

DEPENDANCE TABAGIQUE ET COMORBIDITES ANXIO-DEPRESSIVES EN CONSULTATION EXTERNE DE PNEUMOLOGIE A ABIDJAN (COTE D'IVOIRE)

TOBACCO DEPENDENCE AND COMORBID ANXIETY AND DEPRESSIVE OUTPATIENT
PULMONOLOGY IN ABIDJAN (IVORY COAST)

KOUA AM¹, YEO-TENENA YJM², BAKAYOKO AS³, PREGNON DR⁴, KONE D.⁵

1-Assistant chef de clinique en psychiatrie, UFR Sciences Médicales, Université de Bouaké, 27 BP 429 Abidjan 27, République de Côte d'Ivoire

2-Maître de conférences Agrégé en Psychiatrie, Institut National de Santé Publique (INSP), BP V 47, Abidjan, République de Côte d'Ivoire

3-Maître-Assistante en pneumologie, Service de Pneumo-phtisiologie, CHU de Treichville, BP V 03 Abidjan 01, République de Côte d'Ivoire

4-Médecin, Hôpital psychiatrique de Bingerville, BP 87, République de Côte d'Ivoire

5-Professeur titulaire de psychiatrie, Hôpital psychiatrique de Bingerville, BP 87, République de Côte d'Ivoire

Correspondance : Dr BAKAYOKO Alimata Sandia, Maître-Assistant

Service de Pneumo-phtisiologie, CHU Treichville- Abidjan, Côte d'Ivoire

01 BP V 03 Abidjan (RCI) Téléphone : 00 (225) 07 86 87 95 / 01 92 29 59

E-mail : sandia211@hotmail.com

RÉSUMÉ

Objectif : Evaluer la dépendance tabagique et la comorbidité anxio-dépressive.

Patients et méthode : Il s'agit d'une étude prospective et descriptive sur une période de 4 mois du 03 Novembre 2009 au 04 Février 2010 menée auprès des patients tabagiques suivis en consultation de pneumo-phtisiologie au CHU de Cocody à l'aide de 04 questionnaires standardisés. 51 patients tabagiques repérés sur 377 consultants ont participé à l'étude.

Résultats : L'âge moyen des patients tabagiques était de 40 ans avec une prédominance masculine (98%). La dépendance à la nicotine était forte dans 27,5% des cas (test de Fagerström). Selon le test de Horn, ils fumaient pour se relaxer (51%) ou par besoin d'un soutien face à l'anxiété (43,1%) ; ce constat est également trouvé avec le test de Gilliard où les patients fumaient pour réguler des affects négatifs (58,8%). Néanmoins, la majorité des patients (84,3%) étaient fortement motivés pour arrêter le tabac (Echelle Q-MAT). La probabilité de présenter une dépression et un trouble anxieux était respectivement de 3,9% et 19,6% chez les patients tabagiques.

Conclusion : L'aide au sevrage au tabac doit nécessairement prendre en compte les trois types de dépendance tabagique et les troubles anxio-dépressifs retrouvés chez les patients tabagiques.

Mots-clés : Dépendance tabagique, Fagerström, Horn, Gilliard, Q-MAT, patients, consultation pneumo-phtisiologie, CHU Cocody, Côte d'Ivoire

SUMMARY

Aim: To assess tobacco dependence and comorbid anxiety and depression.

Patients and methods: Prospective study carried out from November 3rd, 2009 to February 4th, 2010. This survey concerned 51 smoking adults patients among 377 outpatients followed at the pneumo-phtisiology of teaching hospital of Cocody. Fagerström, Horn, Gilliard and Q-MAT standards questionnaires were used to assess tobacco dependence and comorbid anxiety and depression of each patient include in the study.

Results: The mean age of patients was 40 years and male represented 98%. Dependence of nicotine represented 27.5% of cases according to Fagerström test. According to Horn's test, they smoked to relax and to fight against anxiety in respectively 51% and 43.1% of cases; this finding is also found with the test Gilliard where patients smoked to regulate negative affect in 58.8% of cases. However, 84.3% of patients were highly motivated to stop smoking at the Q-MAT scale. The probability of smoking patients to have depression and anxiety disorders was respectively 3.9% and 19.6%.

