

Tabagisme et comorbidités addictives : facteurs limitants à l'arrêt du tabac

Smoking and substance use disorders' comorbidities: limiting factors for smoking cessation

Olivier Cottencin*, Corinne Vannimenus**

Le tabac, omniprésent en addictologie

Le tabac, omniprésent dans les services d'addictologie, constitue la plus fréquente des coaddictions. On estime aujourd'hui que 80 % des patients dépendants à une ou plusieurs substances psychoactives sont des fumeurs dépendants (1). L'association du tabac et d'autres substances psychoactives est plus souvent la règle que l'exception et, en tant que polyconsommation, elle pose un problème de santé publique. Car, en pratique, l'existence d'une coaddiction chez un fumeur complique le sevrage ; elle impose de renforcer les stratégies thérapeutiques et de rechercher des troubles psychiatriques comorbides.

On pourrait croire que cette coaddiction est liée au fait que la population clinique accueillie dans les services d'addictologie des hôpitaux du service public est souvent plus précaire, qu'elle présente des addictions plus intenses et plus compliquées, des coaddictions plus nombreuses et un plus grand nombre de comorbidités psychiatriques et cognitives. Tout cela est exact pour une grande part, mais ne constitue pas le seul facteur explicatif, comme nous allons tenter de l'expliquer par la suite.

Quelques chiffres

Il est admis depuis longtemps que le tabagisme est très fréquent chez les patients présentant des troubles psychiatriques et addictifs. On sait en outre que les fumeurs sont plus susceptibles que les non-fumeurs de remplir les critères des troubles mentaux tels que les troubles de l'humeur, les troubles anxieux ou psychotiques (2). À titre

d'exemple, la fréquence de la consommation de tabac chez les patients souffrant de trouble schizophrénique concerne 60 à 90 % des sujets selon les études, contre 23 à 30 % en population générale (3).

Mais, au-delà des troubles psychiatriques, la consommation de tabac est très fortement liée aux autres dépendances. A. Dervaux et al. observent, dans le cadre de diverses études, que 60 % des patients fumeurs réguliers ont présenté également un abus d'alcool ou de drogue (principalement au cannabis) et une dépendance à l'un ou à l'autre sur la vie entière, contre 19 % des non-fumeurs (3).

La littérature témoigne de ces chiffres très élevés. La polyconsommation régulière d'alcool, de tabac ou de cannabis concerne 8,3 % de la population générale et culmine à 11,6 % parmi les 20-24 ans (dans l'association tabac-cannabis). Mais, si la polyconsommation régulière des 3 produits est rare (moins de 1 % des individus de 15 à 64 ans), les produits les plus souvent associés sont l'alcool et le tabac, et cette association devient majoritaire dès l'âge de 35 ans (4). Les facteurs liés à la polyconsommation sont des situations de prise de risque ou de vulnérabilité (chômage, par exemple), mais aussi le fait d'être un homme et d'être jeune, etc., alors que l'inscription dans des études supérieures semble être un facteur protecteur (4).

Chez les consommateurs de drogues illicites (héroïne, cocaïne ou ecstasy) ou d'alcool dans le cadre d'une polyconsommation, l'usage quotidien du tabac (donc, a priori, la dépendance au tabac) est retrouvé dans plus de 80 % des cas. Ainsi, le tabac est toujours présent, quel que soit le type de polyconsommation, sachant que les fumeurs ont un risque 5 fois plus élevé que les non-fumeurs de consommer une autre substance psychoactive (5).



O. Cottencin



C. Vannimenus

* Faculté de médecine de l'université de Lille ; service d'addictologie du CHU de Lille.

