

Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac

Janvier 2015

État des connaissances sur le tabagisme chronique

Contexte : Objectifs des plans de santé publique concernant le tabagisme



État des lieux du tabagisme en France : données épidémiologiques, typologie de la consommation et des consommateurs, tabagisme passif



Traitements nicotiques et médicamenteux d'aide au sevrage tabagique



Mécanisme de la toxicité du tabagisme chronique sur la santé : dépendance, composants toxiques, tabagisme passif



Traitements non-médicamenteux d'aide au sevrage tabagique



Impact du tabagisme chronique sur la santé : pathologies cancéreuses et non-cancéreuses, niveau d'exposition



Efficacité des actions de prévention du tabagisme et d'aide au sevrage



Co-consommations (tabac+alcool ou cannabis) : données épidémiologiques, cotoxicité



Tests utilisés chez le tabagique chronique : Fagerström (dépendance physique), CAGE-DETA (alcool), CAST (cannabis), HAD (anxiété-dépression), cotinine et monoxyde de carbone



Impact de l'arrêt du tabagisme sur la santé : mortalité, morbidité



Conduite à tenir dans le cadre de l'examen périodique de santé

Présentation synthétique

Stratégie de dépistage du tabagisme : acteurs, lieux, populations cibles



Algorithme 1 : Intervention brève dans l'aide à l'arrêt du tabagisme



Algorithme 2 : Dépistage des cancers liés au tabac



Algorithme 3 : Dépistage des maladies non-cancéreuses liées au tabac



Conduite à tenir

Aide à l'arrêt du tabagisme en fonction du statut du fumeur



Recherche des coaddictions et comorbidités anxiodépressives



Prévention secondaire des cancers liés au tabac



Prévention secondaire des maladies non-cancéreuses liées au tabac



Informations à colliger ou à transmettre au médecin traitant



Annexes



Littérature source





Mini-synthèse

Le tabagisme chronique est, en France, une des premières causes de mortalité évitable. Il est le facteur de risque principal des maladies cardiovasculaires et de la broncho-pneumopathie chronique obstructive, et serait en cause dans un cancer sur trois.

Le tabagisme actif n'a pas régressé en France malgré une politique active de lutte contre le tabagisme : augmentation du prix du tabac, interdiction de fumer dans les lieux publics, information, communication, remboursement des substituts nicotiques à hauteur de 50 euros par an et par personne depuis février 2007. En revanche, les résultats de l'enquête de cohorte du volet français¹ d'International Tobacco Control (ITC) montre que **la législation antitabac a conduit, dès la fin 2008, à une élimination quasi totale du tabagisme à l'intérieur des lieux publics** et à **une diminution importante du tabagisme sur les lieux de travail**.

Le 2^e Plan cancer prévoyait de réduire la prévalence du tabagisme de 30 % à 20 % dans la population française.

- Les différents indicateurs concernant la consommation de tabac montrent que les objectifs fixés n'ont pas été atteints et que les inégalités sociales se sont aggravées en termes de consommation.
- Les données épidémiologiques françaises montrent une augmentation du tabagisme au cours des dernières années alors qu'il était en baisse depuis plus de vingt ans.
- La hausse des ventes entre 2008 et 2009 semble par ailleurs corroborer la reprise du tabagisme.

La France est un des pays où la consommation est la plus importante, particulièrement chez les femmes et chez les jeunes. Cette augmentation du tabagisme est en contradiction avec la perception des risques liés au tabac dans la population (98 % des personnes interrogées dans le baromètre santé cancer de l'Inpes en 2010 ont déclaré connaître les dangers du tabac).

Le nouveau Plan cancer (2014-2019) propose d'utiliser tous les leviers reconnus efficaces dans une politique globale et ambitieuse de lutte contre le tabac, en suivant les 3 axes de développement suivants :

1. Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac ;
2. Aider les fumeurs à s'arrêter ;
3. Agir sur l'économie du tabac.

L'objectif est **une diminution d'ici 2019 de la part des fumeurs quotidiens de 29 % à moins de 26 %, et dans 10 ans (2024), cette part devra être descendue sous la barre des 20 %**.

Les actions suivantes vont être mises en œuvre² :

- rendre les produits du tabac moins attractifs ;
- renforcer le respect de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs et étendre les lieux où il est interdit de fumer ;
- encadrer les dispositifs électroniques de vapotage ;
- améliorer le respect de l'interdiction de vente aux mineurs ;
- développer une information plus efficace en direction des fumeurs ;
- impliquer davantage les professionnels de santé et mobiliser les acteurs de proximité dans l'aide à l'arrêt du tabac ;
- améliorer l'accès aux traitements d'aide au sevrage du tabac ;
- améliorer le remboursement du sevrage du tabagique³ par le triplement du montant du forfait pour les publics prioritaires : jeunes de 20 à 30 ans, bénéficiaires de la CMU-C, personnes souffrant d'un cancer et femmes enceintes⁴ ;
- lutter contre le commerce illicite pour rendre plus efficace une politique fiscale du tabac au service de la santé publique ;
- lutter contre l'ingérence de l'industrie du tabac dans les politiques publiques ;
- accroître les moyens dédiés à la lutte contre le tabac.

1. Institut de veille sanitaire, Fong GT, Craig LV, Guignard R, Nagelhout GE, Tait MK, Driezen P, et al. Évaluation de l'interdiction de fumer dans les lieux publics en France un an et cinq ans après sa mise en œuvre : résultats de l'enquête ITC France. BEH 2013;20-21:217-23.

2. Programme national de réduction du tabagisme Paris: Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes; 2014. <http://www.sante.gouv.fr/marisol-touraine-presente-le-programme-national-de-reduction-du-tabagisme.html>

3. Pour mémoire, le forfait à 50 €/an/bénéficiaire a été institué pour tous à partir du 1er février 2007, à la suite du décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif.

4. Pour les femmes enceintes, le montant du forfait est 150 € (source : <http://www.ameli.fr/>).





Mini-synthèse

Pour en savoir plus

Épidémiologie du tabagisme en France

35 millions de Français âgés de 11 à 75 ans ont fumé au moins une fois dans leur vie et 13 millions sont des fumeurs quotidiens⁵.

- Les hommes sont plus nombreux à fumer que les femmes.
- La proportion de fumeurs diminue fortement avec l'âge à partir de 30 ans et en particulier au-delà de 50 ans.

Après une diminution globale du tabagisme quotidien entre 2000 et 2005, la part des fumeurs quotidiens chez les 15-75 ans est en augmentation depuis 2005. En 2010, 24 % des femmes et 31 % des hommes âgés de 15 à 75 ans déclaraient fumer quotidiennement.

Pour en savoir plus

Typologie des fumeurs

- En 2010, les hommes âgés de 26 à 34 ans et ceux âgés de 35 à 44 ans étaient ceux pour lesquels la prévalence avait augmenté significativement par comparaison à 2005.
- Bien que moins nombreuses à fumer que les hommes (1 femme pour 1,2 hommes en 2010), la prévalence du tabagisme a augmenté significativement dans toutes les catégories d'âges entre 26 et 64 ans chez la femme.
- Chez les femmes enceintes la prévalence du tabagisme est élevée (24 %) et est restée stable entre 2005 et 2010.
- La prévalence et l'intensité du tabagisme quotidien sont fortement corrélées à l'âge d'initiation au tabac. Il concernait 30 % des filles et 33 % des garçons en 2011.

Pour en savoir plus

Profil socioéconomique des fumeurs

La prévalence du tabagisme chronique est plus élevée dans les populations ayant un moindre niveau de diplômes ou de revenus.

- elle est supérieure à 50 % chez les chômeurs sans diplôme ou les ouvriers au chômage ;
- elle est supérieure à 30 % chez les jeunes sans diplôme ou d'un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat

Pour en savoir plus

Typologie de la consommation tabagique

Chez les fumeurs âgés de 15 à 85 ans en 2010, 88 % fumaient des cigarettes manufacturées, 24 % du tabac à rouler, 9 % la chicha, 7 % des cigarillos, 6 % des cigares et 2 % la pipe.

En parallèle à la diminution des ventes de cigarettes manufacturées, on observe une augmentation des autres formes de tabac (tabac à rouler, chichas, pipe...).

5. Évolution du marché des cigarettes, des scaferlatis, et des cigares et cigarillos en volume et en valeur toutes taxes comprises, France, 1991-2014. In: Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Synthèse thématique : tabac et cigarette électronique. Saint-Denis La Plaine: OFDT; 2015.
<http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/tabac-et-cigarette-electronique/#prod>





Pour mémoire, on distingue classiquement trois catégories de consommateurs :

- le **fumeur quotidien** (ou « régulier ») correspond à une personne qui déclare fumer tous les jours ou fumer au moins 1 cigarette par jour. Ils étaient 27 % en 2010 (31 % chez les hommes et 24 % chez les femmes) ;
- le **fumeur occasionnel** correspond à une personne qui fume moins d'une cigarette par jour (4 % en 2010) ;
- l'**expérimentateur** correspond à une personne qui a fumé au moins une fois au cours de sa vie (81 % chez les hommes et 67 % chez les femmes).

Par ailleurs on utilise la règle de conversion suivante :

- **1 cigarette à rouler = 1 cigarette ;**
- **1 cigare ou 1 cigarillo = 2 cigarettes ;**
- **1 pipe = 5 cigarettes ;**
- **1 chicha = 10 cigarettes.**

Prévalence du tabagisme en France

Les données du Baromètre santé 2010 montrent que :

- 81 % des hommes et 67 % des femmes âgés de 11 à 75 ans déclaraient avoir fumé au moins une fois au cours de leur vie ;
- 27 % déclaraient être fumeur quotidien (**31 % chez les hommes et 24 % chez les femmes**), 4 % déclaraient être fumeur occasionnel ;
- **La proportion des fumeurs quotidiens diminue avec l'âge à partir de 30 ans**, chez l'homme comme chez la femme (**figure 1**) ;
- 35 % des hommes et 25 % des femmes déclaraient être ex-fumeurs, l'âge moyen à l'arrêt du tabac étant de 38,2 ans pour les hommes et 34,3 ans pour les femmes.
- malgré l'entrée massive des femmes dans le tabagisme, **les hommes étaient plus nombreux à être fumeurs que les femmes** (**figure 1**).

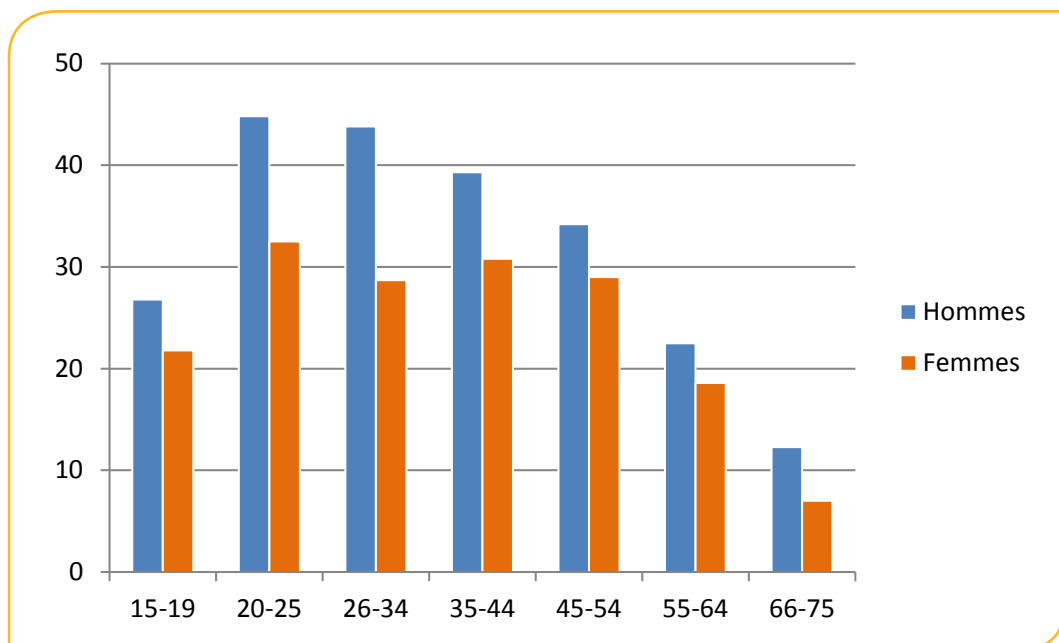


Figure 1. Proportions de fumeurs quotidiens de tabac en 2014, suivant l'âge et le sexe, d'après l'Inpes⁶

6. Guignard R, Beck F, Richard JB, Lermenier A, Wilquin J-L, Nguyen-Thanh V. La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes. Evolutions; Janvier 2015(31).



Évolution au cours du temps de la prévalence du tabagisme

Après avoir observé une diminution régulière du tabagisme occasionnel et/ou quotidien en France, depuis les années soixante-dix, et bien que chaque génération fume moins que la précédente, les données publiées en 2013 par l'Inpes⁷ sont en faveur d'une reprise du tabagisme depuis 2008 (figure 2) :

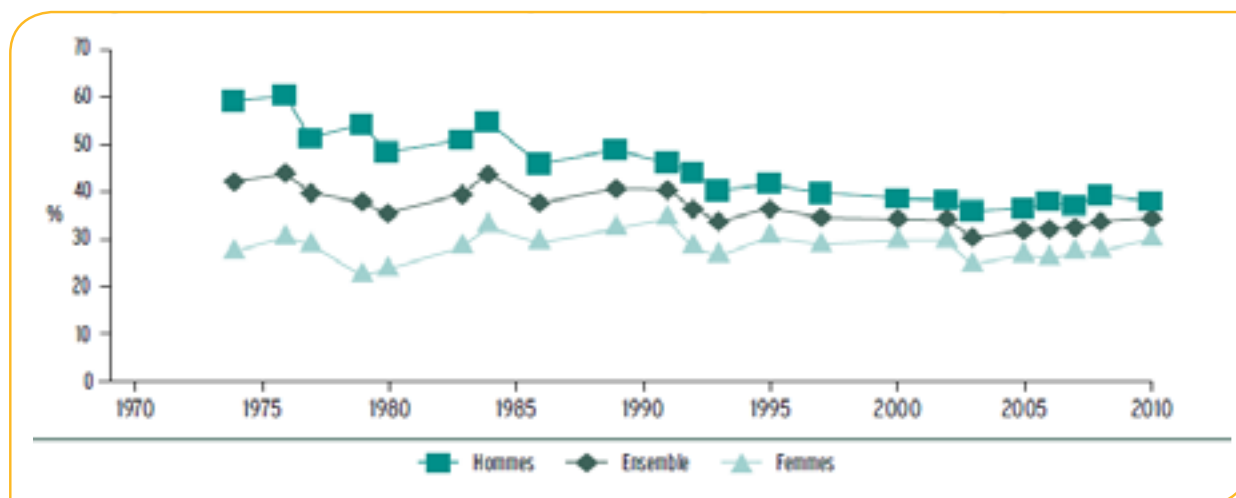


Figure 2. Évolution du tabagisme actuel (occasionnel ou quotidien) depuis les années 1970 d'après l'Inpes, 2013⁸

Entre 2005 et 2010 le tabagisme quotidien ou réguliers (personne déclarant fumer par jour au moins une cigarette, un cigare, un cigarillo ou une pipe) (figure 3) :

- **a augmenté** (27 % versus 29 %) dans la population générale française âgée de 15 à 75 ans ;
- **a augmenté** chez les employés (29 % à 34 %) et les agriculteurs (12 % à 19 %) ;
- **a augmenté** chez les ouvriers (42 % à 43 %) et chez les artisans, commerçants et les chefs d'entreprise (36 % à 39 %) ;
- **est restée stable** dans les professions intermédiaires (28 % à 29 %) et chez les cadres (25 % à 24 %) ;
- **a augmenté** (44 % versus 51 %) dans la population des chômeurs.

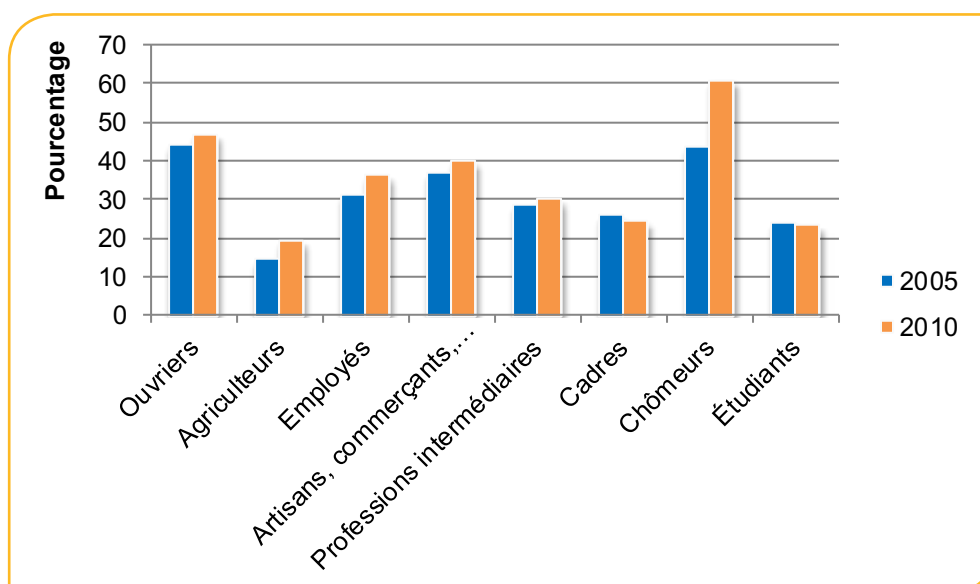


Figure 3. Prévalence du tabagisme en fonction du niveau socio-économique d'après l'Inpes, 2014⁹

7. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Guignard R, Beck F, Richard JB, Peretti-Watel P. **Le tabagisme en France. Analyse de l'enquête Baromètre santé 2010**. Saint-Denis: Inpes; 2013.

8. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Guignard R, Beck F, Richard JB, Peretti-Watel P. **Le tabagisme en France. Analyse de l'enquête Baromètre santé 2010**. Saint-Denis: Inpes; 2013.

9. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Les profils des fumeurs en France 2014. <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/tabac/consommation/profils-fumeurs.asp>





Le tabagisme chez l'homme

Alors que la prévalence du tabagisme diminuait régulièrement jusqu'en 2005, il a été observé une augmentation significative de cette prévalence en 2010 par comparaison à 2005 (figure 4), notamment chez les hommes âgés de 26 à 34 ans (43 % versus 48 %, $p < 0,01$) et de 35 à 44 ans (37 % versus 41 % $p < 0,05$).

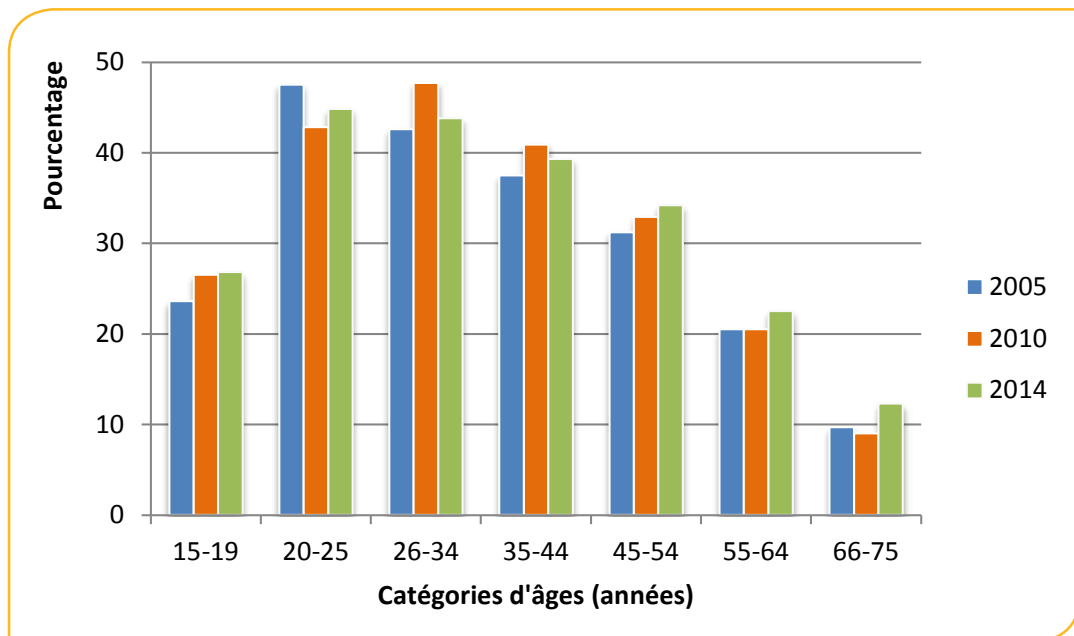


Figure 4. Évolution du tabagisme quotidien chez les hommes âgés de 15 à 75 ans au cours des années¹⁰

Le tabagisme chez la femme

Le tabagisme régulier féminin a débuté dans les années soixante et n'a pas cessé d'augmenter : 11 % des femmes fumaient en 1960, 20 % en 1980. En 2010 **sur 100 fumeurs, il y avait 45 femmes fumeuses pour 55 hommes**.

Entre 2005 et 2010, le tabagisme régulier a augmenté significativement (figure 5) chez les femmes dans les catégories d'âges suivantes : 26 à 34 ans (32 % versus 36 %, $p < 0,05$), 45 à 54 ans (22 % versus 29 %, $p < 0,001$) et 55 à 64 ans (9 % versus 15 %, $p < 0,001$).

- Cela s'explique par l'entrée des femmes dans le tabagisme, avec un décalage de 20 ans par rapport aux hommes (ce qui correspond à la génération des femmes nées entre 1945 et 1965), en parallèle à la mise en œuvre de stratégies marketing de l'industrie du tabac développant des produits ciblés par genre.
- Cela peut s'expliquer également par le fait que certaines femmes utilisent la cigarette comme coupe faim pour contrôler leur poids. En 2005, les données du Baromètre santé montraient que 40 % des jeunes femmes ayant un trouble du comportement alimentaire (se faire vomir volontairement, redouter de commencer à manger et ne plus pouvoir s'arrêter, manquer d'appétit) étaient fumeuses.

10. Guignard R, Beck F, Richard JB, Lermenier A, Wilquin J-L, Nguyen-Thanh V. La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes. *Evolutions*; Janvier 2015(31).



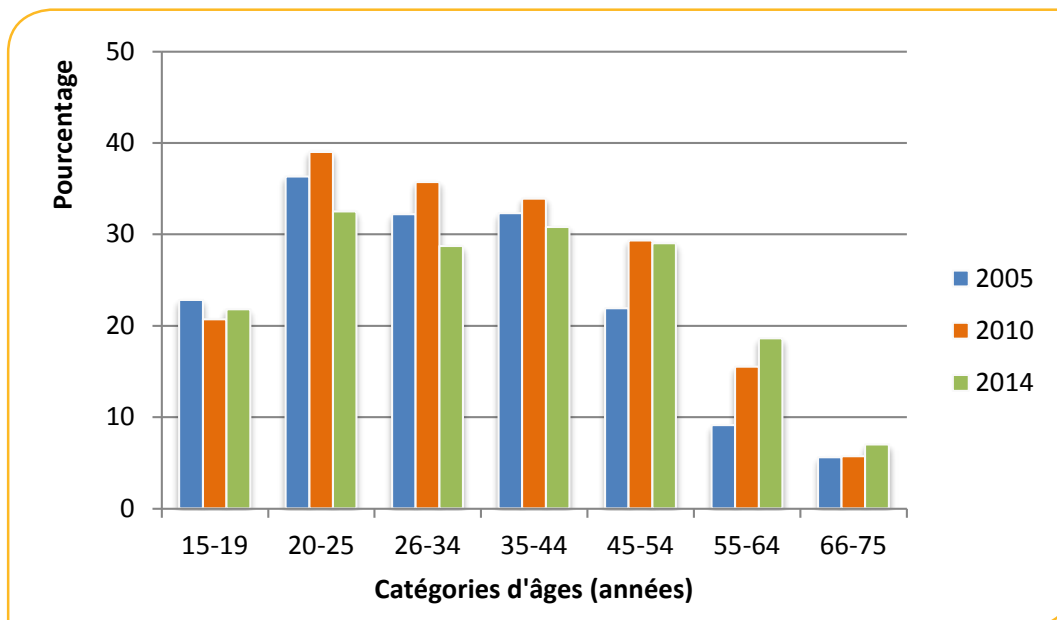


Figure 5. Évolution du tabagisme quotidien chez les femmes âgées de 15 à 75 ans au cours des années¹¹

Le tabagisme chez la femme enceinte

Le tabagisme quotidien concernait en 2010, **24 % des femmes enceintes** ; ce taux étant resté stable par rapport à 2005¹². En cas d'arrêt en cours de grossesse, la reprise du tabagisme était observée avec **un taux de rechutes de 30 % après l'accouchement et de 80 % 1 an après la naissance de l'enfant**.

Le tabagisme chez les jeunes

La prévalence du tabagisme quotidien et occasionnel augmente avec l'âge : passant de 25 % chez les jeunes âgés de 15 à 17 ans, à 45 % chez ceux âgés de 18 à 19 ans et 49 % chez les 20-25 ans¹³.

- L'âge moyen d'expérimentation du tabagisme et de consommation régulière était en 2008 compris entre **13 et 14 ans**, tant chez les filles que chez les garçons.
- L'expérimentation du tabagisme concernait 9 % des jeunes âgés de 11 ans et 25 % de ceux âgés de 13 ans en 2010.
- À 15 ans, plus de la moitié des jeunes avaient déjà expérimenté le tabac (56 %) et 19 % avaient une consommation quotidienne.
- À l'âge de 17 ans, plus de quatre jeunes sur dix (41 %) déclaraient avoir consommé du tabac au cours des 30 derniers jours. **42 % des jeunes âgés de 17 ans étaient fumeur quotidien en 2011** (40 % en 2008). Ce tabagisme quotidien concernait 30 % des filles et 33 % des garçons en 2011.

La prévalence et l'intensité du tabagisme sont fortement corrélées à l'âge d'initiation au tabac (figure 6) :

- 75 % des jeunes de 20-25 ans ayant fumé leur première cigarette avant 14 ans devenaient fumeurs réguliers *versus* 61 % chez ceux ayant fumé leur première cigarette entre 14 et 17 ans et 51 % chez ceux ayant fumé leur première cigarette à 18 ou 19 ans ;
- 51 % des jeunes âgés de 20 à 25 ans ayant fumé leur première cigarette avant 14 ans fumaient au moins 10 cigarettes par jour *versus* 30 % chez ceux ayant fumé leur première cigarette entre 14 et 17 ans et 14 % chez ceux ayant fumé leur première cigarette à 18 ou 19 ans.

11. Guignard R, Beck F, Richard JB, Lermenier A, Wilquin J-L, Nguyen-Thanh V. La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes. *Evolutions*; Janvier 2015(31).

12. Ces données sont à interpréter avec prudence, dans la mesure où les effectifs interrogés étaient faibles (225 femmes enceintes en 2005 et 284 en 2010).

13. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Guignard R, Beck F, Richard JB, Peretti-Watel P. **Le tabagisme en France. Analyse de l'enquête Baromètre santé 2010**. Saint-Denis: Inpes; 2013.



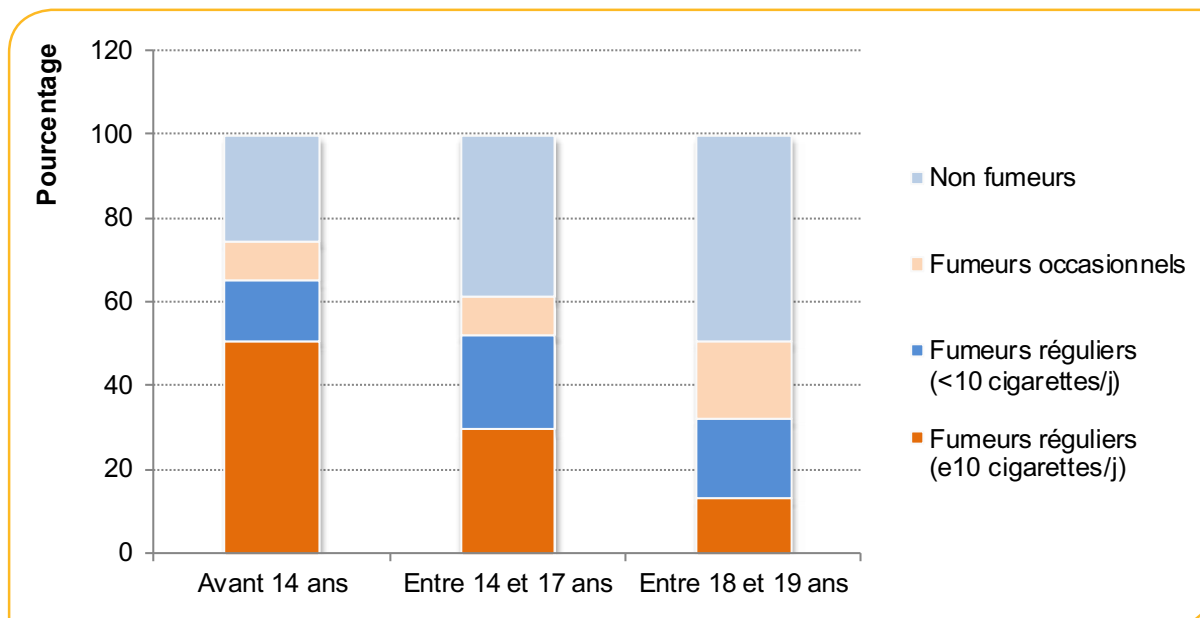


Figure 6. Prévalence du tabagisme (quotidien ou occasionnel) chez les jeunes âgés de 20 à 25 ans en fonction de l'âge au moment de l'initiation d'après l'Inpes, 2014¹⁴

Profil socioéconomique des fumeurs



Chez les adultes

Un gradient socio-économique de prévalence du tabagisme quotidien en population générale (selon le niveau de diplôme, le revenu par unité de consommation¹⁵, et la catégorie socioprofessionnelle) est observé chez les chômeurs :

- **61 % des chômeurs sans diplôme sont des fumeurs réguliers**, versus 53 % des chômeurs dont le diplôme est inférieur au bac, 45 % des chômeurs qui ont le bac et 34 % de ceux dont le diplôme le plus élevé est supérieur au bac ;
- **ce sont les ouvriers au chômage qui ont la plus forte prévalence tabagique** (60 %), puis les employés (49 %), les artisans, commerçants et chefs d'entreprise (49 %), les professions intermédiaires (43 %), les cadres et professions intellectuelles supérieures (31 %).

Chez les jeunes

Entre 2004 et 2010, le tabagisme quotidien :

- **a augmenté** chez les personnes non diplômées (31 % à 34 %), chez les diplômés de niveau inférieur au baccalauréat (de 27 % à 30 %) et chez les diplômés ayant un niveau équivalent au baccalauréat (28 % à 30 %),
- **a diminué** chez les personnes ayant un niveau supérieur au baccalauréat (bac +2 : 27 % à 26 % ; bac +3 ou +4 : 24 % à 22 % ; et bac +5 ou plus : 20 % à 19 %).

Alors qu'en 2005, les garçons étaient significativement moins fumeurs dans les foyers ayant un bas revenu, cette différence n'était plus retrouvée en 2010 :

- les jeunes ayant interrompu leurs études pour travailler fumaient davantage que ceux ayant des diplômes ;
- ceux vivant sans leurs parents, ou dont les parents étaient séparés, étaient deux fois plus nombreux que les autres à fumer (44 % versus 27 % chez les jeunes femmes, 53 % versus 27 % chez les jeunes hommes).

14. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. *Tabac et jeunes 2014*.

15. Obtenu en divisant l'ensemble des revenus du ménage par le nombre de personnes vivant dans le foyer, avec une pondération prenant en compte l'âge de celles-ci.





Nombre moyen de cigarettes consommées quotidiennement par les adultes

Tous produits condonfus (cigarettes roulées, cigarettes manufacturées, cigarillos, cigares et pipes), le **nombre moyen de cigarettes¹⁶ fumées quotidiennement** par les fumeurs réguliers était en 2010 de **14,8 pour les hommes** et de **12,3 pour les femmes**.

- Cette consommation était, dans toutes les classes d'âge, plus élevée chez les hommes que chez les femmes, excepté chez les plus âgés.
- Le nombre moyen de cigarettes fumées par jour augmentait jusqu'à environ 50 ans chez les femmes, 60 ans chez les hommes, pour diminuer ensuite.
- Parmi les fumeurs quotidiens, 68 % fumaient plus de 10 cigarettes/jour (72 % des hommes et 64 % des femmes).

Entre 2005 et 2010, on a observé une **baisse de la part des fumeurs de plus de 10 cigarettes/jour** (73 % en 2005 versus 69 % en 2010) et une **baisse du nombre moyen de cigarettes fumées par jour** (15,4 en 2005 à 13,9 en 2010).

Le nombre moyen de cigarettes fumées par les fumeurs réguliers était plus important en 2010 parmi les chômeurs que parmi ceux qui travaillaient.

Nombre moyen de cigarettes consommées quotidiennement par les femmes enceintes

Le nombre moyen de cigarettes fumées par jour était de 7,4 chez les femmes enceintes en 2010 et **la proportion de fumeuses de plus de 10 cigarettes/jour était de 8,4 %**.

Nombre moyen de cigarettes consommées quotidiennement par les jeunes

Chez les fumeurs réguliers, garçons et filles, le nombre moyen de cigarettes fumées augmente avec l'âge, passant en 2010¹⁷:

- de 10 cigarettes/jour à l'âge de 15-17 ans à 13 cigarettes/jour à l'âge de 20-25 ans chez le jeune-homme ;
- de 8 cigarettes/jour à l'âge de 15-17 ans à 11 cigarettes/jour à l'âge de 20-25 ans chez la jeune femme.

Types de tabac consommés

En 2010, parmi les fumeurs âgés de 15 à 85 ans, **88 % fumaient des cigarettes manufacturées**, 24 % du tabac à rouler, 9 % la chicha, 7 % des cigarillos, 6 % des cigares et 2 % la pipe.

- La moitié des fumeurs exclusifs de cigarettes manufacturées étaient des femmes, les fumeurs de tabac à rouler étant, pour plus des deux tiers, des hommes.
- Les fumeurs consommant à la fois des cigarettes manufacturées et du tabac à rouler étaient plus jeunes que les autres types de fumeurs ; ils étaient plus souvent étudiants ou chômeurs.
- Les ouvriers et les individus dont le revenu par unité de consommation était le plus bas étaient plus nombreux parmi les fumeurs de tabac à rouler.
- La prévalence de consommation de chicha (ou narguilé) concernait 13 % des jeunes âgés de 15 à 19 ans, 12 % des 20-25 ans, 4 % des 26-34 ans, < 1 % au-delà de 35 ans.

Ventes de cigarettes en France

Au cours des vingt dernières années, **les ventes de cigarettes ont diminué progressivement en France** passant de 97,1 milliards d'unités en 1991 à 51,54 milliards d'unités en 2012¹⁸ (les hausses successives des prix en sont la raison principale, dans un contexte général de lutte contre le tabagisme). Cependant, **les ventes de scaferlatis (tabac traditionnel, à pipe et à rouler, chicha, bibis) ont augmenté en parallèle** (+ 22 % entre 2004 et 2012 pour le tabac à rouler).

16. Pour cet indicateur, la règle de conversion suivante a été utilisée : 1 cigarette à rouler = 1 cigarette, 1 cigare ou 1 cigarillo = 2 cigarettes, 1 pipe = 5 cigarettes d'après Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Guignard R, Beck F, Richard JB, Peretti-Watel P. **Le tabagisme en France. Analyse de l'enquête Baromètre santé 2010**. Saint-Denis: Inpes; 2013.

17. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. **Tabac et jeunes 2014**.

18. Évolution du marché des cigarettes, des scaferlatis, et des cigares et cigarillos en volume et en valeur toutes taxes comprises, France, 1991-2014. In: Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Synthèse thématique : tabac et cigarette électronique. Saint-Denis La Plaine: OFDT; 2015. <http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/tabac-et-cigarette-electronique/#prod>





Mini-synthèse

Pour en savoir plus

La nicotine contenue dans le tabac a un potentiel addictif élevé

- **L'addiction s'installe rapidement**, les fumeurs adaptant leur manière de fumer au niveau de nicotémie qu'ils cherchent à obtenir.
- **52 % des fumeurs quotidiens âgés de 15 à 85 ans étaient dépendants** en 2010¹⁹.
- **Le risque de dépendance est d'autant plus grand** que l'âge d'initiation au tabagisme est jeune.
- La dépendance du fumeur est une résultante, variable, de trois dépendances : physique liée à la nicotine ; comportementale (le fumeur fume de façon rituelle, avec habitudes et réflexes conditionnés : café, alcool, fin des repas, convivialité, entrée dans la voiture, téléphone) ; psychique (le fumeur gère ses émotions avec le tabac).

Pour en savoir plus

4 000 composés chimiques sont responsables de la toxicité du tabac sur l'organisme

La fumée principale (celle que le fumeur inhale) et la fumée de tabac secondaire (celle qui se dégage lorsque la cigarette se consume librement) contiennent des substances irritantes et dangereuses pour la santé et des agents cancérogènes.

Les effets toxiques du tabagisme chronique sur l'organisme sont liés au monoxyde de carbone (affinité plus grande que l'oxygène pour l'hémoglobine), aux produits irritants (lésions inflammatoires chroniques des voies respiratoires), aux cancérogènes.

Pour en savoir plus

Exposition au tabagisme passif

- Être exposé au tabagisme passif augmente le risque de cancer du poumon (risque multiplié par 1,3) et des voies aérodigestives supérieures (risque multiplié par 1,6 après 15 ans d'exposition), et le risque de cardiopathie ischémique (risque multiplié par 1,3).
- Par comparaison aux non-fumeurs, les personnes qui fument 1 à 4 cigarettes par jour ont un taux de mortalité globale 1,5 fois plus élevé, et un taux de mortalité spécifique 3 fois plus élevé en ce qui concerne les maladies cardiovasculaires ou le cancer du poumon.

19. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Guignard R, Beck F, Richard JB, Peretti-Watel P. **Le tabagisme en France. Analyse de l'enquête Baromètre santé 2010**. Saint-Denis: Inpes; 2013.





Dépendance physique

La dépendance physique est liée à la nicotine contenue dans le tabac qui a le potentiel addictif le plus fort parmi l'ensemble des substances psychoactives, devant l'héroïne, l'alcool et la cocaïne. La dépendance au tabac se développe rapidement après l'initiation.

- Les personnes qui commencent à fumer à l'adolescence ont un risque supérieur de devenir dépendant par rapport à ceux qui commencent à l'âge adulte.
- Le tabagisme en début d'adolescence est un facteur prédictif de dépendance au tabac à l'âge adulte et est un facteur de risque de développement d'autres dépendances (alcool, cannabis, etc.).

La voie d'absorption de la nicotine permet sa diffusion rapide :

- fumer est un mode d'administration et de diffusion rapide de la nicotine, car l'entrée dans la circulation sanguine se fait directement par le système veineux pulmonaire plutôt que par la circulation systémique ou portale (la nicotine atteint le cerveau en moins de 20 secondes) ;
- le taux et la vitesse d'absorption de la nicotine varient en fonction des individus, la dose de nicotine dépend du nombre de bouffées, et de l'intensité, de la durée et de la profondeur de l'inhalation, ainsi que du degré de dilution de la fumée avec l'air inspiré ;
- la demi-vie d'élimination de la nicotine est d'environ 2 heures, mais présente une grande variabilité interindividuelle (1 à 4 heures).

L'absorption de nicotine dépend du type de tabagisme :

- le pH de la fumée de tabac à pipe ou à cigare étant alcalin, l'absorption de la nicotine se fait au niveau de la muqueuse buccale. Les fumeurs primaires de pipe ou de cigare (qui n'ont jamais fumé de cigarettes) n'ont pas besoin d'inhaler la fumée pour obtenir des nicotémies conséquentes ;
- le pH de la fumée de tabac blond est acide. Cette fumée ne permet qu'une faible absorption buccale, même si elle est retenue plus longtemps dans la bouche. L'inhalation est donc nécessaire pour permettre à la nicotine d'être absorbée.

La dépendance²⁰ à la nicotine pousse le fumeur à adapter sa manière de fumer au niveau de nicotémie qu'il cherche à obtenir (ce qui remet en question l'intérêt des cigarettes dites légères et de la limitation du taux de nicotine dans les cigarettes).

Un indicateur grossier de dépendance est le délai entre le réveil et la première cigarette. Le Baromètre Santé 2000²¹ rapportait que parmi les fumeurs adultes quotidiens, 11 % prenaient leur première cigarette dans les cinq minutes suivant le réveil, et 26 % entre 6 à 30 minutes.

La tolérance à la nicotine se manifeste par une diminution des effets, alors que l'utilisation se poursuit avec des doses inchangées de nicotine.

Les signes de sevrage à la nicotine sont à type d'humeur dysphorique ou dépressive, d'insomnie, d'irritabilité, de frustration, de colère, d'anxiété, de difficultés de concentration, de fébrilité.

La dépendance comportementale dépend de la pression sociale et conviviale, des circonstances, des personnes ou des lieux suscitant l'envie de fumer. Quand on envisage d'arrêter de fumer, il est donc important de réfléchir à ce que l'on pourrait faire dans ces circonstances pour pallier l'envie de fumer ou éviter ces situations, au moins au début. Cette préparation est essentielle pour apprendre à vivre dans son environnement habituel sans avoir recours au tabac.

20. La dépendance est un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive entraîne un désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités. Au cours des rechutes, c'est-à-dire après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement, d'après l'Organisation Mondiale de la Santé, 2008. CIM-10. Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes.
<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr/#/>

21. Oddoux K, Peretti-Watel P, Baudier F. Tabac. In: Baromètre Santé 2000. Volume 2. Résultats. Vanves: CFES; 2000. p. 77-122.



Dépendance psychique

Cette dépendance est liée aux effets psychoactifs de la nicotine qui procure plaisir, détente, stimulation intellectuelle, action anxiolytique, antidépressive et coupe-faim. Cette dépendance peut apparaître peu de temps après les premières cigarettes fumées et varie considérablement d'un fumeur à l'autre.

Niveaux de dépendance au tabac

L'évaluation de la dépendance physique chez les fumeurs quotidiens par le test de Fagerström simplifié (descriptif ci-dessous) montrait en 2010 que les personnes qui commencent à fumer à l'adolescence ont un risque supérieur de devenir dépendant par rapport à celles qui commencent à l'âge adulte²² :

- 18 % des adultes avaient des signes de dépendance forte et 31 % des signes de dépendance moyenne ;
- 14 % des jeunes âgés de 15 à 25 ans avaient des signes de dépendance forte et 33 % de dépendance moyenne ;
- les garçons étaient plus nombreux à être dépendants que les filles (50 % *versus* 43 %).



Pour mémoire, le test de Fagerström²³ simplifié en deux questions prend en compte le délai entre le réveil et la première cigarette et les quantités moyennes de cigarettes fumées chaque jour.

Combien (n) de cigarettes fumez-vous par jour ?

