

Le tabagisme (45a)

Docteur Jean-Marc PLASSART

Janvier 2003

(Mise à jour Novembre 2003)

Pré-Requis :

- Problématique des changements de comportement
- Physiopathologie cardiaque et pulmonaire
- Oncogénèse
- Loi EVIN (1991)
- Toxicomanie et dépendance
- Histoire et économie du tabac dans le monde

Résumé :

Le tabagisme représente une problématique mondiale de santé publique par ses multiples implications historiques, socioculturelles et économiques. Ses conséquences sur l'épidémiologie des maladies et sa toxicomanogénicité justifient l'aide au sevrage. Celle-ci se structure autour d'un renforcement motivationnel et d'une psychothérapie de soutien pour l'aspect de la dépendance psycho-comportementale, de l'utilisation d'une substitution nicotinique pour la dépendance pharmacologique ; certains traitements de la classe des antidépresseurs ont également leur place dans la stratégie d'aide. Les outils principaux de la prise en charge et du suivi prolongé du patient sont les tests motivationnels, de dépendance à la nicotine, d'appréciation du risque anxio-dépressif, l'évolution pondérale et le Co-testeur. La spécificité du tabagisme passif a conduit à la loi de 1991 permettant d'élargir le champ de la prévention.

Mots clés :

Tabac, Nicotine, Dépendance psycho-comportementale, Dépression, Monoxyde de carbone, cardiorespiratoire, Fagerström, Tabagisme passif, Nicotinothérapie transdermique, poids, 23 maladies, mondialisation.

Glossaire :

- Test de Fagerström : test de dépendance à la nicotine
- Cycle de Prochaska : stades de préparation à l'arrêt du tabac
- Addiction : intoxication chronique entraînant une dépendance à un produit.
- Toxicité : effet nocif d'un produit sur un organisme.

Références :

- Lagrue G. Arrêter de fumer ? Ed.O.Jacob.2^e édition. 2000. 284p.
- Loi Evin.n° 91-32 du 10 janvier 1991.
- Delcroix M., Chuffart M., La grossesse et le tabac. Que sais-je ? n°3490.
- André C., Legeron P., Alcaraz G. Les thérapies cognitives et comportementales dans l'aide au sevrage du tabac. In : Conférence de consensus: arrêt de la consommation de tabac. Paris: ANAES, Ed.EDK, 8 et 9 octobre 1998 :191-199.
- Dautzenberg B. Le tabagisme. Ed. Privat. Toulouse. 1996. 159p
- Perrier C. Accompagnement au sevrage tabagique. Thèse 2001. Université J.Fourier.Grenoble.
- Aubin H.J : L'entretien motivationnel. Entretiens du Carla 2001 ; 2 : 78-83.
- La Revue Prescrire, 2001, tome 21, n° 221 : 652-657.
- Perriot J. Tabacologie. Abrégés. Ed. Masson.Paris.2^e édition.1995.195p.
- Le Maître Béatrice Le Tabac en 200 questions Ed. De Vecchi 2003.190p.
- Perriot J. Tabacologie et sevrage. Col.Patho.Science.Ed.J.Libbey Eurotext 2003.234p.

Liens :

- Site de la Société française de Santé Publique : <http://www.sfsp.info>
- Site de l'OMS : <http://www.who.int>
- Site du Centre de Documentation et d'Information sur le Tabac : <http://www.cdit.fr>
- Portail des agences sanitaires : <http://www.sante.fr>
- Site de l'Institut de Médecine Sociale et préventive de l'Université de Genève : <http://www.Stop-tabac.ch>
- Site de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie : <http://www.droques.gouv.fr>
- Site hébergé par l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, serveur francophone sur le tabac et le tabagisme : <http://www-tabac-net.ap-hop-paris.fr>
- Site de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé : <http://www.anaes.fr>
- Site du service public de la diffusion du droit : <http://www.legifrance.gouv.fr>
- Site du Comité National contre le Tabagisme : <http://www.cnct.org>
- Site de la Faculté de Médecine de Grenoble (Corpus médical) Module Maladie coronaire : <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/corpus.htm#haut>

1. Introduction

Le tabac est la principale cause de mort évitable dans le monde selon l’OMS. 80 000 morts en 2002, 165 000 en 2020 en France pour une proportion de fumeurs représentant 34% de la population. Il y a près de 23 maladies liées au tabac. Le tabagisme est un comportement entretenu et amplifié par une dépendance pharmacologique, et jamais la connaissance d’un risque ne suffit à modifier ce comportement.

