le repérage précoce (et conseil minimal d'arrêt) :

TOUS les professionnels de santé DOIVENT SYSTEMATIQUÉMENT envisager un repérage précoce (ou conseil minimal) qui se déroule en deux temps :

- L'évaluation de la consommation déclarée par la question « fumez-vous du tabac ? ».
 - Si OUI : Evaluation du risque / conseil d'arrêt :
 - « Voulez-vous un dépliant/brochure/adresse de site à propos des risques liés à la consommation du tabac, les bénéfices à l'arrêt et sur les méthodes de sevrage ? »
 - « Avez-vous déjà envisagé d'arrêter ? »
 - « Voulez-vous que nous prenions le temps d'en parler lors d'une prochaine consultation ? »
 - Si NON : « Avez-vous déjà fumé » ?

- OUI : « pendant combien de temps » et « depuis quand avez-vous arrêté ? ».
- Il est ensuite possible de mettre en place une intervention brève puis un accompagnement. L'intervention brève peut prendre plusieurs aspects (source HAS, 2021) :
 - Restituer les résultats des questionnaires de consommation.
 - Informer sur les risques concernant la consommation de tabac.
 - Évaluer avec le consommateur ses risques personnels et situationnels.
 - 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 de la consommation.
 - Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation.
 - Remettre une brochure ou orienter vers un site, une application, une association, un forum...

L'ensemble constitue la démarche RPIB (Repérage Précoce et Intervention Brève), habituellement utilisée pour l'usage des autres substances psychoactives (alcool, cannabis...) et qu'il est donc possible d'utiliser pour le tabac.

- *Il est également possible de suivre la méthode des « 5A » :*
 - *Interroger sur la consommation de tabac. (Ask)*
 - *Évaluer la motivation à l'arrêt du tabagisme (Assess)*
 - *Conseiller l'arrêt du tabagisme (Advise)*
 - *Aider la tentative d'arrêt du tabagisme (Assist)*
 - *Organiser le suivi de l'aide au sevrage tabagique (Arrange)*
- Le conseil minimal permet d'augmenter le taux de sevrage.
- Ne pas hésiter à orienter les patients vers les sites <http://www.tabac-info-service.fr> et la ligne téléphonique gratuite 3989 qui proposent des accompagnements personnalisés (*coaching*).

Les situations suivantes impliquent une attention toute particulière pour envisager un sevrage tabagique rapide :

- La grossesse ;
- Une chirurgie programmée (l'arrêt préalable 6 à 8 semaines avant diminue la morbi-mortalité opératoire) ;
- La découverte d'une maladie liée au tabac ;
- *La prise en charge n'est toutefois pas spécifique.*

2. Evaluation de la consommation :

- Mode de consommation : cigarette (1 cigarette = 1 gramme), tabac roulé, chicha...
- Quantité consommée en moyenne au cours de la durée de l'utilisation.
On peut utiliser les équivalences suivantes :
 - 1 cigarette roulée = 2 cigarettes manufacturées
 - 1 cigarillo = 4 cigarettes manufacturées
 - 1 joint de cannabis = 4 cigarettes manufacturées
 - 1 chicha = 40 cigarettes manufacturées
- Age de début.
- Durée en années.
- Quantité en **paquets-années** = nombre de paquets (20 cigarettes) consommés par jour multiplié par le nombre d'années pendant lesquelles la personne a fumé cette quantité.
ATTENTION : la notion de paquet-année n'est pas un très 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)
- *L'évaluation de la consommation récente (moins de 24h), peut également se faire par la mesure du CO dans l'air expiré. Cette mesure simple à l'avantage de ne pas être déclarative.*

3. Evaluation de la dépendance :

L'évaluation de la dépendance pharmacologique (ou physique) se fait par l'intermédiaire du test de Fagerström qui comprend 6 questions bien que ses qualités psychométriques soient mauvaises. Il existe une version simplifiée, plus utile en pratique, qui repose sur deux questions :

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 |
| 2 – 3 | Dépendance modérée à la nicotine |
| 4 – 6 | Dépendance forte à la nicotine |

Test de Fagerström complet :

Q1 : 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"/> |

Q2 : Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?

- | | |
|-----|----------------------------|
| OUI | 1 <input type="checkbox"/> |
| NON | 0 <input type="checkbox"/> |

Q3 : À quelle cigarette de la journée renoncerez-vous le plus difficilement ?

- | | |
|------------------------|----------------------------|
| La première le matin | 1 <input type="checkbox"/> |
| N'importe quelle autre | 0 <input type="checkbox"/> |

Q4 : Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?