- n = 10 ou moins cote = 0
- n = 11 à 20 cote = 1
- n = 21 à 30 cote = 2
- n = 31 ou plus cote = 3

Dans quel délai (t) après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

- t = moins de 5 minutes cote = 3
- t = 6 à 30 minutes cote = 2
- t = 31 à 60 minutes cote = 1
- t = après plus d'1 heure cote = 0

Interprétation :

- cote = 0-1 ► pas de dépendance ;
- cote = 2-3 ► dépendance modérée ;
- cote = 4-5-6 ► dépendance forte.

→ Pour plus d'information consulter l'annexe « Définition de la dépendance ».

22. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Guignard R, Beck F, Richard JB, Peretti-Watel P. Le tabagisme en France. Analyse de l'enquête Baromètre santé 2010. Saint-Denis: Inpes; 2013. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1513.pdf>

23. Fagerström K. Determinants of tobacco use and renaming the FTND to the Fagerström Test for Cigarette Dependence. *Nicotine Tob Res* 2012;14(1):75-8.





Composition chimique de la fumée de tabac

La fumée de tabac est la principale source de substances cancérigènes pour l'homme. Elle contient plus de 4 800 produits chimiques dont 250 sont classés par le CIRC²⁴ comme étant dangereux pour la santé et 50 comme étant cancérigènes.

La fumée de tabac est caractérisée par trois courants (**figure 9**) :

- le **courant primaire**, inhalé par le fumeur (fumée principale de tabac) ;
- le **courant secondaire** correspond à la fumée se dégageant d'une cigarette se consumant librement et résulte de la combustion complète ou incomplète du tabac. Il est responsable de l'exposition environnementale (fumée secondaire de tabac) ;
- le **courant tertiaire** correspond à la fumée exhalée par le fumeur et aux particules de fumée du tabac qui restent en suspension.

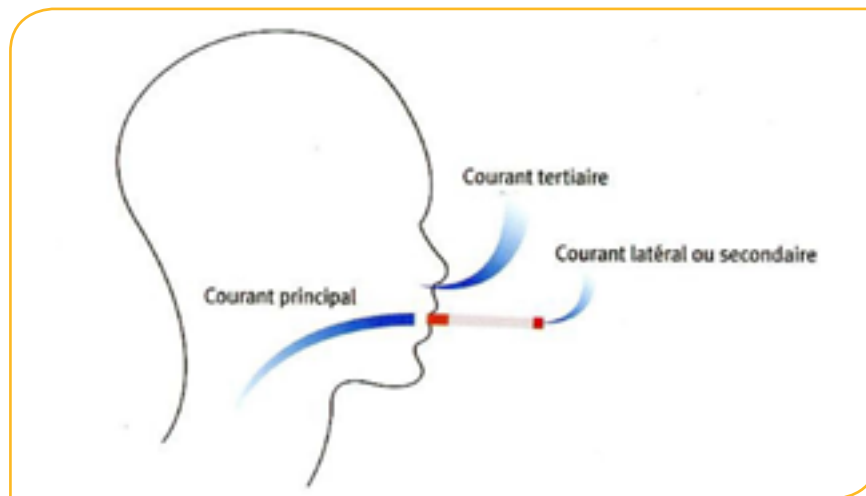


Figure 9. Les trois courants de la fumée de tabac d'après l'Amiform, 2011²⁵

La fumée inhalée par le fumeur (**courant principal**) contient les éléments suivants :

- **composés inorganiques** : azote, oxygène, dioxyde et monoxyde de carbone, argon, hydrogène, eau, ammoniac, oxyde nitrique, nitrates, sulfure d'hydrogène ;
- **métaux** : plomb, mercure, cadmium, polonium 210, strontium ;
- **composés organiques** : hydrocarbures aliphatiques saturés (méthane, alkane...) et insaturés (alkènes, terpènes...), hydrocarbures aromatiques monocycliques (toluène, benzène...) et polycycliques (naphthalène, fluorène, benzopyrène...), hydrocarbures oxygénés (alcools, phénols, aldéhydes...), hétérocycles oxygénés (furanne, dioxines...), hydrocarbures azotés (amines aliphatiques et aromatiques, nitriles, nitrosamines...), hétérocycles (pyrroles, pyridines, indoles, pyrazines), alcaloïdes, résidus agricoles, pigments, humectants, goudron ;
- **additifs** : humectants (diéthylène-glycol, propylène-glycol, éthylène-glycol, glycérol), aromatisants (terpènes, menthol, cacao, réglisse, acide lévulinique, sucres, miel, ammoniacque et dérivés ammoniacaux, eugéno) et les agents de combustion (nitrates).

La fumée consommée par la cigarette (**courant secondaire**) est un mélange complexe, formé de milliers de produits chimiques sous forme gazeuse ou particulaire, émis lors de la combustion du tabac. La **combustion incomplète**, à plus basse température, **génère des concentrations importantes de produits cancérigènes** (1-3 butadiène, benzène, benzo(a)pyrène, nitrosamine NNK...). Elle contient 3 fois plus de monoxyde de carbone, 7 fois plus de benzène, 70 fois plus de nitrosamines et 100 fois plus d'ammoniac que la fumée primaire.

24. CIRC : Centre International de Recherche contre le Cancer.

25. Association Médicale Indépendante de FORMation. Education thérapeutique et sevrage tabagique 2011. <http://www.amiform.com/web/documentation-asthme-et-bpco-uniformation/2011/4---education-therapeutique-et-sevrage-tabagique.pdf>



La fumée rejetée par le fumeur (courant tertiaire) est responsable du dépôt de composés cancérogènes dans la poussière des maisons habitées par un fumeur, dont la présence a été mise en évidence, alors que les habitats avaient été aérés.

Toxicité des composants de la fumée de tabac

Les effets toxiques du tabagisme chronique sur l'organisme sont liés principalement :

- au monoxyde de carbone qui a une affinité plus grande que l'oxygène pour l'hémoglobine et est responsable d'une diminution de l'apport d'oxygène aux tissus. Il altère les cellules endothéliales artérielles et active les mécanismes de l'athérosclérose ;
- aux composants irritants de la fumée de tabac (acétone, phénols, acide cyanhydrique, acroléine, nitrosamine...) qui provoquent des lésions inflammatoires chroniques des voies respiratoires, une paralysie du tapis mucociliaire et une hypersécrétion bronchique ;
- aux composants cancérogènes de la fumée de tabac qui augmentent significativement le risque de cancer du poumon, de la cavité buccale, du pharynx, du larynx, de la muqueuse nasale et des sinus, du pancréas, de la vessie, des reins, du foie, et du côlon ;
- à la nicotine qui stimule les récepteurs de l'acétylcholine et est à l'origine de la dépendance pharmacologique ;
- à la chaleur de la fumée de tabac qui irrite les muqueuses oropharyngées qui entrent à son contact.

Toxicité de la fumée de tabac en fonction du type de consommation

Chicha

- La fumée de chicha contient des métaux qui proviennent du tabac, mais aussi du charbon, du revêtement du fourneau et de la colonne, du tuyau ou encore de la feuille d'aluminium.
- L'utilisation de la chicha expose les fumeurs à des quantités de fumée beaucoup plus importantes que celles de la cigarette, en raison surtout de la durée des sessions de fumage. Une cigarette est fumée en 8 à 12 bouffées sur une durée de 5 à 7 minutes, tandis que la chicha est fumée en 50 et 200 bouffées sur une durée de 40 à 60 minutes²⁶.
- L'eau retient une fraction de la nicotine, ce qui incite le fumeur à inhaler plus profondément pour obtenir un même effet, et l'expose donc à des quantités plus importantes de substances cancérogènes.
- La teneur de la fumée de chicha notamment en monoxyde de carbone, en goudron, en béryllium, en chrome, en cobalt, en plomb et en nickel est plus élevée que celle de la fumée de cigarette.

Produits du tabac sans fumée

Les produits du tabac sans fumée sont constitués de tabac, d'eau et d'additifs. Ces produits peuvent être placés dans la bouche et être mâchés (chique) ou sucés (snus) ou être inhalés (tabac à priser).

- Les produits varient quant à leurs caractéristiques physiques et chimiques telles que la forme, la teneur en humidité et la composition chimique.
- Tous les produits contiennent de la nicotine et, selon la méthode de fabrication, des concentrations variables de certaines substances : hydrocarbures aromatiques polycycliques, nitrosamines spécifiques au tabac et métaux (chrome, nickel, plomb et arsenic).
- Les résultats des études de toxicité ont confirmé que, le snus et les autres produits du tabac sans fumée sont mutagènes (provoquent des mutations de l'ADN), cytotoxiques (modifient la structure de cellules) et génotoxiques (provoquent des changements structuraux des chromosomes).

26. Institut national du cancer. La chicha et risques pour la santé. Boulogne-Billancourt: INCa; 2009.

<http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/La-chicha-et-risques-pour-la-sante>





Le tabagisme passif ou involontaire se définit comme l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement d'un fumeur, **85 % de la fumée présente dans l'air d'une pièce dans laquelle une personne fume étant constitué de la fumée du courant secondaire** (fumée se dégageant d'une cigarette se consommant librement). Il entraîne l'inhalation d'éléments cancérigènes et d'autres éléments toxiques contenus dans cette fumée de courant secondaire, les particules dégagées étant plus petites que celles contenues dans la fumée expirée par le fumeur (courant tertiaire)²⁷.

Exposition au domicile

Un non-fumeur sur cinq (19 %) déclarait en 2010 être régulièrement ou occasionnellement exposé au tabagisme passif au domicile (figure 7). Les données 2010 montraient également que :

- 31 % des foyers **avec un enfant âgé de moins de 4 ans** déclaraient être exposés au tabagisme à leur domicile ;
- **chez les jeunes (15 à 25 ans)**, 43 % des fumeurs et 27 % des non-fumeurs étaient exposés de manière régulière au tabagisme passif à leur domicile ;
- **les femmes non-fumeuses** étaient plus souvent exposées au tabagisme à leur domicile que les hommes non-fumeurs (analyse après ajustement sur les principales caractéristiques sociodémographiques) ;
- **le fait d'être fumeur** (60 % des fumeurs *versus* 26 % des non-fumeurs) **ou de n'avoir aucun diplôme surexposait au tabagisme passif**.

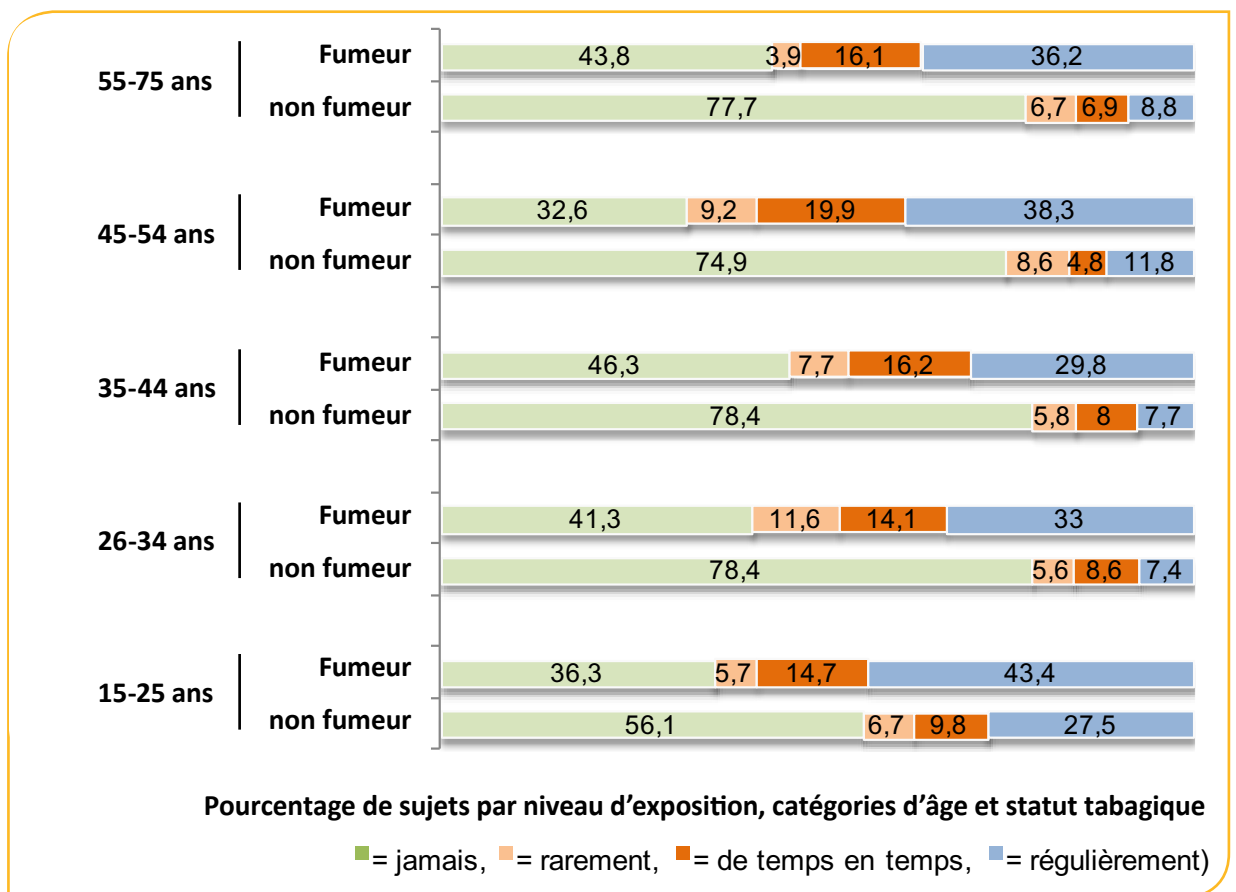


Figure 7. Exposition au tabagisme passif au domicile chez les fumeurs et non-fumeurs actuels, selon leur âge (en %) d'après l'Inpes, 2013²⁸

27. La température spontanée de combustion d'une cigarette étant plus basse (autour de 600°C) que celle du courant primaire (autour de 800°C), il y a combustion incomplète générant des concentrations importantes de produits cancérigènes (1-3 butadiène, benzène, benzo(a)pyrène, nitrosamine NNK...). Cela en fait une fumée plus toxique que celle inhalée et rejetée par le fumeur.

28. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Guignard R, Beck F, Richard JB, Peretti-Watel P. Le tabagisme en France. Analyse de l'enquête Baromètre santé 2010. Saint-Denis: Inpes; 2013. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1513.pdf>



Tabagisme passif au travail et sur les lieux publics

L'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif a été initiée par le décret du 15 novembre 2006, lequel prévoyait sa mise en œuvre en deux temps.

- Le 1^{er} février 2007, la mesure a été appliquée dans les entreprises, les administrations, les établissements scolaires, les établissements de santé.
- En janvier 2008, elle a été appliquée aux lieux dits « de convivialité » (cafés, hôtels, restaurants, discothèques, casinos).
- Dans les lieux de travail publics ou privés, la mise en place d'emplacements réservés aux fumeurs, sur proposition du responsable d'établissement, est soumise à l'avis du comité d'hygiène et de sécurité.
- Pour protéger les non-fumeurs du tabagisme passif, ces emplacements doivent être clos et équipés de dispositifs de ventilation puissante.

Ces mesures d'interdiction ont permis de diminuer de façon importante l'exposition au tabagisme passif dans les lieux publics.

- Un an après la mise en place du second volet de l'interdiction de fumer dans les lieux publics, les premiers résultats de la seconde phase d'ITC²⁹ publiée en 2013 montrent qu'il y avait plus que 4 % des fumeurs et 5 % des non-fumeurs à avoir vu des consommateurs fumer dans le bar où ils se sont rendus la dernière fois fin 2006, ils étaient respectivement 97 % et 92 %.
- De même, l'étude IMETS³⁰ a montré qu'en septembre 2008, 4 % des personnes interrogées déclaraient avoir été exposées au tabagisme passif au restaurant et 7 % dans les bars (en février 2007, ils étaient respectivement 30 % et 75 %) (figure 8).

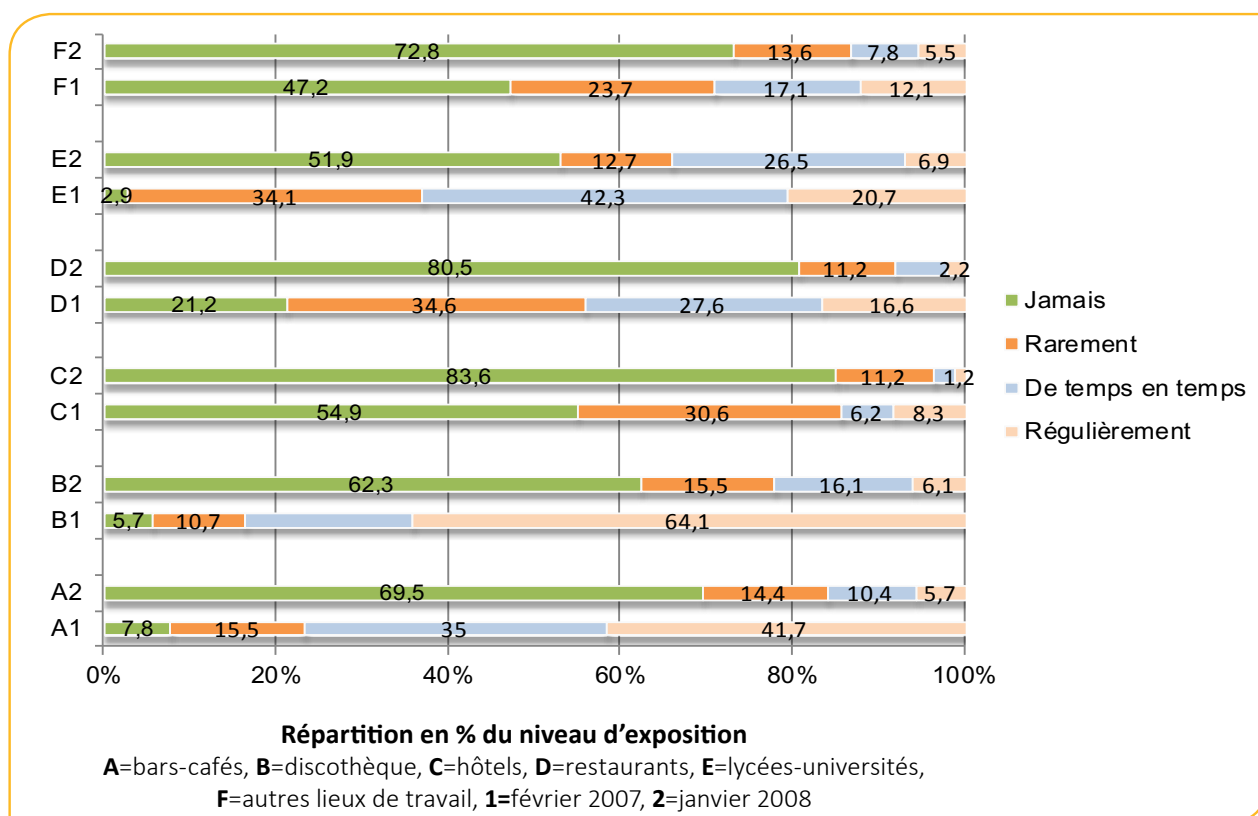


Figure 8. Présence de fumée de tabac dans différents lieux publics entre février 2007 et janvier 2008 d'après Dautzenberg, 2008³¹

29. International Tobacco Control Policy Evaluation Project, étude internationale de suivi de cohorte coordonnée par l'université de Waterloo au Canada, avec la participation de l'Inpes, de l'INCa et de l'OFDT pour le volet France ; Fong GT, Craig LV, Guignard R, Nagelhout GE, Tait MK, Driezen P, *et al.* Évaluation de l'interdiction de fumer dans les lieux publics en France un an et cinq ans après sa mise en œuvre : résultats de l'enquête ITC France. BEH 2013;20-21:217-23.

30. L'Inpes a réalisé, de décembre 2006 à septembre 2008, auprès d'un échantillon représentatif de 800 personnes âgées de 15 à 64 ans, une mesure mensuelle de l'exposition à la fumée de tabac des autres, dans le cadre d'une étude plus large, ImETS (Indices mensuels, Exposition Tabagisme Santé). Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Perception des Français du respect de l'interdiction de fumer dans les cafés et bars, et dans les restaurants, un an après son application. Résultats de deux enquêtes. Saint Denis: Inpes; 2009. <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/09/dp090107.pdf>

31. Dautzenberg B, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Indices mensuels tabagisme passif Exposition Tabagisme Santé (imETS). Mesure des bénéfices de l'interdiction totale de fumer 2008. http://doc.hubsante.org/doc_num.php?explnum_id=5971





Mini-synthèse

Pour en savoir plus

Le tabac chronique est le premier facteur de risque évitable de cancers en France

- Il est à l'origine de **90 % des cancers du poumon, 50 % des cancers des voies aérodigestives supérieures** (bouche, larynx, pharynx, œsophage), **40 % des cancers de la vessie et 30 % des cancers du pancréas**³².
- Il est aussi un facteur de risque de cancer des voies urinaires et du rein, du col de l'utérus, de l'estomac, de certaines leucémies, des cancers de l'ovaire, du côlon et du rectum.

Pour en savoir plus

Le tabagisme chronique est le premier facteur de risque évitable de maladie risque cardiovasculaire

- La toxicité cardiovasculaire du tabagisme suit une relation dose-effet non linéaire pour laquelle **il n'y a pas de seuil de consommation au-dessous duquel le risque est nul**.
- Le tabagisme chronique augmente :
 - le risque d'infarctus du myocarde (risque multiplié par 3) ;
 - d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (90 % des malades sont fumeurs) ;
 - de thrombose veineuse ou artérielle chez la femme sous contraception estroprogestative (en fonction du nombre de cigarettes/j et de la présence ou de l'absence d'autres facteurs de risque cardiovasculaire) ;
 - d'anévrisme de l'aorte abdominale (risque multiplié par 2 à 9 selon la durée du tabagisme et le nombre de cigarettes fumées/jour) ;
 - d'accident vasculaire cérébral (risque multiplié par 2).

Pour en savoir plus

Les autres effets du tabagisme chronique sur l'organisme

- **15 % des fumeurs auront une BPCO** dont la principale complication est l'insuffisance respiratoire.
- **Le risque de diabète de type 2 est augmenté chez le fumeur** (risque multiplié par 1,3 à 1,6 selon le nombre de cigarettes/jour).
- Le tabagisme chronique est un facteur de risque de la maladie parodontale.
- Il **altère les capacités de cicatrisation en péri-opératoire** et favorise les complications, notamment infectieuses.
- Il **augmente le risque de maladie de Crohn** (risque multiplié par 2), et, chez le malade, il aggrave la symptomatologie.

Pour en savoir plus

Impact du tabagisme chronique sur la fertilité et sur au cours de la grossesse

- **Chez l'homme**, le tabagisme chronique altérerait la qualité du sperme et la fertilité (données controversées).
- **Chez la femme**, il altère la fertilité (risque multiplié par 2), allonge le délai de conception, réduit les chances de succès de la procréation médicalement assistée ;
- **Chez la femme enceinte**, il augmente le risque de grossesse extra-utérine (risque multiplié par 1,7), d'hématome retro-placentaire (risque multiplié par 2), de placenta prævia (risque multiplié par 1,5) de rupture prématurée des membranes (risque multiplié par 1,8).
 - ▶ **Chez le fœtus**, il augmente le risque de mort fœtale in utero, de prématurité, de retard de croissance intra utérin ou d'hypotrophie.
 - ▶ **Chez le nourrisson ayant été exposé in-utero**, il augmente le risque de mort subite du nourrisson ; de détresse respiratoire, de pneumopathie, d'asthme ;
 - ▶ **Chez l'adulte ayant été exposé in-utero**, il augmente le risque de dépendance à la nicotine à l'adolescence et à l'âge adulte, il serait responsable d'une altération de la fécondité des garçons et des filles.

Pour en savoir plus

Impact d'une faible exposition à la fumée de tabac

- Être exposé au **tabagisme passif** augmente le **risque de cancer du poumon** (risque multiplié par 1,3) **et des voies aérodigestives supérieures** (risque multiplié par 1,6 après 15 ans d'exposition), et le risque de **cardiopathie ischémique** (risque multiplié par 1,3).
- Par comparaison aux non-fumeurs, les personnes qui fument **1 à 4 cigarettes** par jour ont un **taux de mortalité 1,5 fois plus élevé**, 3 fois plus de risque de décéder d'une maladie cardiovasculaire ou d'un cancer du poumon.

32. Institut national du cancer. Plan cancer 2014-2019. Boulogne-Billancourt: INCa; 2014.
<http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-cancer-2014-2019>





Une relation de causalité significative entre le tabagisme chronique et un cancer a été mise en évidence pour les localisations suivantes (méta-analyse de Gandini *et al.*³³, CIRC³⁴) :

- bronches et poumon ;
- cavité orale, pharynx, larynx, muqueuse nasale et sinus ;
- pancréas, vessie, reins, foie ;
- œsophage, estomac, côlon, rectum ;
- col de l'utérus, ovaires ;
- moelle (leucémie myéloïde).

L'excès de risque encouru par un fumeur dépend de sa consommation moyenne journalière (dose de tabac) et de l'ancienneté de son tabagisme (durée d'exposition).

Le risque relatif de cancer est compris, selon la localisation entre 1,52 et 8,96 (voir tableau ci-dessous).

Risque relatif de cancer lié au tabagisme chronique en fonction de la localisation, d'après Gandini *et al.*, 2008³⁵

Localisation du cancer	Risque relatif*	Intervalle de confiance à 95 %
Poumon	8,96 [†]	6,73-12,1
Larynx	6,98	3,14-15,5
Pharynx	6,76	2,86-16,0
Tractus digestif supérieur	3,57	2,63-4,84
Cavité orale	3,43	2,37-4,94
Voies basses urinaires	2,77	2,17-3,54
Nez-sinus	1,95	1,31-2,91
Col de l'utérus	1,83	1,51-2,21
Pancréas	1,70	1,51-1,91
Foie	1,56	1,29-1,87

(*) = Risque relatif « poolé » sur l'ensemble des données concernant les fumeurs actuels, quel que soit le niveau de tabagisme.

(†) = La variation du risque relatif en fonction de la quantité de cigarettes fumées n'a été calculée que pour le cancer du poumon : le RR augmentant avec la consommation tabagique (voir ci-après chapitre « Tabac et cancer bronchopulmonaire »)

33. Gandini S, Botteri E, Iodice S, Boniol M, Lowenfels AB, Maisonneuve P, *et al.* Tobacco smoking and cancer: a meta-analysis. *Int J Cancer* 2008;122(1):155-64.

34. CIRC (Centre international de recherche sur le cancer) ou IARC (International Agency for Research on Cancer). Les monographies du CIRC identifient depuis 1971 les facteurs environnementaux susceptibles d'accroître le risque de cancer chez l'homme (produits chimiques, mélanges complexes, expositions professionnelles, agents physiques et biologiques, et facteurs comportementaux). Des groupes de travail interdisciplinaires composés d'experts scientifiques internationaux examinent les études publiées et évaluent le degré de risque de cancérogénicité présenté par un agent. Monographies disponibles sur le site : IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. <http://monographs.iarc.fr>

35. Gandini S, Botteri E, Iodice S, Boniol M, Lowenfels AB, Maisonneuve P, *et al.* Tobacco smoking and cancer: a meta-analysis. *Int J Cancer* 2008;122(1):155-64.



Tabac et cancer bronchopulmonaire

Le risque relatif de cancer du poumon chez le fumeur est élevé et dépend de la quantité de cigarettes fumées par jour, de l'ancienneté du tabagisme et de l'âge d'entrée dans le tabagisme. La méta-analyse publiée en 2008 par Gandini *et al.* montre que le risque relatif de cancer du poumon est :

- chez l'homme : de 1,39 (intervalle de confiance [IC_{95%}] = 1,28-1,50) pour une consommation de 1-9 cigarettes/j ; de 2,67 (IC_{95%} = 2,11-3,37) pour une consommation de 10-19 cigarettes/j ; de 13,70 (IC_{95%} = 7,40-25,50) pour une consommation ≥ 20 cigarettes/j ;
- chez la femme : de 1,49 (IC_{95%} = 1,37-1,61) pour une consommation de 1-9 cigarettes/j ; de 3,30 (IC_{95%} = 2,59-4,20) pour une consommation de 10-19 cigarettes/j ; de 24,10 (IC_{95%} = 12,70-45,90) pour une consommation ≥ 20 cigarettes/j.

Le diagnostic de cancer broncho-pulmonaire est évoqué, chez un fumeur ou un ancien fumeur, devant la présence ou la persistance de symptômes respiratoires (toux, dyspnée, hémoptysie, etc.) et/ou d'une altération de l'état général (amaigrissement et asthénie associé à des douleurs thoraciques)³⁶.



Pour mémoire

- Le cancer du poumon est au 2^e rang des cancers incidents masculins et au 3^e chez la femme (39 495 nouveaux cas estimés en 2012 dont 71 % chez l'homme).
- Quel que soit l'âge, l'incidence du cancer du poumon est plus élevée chez l'homme que chez la femme (rapport H/F de 1,5 à 4 selon les classes d'âge) ; mais chez la femme, il est en progression constante, son incidence ayant été multipliée par 7 au cours de ces 30 dernières années.
- Tous sexes confondus, il est la première cause de décès par cancer (29 949 décès par cancer broncho-pulmonaire estimés en 2012 dont 71 % chez l'homme).
- La survie nette à 5 ans était estimée en 2008 à 14 %, et à 9 % à 10 ans (l'âge médian au décès en 2012 était de 68 ans chez l'homme et 67 ans chez la femme).
- 38 % des décès chez l'homme et 42 % chez la femme surviennent avant l'âge de 65 ans.
- Après 65 ans, le taux de mortalité masculin est 2,5 à 5 fois plus important que le taux de mortalité féminin selon la classe d'âges.

Tabac et cancer des voies aérodigestives supérieures

Le tabac et l'alcool sont les deux principaux facteurs de risque de cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS = lèvres, bouche, pharynx, larynx). Les cancers de la cavité orale font partie des localisations cancéreuses ayant un mauvais pronostic, car ils sont souvent identifiés à un stade avancé (atteinte ganglionnaire dans deux tiers des cas).

- Les cancers des VADS sont initialement pauci-symptomatiques. Les signes d'appel sont une adénopathie cervicale isolée, une odyndyphagie (douleur pharyngée à la déglutition), une gêne persistante unilatérale à la déglutition.
- Au niveau de la muqueuse buccale, les signes d'appels peuvent être une leucoplasie³⁷, une érythroplasie³⁸, une érythroleucoplasie³⁹ ou une ulcération chronique ne pouvant pas être attribuée à une cause identifiable autre que l'usage du tabac (figure 10).
- Les signes plus tardifs sont : une ulcération infiltrée ou une tuméfaction souvent indolore et persistante, un trouble de la mobilité linguale, une otalgie réflexe à la déglutition, un trismus (difficulté à ouvrir la mâchoire), une hypoesthésie labiomentonnière.

36. Institut national du cancer. Les cancers en France. Edition 2013. Boulogne-Billancourt: INCa; 2013.

<http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Les-cancers-en-France-Edition-2013>

37. Leucoplasie = lésion blanche de la cavité buccale, d'un diamètre inférieur à 5 mm, ne pouvant pas être détachée par le grattage.

38. Érythroplasie = plaque veloutée, rouge brillant, uniforme sans trace de kératinisation, très étendue, à limite nette, souvent indolore.

39. L'érythroleucoplasie, aussi appelée leucoplasie tachetée ou mouchetée, est une lésion mixte généralement asymptomatique formée de foyers de kératose et d'érythème, qui entre dans la catégorie des leucoplasies non homogènes.



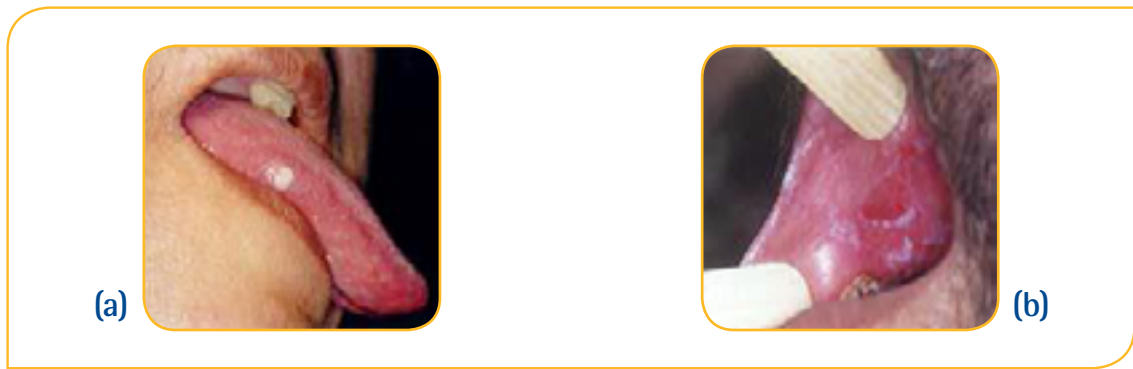


Figure 10. (a) Leucoplasie homogène située sur le bord droit de la face antérieure de la langue ; (b) érythroplasie de la muqueuse de la joue, lésion rouge, de forme ovale, d'apparence veloutée ; d'après le CIRC, 2015⁴⁰

Le risque d'avoir un cancer de la cavité buccale lors d'une consommation conjointe d'alcool et de tabac est multiplié par 13 par rapport à ceux qui ne consomment ni tabac ni alcool⁴¹ (il est multiplié par 2 chez les personnes uniquement fumeuses ou uniquement consommateur d'alcool par rapport à un personne qui ne fume pas et ne boit pas).

La diminution de l'incidence et de la mortalité observée pour les cancers de la lèvre, de la cavité orale et du pharynx chez l'homme, est en grande partie expliquées par la baisse de la consommation d'alcool observée en France depuis le début des années 60⁴².



Pour mémoire

- Le nombre de nouveaux cas de cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) était estimé en 2015 à 14 706. **71 % chez l'homme** (5^e rang des cancers incidents masculins ; 10^e chez la femme en 2012).
- **9 nouveaux cas sur 10 sont diagnostiqués chez les personnes âgées de 50 ans et plus** : l'âge médian au diagnostic en 2012 était de 61 ans chez l'homme et 63 ans chez la femme.
- 3 788 décès par cancer des VADS étaient estimés en 2015 (dont 77 % chez l'homme). L'âge médian au décès était de 63 ans chez l'homme et 68 ans chez la femme en 2012.

Tabac et cancer colorectal

Une méta-analyse publiée en 2009 par Liang *et al.*⁴³ a montré que **le risque relatif (RR) de cancer colorectal était significativement augmenté pour** une consommation de 40 cigarettes/jour (RR = 1,38), une durée de consommation de 40 ans (RR = 1,20) ou pour un nombre de 60 paquets/années (RR = 1,51).

- Au stade initial, le cancer colorectal est pauci-symptomatique.
- Le diagnostic de cancer colorectal peut être évoqué devant les signes cliniques suivants : rectorragies (même en cas de pathologie hémorroïdaire patente), une anémie ferriprive sans cause évidente, une modification du transit intestinal qui persiste malgré un traitement adapté (diarrhée, constipation, en alternance ou non), une masse à la palpation abdominale ou au toucher rectal, un syndrome rectal (faux besoins, ténésmes, épreintes).

40. Centre international de recherche sur le cancer (CIRC). Groupe de dépistage. Projets de recherche. Cancer de la cavité buccale. Tableau de référence clinique pour l'inspection visuelle 2015. <http://screening.iarc.fr/oralindex.php?lang=2>

41. Institut national du cancer. Cancers et tabac. Boulogne-Billancourt: INCa; 2011. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Collections/Fiches-repere>

42. La consommation française d'alcool était l'une des plus élevée au monde (en 2013, le nombre de litres d'alcool pur correspondait en moyenne à 2,5 verres « standard » ou unité standard d'alcool consommables chaque jour par habitant âgé de 15 ans et plus, d'après l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2015, Quantité d'alcool consommé par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961 (en litres équivalents d'alcool pur). <http://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/alcool-evolution-des-quantites-consommees-par-habitant/>

43. Liang PS, Chen TY, Giovannucci E. Cigarette smoking and colorectal cancer incidence and mortality: systematic review and meta-analysis. *Int J Cancer* 2009;124(10):2406-15.





Pour mémoire

- Le nombre de nouveaux cas de cancer colorectal était estimé en 2015 à 43 000 dont 55 % chez l'homme (3^e rang des cancers incidents masculins ; 2^e chez la femme).
- L'âge médian au diagnostic en 2012 était de 71 ans chez l'homme et 75 ans chez la femme (95 % des nouveaux cas de cancer chez l'homme ou la femme sont observés après 50 ans).
- La survie nette à 5 ans était estimée en 2008 à 56 %, et à 50 % à 10 ans.
- Le nombre de décès liés au cancer colorectal était estimé en 2015 à 17 000 (l'âge médian au décès en 2012 était de 77 ans chez l'homme et 81 ans chez la femme).

Tabac et cancer de la vessie

Le risque relatif de cancer de la vessie chez le fumeur augmente avec les cigarettes. Il a été estimé selon les études entre 2,94 (IC₉₅ % = 2,45-3,54) et 4,1 (IC₉₅ % = 3,7-4,5)⁴⁴.

Les amines aromatiques (en particulier le 4-aminobiphényle et l'o-toluidine) sont responsables de la carcinogénèse vésicale. La nicotine, ses métabolites et les nitrosamines contenues dans le tabac ne semblent pas jouer de rôle dans les cancers de la vessie.

- Au stade initial, le cancer de la vessie est pauci-symptomatique, une hématurie pouvant constituer le premier signe d'appel.
- À un stade plus avancé, d'autres symptômes peuvent survenir : difficultés à uriner, mictions fréquentes et impérieuses, brûlures mictionnelles ou douleurs dans la région de la vessie.

En dehors du tabagisme, les expositions professionnelles (amines aromatiques, industrie du caoutchouc, métier de peintre, hydrocarbures polycycliques aromatique) ou **non professionnelles** (antalgiques contenant de la phénacétine, certaines chimiothérapies cyclophosphamide, chornaphazine), radiothérapie du petit bassin, phytothérapie à base d'une herbe chinoise amaigrissante *aristolochia fangchi* contenant un dérivé nitrophénanthérique cancérigène, arsenic) augmentent le risque cancer de la vessie.



Pour mémoire

- Le nombre de nouveaux cas de cancer de la vessie était estimé en 2012 à 11 965 dont 80 % chez l'homme.
- L'âge médian au diagnostic en 2012 était de 74 ans chez l'homme et 79 ans chez la femme (76 % des nouveaux cas de cancer chez l'homme ou la femme sont observés après 65 ans).
- 4 772 décès par cancer de la vessie étaient estimés en 2012 (dont 75 % chez l'homme).
- La survie nette à 5 ans était estimée en 2008 à 51 %, et à 42 % à 10 ans (l'âge médian au décès en 2012 était de 77 ans chez l'homme et 82 ans chez la femme).
- 85 % des décès par cancer de la vessie surviennent chez l'homme comme chez la femme après 65 ans.

Tabac et cancer du rein

Une personne qui fume a environ 1,5 fois plus de risque de développer un cancer du rein qu'une personne qui n'a jamais fumé⁴⁵. En ce qui concerne les personnes qui ont arrêté de fumer, plusieurs études ont montré que le risque de cancer du rein pour les anciens fumeurs est moins élevé que celui des fumeurs. Il diminuerait d'environ 25 à 30 % après 10 à 15 ans d'arrêt.

- Au stade initial, le cancer du rein est asymptomatique.
- À un stade plus avancé, une hématurie voire une lombalgie et/ou une masse palpable au niveau du flanc pour les tumeurs volumineuses peuvent être observées.

En dehors du tabagisme, le surpoids et l'obésité augmentent le risque cancer de la vessie.

44. Freedman ND, Silverman DT, Hollenbeck AR, Schatzkin A, Abnet CC. Association between smoking and risk of bladder cancer among men and women. JAMA 2011;306(7):737-45.

45. Les Cancers. Points clés. Cancer du rein. Facteurs de risque. 2015.
<http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-rein/Facteurs-de-risque>





Pour mémoire

- Le nombre de nouveaux cas de cancer du rein était estimé en 2011 à 11 080 dont 67 % chez l'homme.
- L'âge médian au diagnostic en 2012 était de 74 ans chez l'homme et 79 ans chez la femme (76 % des nouveaux cas de cancer chez l'homme ou la femme sont observés après 65 ans).
- 3 840 décès par cancer du rein étaient estimés en 2011 (dont 66 % chez l'homme).
- La survie nette à 5 ans était estimée en 2008 à 65 % et 56 % à 10 ans.
- 77 % des décès par cancer du rein surviennent chez l'homme comme chez la femme après 65 ans.

Tabagisme chronique et risque cardiovasculaire



La toxicité cardiovasculaire du tabagisme chronique est présente pour des niveaux de consommation très faibles, avec une relation dose-effet non linéaire et sans seuil de consommation au-dessous duquel le tabagisme est dénué de risque.

- L'impact cardiovasculaire du tabagisme est lié à la thrombose, par hyperagrégabilité plaquettaire, et à un spasme artériel, par altération de la vasomotricité artérielle endothélium-dépendante.
- D'autres mécanismes dans lesquels le tabagisme chronique est impliqué contribuent à la formation de plaques d'athérosclérose (dysfonction endothéliale, inflammation, modification du profil lipidique).
- Enfin, le monoxyde de carbone diminue les capacités de transport de l'oxygène et contribue, chez les personnes ayant une insuffisance coronarienne au renforcement de l'ischémie et à la survenue de complications cardiovasculaires.

Tabagisme chronique et infarctus du myocarde

L'étude internationale multicentrique *Interheart* confirme que le tabagisme est le deuxième facteur de risque d'infarctus du myocarde après les dyslipidémies⁴⁶ :

- fumer multiplie par 3 le risque d'infarctus du myocarde ;
- le risque est proportionnel à la consommation mais sans seuil au-dessous duquel fumer soit sans risque (risque multiplié par 1,6 pour une consommation de 1 à 9 cigarettes/jour) ;
- le risque est sensiblement le même quel que soit le type de tabagisme (cigarettes avec ou sans filtre, pipe, cigare, narguilé, tabac à mâcher...);
- la part attribuable au tabagisme dans la survenue d'un infarctus a été estimée à 38 % et varie avec l'âge et le sexe (58 % chez les hommes de moins de 55 ans, 6 % chez les femmes de plus de 65 ans).



Pour mémoire

Les signes d'appel de souffrance coronarienne, notamment chez un sujet ayant des facteurs de risque cardiovasculaire (hérédité, âge, sexe, tabac, HTA, hypercholestérolémie, diabète) sont les suivants : douleur thoracique rétro-sternale, constrictive ou écrasante, brûlante ou pesante (blockpnée), survenant à l'effort. La douleur peut avoir une localisation atypique (mâchoire, bras, poignet, épigastre).

46. Teo KK, Ounpuu S, Hawken S, Pandey MR, Valentin V, Hunt D, *et al.* Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. *Lancet* 2006;368(9536):647-58.



Tabagisme chronique et artériopathie oblitérante des membres inférieurs

- Le tabagisme chronique est, avec le diabète, le facteur de risque majeurs d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) : **90 % des malades sont fumeurs**.
- La thromboangéite oblitérante ou **maladie de Buerger**, qui concerne essentiellement des hommes jeunes, survient uniquement chez des fumeurs.