2. Epidémiologie

2.1. Voies respiratoires

- 9 cancers du poumon sur 10 sont dus au tabac.
- le risque de mourir d’un cancer bronchique peut être multiplié par 56 chez un gros fumeur.
- le tabac brun (fumée acre et alcaline) donne des épidermoïdes proximaux alors que le tabac blond (fumée acide) donne des adénocarcinomes distaux.
- le risque de mourir d’une bronchite chronique peut être multiplié par 66 chez un gros fumeur.
- le risque cancérogène passe de 10 chez le fumeur à 52 en cas d’exposition à l’amiante.
- après cancer du poumon opéré, l’arrêt du tabac profite plus au gain de survie que la radiothérapie ou la chimiothérapie.
- cancers ORL.

2.2. Système cardiovasculaire

- risque d’AVC multiplié par 7 chez les gros fumeurs.
- risque d’infarctus multiplié par 8 avant 45 ans.
- potentialisation du risque avec les oestrogénostatifs.
- anévrisme, artérite, surmortalité.
- bêtabloquants et aspirine augmentent les chances de survie de moins de 50% : le sevrage est le seul traitement à doubler les chances de survie et à diminuer par 2 les risques de récurrence après infarctus.

2.3. Cancer des voies digestives, du rein, de la vessie, du pancréas, du col de l’utérus

3. Composition et effets de la fumée

Parmi les 4000 composants on peut retenir principalement :

- les goudrons (3-4 benzopyrènes...) cancérogènes et irritants.
- la nicotine alcaloïde facteur de la dépendance chimique et responsable d’effets vasculaires et neurologiques.

- le monoxyde de carbone qui se fixe 200 fois mieux que l’oxygène sur l’hémoglobine avec une demi-vie de 6h.
- les irritants comme les aldéhydes, l’acroléine ou les phénols.

Le mode d’action est triple avec :

- effet direct sur les muqueuses et dépôt de particules.
- brûlures chroniques par une combustion à 850°
- passage de toxiques à travers la membrane alvéolo-capillaire.

Altération de l’escalator mucocilliaire, détérioration des macrophages alvéolaires, effet métaplasique.

Favorise les spasmes vasculaires, l’athérosclérose, les thromboses.

4. Dépendance et syndrome de sevrage

4.1. Critères de dépendance à la nicotine selon le DSM IV

1. Tolérance : manifestée par le besoin d’accroître les doses consommées pour obtenir une intoxication, un effet désiré ou une diminution des effets à dose consommée constante.
2. Symptômes de sevrage à la suite d’une période d’abstinence
3. Fumer plus, ou plus longtemps que prévu
4. Un désir persistant de fumer et des efforts infructueux de diminution, ou de contrôle de la consommation.
5. Beaucoup de temps passé à fumer ou à se procurer du tabac
6. Abandonner ou réduire ses activités sociales, professionnelles ou de loisir à cause du tabac
7. Continuer à fumer malgré les conséquences avérées pour la santé

4.2. Syndrôme de sevrage

Présence d’au moins 4 des facteurs suivants :

- Humeur dépressive
- Insomnie
- Irritabilité, frustration, colère
- Anxiété
- Difficulté de concentration
- Agitation
- Ralentissement du pouls
- Augmentation de l’appétit, et/ou prise de poids rapide

Ces signes causent une souffrance clinique, et parfois une altération du fonctionnement social ou familial.

Ces signes ne sont pas expliqués par une maladie mentale.

4.3. Comparaison des addictions : absence de dépendance

- Héroïne : 18%
- Cocaïne : 14%
- Alcool : 47%
- Cannabis : 49%
- Tabac : 13%

5. Diagnostic

La dépendance pharmacologique est étudiée par le test de dépendance à la nicotine de Fagerström.