Conclusion: The smoking cessation must take into account the three types of tobacco dependence and anxiety-depressive disorders found in patients with smoking.

Key words: Tobacco dependence; psychometrics, Fagerström, Horn, Gilliard, Q-MAT, outpatient, pneumo-phtisiology, CHU Cocody, Côte d'Ivoire

INTRODUCTION

Le tabagisme est en plein essor et reste un véritable fléau dans les pays en développement. En effet, le nombre d'adultes jeunes commençant à fumer s'est multiplié et la consommation de tabac par habitant a augmenté¹⁴.

La Côte d'Ivoire n'est pas épargnée par cette épidémie galopante. Selon Mackay et coll. la prévalence des fumeurs de ce pays en 2002 était estimée à 22,1% de la population générale¹⁵. Malgré les diverses mesures mises en place au niveau national pour réduire la mortalité et la morbidité liées au tabac, de nombreux constats montrent que la connaissance générale des conséquences du tabac sur la santé ne présage pas d'un arrêt durable de la consommation de tabac. En effet, il est clairement démontré que le tabac induit une dépendance associée très souvent à divers troubles psychiatriques notamment anxio-dépressifs⁹.

Une évaluation approfondie et spécifique doit donc être menée en pratique clinique afin de mieux aider à l'arrêt du tabac, prévenir les rechutes et les complications possibles liées au sevrage tabagique. Le but de cette étude était d'évaluer la dépendance tabagique et d'apprécier la comorbidité anxio-dépressive dans une population de patients suivis en consultation externe du CHU de Cocody.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude prospective transversale à visée descriptive qui s'est déroulée sur une période de 4 mois du 03 Novembre 2009 au 04 Février 2010. Nous avons inclus dans l'étude, tous les patients fumeurs des deux sexes âgés d'au moins dix-huit ans, suivis en consultation externe de pneumo-physiologie du CHU de Cocody, quel que soit le motif. Les patients dont l'état de santé ne permettait pas un entretien ou qui ont refusé de se prêter aux questionnaires n'ont pas été inclus dans l'étude; Tous les questionnaires incomplets ont été retirés de l'enquête. L'évaluation de la dépendance tabagique était basée sur des auto-questionnaires standardisés dont le test de FAGERSTRÖM pour la dépendance physique à la nicotine, le test de dépendance psychologique de HORN et le test de dépendance comportementale de GILLIARD. L'évaluation du degré de motivation à l'arrêt du tabac a été faite à partir de l'échelle

Q-Mat et l'évaluation psychiatrique à partir de l'échelle HAD (Hospital Anxiety Dépression). Les différents auto-questionnaires ont été complétés par le recueil à l'aide d'une fiche d'enquête, des caractéristiques sociodémographiques, cliniques et les antécédents personnels médico-psychiatriques de chaque patient. La durée totale de passation des questionnaires était de 25 minutes par patient. Les données ont été analysées à partir des logiciels Epi data version 3.1, Word et Excel 2007.

RÉSULTATS

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET CLINIQUES

Les patients retenus étaient au nombre de 51 sur 377 patients reçus en consultation de pneumologie pendant la période d'étude; soit une fréquence tabagique estimée à 13,5%. L'âge moyen des patients était de 40 ans avec des extrêmes à 20 et 74 ans. La tranche d'âge des plus de 50 ans était la plus représentée avec 25,5%. On relevait une nette prédominance masculine (98%). La population de fumeurs était plus importante dans le secteur public (39,2%), suivi du secteur privé (23,53%). Les motifs de consultation les plus fréquents étaient la toux (43,2)%, les douleurs thoraciques (21,6%), les hémoptysies (9,8%) et la dyspnée (13,7%). La tuberculose pulmonaire était le diagnostic le plus fréquent chez ces patients (55,2%).

COMPORTEMENT TABAGIQUE ET AUTRES ADDICTIONS ASSOCIÉES

Les habitudes tabagiques des patients sont présentées dans le tableau I. L'âge moyen de début du tabagisme était de 21,6 avec des extrêmes de 10 et 60 ans. 52,9% des patients avaient commencé à fumer avant l'âge de 20 ans. La quasi-majorité des patients (96%) fumaient la cigarette et 51% d'entre eux fumaient moins de 10 cigarettes par jour. 25,6% des patients avaient tenté d'arrêter de fumer au moins une fois (extrêmes 1 et 6 tentatives) avec une moyenne de 2,4 tentatives. La majorité des patients (84,3%) étaient fortement motivés pour arrêter le tabac selon l'échelle Q-MAT (Tableau II).