L'AOMI est caractérisée par un rétrécissement du calibre des artères qui irriguent les membres inférieurs. Elle se présente sous deux formes :

- l'ischémie d'effort (claudication intermittente), avec ou sans signes cliniques liés à l'ischémie, qui est chronique ;
- l'ischémie permanente (avec ou sans troubles trophiques), qui peut être chronique ou aiguë.

Les complications majeures de la maladie de Buerger et de l'AOMI sont le risque d'amputation du membre ischémié en cas de thrombose complète sans circulation collatérale et de nécrose.



Pour mémoire

Les signes d'appel de l'AOMI sont, à leur début, une diminution d'un pouls périphérique à la palpation. Puis à un stade plus évolué, une claudication intermittente est ressentie par le sujet.

L'association du tabagisme avec la prise d'une **contraception estroprogestative** augmente le risque de thrombose artérielle et veineuse, notamment, si la femme présente un ou plusieurs des autres facteurs de risque connus d'athérosclérose : hypertension artérielle, diabète et hypercholestérolémie⁴⁷.

Tabagisme chronique et anévrisme de l'aorte abdominale

Les anévrismes de l'aorte abdominale (AAA) sont majoritairement observés chez les hommes âgés de plus de 65 ans (le ratio est d'environ 13 hommes pour 1 femme). Les autres facteurs de risque sont principalement le tabagisme et les antécédents familiaux d'AAA. **Le tabagisme est un facteur de risque de survenue et d'expansion anévrysmale, indépendant de l'âge. La corrélation entre le tabagisme (actuel ou ancien) et la découverte d'un AAA est d'autant plus élevée que la durée du tabagisme ou la consommation (en nombre de cigarettes/jour) sont élevées** ; le risque diminue avec le nombre d'années après l'arrêt du tabagisme.

- L'Odds ratio (OR) du risque d'AAA en fonction de la durée du tabagisme est de 2,2 (IC_{95%} = 1,2–5,6) pour un tabagisme compris entre 20 et 30 ans et de 7,0 (IC_{95%} = 3,7–13,2) lorsqu'il est > 30 ans.
- L'OR du risque d'AAA en fonction de la consommation est de 5,6 (IC_{95%} = 2,6–12,0) pour une consommation < 10 cigarettes/j, de 8,7 (IC_{95%} = 2,6–12,0) pour une consommation comprise entre 10 et 20 cigarettes/j, et de 9,0 (IC_{95%} = 5,7–25,5) pour une consommation > 20 cigarettes.



Pour mémoire

La plupart des AAA sont asymptomatiques. Lorsqu'il y a des symptômes, ceux-ci sont aspécifique : douleur abdominale d'intensité et de localisation variables, ce qui explique les retards diagnostiques.

47. La HAS en 2013 a précisé la contraception qui pouvait être proposée aux femmes en âge de procréer, en fonction de leur âge et de leur statut tabagique (**pour plus d'information consulter l'annexe « Méthodes contraceptives recommandées et non-recommandées chez la femme fumeuse »**).



Tabagisme chronique et accident vasculaire cérébral

Il existe une **corrélation entre le tabagisme chronique et le risque d'accident vasculaire cérébral (AVC), chez l'homme comme chez la femme**⁴⁸.

- L'étude Interstroke publiée en 2010 a évalué à 19 % la part attribuable au tabagisme dans la survenue d'un AVC.
- **Le tabagisme multiplie par 2 le risque d'AVC ischémiques** (85 % des cas d'AVC aigus) **et hémorragiques** (hémorragie cérébrale ou méningée), et ce risque augmente avec le nombre de cigarettes fumées/jour.
- La fréquence des AVC augmente avec l'âge et le vieillissement du système artériel. Ce dernier accéléré par les facteurs de risque suivants : l'hypertension artérielle, le tabagisme, les antécédents familiaux d'accident cardiovasculaire précoce (infarctus du myocarde, mort subite, AVC), les dyslipidémies athérogènes, le diabète.



Pour mémoire

Les signes d'alerte faisant suspecter un AVC sont la survenue : d'une faiblesse ou d'un engourdissement soudain uni- ou bilatéral de la face, du bras ou de la jambe, d'une diminution ou d'une perte de vision uni- ou bilatérale, d'une difficulté de langage ou de la compréhension, d'un mal de tête sévère, soudain et inhabituel, sans cause apparente, d'une perte de l'équilibre, d'une instabilité de la marche ou de chutes inexplicables.

Les autres effets du tabagisme chronique sur l'organisme



Tabagisme chronique et BPCO

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est définie par une obstruction permanente et progressive des voies aériennes. Son facteur de risque principal est le tabagisme : **85 % des BPCO surviennent chez des fumeurs ou des anciens fumeurs** pour des consommations > 20 paquets/années chez l'homme⁴⁹ et > 15 paquets/années chez la femme. **Il a été estimé que 15 % des fumeurs auront une BPCO et que chez les personnes ayant une BPCO, le risque d'avoir un cancer broncho-pulmonaire était multiplié par 2.**

L'exposition professionnelle (mineurs, ouvriers de fonderie, du bâtiment ou du textile, agriculteurs) à des toxiques ou des irritants (silice, poussières de charbon, poussières végétales et de moisissures) est également un facteur de risque de BPCO.

- Le retentissement de la BPCO est principalement une dyspnée à l'exercice avec des périodes d'exacerbation, qui induisent une réduction des activités physiques quotidiennes. Dans sa forme évoluée, la BPCO conduit à l'emphysème avec insuffisance respiratoire chronique nécessitant l'administration d'une oxygénothérapie de longue durée (15h/24h).
- La BPCO est associée à d'autres comorbidités dont elle augmente le risque de survenue, au-delà de la seule responsabilité du facteur de risque commun qu'est le tabagisme : maladies cardiovasculaires, cancer bronchique, ostéoporose, dépression (≈ 50 % des malades), altération de l'état nutritionnel et musculaire général.
- Les principales causes de mortalité chez les malades ayant une BPCO sont l'insuffisance respiratoire, les maladies cardiovasculaires et les cancers (en particulier le cancer bronchique).

48. O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, Zhang H, Chin SL, Rao-Melacini P, et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *Lancet* 2010;376(9735):112-23.

49. 20 paquets/années peuvent correspondre à une consommation de 10 cigarettes/jour pendant 20 ans ou 20 cigarettes/jour pendant 10 ans.





Pour mémoire

- Les signes d'alerte faisant suspecter une BPCO, chez un sujet qui a un facteur de risque d'exposition, sont : une toux avec expectoration chronique (durée > 2-3 mois), une dyspnée persistante, progressive, apparaissant ou s'aggravant à l'exercice ou au décours d'une bronchite, une diminution du VEMS < 80 % de la valeur prédictive théorique (volume expiratoire maximum par seconde).
- Le retentissement de la maladie est longtemps occulte, en raison de son caractère très progressif, les personnes ayant tendance à adapter leurs activités pour ne pas percevoir leur gêne respiratoire, ou l'attribuent à d'autres facteurs comme le poids, la sédentarité, l'âge.
- Le diagnostic de BPCO est confirmé lorsque le rapport VEMS/CVF (capacité vitale fonctionnelle) est inférieur à 70 % après administration d'un bronchodilatateur.

Tabagisme chronique et maladie parodontale

Le tabagisme chronique, par ses effets sur l'équilibre biologique du milieu buccal (hyper ou hyposialie, déséquilibre de la flore bactérienne, diminution de la vascularisation de la gencive) est un facteur de risque de la maladie parodontale, aussi bien dans son apparition que dans sa progression et sa non-réponse au traitement.

Il ralentit la guérison des plaies consécutives au détartrage, au curetage parodontal, à une chirurgie du parodonte ou aux extractions dentaires.

Les substances chimiques présentes dans la fumée du tabac sont responsables de la mélanose du fumeur, liée à une production excessive de mélanine au niveau de la muqueuse buccale. Elle est asymptomatique et réversible en plusieurs années après l'arrêt du tabagisme.



Pour mémoire

Quatre conditions doivent être réunies pour que les tissus parodontaux soient détruits : présence de bactéries virulentes, absence ou insuffisance de bactéries protectrices, existence d'un environnement défavorable, défaillance de l'hôte.

Le saignement gingival est le signe révélateur de maladie parodontale. Il peut être associé à un érythème et un œdème gingival. Les autres effets liés au tabac sont une coloration des dents, une halitose, une perte des dents.

Tabagisme chronique et complications péri-opératoires cutanées

Le tabagisme chronique en péri-opératoire altère le processus de cicatrisation et de défense immunitaire. Arrêter de fumer 6-8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire⁵⁰.

- Le tabagisme chronique est à l'origine d'une vasoconstriction, d'une augmentation de l'agrégation plaquettaire, d'une réduction du transport de l'oxygène dans le sang qui se conjuguent pour induire une hypoxie tissulaire néfaste pour la cicatrisation et favorisant les surinfections et la diminution de la production de collagène.
- La cicatrisation est plus lente, au niveau de la peau et des muqueuses, avec un risque de nécrose des lambeaux et des greffes plus élevé et un taux d'infections postopératoires majoré⁵¹.

50. Office français de prévention du tabagisme, Association française de chirurgie, Société française d'anesthésie et de réanimation. Tabagisme péri opératoire. Conférence d'experts http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/tabagisme_OP.pdf. Paris: OFT; 2005.

51. Thomsen T, Villebro N, Moller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2014;3:CD002294 ; Sorensen LT. Wound healing and infection in surgery. The clinical impact of smoking and smoking cessation: a systematic review and meta-analysis. Arch Surg 2012;147(4):373-83 ; Mills E, Eyawo O, Lockhart I, Kelly S, Wu P, Ebbert JO. Smoking cessation reduces postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. Am J Med 2011;124(2):144-54.



Tabagisme chronique et diabète de type 2

Une association significative entre le tabagisme et le risque de diabète de type 2 a été mise en évidence par une méta-analyse publiée en 2007 par Willi and al.⁵² sans pouvoir établir cependant le lien de causalité :

- comparativement aux non-fumeurs, le risque relatif (RR) de diabète pour les fumeurs était plus élevé pour les gros fumeurs (≥ 20 cigarettes/jours ; RR = 1,61 ; IC_{95%} = 1,43-1,80). comme pour les petits fumeurs (< 20 cigarettes/jours ; RR = 1,29 ; IC_{95%} = 1,13-1,58) ;
- comparativement aux personnes qui n'ont jamais fumé, le risque de diabète pour les anciens fumeurs était plus élevé (RR = 1,23 ; IC_{95%} = 1,14-1,33).

Dans la cohorte DESIR le pourcentage d'hommes fumeurs était statistiquement supérieur chez les diabétiques que chez les non diabétiques (37 % versus 24 %, $p = 0,0009$)⁵³, cette différence n'étant pas retrouvée chez la femme.



Pour mémoire

Le diabète est défini par une glycémie > 1,26 g/l (7,0 mmol/l) après un jeûne de 8 heures et vérifiée à deux reprises.

Chez des personnes ayant un diabète, le tabagisme chronique concourt à altérer la fonction rénale : la microalbuminurie est plus fréquemment observée chez les diabétiques fumeurs que chez les non-fumeurs (diabétiques de type 1 : 18 % versus 14 % ; diabétiques type 2 : 20 % versus 13 %)⁵⁴.

Tabagisme chronique et infection par le VIH

Les données de la littérature montrent que la mortalité toutes causes des fumeurs séropositifs pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH+) est 4,4 fois plus élevée que celle des sujets VIH+ non-fumeurs⁵⁵. De plus, le tabagisme aggrave le risque cardiovasculaire des personnes séropositives sous traitement antirétroviral.

Tabagisme chronique et maladie de Crohn

Le tabagisme actif augmente les risques de maladie de Crohn et, chez le malade, il augmente le nombre de poussées et les complications⁵⁶.

- ➔ La maladie de Crohn survient plus fréquemment chez les fumeurs dont le risque relatif de développer cette affection est 2 fois plus élevé que chez les personnes n'ayant jamais fumé. Ce sur-risque n'apparaît pas dépendre de la quantité de cigarettes consommée.
- ➔ La maladie de Crohn a une évolution plus sévère chez les fumeurs (y compris chez ceux dont la consommation est faible moins de 10 cigarettes par jour) : augmentation de l'intensité et de la fréquence des poussées inflammatoires intestinales, nécessité d'avoir recours à un traitement beaucoup plus lourd comme les immunosuppresseurs, risque accru de récurrence après une opération chirurgicale.

52. Willi C, Bodenmann P, Ghali WA, Faris PD, Cornuz J. Active smoking and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. JAMA 2007;298(22):2654-64.

53. Institut de veille sanitaire, Vol S, Balkau B, Lange C, de Lauzon-Guillain B, Czernichow S, et al. Un score prédictif du diabète de type 2 en France : l'étude prospective D.E.S.I.R. BEH 2009;(9):81-4.

54. Nilsson PM, Gudbjornsdottir S, Eliasson B, Cederholm J, Steering Committee of the Swedish National Diabetes Register. Smoking is associated with increased HbA1c values and microalbuminuria in patients with diabetes. Data from the National Diabetes Register in Sweden. Diabetes Metab 2004;30(3):261-8.

55. Helleberg M, Afzal S, Kronborg G, Larsen CS, Pedersen G, Pedersen C, et al. Mortality attributable to smoking among HIV-1-infected individuals: a nationwide, population-based cohort study. Clin Infect Dis 2013;56(5):727-34.

56. Calkins BM. A meta-analysis of the role of smoking in inflammatory bowel disease. Dig Dis Sci 1989;34(12):1841-54 ; van der Heide F, Dijkstra A, Weersma RK, Albersnagel FA, van der Logt EM, Faber KN, et al. Effects of active and passive smoking on disease course of Crohn's disease and ulcerative colitis. Inflamm Bowel Dis 2009;15(8):1199-207 ; Seksik P, Nion-Larmurier I, Sokol H, Beaugerie L, Cosnes J. Effects of light smoking consumption on the clinical course of Crohn's disease. Inflamm Bowel Dis 2009;15(5):734-41.



Tabagisme chronique et asthme

Le tabagisme intervient comme facteur adjuvant dans l'installation de l'asthme et comme facteur déclenchant de la crise d'asthme. Les mécanismes d'inhibition des corticoïdes par les constituants du tabac ont pour effet une diminution de l'efficacité de la corticothérapie inhalée de la fonction ventilatoire et de l'obstruction bronchique chez le sujet asthmatique fumeur.



Pour mémoire

L'asthme se traduit par des symptômes (toux et/ou sibilants, dyspnée, oppression thoracique récurrente) de brève durée (quelques heures) survenant par accès et résolutifs spontanément ou avec un traitement.

À la spirométrie, l'asthme se traduit par un syndrome obstructif (diminution du volume expiratoire maximal par seconde ou VEMS), réversible après utilisation d'un bronchodilatateur, une hyperréactivité des voies respiratoires (identifiée par un test de provocation) et, selon l'ancienneté de l'asthme et son retentissement sur les poumons, un syndrome restrictif (diminution du débit expiratoire de pointe ou DEP).

Tabagisme chronique et pathologies psychiatriques

Le tabagisme et la dépendance nicotinique sont fréquemment observés chez les personnes ayant un trouble psychique (Odds ratio (OR) = 2,7 ; IC_{95%} = 2,3-3,1)⁵⁷, notamment les troubles anxiodépressifs (OR = 1,8 ; IC_{95%} = 1,7-1,9)⁵⁸ et la schizophrénie (OR = 5,9 ; IC_{95%} = 4,9-5,7)⁵⁹, avec des liens complexes et multifactoriels. La mortalité des sujets schizophrènes fumeurs est augmentée (ratio standardisé de mortalité (SMR)⁶⁰ = 2,45 ; IC_{95%} = 2,41-2,48) et chez les dépressifs fumeurs (SMR = 1,95 ; IC_{95%} = 1,93-1,98)⁶¹.

Impact du tabagisme chronique sur la fertilité et au cours de la grossesse



Parmi les 4 000 composants de la fumée de cigarette, différentes substances, telles que la cotinine (métabolite de la nicotine), des hydrocarbures poly-aromatiques ou le cadmium ont été mises en évidence dans le liquide folliculaire ou le plasma séminal, y compris en cas de tabagisme passif. Ces substances sont responsables des effets nocifs du tabagisme chronique sur la fertilité et sur le fœtus.

Chez la femme le tabagisme chronique :

- **altère la fertilité**, le risque d'infertilité étant multiplié par 2. Une méta-analyse publiée en 1996⁶² mettait en évidence un Odds ratio (OR) d'infertilité de 1,60 (IC_{95%} = 1,34-1,91) chez les fumeuses par rapport aux non fumeuses ;
- **allonge le délai de conception**, cet effet étant réversible, puisque les anciennes fumeuses retrouvent un délai de conception équivalent à celui des non-fumeuses. La méta-analyse citée précédemment estimait l'OR de délai de conception de plus de 1 an de 1,42 (IC_{95%} = 1,27-1,58) pour les fumeuses par rapport aux non-fumeuses⁶³ ;
- **réduit les chances de succès de la procréation médicalement assistée**⁶⁴ avec notamment une diminution du taux de grossesses cliniques (OR = 0,6 ; IC_{95%} = 0,4-0,7), augmentation du risque de fausse couche au premier trimestre (OR = 2,7 ; IC_{95%} = 1,3-5,3), augmentation du risque de grossesse extra-utérine (OR = 15,7 ; IC_{95%} = 2,9-85,8), diminution du taux de naissances vivantes par cycle (OR = 0,54 ; IC_{95%} = 0,30-0,9).

57. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. JAMA 2000;284(20):2606-10.

58. Mykletun A, Overland S, Aaro LE, Liabo HM, Stewart R. Smoking in relation to anxiety and depression: evidence from a large population survey: the HUNT study. Eur Psychiatry 2008;23(2):77-84.

59. de Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. Schizophr Res 2005;76(2-3):135-57.

60. SMR ou Standardized Mortality Ratio : le ratio standardisé de mortalité est le rapport du nombre (cumulé année après année tout au long de la période de suivi) des décès observés sur le nombre des décès attendus.

61. Callaghan RC, Veldhuizen S, Jeysingh T, Orlan C, Graham C, Kakouris G, et al. Patterns of tobacco-related mortality among individuals diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, or depression. J Psychiatr Res 2014;48(1):102-10.

62. Augood C, Duckitt K, Templeton AA. Smoking and female infertility: a systematic review and meta-analysis. Hum Reprod 1998;13(6):1532-9.

63. Centre International de Recherche sur le Cancer, Organisation Mondiale de la Santé. Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Volume 83. Tobacco smoke and involuntary smoking. Lyon: CIRC; 2004.

<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/PDFs/index.php>

64. Waylen AL, Metwally M, Jones GL, Wilkinson AJ, Ledger WL. Effects of cigarette smoking upon clinical outcomes of assisted reproduction: a meta-analysis. Hum Reprod Update 2009;15(1):31-44.



Chez l'homme le tabagisme chronique :

- altérerait la qualité globale du sperme (qualité et mobilité des spermatozoïdes), ce qui retentirait sur la fertilité de l'homme fumeur.

Impact de l'exposition fœtale au tabagisme pendant la grossesse

Il existe un lien de causalité (association statistiquement significative, relation dose/effet, réversibilité à l'arrêt) entre le tabagisme maternel pendant la grossesse et la survenue de⁶⁵ :

- grossesse extra-utérine (Odds ratio [OR] = 1,74 ; IC_{95%} = 1,21-2,27) ;
- mort fœtale in utero, prématurité, retard de croissance intra utérin, hypotrophie ;
- hématome retro-placentaire (OR = 2,42 ; IC_{95%} = 1,53-3,31), placenta previa (OR = 1,54 ; IC_{95%} = 0,81-2,27) rupture prématurée des membranes (OR = 1,81 ; IC_{95%} = 1,36-2,26).

L'exposition prénatale au tabac majeure également le risque de :

- mort subite du nourrisson ;
- pathologies respiratoires chez le nourrisson (détresse respiratoire, pneumopathie) dont l'asthme ;
- dépendance à la nicotine à l'adolescence et à l'âge adulte ;
- diminution de la fécondité des garçons et des filles exposés in utero au tabagisme maternel.

Par ailleurs, fumer pendant la grossesse augmente le risque de parodontopathie ou son aggravation chez la femme. Le risque obstétrical se trouve également augmenté dès lors qu'une infection parodontale est présente.

Bénéfices attendus de l'arrêt du tabac chez la femme enceinte

- ➔ Des bénéfices ont été démontrés chez la femme enceinte en cas d'arrêt du tabagisme, avant la grossesse ou au cours des 3 à 4 premiers mois, concernant le poids de naissance, le risque de rupture prématurée des membranes ou d'hématome rétroplacentaire.
- ➔ Selon une étude publiée en 2014 dans le *Lancet*, la diminution de l'exposition au tabagisme passif aurait permis de réduire de 10 % le taux de naissances prématurées et d'hospitalisations d'enfants pour asthme dans l'année ayant suivi l'entrée en vigueur de législations interdisant le tabac dans les lieux publics et professionnels⁶⁶.

Impact d'une faible exposition à la fumée de tabac sur la santé



Tabagisme passif

Les nombreuses études épidémiologiques publiées au cours de ces 30 dernières années sur les risques de cancers liés à l'exposition à la fumée de tabac secondaire au domicile montrent que :

- le risque de cancer du poumon est augmenté (RR= 1,27 [IC_{95%} = 1,17-1,37]) chez les non-fumeurs(les) exposés au tabagisme de leur conjoint(e) par rapport aux non-fumeurs(les) non exposés à ce tabagisme⁶⁷ (la méta-analyse publiée en 2004 par le CIRC a estimé l'augmentation de risque à 20 % chez la femme et 30 % chez l'homme)⁶⁸ ;
- le risque de cancer des voies aérodigestives supérieures est augmenté après 15 ans d'exposition à la fumée de tabac (RR = 1,60 ; IC_{95%} = 1,12-2,28) ;
- le risque de cardiopathie ischémique est augmenté (RR = 1,27 [IC_{95%} = 1,19-1,36]). Les méta-analyses publiées en 2009 et 2010 ont mis en évidence que l'interdiction de fumer dans les lieux publics conduisait à une baisse de l'incidence des cardiopathies ischémiques de l'ordre de 10-19 %⁶⁹.

65. Castles A, Adams EK, Melvin CL, Kelsch C, Boulton ML. Effects of smoking during pregnancy. Five meta-analyses. *Am J Prev Med* 1999;16(3):208-15.

66. Analyse des résultats de 11 études réalisées en Amérique du nord et en Europe Been JV, Nurmatov UB, Cox B, Nawrot TS, van Schayck CP, Sheikh A. Effect of smoke-free legislation on perinatal and child health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2014;383(9928):1549-60.

67. Institut de veille sanitaire, Hill C. Les effets sur la santé du tabagisme passif. *BEH* 2011;(20-21):233-5.

68. Centre International de Recherche sur le Cancer, Organisation Mondiale de la Santé. Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Volume 83. Tobacco smoke and involuntary smoking. Lyon: CIRC; 2004. <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/PDFs/index.php>

69. Meyers DG, Neuberger JS, He J. Cardiovascular effect of bans on smoking in public places: a systematic review and meta-analysis. *J Am Coll Cardiol* 2009;54(14):1249-55 ; Lightwood JM, Glantz SA. Declines in acute myocardial infarction after smoke-free laws and individual risk attributable to secondhand smoke. *Circulation* 2009;120(14):1373-9 ; Mackay DF, Irfan MO, Haw S, Pell JP. Meta-analysis of the effect of comprehensive smoke-free legislation on acute coronary events. *Heart* 2010;96(19):1525-30.



Consommation d'un nombre de cigarettes < 5/jour

Les données d'une étude prospective longitudinale sur 30 ans, incluant 43 000 personnes âgées de 35 à 49 ans, ont montré que⁷⁰ les personnes qui fument 1 à 4 cigarettes par jour (petits fumeurs) avaient un taux de mortalité 1,5 fois plus élevé, toutes causes confondues, que les non-fumeurs (**figure 11**) :

- une femme ou un homme fumant entre 1 et 4 cigarettes par jour, avait 3 fois plus de risque de décéder d'une maladie cardiovasculaire qu'une personne qui ne fumait pas ;
- un homme fumant de 1 à 4 cigarettes par jour avait 3 fois plus de risque de décéder d'un cancer du poumon qu'un non-fumeur, et une femme 5 fois plus de risque.

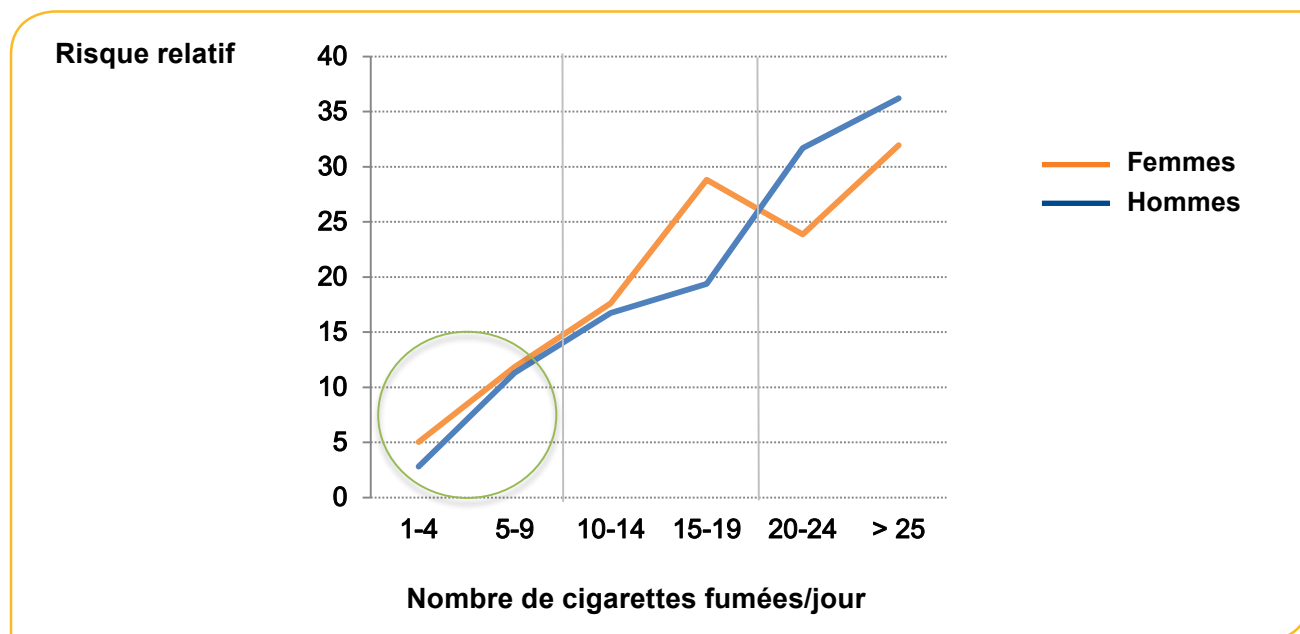


Figure 11. Risque relatif de mortalité globale (décès toutes causes) chez les sujets fumeurs, par comparaison aux sujets non-fumeurs (risque relatif ajusté sur l'âge et l'indice de masse corporelle, la pression artérielle, les taux sanguins de cholestérol et de triglycérides, l'activité physique, la taille), en fonction du nombre de cigarettes fumées par jour d'après Bjartveit et Tverdal, 2005⁷¹

70-71. Bjartveit K, Tverdal A. Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. Tob Control 2005;14(5):315-20.





Mini-synthèse

Pour en savoir plus

La polyconsommation de produits psychoactifs⁷² concerne 0,7 % de la population générale et 12 % des jeunes âgés de 20 à 24 ans. Elle associe le plus souvent le tabac à l'alcool ou au cannabis.

- **Chez les adultes**, les facteurs de risque sont les situations de chômage, le fait d'être un homme et d'être jeune.
- **Chez les personnes âgées**, les facteurs environnementaux stressants peuvent être déclencheurs (veuvage, célibat, isolement social, maladie, conflits intergénérationnels, conjoint dépendant, les difficultés d'adaptation à la vie institutionnelle).
- **Chez les adolescents**, les facteurs de risque sont les suivants : influence des pairs ou de la société, fragilité psychologique (anxiété, déscolarisation, fuite du réel), difficultés sociales et économiques (précarité, stress).

Pour en savoir plus

L'association alcool+tabac potentialise leurs dépendances respectives : les fumeurs dépendants à la nicotine ont 2,7 fois plus de risque de devenir alcoolodépendants que les non-fumeurs.

- **Le risque de cancers au niveau de la sphère ORL** est potentialisé par l'association tabac+alcool.

Pour en savoir plus

L'association tabac+cannabis potentialise leurs dépendances et leurs toxicités respectives : 80 % des usagers réguliers de cannabis fument du tabac.

- L'absorption de monoxyde de carbone et de goudron est plus importante chez les fumeurs de cannabis (volume d'aspiration, profondeur d'inhalation, temps de rétention de la fumée augmentés).
- L'association tabac+cannabis augmente le risque de syndrome coronarien aigu, d'accident vasculaire cérébral, d'artérite de type maladie de Buerger, de bronchite chronique, de cancer bronchopulmonaire et des voies aérodigestives supérieures.

72. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Drogues et addictions, données essentielles. Saint-Denis La Plaine : OFDT; 2013.
<http://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/ouvrages-collectifs/drogues-et-addictions-donnees-essentielles/>





Ce chapitre et les suivants ne décrivent que les polyconsommations les plus fréquemment rencontrées dans la population générale : tabac + alcool, tabac + cannabis.

La polyconsommation désigne le fait de consommer, avec une certaine fréquence, au moins deux substances psychoactives.

Les consommations sont souvent associées soit par un effet d'entraînement, soit pour la recherche d'un effet euphorisant ou régulateur, voire d'une multiplication des effets psychoactifs des différents produits ou pour pallier un approvisionnement déficient en un produit.

- Les consommations peuvent s'associer ou se succéder dans le temps.
- La consommation d'un produit peut prédominer ou pas.
- Les catégories de comportements d'usage peuvent être différentes selon les produits consommés.
- On peut être dépendant à un produit mais pas à l'autre.

La polyconsommation engendre des problèmes spécifiques :

- car elle peut amplifier les risques sanitaires et sociaux (prise de risque, vulnérabilité) ;
- car elle entraîne une aggravation des conduites de consommation ;
- car il y a un risque accru d'évolution vers un usage nocif ou une dépendance, que ce risque soit lié au sujet, aux produits et/ou à l'environnement ;
- car il apparaît un renforcement réciproque des conduites de consommation ou du risque d'interaction et de potentialisation entre les substances ;
- car on constate une influence réciproque des produits et des traitements avec le risque de transfert de la dépendance, de l'augmentation de la consommation d'un produit après arrêt ou substitution d'un autre, et celui de rechutes en cascade.

Données épidémiologiques sur les types de polyconsommations par catégories d'âges

La polyconsommation de produits psychoactifs est un comportement plutôt masculin et surtout répandu parmi les jeunes générations, mais globalement peu fréquent à l'échelle de la population générale, en dehors de l'association alcool-tabac.

- En 2011, 0,7 % de la population générale, était concernée par la polyconsommation régulière et cumulée des trois produits psychoactifs suivants (figure 12) : tabac (quotidien), alcool (au moins 3 verres dans la semaine) et cannabis (au moins 10 usages au cours du mois)⁷³.
- Les 20-24 ans étaient l'une des tranches d'âges les plus consommatrices de tabac et de cannabis, avec 12 % de consommateurs en 2011.
- Chez les adolescents, la polyconsommation régulière la plus commune était, en 2007, l'association alcool+tabac (3 % des adolescents), devant celle de tabac+cannabis (1 %) puis celle des trois produits (1 %)⁷⁴.
- Selon les données de l'OFDT publiées en 2009⁷⁵, la polyconsommation chez les personnes de plus de 60 ans concernait l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes avec ou sans prescription médicale. Comme dans l'ensemble de la population adulte, les hommes âgés de plus de 60 ans étaient davantage consommateurs de tabac et d'alcool.

73. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Drogues et addictions, données essentielles. Saint-Denis La Plaine: OFDT; 2013. <http://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/ouvrages-collectifs/drogues-et-addictions-donnees-essentielles/>

74. Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Legleye S, Spilka S, Le Nézet O, Hassler C, Choquet M. Alcool, tabac et cannabis à 16 ans - Premiers résultats du volet français de l'enquête ESPAD 2007. Tendances 2009;(64) <http://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/alcool-tabac-et-cannabis-16-ans-tendances-64-janvier-2009>

75. Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Le Nézet O, Spilka S, Laffiteau C, Legleye S, Beck F. Consommations de substances psychoactives après 60 ans. Exploitation des données du Baromètre Santé 2005 relatives aux usages d'alcool, de tabac et de médicaments psychotropes parmi les seniors. Tendances 2009;(67). <http://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/consommations-de-substances-psychoactives-apres-60-ans-tendances-67-septembre-2009>



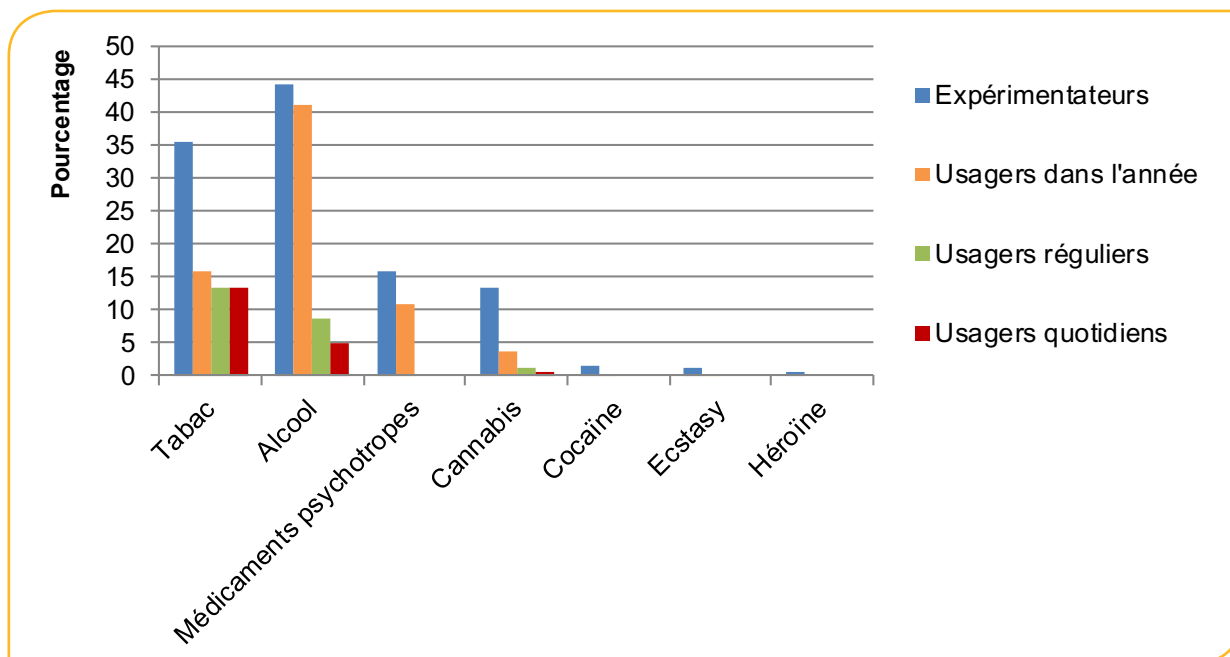


Figure 12. Types de consommations de substances psychoactives en 2011 dans la population âgée de 17 à 75 ans en France métropolitaine d'après l'OFDT, 2013⁷⁶

Légendes : expérimentateurs = au moins 1 usage au cours de la vie ; usagers dans l'année = consommation au moins 1 fois au cours de l'année (pour le tabac : inclusion des personnes déclarant fumer actuellement, ne serait-ce que de temps en temps) ; usagers réguliers = au moins 3 consommations d'alcool dans la semaine, ou une consommation quotidienne de tabac, ou une consommation de cannabis égale à au moins 10 fois au cours du mois ou 120 fois au cours de l'année.

Comportement et caractéristiques socioéconomiques des polyconsommateurs

- **Chez les adultes**, les facteurs associés aux polyconsommations sont les situations de chômage, le fait d'être un homme et d'être jeune (cependant, le fait d'avoir fait des études supérieures semble être une situation éloignant les jeunes adultes des différentes formes de polyconsommation).
- **Chez les personnes âgées**, les facteurs socio-environnementaux jouent un rôle important, dans les polyaddictions, notamment dans l'abus de consommation d'alcool. Ces facteurs sont les suivants : le veuvage, le célibat, l'isolement social, la maladie, les conflits intergénérationnels, un conjoint dépendant, les difficultés d'adaptation à la vie institutionnelle.
- **Chez les adolescents**, les facteurs de risque sont nombreux : un entourage familial où la consommation est perçue comme normale, la culture (la consommation est associée à la convivialité, à l'intégration), la fragilité psychologique (personnalité angoissée, déscolarisée, fuite du réel), les difficultés sociales et économiques (précarité, stress).
- **Chez les polyconsommateurs**, un déni d'une des consommations est souvent observé, le sujet ne rapportant en consultation qu'une de ses addictions.

76. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Drogues, Chiffres clés. 5ème édition. Saint-Denis La Plaine: OFDT; 2013. <http://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/drogues-chiffres-cles/5eme-edition-2013/>





Association tabac+alcool et dépendance

Les comportements de consommation d'alcool et de tabac sont étroitement associés :

- les fumeurs sont plus à risque de consommer de l'alcool que les non-fumeurs ;
- une consommation importante de tabac est souvent associée à une consommation excessive d'alcool ; de même, les personnes qui ont une alcoolisation excessive ont aussi tendance à fumer plus ;
- les personnes qui boivent de l'alcool sont d'avantage susceptibles de fumer (et réciproquement) ;
- le pourcentage de fumeurs parmi les alcoolo-dépendants a été estimé à 90 %, et les fumeurs qui sont dépendants à la nicotine ont 2,7 fois plus de risque de devenir dépendants à l'alcool que les non-fumeurs.⁷⁷

Impact sur la santé de la consommation de tabac+alcool

Le risque de cancer est majoré chez les consommateurs d'alcool et de tabac, notamment au niveau de la sphère ORL :

- il est 6 fois plus élevé chez les buveurs que chez les non-buveurs ;
- il est 13 fois plus élevé chez une personne qui fume et boit que pour une personne qui ne boit pas et ne fume pas⁷⁸.



Association tabac+cannabis et dépendance

L'association de ces deux produits potentialise leurs dépendances.

- ➔ Consommer du cannabis à un âge précoce (entre 12 et 16 ans) augmente le risque de dépendance au tabac à l'âge adulte.
- ➔ La consommation concomitante de cannabis et de tabac, comparée à la consommation de tabac seul, est associée à un risque plus élevé de dépendance au tabac (l'usage d'au moins un joint par semaine multiplierait le risque par 8).
- ➔ La consommation concomitante de cannabis et de tabac, comparée à la consommation de cannabis seul, est associée à un risque plus élevé d'abus ou de dépendance au cannabis, de rechute lors du sevrage au cannabis, et de problèmes psychologiques⁷⁹.

Impact sur la santé de la consommation de tabac+cannabis

Le cannabis, lorsqu'il est consommé avec du tabac, expose l'organisme aux méfaits conjugués des produits contenus dans les deux fumées. Par comparaison aux fumeurs de tabac seul, **chez les consommateurs de cannabis+tabac on observe un volume d'aspiration, une profondeur d'inhalation et un temps de rétention de la fumée augmentés**. Il en résulte une absorption de produits toxiques (monoxyde de carbone, goudron) plus importante et la réaction inflammatoire bronchique avec hypersécrétion et lésions de bronchite chronique est amplifiée.

77. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Drogues et addictions, données essentielles. Saint-Denis La Plaine: OFDT; 2013. <http://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/ouvrages-collectifs/drogues-et-addictions-donnees-essentielles/>

78. Institut national du cancer. Cancers et tabac. Boulogne-Billancourt: INCa; 2011. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Collections/Fiches-repere>

79. Peters EN, Budney AJ, Carroll KM. Clinical correlates of co-occurring cannabis and tobacco use: a systematic review. *Addiction* 2012;107(8):1404-17.



L'association tabac+cannabis augmente le risque :

- de cancer pulmonaire et des voies aérodigestives supérieures ;
- de syndrome coronarien aigu, d'accident vasculaire cérébral, d'artérite de type maladie de Buerger ;
- de bronchite chronique.

La poursuite de la consommation de cannabis est un frein pour le sevrage tabagique : les joints associant les deux produits, on maintient dépendance à la nicotine mais également sa dépendance gestuelle.

Chez la femme enceinte, l'association tabac+cannabis augmente le risque de fausses-couches spontanées, de retard de croissance intra-utérin et de prématurité⁸⁰. La prématurité et l'hypotrophie sont corrélées au nombre de substances psychoactives consommées en fin de grossesse (taux de prématurité = 17 % si n (nombre de substance psychoactives consommées) ≤ 3 et = 31 % si n ≥ 4, p < 0,001).

80. Lejeune C, Genest L, Miossec E, Simonpoli AM, Simmat-Durand L. Analyse retrospective des données de 170 nouveaux-nés de mères consommatrices de substances psychoactives. Arch Pediatr 2013;20(2):146-55





Mini-synthèse

Pour en savoir plus

Impact sur la mortalité liée au tabac

Arrêter de fumer a, pour tous les fumeurs, **des avantages immédiats et à long terme pour la santé** : réduction de la mortalité comme de la morbidité pour l'ensemble des maladies liées au tabac, notamment les maladies cardiovasculaires et le cancer bronchopulmonaire.

Plus l'arrêt est précoce, plus les bénéfices sont grands. Arrêter à 40 ans allonge l'espérance de vie de 9 ans, arrêter à 50 ans l'améliore de 6 ans et arrêter à 60 ans l'améliore de 3 ans.

Pour en savoir plus

Impact sur la morbidité liée au tabac

- **Dans l'année qui suit l'arrêt** du tabagisme le risque de cardiopathie coronarienne diminue de moitié et chez le bronchitique chronique les résultats des explorations fonctionnelles respiratoires s'améliorent cependant, plus le trouble ventilatoire obstructif est important, moins il est réversible).
- **Après 5 à 15 ans d'arrêt**, le risque d'accident vasculaire cérébral est comparable à celui du non-fumeur.
- **Après 10 ans d'arrêt**, le risque de cancer bronchopulmonaire diminue de moitié et les risques de cancer de la bouche, de la gorge, de l'œsophage, de la vessie, du col de l'utérus et du pancréas diminuent également.
- **Après 15 ans d'arrêt**, le risque de cardiopathie coronarienne est comparable à celui du non-fumeur.





L'impact de la durée du tabagisme étant plus élevé que celui du nombre de cigarettes fumées par jour, **les bénéfices associés à l'arrêt de la consommation de tabac sont principalement liés à la diminution de la durée du tabagisme.**

- L'arrêt du tabac est le facteur de réduction de risque le plus puissant, car doubler la consommation multiplie le risque de cancer du poumon par 2, doubler sa durée le multiplie par 23⁸¹.
- Les effets bénéfiques de la réduction de dose sont annulés par un changement dans la façon de fumer : le fumeur qui diminue son nombre quotidien de cigarettes va modifier sa façon de fumer : inhalations plus fréquentes et plus profondes qui augmente l'absorption de nicotine, mais aussi celle des autres produits toxiques.

Le fait de réduire sa consommation n'entraîne pas de bénéfice en termes de santé à long terme.