** Unité de tabacologie, CHU de Lille.

Mots-clés

Dépendance au tabac

Comorbidité addictive

Arrêt du tabac

Points forts⁺

- » L'association du tabac et d'autres substances psychoactives est plus souvent la règle que l'exception.
- » Quatre-vingt pour cent des patients présentant une dépendance à une ou plusieurs substances sont des fumeurs dépendants.
- » Aujourd'hui, les patients hospitalisés en addictologie sont plus jeunes, présentent des polyaddictions ainsi que des troubles psychopathologiques qui sont autant de freins à l'arrêt des substances (dont le tabac).
- » En addictologie comme en psychiatrie, l'arrêt du tabac n'est pas la priorité des patients ni même des soignants. Il faut lutter contre ces a priori et proposer systématiquement des démarches d'arrêt du tabac quelles que soient les circonstances.
- » Il faut proposer des soins personnalisés, en utilisant tous les moyens de substitution ou les moyens pharmacologiques et psychothérapeutiques disponibles, en considérant que l'arrêt du tabac simultané est possible.

Highlights

» *Association of tobacco and other psychoactive substances is more often the rule than the exception.*

» *Eighty percent of patients presenting with substance abuse disorder have a tobacco addiction.*

» *Today patients hospitalized in addiction medicine departments are younger, present with polyaddictions and often psychopathological disorders that are limiting factors to stop substances use (including tobacco).*

» *In Addiction Medicine Department as in Psychiatric Department, smoking cessation is not the priority for patients nor even for caregivers. We must fight against these a priori and propose systematically smoking cessation programs in all circumstances.*

» *Personalized care should be offered, using all available treatments (substitution, pharmacological and psychotherapies), considering that simultaneous smoking cessation is always possible.*

Keywords

Tobacco addiction

Substance use disorder's comorbidity

Smoking cessation

La population clinique évolue

Ainsi, si le patient quinquagénaire "alcoolo-tabagique dépendant" dans le cadre d'un entraînement social est moins fréquent dans nos services, il est largement remplacé par un patient plus jeune (entre 30 et 40 ans) associant alcool, tabac et cannabis à des degrés divers d'abus ou de dépendance, initié très tôt et présentant des comorbidités psychopathologiques et cognitives qui nous imposent d'adapter nos pratiques. Mais il existe un facteur constant malgré l'évolution clinique : la consommation de tabac. Nous l'avons vu, 80 % des patients alcoolodépendants fument. Le nombre de cigarettes fumées est corrélé à la sévérité de la dépendance à l'alcool et, inversement, l'alcoolodépendance est 10 fois plus fréquente chez les fumeurs que chez les non-fumeurs (6).

Quant aux patients dépendants aux drogues illicites, on retrouve parmi eux 70 % de fumeurs (jusqu'à 98 % de ceux recevant un traitement par méthadone) et jusqu'à 100 % de ceux qui sont dépendants à la fois aux drogues illicites et à l'alcool (sachant que le cannabis est très régulièrement consommé avec du tabac) [6].

Il est particulièrement difficile de savoir pourquoi la population clinique addictologique fume plus que la population générale. L'hypothèse de l'automédication des patients atteints de troubles psychiatriques a longtemps été avancée, mais on sait aujourd'hui qu'elle est insuffisante. Et il faut bien dire que les propriétés psychoactives du tabac (non négligeables, certes) sont limitées par rapport aux propriétés directes des substances psychoactives. En réalité, les patients souffrant de coaddictions peuvent aussi bien multiplier les produits en raison des diverses rencontres que par tentative d'automédication. En revanche, l'idée d'une vulnérabilité partagée n'est pas à exclure. Cette théorie prend mieux en compte le concept global des addictions et nous aide à comprendre les mécanismes d'installation de la polydépendance.

En effet, dans un environnement favorisant à l'adolescence (comme le groupe des pairs), les premières rencontres avec tabac, alcool et cannabis sont fréquentes. Dans la majorité des cas, la consumma-

tion de tabac et l'installation d'une dépendance précèdent le développement du recours et de la dépendance aux autres substances psychoactives potentiellement addictives. Au fur et à mesure de la rencontre du groupe, des interactions sociales positives (ou non), de la précocité de la consommation, de la recherche de l'effet psychoactif (thérapeutique ou non) et des forces et faiblesses de l'individu. En somme, la théorie de la vulnérabilité partagée suggère qu'il existe chez certains sujets une vulnérabilité génétique favorisant la coexistence d'un trouble psychiatrique et d'un trouble addictif... et, en l'espèce, de plusieurs comportements addictifs.

