



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Tabac et Psychiatrie :
étude en CMP des caractéristiques, enjeux,
et perspectives du sevrage tabagique**

Présentée et soutenue publiquement le 18 octobre 2017 à 18h
au Pôle Formation
Par Eugénie Boccara

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Robin SEMAL

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

CATTP : Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel

CE : Cigarette Electronique

CMP : Centre Médico-Psychologique

CSAPA : Centre de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

HAS : Haute Autorité de Santé

HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IMC : Indice de Masse Corporelle

OR : Odd Ratio

OFT : Office Français de prévention du Tabagisme

PNRT : Programme National de Réduction du Tabagisme

PNS: Paquet Neutre Standardisé

Rach : Récepteurs à l'Acétylcholine

RR : Risque relatif

TCC : Thérapie Cognitive et comportementale

TNS : Traitement Nicotinique Substitutif

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
I. Le tabac dans la population générale	4
A-Généralités	4
1. Historique du tabac.....	4
2. Les produits du tabac	4
B-Le tabac : lois et politiques de santé actuelles.....	5
1. Le tabac à travers les lois.....	5
2. Politique de santé actuelle et évolution du paquet de tabac.....	6
a) Politique de santé actuelle	6
b) L'évolution du paquet de tabac	6
1) Les images chocs	6
2) Le paquet neutre standardisé	7
3) L'interdiction de certaines appellations	7
C-Epidémiologie du tabac	8
1. L'évolution des ventes de tabac et de cigarettes en France.....	8
2. Consommation de tabac en France.....	9
a) Selon l'âge et le sexe	9
b) Consommation moyenne de tabac.....	9
c) Les chiffres du sevrage tabagique	9
3. Mortalité et complications somatiques liées au tabac.....	10
a) Mortalité liée au tabac	10
b) Complications somatiques	11
D-Clinique de la dépendance	12
1. Définition de la dépendance	12
2. La pharmacologie de la nicotine.....	13
3. Les facteurs étiologiques de la dépendance	13
4. L'évaluation de la dépendance.....	14
E-Prise en charge du sevrage tabagique	15
1. Principes généraux.....	15
2. Traitements médicamenteux	16
a) Les TNS	16

b) La varénicline	16
c) Le bupropion	17
3. Le cas de la cigarette électronique	18
a) Généralités	18
b) Composition de la cigarette électronique	18
c) La toxicité de l'e-cigarette.....	19
d) Les recommandations	19
e) Les lois	19
II. Le tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques	21
A-Généralités	21
1. Prévalence et caractéristiques	21
2. Le sevrage des patients atteints d'affections psychiatriques.	23
B-Tabac et schizophrénie.....	24
1. Prévalence de la consommation.....	24
2. Caractéristiques de la consommation.....	24
3. Conséquences du tabagisme sur les antipsychotiques	26
4. Le sevrage tabagique	27
C-Tabac et dépression	29
1. Prévalence de la consommation.....	29
2. Caractéristiques de la consommation.....	29
3. Le sevrage tabagique	30
D-Tabac et troubles bipolaires.....	31
1. Prévalence de la consommation.....	31
2. Caractéristiques de la consommation.....	31
3. Le sevrage tabagique	32
E-Tabac et troubles anxieux.....	33
1. Définition des troubles anxieux selon le DSM-5	33
2. Prévalence de la consommation.....	33
3. Caractéristiques de la consommation.....	34
4. Le sevrage tabagique	35
F-Tabac et troubles de l'usage des substances	36
1. Prévalence et caractéristiques de la consommation.....	36
2. Le sevrage tabagique	36
G-Tabac et trouble de l'usage de l'alcool	37
1. Prévalence de la consommation.....	37
2. Caractéristiques de la consommation.....	37