Bénéfices en termes de mortalité globale

L'arrêt du tabagisme réduit la mortalité globale (mortalité toutes causes) et le bénéfice est d'autant plus grand que l'arrêt est précoce (figure 13) :

- le gain d'espérance de vie était estimé à 3 ans chez un fumeur si celui-ci arrêta de fumer à 60 ans ; ce gain atteignait 6 ans si l'arrêt avait lieu à l'âge de 50 ans et 9 ans s'il avait lieu à 40 ans. La courbe de survie des ex-fumeurs se superposait à celle des non-fumeurs si l'arrêt avait lieu à l'âge de 35 ans⁸² ;
- la mortalité toutes causes dans la tranche d'âge 65-74 ans était comprise entre 23 ‰ et 36 ‰ chez les hommes anciens fumeurs (en fonction de l'ancienneté de l'arrêt) alors qu'elle s'élevait à 51 ‰ chez ceux qui avaient continué à fumer⁸³ ;
- les courbes de survie montraient que 50 % des non-fumeurs étaient encore en vie à 85 ans, alors que pour les fumeurs consommant 25 cigarettes/jour ou plus, le taux de survie au même âge était de 33 %.
- le risque relatif de décès toutes causes était estimé à 1,20 (IC_{95%} = 1,14-1,26) pour les anciennes fumeuses qui avaient arrêté de fumer entre l'âge de 25 et 34 ans et à 1,05 (IC_{95%} = 1,00-1,11) pour celles ayant arrêté de fumer entre 35 et 44 ans⁸⁴ ;
- une méta-analyse des données publiées chez les personnes âgées de plus de 60 ans⁸⁵ montrait que, par comparaison aux non-fumeurs, le risque relatif de décès (RR) était augmenté chez les fumeurs actuels (RR = 1,83 ; IC_{95%} = 1,65-2,03) et les anciens fumeurs (RR = 1,34 ; IC_{95%} = 1,28-1,40).

81. Risque = [paquets x années] élevé à la puissance 4,5. Hill C. Pour en finir avec les paquets-années comme expression de la consommation tabagique. Rev Mal Respir 1992;9(6):573-4.

82. Données de la cohorte incluant 40 701 médecins britanniques suivie de 1951 à 2001 Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ 2004;328(7455):1519.

83. Données de la cohorte incluant 40 701 médecins britanniques suivie de 1951 à 2001 Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ 2004;328(7455):1519.

84. Données de la cohorte incluant 1,2 million de femmes britanniques d'âge médian de 55 ans et suivies de 1996 à 2001 Pirie K, Peto R, Reeves GK, Green J, Beral V. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. Lancet 2013;381(9861):133-41.

85. Gellert C, Schottker B, Brenner H. Smoking and all-cause mortality in older people: systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med 2012;172(11):837-44.



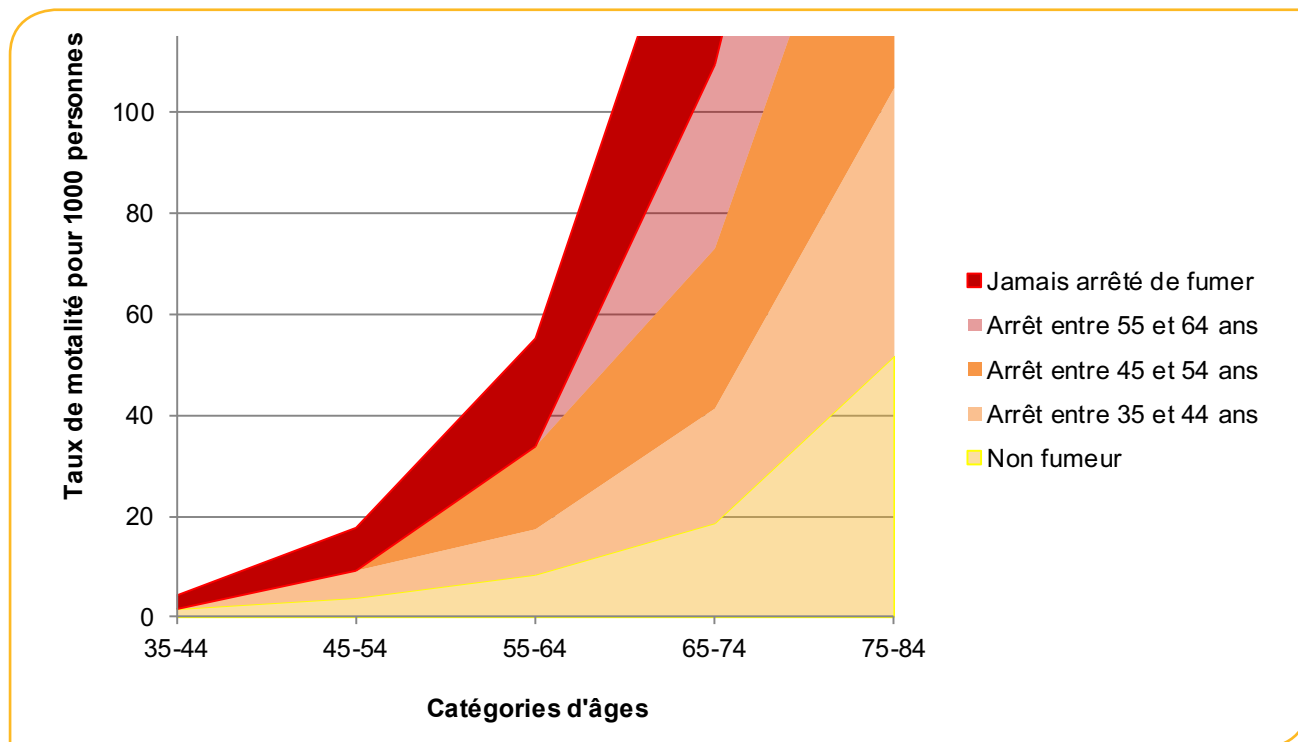


Figure 13. Taux de mortalité pour 1000 hommes en fonction du statut tabagique et de l'âge à l'arrêt du tabagisme (cohorte de 40 701 médecins britanniques suivie de 1951 à 2001, d'après Doll *et al.*, 2004⁸⁶).

Bénéfices sur la mortalité spécifique

Les bénéfices de l'arrêt du tabac sur la mortalité spécifique sont démontrés, notamment en ce qui concerne les cancers bronchopulmonaires et les maladies cardiovasculaires.

Mortalité par cancer bronchopulmonaire

- Les données publiées en 2004 sur une cohorte britannique montrent que le taux de mortalité par cancer broncho-pulmonaire, toutes tranches d'âge confondues, était de 16 % chez les fumeurs alors qu'il était compris entre 2 % et 7 % chez les ex-fumeurs⁸⁷.
- Le risque relatif de décès par cancer du poumon était d'autant plus bas que les femmes avaient arrêté de fumer tôt (RR = 1,84 [IC_{95%} = 1,45-2,34] pour les anciennes fumeuses ayant arrêté de fumer entre l'âge de 25 et 34 ans, et 3,34 [IC_{95%} = 2,76-4,03] pour celles ayant arrêté entre 35 et 44 ans)⁸⁸.

Mortalité par accident coronarien

- Le risque relatif de décès après infarctus du myocarde était estimé à 0,54 (IC_{95%} = 0,46-0,62) chez les personnes ayant arrêté de fumer par rapport à celles ayant continué leur tabagisme⁸⁹.
- Arrêter de fumer permettait une réduction de 36 % du risque relatif de décès chez les personnes ayant une coronaropathie, par rapport à celles ayant continué leur tabagisme (RR = 0,64 ; IC_{95%} = 0,58-0,71)⁹⁰.

86. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004;328(7455):1519.

87. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004;328(7455):1519.

88. Données de la cohorte incluant 1,2 million de femmes britanniques d'âge médian de 55 ans et suivies de 1996 à 2001 Pirie K, Peto R, Reeves GK, Green J, Beral V. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. *Lancet* 2013;381(9861):133-41.

89. Revue systématique de Critchley et Capewell Critchley JA, Capewell S. Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;2:CD003041.

90. Méta-analyse de Wilson K, Gibson N, Willan A, Cook D. Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction: meta-analysis of cohort studies. *Arch Intern Med* 2000;160(7):939-44.





L'arrêt du tabagisme permet de diminuer le risque de survenue ou d'aggravation des pathologies associées au tabagisme : cancers, bronchite chronique, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral.

Cancers liés au tabac⁹¹

Cancer broncho-pulmonaire

Une diminution du risque de cancer du poumon chez les anciens fumeurs, par rapport aux fumeurs actuels semblables en tout autre point, est observée dans les 5-9 ans après l'arrêt du tabagisme, et cette diminution est proportionnelle à la durée de l'arrêt. Cependant les anciens fumeurs conservent un risque plus élevé de cancer du poumon comparé aux personnes du même âge n'ayant jamais fumé, même après une longue période d'abstinence.

- Par rapport aux non-fumeurs, le risque relatif de cancer broncho-pulmonaire est multiplié par 1,5 au-delà de 40 ans d'arrêt du tabagisme, par 5 après 10 à 19 ans d'arrêt, et par 16 après 5 ans d'arrêt⁹².
- Le risque de cancer broncho-pulmonaire, cumulé sur la vie entière (jusqu'à l'âge de 75 ans), a été estimé à 2 % chez les personnes ayant arrêté à l'âge de 40 ans, 10 % chez les personnes ayant arrêté à 60 ans, 6 % chez celles ayant arrêté à 50 ans et 16 % chez les personnes ayant continué à fumer⁹³.

Cancer du larynx

Le risque de cancer du larynx est considérablement réduit chez les anciens fumeurs par comparaison aux personnes qui continuent à fumer et il diminue également avec la durée de l'arrêt. Cependant, même après une longue période d'abstinence, le risque de cancer du larynx reste plus élevé chez les anciens fumeurs que chez les personnes du même âge n'ayant jamais fumé.

Cancer de la cavité buccale et du pharynx

Le risque de développer un cancer de la cavité buccale ou du pharynx est réduit chez les anciens fumeurs par rapport aux fumeurs actuels, proportionnellement à la durée de l'abstinence. La plupart des études ont montré que le risque relatif de développer un cancer buccal, chez les anciens fumeurs ayant arrêté depuis au moins 20 ans, n'était pas plus élevé que celui des personnes n'ayant jamais fumé.

Cancer de l'œsophage

Les études épidémiologiques portant sur la relation entre l'arrêt du tabac et le carcinome épidermoïde de l'œsophage montrent que les anciens fumeurs ont un risque plus faible de développer ce type de cancer que les fumeurs actuels. La plupart de ces études ont cependant montré que pendant de nombreuses années après l'arrêt, le risque reste plus élevé que celui des personnes n'ayant jamais fumé.

Cancer de l'estomac

Les anciens fumeurs ont un risque de développer un cancer de l'estomac plus faible que les fumeurs actuels, et ce risque diminue proportionnellement à la durée de l'arrêt.

Cancer du pancréas

Le risque de cancer du pancréas est plus faible chez les anciens fumeurs que chez les fumeurs actuels. Les études montrent que, par rapport aux personnes qui continuent à fumer, le risque diminue avec la durée de l'arrêt, mais pendant au moins 15 ans, il reste plus élevé que celui des personnes n'ayant jamais fumé.

Cancer de la vessie

Le risque de cancer de la vessie est plus faible chez les anciens fumeurs que chez les fumeurs actuels. Le risque relatif diminue avec la durée de l'arrêt par rapport aux personnes qui continuent à fumer, mais, pendant au moins 25 ans, il reste plus élevé que celui des personnes n'ayant jamais fumé.

Cancer du col de l'utérus

Le risque de développer un carcinome épidermoïde du col de l'utérus est plus faible chez les anciennes fumeuses que chez les fumeuses actuelles, rejoignant celui des personnes n'ayant jamais fumé.

91. Institut de veille sanitaire, Leon ME, Dresler CM. Bénéfices de l'arrêt du tabac. BEH 2008;(21-22):194-7.

92. Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arrêt-de-la-consommation-de-tabac-du-dépistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours

93. Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E, Doll R. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. BMJ 2000;321(7257):323-9.



Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

Le sevrage tabagique améliore les résultats des explorations fonctionnelles chez les bronchitiques chroniques dans l'année suivant l'arrêt du tabac.

- Chez un ex-fumeur, la décroissance annuelle du volume expiratoire maximum seconde (VEMS) est comparable à la décroissance physiologique observée avec l'âge chez un non-fumeur (soit une baisse de 30ml/an). Par comparaison, chez le fumeur, la diminution annuelle du VEMS est de 62 ml/an⁹⁴.
- Pour observer une amélioration maximale du VEMS avec le sevrage tabagique, celui-ci doit avoir lieu le plus tôt possible avant qu'un trouble ventilatoire obstructif important ne soit installé (au stade IV, l'obstruction pulmonaire n'est quasiment plus réversible).
- L'effet est maintenu tant que l'arrêt du tabac persiste et la reprise du tabagisme accélère d'autant plus l'altération du VEMS que les sujets sont âgés et que leur VEMS de départ était bas.

Pathologies cérébrovasculaires

Deux à cinq années de sevrage tabagique permettent d'observer une réduction nette du risque d'accident vasculaire cérébral (AVC)⁹⁵. Dans certaines études, le risque d'AVC diminue en 5 à 10 ans jusqu'au niveau de celui observé chez les personnes n'ayant jamais fumé, mais d'autres études montrent que ce risque reste légèrement plus élevé même après 15 ans d'abstinence.

Pathologies cardiovasculaires

Accident coronarien

Le risque de morbidité lié à la cardiopathie coronarienne est diminué chez les anciens fumeurs par rapport aux personnes qui continuent à fumer⁹⁶ :

- la diminution du risque est importante dans les deux à quatre premières années de sevrage tabagique, puis ralentit pour approcher, au bout de 15 à 20 ans, celui des personnes n'ayant jamais fumé (excepté chez les personnes ayant fumé plus de 20 cigarettes par jour pour lesquelles un excès de risque de 22 % persiste⁹⁷) ;
- la diminution de risque est de 35 % dans les deux à quatre premières années suivant l'arrêt du tabac chez les anciens fumeurs, par rapport aux personnes qui continuent à fumer et qui ont une exposition cumulée similaire ;
- une diminution des admissions aux urgences pour infarctus du myocarde a été observée dans plusieurs pays ayant interdit de fumer dans les lieux publics a permis⁹⁸.

Anévrisme de l'aorte abdominale

Des études relatent qu'une diminution de la prévalence des anévrismes de l'aorte abdominale (AAA) est possible quand un des facteurs de risque cardiovasculaire comme le tabagisme est amendé.

- Les anciens fumeurs ont un risque d'AAA plus faible que les personnes continuant à fumer⁹⁹.
- La diminution du risque se poursuit pendant au moins 10 ans, et probablement jusqu'à 20 ans, après l'arrêt du tabac.
- Chez ces anciens fumeurs, même après une longue période d'arrêt, le risque d'AAA n'atteint pas, cependant le niveau de risque des personnes n'ayant jamais fumé.

94. Scanlon PD, Connett JE, Waller LA, Altose MD, Bailey WC, Buist AS, *et al.* Smoking cessation and lung function in mild-to-moderate chronic obstructive pulmonary disease. The Lung Health Study. *Am J Respir Crit Care Med* 2000;161(2 Pt 1):381-90.

95. Institut de veille sanitaire, Leon ME, Dresler CM. Bénéfices de l'arrêt du tabac. *BEH* 2008;(21-22):194-7.

96. Institut de veille sanitaire, Leon ME, Dresler CM. Bénéfices de l'arrêt du tabac. *BEH* 2008;(21-22):194-7.

97. Teo KK, Ounpuu S, Hawken S, Pandey MR, Valentin V, Hunt D, *et al.* Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. *Lancet* 2006;368(9536):647-58.

98. Mackay DF, Irfan MO, Haw S, Pell JP. Meta-analysis of the effect of comprehensive smoke-free legislation on acute coronary events. *Heart* 2010;96(19):1525-30 ; Sargent RP, Shepard RM, Glantz SA. Reduced incidence of admissions for myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study. *BMJ* 2004;328(7446):977-80 ; Bartecchi C, Alsever RN, Nevin-Woods C, Thomas WM, Estacio RO, Bartelson BB, *et al.* Reduction in the incidence of acute myocardial infarction associated with a citywide smoking ordinance. *Circulation* 2006;114(14):1490-6 ; Barone-Adesi F, Vizzini L, Merletti F, Richiardi L. Short-term effects of Italian smoking regulation on rates of hospital admission for acute myocardial infarction. *Eur Heart J* 2006;27(20):2468-72.

99. Institut de veille sanitaire, Leon ME, Dresler CM. Bénéfices de l'arrêt du tabac. *BEH* 2008;(21-22):194-7.



Artériopathie oblitérante des membres inférieurs

Le risque d'artériopathie ischémique est diminué chez les anciens fumeurs par rapport aux personnes continuant à fumer.

- Cette diminution perdure, la réduction se prolonge sur une longue période, au moins 20 ans, mais le risque n'atteint pas le niveau de celui des personnes n'ayant jamais fumé¹⁰⁰.
- Chez les sujets ayant une AOMI, les données suggèrent qu'en un à cinq ans d'abstinence, les résultats cliniques sont améliorés parmi les anciens fumeurs par rapport aux personnes continuant à fumer.

Autres pathologies chroniques aggravées par le tabac

- Dans la maladie de Crohn, l'effet bénéfique du sevrage survient dès la première année : on observe une réduction des poussées inflammatoires et le taux de réintervention diminue également (le risque de récurrence post-opératoire est divisé par 2 après arrêt du tabac).
- L'arrêt du tabagisme est associé à une réduction du risque relatif (RR) de **dépression** (RR = -0,25 ; IC_{95%} = -0,37 ; -0,12), **d'anxiété** (RR = -0,37 ; IC_{95%} = -0,70 ; -0,03) et **de stress** (RR = -0,27 ; IC_{95%} = -0,40 ; -0,13)¹⁰¹.
- Selon la conférence d'experts sur le tabagisme péri-opératoire¹⁰², il y a un **bénéfice démontré de l'arrêt du tabac en préopératoire**, notamment en termes de réduction du risque de complications opératoires, d'amélioration de la cicatrisation et de la consolidation osseuse (chirurgie orthopédique).
- Pendant la grossesse, si la mère cesse de fumer avant le 4^e mois, l'enfant aura un poids de naissance équivalent à celui né d'une mère non-fumeuse. De plus, une réduction significative de 10 % du taux de naissances prématurées et des hospitalisations infantiles pour asthme a été observée dans l'année ayant suivi l'entrée en vigueur de la législation anti-tabac¹⁰³.
- Arrêter de fumer permet de **diminuer le nombre et la sévérité des crises d'asthme**¹⁰⁴. Le tabagisme est impliqué dans l'installation de l'asthme mais est également un facteur d'exacerbation d'un asthme préexistant (**voir pour info ci-dessous**).



Pour info : Il a été estimé en 2005¹⁰⁵ que chez les personnes asthmatiques âgées de 16 ans ou plus, une sur quatre était fumeurs (figure 14) et que les femmes asthmatiques fumaient plus que celles qui étaient non asthmatiques (23 % versus 21 %).

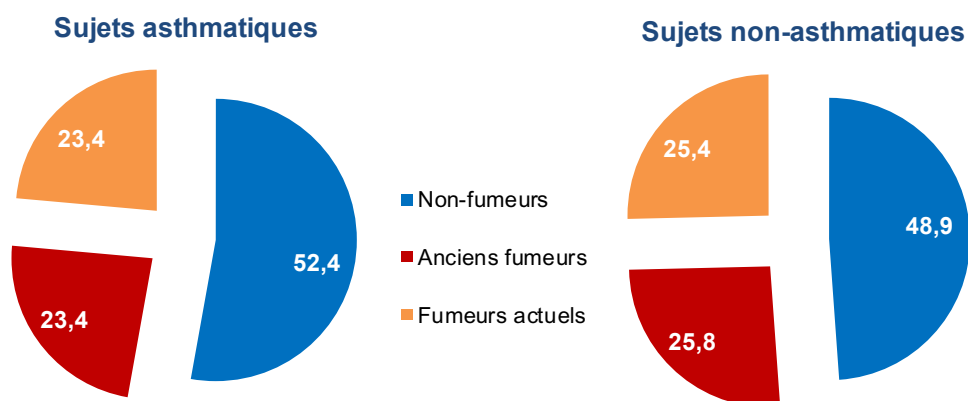


Figure 14. Statut tabagique chez les asthmatiques et les non-asthmatiques d'après l'IRDES, 2011¹⁰⁶

100. Institut de veille sanitaire, Leon ME, Dresler CM. Bénéfices de l'arrêt du tabac. BEH 2008;(21-22):194-7.

101. Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. BMJ 2014;348:g1151.

102. Office français de prévention du tabagisme, Association française de chirurgie, Société française d'anesthésie et de réanimation. Tabagisme péri opératoire. Conférence d'experts http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/tabagisme_OP.pdf. Paris: OFT; 2005.

103. Analyse des résultats de 11 études nord-américaines et européennes publiées entre 2008 et 2013, Been JV, Nurmatov UB, Cox B, Nawrot TS, van Schayck CP, Sheikh A. Effect of smoke-free legislation on perinatal and child health: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2014;383(9928):1549-60.

104. Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient asthmatique adulte et adolescent. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2001. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271954/fr/education-therapeutique-du-patient-asthmatique-adulte-et-adolescent

105. État de santé des asthmatiques actuels. Facteurs de risque de l'asthme. Des asthmatiques qui fument globalement autant que les non-asthmatiques. In: Institut de recherche et documentation en économie de la santé. L'asthme en France en 2006 : prévalence, contrôle et déterminants. Paris: IRDES; 2011.

106. État de santé des asthmatiques actuels. Facteurs de risque de l'asthme. Des asthmatiques qui fument globalement autant que les non-asthmatiques. In: Institut de recherche et documentation en économie de la santé. L'asthme en France en 2006 : prévalence, contrôle et déterminants. Paris: IRDES; 2011.





Mini-synthèse

Un fumeur aura plus de chances de réussir à arrêter de fumer s'il est aidé par un professionnel addictologue (médecin, infirmier, psychologue), la prise en charge reposant sur l'accompagnement psychologique (soutien psychologique, guidance, counselling, thérapies cognitivo-comportementales).

Pour en savoir plus

Les traitements nicotiniques de substitution (TNS) se présentent sous différentes formes : systèmes transdermiques (timbres ou patches), gommes à mâcher, pastilles sublinguales ou à sucer, inhalateur, spray buccal. **Ils sont recommandés en première intention** : ils augmentent significativement l'abstinence à 6 mois de 50 % à 70 % et la combinaison d'un timbre transdermique avec une autre forme de TNS (gomme, inhalateur, etc.) est plus efficace qu'une forme unique de TNS¹⁰⁷.

Chez les fumeurs ne souhaitant pas ou n'arrivant pas à arrêter, il est possible de proposer une réduction de consommation progressive sous TNS en vue d'un arrêt complet, y compris chez les femmes enceintes et les patients souffrant de maladie cardiovasculaire.

Afin de pouvoir adapter la dose de TNS, toute personne en cours de sevrage tabagique doit être informée des symptômes de sous-dosage et surdosage.

- **Sous-dosage** : troubles de l'humeur, insomnie, irritabilité, frustration, colère, anxiété, difficultés de concentration, augmentation de l'appétit, fièvre, et/ou persistance des pulsions à fumer.
- **Surdosage** : palpitations, céphalées, sensation de bouche pâteuse, diarrhée, nausées, lipothymies, insomnie.

Les effets indésirables des TNS sont à type de palpitations, de douleurs constrictives thoraciques ou gastro-intestinales, d'insomnie, de douleurs bucco-pharyngées ou d'aphtes pour la forme orale, d'irritation cutanée pour la forme transdermique.

Pour en savoir plus

Les traitements médicamenteux, Varéniline et Bupropion, sont disponibles en France dans l'indication du sevrage tabagique, mais, **leur balance bénéfique/risque** (absence de supériorité par rapport aux traitements nicotiniques de substitution et effets secondaires importants) **fait qu'ils ne sont recommandés qu'en dernière intention**.

- Les **effets indésirables sévères de la Varéniline** sont à type de dépression avec comportements suicidaires ou auto-agressifs, d'hostilité, d'agitation.
- Les **effets indésirables sévères du Bupropion** sont à type de dépression et de comportements suicidaires et auto-agressifs, d'hypertension artérielle, d'angor et/ou infarctus du myocarde.

Pour en savoir plus

La cigarette électronique n'a pas, en 2014 le statut d'aide au sevrage tabagique, aucune autorisation de mise sur le marché ne lui ayant été donnée dans cette indication. Dans un rapport publié en juillet 2014¹⁰⁸, l'OMS a rappelé qu'on ne disposait pas de données scientifiques permettant de valider l'allégation d'aide au sevrage tabagique de la cigarette électronique. Bien que la cigarette électronique soit, *a priori*, moins toxique que le tabac, son absence d'innocuité fait l'objet d'une controverse : **risque d'addiction nicotinique ; risque d'effets irritants pour les voies respiratoires, les yeux, le nez et la gorge ; risque d'effet nocif sur le fœtus pendant la grossesse (du fait de l'exposition à la nicotine).**

107. Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours

108. Rapport OMS en vue de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : Organisation Mondiale de la Santé. Inhalateurs électroniques de nicotine. Genève: OMS; 2014. http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_10-fr.pdf





Les traitements nicotiques de substitution (TNS) ont pour objectif de soulager les symptômes de sevrage à la nicotine. Ils augmentent l'abstinence à 6 mois de 50 % à 70 % (risque relatif (RR) =1,58 ; IC_{95%} = 1,50-2,16)¹⁰⁹.

- Quelle que soit leur forme, ils ont une plus grande efficacité dans l'aide à l'arrêt du tabac que l'absence de traitement ou un placebo.
- La combinaison d'un timbre transdermique avec une autre forme de TNS (gomme, inhalateur, etc.) est plus efficace qu'une forme unique de TNS.

Pour une meilleure efficacité :

- les TNS doivent être utilisés à dose suffisante et sur une durée suffisamment prolongée, d'au minimum 3 mois¹¹⁰ ;
- il est recommandé d'associer les TNS à un accompagnement psychologique.

Stratégie d'utilisation

Les TNS sont recommandés en première intention au regard de leur balance bénéfice-risque. Il est préconisé d'ajuster la dose de TNS dès la première semaine en fonction de l'existence de symptômes :

- de **sous-dosage** : troubles de l'humeur, insomnie, irritabilité, frustration, colère, anxiété, difficultés de concentration, augmentation de l'appétit, fébrilité, et/ou persistance des pulsions à fumer, voire prise persistante de cigarettes ;
- ou de **surdosage** : palpitations, céphalées, sensation de bouche pâteuse, diarrhée, nausées, lipothymies, insomnie.

Le sujet en cours de sevrage tabagique doit être informé de ces symptômes afin de pouvoir adapter la dose de TNS (notamment, la prise persistante de cigarettes sous TNS traduit le plus souvent un sous-dosage).

Il est recommandé d'adapter le type de TNS en fonction des préférences de la personne :

- il est possible de combiner des formes orales aux patchs ou d'associer plusieurs patchs pour atteindre la dose journalière nécessaire, mais également de fractionner les doses de patchs (exemple : enlever un patch la nuit, couper les patchs en deux ou plus) ;
- il est possible, dans un premier temps, d'associer un TNS et la poursuite du tabagisme à dose réduite, y compris chez les femmes enceintes et les personnes ayant une pathologie cardiovasculaire ;
- l'addiction au tabac étant une maladie chronique, le traitement peut être prolongé aussi longtemps que nécessaire ;
- bien que cette équivalence ne soit pas démontrée, certains professionnels utilisent l'équivalence 1 cigarette = 1 mg de nicotine pour savoir à quel dosage débiter le traitement¹¹¹.

Effets indésirables

Les traitements nicotiques de substitution ont différents types d'effets indésirables en fonction de la forme galénique¹¹².

- **Quelle que soit la forme galénique** : palpitations cardiaques et douleurs constrictives thoraciques (OR = 2,06, IC_{95%} = 1,51-2,82) ; nausées et vomissements (OR = 1,67 ; IC_{95%} = 1,37-2,04), douleurs gastro-intestinales (OR = 1,54 ; IC_{95%} = 1,25-1,89) ; insomnies (OR = 1,42, IC_{95%} = 1,21-1,66).
- **Forme orale** : douleurs bucco-pharyngées (OR = 1,87 ; IC_{95%} = 1,36-2,57) ; aphtes (OR = 1,49 ; IC_{95%} = 1,05-2,20) ; hoquet (OR = 7,68 ; IC_{95%} = 4,59-12,85) ; toux (OR = 2,89 ; IC_{95%} = 1,92-4,33).
- **Forme transdermique** : irritation cutanée (OR = 2,80 ; IC_{95%} = 2,28-3,24).

109. Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arr-et-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours

110. Excepté pour le spray buccal pour lequel la durée maximale d'utilisation est limitée à 6 mois.

111. Par exemple, un sujet fumant 20 cigarettes par jour recevra un patch de 21 mg/j pour commencer. S'il fume encore 7 cigarettes/jour avec ce patch, alors on ajoutera un patch de 7 mg et ainsi de suite.

112. Mills EJ, Wu P, Lockhart I, Wilson K, Ebbert JO. Adverse events associated with nicotine replacement therapy (NRT) for smoking cessation. A systematic review and meta-analysis of one hundred and twenty studies involving 177,390 individuals. *Tob Induc Dis* 2010;8:8.



Les différentes formes de traitement nicotinique de substitution (TNS)

Les formes transdermiques (timbres ou patches)

- Le timbre transdermique est disponible en différents dosages de nicotine : timbre apportant 7, 14 ou 21 mg de nicotine par jour actif pendant 24 h ; timbre apportant 10, 15 ou 25 mg de nicotine par jour actif pendant 16 h.
- Le timbre transdermique a l'avantage de permettre une vitesse d'absorption lente et une nicotémie relativement constante au cours du traitement. Il a une plus grande facilité d'utilisation et permet une meilleure observance.
- Des intolérances cutanées peuvent être observées (pour les prévenir, changer le site d'application du timbre quotidiennement ou changer de marque).

Les gommes à mâcher

- Elles sont disponibles en deux dosages (2 et 4 mg et la dose de nicotine libérée est approximativement de 1 mg pour les gommes de 2 mg et d'un peu moins de 2 mg pour les gommes de 4 mg.
- Les taux plasmatiques de nicotine obtenus avec les gommes sont inférieurs à ceux obtenus par la consommation de cigarettes.
- Pour obtenir une absorption optimale de nicotine par la muqueuse buccale, le fumeur doit mâcher la gomme puis la glisser entre la gencive et la joue pendant 10 minutes pour la ramollir. Il doit ensuite répéter cette action toutes les quatre minutes (environ 20 fois en 20 minutes). Au bout de 30 minutes de mastication, la gomme n'est plus efficace¹¹³.
- Une irritation de la bouche ou de la gorge, une douleur des mâchoires, des nausées et troubles de la digestion, un hoquet, des maux de tête, une éruption cutanée, ou des palpitations peuvent être observés avec les gommes à mâcher.

Les comprimés à sucer, pastilles à sucer, comprimés sublinguaux

- Ils sont disponibles aux dosages de 1 ; 1,5 ; 2 ; 2,5 et 4 mg. Une pastille de 2 mg libère approximativement 2 mg de nicotine, celle de 4 mg libère approximativement 4 mg de nicotine.
- Ils ont une pharmacocinétique proche de celle de la gomme à mâcher, la majeure partie de la nicotine étant absorbée à travers la muqueuse buccale.
- Les comprimés à sucer peuvent provoquer en début du traitement : une irritation de la gorge, une hypersalivation, une dyspepsie, des brûlures gastriques (ces symptômes peuvent être diminués en suçant lentement le comprimé), des nausées, des céphalées. La déglutition d'un contenu salivaire élevé en nicotine peut provoquer un hoquet.

Les inhalateurs

- Ce dispositif médical contient 10 mg de nicotine par cartouche.
- La fréquence des aspirations ainsi que leur intensité sont à adapter en fonction des besoins de la personne, sans dépasser 12 cartouches par jour.
- La durée d'utilisation d'une cartouche peut varier de 20 minutes en une seule utilisation intensive et continue, jusqu'à 4 fois 20 minutes si l'utilisation est peu intensive et discontinuée.
- Une irritation de la muqueuse buccale, une toux ou une rhinite peuvent être observés. Ces effets indésirables disparaissent en quelques jours.

Sprays buccaux

- Un flacon permet 150 pulvérisations, chacune délivrant 1 mg de nicotine. Il est possible de prendre 4 pulvérisations maximum par heure, sans dépasser 2 pulvérisations par prise, et 64 pulvérisations par tranche de 24 heures.
- Par rapport à une gomme à mâcher ou à un comprimé à sucer, la nicotine est absorbée plus rapidement lorsqu'elle provient d'un pulvérisateur buccal.

Pour de meilleurs résultats, il est recommandé de :

- ne pas inhaler lors de la pulvérisation afin que le produit n'entre pas dans les voies respiratoires ;
- éviter de déglutir pendant les quelques secondes qui suivent la pulvérisation ;
- s'abstenir de manger et de boire lors de la pulvérisation buccale ;
- ne pas utiliser le pulvérisateur buccal sur une durée de plus de 6 mois.

Au cours du traitement par spray buccal, il faut impérativement s'abstenir de fumer.

¹¹³. Ce mode d'emploi de la gomme est important, car une mastication trop rapide peut provoquer des irritations dans la bouche et la gorge, des hoquets, des nausées ou de la dyspepsie.





La **Varénicline** et le **Bupropion** sont deux médicaments disponibles en France dans l'indication du sevrage tabagique, mais, leur balance bénéfice/risque (absence de supériorité par rapport aux traitements nicotiques de substitution et effets secondaires importants) fait qu'ils **ne sont recommandés qu'en seconde intention**¹¹⁴. Des effets indésirables graves associés à ces médicaments ont été observés, en particulier en relation avec le suicide et l'état dépressif.

Avant de prescrire ces médicaments, le médecin doit s'assurer que les traitements recommandés en première intention ont été bien conduits, à dose efficace et suffisamment longtemps, et que l'échec a été exploré sous tous ses aspects.

La Varénicline

Description

La Varénicline (commercialisée sous le nom de Champix®) est un agoniste partiel des récepteurs nicotiques cérébraux à l'acétylcholine.

Efficacité

La Varénicline a une action supérieure au placebo dans l'aide au sevrage tabagique à 6 mois et supérieure au Bupropion à 12 semaines. Elle n'a pas montré de supériorité par rapport aux traitements nicotiques de substitution (TNS) et notamment aux patchs nicotiques, ni à une combinaison de TNS.

Effets indésirables

Les effets indésirables de la Varénicline sont de deux types :

- **modérés** : troubles du sommeil (insomnie, rêves anormaux), troubles gastro-intestinaux (nausée, constipation, flatulences) et maux de tête ;
- **sévères** : dépression et comportements suicidaires ou auto-agressifs, hostilité, agitation. Elle pourrait également avoir des effets indésirables cardiovasculaires, mais les résultats sont controversés.

Le Varénicline fait partie des 27 médicaments qui font l'objet d'une surveillance renforcée de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) dans le cadre d'un plan de gestion des risques.

En 2009, la commission de la transparence de la HAS a précisé que, compte tenu des effets indésirables, en particulier ceux en relation avec le suicide et l'état dépressif, le Varénicline ne devrait être utilisé qu'en seconde intention, après échec des traitements nicotiques de substitution.

En juillet 2011¹¹⁵, l'Agence européenne des médicaments (EMA) a confirmé la balance bénéfice-risque défavorable de la Varénicline et émis des recommandations relatives aux conditions d'utilisation, après la publication d'une méta-analyse sur les effets indésirables cardiovasculaires associés à l'utilisation de ce produit.

Bupropion

Description

Le chlorhydrate de Bupropion à libération prolongée (commercialisé sous le nom de Zyban®) a été développé à l'origine comme antidépresseur (c'est un inhibiteur sélectif de la recapture neuronale des catécholamines). Il a été proposé dans un second temps pour faciliter l'arrêt du tabagisme chronique.

Efficacité

Le Bupropion a une action supérieure au placebo dans l'aide au sevrage tabagique à 6 mois, mais n'a pas d'action supérieure aux traitements nicotiques de substitution. En outre, il a une action inférieure à la Varénicline.

Effets indésirables

Les effets indésirables du Bupropion sont de deux types :

- **modérés** : réactions cutanées ou allergiques, troubles neuropsychiatriques (insomnie chez 30 à 40 % des sujets, angoisse), troubles neurologiques (vertiges, céphalées ou convulsions), bouche sèche, nausées ;
- **sévères** : dépression, comportements suicidaires et auto-agressifs., hypertension artérielle, angor et/ou infarctus du myocarde.

114. Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arrêt-de-la-consommation-de-tabac-du-dépistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours

115. European Medicines Agency. EMA confirms positive benefit-risk balance for Champix 2011. http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2011/07/news_detail_001314.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1



Le Bupropion fait l'objet d'un suivi de pharmacovigilance renforcé depuis sa mise sur le marché. En janvier 2002¹¹⁶, l'ANSM a rendu public un premier bilan des données de pharmacovigilance après un trimestre de commercialisation. L'analyse du profil de sécurité d'emploi ne mettait pas en évidence d'effets indésirables inattendus nécessitant la prise de mesures complémentaires immédiates.

Une procédure de réévaluation du rapport bénéfice/risque de cette spécialité par le Comité des spécialités pharmaceutiques de l'Agence européenne des médicaments est en cours depuis février 2002.

Contre-indications

Le Bupropion ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- antécédent de troubles graves du comportement alimentaire : anorexie mentale, boulimie ;
- troubles bipolaires, susceptibles d'être aggravés par l'effet antidépresseur du Bupropion ;
- insuffisance hépatique grave ;
- tumeur bénigne ou maligne du cerveau ou de la moelle épinière ;
- antécédent de convulsions ;
- personne en cours de sevrage d'alcool ou de tranquillisant ;
- en association avec les IMAO.

La cigarette électronique



En France, les cigarettes électroniques ou e-cigarettes **ne font pas l'objet d'une réglementation spécifique**, notamment en ce qui concerne les contrôles qualité, les circuits de distribution, la vente aux mineurs, la publicité et l'utilisation dans tous les espaces publics. **Elles ne sont pas soumises à la réglementation sur les médicaments** et aux contrôles applicables aux produits du tabac.

En 2013 les experts de l'OFT ont recommandé¹¹⁷ :

- de porter à 18 mg/ml la concentration maximale de nicotine dans les e-liquides hors statut de médicament ;
- de porter à 40 mg la quantité maximale de nicotine contenue dans une cartouche d'e-cigarette ;
- que la composition des e-liquides soit clairement indiquée sur tous les emballages (liste de tous les composants présents à plus de 1 % avec précision de leur grammage/ml) ;
- que les e-cigarettes ne soient pas utilisées par les femmes enceintes ou allaitantes du fait de l'absence de toute donnée démontrant leur efficacité et leur totale innocuité dans ces conditions.

Selon les recommandations de la HAS publiées en 2014 :

- l'usage de la cigarette électronique n'est pas recommandé dans le sevrage tabagique ou la réduction du tabagisme ;
- si un fumeur refuse les moyens de substitution nicotinique recommandés, l'utilisation de la cigarette électronique peut être envisagée mais son utilisation doit s'inscrire dans une stratégie d'arrêt ou de réduction du tabac avec accompagnement psychologique.

Les recommandations publiées en juillet 2014¹¹⁸, dans le cadre de la préparation de la conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, étaient les suivantes :

- la cigarette électronique n'a pas fait ses preuves en tant que thérapie de remplacement de la nicotine dans l'aide au sevrage tabagique ;
- bien qu'elle soit *a priori* moins toxique que le tabac, il n'y a pas de preuves scientifiques permettant de confirmer son innocuité ;
- une restriction de l'utilisation de la cigarette électronique dans les lieux confinés est préconisé ;
- la mise en place d'une réglementation ayant pour objet de minimiser le contenu et les émissions de produits toxiques est nécessaire ;
- l'interdiction de la vente aux mineurs est proposée car l'utilisation de la cigarette électronique pourrait être un point d'entrée privilégié vers le tabagisme classique ;
- un contrôle de la publicité et de la composition des liquides pour ces dispositifs est préconisé.

Pour en savoir plus sur la composition, l'efficacité et la toxicité de la cigarette électronique, consulter l'annexe sur « La cigarette électronique ou e-cigarette ».

116. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. ZYBAN® : sevrage tabagique et sécurité d'emploi 2002. <http://www.ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communiqués-Points-presse/ZYBAN-R-sevrage-tabagique-et-securite-d-emploi>

117. Office français de prévention du tabagisme. Rapport et avis d'experts sur l'e-cigarette. Paris: OFT; 2013. http://www.ofta-asso.fr/docatell/Rapport_e-cigarette_VF_1.pdf

118. Rapport OMS en vue de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : Organisation Mondiale de la Santé. Inhalateurs électroniques de nicotine. Genève: OMS; 2014. http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_10-fr.pdf





Mini-synthèse

Un fumeur aura plus de chances de réussir à arrêter de fumer s'il est aidé par un professionnel addictologue (médecin, infirmier, psychologue), la prise en charge reposant sur l'accompagnement psychologique (soutien psychologique, guidance, counselling, thérapies cognitivo-comportementales).

Pour en savoir plus

L'entretien motivationnel a pour objet de susciter ou de renforcer la motivation au changement de comportement (arrêt du tabagisme) en explorant avec la personne fumeuse son ambivalence, ses craintes, les bénéfices d'un arrêt, ses motivations et sa confiance dans la réussite. Il est plus efficace que le conseil bref, notamment en cas de séances longues (≥ 20 minutes).

Pour en savoir plus

Les consultations de tabacologie (on comptabilisait 660 consultations en 2012¹¹⁹) proposent deux modalités de prise en charge :

- des consultations de groupe qui permettent aux fumeurs de se rencontrer, d'échanger et d'instaurer une dynamique collective motivant l'arrêt ;
- des consultations individuelles qui permettent un accompagnement personnalisé de la personne désirant arrêter de fumer.

Les CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) participent à la prise en charge des fumeurs en ambulatoire.

Pour en savoir plus

Le soutien téléphonique

La ligne Tabac Info service (39 89) propose 2 niveaux de prise en charge : le premier adresse de la documentation, répond à des questions simples sur le tabac, et organise la prise de rendez-vous avec des tabacologues, qui assurent le niveau 2. **La Haute autorité de Santé recommande d'orienter vers un accompagnement téléphonique les personnes qui ne souhaitent pas être suivies dans une consultation anti-tabac.**

En complément un **site Internet dédié à l'aide à l'arrêt du tabac** (<http://www.tabac-info-service.fr/>) permet aux internautes d'accéder à un accompagnement personnalisé dans leur démarche d'arrêt ou celle de leurs proches.

119. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Drogues et addictions, données essentielles. Saint-Denis La Plaine: OFDT; 2013. <http://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/ouvrages-collectifs/drogues-et-addictions-donnees-essentielles/>





Description

L'entretien motivationnel a pour objet de susciter ou de renforcer la motivation au changement de comportement (arrêt du tabagisme chronique), en explorant avec la personne fumeuse son ambivalence, ses craintes, les bénéfices d'un arrêt, ses motivations et sa confiance dans la réussite.