Tableau I : Habitudes tabagiques des patients

Habitudes tabagiques	Effectif (n= 51)	Pourcentage (%)
Age de début du tabagisme		
< 20 ans	27	52,9
20- 40 ans	21	41,2
>40 ans	03	5,9
Type de tabac fumé		
Cigarettes	49	96
Cigares	01	2
Tabac à chiquer	01	2
Intoxication tabagique		
< ou = 10 PA	26	51
10 - 20 PA	11	21,6
>20 PA	14	27,4
Durée de l'exposition au tabac		
< ou = 10 ans	13	25,5
11 - 20 ans	22	43,1

Tableau II : Motivation à l'arrêt du tabac (Echelle Q-MAT)

Score à l'Echelle Q-MAT	Effectif	Pourcentage (%)
Motivation faible (≤ 6)	01	02,0
Motivation moyenne (7-13)	07	13,7
Motivation forte (> 13)	43	84,3
Total	51	100,0

Les patients avaient une co-addiction principalement à l'alcool (62,8%), et au café (41,2%). L'usage de cannabis (4%) était toujours associé à une co-addiction à l'alcool et/ou au café.

EVALUATION DES TROIS TYPES DE DÉPENDANCES ET DE LA COMORBIDITÉ ANXIO-DÉPRESSIVE

Le tableau III présente les résultats des tests de dépendance tabagique réalisés chez les patients. 27,5% présentaient une forte dépendance à la nicotine (test de Fagerström).

Tableau III : Tests de dépendance tabagique

Tests de dépendance	Effectif (n= 51)	Pourcentage (%)
Test de dépendance physique de Fagerström		
Dépendance faible (0-4)	28	54,9
Dépendance moyenne (5)	09	17,6
Dépendance forte (6-10)	14	27,5
Test de dépendance physique de Fagerström		
Stimulation	7	13,7
Plaisir du geste	16	31,4
Relaxation	26	51
Anxiété - soutien	22	43,1
Besoin absolu	6	11,8
Habitude acquise	0	0
Stimulation	7	13,7
Test de dépendance comportementale de Gilliard		
Dépendance	13	25,5
Dimension sociale	07	13,7
Régulation des affects négatifs	30	58,8
Hédonisme / geste	11	21,6

Les patients fumaient pour se relaxer (51%) ou par besoin d'un soutien face à l'anxiété (43,1%) selon le test de HORN.

Pour le test de dépendance comportementale de GILLIARD, 58,8% fumaient pour réguler des affects négatifs. Parmi les patients interrogés, 3,9% avaient une forte probabilité de présenter des troubles dépressifs, et 19,6% des troubles anxieux (Tableau IV).

Tableau IV : Evaluation psychiatrique des patients selon l'échelle HAD

Echelle HAD	Effectif (n=51)	Pourcentage (%)
	Sous-échelle dépression	
Probabilité faible (<8)	39	76,5
Probabilité moyenne (8-10)	10	19,6
Probabilité forte (>10)	02	03,9
	Sous-échelle anxiété	
Probabilité faible (<8)	29	56,9
Probabilité moyenne (8-10)	12	23,5
Probabilité forte (>10)	10	19,6

DISCUSSION

Les résultats de cette enquête sont basés sur les réponses des patients sans qu'il ne soit possible de vérifier ce qu'ils auraient fait en réalité. La longueur du questionnaire a probablement influencé certaines réponses des patients qui s'en plaignaient et n'hésitaient pas parfois à l'interrompre.

La prédominance du tabagisme masculin est constamment relevée en Afrique⁵, alors que dans les pays industrialisés comme la France, la consommation de tabac chez les femmes tend à rejoindre progressivement celle des hommes² : 38,7% de fumeurs, contre 30,4% de fumeuses en 2000³. Bien que la tendance générale soit à la progression du tabagisme féminin, en Afrique le taux de femmes fumeuses reste encore faible. Ce taux est passé de 8 à 13% en Côte d'Ivoire entre 1980 et 2003¹. En effet, les femmes restent encore sous le joug de contraintes culturelles, sociales, religieuses. Il ne leur était certainement pas facile d'avouer leur tabagisme par crainte d'être stigmatisées.