3. Le sevrage tabagique	37
H-Tabac et suicide	38
III. Etude du sevrage tabagique en CMP	39
A-Matériels et méthodes	39
1. Description de la population	39
2. Le protocole d'aide au sevrage tabagique au CMP et CATT.	39
B-Résultats.....	41
1. Population de l'étude	43
2. Les comorbidités	43
a) Comorbidités psychiatriques	43
b) Comorbidités addictologiques	43
c) Les comorbidités somatiques.....	44
3. Caractéristiques de la consommation de tabac.....	46
a) Type de tabac consommé	46
b) Nombre de cigarettes quotidiennes.....	46
c) Age de début de la consommation quotidienne	47
d) La dépendance pharmacologique	48
e) Les comportements tabagiques	48
f) La dépendance comportementale évaluée par le test de Horn	49
g) Age de la consommation par rapport à l'âge du début des troubles	50
4. Les précédentes tentatives de sevrage	51
a) Nombre de tentatives de sevrage :.....	51
b) Durée d'abstinence	51
c) Aide au sevrage utilisée	51
5. Les objectifs des patients à la consultation initiale	52
6. Evaluation des stades de motivation et de la confiance pour arrêter.....	53
a) La motivation.....	53
b) Confiance en eux pour arrêter.....	53
7. Le suivi	54
a) Assiduité aux consultations	54
b) Le poids.....	54
c) Les traitements nicotiques.....	55
d) Evolution de la consommation tabagique.....	56
e) Modifications des traitements des patients.....	56
8. La cigarette électronique	58
C-Discussion	60

1. Quelles comorbidités psychiatriques et somatiques ?	60
2. Quel profil tabagique des patients atteints d'affections psychiatriques et demandeurs d'une aide au sevrage ?	61
a) La consommation de cigarettes	61
b) La dépendance nicotinique	62
3. Quelles motivations au sevrage tabagique ?	63
a) Les motivations à se sevrer	63
b) Stade de motivation et confiance en soi	63
c) Les antécédents de tentatives de sevrage	63
4. Quelles spécificités du sevrage tabagique ambulatoire des patients atteints d'affections psychiatriques ?	64
a) Assiduité et abstinence à l'issu du protocole d'aide au sevrage	64
b) L'adhésion au TNS	65
c) Les modifications de traitement	66
5. La cigarette électronique : prochaine aide au sevrage tabagique ?	66
6. Quels autres supports d'aide au sevrage tabagique ?	68
7. Et le sevrage tabagique des patients hospitalisés ?	68
8. Quelles barrières pour discuter du sevrage tabagique ?	69
a) Quelles barrières de la part des soignants ?	69
b) Quelles barrières de la part des patients?	70
9. Quels bénéfices du sevrage tabagique des patients atteints d'affections psychiatriques au CMP?	71
10. Les limites de l'étude	73
Conclusion	74
Bibliographie	76
Annexes	91

Résumé

Contexte : La prévalence du tabagisme chez les patients atteints d'affections psychiatriques est 2 à 4 fois plus élevée que dans la population générale. Le sevrage tabagique leur est peu proposé et n'est pas intégré aux soins de routine. Les patients sont autant motivés que la population générale et le sevrage tabagique n'entraîne pas d'aggravation de la santé mentale. L'objectif de notre étude était d'étudier les caractéristiques du tabagisme et du sevrage tabagique en ambulatoire de patients atteints d'affections psychiatriques en centre médico-psychologique (CMP).

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective sur 6 mois de 16 patients suivis au CMP de Valenciennes qui ont souhaité bénéficier d'un accompagnement médical et infirmier pour une aide au sevrage tabagique au sein du CMP. Les patients ont bénéficié d'un traitement psychothérapeutique et médicamenteux par traitement nicotinique substitutif (TNS).

Résultats : 81% des patients avaient déjà fait une tentative de sevrage et 25% avaient maintenu une abstinence à 1 an. 50% des patients voulaient arrêter le tabac, 44% réduire leur consommation et 6% maintenir une abstinence. Parmi les patients qui souhaitaient arrêter, 75% étaient au stade de l'intention, et tous ont préféré commencer par réduire leur consommation. La dépendance nicotinique au test de Fagerström était plus élevée chez les patients schizophrènes et la dépendance nicotinique moyenne était de 6.3. Le profil de dépendance comportementale au test de Horn était différent selon les troubles. Le nombre moyen de cigarettes par jour était de 14.7. L'adhésion au TNS était moyenne et a diminué au cours du suivi. 50% des patients avaient déjà utilisé une cigarette électronique (CE), 40% des utilisateurs au cours du suivi ont maintenu une période d'abstinence supérieure ou égale à 2 mois puis ont rechuté. Parmi les patients ayant terminé leur suivi (50%), 75% avaient réduit leur consommation tabagique dont la moitié avait réduit d'au moins 50%. Aucun patient n'était abstinent à la fin du suivi. Enfin, 54% des patients qui ont assisté à au moins cinq consultations ont eu leur traitement modifié.