La pratique de **l'entretien motivationnel suit les principes structurants suivants** :

- approche de travail basée sur la collaboration plutôt que sur la prescription ;
- respect de l'autonomie et des décisions du fumeur ;
- susciter plutôt qu'imposer ;
- favoriser l'évocation du changement par le fumeur ;
- renoncer à un quelconque rôle d'autorité pour plutôt explorer les capacités que les incapacités du fumeur ;
- manifester un intérêt authentique pour l'expérience du fumeur et ses points de vue.

L'entretien motivationnel nécessite donc :

- d'éviter le réflexe correcteur ;
- d'explorer et comprendre les motivations propres du sujet ;
- d'écouter avec empathie ;
- d'encourager l'espoir et l'optimisme et renforcer le sujet.

Efficacité

Deux revues de synthèse avec méta-analyse publiées par la Cochrane ont montré que :

- les conseils brefs augmentaient significativement la probabilité d'arrêt du tabagisme à plus de 6 mois comparativement à l'absence de conseils (risque relatif (RR) = 1,66 ; IC_{95%} = 1,42-1,94) ; une prise en charge plus approfondie (consultation plus longue, visites de suivi, brochures) avaient une efficacité supérieure aux conseils brefs (RR = 1,37 ; IC_{95%} = 1,20-1,56) et à l'absence de conseils (RR = 1,86 ; IC_{95%} = 1,60-2,15)¹²⁰ ;
- l'entretien motivationnel, comparativement au conseil bref, était associé à une augmentation significative de l'arrêt du tabac (RR = 1,27 ; IC_{95%} = 1,14-1,42) ; l'entretien motivationnel était plus efficace quand il était dispensé par des médecins (RR = 3,49 ; IC_{95%} = 1,53-7,94) et quand la durée de consultation était ≥ 20 minutes (RR = 1,31 ; IC_{95%} = 1,16-1,49)¹²¹ (figure 15).

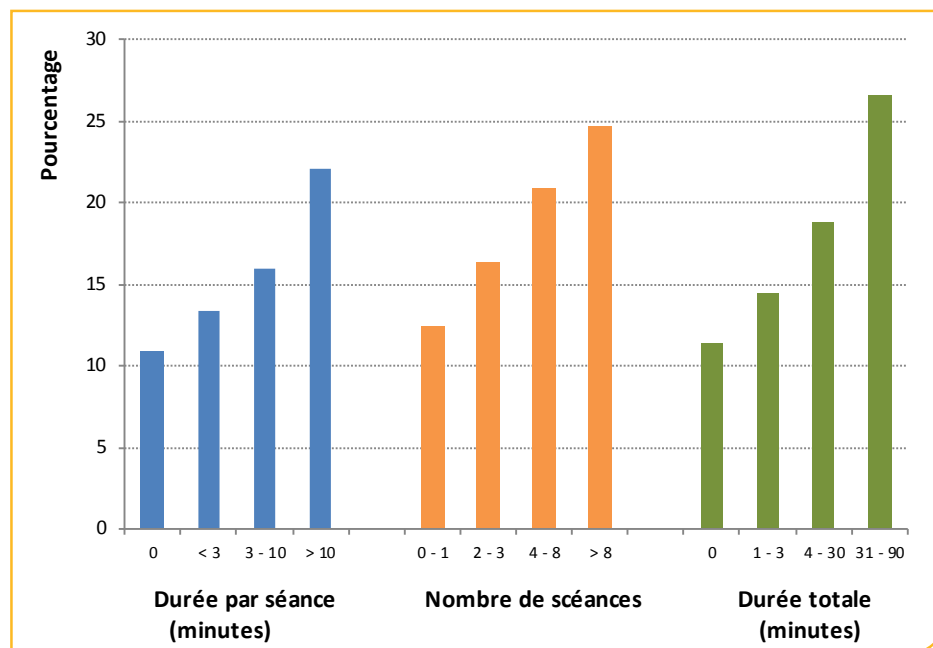


Figure 15. Influence du nombre de séances de coaching et de leur durée sur le pourcentage de fumeurs ayant arrêté de fumer d'après le HHS, 2008¹²²

120. Méta-analyse de 42 essais randomisés publiés entre 1972 et 2012 et incluant au total 31000 fumeurs. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;5:CD000165.

121. Lai DT, Cahill K, Qin Y, Tang JL. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(1):CD006936.

122. U.S.Department of Health and Human Services. Treating Tobacco Use and Dependence : 2008 Update. Washington: HHS; 2008. <http://bphc.hrsa.gov/buckets/treatingtobacco.pdf>



L'entretien motivationnel en pratique

Étape 1 : Évaluation du stade dans lequel se trouve la personne fumeuse en ce qui concerne son intention d'arrêter le tabagisme et conduite à tenir qui en découlera¹²³.

Réponse à la question : pensez-vous à arrêter de fumer ?	Stade du changement	Caractéristiques de la personne	Conduite à tenir
Non, pas au cours des six prochains mois	Préintention	<ul style="list-style-type: none"> → La personne fumeuse ne perçoit pas le tabagisme comme un problème. → Elle n'a pas l'intention d'arrêter de fumer. 	<ul style="list-style-type: none"> → Chaque personne fumeuse doit être incitée à arrêter de fumer (éventuellement une réduction de sa consommation). → Proposer une évaluation de sa dépendance, des bénéfices et des inconvénients du tabagisme.
Oui, au cours des six prochains mois, mais pas au cours du prochain mois	Intention	<ul style="list-style-type: none"> → La personne fumeuse est consciente que le tabagisme est un problème et y réfléchit. → Elle souhaite arrêter de fumer, mais n'a pas encore fixé de date. 	<ul style="list-style-type: none"> → Chaque personne désireuse de faire une tentative d'arrêt doit être encouragée à utiliser les traitements recommandés et à être accompagnée dans sa démarche.
Oui, au cours du prochain mois	Préparation à l'arrêt	<ul style="list-style-type: none"> → La personne fumeuse se prépare à arrêter de fumer au cours du prochain mois. 	<ul style="list-style-type: none"> → Conseiller à la personne fumeuse de fixer une date d'arrêt. → Mettre en place une prise en charge adaptée, dans le cadre d'une décision partagée.

Étape 2 : Évaluation des souhaits, des croyances et des attentes de la personne fumeuse par le biais des questions suivantes :

- « 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 ? ».

Étape 3 : Évaluation de la motivation à l'aide d'une échelle analogique visuelle graduée de 1 à 10 (0 signifiant « Ce n'est pas du tout important » ; 10 signifiant « C'est extrêmement important » en posant la question suivante :

- « à quel point est-il important pour vous d'arrêter de fumer ? ».

Le fumeur devra entourer le chiffre correspondant à sa réponse dans l'échelle analogique visuelle ci-dessous :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Étape 4 : Évaluation du sentiment d'efficacité à l'aide d'une échelle analogique visuelle de 1 à 10 (0 signifiant « Je suis tout à fait sûr(e) que je n'y arriverai pas » ; 10 signifiant « Je suis tout à fait sûr(e) que je réussirai ») en posant la question suivante :

- « si vous arrêtiez de fumer dès aujourd'hui, à combien estimeriez-vous vos chances de réussite ? ».

Le fumeur devra entourer le chiffre correspondant à sa réponse dans l'échelle analogique visuelle ci-dessous :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

→ Si le fumeur n'a pas répondu 10 à cette question, ouvrir la réflexion sur ce qui pourrait permettre d'accroître son sentiment de confiance :

- arrêter en même temps qu'un(e) ami(e) ou du conjoint ;
- arrêter à un moment où il se sentira détendu et dans de bonnes conditions, par exemple au moment des vacances ;
- bénéficier d'une prise en charge via Tabac info service au 39 89 ou un tabacologue qui donnera des conseils personnalisés ;
- demander à son entourage de l'encourager et de le soutenir.

Pour en savoir plus, consulter l'annexe « Principes de base de l'entretien motivationnel ».

123. Le modèle transthéorique de disposition au changement de Prochaska et DiClemente suppose que les fumeurs passent en général par une série d'étapes avant d'arrêter de fumer : pré-intention : le sujet fumeur n'a pas encore envisagé d'arrêter de fumer, intention : il pense à arrêter de fumer mais est encore ambivalent, décision : il prend la décision d'arrêter de fumer et élabore une stratégie d'arrêt, action : il est activement engagé dans le changement : il arrête de fumer, maintien/liberté : il a recouvré sa liberté face à la dépendance, mais reconnaît qu'il doit demeurer vigilant pour éviter une rechute. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. Am Psychol 1992;47(9):1102-14.





La stratégie optimale de sevrage tabagique associe des traitements pharmacologiques et un accompagnement psychologique qui peuvent être mis en œuvre dans le cadre de la consultations de tabacologie.

Les consultations de tabacologie

Description

Deux types de consultations de tabacologie sont proposés :

- les consultations de groupe, sans rendez-vous, qui permettent aux fumeurs de se rencontrer, d'échanger et d'instaurer une dynamique collective motivant l'arrêt ;
- les consultations individuelles sur rendez-vous qui permettent un accompagnement personnalisé du sujet désirant arrêter de fumer.

En 2012, il y avait environ 660 consultations de tabacologie réparties sur le territoire national. Une base des adresses de ces consultations est disponible en ligne sur le site de l'OFT (Office français de prévention du tabagisme, <http://www.ofta-asso.fr/>) ou le site ministériel (<http://www.sante.gouv.fr/tabac-accueil.html>).

Stratégie de fonctionnement

Les consultations de sevrage tabagique se déroulent en plusieurs séances :

- la première séance (45 minutes) permet de faire un bilan des habitudes tabagiques (historique de la dépendance, évaluation de la dépendance physique à la nicotine, de la motivation, du nombre de tentative d'arrêt, analyse des déclencheurs du besoin de fumer et des situations à risque de rechutes) et les différents moyens d'aide au sevrage tabagique sont présentés ;
- la deuxième séance (30 minutes) permet d'approfondir la mise en évidence des déclencheurs du comportement tabagique et de développer des alternatives possibles à la cigarette. Une date d'arrêt est fixée et un plan de sevrage est établi ;
- des séances de suivi sont proposées à 6 mois ou 1 an afin de consolider l'arrêt du tabagisme et prévenir la rechute.

Les Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) en ambulatoire

Depuis 2007, les CSAPA (établissements médico-sociaux spécialisés dans la prise en charge des problèmes d'addiction, qu'il s'agisse d'alcool, de drogues illicites ou d'addictions sans substances) peuvent également prendre en charge des personnes tabagiques chroniques¹²⁴.

- Les CSAPA sont des structures de prise en charge et de prévention des addictions, résultant du regroupement des lieux d'accueil spécialisés pour l'alcool (Centre de cure en ambulatoire en alcoologie) et les drogues illicites (Centre de soins spécialisés aux toxicomanes), ayant été prévu par le plan gouvernemental 2007-2011¹²⁵.
- L'accueil et l'accompagnement sont assurés par des équipes pluridisciplinaires, notamment des médecins, des infirmiers, des psychologues, des éducateurs spécialisés, des assistantes sociales.
- Les CSAPA accueillent, de façon gratuite et anonyme, toute personne qui souhaite être aidée et en fait la demande.

124. Circulaire du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.

125. La prise en charge et la prévention des addictions. Plan 2007 - 2011. Paris: Ministère de la santé et des solidarités; 2007. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_addictions_2007_2011.pdf





Soutien téléphonique

Description

Le ministère chargé de la Santé et l'Inpes ont mis en place une ligne téléphonique pour accompagner et soutenir les fumeurs dans leur démarche d'arrêt : la ligne Tabac Info service¹²⁶ (39 89). Cette ligne permet l'accès à 2 niveaux de traitement des appels. Le premier adresse de la documentation, répond à des questions simples sur le tabac, et organise la prise de rendez-vous avec des tabacologues, qui assurent le niveau 2. Ces derniers accompagnent les fumeurs sur plusieurs entretiens dans leur arrêt du tabac (consultations en ligne).

Stratégie d'utilisation

Il est recommandé d'orienter vers un accompagnement téléphonique les personnes qui ne souhaitent pas être suivies dans une consultation anti-tabac.

Il est recommandé d'informer le sujet du fait que l'accompagnement téléphonique est d'autant plus efficace que les rendez-vous téléphoniques sont nombreux et fréquents.

Si une personne ne souhaite pas l'aide d'un professionnel de santé pour arrêter de fumer, il est recommandé de l'orienter vers des outils d'autosupport.

Site Internet Tabac-info-service

Description

En complément de la ligne téléphonique Tabac-info-service, un site Internet dédié à l'aide à l'arrêt du tabac (www.tabac-info-service.fr/) permet aux internautes d'accéder à un accompagnement personnalisé dans leur démarche d'arrêt ou celle de leurs proches.

Ce site permet :

- d'accéder à l'annuaire des consultations de tabacologie et d'aide à l'arrêt du tabac ;
- d'obtenir des informations sur les risques du tabagisme chronique, les bénéfices de l'arrêt et les solutions pour arrêter de fumer ;
- de mettre en place un accompagnement personnalisé (outils d'autosupport¹²⁷, programme de coaching personnalisé par courriel, orientation vers des consultations spécialisées).

Stratégie d'utilisation

Un coaching personnalisé d'aide à l'arrêt du tabac en ligne est proposé **par le site**. Il s'agit d'un programme automatisé d'envoi d'e-mails d'informations, de conseils, de soutien, rédigés par des tabacologues.

126. Tabac Info service (39 89) est accessible de 8h à 20h du lundi au samedi. Le premier appel est facturé 0,15 € la minute. Les appels suivants sont gratuits, puisque la personne est rappelée sur rendez-vous par un tabacologue.

127. Manuel ou programme structuré, dans un format écrit ou vidéo, via des documents papiers, smartphones ou Internet.





Mini-synthèse

Pour en savoir plus

Les traitements ayant montré une efficacité dans l'aide au sevrage tabagique.

- Les traitements nicotiques de substitution (TNS), quelle que soit leur forme, augmentent l'abstinence à 6 mois de 50 % à 70 %, la combinaison d'un timbre transdermique avec une autre forme de TNS (gomme, inhalateur, etc.) étant plus efficace qu'une forme unique de TNS.¹²⁸
- Les traitements médicamenteux sont moins efficaces que les TNS et ont des effets indésirables importants. Ils ne sont recommandés qu'en dernière intention.
- L'entretien motivationnel augmente la probabilité d'arrêt du tabagisme et est plus efficace que le conseil bref d'arrêt.

Un fumeur aura plus de chances d'arrêter s'il est accompagné par un professionnel de santé, la prise en charge reposant sur un accompagnement psychologique.

La cigarette électronique ou la réduction de la consommation de tabac ne sont pas des méthodes d'aide à l'arrêt du tabagisme recommandées en première intention.

Pour en savoir plus

Les politiques anti-tabac font appel à différentes stratégies dont les effets sont démontrés pour certaines et discutés pour d'autre.

La décennie 2004-2014 a ainsi été marquée par des augmentations de prix, les mesures d'interdiction de vente aux mineurs et le renforcement de celles liées à l'usage dans les lieux publics¹²⁹.

Les stratégies incitatives sont les suivantes :

- prise en charge forfaitaire sur prescription des traitements nicotiques de substitution : 50 €/an/assuré, et de 150 €/an pour les femmes enceintes, les adultes de 20-35 ans, les bénéficiaires de la CMU et les patients en ALD cancer ;
- consultations de tabacologie réparties sur l'ensemble du territoire national ;
- assistance téléphonique, application mobile et site Internet Tabac Info Service qui offrent à la fois un accompagnement à l'arrêt du tabac et des informations sur l'impact du tabagisme et les méthodes d'arrêt ;

Les stratégies désincitatives ou coercitives sont les suivantes :

- interdiction de vente de tabac aux mineurs ;
- interdiction de fumer dans les lieux publics ;
- interdiction de promouvoir le tabagisme ;
- suppression des appellations « light », « légères » ou « mild » ;
- augmentation du tarif de vente des produits issus du tabac ;
- paquets de cigarettes « neutres » ;
- campagnes anti-tabac et diffusion de messages informatifs utilisant la peur.

Pour en savoir plus

Pour changer, le fumeur doit maintenir une estime de soi positive à titre personnel, et doit en même temps, remettre en cause son statut de fumeur (identité sociale et comportement).

- Différents types de freins au sevrage tabagique ont été identifiés : une absence de préoccupation pour sa santé, un sentiment d'inefficacité, une méconnaissance de l'impact de l'arrêt du tabagisme sur la santé et de l'impact du tabagisme sur la santé.
- Les facteurs favorisant l'adhésion à l'arrêt du tabagisme sont multiples : éléments environnementaux incitatifs (interdiction de fumer, prix du paquet de cigarette), peur de la maladie, besoin de se libérer du tabagisme
- Les facteurs prédictifs d'arrêt sont : un haut niveau d'éducation ou un haut niveau socio-économique, une faible consommation de tabac, un entourage non-fumeur, une faible consommation d'alcool, un âge de début du tabagisme tardif, une durée de tabagisme brève, une faible dépendance à la nicotine, une forte motivation à l'arrêt.

128. Haute Autorité de Santé. **Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours**. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.

129. Addict'prev est un site consacré aux addictions (alcool, tabac, cannabis) et à la qualité de vie des étudiants <http://www.addictprev.fr>





L'objectif principal de l'aide à l'arrêt du tabagisme est d'obtenir l'abstinence totale de l'usage du tabac et le maintien de l'abstinence sur le long terme.

Traitements nicotiniques de substitution

Les traitements nicotiniques de substitution, quelle que soit leur forme, ont une plus grande efficacité dans l'aide à l'arrêt du tabac que l'absence de traitement. Ils augmentent l'abstinence à 6 mois de 50 % à 70 %.¹³⁰

La revue systématique publiée par la Cochrane en 2013 sur l'efficacité des différents traitements pour le sevrage tabagique¹³¹ chez des fumeurs adultes montrait qu'**une combinaison de traitements nicotiniques de substitution (TNS) était plus efficace qu'une forme unique de TNS** :

- combinaison de TNS *versus* timbre transdermique : Odds ratio (OR) = 1,43 ; IC_{95%} = 1,08-1,91 ;
- combinaison de TNS *versus* gomme nicotinique : OR = 1,63 ; IC_{95%} = 1,21-2,20 ;
- combinaison de TNS *versus* autre TNS : OR = 1,34 ; IC_{95%} = 1,00-1,80.

Traitements médicamenteux

La revue systématique publiée par la Cochrane en 2013 sur l'efficacité des différents traitements pour le sevrage tabagique¹³² chez des fumeurs adultes montrait que :

- la combinaison d'un TNS avec de la nortriptyline ou du Bupropion n'était pas plus efficace que le TNS seul ;
- la Varénicline n'était pas plus efficace qu'une combinaison de TNS.

Entretien motivationnel

L'**entretien motivationnel augmente la probabilité d'arrêt du tabagisme**, et est plus efficace que le conseil bref d'arrêt (RR = 1,27; IC_{95%} = 1,14-1,42)¹³³. Les séances longues (plus de 20 minutes) sont plus efficaces que des séances plus courtes (RR = 1,37 ; IC_{95%} = 1,20-1,56)¹³⁴.

Autres méthodes

La réduction de la consommation de cigarettes

Les effets bénéfiques de la réduction du nombre de cigarettes par jour sont en grande partie annulés par un changement compensatoire dans la façon de fumer (inhalation plus rapide et plus profonde), qui a pour finalité d'augmenter le rendement en nicotine (ce qui augmente en parallèle l'absorption de produits toxiques).

- Une étude écossaise incluant 2 cohortes d'hommes et de femmes totalisant 5 200 fumeurs suivis pendant 40 ans a montré que diminuer le nombre de cigarettes n'avait pas d'incidence sur la réduction de la mortalité liée au tabac.¹³⁵
- Une méta-analyse publiée en 2012¹³⁶, incluant 10 études randomisées contrôlées, a montré que, pour les fumeurs motivés pour arrêter, il n'y avait pas de différence observée, en terme de pourcentage de sujets abstinents à 6 mois, entre les personnes diminuant progressivement leur consommation et ceux arrêtant brusquement.

130. Haute Autorité de Santé. **Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours**. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.

131. Traitement nicotinique de substitution, antidépresseurs (bupropion, nortriptyline), agonistes partiels des récepteurs nicotiniques (varénicline et cytisine), anxiolytiques, antagonistes des récepteurs cannabinoïdes de type 1 (rimonabant), clonidine, lobéline, dianicine, mécamylamine, nicobrevin, antagonistes des récepteurs opioïdes, vaccins nicotiniques, acétate d'argent. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev 2013;5:CD009329.

132. Traitement nicotinique de substitution, etc. (voir n°131).

133. Méta-analyse de 42 essais randomisés publiés entre 1972 et 2012 et incluant au total 31000 fumeurs. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2013;5:CD000165.

134. Lai DT, Cahill K, Qin Y, Tang JL. Motivational interviewing for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2010;(1):CD006936.

135. Hart C, Gruer L, Bauld L. Does smoking reduction in midlife reduce mortality risk? Results of 2 long-term prospective cohort studies of men and women in Scotland. Am J Epidemiol 2013;178(5):770-9.

136. Lindson-Hawley N, Aveyard P, Hughes JR. Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit. Cochrane Database Syst Rev 2012;11:CD008033.



La cigarette électronique

La cigarette électronique n'est pas en 2016, une méthode recommandée à l'arrêt du tabagisme. Commercialisée en France en 2007, elle a connu un véritable engouement qui tend à se ralentir depuis 2015.

- Selon les données de l'enquête ETINCEL de l'OFDT de novembre 2013¹³⁷, 18 % des personnes interrogées déclaraient avoir essayé la cigarette électronique (soit une estimation sur la population française entre 8 et 9 millions d'individus) et 3 % l'utilisaient quotidiennement (soit une estimation de 1,3 millions de personnes).
- Les données les plus récentes (enquête Baromètre santé en 2014¹³⁸) montrent que :
 - 6 % des Français âgés de 15 à 75 ans, dont 75 % sont des fumeurs quotidiens, déclaraient utiliser la cigarette électronique ;
 - Huit « vapofumeurs » sur dix déclaraient avoir diminué leur consommation quotidienne de cigarettes ;
 - neuf vapoteurs sur dix utilisaient la cigarette électronique avec nicotine ;
 - les ex-fumeurs vapoteurs représentaient 0,9 % des 15-75 ans, soit environ 400 000 personnes.

Les autres approches dans l'aide à l'arrêt du tabac

L'efficacité n'a pas été établie pour l'acupuncture, l'hypnothérapie et l'activité physique mais cependant il n'y a pas de contre-indication à utiliser ces méthodes en plus des méthodes recommandées.

Les médicaments suivants ne sont pas recommandés en raison de l'insuffisance de données sur leur efficacité et/ou leur innocuité : rimonabant, clonidine, cytisine, lobéline, antagonistes et agonistes partiels des opiacés, mécamylamine, buspirone, diazépam, doxépine, méprobamate, ondansétron, métoprolol, oxprénolol, propranolol, nicobrevin.

Impact des politiques anti-tabac sur la consommation



Impact des mesures incitatives à l'arrêt du tabagisme

L'assurance maladie offre depuis février 2007, **une prise en charge forfaitaire des traitements nicotiques de substitution de 50€ par an et par bénéficiaire** (sur prescription médicale établie par un médecin ou une sage-femme).

Une faible diminution¹³⁹ de la prévalence du tabagisme a été observée entre 2007 et 2010 (27 % *versus* 29 %) suggérant que cette mesure ne levait pas suffisamment la barrière économique à l'accès à la prise en charge médicale du sevrage¹⁴⁰.

Deux mesures ont donc renforcé le dispositif en augmentant le montant de la prise en charge des substituts nicotiques à 150€ :

- pour les femmes enceintes et les jeunes âgés de 20 à 25 ans (1^{er} septembre 2011) ;
- pour les adultes de 25 à 30 ans, pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire et les patients en ALD cancer (1^{er} juillet 2015).

En 2015, 182 891 personnes ont bénéficié de ce dispositif contre 158 888 en 2014, soit 15 % de plus¹⁴¹.

137. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Résultats de l'enquête ETINCEL-OFDT sur la cigarette électronique. Prévalence, comportements d'achat et d'usage, motivations des utilisateurs de la cigarette électronique. Saint-Denis La Plaine: OFDT; 2014. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxalu2.pdf>. L'enquête ETINCEL (Enquête téléphonique pour l'information sur la cigarette électronique) sur l'usage et les modalités de consommation et d'achat de la cigarette électronique a été menée en novembre 2013 auprès d'un échantillon représentatif de 2052 personnes âgées de 15 à 75 ans.

138. Andler R, Guignard R, Wilquin J-L, Beck F, Nguyen-Thanh V. L'usage de la cigarette électronique en France en 2014. *Evolutions* 2015; (33) Juin 2015.

139. Pour être remboursés par l'Assurance Maladie, ces substituts nicotiques doivent : 1) figurer sur la liste des substituts nicotiques remboursables (liste disponible sur le site <http://www.ameli.fr/>) ; 2) être prescrits sur une ordonnance consacrée exclusivement à ces produits, aucun autre traitement ne devant figurer sur cette ordonnance.

140. Institut de veille sanitaire, Chevreur K, Cadier B, Durand-Zaleski I, Chan E, Thomas D. Évaluation coût-efficacité de la prise en charge à 100 % du sevrage tabagique par l'assurance maladie. *BEH* 2013;(20-21):230-3.

141. Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Lermenier-Jeannet A. Tabagisme et arrêt du tabac en 2015. Saint-Denis La Plaine: OFDT; 2016. http://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_15bil.pdf



Les consultations de tabacologie

En 2015, l'analyse de l'activité de 100 consultations de tabacologie montrait que :

- le nombre moyen de nouveaux consultants fumeurs était de 13,6/mois, en augmentation après deux ans de baisse (12,8 en 2014 ; 13,3 en 2013 ; 15,2 en 2012) ;
- l'initiative de la consultation revenait à un professionnel de santé dans 59 % des cas, à la personne fumeuse dans 36 % des cas, à l'entourage de la personne fumeuse dans 5 % ;
- le délai d'attente pour un premier rendez-vous était de 11,3 jours *versus* 10,8 jours en 2014 ; 15,2 jours en 2012 ;
- chaque consultation de tabacologie suivait en moyenne 23,2 personnes pour un sevrage tabagique (*versus* 22,8 en 2014 ; 28,3 en 2012).

L'assistance téléphonique de Tabac Info Service

En 2015, l'analyse de l'activité des appels sur la ligne téléphonique de Tabac info service montrait que¹⁴¹ :

- 32 557 appels concernant l'arrêt du tabac ont été traités en premier niveau par la ligne téléphonique Tabac info service, un chiffre comparable à celui de 2014 (32 641), mais moins élevé que 2013 (36 390 appels) et 2012 (46 021 appels) ;
- pour la seconde année consécutive, le nombre d'appels traités par les tabacologues du dispositif (2^e niveau de prise en charge, 40 346 appels) dépassait celui du 1^{er} niveau de prise en charge. Cela s'explique en partie par le renforcement, depuis 2014, d'un dispositif de rappel systématique des personnes ayant bénéficié d'un entretien avec un tabacologue, 6 mois après leur premier contact, d'inviter ceux qui fumeraient encore à refaire une tentative d'arrêt.

Le site Internet et l'application mobile tabac-info-service

- ➔ Le site www.tabac-info-service.fr, mis en place par l'Inpes en 2005, a reçu près de 2,5 millions de visites, soit une baisse de 10 % par rapport à 2014¹⁴¹.
- ➔ Le coaching, proposé via l'application mobile Tabac info service, a permis de recruter 248 800 fumeurs souhaitant arrêter leur consommation, soit 13 fois plus qu'en 2014, année où ce service était disponible uniquement via le site Internet.

Impact des mesures coercitives et désincitatives au tabagisme

Interdiction de vente de tabac aux mineurs

Le bilan de l'interdiction de vente instaurée, en 2003 pour les jeunes âgés de moins de 16 ans et renforcée en 2009 par la loi HPST élargissant l'interdiction jusqu'à l'âge de 18 ans¹⁴² est mitigé :

- si l'interdiction semble avoir eu un impact positif sur l'âge de la première cigarette, cela n'a pas pour autant entraîné un recul du tabagisme (en 2011, 23 % des jeunes de 16 ans et 32 % des 17 ans déclaraient fumer quotidiennement ; ils étaient respectivement 17 % et 29 % avant que la loi HPST n'entre en vigueur) ; En 2011, l'interdiction de vente de tabac aux mineurs apparaissait peu respectée (seuls 40 % des buralistes refusaient systématiquement la vente à un mineur)¹⁴³ ;
- cela vient confirmer le constat d'un faible respect de la réglementation de la part des débitants, qui continuent de fournir facilement du tabac aux mineurs (seuls 40 % des buralistes refusaient systématiquement la vente à un mineur en 2011)¹⁴³.

Une revue de synthèse Cochrane, publiée en 2008¹⁴⁴, a conclu à un impact positif démontré, lorsque le refus de vendre du tabac aux mineurs était majoritairement respecté par les débitants, que ce soit sur l'accessibilité du tabac (perçue ou déclarée) ou sur les prévalences d'usage.

Interdiction de fumer dans les lieux publics

L'interdiction de fumer dans les lieux publics a été mise en œuvre en février 2007 pour les lieux de travail, les centres commerciaux, les aéroports, les gares, les hôpitaux et les écoles. En janvier 2008, elle a été étendue aux lieux de convivialité (bars, restaurants, hôtels, casinos, discothèques). La législation antitabac¹⁴⁵ a conduit, dès la fin 2008,

142. Loi n° 2003-715 du 31 juillet 2003 visant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes et Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST).

143. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Évaluation de l'interdiction de vente d'alcool et de tabac aux mineurs. Saint-Denis La Plaine: OFDT; 2013. <http://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2013/evaluation-de-linterdiction-de-vente-dalcool-et-de-tabac-aux-mineurs-septembre-2013>

144. Stead LF, Lancaster T. Interventions for preventing tobacco sales to minors. Cochrane Database Syst Rev 2005;(1):CD001497.

145. Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, Circulaire du 29 novembre 2006 relative à l'interdiction de fumer pour les personnels et les élèves dans les établissements d'enseignement et de formation, Circulaire du 29 novembre 2006 relative à l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif, Circulaire du 27 novembre 2006 relative aux conditions d'application dans les services de l'État et des établissements publics qui en relèvent de l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif, Circulaire du 8 décembre 2006 relative à la mise en œuvre des conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les établissements de santé.



à une élimination quasi totale du tabagisme à l'intérieur d'endroits clés tels que les bars et les restaurants (de 64,7 % à 2,3 %), persistant 4 ans plus tard. Le tabagisme sur le lieu de travail a diminué de façon significative après la loi et a continué de baisser.

Interdiction de promouvoir le tabagisme

La loi Évin¹⁴⁶ interdit la publicité pour le tabac depuis 1991 en France, mais cette interdiction a suscité le développement d'une publicité indirecte de la part de l'industrie du tabac.

De même l'article 13 de la convention cadre de l'OMS (CCLAT)¹⁴⁷, ratifiée par la France en 2004, interdit toute publicité, promotion et parrainage en faveur du tabac.

Suppression des appellations « light », « légères » ou « mild »

En septembre 2003¹⁴⁸, les appellations « light », « légères » ou « mild » ont été interdites car ces cigarettes sont aussi nocives que les autres. L'effet « light » repose sur la présence de micropores au niveau du filtre, ces derniers permettant à l'air ambiant de diluer la fumée et de réduire la proportion de goudrons et de nicotine inhalée. En pratique, le fumeur modifie sa façon de fumer avec des inhalations plus profondes et une rétention plus prolongée de la fumée pour augmenter la dose de nicotine absorbée. Malgré l'interdiction, ce type de cigarettes représentaient 27 % des cigarettes vendues en 2013¹⁴⁹.

Augmentation du tarif de vente des produits issus du tabac

Entre 2005 et 2011, le niveau global des ventes de tabac était resté relativement stable, les prix n'ayant que faiblement augmenté. Une nette tendance à la baisse s'était ensuite amorcée jusqu'en 2014, notamment pour les cigarettes (figure 16). Les données du tableau de bord tabac pour l'année 2015¹⁵⁰ montre que :

- les ventes de cigarettes, qui représentent environ 80 % du marché, ont augmenté pour la première fois depuis 2009 (+ 1 % par comparaison à 2014) ;
- les ventes de tabac à rouler connaissent aussi un rebond (+ 6,3%), après une année 2014 en baisse ;
- Les autres types de tabac (cigares, cigarillos, tabac à priser et à mâcher, etc.) voient quant à eux leurs ventes diminuer de 3,2 %, confortant les baisses successives enregistrées depuis 2010 (- 20 % au total).

Par ailleurs, les achats transfrontaliers de tabac concernaient 17 % des fumeurs interrogés lors de l'enquête ETINCEL¹⁵¹ conduite par l'OFDT en novembre 2013.

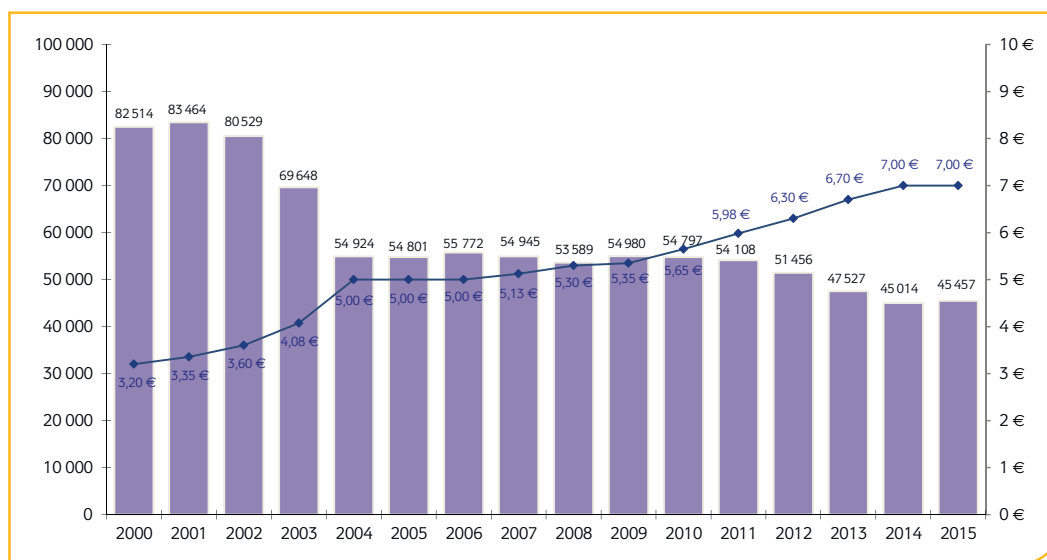


Figure 16. Évolution parallèle des ventes de cigarettes et du prix du paquet de cigarettes de la marque la plus vendue, d'après l'OFDT, 2015¹⁵⁰

146. Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme.

147. Organisation Mondiale de la Santé. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève: OMS; 2005 http://www.who.int/fctc/text_download/fr

148. Directive 2001/37/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 juin 2001 et Arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne du 10 décembre 2002 dans l'affaire C-491/01.

149. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Le marché du tabac 2014. <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/tabac/consommation/marche-tabac.asp>

150. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Tableau de bord mensuel des indicateurs tabac. Bilan de l'année 2015. Tabagisme et arrêt du tabac en 2015. Saint-Denis La Plaine: OFDT; 2015. http://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_15bil.pdf

151. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Tableau de bord mensuel des indicateurs tabac. Bilan de l'année 2013. Tabagisme et arrêt du tabac en 2013. Saint-Denis La Plaine: OFDT; 2013. http://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_13bil.pdf



Packaging uniforme pour les paquets de cigarettes

Les retombées attendues du paquet neutre sont positives, car l'emballage neutre améliore l'efficacité des avertissements sanitaires, réduit la désinformation des consommateurs sur la dangerosité des cigarettes, annihile l'attractivité du packaging et de la marque et, finalement, influence les intentions de changement de comportement.

- Une revue de synthèse incluant 37 études¹⁵² publiée en 2012 a montré l'efficacité du paquet neutre pour améliorer l'impact des avertissements sanitaires, éviter la désinformation des consommateurs, réduire l'attractivité de la marque et de l'emballage et influencer les intentions de comportements des individus.
- En Australie, depuis la mise en service en 2012 de paquets neutres¹⁵³ le pourcentage de jeunes fumeurs âgés de 14 à 18 ans a diminué de 15 % à 13 % entre 2010 et 2013 ; et de 16 % à 13 % chez les adultes.

Diffusion de messages informatifs utilisant la peur

En France, depuis 2003, des avertissements sur les paquets de cigarettes alertent les consommateurs sur les risques du tabagisme et depuis avril 2010¹⁵⁴, l'apposition d'images choc sur les paquets de cigarettes a complété de dispositif (figure 17), conformément à la convention cadre de l'OMS¹⁵⁵.

L'utilisation de la peur en lien avec les propositions de recommandations peut entraîner chez les sujets deux types de réactions qui peuvent interférer entre elles :

- une réaction de contrôle du danger qui se concrétise par la réussite du message de prévention (arrêt du tabac, diminution de la consommation de cigarettes) ;
- une réaction de contrôle de la peur qui se concrétise par l'échec du message de prévention (dénigrement, reniement ou rejet du message).



Figure 17. Exemples de visuel sur les paquets de cigarette

La méta-analyse publiée en 2000 par Witte et Allen¹⁵⁶ sur l'impact de l'utilisation de la peur dans les messages à visée persuasive montre que ce type de message ne peut être efficace que dans la mesure où, conjointement à la description de la menace, des solutions efficaces à mettre en place d'un point de vue sanitaire ont été proposées en parallèle.

152. Moodie C, Stead M, Bauld L, McNeill A, Angus K, Hinds K, et al. Plain Tobacco Packaging: A Systematic Review. University of Stirling; 2012. http://eprints.ioe.ac.uk/16381/1/Moodie_et_al._2012._Plain_Tobacco_Packaging._A_Systematic_Review.pdf

153. En Australie, les paquets de cigarettes sont dépourvus de logo, arborent une couleur identique et les marques sont imprimées dans la même police de caractère. Loumé M. Paquet de cigarettes neutre : une mesure efficace en Australie ? 2015. <http://www.sciencesetavenir.fr/sante/20141008.OBS1471/paquet-de-cigarettes-neutre-une-mesure-efficace-en-australie.html>

154. Arrêté du 15 avril 2010 relatif aux modalités d'inscription des avertissements de caractère sanitaire sur les unités de conditionnement des produits du tabac. La France a opté pour des images couvrant 40 % de la face postérieure du paquet et a retenu 14 images chocs parmi les 42 proposées par la Commission européenne.

155. Organisation mondiale de la santé. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève: OMS; 2005. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42812/1/9242591017.pdf>

156. Witte K, Allen M. A meta-analysis of fear appeals: implications for effective public health campaigns. Health Educ Behav 2000;27(5):591-615.



Selon une étude publiée par le CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*), la campagne choc « Tips from Former smokers » (Astuces d'anciens fumeurs) diffusée sur les médias pendant 12 semaines en 2012 aux États-Unis a eu un impact considérable¹⁵⁷ :

- 1,6 millions de personnes avaient annoncé leur intention d'arrêter de fumer après l'avoir vue ;
- 100 000 personnes avaient arrêté de fumer définitivement.

Freins et facteurs d'adhésion à l'arrêt du tabac



Prévalences de sevrage tabagique

Il est difficile d'estimer le nombre de personnes qui arrêtent de fumer chaque année car les fumeurs font souvent plusieurs essais avant de parvenir à s'arrêter de fumer. Les données du baromètre santé montre que¹⁵⁸ :

- l'arrêt du tabagisme était observé, en 2005, entre 35 et 40 ans, pour des personnes qui avaient passé la moitié de leur vie à fumer. Les motivations étaient une prise de conscience des méfaits du tabagisme (lassitude et prise de conscience des conséquences du tabagisme pour les femmes ; lassitude et naissance d'un enfant ou grossesse de sa partenaire pour les hommes), ou le prix des cigarettes. Un haut niveau d'études semblait favoriser l'arrêt ;
- parmi les fumeurs réguliers âgés de 15 à 75 ans, 71 % ont déjà arrêté de fumer volontairement pendant au moins une semaine, sans différence significative avec 2010 ;
- les tentatives d'arrêt dans l'année sont associées significativement ($p < 0,001$) avec l'envie d'arrêter de fumer ;
- parmi les personnes n'ayant pas envie d'arrêter de fumer, 22 % a fait une tentative d'arrêt dans l'année (44 % chez les 15-24 ans) ;
- chez les femmes enceintes, la plupart des arrêts se produisent au premier trimestre de la grossesse. La reprise de l'usage de tabac est fréquente après la grossesse, avec un taux de rechutes de 30 % après l'accouchement et de 80 % à 1 an.

Freins à l'arrêt du tabagisme

Pour changer, le fumeur doit maintenir une estime de soi positive, mais doit en même temps remettre en cause son statut de fumeur (identité sociale et comportement)¹⁵⁹.

- Chez le fumeur avec une forte identité de fumeur, la remise en cause du statut de fumeur ne survient que lorsque « l'expert » (exemple : médecin tabacologue) n'impose pas de contraintes arbitraires mais reste flexible et tolérant. En effet, la contrainte introduite par « l'expert » peut déposséder le fumeur de la perception de maîtrise sur son propre processus de changement, et augmenter son attitude défensive et sa résistance au changement.
- Plus les personnes qui fument s'identifient aux fumeurs, plus elles vont agir en tant que fumeurs, et moins elles seront motivées à arrêter de fumer. Elles peuvent cependant être motivés à changer, mais elles doivent pouvoir interpréter leur motivation comme autonome plutôt que suscitée par une tentative de persuasion.

Une enquête sur les connaissances, attitudes et perceptions à l'égard du tabac, a permis de dégager les freins à l'arrêt du tabagisme¹⁶⁰.

Absence de préoccupation pour sa santé

- Les personnes qui fument quotidiennement sont moins nombreuses (54-58 %) à déclarer accorder beaucoup d'importance à leur santé que celles qui ne fument pas (70 %) ou qui ne fument plus (58 %).

Sentiment d'efficacité

- Les chances de réussite d'arrêter de fumer ou de maintenir son abstinence sont estimées plus faibles chez les femmes que chez les hommes.

157. Cette campagne mettait en avant d'anciens fumeurs exprimant leurs regrets d'avoir fumé sous forme de courtes vidéos montrant ce qu'ils étaient devenus à cause de la cigarette. Centers for Disease Control and Prevention. Tips From Former Smokers 2015. <http://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/index.html>

158. Peretti-Watel P, Beck F, Wilquin JL. Les Français et la cigarette en 2005 : un divorce pas encore consommé. In: Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé. Saint-Denis: Inpes; 2007.

159. Falomir Pichastor JM, Mugny G. Enjeux identitaires et résistance aux campagnes anti-tabac 2007. <http://spartaclop.free.fr/livres1/36-falomir-et-mugny-societe-et-fumeur-07-.pdf>

160. Observatoire Régional de la Santé Ile-de-France, Grémy I, Halfen S, Sasco A, Slama K. Les connaissances, attitudes et perceptions des Franciliens à l'égard du tabac. ADSP 2002;(40):53-6.



