

3 POURQUOI TRAITER ?

3.1 Epidémiologie

Le tabagisme est, en France, directement responsable de 60 000 décès par an (55 000 hommes et 5 000 femmes), soit 10 à 12 % de la mortalité d'ensemble. Environ un fumeur sur deux décède d'une maladie favorisée ou causée par le tabagisme. Le tabagisme est responsable de 25 % de l'ensemble des cancers : broncho-pulmonaires, ORL, mais aussi cancer de la vessie et du pancréas. Il est responsable d'une grande part des décès par maladies cardiovasculaires (maladie coronarienne, artériopathie, AVC) et d'affections respiratoires. Le tabagisme passif serait également à l'origine de nombreux décès prématurés de non-fumeurs et provoque une morbidité importante chez les enfants. Le tabac est un facteur aggravant amendable des affections chroniques : hypertension artérielle, diabète de type I et II, insuffisance rénale chronique, asthme. Bien que la nicotine puisse provoquer des troubles par elle-même, la dangerosité de la consommation du tabac est causée par les carcinogènes et le monoxyde de carbone présents dans la fumée et non par la nicotine.

La consommation française de tabac a plus que doublé depuis 1950 et atteint actuellement près de 6 grammes (soit environ 6 cigarettes) par adulte et par jour. Cette augmentation est en majeure partie due à la cigarette qui représente à présent la quasi-totalité de la consommation de tabac (95 à 100 milliards de cigarettes ou d'équivalents cigarettes vendus en France).

Depuis 20 à 30 ans, le tabagisme masculin diminue régulièrement, mais le tabagisme féminin augmente peu à peu. Le tabagisme des adolescents se maintient à un niveau particulièrement élevé. Actuellement entre 16 et 18 ans, environ la moitié des jeunes fument régulièrement avec une consommation moyenne de 10 cigarettes/j. Le pourcentage de filles et de garçons semble équivalent. La mortalité par cancer du poumon a fortement augmenté chez les femmes ces dernières années. Elle risque même de dépasser celle par tumeur du sein d'ici 10 à 15 ans, d'après les prévisions. [6].

3.2 Utilité de l'arrêt

L'arrêt du tabac permet de réduire la sur-mortalité liée à cette consommation. L'arrêt est toujours bénéfique pour la santé, même dans le cas d'une consommation très faible de

seulement quelques cigarettes. L'excès de mortalité lié uniquement au tabagisme passif permet de concevoir qu'une consommation même modérée de tabac soit néfaste. Il est également bénéfique pour la santé de s'arrêter même après des décennies de consommation et après l'apparition d'une pathologie liée au tabagisme. En revanche, le bénéfice de l'arrêt est variable selon la pathologie considérée. L'effet le plus spectaculaire est obtenu sur le risque de pathologie cardiovasculaire liée à la consommation de tabac qui disparaît presque totalement quelques années après l'arrêt. Le risque de cancer diminue également après l'arrêt mais plus lentement. Dans le cas des BPCO, l'arrêt du tabagisme permet de stabiliser la diminution de la fonction respiratoire. Il n'y a pas, dans ce cas, récupération d'une fonction pulmonaire normale, les lésions étant installées de façon irréversible [7]. L'arrêt du tabac est par ailleurs hautement souhaitable dans des pathologies aggravées par le tabac (hypertension artérielle, Diabète de type I et II, insuffisance rénale, asthme) afin de stabiliser ou de ralentir l'évolutivité de ces maladies.

3.3 Histoire naturelle de la consommation tabagique

Les effets bénéfiques ressentis :

Le comportement tabagique a été progressivement appris, l'initiation relevant de phénomènes d'imitation, de rites, et de contagion de groupe. Chez certains sujets, très rapidement apparaissent les sensations ressenties comme bénéfiques, apportées par la cigarette. La consommation tend à devenir régulière et à augmenter plus ou moins rapidement du fait de la tolérance. Le comportement est renouvelé pour obtenir ces effets : c'est ce que les psychologues appellent le *renforcement positif*. Ces effets sont variables d'un sujet à l'autre. Fréquemment sont décrits des sensations de plaisir, de satisfaction, de détente, de bien-être, de stimulation intellectuelle. La cigarette possède également des propriétés anorexigènes. C'est aussi un soutien dans les situations de stress, de stimulation générale lorsque le moral baisse ou encore un moyen d'affirmation de soi en cas d'anxiété sociale.