Conclusion : Les patients atteints d'affections psychiatriques sont motivés pour sevrer. La réduction de la consommation tabagique permet aux patients d'envisager plus facilement l'abstinence. La prise en charge intégrée du tabac en CMP permet un accompagnement plus long et d'améliorer l'alliance thérapeutique.

Introduction

En France, en 2010, 78 000 décès sont attribuables au tabac. Le tabac est la première cause de mortalité évitable dans le monde (1). Le tabac a le potentiel addictif le plus fort parmi toutes les substances psychoactives (2). En 2014, 28.2% des Français étaient des fumeurs quotidiens (3).

Le tabac est la substance la plus utilisée chez les patients atteints d'affections psychiatriques (4).

La prévalence du tabagisme est deux à quatre fois plus élevée que dans la population générale. Aux Etats-Unis, la moitié des cigarettes vendues est consommée par des patients atteints d'affections psychiatriques (5). Par ailleurs, les patients atteints d'affections psychiatriques ont souvent une consommation tabagique plus élevée (6) et ont un niveau de dépendance nicotinique plus élevé que la population générale (7).

L'espérance de vie des patients fumeurs est réduite de 10 ans dans la population générale et de 25 ans pour les patients atteints d'affections psychiatriques (8). La moitié des décès de patients atteints d'affections psychiatriques est attribuable au tabac (9). Indépendamment de toutes maladies mentales, le tabac est un facteur de risque de suicide (8).

Les patients schizophrènes fumeurs ont un dosage d'antipsychotiques plus élevé que les patients schizophrènes non-fumeurs (10).

Malgré ces constatations, le sevrage tabagique est peu proposé et peu pris en charge par les soignants en psychiatrie. Les premières recommandations françaises pour « l'arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques » ont été publiées en 2009 (11).

Les patients atteints d'affections psychiatriques sont autant motivés que la population générale pour se sevrer du tabac mais les taux de réussite sont plus faibles que dans la population générale (7). Le sevrage tabagique n'entraîne pas de décompensation des troubles et permet une amélioration significative de la santé mentale et de la qualité de vie des patients (12).

Après une première partie sur le tabac dans la population générale, nous nous intéresserons à travers une revue de la littérature, aux caractéristiques de la

consommation de tabac et du sevrage tabagique, selon les troubles psychiatriques. Puis, à travers une étude rétrospective, nous verrons les caractéristiques du tabagisme et les spécificités de prise en charge du sevrage tabagique, dans un CMP du Valenciennois, chez des patients fumeurs atteints d'affections psychiatriques, qui ont été suivis dans le cadre du protocole d'aide au sevrage tabagique au CMP et au CATTTP.

I. Le tabac dans la population générale

A-Généralités

1. Historique du tabac

Inconnu en Europe, jusqu'au XVe siècle, le tabac est progressivement introduit en Europe après la découverte de l'Amérique par Christophe Colomb en 1492. Il fut importé pour la première fois en France en 1560, par Jean Nicot de Villemain, Ambassadeur de France au Portugal, qui envoya des graines de tabac à Catherine de Médicis pour soulager ses migraines (13).

Les premières cigarettes industrielles apparaissent en 1830. En 1953, trois quart des hommes et un tiers des femmes fument quotidiennement ou occasionnellement (14).

La nicotine est découverte en 1806 par Louis Nicolas Vauquelin, et appelée ainsi en référence à Jean Nicot (13).

La toxicité du tabac est évoquée dès 1809 puis démontrée en 1950 par l'étude de Doll et Hill qui met en évidence un lien entre tabac et cancer bronchique (13).

2. Les produits du tabac

Selon l'OMS, les produits du tabac sont définis par « des produits fabriqués entièrement ou partiellement à partir du tabac en feuilles comme matière première et destinés à être fumés, sucés, chiqués ou prisés » (15).

Les cigarettes industrielles dominent le marché français (16).