Méconnaissance de l'impact de l'arrêt du tabagisme sur la santé

- Les fumeurs, notamment les fumeurs non-quotidiens, sont jusqu'à 6 fois plus nombreux que les ex- ou non-fumeurs à déclarer, qu'en s'arrêtant de fumer, le risque d'avoir un cancer du poumon ou une maladie cardiaque devient « immédiatement » le même que celui de quelqu'un qui n'a jamais fumé.
- Pour trois fumeurs sur dix, le fait de ne pas fumer n'apparaît pas comme étant la mesure la plus efficace pour éviter un cancer du poumon.
- La grande majorité des fumeurs (80 %) semble partager l'idée qu'il existerait des facteurs de protection ou d'exemption des maladies liées au tabac.
- 70 % des fumeurs quotidiens dépendants à la nicotine ont « peur d'être encore plus stressés » ou de prendre du poids s'ils s'arrêtent de fumer.

Méconnaissance de l'impact du tabac sur la santé

- Chez les hommes comme chez les femmes, les risques pour la santé sont sous-évalués par les fumeurs en comparaison des déclarations des ex- ou non-fumeurs. Le fait de ne pas fumer n'est cité, ni par les hommes ni par les femmes, comme étant le premier facteur d'impact sur la santé.
- Parmi les personnes ayant la perception d'être bien informées, plus d'un fumeur quotidien sur deux sous-estime les risques liés à la consommation de tabac (en fait, 50 % des fumeurs quotidiens âgés de 18 à 29 ans et 60 % de ceux âgés de 30 à 75 ans).
- L'idée d'un seuil de consommation de cigarettes sans effet nocif sur la santé est relativement répandue (35 à 45 % des personnes interrogées considèrent que c'est seulement au-delà de neuf cigarettes fumées par jour que la consommation de tabac devient dangereuse).
- Une personne sur six dit ne pas savoir pendant combien d'années quelqu'un peut fumer avant que cela n'affecte sa santé.
- Les fumeurs sous-estiment le nombre de décès liés au tabac.
- Les fumeurs quotidiens et les jeunes sont moins nombreux que les ex- et non-fumeurs à considérer le tabac comme une drogue.
- Les personnes non ou peu diplômées et les jeunes se déclarent insuffisamment informés des conséquences sur la santé de la consommation de tabac.

D'autres facteurs de risque d'échec du sevrage tabagique ont été identifiés

- Les polyconsommations (alcool, drogues) augmentent le risque d'échec du sevrage tabagique :
 - les réflexes conditionnés de consommations d'une drogue relancent le désir d'une autre drogue qui lui était associée, le sevrage de l'une augmentent la consommation de l'autre.
- De même, les états anxiodépressifs, les troubles de l'humeur préexistants à la consommation ou étant, au contraire, consécutifs aux usages de drogues, sont un frein au sevrage tabagique.

Facteurs favorisant l'adhésion à l'arrêt du tabagisme chronique

Les facteurs prédictifs d'arrêt du tabagisme identifiés^{161,162} sont les suivants :

- un haut niveau d'éducation ou un haut niveau socio-économique ;
- une faible consommation de tabac ;
- un entourage non-fumeur ;
- une faible consommation d'alcool ;
- un âge de début de tabagisme tardif ;
- une durée de tabagisme brève ;
- une faible dépendance à la nicotine (caractérisée par un long délai entre l'éveil et la première cigarette), une forte motivation à l'arrêt.

D'autres éléments favorisant le sevrage tabagique ont été mis en évidence par l'enquête sur les connaissances, attitudes et perceptions à l'égard du tabac¹⁶².

161. Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arrêt-de-la-consommation-de-tabac-du-dépistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours

162. Observatoire Régional de la Santé Ile-de-France, Grémy I, Halfen S, Sascio A, Slama K. Les connaissances, attitudes et perceptions des Franciliens à l'égard du tabac. ADSP 2002;(40):53-6.



Éléments environnementaux incitatifs

- Pour environ 80 % des fumeurs et des fumeuses, l'interdiction de fumer sur le lieu de travail, le conseil d'un médecin ou l'augmentation du prix du tabac sont des facteurs favorisant le sevrage.

Peur de la maladie

- Les motifs d'arrêt chez les ex-fumeurs sont principalement (80 % des cas) un désir de protéger sa santé.
- La grande majorité des personnes est consciente des effets de la consommation de tabac sur l'espérance de vie des fumeurs (8 personnes sur 10 déclarent qu'un fumeur vit moins longtemps qu'un non-fumeur).
- La majorité des fumeurs déclarent craindre les maladies dues au tabac.
- Chez les fumeurs, la connaissance d'un fumeur décédé d'une maladie liée au tabac semble favoriser une plus grande perception des risques.

Besoin de se libérer du tabagisme

- 97 % savent que fumer du tabac entraîne une dépendance à ce produit.
- Un fumeur sur trois déclare avoir le sentiment d'être esclave de son tabagisme.
- Un tiers des fumeurs quotidiens rapporte fumer sans y prendre plaisir.
- La moitié des fumeurs quotidiens déclare que cela ne leur serait pas difficile de ne pas fumer pendant une journée.

Coût du tabagisme pour le fumeur

- Depuis 2002, le prix du paquet de cigarettes est passé de 3,6 € à 7 € en 2014, pour la marque la plus vendue.
- Pour celui ou celle qui fume un paquet par jour (20 cigarettes), la dépense est de 210 €/mois et de 2 555 €/an.





Mini-synthèse

Pour en savoir plus

Évaluation de la dépendance physique : questionnaire de Fagerström

- Le questionnaire de Fagerström¹⁶³, **simple et rapide à effectuer**, comporte 6 questions (un test en 2 questions est également disponible).
- **Il permet d'établir un score de dépendance à la nicotine** et d'adapter les traitements qui seront proposés pour aider à arrêter de fumer.
- **La HAS recommande¹⁶⁴ de ne pas utiliser, en premier recours, la mesure de la dépendance pour le dépistage individuel**, mais de l'utiliser chez le fumeur désireux d'arrêter de fumer.

Pour en savoir plus

Évaluation de la consommation d'alcool : questionnaire CAGE-DETA

La HAS recommande de rechercher chez tout sujet fumeur une consommation d'alcool, en utilisant le questionnaire CAGE-DETA¹⁶⁵. Ce questionnaire comporte quatre questions orientées vers la **recherche d'un mésusage d'alcool** sur la vie entière du sujet.

Des versions modifiées du questionnaire CAGE ont été élaborées pour les populations spécifiques, notamment les jeunes et les femmes enceintes.

Pour en savoir plus

Évaluation de la consommation de cannabis : questionnaire CAST

La HAS recommande de rechercher chez tout sujet fumeur une consommation d'autres substances psychoactives telles que le cannabis, en utilisant le questionnaire CAST¹⁶⁶. Ce questionnaire en six questions, validé auprès des adolescents et des adultes jeunes, **évalue la fréquence de consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois**.

Pour en savoir plus

Évaluation du niveau d'anxiété et de dépression : test HAD

La HAS recommande de repérer l'anxiété et la dépression, antérieures ou concomitantes au tabagisme, par le test HAD¹⁶⁷, rapide et facile d'utilisation. **Il évalue la présence d'une symptomatologie anxiodépressive et sa sévérité**.

La HAS recommande, lors du sevrage tabagique, d'être vigilant quant au risque de rechute d'une dépression préexistante au sevrage.

Pour en savoir plus

Dosages de la cotinine et du monoxyde de carbone

Des marqueurs biologiques permettent de quantifier le niveau de tabagisme : taux de monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré, dosage de la cotinine (métabolite de la nicotine) plasmatique, urinaire ou salivaire.

- **Le dosage de la cotinine est réservé aux consultations de tabacologie et à la recherche médicale**. Ce dosage n'est pas recommandé par la HAS en routine pour le dépistage du tabagisme, ni pour le suivi des traitements nicotiques de substitution (TNS).
- **La mesure du CO expiré n'a pas montré son intérêt dans la prise en charge de l'aide à l'arrêt du tabagisme** (il est faiblement corrélé à la dépendance nicotinique). La HAS ne recommande pas son usage en routine pour le dépistage du tabagisme, ni pour le suivi des fumeurs en cours de sevrage¹⁶⁸.

163. Fagerström K. Determinants of tobacco use and renaming the FTND to the Fagerström Test for Cigarette Dependence. *Nicotine Tob Res* 2012;14(1):75-8. Ce test est le plus ancien (élaboré en 1978, par un médecin suédois Karl Fagerström), il a évolué avec l'évolution des connaissances sur le tabagisme : d'abord questionnaire de tolérance de Fagerström, puis test de dépendance à la nicotine en 1991, il est devenu en 2011 test de dépendance à la cigarette.

164. Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arrret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours

165. Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 1974;131(10):1121-3.

166. Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *J Subst Abuse* 2007;12(4):233-42

167. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67(6):361-70.

168. Selon les recommandations HAS 2014, la mesure du CO expiré peut éventuellement être utilisée avec l'accord du patient pour renforcer la motivation dans le respect de l'alliance thérapeutique, notamment chez les femmes enceintes. Haute Autorité de Santé. **Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours**. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.





Présentation

Le questionnaire de dépendance de Fagerström¹⁶⁹ permet d'établir un score en relation avec l'intensité de la dépendance à la nicotine. Les résultats obtenus permettent d'adapter les traitements qui seront proposés pour aider à arrêter de fumer.

Description

Questions	Cotation en fonction de la réponse			
	0	1	2	3
Le matin, combien de temps après être réveillé(e), fumez-vous votre première cigarette ?	Après plus de 60 minutes	Dans les 31 à 60 minutes	Dans les 6 à 30 minutes	Dans les 5 minutes
Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (ex. : cinémas, bibliothèques)	Non	Oui	-	-
À quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?	À une autre	À la première de la journée	-	-
Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?	10 ou moins	11 à 20	21 à 30	31 ou plus
Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?	Non	Oui	-	-
Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	Non	Oui	-	-

Interprétation

Après addition des cotations, un score compris entre 0 et 10 est obtenu, établissant plusieurs degrés de dépendance, de la plus faible à la plus forte. L'interprétation est la suivante (voir ci-dessous) :

Score	Résultat
0 à 2	Pas de dépendance
3 à 4	Dépendance faible
5 à 6	Dépendance moyenne
7 à 8	Dépendance forte
9 à 10	Dépendance très forte

Limites

Le questionnaire de Fagerström est rapide d'utilisation mais sa validité est limitée, notamment parce qu'il mesure davantage la tolérance et la vitesse de métabolisation de la nicotine, que les critères de dépendance tels que définis dans la CIM-10¹⁷⁰ (notamment il ne prend en compte qu'une seule dimension de la dépendance : la dépendance physique).

Une autre limite, est le fait que ce test n'est pas adapté aux fumeurs occasionnels.

169. Fagerstrom K. Determinants of tobacco use and renaming the FTND to the Fagerstrom Test for Cigarette Dependence. *Nicotine Tob Res* 2012;14(1):75-8.

170. Organisation Mondiale de la Santé, 2008. CIM-10. Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr/#/>



Recommandations HAS 2014

La HAS recommande de ne pas utiliser la mesure de la dépendance pour le dépistage individuel en premier recours, mais de l'utiliser lors de l'évaluation initiale du fumeur désireux d'arrêter de fumer ou comme support de discussion.

La HAS recommande également de rechercher les critères de dépendance physique ignorés par le test de Fagerström, en considérant que le sujet est dépendant s'il présente un des critères suivants :

- sujet ayant rechuté après une tentative d'arrêt ;
- sujet continuant à fumer malgré les conséquences de son tabagisme sur sa santé (exemple : BPCO, artérite, cancer, etc.), ou les risques encourus dans certaines situations spécifiques (exemple : intervention chirurgicale, grossesse, etc.) ;
- sujet en souci constant d'approvisionnement de tabac (exemple : craint d'être à court de tabac).



Pour mémoire : Un test de Fagerström¹⁷¹ simplifié en deux questions a également été élaboré. Il prend en compte le délai entre le réveil et la première cigarette et les quantités moyennes de cigarettes fumées chaque jour.

Combien (n) de cigarettes fumez-vous par jour ?

- n = 10 ou moins cote = 0
- n = 11 à 20 cote = 1
- n = 21 à 30 cote = 2
- n = 31 ou plus cote = 3

Dans quel délai (t) après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

- t = moins de 5 minutes cote = 3
- t = 6 à 30 minutes cote = 2
- t = 31 à 60 minutes cote = 1
- t = après plus d'1 heure cote = 0

Interprétation :

- cote = 0-1 ► pas de dépendance ;
- cote = 2-3 ► dépendance modérée ;
- cote = 4-5-6 ► dépendance forte.

171. Fagerström K. Determinants of tobacco use and renaming the FTND to the Fagerström Test for Cigarette Dependence. Nicotine Tob Res 2012;14(1):75-8.





Présentation

Le repérage des sujets à risque élevé de dépendance à l'alcool peut être fait par le questionnaire CAGE-DETA¹⁷² (CAGE = *Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener*, DETA = acronyme de « diminuer, entourage, trop et alcool »). Il comprend quatre questions orientées vers la recherche d'un mésusage d'alcool et explore la vie entière du sujet.

Description

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin ?

Interprétation

Une réponse positive à deux questions sur quatre est un bon critère prédictif d'un problème de consommation d'alcool.

Limites

Peu coûteux en temps, simple d'application et largement validé, le questionnaire CAGE-DETA est mieux adapté au repérage de l'abus et de la dépendance que de l'alcoolisation à risque. Il a une sensibilité comprise entre 43 % et 94 % et une spécificité comprise entre 70 % et 97 %¹⁷³.

Des versions modifiées du questionnaire CAGE ont été élaborées plus spécifiquement pour les jeunes et les femmes enceintes.

Recommandations HAS 2014

La HAS recommande de rechercher chez tout sujet fumeur une consommation d'autres substances psychoactives telles que l'alcool, en utilisant le questionnaire CAGE-DETA. Une *check-list* est proposée par la HAS qui permet une intervention brève (voir ci-dessous) :



Check-list, pour le conseil dans le cadre d'une intervention brève sur la consommation d'alcool¹⁷⁴.

- Restituer le test de repérage CAGE-DETA au sujet, son score et sa signification.
- Expliquer le « risque alcool ».
- Expliquer le « verre standard »¹⁷⁵.
- Expliquer l'intérêt personnel de la réduction de la consommation d'alcool.
- Expliquer les méthodes utilisables pour réduire sa consommation (réduire les occasions, les fréquences, les quantités, trouver des occupations alternatives...).
- Proposer des objectifs, laisser le choix.
- Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation.
- Remettre le livret « Alcool, pour faire le point »¹⁷⁶ ou « Alcool, pour réduire sa consommation »¹⁷⁷ ou donner les coordonnées du site Alcool-info-service (<http://www.alcool-info-service.fr/>).

172. Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 1974;131(10):1121-3.

173. Questionnaires et marqueurs biologiques d'alcoolisation. In: Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Alcool. Dommages sociaux. Abus et dépendance*. Paris: Inserm; 2003. p. 281-99. <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/53>

174. Herszkowicz A, Joannard D. Repérage précoce du risque alcool et cannabis et interventions brèves. In: *Entretiens de Bichat*. 2012.

175. Un verre standard = 25 cl de bière ordinaire = 10 cl de vin = 2,5 cl de whisky = 2 cl de vodka ; une bouteille de vin (75 cl) = 7 verres, une bouteille de whisky (70 cl) = 22 verres, une cannette de bière (33 cl) = 1,5 verres, une bouteille de vodka (70 cl) = 35 verres. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. *Alcool. Pour faire le point*. Saint Denis: Inpes; 2006. http://www.inpes.sante.fr/50000/OM/pdf/alcool2006/Livret_point.pdf

176. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. *Alcool. Pour faire le point*. Saint Denis: Inpes; 2006.

177. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. *Alcool. Pour réduire sa consommation*. Saint Denis: Inpes. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/476.pdf>





Présentation

Le questionnaire CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*) est un questionnaire d'entretien structuré utilisé pour repérer un usage de cannabis avec dépendance. Il a été validé auprès des adolescents et des adultes jeunes¹⁷⁸. Il comporte six questions qui évaluent la consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois.

Description

La questionnaire comporte 6 questions pour lesquelles la réponse est cotée de 0 ou 1 (voir tableau ci-dessous) :

Questions	Cotation en fonction de la réponse	
	Oui	Non
Au cours des 12 derniers mois :		
Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?	1	0
Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?	1	0
Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?	1	0
Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?	1	0
Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?	1	0
Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école, etc.) ?	1	0

Interprétation

Après addition des cotations, un score compris entre 0 et 6 est obtenu. L'interprétation est la suivante (voir ci-dessous) :

Score ≤ 1	Consommation à risque faible
Score = 2	Consommation à risque modéré
Score ≥ 3	Consommation à risque élevé

En pratique :

- deux réponses positives au test doivent amener à s'interroger sur les conséquences de la consommation ;
- trois réponses positives ou plus doivent amener à adresser le sujet dans une consultation spécialisée d'addictologie.

Limites

La qualité du questionnaire CAST réside dans sa brièveté et la très grande facilité à y répondre. Il a une sensibilité de 93 % et une spécificité de 81 %.

Dans l'enquête Escapad 2003¹⁷⁹, la proportion de jeunes âgés de 17 à 18 ans repérés avec ce questionnaire, comme consommateur de cannabis, était de 8,9 % (12,4 % pour les garçons, 4,4 % pour les filles), ce qui ne représentait que 53 % des usagers réguliers et 69 % des usagers quotidiens.

Recommandations HAS 2014

La HAS recommande de rechercher chez tout sujet fumeur une consommation d'autres substances psychoactives telles que le cannabis, en utilisant le questionnaire CAST.



Pour mémoire : *Check-list*, pour le conseil dans le cadre d'une intervention brève sur la consommation de cannabis¹⁸⁰.

- Restituer le résultat du questionnaire CAST.
- Proposer un échange sur les effets ressentis du cannabis.
- Informer sur les risques du cannabis sur la santé.
- Augmenter sur l'intérêt individuel d'une réduction ou d'un arrêt.
- Aider en proposant quelques conseils (réduire les occasions, les fréquences, les quantités, trouver d'autres moyens d'aller bien).
- Donner les coordonnées du site d'information Drogue&Dépendance (<http://www.drogues-dependance.fr>) ou les coordonnées de la ligne téléphonique Écoute cannabis (0 800 23 13 13 ou depuis un téléphone portable le 01 70 23 13 13).

178. Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *J Subst Abuse* 2007;12(4):233-42.

179. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Drogues à l'adolescence Niveaux et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France - ESCAPAD 2003. Saint-Denis La Plaine: OFDT; 2004. <http://www.ofdt.fr/enquetes/escapad/>

180. Herszkowicz A, Joannard D. Repérage précoce du risque alcool et cannabis et interventions brèves. In: Entretiens de Bichat. 2012.





Présentation

Le test HAD¹⁸¹ (*Hospital anxiety and depression scale*) est un outil qui évalue la présence ou non d'une symptomatologie anxiodépressive et sa sévérité. Il ne cherche pas à distinguer les différents types de dépression ou d'états anxieux. Cette échelle a été élaborée en excluant tout item concernant les aspects somatiques qui pourraient fausser l'évaluation.

Description

L'échelle comprend 14 items : 7 pour la pathologie anxieuse et 7 pour la pathologie dépressive. Les items de dépression et d'anxiété sont alternés et une alternance dans l'ordre des cotations (de 0 à 3 ou de 3 à 0) a été introduite de façon à éviter un biais lié à leur répétition.

Questions	Cotation en fonction de la réponse			
	3	2	1	0
Je me sens tendu(e) et énervé(e)	La plupart du temps	Souvent	De temps en temps	Jamais
Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	Oui, tout autant	Pas autant	Un peu seulement	Presque plus
J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	Oui, très nettement	Oui, mais ce n'est pas trop grave	Un peu, mais cela ne m'inquiète pas	Pas du tout
Je ris assez facilement et vois le bon côté des choses	Autant que par le passé	Plus autant qu'avant	Vraiment moins qu'avant	Plus du tout
Je me fais du souci	Très souvent	Assez souvent	De manière occasionnelle	De manière très occasionnelle
Je suis de bonne humeur	Jamais	Rarement	Assez souvent	La plupart du temps
Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)	Oui, quoiqu'il arrive	Oui, en général	Rarement	Jamais
J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	Presque toujours	Très souvent	Parfois	Jamais
J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	Jamais	Parfois	Assez souvent	Très souvent
Je ne m'intéresse plus à mon apparence	Plus du tout	Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais	Il se peut que je n'y fasse plus autant attention	J'y prête autant d'attention que par le passé
J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place	Oui, c'est tout à fait le cas	Un peu	Pas tellement	Pas du tout
Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses	Presque jamais	Bien moins qu'avant	Un peu moins qu'avant	Autant qu'avant
J'éprouve des sensations soudaines de panique	Vraiment très souvent	Assez souvent	Pas très souvent	Jamais
Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision	Très rarement	Rarement	Parfois	Souvent

181. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67(6):361-70.



Interprétation

Un score de dépression ou d'anxiété est calculé par addition des différentes cotations selon le schéma suivant (voir ci-dessous) :

Score A d'anxiété	Additionner les points des réponses aux questions : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13
Score D de dépression	Additionner les points des réponses aux questions : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores calculés (voir ci-dessous) :

Score	Interprétation
≤ 7	Absence de symptomatologie
8 à 10	Symptomatologie douteuse
≥ 11	Symptomatologie certaine

Limites

Rapide et facile d'utilisation, les sous-échelles anxiété et dépression sont corrélées mais mesurent cependant des concepts différents.

Il n'y a pas de consensus sur la valeur seuil à utiliser pour classer les sujets en cas (sujet ayant des troubles anxieux et/ou dépressifs) ou non-cas.¹⁸²

Recommandations HAS 2014

La HAS recommande :

- de repérer une éventuelle anxiété ou dépression antérieure ou concomitante au tabagisme, et de suivre l'évolution de ces troubles durant le sevrage tabagique ;
- de rappeler au sujet, si besoin, que ses troubles anxieux peuvent être améliorés par l'arrêt du tabagisme ;
- d'être vigilant, lors du sevrage tabagique, quant au risque de rechute de la dépression en cas d'antécédents dépressifs.

182. Institut national de recherche et de sécurité, Chouaniere D, Weibel L, Cohidon C, Edey Gamassou C, Kittel F, *et al.* Expositions psychosociales et santé : état des connaissances épidémiologiques. Documents pour le Médecin du Travail 2011;(127):509-17 ; Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983;67(6):361-70.





Des marqueurs biologiques permettent de quantifier le tabagisme : le taux de monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré, le dosage de la cotinine (métabolite de la nicotine) plasmatique, urinaire ou salivaire.

Dosage de la cotinine

La nicotine absorbée lors de l'inhalation de la fumée de cigarette est métabolisée en cotinine au niveau hépatique puis éliminée dans les urines. La concentration sanguine de cotinine d'un fumeur est relativement stable au cours du nyctémère, sa demi-vie d'élimination étant comprise entre 16 et 22 heures (le polymorphisme des gènes codant pour le cytochrome P450 2A6 explique cette variabilité de la vitesse du métabolisme de la nicotine).

La nicotine inhalée, ingurgitée (gommes et chewing-gum) ou bien absorbée par la peau (patch à la nicotine) est également retrouvée dans les urines sous forme de cotinine.

- La cotinine peut être dosée dans différents milieux biologiques suivants (sang, urine, salive) et, pour un même niveau d'exposition, les taux urinaires de cotinine sont plus élevés que ceux retrouvés dans la salive et dans le sang.
- Les méthodes de dosage disponibles (colorimétrie, immunologie, chromatographie) ont une sensibilité et spécificité variables (la méthode de référence étant la chromatographie).
- La quantité de nicotine inhalée (mg/ 24 heures) est égale à la concentration en cotinine sanguine ($\mu\text{g/l}$) \times 0,08, ou de cotinine urinaire ($\mu\text{g/l}$) \times 0,013. Des taux compris entre 1 000 $\mu\text{g/l}$ (5 $\mu\text{mol/l}$) et 3 000 $\mu\text{g/l}$ (1 $\mu\text{mol/l}$) sont habituellement rencontrés chez les fumeurs.
- Une relation dose-réponse a été démontrée entre le niveau et la durée d'exposition d'une part, et l'excrétion urinaire de cotinine d'autre part, avec une corrélation entre la cotinurie des 24 heures et celle mesurée dans les urines du matin.
- Les taux urinaires de cotinine sont plus élevés que ceux retrouvés dans la salive et dans le sang pour un même niveau d'exposition.

Recommandation de la HAS 2014

Le dosage de la cotinine est un test principalement réservé à la recherche ou aux consultations de tabacologie. **Ce dosage n'est pas utilisable en routine pour le dépistage du tabagisme, ni pour le suivi des traitements nicotiniques de substitution (TNS).**

- Le dosage du taux de cotinine urinaire ou plasmatique n'est pas remboursé.
- Les taux urinaire et plasmatique de cotinine sont faiblement corrélés à la dépendance.
- Des études complémentaires sont nécessaires pour préciser si le dosage de la cotinine urinaire ou salivaire pourrait permettre d'adapter au mieux le traitement par TNS chez les femmes enceintes.

Dosage du monoxyde de carbone (CO)

Le monoxyde de carbone (CO) est un gaz invisible et inodore qui remplace l'oxygène dans le sang et diminue ainsi la quantité d'oxygène disponible pour les différents organes (le CO inhalé diffuse à travers la membrane alvéolo-capillaire des alvéoles pulmonaires et se fixe, à la place de l'oxygène, sur les globules rouges [HbCO]).

- Le CO est facilement mesuré dans l'air expiré par un analyseur de CO à l'aide d'un capteur électrochimique. Le taux de monoxyde de carbone est exprimé en ppm (partie par million).
- Le dosage du CO dans l'air expiré a été proposé comme marqueur d'exposition au tabac mais son taux est influencé par l'environnement en cas de pollution (circulation autoroutière, cuisine, chauffage), par l'état respiratoire du sujet (emphysème, insuffisance respiratoire chronique, hyperventilation après exercice physique) ou par des interférences analytiques.
- La demi-vie du CO est courte (2 à 5 heures) et ne permet une évaluation de l'exposition au tabac que pour les quelques heures précédant la mesure. Après 24 heures, l'air expiré a une valeur identique à celle observée chez un non-fumeur se trouvant dans le même environnement.
- Un sujet qui inhale la fumée présente des valeurs supérieures à 10 ppm et fréquemment de l'ordre de 20 à 30 ppm (la normale est $<$ 6 ppm).



Les concentrations en CO dans l'air expiré varient avec le type de produit dérivé du tabac consommé et la façon de fumer.

- Chez les fumeurs essayant de restreindre leur consommation habituelle, les mesures de CO sont plus élevées que lorsqu'ils fument leurs 20 cigarettes quotidiennes du fait de la modification compensatoire de leur façon de fumer (inhalations plus fréquentes et plus profondes) pour obtenir la même dose de nicotine.
- Chez les fumeurs de cigarettes roulées (irrégulièrement tassées et qui se consomment moins bien) les taux de monoxyde de carbone sont plus élevés que chez les fumeurs de cigarette manufacturée.
- Après une séance de chicha, le taux de monoxyde de carbone peut atteindre 45 à 65 ppm dans l'air expiré.

Recommandation de la HAS 2014

La mesure du CO expiré n'a pas montré son intérêt dans la prise en charge de l'aide à l'arrêt du tabagisme et le taux de CO dans l'air expiré est faiblement corrélé à la dépendance nicotinique. **Ce dosage n'est pas utilisable en routine pour le dépistage du tabagisme, ni pour le suivi des fumeurs en cours de sevrage.**





Mini-synthèse

Les acteurs du dépistage

Tous les professionnels de santé des Centres d'examens de santé doivent s'impliquer dans l'aide à l'arrêt du tabac (médecin généraliste, chirurgien-dentiste, infirmière).

Le dépistage en consultation médicale ou dentaire

- La HAS recommande¹⁸³ que **toutes les personnes soient questionnées sur leur consommation de tabac de façon systématique** (tabagisme passé et actuel, quantité par jour) ainsi que sur leur type de consommation : cigarettes, tabac prisé ou mâché, cigare, pipe, narguilé, snus, joint de cannabis. Il est également recommandé de rechercher le tabagisme dans l'entourage direct du sujet (tabagisme passif).
- La HAS recommande également de prodiguer **un conseil d'arrêt à tous les fumeurs, qu'ils soient prêts ou non à cesser de fumer**.
- **Chez les fumeurs, il est recommandé de dépister les pathologies associées** au tabagisme : bronchite chronique obstructive, insuffisance respiratoire, insuffisance coronarienne, pathologie vasculaire, cancer.

Les recommandations en fonction des populations à risque pour le dépistage

- **Chez toute personne tabagique** : chercher une co-consommation associée (alcool, drogues).
- **Chez les jeunes enfants** : renseigner le statut tabagique des parents (habitat, voiture).
- **Chez les adolescents (dès le collège)** : poser la question du tabagisme en consultation individuelle, en rappelant la confidentialité et le secret professionnel.
- **Chez la femme en projet de grossesse** : informer sur la nécessité d'arrêter de fumer.
- **Chez la femme enceinte** : poser la question du statut tabagique antérieur à la grossesse, puis évaluer le tabagisme de l'entourage, et enfin interroger sur un éventuel tabagisme actuel.
- **Chez la femme en post-partum** : réévaluer le statut tabagique même si la femme a arrêté de fumer pendant la grossesse (risque élevé de rechute après l'accouchement).
- **Chez la femme fumeuse sous contraception estroprogestative** : informer sur la nécessité d'arrêter de fumer (risque de thrombose artérielle ou veineuse augmenté). Les estroprogestatifs sont contre-indiqués chez la femme fumeuse ; la substitution par une méthode progestative seule ou par une autre contraception est recommandée.
- **Chez les sujets ayant une coronaropathie ou un facteur de risque cardiovasculaire** (diabète, dyslipidémie, hypertension artérielle, hérédité cardio-vasculaire) : conseiller d'arrêter de fumer (risque de complications liées au tabac majoré) proposer une prise en charge renforcée¹⁸⁴.
- **Chez les sujets ayant eu un cancer** : conseiller d'arrêter de fumer et proposer une prise en charge renforcée.

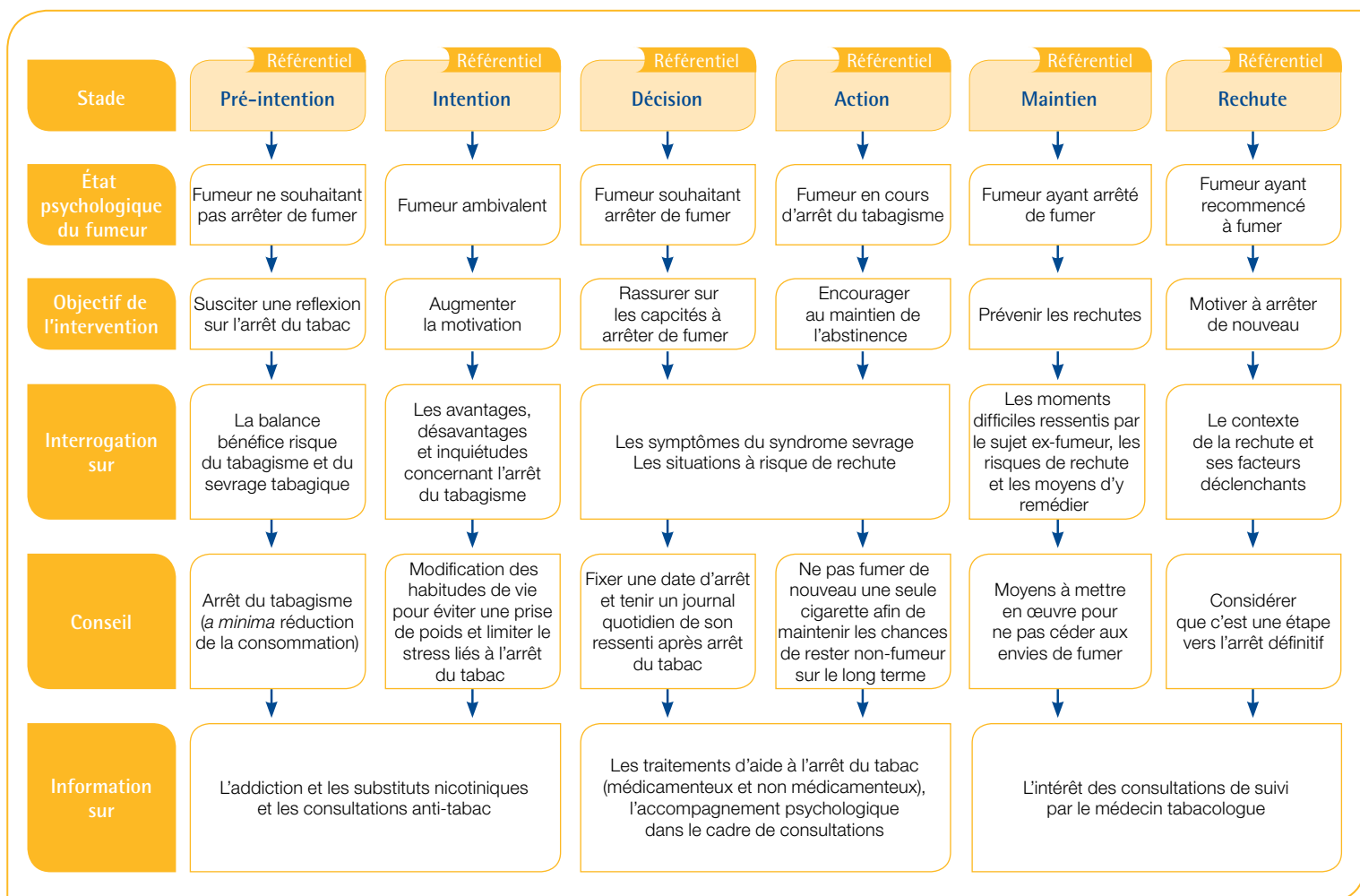
183. Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arr-et-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours

184. Pour mémoire, les substituts nicotiques sont recommandés chez les sujets coronariens fumeurs. Ils sont bien tolérés et ne provoquent pas d'aggravation de la maladie coronarienne ou de troubles du rythme.





Algorithme 1





Algorithme 2

	Référentiel Cancer de la cavité buccale	Référentiel Cancer du larynx	Référentiel Cancer bronchopulmonaire
Signes fonctionnels	<ul style="list-style-type: none"> → Douleur intrabuccale → Ulcération persistante → Dysphonie → Dysphagie → Otalgie unilatérale 	<ul style="list-style-type: none"> → Dysphonie persistante → Gêne ou douleur pharyngée → Odynophagie → Dysphagie → Otalgie 	<ul style="list-style-type: none"> → Toux → Dyspnée → Hémoptysie → Douleur thoracique → Altération de l'état général → Bronchites ou pneumonies à répétition
Examen clinique	<p>Examen de la cavité buccale</p> <ul style="list-style-type: none"> → Asymétrie faciale parotidienne ou cervicale → Ulcération chronique ou induration ou asymétrie → Leucoplasie, érythroplasie, leucoérythroplasie → Excroissance, tumeur bourgeonnante → Trouble de la mobilité linguale 	<p>→ Examen devant être pratiqué par un spécialiste</p>	<p>Examen pulmonaire</p> <ul style="list-style-type: none"> → Syndrome bronchique unilatéral avec diminution du murmure vésiculaire
Palpation des aires ganglionnaires	<ul style="list-style-type: none"> → Adénopathie sous-maxillaire 	<ul style="list-style-type: none"> → Adénopathie cervicale 	<ul style="list-style-type: none"> → Adénopathie sus-claviculaire





Algorithme 3

	Référentiel Bronchopneumopathie obstructive	Référentiel Artériopathie oblitérante des membres inférieurs	Référentiel Pathologie coronaire	Référentiel Anévrisme de l'aorte abdominale	Référentiel Accident ischémique transitoire
Signes fonctionnels	<ul style="list-style-type: none"> → Toux et expectoration chronique depuis 2-3 mois → Dyspnée persistante, progressive, apparaissant ou s'aggravant à l'exercice ou au décours d'une bronchite 	<ul style="list-style-type: none"> → Ischémie d'effort (crampe musculaire dans un mollet obligeant à s'arrêter de marcher) 	<ul style="list-style-type: none"> → Douleur thoracique rétro-sternale constrictive → Survenant à l'effort, parfois au repos → Pouvant irradier dans la mâchoire, ou le bras gauche 	<ul style="list-style-type: none"> → Asymptomatique (le plus souvent) → Douleur abdominale d'intensité et de localisation variables 	<ul style="list-style-type: none"> → Faiblesse, engourdissement de la face, du bras ou de la jambe → Diminution, perte de vision uni ou bilatérale → Difficulté de langage, de compréhension → Mal de tête sévère, soudain, inhabituel, sans cause apparente → Perte de l'équilibre, instabilité de la marche, chutes inexpliquées
Examen clinique	<p>Examen pneumologique</p> <ul style="list-style-type: none"> → Râles bronchiques → Sibilants → Diminution du murmure vésiculaire 	<p>Palpation des pouls artériels distaux</p> <ul style="list-style-type: none"> → Abolition d'un pouls distal 	<p>Électrocardiogramme</p> <ul style="list-style-type: none"> → Grandes ondes T géantes, sus-décalage du segment ST → Onde q de nécrose 	<p>Palpation et auscultation périombilicale</p> <ul style="list-style-type: none"> → Masse abdominale médiane battante, expansive et soufflante 	<ul style="list-style-type: none"> → <i>Examen devant être pratiqué par un spécialiste en urgence</i>





Mini-synthèse

Le médecin de centre d'examens de santé (CES) **peut intervenir dans l'aide à l'arrêt du tabagisme**, après accord du consultant. Les modalités de son intervention dépendront du stade d'intention d'arrêter de fumer et du temps disponible (intervention brève, intervention longue).

Pour en savoir plus

Chez le fumeur ne souhaitant pas arrêter de fumer (stade de pré-intention), l'objectif est de l'inciter à se poser des questions sur son tabagisme. À cette fin, il faut avoir une écoute bienveillante et empathique, sans juger les représentations qu'a la personne de son tabagisme et les avantages qu'il en retire, et s'informer sur la connaissance qu'il a des effets du tabac et des aides disponibles pour le sevrage. Il est recommandé de lui proposer une évaluation de son niveau de dépendance, de lui conseiller l'arrêt (éventuellement une réduction de son tabagisme avant l'arrêt définitif).

Pour en savoir plus

Chez le fumeur ambivalent (stade de l'intention), l'objectif est de l'aider à identifier les avantages qu'il retire de son tabagisme et les avantages qu'il pourrait tirer de l'arrêt du tabac, à identifier et exprimer ses inquiétudes et ses freins sur le sevrage. Il est recommandé de lui proposer une évaluation de son niveau de dépendance, de lui conseiller l'arrêt (éventuellement une réduction de son tabagisme avant l'arrêt définitif).

Pour en savoir plus

Chez le fumeur souhaitant arrêter de fumer (stade de la décision), l'objectif est de construire avec lui un plan de changement (objectifs concrets, stratégie pour arrêter de fumer). Il est pertinent de lui conseiller de fixer une date d'arrêt et d'explorer avec lui (elle) le soutien de l'entourage (social, familial, professionnel, etc.).

Pour en savoir plus

Chez le fumeur en cours d'arrêt du tabagisme (stade de l'action), l'objectif est de l'aider à mettre en œuvre les conditions optimales pour la réussite de son arrêt du tabagisme, d'anticiper avec lui les difficultés (syndrome de sevrage, risque de rechute), d'élaborer des solutions aux problèmes qu'il pense pouvoir rencontrer (gestion de la dépendance comportementale et physique) et de lui prodiguer des conseils lui permettant de maintenir son objectif d'arrêt (conseils nutritionnels, activité physique, modification des habitudes de vie).

Pour en savoir plus

Chez le fumeur ayant arrêté de fumer (stade du maintien), l'objectif est de le conforter dans son choix d'arrêter le tabagisme, en valorisant les efforts réalisés et en l'aidant à ne pas rechuter. Il est recommandé d'identifier avec lui les difficultés liées à son mode de vie ou à son entourage et de l'aider à élaborer des solutions.

Pour en savoir plus

Chez l'ex-fumeur ayant recommencé à fumer, il est recommandé de dédramatiser la situation en lui rappelant que plusieurs cycles sont parfois nécessaires avant de parvenir à un sevrage définitif. Afin de l'inciter à réengager le processus d'arrêt du tabagisme, il est nécessaire d'identifier avec lui les raisons de sa rechute et de l'aider à tirer les enseignements de cette dernière (conduite à tenir dans les situations à risque et les pensées permissives qui y étaient associées).

L'intervention longue est en pratique le plus souvent mise en œuvre par le médecin tabacologue ou le médecin traitant.

Pour en savoir plus, consulter l'annexe « Principes de base de l'intervention longue dans l'aide à l'arrêt du tabagisme ».





Tout fumeur voit des avantages et des inconvénients à fumer. Celui qui ne pense pas à arrêter de fumer considère habituellement que le tabac lui procure plus d'avantages que de désagréments. L'objectif de la consultation est d'amener le fumeur à réfléchir sur son comportement et lui permettre de comprendre ses barrières à l'abandon du tabac.

Les recommandations HAS 2014

- Afin de ne pas heurter le consultant par des questions trop intrusives, la HAS recommande de demander à ce dernier s'il est d'accord pour parler de son tabagisme.
- **Le conseil d'arrêt doit être systématique**, y compris chez les personnes ne voulant pas arrêter de fumer. Il a été montré que le conseil d'arrêt augmente de plus de 50 % la probabilité de sevrage tabagique et l'abstinence à long terme (> 6 mois).
- **Il peut également être proposé une approche de réduction de la consommation** associant un traitement nicotinique de substitution (les traitements nicotiques de substitution peuvent être utilisés comme un substitut partiel ou total du tabac, à court ou à long terme). Cette approche doit être accompagnée d'un soutien thérapeutique par un professionnel de santé.



Pour info : La HAS rappelle, dans ses recommandations publiées en 2014, que la réduction de consommation n'est pas l'objectif de la prise en charge, mais elle peut être envisagée comme une première étape vers l'abstinence chez un fumeur qui n'est pas prêt à arrêter d'un coup.

- Il est important de valoriser la démarche personnelle du fumeur dans sa tentative de diminution des risques liés au tabac.
- Il est toujours préférable d'utiliser des traitements nicotiques de substitution afin de réduire son niveau de consommation plutôt que de continuer à fumer les mêmes quantités.

Chez un fumeur qui n'a pas encore envisagé d'arrêter de fumer, **le médecin incitera le fumeur à réfléchir à la possibilité de cesser de fumer.**

- Il l'interrogera sur les avantages qu'il retire du tabagisme (gestion du stress, maîtrise des émotions négatives et maintien du poids) et les mettra en balance avec les risques qu'il prend pour sa santé (dépendance à la nicotine, augmentation du risque cardiovasculaire, bronchopneumopathie obstructive, cancers).
- Il interrogera le (la) consultant(e) fumeur(euse) sur les bénéfices pour la santé que permettrait le fait d'arrêter de fumer.
- Il rappellera au (à la) consultant(e) fumeur(euse) que l'addiction au tabac est une maladie chronique qui nécessite un traitement par un substitut nicotinique pour éviter le syndrome de sevrage (l'arrêt du tabac n'est pas une simple question de volonté).
- Il lui donnera des brochures d'information (brochures Inpes¹⁸⁵), ainsi que les coordonnées du site Internet www.tabac-info-service.fr ou de la ligne téléphonique dédiée 39 89.