Le syndrome de sevrage :

Il est observé chez les sujets qui fument régulièrement et qui arrêtent ou diminuent brutalement leur consommation [8]. Ce syndrome comprend des troubles de l'humeur avec une humeur instable ou déprimée, une insomnie, de l'irritabilité, de la nervosité, de la colère ou un sentiment de frustration. On observe fréquemment de l'anxiété, des troubles de la concentration. A l'inverse, certains patients sont très actifs et ne peuvent s'arrêter de s'activer à toutes sortes de tâches. On observe une diminution des rythmes cardiaques d'environ 8 battements/min en moyenne et une augmentation de l'appétit avec une prise de poids moyenne de 2 à 4 kilogrammes. Des pulsions irrésistibles (compulsion) à reprendre une cigarette sont fréquemment observées, ainsi qu'une appétence pour les aliments sucrés. Une augmentation de la toux est courante dans les premiers jours de l'arrêt ainsi qu'une diminution des performances sur des tâches qui demandent une vigilance élevée. Le syndrome de sevrage débute en quelques heures et est le plus intense dans les 24 – 48 heures qui suivent l'arrêt. La plupart des symptômes durent environ quatre semaines, mais les pulsions à fumer et l'irritabilité peuvent persister six mois ou plus. L'intensité du syndrome de sevrage est variable d'un patient à l'autre. Il est plus marqué dans le cas d'une consommation de cigarettes par rapport aux cigares ou à la pipe [3]. Tous ces troubles sont dus en large part au manque de nicotine. Ces symptômes peuvent être considérablement atténués, voire supprimés par un apport de nicotine en quantité suffisante. Certains sujets fument pour supprimer la sensation désagréable qui survient lors du sevrage : c'est le *renforcement négatif*.

Après plusieurs années de consommation, le fumeur constate que de nombreuses cigarettes sont fumées sans réellement ressentir de plaisir. Il devient impossible de passer plus de quelques heures sans fumer, car les symptômes du manque apparaissent. Le fumeur passe alors du stade de fumeur heureux qui ne se pose pas de question sur son tabagisme au stade du fumeur qui envisage de s'arrêter un jour, puis qui effectue une tentative d'arrêt. La prise de conscience met plusieurs années à s'installer. Ces différentes étapes de motivation ont été modélisées par Prochaska [9]. Cet auteur a décrit plusieurs stades de motivation différents. Ces stades sont essentiels à repérer car la prise en charge sera différente en fonction du stade de motivation du patient. Les différents stades de Prochaska sont reproduits en annexe.

3.4 Définition de la dépendance tabagique

Parmi les diverses drogues, la nicotine est une de celles qui entraînent une dépendance parmi les plus fortes. L'intensité de cette dépendance est démontrée par le fait que seul un tiers des sujets entreprenant une tentative d'arrêt sans aide reste abstinents durant deux jours et moins de 5 % parviennent à s'arrêter lors d'une tentative [3]. La dépendance physique se caractérise par la survenue d'un syndrome de sevrage lors de l'arrêt et par la dépendance psychique qui correspond au besoin ressenti de consommer la substance. Cette dissociation repose sur l'idée que la dépendance psychique est plus faible ou représente un stade moins avancé que la dépendance physique. Cette dissociation apparaît désormais assez artificielle dans le cas de la dépendance au tabac. Cette dissociation est plus opérationnelle pour la dépendance aux opiacés dont le syndrome de sevrage physique témoigne de l'imprégnation prolongée et forte en héroïne. Mais, pour la nicotine ou même la cocaïne, le syndrome de sevrage à l'arrêt est d'intensité plus faible alors que ces drogues présentent un potentiel addictif plus fort. Les symptômes liés à la dépendance psychique et physique sont reliés à des mécanismes adaptatifs se produisant dans les deux cas au niveau du système nerveux central ; il semble artificiel de les séparer.

Actuellement, la dépendance est définie essentiellement comme un trouble du comportement caractérisé par la perte du contrôle de la consommation du produit par le sujet. L'O.M.S la définit ainsi : *"La dépendance est un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance étrangère, état caractérisé par des réponses comportementales avec toujours une compulsion à prendre la substance de façon continue ou périodique, de façon à ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence. La tolérance, c'est-à-dire la nécessité d'augmenter progressivement les doses, peut ou non être présente."*

Le tabagisme correspond tout à fait à cette définition : c'est un comportement qui est renforcé par une dépendance. La nicotine est la substance qui est responsable de la dépendance, mais le tabac pourrait contenir d'autres substances addictives. Les mécanismes physiopathologiques responsables de la dépendance commencent à être compris au niveau cellulaire. La nicotine présente des analogies de forme et de structure avec l'acétylcholine, un neurotransmetteur. Elle se fixe sur les récepteurs nicotiques de l'acétylcholine qui sont présents dans plusieurs zones du système nerveux central. Elle stimule par l'intermédiaire de ces récepteurs nicotiques les neurones dopaminergiques méso-cortico-limbiques cérébraux. Cette stimulation provoque une libération de dopamine dans les zones de récompense cérébrales et notamment dans un noyau cérébral dénommé le noyau accumbens [10, 11]. Toutes les drogues présentent cette propriété commune d'élever la dopamine dans le noyau accumbens [12]. Ce phénomène biologique est un facteur essentiel dans l'instauration de la dépendance. Le pouvoir addictif très fort de la nicotine résulte de plusieurs facteurs. La nicotine produit de multiples effets renforçant positifs : augmentation de la concentration, amélioration de l'humeur, effet sur le poids. Il existe également un effet cinétique lié à la voie