Le tabac à rouler, permet de rouler soi-même, à la main ou avec une machine ses cigarettes. Roulé manuellement, le tabac contenu dans les cigarettes brûle moins bien et roulé avec une machine, il libère trois fois plus de nicotine, monoxyde de carbone et de goudron qu'une cigarette industrielle (17).

Les cigares, cigarillos et pipes sont moins consommés en France que les cigarettes industrielles et le tabac à rouler (17).

Les pipes à eaux (chicha ou narguilés), souvent partagées à plusieurs sont plus toxiques que les autres formes de consommation de tabac (17). Selon l'OMS, « alors

que fumer une cigarette dure généralement cinq minutes, et entraîne une inhalation de 300 à 500 ml de fumée, une pipe à eau peut durer au moins 20 à 60 min avec des volumes inhalés de 10 litres ou davantage » (18).

Les bidis et les kreteks ne sont pas présents en France. Selon le rapport OMS « le tabac : mortel sous toutes ses formes », « les bidis sont de petites cigarettes contenant quelques centaines de milligrammes de tabac enveloppés dans une feuille de tendu ou temburni. Elles sont principalement consommées en Asie du Sud Est. Les kreteks sont aussi appelées cigarettes aux clous de girofle, car elles contiennent 40% de clous de girofle et 60% de tabac, et constituent la forme dominante de cigarettes en Indonésie » (18).

Le tabac peut également être consommé par voie orale. On retrouve notamment le tabac à priser, le tabac à chiquer et le snus (18). Le snus, est défini par l'HAS comme « une poudre de tabac, humide, principalement consommé en Suède et en Norvège. Il est interdit à la vente dans toute l'Union Européenne, sauf en Suède. La méthode habituelle consiste à le placer derrière la lèvre supérieure et à le garder en place pendant une durée qui peut aller de quelques minutes à quelques heures » (2).

D'après les recommandations HAS « Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac », on estime qu'une cigarette roulée équivaut à une cigarette industrielle, un cigare ou cigarillo à deux cigarettes industrielles. Enfin, une pipe et une chicha sont respectivement équivalentes à cinq et dix cigarettes industrielles (19).

B-Le tabac : lois et politiques de santé actuelles

1. Le tabac à travers les lois

En 1976 la première loi de lutte contre le tabagisme est votée. Il s'agit de la loi Veil (n° 76-616 du 09-07-1976) (20). Les principales mesures sont une réglementation de la publicité sur le tabac et l'interdiction de fumer dans des lieux affectés à un usage collectif (les écoles, hôpitaux et moyens de transports) (13).

En 1991, la loi Evin (n° 91-32 du 10-01-1991) (21) renforce la lutte contre le tabagisme. Elle étend l'interdiction de fumer dans tous les lieux à usage collectifs sauf à créer des espaces réservés à cet usage (14). Elle rend obligatoire sur les paquets de cigarettes, la mention « Nuit gravement à la santé » ainsi que l'information sur la teneur en nicotine

et goudron. Enfin, elle permet au paquet de tabac ne plus être indexé à l'indice des prix, c'est-à-dire de permettre une augmentation plus rapide du prix du tabac indépendamment du coût de la vie (13).

En 2003, la France adopte la Convention-cadre de lutte anti-tabac (CCLAT) (14) et vote la loi n°2003-715 (22) qui interdit la vente de tabac au moins de 16 ans.

En 2006, le décret 2006-1386 (23) interdit de fumer « dans tous les lieux fermés et couverts qui accueillent du public ou qui constituent un lieu de travail » et les « emplacements mis à la disposition des fumeurs » sont « des salles closes affectées à la consommation de tabac ».

En 2009, l'article 98 de la loi n°2009-879 (24) portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires étend l'interdiction de ventes de tabac aux mineurs de moins de 18 ans et interdit les cigarettes dont la teneur en saveur sucrée ou acidulée dépasse les seuils autorisés.

2. Politique de santé actuelle et évolution du paquet de tabac

a) Politique de santé actuelle

Le 25 septembre 2014 est présenté le « Programme National de Réduction du Tabagisme » (PNRT). Il s'articule autour de « 3 axes d'intervention: protéger les jeunes, aider les fumeurs à arrêter et agir sur l'économie du tabac ». Un des objectifs du PNRT est une baisse de 10% du nombre de fumeurs d'ici 2019. La mesure la plus emblématique du PNRT est la mise en place du « paquet neutre standardisé » (PNS) (25).