L'étude des stades de préparation au changement de comportement selon le cycle de Prochaska (envisage d'arrêter, décide d'essayer, essaie d'arrêter, arrête, maintien ou reprend) renseigne sur le degré de maturation de la motivation du fumeur. L'analyse de la dépendance et l'exploration des symptômes de sevrage guideront la conduite à tenir.

Examens paracliniques :

- COTESTEUR : mesure le taux de monoxyde de carbone dans l'air alvéolaire et calcule le pourcentage de carboxyhémoglobine correspondant. Il permet d'évaluer en ppm le CO et d'apprécier le niveau du tabagisme. Il renforce la motivation en cours de sevrage.
- Cotinine urinaire : dosage fiable d'un métabolite de la nicotine.
- Nicotïnémie : sans intérêt en pratique courante.

L'association tabac et syndrome dépressif est forte : il est donc utile d'étudier les antécédents et les auto-questionnaires (HAD, BECK) afin d'apprécier les risques de décompensation.

Le fumeur est en sous poids par augmentation des dépenses caloriques et de la lipolyse, ainsi que par effet indirect hyperglycémiant.

Les autres addictions doivent être évaluées : alcool (DETA), autres toxicomanies.

6. CAT en médecine générale

6.1. Principes de la prise en charge

- Identifier les fumeurs
- antécédents et histoire de leur tabagisme
- voir où ils se situent dans leur préparation au changement (Prochaska)
- motiver les fumeurs hésitants
- étudier avec le patient la stratégie adaptée à ses capacités
- Proposer un accompagnement

6.2. Conseil minimal

- est-ce que vous fumez ?
- voulez vous arrêter ?
- si OUI, remise d'un document.

Cette première intervention en direction du fumeur a fait la preuve de son efficacité pour obtenir un arrêt spontané dans 5 à 10% des cas où il est appliqué. Elle est adaptée aux fumeurs non prêts à l'arrêt.

6.3. Entretien motivationnel

Il faut inviter le patient à explorer son ambivalence vis à vis de son arrêt, en lui faisant peser le pour et le contre, les avantages et les inconvénients, les aspects positifs et négatifs du tabac ET du sevrage, ses craintes et ses espoirs. Surtout pour les fumeurs hésitants.

6.4. Décision du fumeur prêt à l'arrêt

Les raisons précisées, fixer une date et valoriser l'arrêt au cours des entretiens itératifs programmés.

6.5. Les reprises (40-80% à 1 an)

Les reprises doivent être anticipées et présentées comme des succès différés.

7. Thérapeutique et suivi par une prise en charge globale

Il faut prendre en charge tous les aspects du tabagisme, et en particulier la dépendance physique à la nicotine, la dépendance psychocomportementale, les facteurs anxiodépressifs et les désirs et besoins du fumeur.

7.1. Substitution nicotinique

Par l'utilisation de gommes 2 ou 4mg, de comprimés microtab.2mg, d'inhaleur 10mg ou de dispositifs transdermiques 21mg/24h, 14mg/24h, 7mg/24h en choisissant de préférence des patchs matriciels. La durée classique de traitement est de 3 fois 1mois, à adapter en fonction du patient.

Chez la femme enceinte ou en cas de troubles du sommeil on préférera ménager une fenêtre thérapeutique par utilisation de patchs sur 16h.

7.2. Thérapies psychocomportementales

Suivent les étapes du changement de comportement

- psychothérapie de soutien
- thérapies cognitives et comportementales

7.3. Psychotropes

De nombreuses molécules ont été testées (clonidine, nortryptiline...) mais deux catégories peuvent être utiles :

- les antidépresseurs
- le bupropion (ZYBAN) 150 mg/24h pendant 8 jours, puis 300mg/24h pendant 6 à 8 semaines des précautions doivent être prises en particulier en cas d'antécédents convulsifs ou de consommation d'alcool.

