



Item 75 (ex-item 73) Addiction au tabac.

Ran	Rubrique	Intitulé connaissance	Descriptif
9			
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	vaporisateur personnel (cigarette électronique)	Principe basique de fonctionnement
B	Élts physiopath.	Toxicité nicotine, goudrons et fumée de tabac	
B	Élts physiopath.	Mécanisme d'atteinte artérielle (Thrombogénicité, vasomotricité, inflammation)	
A	Epidémiologie	Age de début, le % de dépendants et la mortalité mondiale et française liée au tabac et les risques	Connaître
A	Épidémiologie	Tendances épidémiologiques du tabagisme au cours du temps	Connaître
A	Épidémiologie	Tabagisme hommes/femmes	Connaître
A	Épidémiologie	Tabagisme chez les jeunes	Connaître
A	Épidémiologie	Tabagisme chez la femme enceinte	Connaître
A	Épidémiologie	Modes de consommation du tabac	Connaître
A	Épidémiologie	Ordre de grandeur du nombre de cas de cancer liés au tabac	Connaître
A	Épidémiologie	Part du tabac dans la mortalité en France	Connaître
A	Épidémiologie	Mortalité liée au tabagisme actif	Connaître
A	Epidémiologie	Impact sur la mortalité cardiovasculaire	
A	Epidémiologie	Connaître l'épidémiologie du tabagisme et celles des principales maladies liées au tabac	
A	Epidémiologie	Tabagisme passif, grandes notions de sur-risque	
A	Épidémiologie	CSP des fumeurs en France	Connaître : tabac est un marqueur social
A	Diagnostic	Savoir dépister la consommation de tabac	Connaître la question à poser et évaluer les consommations et les objectifs (l'arrêt)
A	Diagnostic	Diagnostic de dépendance	
A	Diagnostic	Signes de sevrage en tabac	
A	Diagnostic	Complications médicales non psychiatriques	Néoplasiques, pulmonaires, cardiovasculaires, dermatologiques
B	Diagnostic	Diagnostic des comorbidités psychiatriques et addictives	Connaître la fréquente comorbidité des troubles psychiatriques et addictifs ; Renvoi item introductif 73-78
A	Prise en charge	Moment du sevrage : 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)	TSN (présentations et modes de prescriptions) et TCC (le principe), Cigarette électronique
A	Prise en charge	Outils institutionnels (tabac info service)	
B	Prise en charge	Après un évènement aigu : infarctus du myocarde, décompensation respiratoire...	
B	Prise en charge	Recherche des comorbidités en fonction du terrain	
B	Prise en charge	A long terme : savoir que les rechutes sont la règle d'où proposer systématiquement l'arrêt	
B	Prise en charge	Aide médicamenteuse autre que TSN	Varénicline et Bupropion
A	Prise en charge	Tabacologie : Premier recours, méthode des 5A (ask, assess, advise, assist and arrange)	Quand adresser un patient en consultation de tabacologie

Les objectifs de rang B apparaissent en italique dans le texte

Points clés

1. Le tabagisme est initialement lié à un comportement acquis à l'adolescence, la dépendance devient rapidement une maladie chronique récidivante.
2. La France compte plus de 11 millions de fumeurs et le tabac est responsable de plus de 75000 décès par an. Un fumeur sur 2 meurt d'une maladie liée au tabac.
3. 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.
4. Toute consultation médicale doit être l'occasion d'un conseil d'arrêt. Il s'agit pour le professionnel de conseiller à chaque fumeur d'arrêter de fumer, d'évoquer les aides et accompagnements disponibles pour y arriver.
5. La dépendance physique liée à la nicotine est évaluée par le test de Fagerström dont les deux principales questions sont le délai entre le réveil et la première cigarette et la quantité de cigarettes fumées par jour.
6. Le sevrage repose sur la combinaison d'un apport de substituts nicotiques ou de varénicline et d'une prise en charge cognitivo-comportementale (TCC)
7. Il n'existe aucune contre-indication aux substituts nicotiques.
8. Le craving et le syndrome de sevrage sont des facteurs de risque de rechute.
9. La cigarette électronique peut être considérée comme une aide au sevrage tabagique.

I. INTRODUCTION :

1. Les fumées du tabac :

Le tabac fumé produit 3 types de fumées :

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

2. Les produits de la fumée :

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

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

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. La dépendance au tabagisme

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.