Pour info

Un fumeur fait, pour obtenir sa dose de nicotine pour chaque cigarette consommée, en moyenne 10 mouvements de la main vers la bouche. Le fumeur qui consomme 20 cigarettes par jour, répète ce geste 200 fois par jour, 73 000 fois par année et 1,5 millions de fois sur une période de 20 ans. Ce sont autant de doses de nicotine et de produits toxiques inhalés au cours de cette période.

185. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Tabac. Pour arrêter de fumer. Saint Denis: Inpes; 2006. <http://www.inpes.sante.fr/50000/OM/pdf/tabac2006/PourArreter.pdf>

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Tabac. Pour faire le point. Saint Denis: Inpes; 2006. <http://www.inpes.sante.fr/50000/OM/pdf/tabac2006/PourFaireLePoint.pdf>





L'objectif est d'aider le fumeur à explorer son ambivalence et sa motivation vis-à-vis du sevrage tabagique. Tout fumeur désireux de faire une tentative d'arrêt doit être encouragé à utiliser les traitements recommandés et à être accompagné dans sa démarche par un professionnel de santé.

Les recommandations HAS 2014

- Renforcer la motivation du sujet fumeur à l'aide de l'entretien motivationnel ;
- L'aider à améliorer son sentiment de confiance en lui ;
- Explorer l'intérêt pour le fumeur d'une réduction de la consommation dans un premier temps ;
- L'orienter vers des consultations dédiées à l'arrêt du tabac.

Chez un fumeur qui pense à arrêter de fumer mais est encore ambivalent le médecin aura pour but **d'aider le fumeur à prendre la décision de cesser de fumer**.

- À cette fin, il pourra demander au (à la) consultant(e) fumeur(euse) de préciser les avantages et les désavantages d'une telle décision et l'interroger sur ses inquiétudes concernant l'abandon du tabac, notamment la prise de poids et le stress, et sur les bienfaits de cesser de fumer, par exemple sur les plans de la santé, du sentiment de liberté et des dépenses personnelles.
- Il donnera des brochures d'information (brochures Inpes), ainsi que les coordonnées du site Internet www.tabac-info-service.fr ou de la ligne téléphonique dédiée 39 89.



Les personnes qui envisagent d'arrêter de fumer sont conscientes que certains éléments peuvent déclencher soudainement le besoin de fumer :

- elles craignent les symptômes de sevrage et les fortes envies de fumer ;
- elles appréhendent le moment où elles se trouveront en présence de fumeurs dans des activités sociales ;
- elles ont peur de prendre du poids¹⁸⁶.

Les recommandations HAS 2014

- L'accompagnement par un professionnel de santé est la prise en charge la plus efficace.
- L'accompagnement psychologique est la base de la prise en charge du fumeur¹⁸⁷ et il est recommandé que l'aide à l'arrêt se fasse dans le cadre de consultations dédiées. L'accompagnement psychologique du fumeur peut prendre diverses formes, de la thérapie de soutien jusqu'à la thérapie structurée de type cognitivo-comportementale.
- Les traitements nicotiques de substitution (TNS) sont le traitement médicamenteux de première intention. Ils peuvent être prescrits dans une stratégie d'arrêt d'emblée, ou de réduction de la consommation dans un premier temps. La varénicline et le bupropion ne doivent être prescrits qu'en seconde intention, pour des cas particuliers.
- Il est recommandé un suivi hebdomadaire dans un premier temps, puis mensuel pendant les 3 à 6 mois suivants.

Chez un fumeur qui prend la décision d'arrêter de fumer et élabore une stratégie d'arrêt, **le médecin devra l'encourager à maintenir sa décision**.

- Il félicitera le fumeur de sa décision d'arrêt. Il lui suggèrera de fixer une date d'arrêt et de tenir un journal quotidien de son ressenti après arrêt du tabac.
- Il conseillera un traitement nicotique de substitution pour éviter les symptômes du sevrage et un soutien psychologique dans le cadre d'une consultation de tabacologie.
- Il préconisera des conseils pour lutter contre les envies de fumer (**voir ci-après pour mémoire**) et l'incitera à faire la liste des routines associées à sa façon de fumer afin de pouvoir élaborer des stratégies pour les contourner.
- Il donnera des brochures d'information (brochures Inpes), ainsi que les coordonnées du site Internet www.tabac-info-service.fr ou de la ligne téléphonique dédiée 39 89.

¹⁸⁶. 4 fumeurs sur 5 prendront du poids, mais cette prise de poids est en général limitée (3-5 kg)..

¹⁸⁷. Il existe une relation positive entre l'intensité de la prise en charge psychologique et comportementale (durée et nombre de contacts) et le taux d'abstinence.





Pour mémoire

Certains moments de la journée, certaines circonstances sont fortement connectés à la cigarette : boire un café, conduire dans un embouteillage, passer un coup de fil, terminer un repas.

- Au fil du temps et des événements, il se met en place un véritable conditionnement : la cigarette devient indissociable des habitudes de vie et de nombreuses activités.
- Le fumeur mesure l'existence de ces automatismes lorsqu'il arrête de fumer car, en début de sevrage, l'envie de fumer revient automatiquement dans les circonstances qui l'amenaient à prendre une cigarette.

Les envies de fumer ne durent habituellement que 2 à 3 minutes. Elles ne vont pas durer éternellement et leur fréquence et intensité diminuent progressivement.

Comment réagir en cas d'envie de fumer ?

- **S'encourager à ne pas céder en répétant des phrases de soutien personnalisées.**
Exemples : « chaque jour qui passe diminue le risque de reprendre une cigarette », « j'ai décidé de ne plus fumer. », « Je peux résister. », « Je peux me détendre autrement qu'en fumant. », « Si je résiste, je serai plus fort pour gérer une prochaine envie de fumer. », « Ça fait déjà 3 semaines que je ne fume plus. », « Je suis fier de moi. », « Je me sens en meilleure forme. »
- **S'occuper les mains et l'esprit :** avoir une activité manuelle (préparer le repas), faire un tour à l'extérieur, téléphoner à un ami, se brosser les dents, boire un verre d'eau... Cette stratégie sera d'autant plus efficace que l'activité sera plaisante
- **Se décontracter :** respirer profondément et se relaxer, se remémorer la liste de toutes les motivations qui ont été identifiées pour plus fumer.
- En cas de perte de contrôle, **se donner un délai de 15 minutes** avant d'allumer une cigarette (temps pour que la sensation d'avoir envie de fumer disparaisse).
- **Se féliciter** chaque fois qu'une envie de fumer a été surmontée.



La personne en cours d'arrêt du tabagisme est aux prises avec des difficultés inhérentes à l'abandon du tabac : symptômes de sevrage (dépendance physique), fortes envies de fumer (dépendance psychique), éléments déclencheurs du tabagisme (dépendance comportementale).

Les recommandations HAS 2014

- Mettre en place une prise en charge adaptée, dans le cadre d'une décision partagée.
- Les thérapies non-médicamenteuses recommandées en première intention sont : le soutien psychologique en face à face ou en groupe (guidance/counseling), les thérapies cognitivo-comportementales, éventuellement l'accompagnement téléphonique ou le site Internet Tabac-Info-Service.
- Les thérapies médicamenteuses recommandées en première intention sont les traitements nicotiques de substitution.

Chez un sujet qui est activement engagé dans le changement et arrête de fumer (cette période est la plus difficile pour la personne qui a cessé de fumer depuis quelques semaines), **le médecin devra l'aider à rester non-fumeur.**

- Il recherchera des symptômes du syndrome sevrage (**voir ci-après « Pour mémoire »**) qui pourraient témoigner d'un dosage insuffisant de son traitement nicotinique de substitution.
- Il félicitera l'ex-fumeur de sa décision d'arrêt et lui prodiguera des conseils pour faire face aux différentes situations pouvant déclencher l'envie de fumer (**voir ci-après « Pour mémoire »**).
- Il l'incitera à poursuivre son suivi dans le cadre de la consultation de tabacologie.
- Il rappellera les effets bénéfiques de l'arrêt du tabagisme : disparition de la dyspnée et de la toux, restauration du goût, liberté par rapport à la nicotine, amélioration esthétique (peau, haleine, couleur des dents).



La **dépendance comportementale** est liée à la dépendance psychologique et à la dépendance physique. Elle concerne spécifiquement les gestes que l'on accomplit au quotidien : boire un café, conduire dans un embouteillage, passer un coup de fil, terminer un repas.

- Au fil du temps et des événements, un conditionnement se met en place : la cigarette devient indissociable des habitudes de vie et des activités de la vie quotidienne.
- Le fumeur mesure l'existence de ces automatismes lorsqu'il arrête de fumer car, en début de sevrage, l'envie de fumer revient automatiquement dans les circonstances qui l'amenaient à prendre une cigarette.



Pour mémoire : Les symptômes de sevrage à la nicotine sont les suivants :

Symptôme	Durée	Conseils à prodiguer
Étourdissements	1 ou 2 jours	Se détendre et contrôler sa respiration
Mal de tête	Variable	Se détendre
Fatigue	2 à 4 semaines	Faire de l'exercice et dormir plus longtemps
Toux	< 7 jours	Boire de l'eau
Oppression thoracique	< 7 jours	Se détendre
Troubles du sommeil	< 7 jours	Éviter de consommer en soirée des boissons ou des aliments contenant des excitants tels le café, le chocolat et le cola
Constipation	3 à 4 semaines	Boire beaucoup d'eau, manger des aliments riches en fibres et faire de l'exercice
Faim	Quelques semaines	Prendre trois repas peu caloriques par jour
Manque de concentration	Quelques semaines	Prévoir cette situation et s'y préparer
Envie très forte de fumer	Surtout les premières semaines	S'occuper, l'envie de fumer ne dure habituellement que quelques minutes

Pour mémoire : Les conseils à donner au fumeur en cours de sevrage tabagique selon la situation peuvent être les suivants :

Problèmes rencontrés	Conseil pouvant être prodigués
Fortes envies de fumer	<ul style="list-style-type: none"> → Trouver quelque chose à faire → Attendre deux à trois minutes, le temps que l'envie passe → Respirer profondément, boire de l'eau ou manger des crudités
Contrôle du stress	<ul style="list-style-type: none"> → Éviter ou modifier les sources de stress → Modifier sa réaction au stress en utilisant des techniques de relaxation
Prise de poids	<ul style="list-style-type: none"> → Se recentrer sur son objectif initial : prioriser l'arrêt du tabac, plutôt que le contrôle du poids avec la cigarette → Adopter des habitudes telles que la pratique d'activités physiques et une alimentation équilibrée, si besoin faire appel à une consultation diététique
Impact de l'environnement social	<ul style="list-style-type: none"> → Informer les amis fumeurs de sa décision de cesser de fumer → Demander le soutien des membres de la famille, des amis et des collègues de travail
Autres éléments déclencheurs	<ul style="list-style-type: none"> → Diminuer la consommation d'alcool et de café → Modifier les habitudes favorisant le tabagisme → Éliminer les cigarettes de son environnement (tabagisme passif)





Une fois l'arrêt instauré, la prise en charge doit s'orienter autour de la prévention des rechutes. Bien que l'ex-fumeur ait recouvré sa liberté face à la dépendance, il sent qu'il doit demeurer vigilant pour éviter une rechute.

Les recommandations HAS 2014

L'objectif principal de l'aide à l'arrêt du tabagisme est **d'obtenir l'abstinence totale et son maintien à long terme**. Il est recommandé :

- de motiver l'ex-fumeur à pérenniser l'arrêt de son tabagisme et à accepter d'endurer les difficultés du sevrage ou les risques de rechute sans interrompre son sevrage ;
- un suivi hebdomadaire puis mensuel pendant 3 à 6 mois, un suivi par téléphone pouvant être nécessaires entre les consultations ;
- d'informer l'ex-fumeur sur les ressources existantes (consultations anti-tabac, aide en ligne, soutien téléphonique), en cas de besoin pour prévenir les risques de rechute, aussi bien pendant la période de sevrage qu'au-delà.

Chez un sujet qui a arrêté de fumer depuis plusieurs mois, **le médecin le confortera dans le choix positif qu'il a fait pour sa santé**.

- Il analysera avec lui les moments difficiles ressentis par le sujet ex-fumeur et dédramatisera les risques de rechute (parfois cinq à sept tentatives sont nécessaires pour cesser de fumer).
- Il lui prodiguera des conseils pour ne pas céder aux envies de fumer (**voir ci-après pour mémoire**)
- Il l'encouragera à persister dans son arrêt du tabagisme et à se faire aider, si besoin, par son médecin traitant ou un médecin tabacologue.



Pour mémoire : Les envies de fumer ne durent habituellement que 2 à 3 minutes et leur fréquence et intensité diminuent progressivement au cours du temps.

Comment réagir en cas d'envie de fumer ?

→ **S'encourager à ne pas céder en répétant des phrases de soutien personnalisées.**

Exemples : « chaque jour qui passe diminue le risque de reprendre une cigarette », « j'ai décidé de ne plus fumer. », « Je peux résister. », « Je peux me détendre autrement qu'en fumant. », « Si je résiste, je serai plus fort pour gérer une prochaine envie de fumer. », « Ça fait déjà 3 semaines que je ne fume plus. », « Je suis fier de moi. », « Je me sens en meilleure forme. »

→ **S'occuper les mains et l'esprit :** avoir une activité manuelle (préparer le repas, bricoler), faire un tour à l'extérieur, téléphoner à un ami, se brosser les dents, boire un verre d'eau. Cette stratégie sera d'autant plus efficace que l'activité sera plaisante

→ **Se décontracter :** respirer profondément et se relaxer, se remémorer la liste de toutes les motivations qui ont donné envie de ne plus fumer.

→ En cas de perte de contrôle, **se donner un délai de 15 minutes** avant de reprendre une cigarette (temps pour que la sensation d'avoir envie de fumer disparaisse).

→ **Se féliciter** chaque fois qu'une envie de fumer a été surmontée.





La rechute se définit comme la reprise non souhaitée de l'usage quotidien du tabac après une période d'abstinence volontaire dans le cadre d'une tentative d'arrêt. Les rechutes sont fréquentes : 75 à 80 % des reprises surviennent dans les 6 mois qui suivent le sevrage et concernent 40 à 80 % des ex-fumeurs à 1 an. Elles doivent être présentées comme des étapes dans la démarche d'arrêt (succès différé).

Les recommandations HAS 2014

- Prévenir le risque de rechute en aidant l'ex-fumeur à identifier et à faire face de manière appropriée à une situation pouvant favoriser la reprise du tabagisme.
- À cette fin, aider l'ex-fumeur à élaborer des stratégies adaptées à ces situations à risque.
- Réévaluer le stade de changement et analyser avec l'ex-fumeur le contexte de la rechute.
- Conseiller aux personnes de continuer à utiliser des traitements nicotiques de substitution plutôt que de risquer une rechute.

Chez un sujet qui avait arrêté de fumer et qui a repris son tabagisme, **le médecin cherchera à le déculpabiliser et continuera de le motiver à arrêter de nouveau**. Il le rassurera sur le fait qu'il ne s'agit ni de faiblesse, ni d'un manque de volonté, et qu'il est normal d'avoir envie de fumer après avoir arrêté.

- Une situation à risque bien gérée a pour conséquence une augmentation du sentiment d'efficacité personnelle et une baisse du risque ultérieur de rechute (figure 18).
- Une situation à risque mal gérée induit une baisse du sentiment d'efficacité personnelle et une suspension de l'abstinence volontaire. La dissonance cognitive entre le désir d'arrêt du tabagisme et la rechute engendre des sentiments de honte et de culpabilité ainsi qu'un sentiment de perte de contrôle (voir figure 18 ci-dessous).

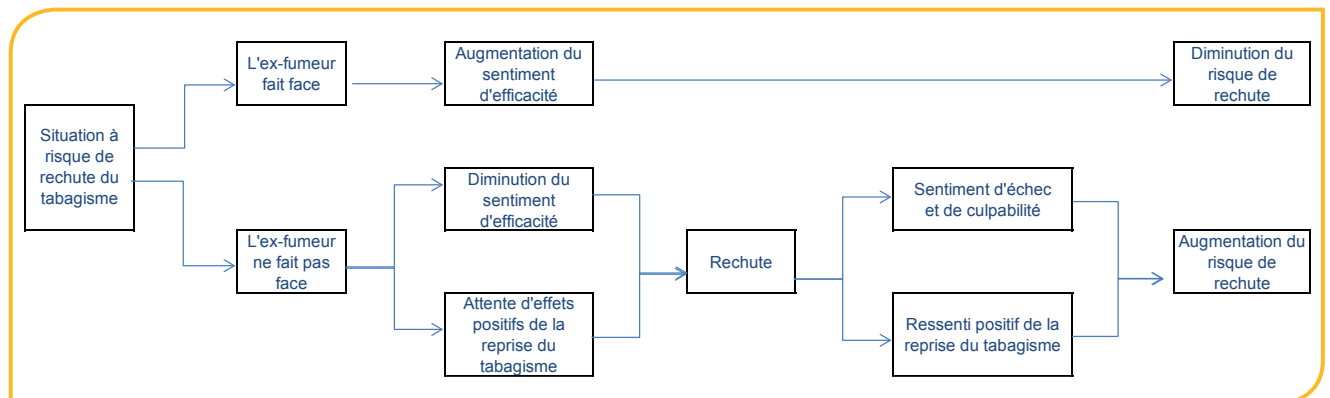


Figure 18. Modèle de rechute de Marlatt et Gordon d'après Shiffman *et al.*, 2008¹⁸⁸

Le médecin participera à la prévention des rechutes un ex-fumeur ayant rechuté à :

- contrer le sentiment de culpabilité et reprendre le contrôle sur sa consommation ;
- repérer les conditions dans lesquelles il a repris une cigarette ;
- rechercher une dépendance physique mal substituée (traitement nicotinique de substitution insuffisant) ;
- identifier la situation ayant généré la rechute (trouble anxiodépressif sous-jacent, prise de poids, ...).

188. Shiffman S, Kassel J, Gwaltney C, McChargue D. Prévention de la rechute pour la dépendance au tabac. In: Prévention de la rechute. Stratégies de maintien en thérapie des conduites addictives. Chêne-Bourg: Médecine et Hygiène; 2008. p. 123-64.





Mini-synthèse

Le sevrage tabagique est plus difficile à obtenir lors d'une polyconsommation (tabac + alcool, et/ou drogues, et/ou psychotropes), un état anxieux ou dépressif.

Les co-consommations

Une consommation peut en cacher d'autres : le repérage et l'évaluation des polyconsommations (alcool, drogues, psychotropes) doivent être systématisés.

- Une consommation précoce de tabac est un facteur de risque de pratiques addictives chez l'adulte.
- Un sevrage à un produit (autre que tabac) peut amener un sujet à compenser en fumant plus (et réciproquement).

La prévalence de la consommation de tabac parmi des sujets dépendants à l'alcool ou aux drogues illicites est élevée, et c'est dans ces populations qu'il y a le plus de résistance à diminuer ou à cesser de fumer, en comparaison avec la population générale.

- Les stratégies médicamenteuses pour les sujets polyconsommateurs sont les mêmes que pour une personne dépendante au tabac seul (substituts nicotiques, thérapies comportementales).
- L'existence d'une codépendance, notamment à l'alcool, est associée à une probabilité plus faible de rémission de la dépendance au tabac.

Chez le fumeur, la HAS recommande¹⁸⁹ de rechercher systématiquement :

Pour en savoir plus

- une consommation concomitante d'alcool par le questionnaire CAGE-DETA (*Cut down, annoyed, guilty, eye-opener* - diminuer, entourage, trop, alcool) ;

Pour en savoir plus

- une consommation concomitante de cannabis par le questionnaire CAST (*cannabis abuse screening test*).

👉 Le médecin de CES déclenchera une « synthèse anormale » qui sera envoyée (ou remise) au (à la) consultant(e) en cas de consommation concomitante d'alcool et/ou de cannabis.

Chez le fumeur polyconsommateur, il convient de rechercher une pathologie cancéreuse (poumons, sphère ORL) du fait de la potentialisation de l'effet cancérigène du tabac par l'alcool et/ou le cannabis.

👉 Le médecin de CES déclenchera une « synthèse anormale » qui sera envoyée (ou remise) au (à la) consultant(e) et envoyée à son médecin traitant, après accord de ce dernier (cette dernière), en cas de symptomatologie faisant suspecter un cancer bronchopulmonaire ou ORL.

La symptomatologie anxiodépressive

La prévalence des états anxiodépressifs est plus importante chez les fumeurs dépendants que dans la population générale.

- Le syndrome de sevrage est plus intense chez les sujets déprimés et les rechutes sont plus fréquentes.
- Les troubles anxiodépressifs survenant en cours de sevrage sont à différencier des troubles de l'humeur liés à un sous-dosage en substituts nicotiques.
- En cas de majoration des consommations, il est recommandé d'explorer un état anxieux ou dépressif sous-jacent, et de le/les prendre en charge le cas échéant.
- Il est important de rappeler au fumeur que les troubles anxieux s'améliorent à l'arrêt du tabagisme, car cela peut être un frein au sevrage.
- Il est recommandé de questionner un fumeur sur les éventuels symptômes anxieux et dépressifs survenus lors des précédentes tentatives d'arrêt (avec ou sans traitement).

Chez le fumeur, la HAS recommande¹⁹⁰ de rechercher systématiquement :

Pour en savoir plus

- un antécédent dépressif ou un état dépressif actuel en s'aidant d'un autoquestionnaire d'anxiété et de dépression tel que le HAD (Hospital anxiety-depression scale).

👉 Le médecin de CES déclenchera une « synthèse anormale » qui sera envoyée (ou remise) au (à la) consultant(e) en cas de symptomatologie faisant suspecter un état anxiodépressif.

189-190. Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.





Mini-synthèse

La détection précoce des cancers liés au tabac est recommandée car elle améliore le pronostic vital du fumeur.

Pour en savoir plus

Les cancers de la cavité buccale et du pharynx

- Le diagnostic doit être évoqué devant tout symptôme ORL unilatéral et/ou persistant (dysphagie, ulcération de la cavité buccale, otalgie), ou devant une adénopathie cervicale isolée.
- **Les symptômes n'ont rien de spécifique et sont souvent absents au début, d'où l'importance d'un examen clinique systématique de la sphère ORL de tout fumeur ou un ex-fumeur (notamment si un alcoolisme a ou a été associé).**

Pour en savoir plus

Le cancer du larynx

- Le diagnostic peut être évoqué en cas d'adénopathie cervicale associée ou non à une dysphonie, une dysphagie ou une dyspnée.
- **S'il y a suspicion de cancer du larynx, une endoscopie laryngée doit être faite dans les meilleurs délais.**

Pour en savoir plus

Le cancer bronchopulmonaire

- Le diagnostic de cancer bronchopulmonaire est évoqué devant la présence ou la persistance, chez un fumeur ou un ancien fumeur, de symptômes respiratoires (toux, dyspnée, hémoptysie).
- **S'il y a suspicion de cancer broncho-pulmonaire, une imagerie thoracique doit être faite dans les meilleurs délais.**






Les signes fonctionnels persistants à rechercher sont les suivants : douleur, ulcération persistante, trouble de la voix ou de la déglutition, gêne pharyngée unilatérale, otalgie réflexe unilatérale.

L'examen extrabuccal recherchera : une asymétrie faciale (arotidienne ou cervicale), une ulcération chronique, une induration ou une asymétrie des lèvres. Il sera complété d'une palpation des ganglions lymphatiques sous-maxillaires et cervicaux (recherche d'une adénopathie indolore à la palpation, dure plus ou moins fixée au plan profonds).

L'examen intrabuccal comportera l'examen des zones suivantes : muqueuse labiales inférieure et supérieure, muqueuse jugale, commissures labiales, muqueuse gingivale, face dorsale et ventrale de la langue, plancher buccal, palais dur et mou (l'élévation du palais mou se fait en demandant au sujet de dire «A»).

Les anomalies à rechercher sont les suivantes : une variation de la pigmentation (leucoplasie, érythroplasie, leucoérythroplasie), une ulcération chronique, une déformation localisée (asymétrie, excroissance, tumeur bourgeonnante), une induration à la palpation, un trouble de la mobilité linguale.

 Le médecin de Centre d'examens de santé (CES) déclenchera une « synthèse anormale » qui sera envoyée (ou remise) au (à la) consultant(e) et envoyée à son médecin traitant, après accord de ce dernier (cette dernière), en cas de symptomatologie faisant suspecter un cancer de la cavité buccale.




Pour information : deux modules de formation gratuite en ligne sur les cancers de la bouche, sont disponibles sur le site de l'INCa : l'un pour les médecins généralistes, l'autre pour les chirurgiens-dentistes¹⁹¹



Les signes fonctionnels à rechercher sont les suivants : une dysphonie persistante, associée ou non à une gêne ou douleur pharyngée, une odynophagie (douleur à la déglutition), une sensation de corps étranger, une dysphagie, une otalgie.


L'examen clinique : recherchera une adénopathie cervicale.

 Le médecin de CES déclenchera une « synthèse anormale » qui sera envoyée (ou remise) au (à la) consultant(e) et envoyée à son médecin traitant, après accord de ce dernier (cette dernière), en cas de symptomatologie faisant suspecter un cancer du larynx.



Les signes fonctionnels à rechercher sont les suivants : persistance de symptômes respiratoires à type de toux, de dyspnée, d'hémoptysie, de douleurs importantes aiguës ou chroniques (comme un point de côté évoquant un déchirement musculaire, des douleurs de l'épaule évoquant un rhumatisme), de perte d'appétit avec perte de poids, d'infections pulmonaires à répétition (bronchite ou pneumonie), d'asthénie inhabituelle et persistante.

L'examen clinique est peu spécifique et recherchera un syndrome bronchique unilatéral avec diminution du murmure vésiculaire.

 Le médecin de CES déclenchera une « synthèse anormale » qui sera envoyée (ou remise) au (à la) consultant(e) et envoyée à son médecin traitant, après accord de ce dernier (cette dernière), en cas de symptomatologie faisant suspecter un cancer bronchopulmonaire.

191. Institut national du cancer. Modules de formation. Détection précoce des cancers de la cavité buccale.
<http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Formation/Modules-de-formation>





Mini-synthèse

La détection précoce des maladies liées au tabac est recommandée car elle améliore le pronostic vital du fumeur.

Pour en savoir plus

La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)

- Une BPCO est suspectée devant la persistance d'une toux avec expectoration chronique, d'une dyspnée apparaissant ou s'aggravant à l'exercice ou au décours d'une bronchite, d'une diminution du volume expiratoire maximum par seconde à la spirométrie (VEMS < 80 % de la valeur théorique prédictive).
- **La confirmation diagnostique est faite par la spirométrie qui montre une diminution du rapport VEMS/CV < 70 % après administration d'un bronchodilatateur.**

Pour en savoir plus

L'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI)

- Le diagnostic d'AOMI est évoqué devant une crampe musculaire dans un mollet lors de la marche, obligeant à l'arrêt, associé ou non à la diminution ou l'abolition d'un pouls périphérique.
- **Le diagnostic est confirmé par la mesure de l'IPS (index de pression systolique) par échographie-Doppler qui permet de grader la pathologie.**

Pour en savoir plus

L'accident ischémique transitoire (AIT)

- Le diagnostic d'AIT est suspecté devant une perte de force ou un engourdissement au niveau du visage ou du membre supérieur, un trouble de la parole, notamment si l'un de ces symptômes est survenu de façon brutale ou est concomitant à des troubles de l'équilibre, une céphalée intense, ou d'une baisse de vision.
- La poursuite de l'intoxication après un infarctus cérébral expose à un risque accru d'un second événement vasculaire. **L'arrêt du tabac doit être conseillé à tout fumeur victime d'un infarctus cérébral.**
- Il est recommandé que le médecin informe les consultants à risque (antécédents vasculaires, hypertension artérielle, diabète, artériopathie des membres inférieurs) des signes cliniques faisant suspecter un AIT. **Il doit préconiser, devant ces symptômes, l'appel immédiat du Samu Centre 15.**

Pour en savoir plus

L'insuffisance coronarienne

- Le diagnostic d'insuffisance coronarienne est évoqué devant une douleur thoracique rétro-sternale constrictive, survenant à l'effort chez une personne ayant des facteurs de risque coronarien (hérédité, âge, sexe, tabac, HTA, hypercholestérolémie, diabète) et/ou des anomalies évocatrices à l'électrocardiogramme (anomalies de l'onde T ou du segment ST, onde Q de nécrose).
- **Le test d'effort confirme le diagnostic d'insuffisance coronarienne.**

Pour en savoir plus

L'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA)

- Le diagnostic d'AAA doit être évoqué chez un homme fumeur âgé de plus de 65 ans, la symptomatologie étant le plus souvent frustrée et aspécifique (douleur abdominale d'intensité et de localisation variables).
- **L'échographie-Doppler confirme le diagnostic d'AAA.**





Les signes fonctionnels : toux et expectoration chronique depuis 2-3 mois, dyspnée persistante, progressive, apparaissant ou s'aggravant à l'exercice ou au décours d'une bronchite (dyspnée dont le niveau de gravité peut être gradé, voir ci-après « Pour mémoire »).

L'examen clinique recherchera des râles bronchiques, des sibilants, une diminution du murmure vésiculaire.

L'examen paraclinique spirométrique : la BPCO peut être suspectée sur une diminution du volume expiratoire maximal seconde (VEMS < 80 % de la valeur prédictive théorique). Le diagnostic est confirmé si le rapport VEMS/CVF est < 70 % après administration d'un bronchodilatateur.

Le médecin de CES déclenchera une « synthèse anormale » qui sera envoyée (ou remise) au (à la) consultant(e) et envoyée à son médecin traitant, après accord de ce dernier (cette dernière), en cas de symptomatologie faisant suspecter une BPCO.



Pour mémoire

La dyspnée est classée en 5 stades selon l'échelle modifiée MMRC (*Medical research council*)¹⁹² :

- stade 0 : dyspnée pour des efforts soutenus (montée 2 étages) ;
- stade 1 : dyspnée lors de la marche rapide ou en pente ;
- stade 2 : dyspnée à la marche sur terrain plat en suivant quelqu'un de son âge ;
- stade 3 : dyspnée obligeant à s'arrêter pour reprendre son souffle après quelques minutes ou une centaine de mètres sur terrain plat ;
- stade 4 : dyspnée au moindre effort.

La BPCO est classée en 4 stades de gravité en fonction des résultats spirométriques :

- stade I (léger) : VEMS \geq 80 % de la valeur prédite ;
- stade II (modéré) : 50 % \leq VEMS < 80 % de la valeur prédite ;
- stade III (sévère) : 30 % \leq VEMS < 50 % valeur prédite ;
- stade IV (très sévère) : VEMS < 30 % de la valeur prédite ou VEMS < 50 % de la valeur prédite avec insuffisance respiratoire chronique grave.



Les signes fonctionnels : ischémie d'effort (crampe musculaire dans un mollet lors de la marche, obligeant à l'arrêt, et qui disparaît quelques minutes après le repos), avec ou sans signes cliniques liés à l'ischémie (le niveau de gravité pouvant être gradé, voir ci-après « Pour mémoire »).

L'examen clinique recherchera une atteinte artérielle périphérique par palpation des pouls distaux.

Le médecin de CES déclenchera une « synthèse anormale » qui sera envoyée (ou remise) au (à la) consultant(e) et envoyée à son médecin traitant, après accord de ce dernier (cette dernière), en cas de symptomatologie faisant suspecter une AOMI.

Il incitera le (la) consultant(e) à une marche quotidienne de 30 minutes à 1 heure/jour.



Pour mémoire : l'AOMI est classée en 3 stades de gravité en fonction de l'indice de pression systolique (IPS)¹⁹³ :

- ischémie d'effort asymptomatique : IPS < 0,9 ou abolition de pouls sans manifestation clinique d'ischémie ;
- ischémie d'effort symptomatique : IPS < 0,9 ou abolition de pouls avec des manifestations cliniques ischémiques ;
- ischémie permanente chronique : association de douleurs de décubitus ou de troubles trophiques depuis au moins 15 jours avec une pression artérielle systolique < 50 mmHg à la cheville.

192. European Respiratory Society, American Thoracic Society. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: research questions in COPD. Eur Respir J 2015;45(4):879-905.

193. L'IPS est calculé par le rapport de la pression artérielle systolique mesurée à la cheville sur la pression artérielle systolique humérale.





Un AIT est un épisode bref de dysfonction neurologique dû à une ischémie focale cérébrale ou rétiniennne, dont les symptômes durent typiquement moins d'une heure, sans preuve d'infarctus aigu (cette définition sous-entend que l'imagerie cérébrale soit réalisée).

Les signes fonctionnels à rechercher sont les cinq signes d'alerte définis par l'ASA (*American Stroke Association*)¹⁹⁴ de survenue brutale : **1)** faiblesse ou engourdissement uni ou bilatéral de la face, du bras ou de la jambe ; **2)** diminution ou perte de vision uni ou bilatérale ; **3)** difficulté de langage ou de la compréhension ; **4)** mal de tête sévère, soudain et inhabituel, sans cause apparente ; **5)** perte de l'équilibre, instabilité de la marche ou chutes inexpliquées, en particulier en association avec l'un des symptômes précédents.

👉 Tout déficit neurologique brutal transitoire ou prolongé impose l'appel immédiat du Samu Centre 15.

Chez une personne fumeuse et ayant un antécédent d'AIT ou de suspicion d'AIT, la poursuite de l'intoxication tabagique expose à un risque accru de nouvel accident vasculaire.

👉 L'arrêt du tabac doit être conseillé à tout fumeur ayant un AIT ou une suspicion d'AIT dans ses antécédents.

👉 Il est recommandé que le médecin informe les consultants à risque (antécédents vasculaires, hypertension artérielle, diabète, artériopathie des membres inférieurs) sur les signes d'AIT et préconise devant ces symptômes l'appel immédiat au Samu Centre 15.



Les signes fonctionnels à rechercher sont les suivants : douleur thoracique rétrosternale, constrictive ou écrasante, brûlante ou pesante (blockpnée). La douleur peut avoir une localisation atypique (mâchoire, bras, poignet, épigastre). Cette douleur thoracique est à mettre en rapport avec les circonstances de survenue (notamment à l'effort) et l'existence de facteurs de risque coronarien (hérédité, âge, sexe, tabagisme, HTA, hypercholestérolémie, diabète).

L'examen physique est souvent normal. Il recherchera l'existence d'autres localisations de l'athérosclérose (membres inférieurs, carotides, aorte abdominale).

L'électrocardiogramme de repos est souvent normal en dehors des accidents coronariens aigus. Les anomalies à rechercher sont les suivantes :

- onde T symétrique et négative (ischémie sous-épicaudique), onde T symétrique et positive (ischémie sous-endocardique) ;
- sus-décalage du segment ST (lésion sous-endocardique), sous-décalage du segment ST (lésion sous-épicaudique) ;
- onde Q de nécrose large et profonde (onde Q \geq 20 ms ou aspect QS en V2-V3 ou onde Q \geq 30 ms et profonde (\geq 0,1 mV) ou aspect QS dans deux dérivationes contiguës (DI, VL, V6 ; DII, DIII, VF ; V4 à V9).

👉 Le médecin de CES déclenchera une « synthèse anormale » qui sera envoyée (ou remise) au (à la) consultant(e) et envoyée à son médecin traitant, après accord de ce dernier (cette dernière), en cas de symptomatologie faisant suspecter une maladie coronarienne.

194. American Stroke Association, American Heart Association. What are the warning signs of stroke? Dallas: ASA; 2015. https://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@hcm/documents/downloadable/ucm_300317.pdf





Les anévrismes de l'aorte abdominale sont asymptomatiques la plupart du temps. Lorsqu'ils sont symptomatiques, la symptomatologie est aspécifique : douleur abdominale, d'intensité et de localisation variables.

Les signes fonctionnels faisant suspecter une fissuration sont les suivants : une douleur irradiante sévère (dos-abdomen, dos-aîne, dos-jambe), d'apparition soudaine et persistante malgré un traitement antalgique à doses appropriées, une syncope, des vomissements.

L'examen clinique est souvent normal. Les anévrismes de gros diamètre (> 50 mm) peuvent parfois être identifiés à l'examen clinique par une palpation et une auscultation péri- et sus-ombilicale, à la recherche d'une masse abdominale médiane battante, expansive et soufflante.

L'échographie-Doppler est l'examen diagnostique de référence.

La HAS a recommandé en 2013 le dépistage opportuniste des AAA sous-rénale chez les hommes âgés de 65 à 75 ans fumeurs ou anciens fumeurs.





Mini-synthèse

Informations à colliger

Les informations à colliger dans le dossier du Centre d'examen de santé pour un consultant donné concernent les éléments suivants :

- **le statut tabagique** actuel ou ancien, les antécédents de sevrage et de rechute, la notion d'exposition à un tabagisme passif (passé ou actuel) ;
- **une pathologie cardiovasculaire associée au tabagisme** : insuffisance coronarienne, insuffisance cardiaque, artériopathie périphérique oblitérante, antécédent d'accident vasculaire cérébral, hypertension artérielle, dyslipidémie, la poursuite du tabagisme exposant ces personnes à un haut risque de récurrence d'événement cardiovasculaire ;
- **des facteurs de risque cardiovasculaire associés au tabagisme** : un diabète, une obésité abdominale (périmètre abdominal > 102 cm chez l'homme et 88 cm chez la femme) ou une obésité (indice de masse corporelle (IMC) > 30 kg/m²) ou un surpoids (IMC compris entre 25 et 29,9 kg/m²) et/ou une sédentarité et/ou une consommation excessive d'alcool (plus de 3 verres de vin/jour chez l'homme et 2 verres/jour chez la femme) ;
- **une exposition professionnelle actuelle ou passée à des agents cancérigènes** : amiante, hydrocarbures aromatiques polycycliques, composés à base de chrome, de nickel, d'arsenic et les substances radioactives telles que le radon ;
- **une pathologie respiratoire risquant d'être aggravée par le tabagisme** : apnées obstructives du sommeil, asthme ;
- **un antécédent de cancer** car le fait de continuer à fumer après le diagnostic de cancer augmente le risque de second cancer primitif ;
- **une maladie de Crohn** dont l'évolution est aggravée par le tabagisme (augmentation de l'intensité et de la fréquence des poussées inflammatoires intestinales) ;
- **un antécédent familial d'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA)**, le risque d'AAA étant plus élevée et l'âge de survenue d'une AAA étant plus jeune en cas d'antécédent d'anévrisme dans la famille au premier degré.

Informations à transmettre au médecin traitant

Les informations médicales sur le (la) consultant(e) ne sont transmises au médecin traitant qu'après accord de ce (cette) dernier(ère).

Ces informations sont transmises dans le cadre d'une « synthèse anormale » dans les cas suivants :

- symptomatologie faisant suspecter une bronchopneumopathie obstructive ;
- symptomatologie faisant suspecter une artériopathie oblitérante des membres inférieurs ;
- symptomatologie faisant suspecter une maladie coronarienne ;
- symptomatologie faisant suspecter un cancer bronchopulmonaire ou de la sphère ORL ;
- symptomatologie faisant suspecter un anévrisme de l'aorte abdominale.
- polyaddiction à l'alcool et/ou au cannabis et/ou symptomatologie faisant suspecter un état anxieux ou dépressif pouvant aggraver la dépendance.





Définition de la dépendance



Rappels sur la dépendance psychoactive

La caractéristique essentielle de la dépendance, ou addiction, est la perte de la liberté de s'abstenir. Cela se caractérise par un désir compulsif de consommer associé à la perte de contrôle de la consommation. **Les manifestations de sevrage ou de tolérance ne sont ni suffisantes ni nécessaires à la définition de la dépendance.**

Pour qu'une substance donne lieu à des comportements addictifs, il est nécessaire qu'elle entraîne des effets positifs ou négatifs ressentis par l'utilisateur (on parle d'effet renforçant) et que l'utilisateur soit en mesure d'associer ces effets à la prise du produit pour être motivé à renouveler sa consommation.

- **Le renforcement positif** correspond aux conséquences positives du comportement de fumer qui entraînent à le renouveler toujours plus fréquemment dans le même type de conditions (exemple : sensation de plaisir ou de bien-être, amélioration des capacités cognitives ou physiques).
- **Le renforcement négatif** correspond au soulagement d'une tension négative par le comportement (exemple : soulagement d'une souffrance physique ou psychique préexistante ou due au sevrage).

La propriété renforçante d'une substance n'est pas suffisante pour expliquer l'addiction ; des facteurs environnementaux, d'apprentissage et de conditionnement interviennent également.

La définition de la dépendance qui tient lieu de référence depuis 2014¹⁹⁵ précise que trois des manifestations suivantes doivent avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

- **désir puissant ou compulsif d'utiliser** une substance psychoactive (*craving*). Chez les sujets dépendants, le *craving* peut persister pendant des années ou être réactivé, et constitue un facteur de risque de rechute ;
- **difficultés à contrôler l'utilisation** de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;
- **syndrome de sevrage** physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
- mise en évidence d'une **tolérance aux effets de la substance psychoactive** : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;
- **abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts** au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, 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.**

Selon l'OMS, la dépendance¹⁹⁶ :

- est un dysfonctionnement neuropsychique, comme cela est observé dans les maladies neurologiques ou psychiatriques ;
- est chronique et récurrente ;
- a une base biologique et génétique ;
- n'est pas simplement due à l'absence de volonté ou de désir d'arrêter.