7.4. Autres (acupuncture, homéopathie, hypnose...)

Aucune étude scientifique ne peut actuellement valider ce type de traitement, l'empathie et le soutien psychothérapeutique semblant prépondérant.

7.5. Suivi

Il intégrera :

- les troubles du sommeil (hypnotiques, adaptation de la nicotinothérapie)
- la prise pondérale (diététique, sport, nicotinothérapie)
- la décompensation anxiodépressive.
- la perte motivationnelle et les aspects sociaux ou environnementaux.

8. Prévention

Tabagisme féminin :

- oestroprogestatifs : AVC, thrombophlébite.
- fertilité du couple : impuissance, spermatogénèse, allongement des délais, hypofertilité
- grossesse : avortement, retard de croissance, GEU, prématurité
- allaitement : accumulation de nicotine dans le lait (comme le liquide amniotique)
- esthétique : peau, poids, raucité de la voix
- ménopause précoce, cancer du col

Le tabagisme passif débute dès la petite enfance et peut durer plus de 12h par jour. Outre l'irritation du nez et des yeux, la toux, les sibillants, les nausées et céphalées, 1/3 des cancers du poumon des non-fumeurs et une augmentation de 30% des coronaropathies sont observés chez des non-fumeurs vivants avec un fumeur.

La loi Veil (1976) et la loi Evin (1991), ont pris des dispositions pour protéger la santé des non fumeurs.

Chez les jeunes la moitié d'une classe d'âge autour de 20 ans fume et la moitié de celle-ci risque de mourir d'une maladie liée au tabac. L'impact du marketing et de la publicité développés par l'industrie du tabac en direction de cette population cible est considérable ; ils s'appuient sur des valeurs auxquelles sont sensibles les adolescents (révolte, liberté, séduction...), en les détournant fréquemment.

9. Cas clinique

Me X., 38 ans, 2 enfants, sous TRINORDIOL, présente un taux de LDL-cholestérol sub-limite avec un père fumeur, ayant récemment bénéficié de la pose d'un stent coronaire droit. Sa mère interdit désormais la consommation de tabac lors des repas de famille qui ont toujours lieu dans leur appartement. Le test de Fagerström est évalué à un niveau 7 et le taux de monoxyde de carbone est à 20 ppm soit 4,2 de carboxyhémoglobine.

Questions :

- 1/ Quel élément devez vous faire préciser par la patiente qui vient pour un sevrage ?
- 2/ Identifiez les freins possibles à l'arrêt et les leviers motivationnels.
- 3/ Quelles informations vous manquent pour votre prise en charge ?
- 4/ Proposez une CAT de première intention pour l'aide à l'arrêt.

Réponses :

- 1/ Savoir si sa démarche est librement consentie ou la conséquence de pressions familiales et de considérations médicales. Il faut pouvoir situer le positionnement de Me X au niveau du cycle de Prochaska.
- 2/ Le père cardiaque fumeur, l'interdit maternel, le niveau de dépendance à la nicotine sont autant d'éléments susceptibles de rendre le sevrage difficile. En revanche, la présence des enfants, la prise d'oestrogènes, l'hypercholestérolémie, l'évolution du taux de CO sont de nature à renforcer sa motivation à l'arrêt. Il faut noter que selon l'usage qui peut en être fait, les freins peuvent se révéler d'efficaces moyens de motivation et vice-versa.
- 3/ L'implication de l'époux, les antécédents (convulsifs, anxiodépressifs, anorexie/boulimie...), le contexte professionnel et relationnel ainsi que l'exposition au tabagisme passif doivent être évalués. L'existence d'une autre addiction peut être étudiée ultérieurement si cela est susceptible de nuire à l'empathie.
- 4/ L'important est de conserver le contact par un discours déculpabilisant avec invitation à se revoir. Selon le stade (non-prêt, hésitant, prêt) on se limitera à une brève information, à une discussion sur les avantages et inconvénients de l'arrêt, ou à la proposition d'une tentative d'arrêt (avec fixation d'une date). En cas de décision de la patiente une proposition de nicotine transdermique à 21 mg/24h peut être envisagée avec calendrier de suivi par des consultations itératives.