- | | |
|-------------|----------------------------|
| 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"/> |

Q5 : Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?

OUI 1
NON 0

Q6 : Fumez-vous lorsque vous êtes malade, au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?

OUI 1
NON 0

Interprétation du test :

Score de 0 à 2 : Pas de dépendance à la nicotine
Score de 3 à 4 : Dépendance faible à la nicotine
Score de 5 à 6 : Dépendance moyenne à la nicotine
Score de 7 à 10 : Dépendance forte ou très forte à la nicotine.

Les signes de sevrage :

Ils surviennent dès l'arrêt du tabac, et ils constituent le facteur de rechute principal. Ils font suite à la chute de la nicotémie (et peuvent donc être corrigés par le traitement substitutif).

- trouble de l'humeur,
- céphalée,
- insomnie, irritabilité, cauchemars,
- 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.

Les facteurs prédictifs du succès de l'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 tardif, une durée d'usage brève, un long délai entre l'éveil et la première cigarette, une forte motivation à l'arrêt.

4. Recherche d'une consommation d'autres produits psychoactifs :

Elle doit être systématique :

- *Alcool : la consommation d'alcool est un facteur de risque de rechute du tabagisme. La prise d'alcool est un stimulus déclencheur de l'envie de fumer.*
- *Cannabis : peut gêner l'arrêt du tabac.*
- *Les autres substances nécessitent une prise en charge spécialisée.*

5. Recherche de comorbidités

Il est nécessaire de rechercher à ce moment :

- *Des comorbidités liées au tabac*
- *Des comorbidités psychiatriques, notamment des troubles anxio-dépressifs.*

V. TRAITEMENT DE LA DEPENDANCE

1. Les traitements de substitution nicotinique

- Ils sont d'indication large – quasi-systématique dès lors qu'il existe une dépendance à la nicotine – dans le sevrage – n'ont globalement aucune contre-indication y compris après un événement cardio-vasculaire aiguë ou chez la femme enceinte.
- Ils doublent les chances de succès du sevrage comparé à des placebos.
- Ils peuvent être prescrits par tout professionnel de santé disposant d'un numéro RPPS (y compris les infirmier(e)s et les kinésithérapeutes).

- Ils ne sont efficaces que si prescrit à la bonne dose, et suffisamment longtemps.
- La prescription comprend :
 - Un traitement à libération prolongé sous forme de dispositif transdermique (« patch »)
 - avec des formes 24h/24h et des formes 16h/24h (à retirer la nuit en cas de signes de surdosage) ;
 - dont il existe plusieurs dosages (formes 24h : 21mg, 14mg, 7mg / formes 16h : 15mg, 10mg, 5mg) ;
 - 1 cigarette manufacturée apporte globalement 1mg de nicotine. Il n'y a pas de dose maximale sous réserve qu'elle soit adaptée à la consommation réelle du patient (EX : 3 paquets / j = 3 patchs à 21mg/24h par jour).
 - En cas d'intolérance à la colle (érythème et prurit au point d'application), il est possible de changer de dispositif ou de coller les patchs sur des zones moins sensibles (plante du pied, abdomen...).
 - La prescription se fait à doses décroissante sur plusieurs mois.
 - Un traitement à libération immédiate :
 - Inhalateur, spray buccal.
 - Gomme à mâcher, pastilles à sucer, comprimé à croquer (gouts et dosage variés selon les marques) ;
 - A utiliser en cas d'envie impérieuse de fumer (jusque 15 à 30 fois par jour selon les dosages).
- Remboursement depuis 2018 par l'Assurance Maladie à 65% (à l'exception de l'inhalateur et du spray) et à 100% en cas d'ALD
- Les signes de sous-dosage sont ceux du manque.
- Les signes de surdosage (effets indésirables) régressent rapidement après le retrait du dispositif : céphalées, palpitations, dysgueusie, hoquet, nausées, dyspepsie, stomatite, hypersécrétion salivaire, sécheresse buccale, cauchemars.

2. Substituts nicotiques AVAC ou SANS cigarette ?

Allumer une cigarette alors qu'on a mis un patch ou pris une pastille de nicotine

- ne doit pas faire enlever le patch
- ne met pas le patient en danger (le patient ressentira éventuellement des signes de surdosage nicotinique)
- ne signe pas l'échec du sevrage, mais indique plutôt un sous dosage en substituts nicotiques
- doit conduire à la prise d'un substitut nicotinique à libération immédiate à chaque fois que survient l'envie d'allumer une nouvelle cigarette

3. Les traitements non pharmacologiques

Un accompagnement psychologique est systématiquement recommandé. Il peut prendre différents aspects dont la plupart ne sont pas spécifiques.