Au cours du syndrome de sevrage, lié à l'arrêt brutal du tabagisme, les manifestations suivantes peuvent être observées : humeur dysphorique ou dépressive, insomnie, irritabilité, frustration, colère, anxiété, difficultés de concentration, fébrilité, diminution de la fréquence cardiaque, augmentation de l'appétit

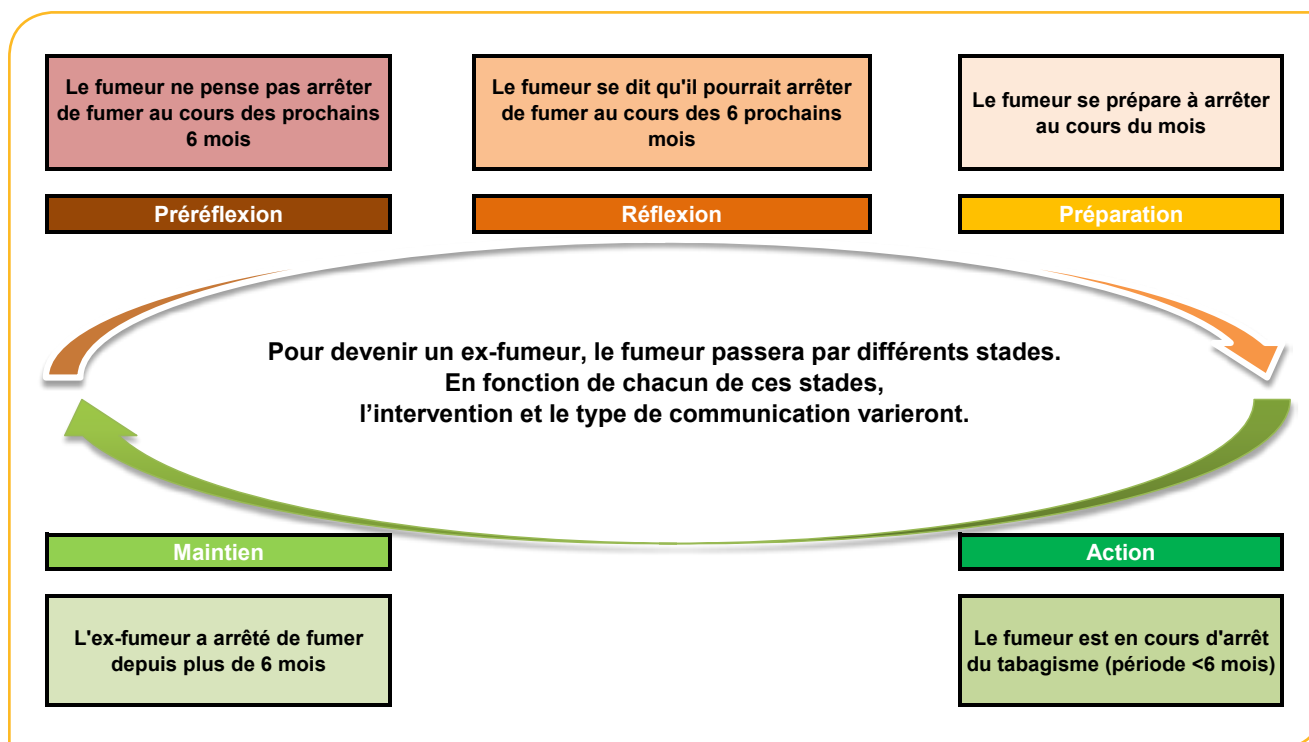
195. Organisation Mondiale de la Santé, 2008. CIM-10. Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr#>

196. Organisation Mondiale de la Santé. Neurosciences: usage de substances psychoactives et dépendance. Genève: OMS; 2004 http://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_psyoactive_substance/fr



L'entretien motivationnel est une approche relationnelle guidée et centrée sur le sujet, dont le but est de susciter ou renforcer la motivation au changement. Il est utilisé notamment dans le cadre de la prise en charge thérapeutique des addictions (tabac, alcool, drogues) et dans les situations où, malgré un intérêt évident et manifeste de changer (motivation), il demeure difficile de modifier un comportement, voire de faire un choix (ambivalence)¹⁹⁷.

Les bases de l'entretien motivationnel s'inspirent du modèle de changement de comportement de Prochaska et DiClemente¹⁹⁸. Ce modèle, grandement utilisé par les intervenants en tabacologie, suggère que plusieurs stades sont nécessaires à la transformation des comportements : préréflexion, réflexion, préparation, action, maintien, rechute.



Modèle de changement de comportement d'après Prochaska et DiClemente, 1992¹⁹⁹

Le changement de comportement

Face à quelqu'un qui a un comportement avec des conséquences néfastes pour lui et/ou son entourage, on serait tenté de se demander pourquoi cette personne s'obstine dans cette voie et n'essaye pas de changer. Le changement est une démarche complexe sous-tendue par de nombreux processus et ancrée dans de multiples dimensions. La probabilité qu'une personne décide de changer son (ses) comportement(s) est influencée par les interactions interpersonnelles (avec sa famille, ses proches, son médecin, son environnement), celles-ci pouvant faciliter ou accélérer le changement.

- Une intervention, même brève, peut faciliter ou accélérer le changement de comportement, et dans le cadre de l'entretien motivationnel, le médecin a un rôle déterminant quant à l'issue de celui-ci.
- Trois conditions sont essentielles à respecter pour permettre le changement de comportement d'une personne : être empathique de façon appropriée, chaleureux sans être possessif. L'objectif étant d'avoir une écoute réflexive contrôlée, qui permette d'éclairer les propos d'une personne sur sa vie et le sens qu'elle lui donne, sans imposer ses propres idées.

197. Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel. Concepts autour de l'EM 2015. <http://www.entretienmotivationnel.org/entretienmotivationnel/concepts/> ; de Neckere C, Dierickx C. L'Entretien Motivationnel 2010. <http://www.entretienmotivationnel.be/2010/10/entretien-motivationnel-em-1%C3%A8re-partie.html>

198-199. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. Am Psychol 1992;47(9):1102-14

La motivation, un élément essentiel du changement

Dans le cadre de l'entretien motivationnel, la motivation est considérée comme étant intrinsèque à tout individu. On ne peut en aucun cas la faire naître, ou l'augmenter artificiellement, mais on peut contribuer à réduire ou lever les obstacles à son expression grâce à la qualité de l'interaction établie avec le médecin.

Trois éléments essentiels constituent la motivation au changement :

- **l'envie du changement.** L'intensité avec laquelle la personne désire changer dépend du niveau de divergence entre la situation de la personne et son objectif idéal. Cependant, un faible niveau d'intensité n'a pas à être interprété comme de la « résistance » ou du « déni » mais à être considéré comme un stade normal dans le processus de changement. Ce faible intérêt pour le changement devient alors une piste à exploiter en développant le niveau de divergence chez la personne ;
- **la confiance dans le changement** pourrait être suffisante pour modifier son (ses) comportement(s), mais encore faut-il avoir confiance dans ses capacités de changement. En effet, non seulement il faut que la personne qui désire changer trouve une voie lui permettant de mettre en œuvre ce changement, mais également qu'elle se sente capable de l'emprunter. Dans le cas de figure où l'un de ces deux éléments manqueraient, la personne aura alors tendance à réduire l'inconfort engendré par la divergence entre sa situation et son idéal en modifiant de manière « défensive » ses processus de pensée et ses perceptions ;
- **la disposition au changement** est liée aux priorités personnelles qui sont différentes selon les individus. Il se peut qu'une personne soit désireuse de changer et s'en sente capable ou que ce ne soit pas actuellement ce qui importe le plus pour elle. Il ne faut pas voir dans le fait qu'une personne ne se sente pas prête à changer une défense rigide.

L'ambivalence ou le dilemme du changement

L'ambivalence est un aspect normal de la nature humaine et l'apparent manque de motivation doit être considéré comme une ambivalence non encore résolue, voire inconsciente. **La résolution de l'ambivalence est une étape primordiale du processus de changement et un des éléments de l'efficacité de l'entretien motivationnel** : il aide la personne à se défaire de son ambivalence, à devenir capable de prendre une décision et à opter pour un changement.

L'ambivalence est classiquement décrite sous quatre formes :

- **l'ambivalence de type attraction-attraction** au cours de laquelle la personne doit choisir entre les deux pôles d'une même alternative qu'il trouve aussi attrayants et positifs l'un que l'autre ;
- **l'ambivalence de type évitement-évitement** dans laquelle la personne doit choisir entre deux maux, chacun entraînant une conséquence négative à éviter ;
- **l'ambivalence de type attraction-évitement** dans laquelle la personne, à la fois attirée et repoussée par la même chose, s'abandonne à l'attraction, puis lui résiste temporairement, d'où un effet « yo-yo » ;
- **l'ambivalence de type double attraction-évitement** dans laquelle la personne est déchirée entre deux options A et B, ayant chacune un versant positif/attractif et un versant négatif/répulsif. Lorsque la personne choisit l'option A, le versant négatif de cette dernière apparaît en parallèle aux aspects positifs de l'option B. S'il choisit alors l'option B, le versant négatif de cette dernière apparaît et l'option A redevient plus attrayante. Cette dernière forme d'ambivalence **amène la personne à une situation de blocage et d'immobilisme.**

La balance décisionnelle

Changer de comportement implique de poser un choix entre le *statu quo* et le changement. Avant de faire un choix, une personne va naturellement évaluer les avantages et les inconvénients de ce choix. Cette évaluation se fera dans huit directions : **les gains pour soi-même, les pertes pour soi-même, les gains pour les proches importants, les pertes pour les proches importants, l'approbation des proches importants, leur désapprobation, l'auto-approbation, l'auto-désapprobation.** C'est pourquoi il n'est possible de comprendre l'ambivalence d'un individu qu'en l'ancrant dans son contexte social, familial, amical et dans son cadre de vie.

Le « discours-changement », le « discours-maintien » et « rouler » avec la résistance : des concepts clés de l'entretien motivationnel

Dans l'entretien motivationnel, la résistance est la clé d'une relation d'aide réussie, pourvue qu'on la reconnaisse pour ce qu'elle est : une opportunité. En exprimant de la résistance, la personne répète probablement un scénario qu'elle a joué mainte et mainte fois dans lequel le rôle du médecin est écrit d'avance : celui joué par les autres dans le passé. Son texte y est prévisible. S'il le dit comme les autres l'ont fait avant lui, le scénario produira les mêmes effets.



De ce fait, **dans l'entretien motivationnel, le médecin ne s'oppose pas directement à la résistance, mais « roule » ou « glisse » avec elle.** Le médecin doit, pour ce faire, bannir de son langage toute forme d'objection, d'opposition, d'argumentation, ou de contre-argumentation car :

- il est peu probable qu'il puisse arriver à convaincre une personne ambivalente ;
- toute argumentation directe de sa part risquerait de pousser la personne dans une direction opposée qu'elle peut être ensuite amenée à défendre âprement ;
- lorsqu'une personne est amenée à défendre un point de vue, elle lui est ensuite attachée car **ce qu'on exprime librement dans le but de défendre un point de vue – adopté même défensivement – contribue à forger nos croyances.**
- le médecin risque par maladresse l'évolution « négative » de la personne et de renforcer ses résistances.



Principes de base de l'intervention longue dans l'aide à l'arrêt du tabagisme



Les différentes étapes de l'intervention longue chez le fumeur ne souhaitant pas arrêter de fumer (stade de pré-intention)

- **Rappeler qu'il est bénéfique pour la santé d'arrêter de fumer** et que l'arrêt du tabac n'est pas une question de volonté mais qu'il s'agit d'une addiction qui nécessite un accompagnement thérapeutique.
- **Inciter le fumeur à réfléchir sur les risques pour sa santé** en adressant des messages positifs qui seront fonction du contexte : « Arrêter de fumer est la décision la plus importante que vous pouvez prendre pour protéger votre santé » ; « Arrêter de fumer pendant que vous êtes malade est une bonne décision, ce peut être l'occasion de reprendre votre liberté face au tabac. » ; « Arrêter de fumer améliorera votre bronchite (ou votre asthme) » ; « Il n'est jamais trop tard pour arrêter et c'est encore mieux si on arrête tôt. ».
- **Utiliser la balance décisionnelle** afin d'aider le fumeur à réfléchir sur son tabagisme : il s'agit d'un outil qui permet d'explorer les avantages et les désavantages d'une décision et de faciliter le changement (voir les exemples dans le tableau ci-après).
- **Proposer une évaluation du niveau de dépendance physique** par le test de Fagerström.
- **Rechercher une symptomatologie anxiodépressive** par le questionnaire HAD (*Hospital anxiety-depression scale*).
- **Rechercher une consommation concomitante d'alcool** par le questionnaire CAGE-DETA (*Cut down, annoyed, guilty, eye-opener* - diminuer, entourage, trop, alcool).
- **Rechercher une consommation concomitante de cannabis** par le questionnaire CAST (*cannabis abuse screening test*).

Balance décisionnelle : exemple de réponses d'un sujet fumeur			
Les avantages de l'abandon du tabac		Les avantages de fumer	
Question à poser au fumeur :	<ul style="list-style-type: none"> → « Quels avantages personnels pensez-vous retirer en cessant de fumer ? » → « Qu'est-ce qui vous attire dans l'idée d'abandonner le tabac ? » 	Question à poser au fumeur :	<ul style="list-style-type: none"> → « Quels avantages personnels retirez-vous à fumer ? » → « Qu'est-ce que vous aimez quand vous fumez ? »
Exemples de réponse du fumeur <ul style="list-style-type: none"> → « Arrêter de fumer améliore le goût et l'odorat » → « Arrêter de fumer augmente mon espérance de vie » → « Arrêter de fumer me permet de faire des économies » → « Arrêter de fumer améliore ma respiration » → « Arrêter de fumer améliore ma condition physique » 		Exemples de réponse du fumeur <ul style="list-style-type: none"> → « Fumer me calme » → « Fumer me donne du plaisir » → « Fumer améliore ma concentration » → « Fumer me permet de contrôler mon appétit » 	
Les désavantages de l'abandon du tabac		Les désavantages de fumer	
Question à poser au fumeur :	<ul style="list-style-type: none"> → « Quels désavantages personnels pensez-vous retirer de l'arrêt de votre tabagisme ? » → « Qu'est-ce qui vous déplaît dans l'idée d'abandonner le tabac ? » 	Question à poser au fumeur :	<ul style="list-style-type: none"> → « Quels désavantages personnels éprouvez-vous à fumer ? » → « Qu'est-ce que vous n'aimez pas concernant la cigarette ? »
Exemples de réponse du fumeur <ul style="list-style-type: none"> → « Si j'arrête de fumer je crois que je serais très irritable » → « Si j'arrête de fumer je ne saurais plus comment gérer mon stress » → « Si j'arrête de fumer je vais prendre du poids » → « Si je suis énervé ou anxieux je n'aurais plus ma cigarette pour me détendre et me calmer » 		Exemples de réponse du fumeur <ul style="list-style-type: none"> → « Fumer me fait tousser » → « Je suis de plus en plus essoufflé » → « Fumer me tuera un jour » → « Fumer a des conséquences sur ma santé et celle de mon entourage » → « Fumer me colore les dents » 	



Les différentes étapes de l'intervention longue chez le fumeur ambivalent (stade de l'intention)

- **Questionner le fumeur sur ses habitudes et les situations liées à son tabagisme** permet d'évaluer les représentations et croyances de ce dernier et de cibler les informations pertinentes à donner (voir le test de Horn²⁰⁰, ci-après).
- **Rappeler qu'il est bénéfique pour la santé d'arrêter de fumer** (réduction du stress, amélioration de la concentration, maîtrise de l'appétit, relaxation, occasions d'interaction sociale, absence de symptômes de sevrage).
- **Informé sur les inconvénients et risques du tabagisme** (taches sur les dents, halitose, affections parodontales, toux chronique et dyspnée, aggravation de l'asthme, risques en cas de grossesse, infertilité et impuissance, maladies cardiovasculaires, maladies pulmonaires dont la bronchite chronique et l'emphysème, cancers du poumon, du larynx et de la bouche).
- Rappeler que l'arrêt du tabagisme n'est pas qu'une question de volonté mais qu'il s'agit d'une addiction qui peut nécessiter un accompagnement thérapeutique par un professionnel.
- **Proposer de la documentation pertinente** (brochures Inpes) ou lui recommander de consulter des sites Web sur le tabac (www.tabac-info-service.fr) ou le renvoyer sur la ligne téléphonique dédiée (39 89).
- **Proposer une évaluation du niveau de dépendance physique** par le test de Fagerström²⁰¹.
- **Rechercher une symptomatologie anxiodépressive** par le questionnaire HAD (*Hospital anxiety-depression scale*)²⁰².
- **Rechercher une consommation concomitante d'alcool** par le questionnaire CAGE-DETA (*Cut down, annoyed, guilty, eye-opener* - diminuer, entourage, trop, alcool)²⁰³.
- **Rechercher une consommation concomitante de cannabis** par le questionnaire CAST (*cannabis abuse screening test*)²⁰⁴.

Test de Horn sur les habitudes tabagiques		
Situations qui déclenchent l'envie de fumer	Caractérisation du ressenti	Réponses à apporter
<ul style="list-style-type: none"> → « Les cigarettes m'aident à rester éveillé(e), concentré(e), efficace » → « Je fume pour me donner du courage, pour me mettre en forme » → « Je fume pour retrouver mon entrain » 	Stimulation	<ul style="list-style-type: none"> → « Vous pensez que fumer vous donne de l'énergie et vous remet d'aplomb » → « Vous devriez envisager des solutions de recharge qui vous donnent de l'énergie, telles que vous passer de l'eau fraîche sur le visage, vous promener d'un bon pas, faire du jogging »
<ul style="list-style-type: none"> → « C'est agréable de tenir une cigarette entre les doigts » → « Le simple fait d'allumer une cigarette procure aussi du plaisir » → « J'ai du plaisir à regarder les volutes de la fumée » 	Plaisir du geste	<ul style="list-style-type: none"> → « Vous pouvez faire beaucoup d'autres choses pour vous occuper les main » → « Essayez de gribouiller avec un crayon, de faire du tricot ... »
<ul style="list-style-type: none"> → « Fumer est pour moi une détente » → « Il y a une quantité de plaisirs dans l'acte de fumer » → « Je fume quand je me sens bien détendu(e) » 	Relaxation	<ul style="list-style-type: none"> → « Vous prenez beaucoup de plaisir physique à fumer » → « Diverses formes d'exercice peuvent remplacer cette mauvaise habitude de façon efficace »
<ul style="list-style-type: none"> → « J'allume une cigarette quand je suis soucieux(se), contrarié(e) » → « Je fume quand je suis mal à l'aise ou quand je suis énervé(e) » → « Je fume pour oublier quand j'ai le cafard » 	Anxiété, soutien	<ul style="list-style-type: none"> → « Le fait de trouver un certain réconfort dans la cigarette pendant les moments de stress peut rendre la cessation difficile » → « Il existe de nombreuses façons de faire face au stress. Utilisez des techniques de relaxation comme par exemple respirer à fond » → « La cigarette est pour vous une béquille dans les moments d'anxiété, une alliée indispensable quand l'angoisse pointe son nez... Finalement, la cigarette est-elle leur alliée ou la vôtre ? »



200. Horn D. Smoker's self testing kit. Washington: US Department of Health, Education and Welfare; 1969 ; Horn D. Behavioral aspects of cigarette smoking. J Chronic Dis 1963;(16):383-95.

201. Fagerström K. Determinants of tobacco use and renaming the FTND to the Fagerström Test for Cigarette Dependence. Nicotine Tob Res 2012;14(1):75-8.

202. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983;67(6):361-70.

203. Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. Am J Psychiatry 1974;131(10):1121-3.

204. Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. J Subst Abuse 2007;12(4):233-42.



Test de Horn sur les habitudes tabagiques

Situations qui déclenchent l'envie de fumer	Caractérisation du ressenti	Réponses à apporter
<ul style="list-style-type: none"> → « Quand je n'ai plus de cigarettes, je cours en acheter » → « Je ne suis pas dans le coup quand je ne fume pas » → « Quand je n'ai pas pu fumer pendant un moment, le désir devient irrésistible » 	Besoin absolu	<ul style="list-style-type: none"> → « Vous êtes physiquement dépendant du tabac. Vous pouvez mettre fin à cet esclavage et retrouver votre liberté » → « En plus de souffrir d'une dépendance psychologique, vous risquez également de souffrir de dépendance physique à la nicotine. Il est difficile de s'en débarrasser, mais on peut y arriver »
<ul style="list-style-type: none"> → « Je ne remarque même plus quand je fume, c'est tout à fait automatique » → « J'allume une cigarette alors qu'une autre brûle dans le cendrier » → « Je constate parfois avec étonnement que j'ai une cigarette dans la bouche » 	Habitude acquise	<ul style="list-style-type: none"> → « Votre cigarette s'impose après le repas, avec le café, elle revient en force en accompagnant vos gestes de tous les jours... N'avez-vous pas envie de rompre définitivement avec ces mauvaises habitudes ? » → « Il est important que vous preniez conscience de chaque cigarette que vous fumez : comptabilisez chaque cigarette que vous fumez » → « Il est important de rappeler aux gens que vous ne fumez pas »

Les différentes étapes de l'intervention longue chez le fumeur souhaitant arrêter son tabagisme (stade de la décision)

- **Féliciter** le fumeur de sa décision d'arrêt et **proposer de fixer une date d'arrêt** en collaboration avec son médecin traitant.
- **Inform** sur les consultations de tabacologie et les aides médicamenteuses.
- **Évaluer la dépendance physique** à la nicotine par le test de Fagerström²⁰⁵.
- **Rechercher par l'interrogatoire d'autres signes de dépendance** : rechute après une tentative d'arrêt ; sujet continuant à fumer malgré les conséquences du tabagisme sur sa santé ; sujet en souci constant d'approvisionnement de tabac.
- **Évaluer la motivation** à l'aide d'une échelle analogique visuelle (cotation de 1 à 10 de la motivation à arrêter de fumer ?).
- **Évaluer le sentiment d'efficacité** à l'aide d'une échelle analogique visuelle (cotation de 1 à 10 de la confiance que le fumeur a dans sa capacité à y parvenir).
- **Rechercher une symptomatologie anxiodépressive** par le questionnaire HAD (*Hospital anxiety-depression scale*)²⁰⁶.
- **Rechercher une consommation concomitante d'alcool** par le questionnaire CAGE-DETA (*Cut down, annoyed, guilty, eye-opener* - diminuer, entourage, trop, alcool)²⁰⁷.
- **Rechercher une consommation concomitante de cannabis** par le questionnaire CAST (*cannabis abuse screening test*)²⁰⁸.
- **Proposer une démarche d'éducation thérapeutique**.

Les différentes étapes de l'intervention longue chez le fumeur en cours d'arrêt du tabagisme (stade de l'action)

- **Féliciter l'ex-fumeur de sa décision d'arrêt** et explorer avec lui ses attentes, sa motivation et ses intentions de maintenir son abstinence.
- **Rappeler de ne pas fumer de nouveau une seule cigarette** afin de maintenir les chances de rester non-fumeur sur le long terme.
- **Renforcer la motivation du fumeur dans son sevrage** à l'aide de l'entretien motivationnel (des entretiens ou des consultations dédiés à l'arrêt du tabac sont à privilégier).

205. Fagerström K. Determinants of tobacco use and renaming the FTND to the Fagerström Test for Cigarette Dependence. *Nicotine Tob Res* 2012;14(1):75-8

206. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67(6):361-70.

207. Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 1974;131(10):1121-3.

208. Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *J Subst Abuse* 2007;12(4):233-42.



- **Prodiguer des conseils** qui permettront à la personne en cours d'arrêt du tabagisme de gérer les difficultés inhérentes à l'abandon du tabac : symptômes de sevrage, fortes envies de fumer, éléments déclencheurs du tabagisme.
- **Conseiller de continuer le suivi** en consultation de tabacologie ou avec le médecin traitant.
- **Rappeler** que l'addiction au tabac est une maladie chronique et que le traitement substitutif nicotinique peut être prolongé aussi longtemps que nécessaire.
- **Rappeler les symptômes du syndrome de manque de nicotine** pour permettre à la personne d'ajuster les doses de substituts nicotiniques (**voir ci-après « Pour mémoire »**).
- **Rechercher une symptomatologie anxiodépressive** par le questionnaire HAD (*Hospital anxiety-depression scale*)²⁰⁹.
- **Rechercher une consommation concomitante d'alcool** par le questionnaire CAGE-DETA (*Cut down, annoyed, guilty, eye-opener* - diminuer, entourage, trop, alcool)²¹⁰.
- **Rechercher une consommation concomitante de cannabis** par le questionnaire CAST (*cannabis abuse screening test*)²¹¹.



Pour mémoire

- Les symptômes pouvant révéler un **sous-dosage en substitut nicotinique** sont les suivants : troubles de l'humeur, insomnie, irritabilité, frustration, colère, anxiété, difficultés de concentration, augmentation de l'appétit ; fièvre, et/ou persistance des pulsions à fumer, voire prise persistante de cigarettes ;
- Les symptômes pouvant révéler un **surdosage en substitut nicotinique** sont les suivants : palpitations, céphalées, bouche « pâteuse », diarrhée, nausées, lipothymies, insomnie

Les différentes étapes de l'intervention longue chez le fumeur ayant arrêté son tabagisme (stade du maintien)

- **Féliciter l'ex-fumeur** de sa persévérance et explorer avec lui ses attentes, sa motivation et ses intentions de maintenir son abstinence.
- **Rappeler de ne pas fumer de nouveau une seule cigarette** afin de maintenir les chances de rester non-fumeur sur le long terme.
- Inviter la personne à remplir, lorsqu'elle ressent l'envie de fumer ou lorsqu'elle a craqué, une **fiche d'analyse de ses pensées dysfonctionnelles** afin de l'aider à mieux les analyser et y remédier (**voir ci-après « Pour mémoire »**).
- **Conseiller de consulter** un médecin tabacologue ou son médecin traitant en cas de difficultés et de risque de rechute.
- **Anticiper les risques de rechute** en analysant avec l'ex-fumeur les circonstances déclenchantes éventuelles et les moyens d'y remédier.
- **Rechercher une symptomatologie anxiodépressive** par le questionnaire HAD (*Hospital anxiety-depression scale*)²¹².
- **Rechercher une consommation concomitante d'alcool** par le questionnaire CAGE-DETA (*Cut down, annoyed, guilty, eye-opener* - diminuer, entourage, trop, alcool)²¹³.
- **Rechercher une consommation concomitante de cannabis** par le questionnaire CAST (*cannabis abuse screening test*)²¹⁴.

209. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67(6):361-70.

210. Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 1974;131(10):1121-3.

211. Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *J Subst Abuse* 2007;12(4):233-42

212. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67(6):361-70.

213. Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 1974;131(10):1121-3.

214. Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *J Subst Abuse* 2007;12(4):233-42.





Pour mémoire : Fiche de soutien psychologique d'après la recommandation de bonne pratique HAS 2014 « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence », adaptée des fiches d'autoévaluation de Beck.

Événement / Situation	Émotion / Réactions	Pensée automatique	Pensée alternative
Ce qui se passe	Ce que je ressens et fais	Ce que je me dis	Ce que je pourrais me dire d'autre
Je suis chez des amis, il y a une bonne ambiance	Content, j'allume une cigarette	Juste une, pour une fois !	Tout va bien...et je risque de me faire avoir...
Mon chef (mon conjoint) m'a fait des reproches	Découragé, frustré, j'allume une cigarette	Ça va me calmer	Ça ne règle rien...et je vais avoir deux problèmes si en plus je recommence à fumer
Mon fils est tombé malade	Anxieux, stressé, j'allume une cigarette	Ce n'est pas pareil, il faut faire face	D'abord penser à me détendre et à lâcher prise. Fumer ne réglera pas les problèmes
J'ai du mal à me concentrer sur mon travail	Fatigué, abattu, je fais une pause cigarette	Ça va me stimuler	Marcher dehors pour changer d'air me fera plus de bien et me donnera le temps de réfléchir

Les différentes étapes de l'intervention longue chez l'ex-fumeur ayant repris son tabagisme (stade de la rechute)

- **En cas de rechute, réévaluer le stade** dans lequel se trouve la personne.
- **Analyser le contexte de la rechute** et ses facteurs déclenchants : situation identifiée mais non gérée, situation non identifiée au préalable. Exemples : ressenti d'une émotion négative (colère, frustration, dépression, ennui), conflit entre personnes (famille, collègues), pression sociale (directe par une personne ou indirecte dans une situation où il y a d'autres fumeurs comme lors d'une soirée).
- **Renforcer la motivation du fumeur à reprendre son sevrage** à l'aide de l'entretien motivationnel (des entretiens ou des consultations dédiés à l'arrêt du tabac sont à privilégier).
- **Prodiguer des conseils** qui permettront à la personne en cours d'arrêt du tabagisme de gérer les difficultés inhérentes à l'abandon du tabac : symptômes de sevrage, fortes envies de fumer, éléments déclencheurs du tabagisme.
- **Rechercher une symptomatologie anxiodépressive** par le questionnaire HAD (*Hospital anxiety-depression scale*)²¹⁵.
- **Rechercher une consommation concomitante d'alcool** par le questionnaire CAGE-DETA (*Cut down, annoyed, guilty, eye-opener* - diminuer, entourage, trop, alcool)²¹⁶.
- **Rechercher une consommation concomitante de cannabis** par le questionnaire CAST (*cannabis abuse screening test*)²¹⁷.

215. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67(6):361-70.

216. Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 1974;131(10):1121-3.

217. Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *J Subst Abuse* 2007;12(4):233-42.



Les principes de base de l'éducation thérapeutique (ETP) du sujet fumeur sont rappelés ci-après. Pour plus de détails se référer aux documents suivants :

- la recommandation HAS 2007 « Éducation thérapeutique du patient : comment la proposer et la réaliser ? » ;
- le « Dossier de tabacologie », Inpes 2007.

La démarche d'ETP se planifie en suivant les 4 étapes suivantes :

- 1) le diagnostic éducatif qui correspond au recueil des besoins et des attentes du sujet fumeur.
- 2) le projet de soins qui correspond à la négociation des objectifs éducationnels et des moyens à mettre en œuvre.
- 3) la réalisation du projet qui correspond à la mise en place de séances éducatives individuelles ou de groupe.
- 4) la révision du projet qui correspond à l'analyse des résultats et réajustement des objectifs et des moyens.

Étape 1 : Élaborer un diagnostic éducatif

- Le diagnostic éducatif est indispensable à la connaissance du sujet fumeur, à l'identification de ses besoins et de ses attentes et à la formulation avec lui des compétences à acquérir, mobiliser et maintenir en tenant compte de ses priorités.
- C'est l'occasion d'identifier la réceptivité du sujet fumeur à la proposition d'une ETP.
- Le diagnostic éducatif doit être actualisé régulièrement et systématiquement lors de la survenue de tout élément nouveau.

Étape 2 : Définir un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage

- À la fin de la séance d'élaboration du diagnostic éducatif, il s'agit de préciser avec le sujet fumeur les compétences à acquérir au regard de son projet d'arrêt du tabagisme et de la stratégie thérapeutique, afin de planifier un programme individuel.

Étape 3 : Planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP

Cette étape consiste à :

- sélectionner les contenus à proposer lors des séances d'ETP, les méthodes et techniques participatives d'apprentissage ;
- proposer une planification des séances d'ETP, selon les possibilités locales (accessibilité géographique, disponibilité des professionnels de santé), les besoins et préférences du sujet fumeur (une alternance de séances collectives et individuelles peut être soit prévue d'emblée dans la planification individuelle du programme, soit planifiée en cours de déroulement du programme en fonction des besoins du sujet fumeur.

Étape 4 : Réaliser une évaluation individuelle de l'ETP

- L'évaluation individuelle peut être faite à la fin de chaque offre d'ETP et à tout moment du déroulement du programme si le professionnel de santé le juge nécessaire ou si le sujet fumeur la sollicite.
- Les objectifs de l'évaluation individuelle sont de mettre en valeur les transformations intervenues chez le sujet fumeur (acquisition de compétences, vécu du sevrage tabagique au quotidien, autodétermination, capacité d'agir), d'actualiser le diagnostic éducatif, de partager des informations et d'organiser une concertation avec les professionnels impliqués dans la prise en charge, de proposer au sujet fumeur une nouvelle offre d'éducation thérapeutique si besoin.

Description

La cigarette électronique comporte un réservoir contenant de la nicotine liquide à diverses concentrations, fonctionne avec une batterie rechargeable et ressemble à une vraie cigarette. L'utilisateur aspire comme il le ferait avec une vraie cigarette, l'aérosol de vapeur d'eau produit sans combustion par chauffage de la solution contenue dans le réservoir.

Le principal composant de l'aérosol, outre la nicotine lorsque celle-ci est présente, est le propylène glycol, auquel peuvent s'ajouter du glycérol et des aromatisants aromatisants (arôme de tabac, de menthe, de fruits, de chocolat, etc.).

Efficacité

Les avis des experts sont partagés autour de la cigarette électronique, certains y voyant un instrument avec un potentiel de réduction des risques, alors que d'autres craignent un piège possible, la cigarette électronique pouvant devenir une porte d'entrée vers le tabagisme au niveau individuel et la renormalisation de fumer au niveau social.

- Les données scientifiques sur l'efficacité des inhalateurs électroniques de nicotine, comme méthode de sevrage tabagique, sont limitées et ne permettent pas de tirer des conclusions.
- Des données empiriques montrent qu'une proportion indéterminée d'utilisateurs d'inhalateurs électroniques de nicotine ont arrêté de fumer à l'aide de ces produits, mais leur efficacité n'a pas encore été systématiquement évaluée.

Toxicité

Avec l'e-cigarette, **la vitesse d'apparition dans le sang de la nicotine est intermédiaire entre celle obtenue avec des cigarettes de tabac et celle obtenue avec les substituts nicotiques oraux.**

- Le taux plasmatique de nicotine obtenu avec une e-cigarette est variable : il est fonction du contenu en nicotine, du type d'e-cigarette et de la façon de l'utiliser.

Les effets à court terme de l'utilisation d'inhalateurs électroniques de nicotine comprennent l'irritation des yeux et des voies respiratoires que provoque l'exposition au propylène glycol.

Les éléments d'information basés sur l'évaluation des composés chimiques présents dans les liquides utilisés dans les inhalateurs électroniques de nicotine et dans l'aérosol qu'ils produisent suggèrent :

- une cytotoxicité liée à la concentration et au nombre d'aromatisants utilisés dans le liquide ;
- un effet cancérigène lié à une concentration de substances toxiques, telles que le formaldéhyde ou l'acroléine ;
- un effet toxique lié à la granulométrie des particules produites par les inhalateurs électroniques, beaucoup plus fine que celles présentes dans la fumée de cigarette.

Conclusion sur la place de l'e-cigarette en France

En attendant de répondre aux questions qui restent en suspens sur la cigarette électronique et au regard des connaissances en 2016, les conseils à donner au fumeur doivent prendre en compte les trois principes suivants :

- **le principe de réalité** : l'e-cigarette est disponible et utilisée en France, alors que ses effets sur la santé ne sont pas suffisamment connus ;
- **le principe de prévention** : donner aux fumeurs une alternative au tabac en théorie nettement moins dangereuse pour leur santé, en raison de l'absence de combustion de tabac, est à mettre en balance avec le risque d'attraction vis-à-vis des jeunes et des non-fumeurs, ainsi que le risque de renormalisation du fait de fumer.
- **le principe de précaution** : l'utilisation d'inhalateurs électroniques de nicotine dans les lieux où il est interdit de fumer accroît l'exposition passive aux substances toxiques qui sont présentes dans l'aérosol exhalé.

Méthodes contraceptives recommandées et non-recommandées chez la femme fumeuse



Les estroprogestatifs sont contre-indiqués chez la femme fumeuse ; la substitution par une méthode progestative seule ou par une autre contraception est recommandée. **Une information sur les possibilités d'aide au sevrage tabagique doit être systématiquement donnée aux femmes fumeuses sous contraception estroprogestative.**

Les méthodes contraceptives recommandées et non recommandées d'après la HAS, 2013²¹⁸, en fonction de l'âge et du statut tabagique de la femme et des autres facteurs de risque cardiovasculaire sont décrites dans le tableau ci-dessous.

Femme fumeuse				
Méthodes contraceptives	Âge < 35 ans	Âgée ≥ 35 ans		Âge indifférent
	Absence d'autre facteur de risque cardiovasculaire			+ diabète et/ou HTA
	Nbre cigarettes/j indifférent	< 15 cigarettes /j	≥ 15 cigarettes /j	Nbre cigarettes/j indifférent
Pilule microprogestative	Recommandée en 1 ^{ère} intention*			-
Pilule estroprogestative	Utilisable en seconde intention [†]	Utilisable en 3 ^{ème} intention [§]	Non recommandée [‡]	Utilisable en 3 ^{ème} intention [§]
Pilule microprogestative	-	-	-	Utilisables en 2 ^{ème} intention [†]
Implant progestatif	Recommandé en 1 ^{ère} intention*			Utilisables en 2 ^{ème} intention [†]
Patch estroprogestatif	Utilisable en 2 ^{ème} intention [†]	Utilisable en 3 ^{ème} intention [§]	Non recommandé [‡]	Utilisable en 3 ^{ème} intention [§]
Progestatif injectable	Recommandé en 1 ^{ère} intention*			-
Dispositif intra-utérin au cuivre	Recommandé en 1 ^{ère} intention*			
Dispositif intra-utérin au levonorgestrel	Recommandé en 1 ^{ère} intention*			Utilisable en 2 ^{ème} intention [†]
Anneau intravaginal	Utilisable en 2 ^{ème} intention [†]	Utilisable en 3 ^{ème} intention [§]	Non recommandé [‡]	Utilisable en 3 ^{ème} intention [§]

OMS = Organisation Mondiale de la Santé ; HTA = hypertension artérielle.

(*) = Méthode contraceptive utilisable sans aucune restriction d'utilisation ou de suivi (catégorie 1 de l'OMS[¥]).

(†) = Méthode contraceptive nécessitant un suivi plus attentif qu'en règle normale (catégorie 2 de l'OMS[¥]).

(§) = Méthode non recommandée excepté si aucune autre méthode appropriée n'est disponible ou acceptable et nécessitant un suivi rigoureux (catégorie 3 de l'OMS[¥]).

(‡) = Méthodes contraceptives à ne pas utiliser (catégorie 4 de l'OMS[¥]) car l'emploi de la méthode expose à un risque inacceptable pour la santé.

(¥) = Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, établis par (OMS, 4^e édition, 2009).

218. Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme à risque cardiovasculaire. Fiches Mémo. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638478/fr/contraception-chez-la-femme-a-risque-cardiovasculaire





Conformément à la méthode définie pour l'actualisation des référentiels de pratiques des Centres d'examens de santé, il a été décidé de regrouper, dans le tableau « Littérature source » en fin de document, les références utilisées pour élaborer le référentiel.

- Les données chiffrées sont issues principalement des documents de l'INCa et de l'InVS.
- Pour les données non issues d'un des rapports listés dans le tableau « Littérature source », une note de bas de page précise la référence ad hoc.

L'actualisation du référentiel de pratique ne fait pas appel à une lecture critique de la littérature selon la méthode traditionnellement en usage à la HAS. Conformément au guide méthodologique prédéfini la recherche a été centrée sur les recommandations issues de la HAS, de l'ANSM (anciennement Afssaps) publiées au cours des 10 dernières années (2002-2012²¹⁹), complétée des rapports suivants : guide ALD de la HAS, rapports d'étude d'évaluation des technologies de santé de la HAS, rapports d'évaluation des programmes et politiques de santé publique de la HAS, rapports du Haut conseil de santé publique, conférences de consensus, auditions publiques, rapports issus de l'INCa et de l'InVS et rapports d'agences de santé étrangères et groupe Cochrane.

Littérature utilisée pour l'actualisation du référentiel de pratique des CES sur la prévention et le dépistage des maladies liées au tabagisme chronique

Origine	Année de publication	Type	Titre
HAS	2014	Recommandation de bonne pratique	Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours
		Guide du parcours de soins	Bronchopneumopathie chronique obstructive
Inserm	2014	Expertise collective	Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement
HAS	2013	Focus	Cancer broncho-pulmonaire : le parcours de soins doit préserver en priorité une qualité de vie
INCa	2013	Rapport	Survie des personnes atteintes de cancer en France 1989-2007. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim
			La situation du cancer en France en 2012
Inpes	2013	Enquête	Le tabagisme en France. Analyse de l'enquête Baromètre santé 2010
InVS	2013	Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire	Numéro thématique. Journée mondiale sans tabac
OFT	2013	Rapport	Rapport et avis d'experts sur l'e-cigarette
Drees	2012	Rapport	L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Objectif 4 : tabagisme passif
			L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Objectif 3 : Prévalence du tabagisme quotidien
HAS	2012	Recommandation en santé publique	Pertinence de la mise en place d'un programme de dépistage des anévrismes de l'aorte abdominale en France
HCSP	2012	Avis	Augmentation des taxes sur le tabac en vue de réduire la prévalence du tabagisme en France
Insee	2012	Tableau de l'Économie Française	Tabac – Alcool – Toxicomanie
IRDES	2012	Article	Questions d'économie de la santé. L'effet des interventions contre la consommation de tabac : une revue des revues de littérature
OFT	2012	Enquête	Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011
HAS	2011	Recommandation en santé publique	Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées
INCa	2011	Fiche repère	Cancers et tabac
			Alcool et cancer
			Sevrage tabagique et prévention des cancers



219. Des documents antérieurs à 2002 ont été utilisés lorsque qu'aucune publication plus récente n'avait été identifiée sur la thématique concernée.



Origine	Année de publication	Type	Titre
Inpes	2011	Rapport	Rapport national ITC France. Résultats de la deuxième vague
InVS	2011	Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire	Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du Baromètre santé, France, 2010 Numéro thématique. Journée mondiale sans tabac
HCSP	2010	Rapport	Objectifs de santé publique. Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004. Propositions
INCa	2010	Fiche repère	Cancers et tabac chez les femmes
		Rapport	Dynamique d'évolution des taux de mortalité des principaux cancers en France
		Fiche repère	Cancers et tabagisme passif
		Rapport	La situation du cancer en France en 2010
Inpes	2010	Enquête	Premiers résultats du baromètre santé 2010. Evolutions récentes du tabagisme en France
HAS	2009	Avis	Champix (varénicline). Intérêt clinique en seconde intention dans le sevrage tabagique après échec des traitements nicotiniques de substitution
		Recommandation de bonne pratique	Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce
INCa	2009	Fiche repère	Risques de cancers et produits du tabac « sans fumée »
			La chicha et risques pour la santé
OFDT	2009	Enquête	Alcool, tabac et cannabis à 16 ans. Evolutions, usages récents, accessibilité et modes de vie. Premiers résultats du volet français de l'enquête ESPAD 2007
			Les drogues à 17 ans. Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008
CIRC	2008	Rapport	World cancer report 2008
Inpes	2008	Recommandation de bonne pratique	Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves
HAS	2007	Recommandation en santé publique	Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique : efficacité, efficience et prise en charge financière
		Guide Affection de Longue Durée	Artériopathie oblitérante des membres inférieurs
			Maladie coronarienne
Recommandation	Éducation thérapeutique du patient : comment la proposer et la réaliser?		
Inpes	2007	Dossier patient	Dossier de tabacologie
OFDT	2007	Enquête	Drogues à l'adolescence en 2005. Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France. Résultats de la cinquième enquête nationale ESCAPAD
Ministère de la santé	2005	Rapport	Indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
HAS	2004	Référentiel d'évaluation des pratiques	Aide au sevrage tabagique
			Repérage des fumeurs et initiation du sevrage tabagique
		Conférence de consensus	Grossesse et tabac
OFDT	2004	Enquête	Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommations en 2003 et évolutions depuis dix ans
			Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France. ESCAPAD 2003



Origine	Année de publication	Type	Titre
ANSM	2003	Recommandation de bonne pratique	Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac
OFDT	2003	Enquête	Drogues et adolescence. Usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans, évolutions récentes ESCAPAD 2002
			Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée. ESPAD 99 France
			Santé, mode de vie et usages de drogues à 18 ans. ESCAPAD 2001
ORS Ile-de-France	2002	Enquête	Les connaissances, attitudes et perceptions des Franciliens à l'égard du tabac
Inserm	1999	Expertise collective	Maladies parodontales : thérapeutiques et prévention
CIRC		Monographies	Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (anciennement Afssaps, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) ; **CIRC** : Centre International de Recherche contre le Cancer ; **Drees** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; **HAS** : Haute Autorité de Santé (anciennement ANAES, Agence nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) ; **HCSP** : Haut Conseil de la santé publique ; **INCa** : Institut national du Cancer ; **Inpes** : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ; **Insee** : Institut national de la statistique et des études économiques ; **Inserm** : Institut national de la santé et de la recherche médicale ; **InVS** : Institut de veille sanitaire ; **IRDES** : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé ; **ORS Ile-de-France** : Observatoire Régional de la Santé Ile-de-France ; **OFDT** : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies ; **OFT** : Office Français de prévention du Tabagisme.



Ce référentiel est téléchargeable
sur www.has-sante.fr

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

5 avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : +33 (0) 1 55 93 70 00 - Fax : +33 (0) 1 55 93 74 00