Toutefois, la réalité est aussi peut-être plus simple. Les facteurs associés à l'usage du tabac en population clinique addictologique comme en population générale sont à la fois liés à la biologie (prédisposition génétique, effets du plaisir, contrôle du poids), au comportement (effets de conditionnement, moyen d'adaptation, interactions sociales, lutte contre l'ennui) et socio-environnementaux (faiblesse des campagnes de prévention, industrie du tabac, renforcement positif des interactions, valorisation du produit).

Toutefois il est possible d'être un peu causaliste. En effet, les patients souffrant de troubles du comportement alimentaire, qui appartiennent au champ des addictions comportementales, ne sont pas épargnés par le tabac. La prévalence du tabagisme est relativement élevée chez eux, puisqu'on retrouve 50 % de fumeurs dans le *binge eating disorder*, environ 40 % dans la boulimie et 30 % dans l'anorexie mentale (7). Et, si nous avons souhaité éviter les causalismes auparavant, il est admis tout de même qu'une des raisons de ce tabagisme est aussi la recherche du contrôle du poids (surtout chez ces patients avec accès hyperphagiques) [8]. Un point important à ne pas négliger lorsqu'on leur propose un sevrage tabagique.

Pour résumer, en population addictologique, la vigilance est de mise, car, si l'installation de la dépendance au tabac se fait de façon très individuelle et sous l'influence de nombreux facteurs, il est important de noter qu'il existe un renforcement réciproque de la dépendance à chaque substance en cas de consommation associée (9).

Faut-il proposer une prise en charge spécifique ?

Les facteurs les plus prédictifs de l'arrêt du tabac sont classiquement un bon niveau socio-économique, une faible consommation de tabac, un entourage non fumeur, une faible consommation d'alcool, un âge de début de l'intoxication tardif, une durée d'intoxication brève, un long délai entre le réveil et la première cigarette et une forte motivation à l'arrêt (10). On comprend vite, à la lecture de cette énumération, que la population clinique d'un service d'addictologie (public ou privé) aura plus de difficultés que les autres à arrêter. Surtout si l'arrêt du tabac, parce qu'il est d'emblée considéré comme difficile par les équipes, ne se voit jamais abordé. Et pourtant, une étude récente rapporte que l'arrêt du tabac est possible pour tous les types de fumeurs, y compris les plus complexes, à condition de tenir compte des facteurs associés (consommation d'autres substances, comorbidités psychiatriques, etc.). La fréquence de l'arrêt du tabac n'était pas significativement associée au type de fumeurs, le problème étant plutôt de savoir comment les encourager à essayer de cesser de fumer (11).

En recherche clinique, l'idée que l'on se fait du résultat que l'on attend induit souvent ce résultat (c'est l'effet d'allégeance). Cette influence de l'idée préconçue est aussi vraie en recherche qu'en clinique. Il a en effet été démontré qu'un patient "difficile" l'est d'autant plus que les médecins le présentent à l'équipe comme tel (c'est ce que l'on appelle une prédiction autoréalisante) [12]. C'est ainsi qu'en considérant a priori qu'un patient a de mauvais facteurs pronostiques concernant l'arrêt du tabac, et en raison de quelques mécanismes défensifs personnels, les soignants dans leur ensemble n'évoquent même pas la possibilité de lui proposer l'arrêt du tabac en même temps que celui (ou que la substitution) des autres substances psychoactives.