D'autre part, des mesures de sensibilisation et prévention sont instaurées. En novembre 2016, se déroule pour la première fois en France, l'opération « Moi(s) sans tabac »

b) L'évolution du paquet de tabac

1) Les images chocs

En avril 2011, entre en vigueur l'Arrêté du 15 avril 2010 relatif aux modalités d'inscription des avertissements de caractère sanitaire sur les unités de conditionnement des produits du tabac (26). Il rend obligatoire les images chocs sur 40% du verso des paquets, accompagnées d'un des 14 messages d'avertissement.

Les messages « Fumer tue » et « Fumer nuit gravement à votre santé et à celle de votre entourage » doivent couvrir au moins 30% du verso du paquet.

Cette mesure est appliquée au paquet de tabac à rouler à partir d'avril 2012 (27).

2) Le paquet neutre standardisé

La principale mesure du PNRT, le paquet neutre standardisé, est mise en place en trois étapes. A partir du 20 mai 2016, les producteurs de tabac ont eu l'obligation de production exclusive du PNS. Puis à partir du 20 novembre 2016, les débits de tabac devaient être livrés exclusivement de PNS. Enfin, l'obligation de vente du PNS est rentrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 (16).

Le PNS est issu de l'article 11 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (15). Cet article prévoit que « le conditionnement et l'étiquetage des produits du tabac ne contribuent pas à la promotion d'un produit du tabac par des moyens fallacieux, tendancieux ou trompeurs, ou susceptibles de donner une impression erronée quant aux caractéristiques, effets sur la santé, risques ou émissions du produit, y compris des termes, descriptifs, marques commerciales, signes figuratifs ou autres qui donnent directement ou indirectement l'impression erronée qu'un produit du tabac particulier est moins nocif que d'autres, comme par exemple des termes tels que «à faible teneur en goudrons», «légère», «ultralégère» ou «douce».. » (15).

L'Arrêté du 19 mai 2016 (28) fixe les principes du PNS, et a donc pour objectif d'éviter de rendre les paquets de cigarettes attrayants et attractifs par des couleurs, visuels ou images. Tous les paquets de cigarettes sont ainsi standardisés. Les avertissements visuels sont élargis à 65% du paquet contre 40% précédemment, et sont apposés en haut du paquet. Les noms des différentes marques sont inscrits en police de caractères unique.

3) L'interdiction de certaines appellations

En 2003, la loi 2002-1487 interdit « les dénominations indiquant qu'un produit du tabac est moins nocif que les autres » (29), telles que les appellations « légères » ou « light » (13).

C-Epidémiologie du tabac

1. L'évolution des ventes de tabac et de cigarettes en France

Depuis Avril 2004, l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) publie un « tableau de bord du tabac » mensuel et annuel, permettant de suivre l'évolution de la vente de tabac, des traitements d'aide au sevrage ainsi que le recours à une consultation de tabacologie.

Ainsi d'après le 12^{ème} bilan annuel du tableau de bord du tabac 2016, « Tabagisme et arrêt du tabac en 2016 », publié en Février 2017, les ventes de tabac (cigarettes, tabac à rouler, et autres formes de tabac) en France métropolitaine s'élèvent à 55 728 tonnes, soit une baisse de 1.1% par rapport à 2015. L'année 2015, marque la première année de hausse des ventes depuis 2010. La baisse des ventes de tabac en 2016 est due à une forte diminution des ventes en décembre 2016, avec une baisse de 14.3% des ventes de cigarettes et de 6.9% du tabac à rouler en comparaison à décembre 2015. Cette diminution des ventes fait suite à l'opération « Moi(s) sans tabac » mise en place pour la 1^{ère} fois en novembre 2016 (16).

En 2016, les cigarettes représentent plus de 80% des ventes de tabac, en baisse de 1.2% par rapport à 2015. Les ventes de tabac à rouler quant à elles, restent stables, représentant 16% des ventes en 2016 après une nette augmentation en 2015, qui pourrait s'expliquer par l'augmentation du prix des cigarettes en 2014. Enfin les ventes des autres formes de tabac (cigarillos, tabac à pipe, tabac à priser et à mâcher) diminue de 3.2% en 2016 et de 22.6% depuis 2010 (16).