Le tabagisme débute assez tôt dans l'adolescence : entre 16 et 17 ans selon les séries^{5,10}. Les publicités sur le tabac de plus en plus agressives, le coût relativement bas et l'accès facile aux produits du tabac parfois vendus en détail et surtout le manque de législation sur la vente du tabac dans nos pays font de ces jeunes les principales clientèles des industries du tabac.

La cigarette est devenue la modalité quasi exclusive de l'usage de tabac^{10,12} or l'inhalation de la fumée favorise une induction rapide de la dépendance¹³. Une forte dépendance physique est retrouvée chez 14,7% des patients de l'étude de Dia Kan à Dakar et 20,7% des patients de Kouassi à Abidjan¹². La dépendance tabagique est donc une réalité en Afrique. La nicotine contenue dans la fumée de cigarette possède les caractères d'une substance addictive et exerce un rôle central dans la dépendance tabagique¹⁶.

La plupart des auteurs accordent à la dépendance tabagique les caractéristiques d'une toxicomanie¹⁶. Les processus pharmacologiques et comportementaux qui déterminent la dépendance au tabac sont similaires à ceux qui conduisent à la dépendance vis-à-vis de drogues comme la cocaïne ou l'héroïne. Ce qui explique que de nombreux fumeurs soient aussi dépendants à au moins une autre classe de produits. La plus fréquente des dépendances associées à la dépendance tabagique est l'association tabac et alcool¹⁶. De même, de nombreuses études ont déjà mis en évidence les corrélations significatives entre la consommation de caféine et la consommation de tabac, les fumeurs consommant beaucoup plus de caféine que les non-fumeurs¹¹, et entre la consommation de tabac et celle de cannabis^{6,8}. Le tabac, de par ses constituants, accroît le métabolisme de la caféine¹¹. Il a été mis en évidence chez le rat que la nicotine majorait les effets induits par le principe actif du cannabis (delta 9-tétrahydrocannabinol ou THC) en amplitude et en durée¹⁷.

La consommation de cannabis semble donc avoir pour effet d'engendrer des difficultés pour l'arrêt de la consommation de tabac. Dépendance physique et psychologique sont très liées. Nos résultats pourraient s'expliquer par le fait que la majorité de nos patients était des fonctionnaires ou des acteurs du secteur privé confronté probablement au stress professionnel, aux charges sociales et familiales. Il paraît au vu de ces résultats, la volonté manifeste et le désir de la plupart des fumeurs à arrêter de fumer (84,3%). Cependant, le sevrage tabagique reste difficile marqué par des rechutes fréquentes. L'échec des tentatives d'arrêt peut s'expliquer d'une part par le manque d'information, et la quasi inexistence de consultation d'aide au sevrage tabagique en milieu pneumologique ivoirien et d'autre part par la forte probabilité de survenue de troubles anxieux (19,6%) et dépressifs (3,9%) chez ces patients.

En effet, les patients présentant des dépendances fortes doivent bénéficier d'une aide au sevrage tabagique adaptée à l'ampleur de leur détresse psychologique et comportementale. Il est démontré que le tabagisme est souvent associé à des troubles psychiatriques dont les plus fréquents sont selon Brognon et coll. la dépression et l'anxiété⁴. Leur présence favorise l'installation et le maintien de la consommation tabagique. Le sevrage tabagique peut également révéler ou exacerber ces symptômes dans les jours ou les semaines qui suivent l'arrêt. En effet, la nicotine par ses propriétés psychoactives, possède une action «régulatrice» de l'humeur¹⁶.

Beaucoup de fumeurs recherchent à travers la cigarette et par le biais de la nicotine, un effet anxiolytique. En fonction de chaque fumeur la nicotine peut procurer du plaisir, de la concentration intellectuelle, de la relaxation. En cas de sevrage, ces actions vont disparaître et laisser place à l'installation d'un véritable syndrome anxio-dépressif¹⁶.