inhalée. Plus une drogue atteint rapidement le système nerveux central après la prise et plus son pouvoir addictif est élevé. Un bolus de nicotine pénètre le système nerveux central moins de dix secondes après l'inhalation, l'effet provoqué est presque instantané, plus rapide que l'administration d'héroïne par voie intraveineuse. La nicotémie peut être parfaitement titrée par les patients par la voie respiratoire, ce qui évite la survenue d'effets indésirables liés au surdosage, à l'inverse de la prise d'alcool par voie orale qui n'est pas toujours contrôlée. C'est un comportement qui est fréquent : une consommation d'un paquet par jour correspond à 200 administrations quotidiennes de nicotine par inhalation. De multiples associations sont effectuées entre le fait de fumer et de nombreuses situations environnementales. Lors de l'arrêt, le sujet ne peut pas échapper à ces situations de la vie courante, comme la pause café, la voiture ou le téléphone. Il existe également de nombreuses stimulations à fumer dans l'environnement des sujets. De surcroît, le respect de la loi Evin qui limite le tabagisme dans les lieux publics est encore insuffisant, et il est difficile à un sujet en sevrage d'éviter la confrontation avec les autres fumeurs [3].

3.5 Mesure de la dépendance

La classification américaine des troubles psychiatriques (Diagnostic and statistical classification of mental disease) qui décrivait auparavant la dépendance au tabac (DSM III), parle désormais de dépendance à la nicotine [13]. Néanmoins, il n'est pas recommandé d'utiliser la définition du DSM IV dans la pratique courante car l'applicabilité de certains items apparaît faible.

Les critères qui permettent de poser le diagnostic sont la présence d'au moins trois des items suivants pendant une période de temps d'au moins un an :

- a) la tolérance, c'est-à-dire la nécessité d'augmenter les doses pour obtenir le même effet - ou son corollaire : la diminution des effets ressentis - pour une même dose de nicotine absorbée,
- b) la présence d'un syndrome de sevrage lors de l'arrêt,
- c) un désir persistant d'arrêter la consommation du produit ou des échecs répétés à s'arrêter,
- d) une période de temps importante passée à se procurer le produit, à utiliser le produit ou à se remettre des effets du produit,
- e) des activités sont abandonnées pour poursuivre l'usage du produit,
- f) la consommation est poursuivie en dépit de conséquences négatives sur la santé.

Cette définition reprend les items qui caractérisent la dépendance aux autres substances toxicomanogènes dans le DSM IV et qui ont été adaptées au tabagisme. Toutefois, le tabac étant en vente libre, l'applicabilité de certains items est faible : le temps passé à se procurer le produit est beaucoup plus faible par exemple dans le cas du tabac que dans le cas d'une drogue illicite. De plus, la validité de la définition du DSM IV n'est pas encore bien validée. C'est pourquoi, il n'est pas recommandé d'utiliser cette définition dans la pratique courante.

Un autre instrument de mesure de la dépendance nicotinique est le questionnaire de Fagerström (cf annexe) [14]. Ce questionnaire évalue essentiellement la dépendance physique à la nicotine. La version la plus récente est le test de Fagerström pour la dépendance à la nicotine. Ce questionnaire dérive du "questionnaire de tolérance" initial proposé par Fagerström en 1978 [15]. Son utilisation est recommandée pour évaluer la dépendance car le résultat est un élément indispensable pour le choix du traitement. Il est composé de six questions dont les scores sont additionnés, ce qui permet d'obtenir un résultat compris entre 0 et 10. Deux items ont été retirés par rapport à la première version du questionnaire. Le premier évaluait la teneur en nicotine des cigarettes fumées et le deuxième portait sur l'inhalation de la fumée. Or, des analyses psychométriques ont montré que ces items n'étaient

pas corrélés avec l'intensité de la consommation et entraînaient un défaut de cohérence interne du questionnaire. Deux questions apparaissent particulièrement importantes dans le questionnaire de Fagerström : le nombre de cigarettes fumées dans la journée (cigarettes per day : CPD) et le temps écoulé entre le réveil et la première cigarette (time to the first : TTF). Heatherton a même proposé de n'utiliser que ces deux questions pour évaluer l'intensité du tabagisme (questionnaire HSI) [16]. Toutefois, à ce jour, le questionnaire de Fagerström demeure le questionnaire de référence pour évaluer la dépendance. Son utilisation est aisée. De plus, par rapport au questionnaire de Heatherton, il permet d'évaluer plus précisément la dimension comportementale, ce qui peut être utile lors de la prise en charge.