On fume beaucoup dans les services de psychiatrie, et pas seulement les patients. Dans une étude récente réalisée au centre psychothérapique de Saint-Saulve, présentée par le Dr Robin Semal au congrès de la Société française de tabacologie de novembre 2016, 70 % des patients se déclaraient fumeurs (avec un niveau de dépendance élevé au test de Fagerström : 42 % de dépendance moyenne, 23 % de dépendance forte et 10 % de dépendance très forte). Quarante-deux pour cent d'entre eux déclaraient souhaiter arrêter de fumer, mais 67 % précisaient ne pas avoir reçu de proposition d'aide spécifique ! En analysant ces résultats, notre confrère a pu observer que,

au-delà des fantasmes sous-tendant les réticences à proposer l'arrêt ("ce n'est pas le moment, cela va le faire décompenser, il ne lui reste que la cigarette comme plaisir"), il y a de véritables mécanismes de déni chez les soignants (parfois fumeurs eux-mêmes), qui, rassurés par la sécurité de l'habitude, considèrent que c'est une bonne chose que d'arrêter de fumer, mais ne le proposent jamais aux patients hospitalisés pour troubles psychiatriques (13).

Cette étude en milieu psychiatrique nous rappelle que l'arrêt du tabac est possible en toutes circonstances et à tout moment, pourvu que l'on s'en donne les moyens. Alors, à la question : "faut-il une prise en charge spécifique ?", nous répondons, au CHU de Lille, qu'il faut offrir aux patients hospitalisés la possibilité d'arrêter en même temps toutes les substances psychoactives consommées, tabac compris. Et, dans le cadre d'un suivi personnalisé, le plus intense possible, nous devons offrir toutes les formes de substitution nicotinique à notre disposition (pastilles, gommes à mâcher, patchs, tubes inhalateurs, etc.) et tous les médicaments spécifiques aidant au sevrage tabagique aussi longtemps qu'il le faut. Si les patients viennent avec leur propre inhalateur électronique de nicotine (terme savant pour cigarette électronique), toute liberté doit leur être donnée de continuer leur utilisation. D'après l'étude (à paraître) qu'a présentée le Dr Sylvain Balois lors du congrès de la Société française de tabacologie de novembre 2016, le motif principal du recours à la cigarette électronique invoqué par les patients suivis ou hospitalisés dans 14 services d'addictologie du Nord et du Pas-de-Calais était le souhait de diminuer ou d'arrêter leur tabagisme (respectivement, 61 % et 55 % des cas). D'ailleurs, son efficacité semble remarquable : l'étude retrouvait en effet une diminution significative du nombre moyen de cigarettes fumées par les utilisateurs de cigarette électronique, celui-ci passant de 23,7 cigarettes par jour à 10,2 cigarettes par jour (14). Ainsi, une population réputée précaire, aux nombreuses comorbidités, hospitalisée pour des addictions sévères est parfaitement en capacité de diminuer, voire d'arrêter, sa consommation de tabac, pourvu qu'elle en ait les moyens (inhalateurs, substitution ou autre), mais peut-être plus de moyens que les autres. Les coaddictions ne doivent pas être un frein. Certes, la situation des soins addictologiques (sevrage, gestion contrôlée, abstinence et, plus généralement, lutte contre la rechute dans la consommation des autres substances psychoactives) n'est pas la plus aisée, mais des résultats encourageants, la lutte contre la stigmatisation, le refus de l'échec programmé, une aide clinique personnalisée et adaptée sont autant de facteurs de changement.

La motivation est un processus dynamique, une interaction permanente entre plusieurs êtres (ici le soignant et le soigné) évoluant selon leur état d'esprit, en fonction de l'environnement et des moyens offerts, et non un fonctionnement rigide qui ne tiendrait pas compte du fait que tout être humain est un être affectif et coconstruit. Un soin sur mesure, fondé sur la conviction qu'un patient peut tout arrêter et tout de suite, est la base thérapeutique que tout soignant doit offrir au patient.