L'évolution des ventes de cigarettes entre 2000 et 2016 est marquée par une nette baisse. En effet, les ventes de cigarettes, ont diminuée de 46% tandis que le prix du paquet de cigarettes a augmenté de 220% passant de 3.20€ en 2000 à 7€ en 2014 (16).

L'évolution des ventes du tabac à rouler entre 2004 et 2013 est quant à elle à la hausse, et ce malgré une augmentation régulière du prix du paquet de tabac à rouler. Après une année 2014 en baisse, les ventes de tabac à rouler ont augmenté en 2015 et se sont stabilisées en 2016. En 2016, le prix annuel moyen du paquet de tabac à rouler est de 9,85€ (16).

2. Consommation de tabac en France

a) Selon l'âge et le sexe

Selon le baromètre santé 2014, 79.8% des 15-75 ans ont déjà expérimenté le tabac dont 31% sont d'anciens fumeurs. La prévalence du tabagisme quotidien est de 28.2%. Entre 2010 et 2014, on observe une légère diminution du taux de tabagisme régulier ou quotidien (29.1% en 2010) mais une augmentation du nombre d'expérimentateurs (14.7% en 2014 vs 12.6% en 2010) (3).

En 2014, la prévalence du tabagisme est plus élevée chez les hommes (32.3%) que chez les femmes (24.3%) et ce, quelle que soit la tranche d'âge (3).

Entre 2010 et 2014, chez les hommes, seuls les 65-75 ans présentent une augmentation significative de l'usage régulier de tabac. Pour les femmes, la prévalence du tabagisme baisse significativement pour les femmes entre 20 et 44 ans tandis qu'elle augmente pour les femmes entre 55 et 64 ans (3).

b) Consommation moyenne de tabac

En 2014, le nombre moyen de cigarettes par jour est de 13.5, et reste stable par rapport à 2010. Parmi les fumeurs, 17.4% déclarent fumer moins de cinq cigarettes par jour et 30.5% déclarent une consommation quotidienne supérieure à 15 cigarettes (3).

Entre 2010 et 2014, 35% des fumeurs déclarent avoir réduit leur consommation et 22.1% au contraire rapportent une augmentation de leur consommation (3).

c) Les chiffres du sevrage tabagique

D'après le 12^{ème} bilan annuel du tableau de bord du tabac, en 2016, le nombre de nouveaux patients en consultation de tabacologie a augmenté. De même, la vente des traitements pour l'aide au sevrage tabagique continue de progresser après 2 années en baisse en 2013 et 2014. Les patchs nicotiques transdermiques et les TNS oraux représentent respectivement 36% et 62% des ventes. Le recours à la varénicline et au bupropion restent mineurs, avec respectivement 1.9% et 0.4% des ventes (16).

D'après le tableau de bord du tabac de juin 2017, au 1^{er} semestre 2017, les ventes de traitement d'aide au sevrage progressent de 39% avec une augmentation de 60% des ventes de timbres transdermiques par rapport au 1^{er} semestre 2016. Cette hausse des

ventes fait suite à l'augmentation du forfait de remboursement des substituts nicotiques de 50€ à 150€ par an pour tous et à la 1^{ère} opération du « Moi(s) sans tabac » en novembre 2016. Parallèlement, le nombre de forfait de remboursement a progressé de 112% par rapport au 1^{er} semestre 2016, soit 127 000 (30).

3. Mortalité et complications somatiques liées au tabac

a) Mortalité liée au tabac

D'après Ribassin et al, en 1980, en France, le nombre total de décès attribuables au tabac était de 65 7000 avec 63 000 décès chez les hommes et 2 700 chez les femmes. En 1980, 22% des décès dans la population masculine étaient attribuables au tabac contre 1% chez les femmes. En 2010, la part de décès attribuables chez les hommes reste stable (22%) mais elle augmente fortement chez les femmes avec 7,2% (1). On peut peut-être voir au travers de ces chiffres, les conséquences à long terme de l'augmentation de la prévalence du tabagisme féminin.

En 2010, en France, on estime à 78 000 le nombre de décès attribuables au tabac, dont 47 000 décès par cancers, 20 000 suite à des maladies cardio-vasculaires et 11 000 par maladies respiratoires (31).