- a) 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.



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.**

Connaitre 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 8h : le taux de monoxyde de carbone dans le sang diminue 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.
- A 1 an : le risque d'accident vasculaire cérébral a sensiblement baissé. Le risque d'événement d'infarctus du myocarde diminue de moitié.
- A 10 ans : le risque d'être atteint d'un cancer diminue et l'espérance de vie augmente.

b) La psychothérapie de soutien

c) La thérapie cognitivo-comportementale

Elles permettent de modifier les comportements vis-à-vis de la consommation tabagique. Elles augmentent les chances de réussite par rapport à une médication seule.

d) L'accompagnement, y compris téléphonique via la ligne Tabac-Info Service (3989).

VI. **Le vaporisateur personnel (cigarette électronique ou système électronique personnel de délivrance de nicotine) :**

Il s'agit d'un dispositif composé d'une batterie, d'une cartouche contenant un liquide et d'une résistance. Lors de l'inspiration, le liquide chauffé, mélangé à l'air inspiré, est diffusé sous forme de vapeur, inhalée par l'utilisateur. En raison de l'absence de combustion, la cigarette électronique ne dégage pas de CO ni de goudrons.

Le liquide contient :

- des substances aromatiques variées (tabac, menthe, pomme, etc.)
- du propylène glycol
- de la glycérine végétale
- des additifs
- La plupart des liquides existent avec des concentrations variées de nicotine (Haut / Moyen / Bas) voire sans nicotine.

Les données actuelles suggèrent que l'utilisation d'une cigarette électronique avec nicotine peut être utile comme outil de sevrage, le cas échéant associé à d'autres solutions (dispositifs transdermiques, psychothérapie...). Les patients doivent utiliser des dispositifs et liquides normés et vendus en France (proscrire les achats à l'étranger sur internet). La nicotine doit ensuite être progressivement sevrée, tout comme le dispositif électronique, sur plusieurs mois ou années.

Il est déconseillé à un non-fumeur de débiter l'usage de la cigarette électronique, a fortiori avec nicotine.

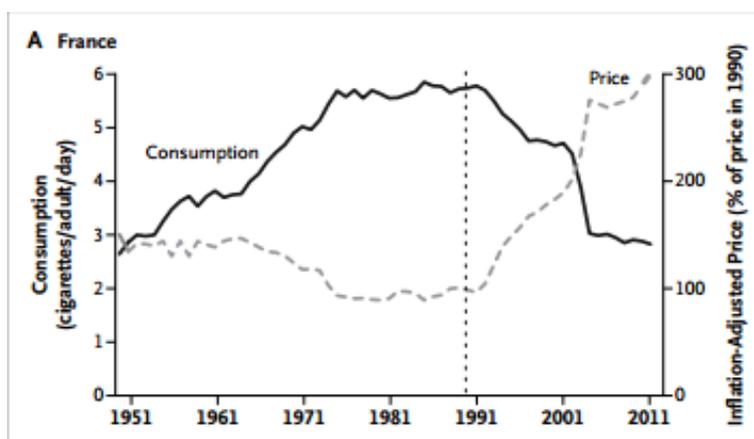
VII. **PREVENTION :**

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)
 - le prix est l'un des facteurs les plus importants en termes d'efficacité sur la réduction du nombre de fumeurs (cf. figure 2)
- Protection contre l'exposition au tabagisme passif (lieux publics et de travail).
- Dénormalisation du tabagisme :
 - Paquet neutre
 - Campagne d'information, lutte dans les médias...
- Éducation et information : les avertissements sanitaires sous forme d'images sur les paquets et le paquet neutre, l'opération de santé publique Moi(s) sans tabac (depuis 2017).

Figure 2 : Evolution de la consommation de tabac en fonction de l'évolution du prix des cigarettes en France (Prabhat J, NEJM 2014).



Le Programme National de Lutte contre le Tabagisme 2018-2022 prévoyait:

1. Protéger nos enfants et éviter l'entrée dans le tabagisme
2. Encourager et accompagner les fumeurs pour aller vers le sevrage
3. Agir sur l'économie du tabac pour protéger la santé publique
4. Surveiller, évaluer, chercher et diffuser les connaissances relatives au tabac

Il ambitionne notamment que, d'ici 2032, les enfants nés depuis 2014 deviennent la première génération d'adultes non-fumeurs (<5% de fumeurs).

Enfin, à l'échelle globale, la convention cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac a été ratifiée par de nombreux pays membres.