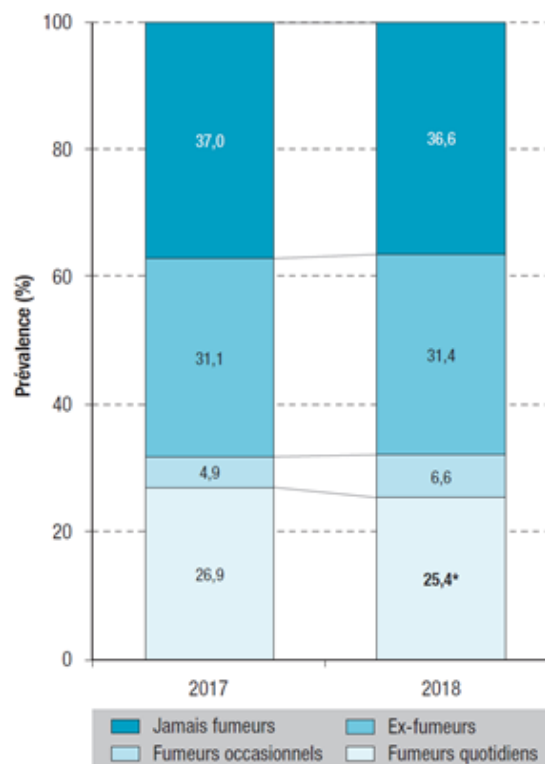
- La dépendance physique ou pharmacologique est directement liée à la nicotine et à son passage très rapide, lorsqu'elle est fumée, vers le cerveau (responsable de « l'effet shoot »). Elle se fixe alors sur les récepteurs cholinergiques nicotiques et stimule les systèmes de récompense, en modulant la 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).

II. EPIDEMIOLOGIE :

La France comptait près de 11 millions de fumeurs en 2018.

- Evolution récente du tabagisme : en 2017, puis en 2018, la proportion de fumeur a diminuée de 12% (soit 1,6 millions de fumeur en moins en 2018 par rapport à 2016, après plusieurs années de stabilité. Les facteurs qui concourent à cela sont multiples bien que le prix en forte hausse soit vraisemblablement l'un des plus déterminant aux côtés du paquet neutre, ou de l'opération « Mois Sans Tabac ».
- Tabagisme quotidien et occasionnel : en 2018, chez les 18-75 ans, on comptait au moins 32% de fumeurs dont 25,4% qui fument quotidiennement et 6,6% qui fument occasionnellement (figure 1).

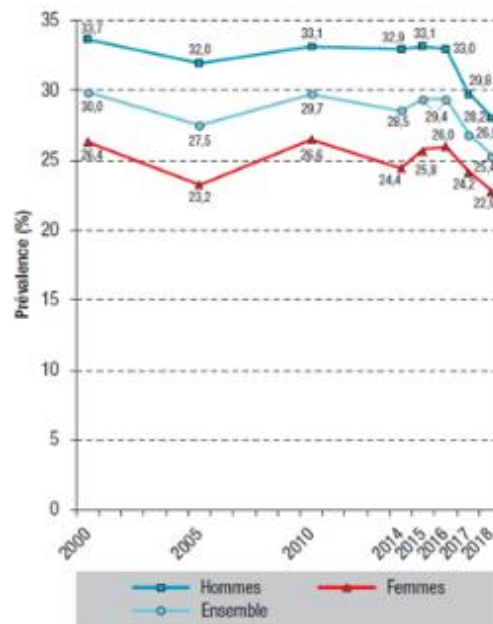
Figure 1 - Statut tabagique en 2018 chez les 18-75 ans



Sources : Baromètres de Santé publique France, 2017 et 2018.
* : évolution significative entre 2017 et 2018 ($p < 0,05$).

- Prévalence selon le sexe : la prévalence du tabagisme reste plus importante chez les hommes (29.8% en 2018) que chez les femmes (22.9%), mais la diminution du tabagisme semble plus rapide chez les hommes que chez les femmes (figure 2). La consommation a diminué parmi les hommes dans toutes les classes d'âges ainsi que chez les femmes de moins de 55 ans. L'augmentation du tabagisme parmi les femmes dans la tranche d'âge de 55-75 ans témoigne de l'arrivée dans ces tranches d'âges des femmes qui ont commencé à fumer à partir des années 60 (figure 3). La moitié des femmes enceintes continuent le tabagisme au cours de la grossesse, plus fréquemment parmi les femmes les plus jeunes et les moins diplômées.