La fumée du tabac est la première cause de mortalité évitable dans les pays développés. Ainsi, un fumeur sur deux meurt à cause de sa consommation de tabac (32). Il existe plus de 4 000 composés identifiés dans la fumée du tabac, dont de très nombreux sont toxiques et 60 identifiés comme cancérigènes par le Centre International de Recherche contre le Cancer, comme notamment, le Nitrosamide. La toxicité de la fumée du tabac varie en fonction du mode de combustion du tabac. En effet, moins la combustion est bonne, plus le fumeur devra tirer sur sa cigarette et plus la fumée sera toxique. C'est par exemple le cas des cigarettes roulées.(33).

b) Complications somatiques

La toxicité

La toxicité du tabagisme, habituellement calculée par la formule « nombre de paquets fois le nombre d'année de tabagisme », est exprimée en paquets années (PA). Cette formule entend qu'à nombre de PA égal, fumer deux fois plus ou fumer depuis deux fois plus longtemps a le même impact sur la santé. D'après Hill, cette formule ne devrait plus être utilisée. En effet, selon lui, la durée du tabagisme est le facteur de risque le plus important. (34).

Les cancers

D'après le rapport de l'HAS « Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac », « le tabac est impliqué dans un tiers des cancers ». « Le cancer de poumon est le cancer lié au tabac le plus fréquent ». « Le tabac serait à l'origine de 9 cancers sur 10 ». « La toxicité du tabac est également responsable des cancers ORL (larynx, pharynx langue, œsophage) ». « Cette toxicité est d'autant plus importante qu'il existe un trouble de l'usage de l'alcool ». « La fumée du tabac augmenterait également le risque de développer un cancer digestif (foie, pancréas, estomac) et gynécologique ». Enfin « le tabac est le principal facteur de risque du cancer de vessie » (19).

Les pathologies respiratoires

Le tabac est le principal facteur de risque de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Le risque est d'autant plus grand que le tabagisme actif est supérieur à 20 PA pour un homme et 15 PA pour une femme (35). Par ailleurs le tabagisme passif, c'est-à-dire le fait d'être exposé à la fumée de tabac, est également un facteur de risque de développer une pathologie respiratoire (19). D'après Pelkonen et al, la prévalence de BPCO et de bronchite chronique chez les fumeurs est respectivement de 32% et 42% (36).

Les maladies cardio-vasculaires

D'après l'HAS, « Le tabagisme chronique est le premier facteur de risque évitable de maladie vasculaire ». En effet, il multiplie par « 3 le risque d'infarctus du myocarde, par 2 le risque d'accident vasculaire cérébral, et entre 2 et 9 fois le risque d'anévrisme de l'aorte abdominale ». Pour les femmes sous pilule oestro-progestative, il augmente

le risque de thrombose veineuse ou artérielle. Enfin, « 90% des malades avec une artériopathie oblitérante des membres inférieurs seraient fumeurs » (19).

Autres effets du tabagisme

« Le tabagisme actif augmente le risque de développer un diabète de type 2. Il diminue les capacités de cicatrisation en péri opératoire et augmente les risques de complications infectieuses. Il multiplie par 2 le risque de développer une maladie de Crohn et aggrave les symptômes chez le malade. Il altère la fertilité et augmente les risques de complications pendant la grossesse » (19).

Les effets du tabagisme passif

« Le tabagisme passif multiplie par 1.3 le risque de cancer du poumon et par 1.6 le risque de cancer des voies aérodigestives supérieures après 15 ans d'exposition » (19).

Il existe des bénéfices à l'arrêt. Arrêter de fumer permet d'augmenter l'espérance de vie. Ainsi en arrêtant de fumer à 40, 50, 60ans, l'espérance de vie est respectivement augmentée de 7 ans, 4 ans et 3 ans (2).

D-Clinique de la dépendance

1. Définition de la dépendance

Le syndrome de dépendance, selon la CIM-10, consiste en « un ensemble de phénomènes comportementaux cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance correspond à un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit) » (37).

La CIM-10 propose également des critères diagnostiques de dépendance au tabac et du sevrage en nicotine (Annexe 1).