CONCLUSION

Au terme de notre étude menée en consultation externe de pneumologie à Abidjan, on note une forte dépendance physique au tabac chez 27,5% des sujets associée à la consommation d'autres substances potentiellement addictogènes (alcool, café, cannabis). L'existence d'une forte dépendance tabagique, de troubles anxiodépressifs ou de co-addictions au tabagisme constituent les facteurs de risque importants d'échec au sevrage tabagique retrouvés chez les patients de cette étude.

Un diagnostic précoce des troubles anxio-dépressifs est important. La prise en charge adaptée de ces troubles pourrait améliorer le pronostic du sevrage tabagique d'où la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire du patient tabagique faisant intervenir les médecins psychiatres.

RÉFÉRENCES

- 1-ACHI HV, N'DHATZ-SANOGO M, N'DRIN N'GUESSAN KJ et coll. Le tabagisme féminin en Côte d'Ivoire : la situation actuelle. *Rev Mal Respir* 2007 ; 24 (1) : 54
- 2-BANQUE MONDIALE. L'état et les aspects socioéconomiques de la lutte contre le tabagisme, Maîtriser l'épidémie. Rapport de la Banque mondiale. Washington : BM ; 2000. p 1-29.
- 3-BAUDIER F, ORLANDINI C, ODDOUX K et coll. Les Français et le tabac. *Concours Med* 2000; 122(22) : 1538-42.
- 4-BROGNON P. Les troubles anxio-dépressifs chez les fumeurs. *Rev med gen* 2010 ; 269 :24-7.
- 5-DIA KANE Y, TOURE NO, DIATTA A et coll. Connaissances des risques liés au tabagisme chez des patients hospitalisés à la clinique de pneumologie du CHN de Fann de Dakar. *Rev Mal Respir* 2006 ; 23 :219-25.
- 6-DOCHERTY JP, MARZUK PM, BARCHAS JD. Nicotine dependence: perspectives and a new guideline from APA. *Am J Psychiatry* 1996; 153:1247- 1248.
- 7-FAKHFAKH R, AOUIA H, GHARBI L et coll. Dépendance tabagique et troubles anxio-dépressifs chez le fumeur tunisien. *Rev Mal Respir* 2003 ; 20(6) :850-7
- 8-FERGUSON DM, LINSKEY MT, HORWOOD J. Alcohol consumption and associated problems in a birth cohort of 15 years old. *New Z Med J* 1994; 107: 167 - 170.
- 9-GALANTI L. Peut-on convaincre un fumeur d'arrêter ? *Louv Med* 2001 ; 120 : S96-S104.
- 10-HOUNKPATI A, DJAGADOU K, SADZO-HETSU D et coll. Tabagisme dans les médias publics et privés du Togo : une enquête nationale auprès de 393 journalistes et animateurs des médias du Togo. *Rev Mal Respir* 2007 ; 24(7) : 831-43.
- 11-KLESGES RC, RAY JW, KLESGES LM. Caffeinated coffee and tea intake and its relationship to cigarette smoking: an analysis of the Second National Health and Nutrition Examination Survey. *J Subs Abuse* 1999; 6:407- 418.
- 12-KOUASSI B, HORO K, AHUI BJM et coll. Evolution des pathologies liées au tabac sur 5 années d'activités en pneumologie au CHU de cocody. *Rev Pneumol Trop* 2005 ; 4 : 34-6.
- 13-LAGRUE G, DUPONT P. Quelques réflexions théoriques et pratiques sur les difficultés de l'arrêt du tabac. *Rev Mal Respir* 2002 ; 19 : 405-8.
- 14-MACKAY J, CROFTON J. Tobacco and the developing world. *Br Med Bull* 1996; 52(1):206-21.
- 15-MACKAY J, ERIKEN M. The demographics of tobacco in the tobacco atlas. Genève: OMS 2002; 94-9.
- 16-MARTINET Y, BOHADANA A. Le tabagisme. Edition Masson, 3^e édition. Octobre 2004. 340 p.
- 17-VALJENT E, MITCHELL JM, BESSON MJ et coll. Behavioural and biochemical evidence for interactions between delta-9-tetrahydrocannabinol and nicotine. *Br J Pharmacol* 2002; 135, 2: 564-578.