Figure 2: Prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe en France parmi les 18-75 ans, de 2000 à 2018



Sources : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2016 et Baromètres de Santé publique France 2017 et 2018, Santé publique France, Baromètre cancer 2015, INCa.
* : évolution significative entre 2017 et 2018 ($p < 0,05$).

Figure 2 : Prévalence du tabagisme quotidien selon l'âge et le sexe en France entre 2000 et 2018



Sources : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2016 et Baromètres de Santé publique France 2017 et 2018, Santé publique France.
Les * indiquent une évolution significative entre 2017 et 2018 : * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.
Les prévalences indiquées correspondent à l'année 2018.

- Tabac et inégalités sociales : Depuis 2000, la prévalence du tabagisme quotidien diminue parmi les fumeurs les plus défavorisés : de 38,8% en 2016 à 33,0% en 2018 parmi les personnes aux revenus les plus faibles, de 49,7% à 40% parmi les personnes au chômage. Le tabac reste malgré tout un puissant « marqueur » social : en 2018 plus le revenu augmente, moins la prévalence du tabagisme quotidien est élevée.
- Age de la première cigarette : en 2017 l'expérimentation du tabac est réalisée à 14,4 ans et la consommation quotidienne à 15,1 ans.

III. PATHOLOGIES LIEES AU TABAC :

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

Un fumeur sur deux mourra prématurément d'une maladie due au tabac

En France, environ 75 000 décès étaient imputables au tabac en 2015 sur les 580 000 décès enregistrés en France métropolitaine la même année (hommes environ 55 000 soit 19% de l'ensemble des décès / femmes environ 20 000 soit 7% de l'ensemble des décès) (figure 4).

Figure 3 : Causes de décès attribuables au tabac en France en 2015 - Sources Bulletin épidémiologique hebdomadaire

CAUSES DE DECES	Total
Cancers	46 000
Poumons	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)
 - 90 % sont liés au tabac
 - le tabac multiplie de 2 à 30 le risque de CP
 - pas de seuil en-dessous duquel fumer ne représente aucun risque, mais le risque de CP dépend du nombre de cigarettes / jour et surtout de la durée du tabagisme.
 - tabagisme passif : ↗ du risque relatif de CP de 26 %.
- De nombreux autres cancers sont liés au tabac, notamment :
 - voies aérodigestives supérieures
 - pancréas, reins et vessie

2. Maladies cardio-vasculaires :

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

3. Pathologies respiratoires :

- La bronchopneumopathie obstructive (BPCO) :
 - 3,5 millions de personnes sont touchées en France dont 2/3 l'ignorent.
 - Evolue vers l'insuffisance respiratoire en l'absence de sevrage
 - Le risque de développer un cancer du poumon est multiplié par 3 chez le BPCO
- Asthme :
 - Le tabagisme actif et passif favorise les exacerbations
 - Facteur de mauvais contrôle de l'asthme.
- Le tabagisme passif
 - ↗ risque d'infections ORL et pulmonaires chez l'enfant et le nourrisson
 - ↗ risque de mort subite du nourrisson.

4. Grossesse

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

IV. PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE DU PATIENT TABAGIQUE :

1. Evaluation de la consommation :

- Mode de consommation: cigarette (1 cigarette = 1 gramme), tabac roulé, chicha...
- Age de début.
- Quantité en **paquets-années** = nombre de paquets consommés par jour multiplié par le nombre d'années pendant lesquelles la personne a fumé cette quantité.
- Durée en années.

ATTENTION : la notion de paquet-année n'est pas un 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)

2. Evaluation de la dépendance :

L'évaluation de la dépendance pharmacologique se fait par l'intermédiaire du test de Fagerström (Figure 4)

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 |
| 4-5-6 | Dépendance forte à la nicotine |

Signes de sevrage

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

- trouble de l'humeur
- insomnie, irritabilité
- frustration, colère
- anxiété, nervosité

- difficultés de concentration
- augmentation de l'appétit et/ou prise de poids.