Conclusion

Poser la question du tabac en service d'addictologie ne suffit pas. Normaliser l'idée selon laquelle, dans un suivi addictologique global, l'arrêt du tabac est une possibilité, voire la règle, est un pas de plus

qu'il faut évidemment franchir. Dans son article sur le paradoxe de l'équivalence des psychothérapies, J.N. Despland a démontré que leur efficacité était liée à la croyance partagée, à l'alliance thérapeutique (un objectif commun au patient et au thérapeute) et à l'expérience du thérapeute (15). En matière d'arrêt du tabac, la confiance affichée des thérapeutes est un pas considérable qui rassurera le patient polyaddict. Celui-ci, sans perdre son libre-arbitre, ne se cachera pas derrière les mécanismes défensifs des soignants. ■

O. Cottencin déclare avoir les liens d'intérêts suivants : symposiums de l'industrie pharmaceutique (Indivior, Bouchara-Recordati, Lundbeck, AbbVie, Janssen), protocoles de l'industrie pharmaceutique (Lundbeck, Ethypharm), fonds pour des recherches académiques (PHRC, IREB, fondation Avenir, fondation Sandrine-Castellotti). C. Vannimenus déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références bibliographiques

1. Costes JM, Canarelli T, Thirion X, Pieyre A. Quelles sont les données à prendre en compte dans l'approche spécifique des polyconsommations ? Les données épidémiologiques en France et à l'étranger. In : Audition publique HAS (1^{er} et 2^e février 2007, Paris), "Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins". Alcoologie et Addictologie 2007;29:315-28.
2. Degenhardt L, Hall W. The relationship between tobacco use, substance-use disorders and mental health: results from the National Survey of Mental Health and Well-being. *Nicotine Tob Res* 2001;3:225-34.
3. Dervaux A, Laqueille X. [Smoking and schizophrenia: epidemiological and clinical features]. *Encephale* 2008;34:299-305.
4. Beck F, Legleye S, Spilka S. Multiple psychoactive substance use (alcohol, tobacco and cannabis) in the French general population in 2005. *Presse Med* 2008;37(2 Pt 1):207-15.
5. Beck F, Richard JB, Guignard R, Le Nézet O, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. *Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). Tendances* 99;2015.
6. Dervaux A, Laqueille X. Comorbidités psychiatriques du tabagisme. In: Reynaud M, Karila L, Aubin HJ, Benyamina A, eds. *Traité d'addictologie*. Paris: Lavoisier, 2016:585-9.
7. Solmi M, Veronese N, Sergi G et al. The association between smoking prevalence and eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2016;111:1914-22.
8. White MA. Smoking for weight control and its associations with eating disorder symptomatology. *Compr Psychiatry* 2012;53:403-7.
9. Reynaud M. Comprendre les addictions : l'état de l'art. In: Reynaud M, Karila L, Aubin H, Benyamina A. *Traité d'addictologie*. Paris: Lavoisier, 2016.
10. Perriot J, Underner M, Peiffer G et al. [Helping the "hard-core" smokers]. *Rev Mal Respir* 2012;29:448-61.
11. Joly B, D'Athis P, Gerbaud L, Hazart J, Perriot J, Quantin C. Smoking cessation attempts: is it useful to treat hard core smokers? *Tob Induc Dis* 2016;14:34.
12. Doutreligne Y, Cottencin O, Betbèze J. *Thérapies brèves : principes et outils pratiques*. Paris: Masson, 2013.
13. Semal R. Quelles représentations soignantes pour quelle prise en charge du tabac en psychiatrie en 2016 ? 10^e congrès de la Société française de tabacologie. Lille, novembre 2016.
14. Balois S. Étude du profil des utilisateurs d'inhalateurs électroniques de nicotine dans les services d'addictologie en région Nord-Pas-de-Calais. 10^e congrès de la Société française de tabacologie. Lille, novembre 2016.
15. Despland JN. Quelle psychothérapie pour quel patient ? Données de recherche et problèmes cliniques. *Psychotropes* 2010;16:9-29.