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

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

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 : empêche l'arrêt du tabac.*
- *Autres substances : héroïne, cocaïne, méthamphétamine nécessitent une prise en charge spécialisée*

4. Recherche d'une comorbidité médicale psychiatrique

Doit être recherché un syndrome anxio-dépressif

V. TRAITEMENT DE LA DEPENDANCE

1. Le conseil d'arrêt :

- TOUS les professionnels de santé DOIVENT proposer l'arrêt (selon la technique des 5A) à CHAQUE consultation :
 - demander si la personne fume (Ask)
 - évaluer son tabagisme (Assess)
 - conseiller à chaque fumeur d'arrêter de fumer (Advise)
 - évoquer la palette des aides et accompagnements disponibles pour y arriver (Assist)
 - proposer un support écrit d'information pour appuyer ce conseil (Arrange)
- Ce 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 ligne téléphonique gratuite 3989 qui proposent des accompagnements personnalisés (*coaching*).

2. Le renforcement de la motivation : l'entretien motivationnel

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



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.

3. Les traitements médicamenteux :

- a) Substituts nicotiques (SN):
 - 1 cigarette équivaut à 1 mg
 - Sous formes cutanée (timbre) et orale (gomme, pastille, inhalateur, spray)

- Peu d'effets secondaires
- Diminuent les signes du sevrage
- Doubtent les chances d'arrêt du tabac vs. le placebo
- 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
- Peuvent être prescrits
 - au cours de la grossesse
 - chez les personnes présentant une pathologie cardiovasculaire
 - par tout professionnel de santé disposant d'un numéro RPPS (y compris les infirmier(e)s).

Par exemple : un patient fumant un paquet par jour nécessitera donc un dosage de substitution proche de 20 mg/jour. On peut associer les formes cutanées (patch) et orales et adapter les doses en fonction des signes de surdosage et de sous-dosage (signes de sevrage).

b) Varénicline (Champix) :

- *Agoniste partiel des récepteurs nicotiniques à l'acétylcholine.*
- *Indiqué en cas d'échec du sevrage tabagique par substitution nicotinique et dépendance forte à la nicotine*
- *Les principaux effets secondaires sont : nausées, céphalées, cauchemars, insomnie, dépression, risque cardio-vasculaire.*
- *Remboursement par l'assurance maladie*

4. Les thérapies cognitivo-comportementales :

Permettent de modifier les comportements vis-à-vis de la consommation tabagique. Augmentent les chances de réussite par rapport à une médication seule.

5. Le vaporisateur personnel (cigarette électronique) :

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

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

Lors de l'inspiration, le liquide chauffé, mélangé à l'air inspiré, est diffusé sous forme de vapeur, inhalée par l'utilisateur. En raison de l'absence de combustion, la cigarette électronique ne dégage pas de CO ni de goudrons.

Haut conseil de la santé publique 2016

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

VI. SUIVI DU SEVRAGE :

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

Le suivi régulier permet une meilleure prévention des récurrences.

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

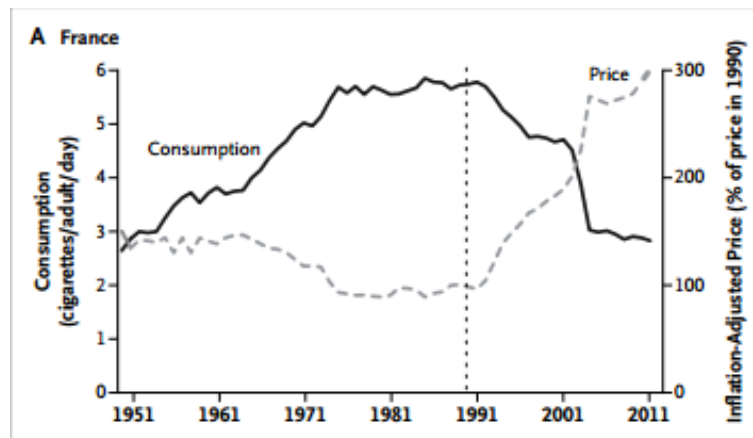
VII. PREVENTION :

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)
 - prix de 10 € en 2020
- Protection contre l'exposition au tabagisme passif (lieux publics et de travail).
- Éducation et information : les avertissements sanitaires sous forme d'images sur les paquets.

Figure 5 : 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 réduction du tabagisme 2014-2019 (PNRT) comprenait 3 grandes mesures :

1. instauration du paquet neutre
2. remboursement des substituts nicotiques ou varénicline par l'Assurance Maladie
3. mise en place du grand évènement national médiatique de prévention intégrée d'aide au sevrage tabagique du mois de novembre : « Mois sans tabac ».

Programme National de Lutte contre le Tabagisme 2018-2022 comprend notamment des déclinaisons régionales:

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).