Le DSM-IV (38) proposait pour toutes les substances de classifier l'usage des substances en « troubles liés à l'utilisation d'une substance » avec une distinction entre « dépendance » et « abus ». Pour la nicotine, seul le diagnostic de dépendance

existait. En effet le diagnostic d'abus, qui reposait sur la présence de conséquences sociales, professionnelles, judiciaires n'existait pas.

Dans le DSM-5 (39), la distinction entre « abus » et « dépendance » est supprimée. Elle est remplacée par une classification pour toutes les substances en « trouble de l'usage léger, moyen, grave » selon le nombre de critères retrouvés (annexe 2).

2. La pharmacologie de la nicotine.

La nicotine est un agoniste des récepteurs nicotiques à l'acétylcholine, et le principal constituant du tabac responsable de la dépendance au tabac. Après une cigarette, 80% à 90% de la nicotine inhalée serait absorbée au niveau pulmonaire (40).

En une dizaine de secondes, la nicotine se fixe aux récepteurs cholinergiques nicotiques (RAchN) du système nerveux central. Les RAchN sont présents dans plusieurs régions du cerveau, telles que le noyau accumbens, l'aire tegmentale ventrale et sur des neurones noradrénergiques, dopaminergiques, sérotoninergiques, GABA ou glutamatergiques (40). C'est ainsi, d'après Reynaud et al, que suite à une cigarette et la stimulation des RAchN, le sujet décrit « une sensation de plaisir, par libération de la dopamine, d'éveil par la stimulation des systèmes noradrénergiques, une régulation de l'humeur par l'action de la nicotine sur les systèmes sérotoninergiques et noradrénergiques et, un effet sur la mémoire par action sur le système cholinergique » (40).

La dépendance nicotinique est renforcée par d'autres constituants du tabac qui sont des inhibiteurs des monoamines oxydase A et B (41). En inhibant la dégradation de la dopamine, de la noradrénaline et de la sérotonine ces constituants augmentent l'effet de la nicotine (40).

3. Les facteurs étiologiques de la dépendance

Même si la nicotine est responsable de la dépendance pharmacologique, il existe des facteurs de risques d'initiation au tabac et d'installation de dépendance :

-Les facteurs environnementaux. Avoir un membre de sa famille ou de l'entourage proche fumeur à l'adolescence est un facteur de risque d'initiation au tabac (17). Un début précoce du tabagisme est un facteur de risque de développer une forte

dépendance tabagique (2). Enfin, la précarité sociale est un facteur de risque de tabagisme (42).

-*Les facteurs génétiques.* On estime que l'héritabilité génétique pour l'initiation au tabagisme est comprise entre 37 et 56% et entre 59 et 70% pour la transition de la consommation à l'installation de la dépendance (43). Les différents allèles du gène codant pour le CYP2A6, le cytochrome 2A6 impliqué dans la chaîne de dégradation de la cotinine, principal métabolite de la nicotine, déterminent la vitesse de dégradation de la cotinine. Un métaboliseur lent consomme moins de cigarettes car dégrade moins vite la nicotine (40).

-*Les facteurs personnels :* les maladies mentales, les consommations d'autres substances associées (44).

4. L'évaluation de la dépendance.

La dépendance tabagique est une maladie chronique où les rechutes sont fréquentes. Parmi la population de fumeurs, 73.6% expriment le désir d'arrêter de fumer mais seuls 22.3% font une tentative et seulement 4.1% sont abstinents à 12 mois. Enfin 70% à 80% des personnes qui consultent en tabacologie échouent au sevrage (42).

Il existe plusieurs échelles pour évaluer la dépendance nicotinique et les risques de rechutes.

La dépendance pharmacologique est évaluée par le test de Fagerström en 6 questions, avec un score entre 0 et 10. Un score supérieur à 7 signifie une dépendance forte (45). Il existe également une version courte en deux questions (46).

La dépendance comportementale est évaluée par le test de Horn (47) (48). Il évalue six facteurs sur une échelle de 3 à 15: « la stimulation », « le plaisir du geste », « la relaxation », « l'anxiété-soutien », « le besoin absolu » et « l'habitude acquise ». Un score supérieur à 11 est considéré comme une motivation forte à fumer (49). Il existe également le test QCT2 Gilliard qui évalue les situations qui incitent à fumer (2). Beaucoup d'échecs de traitements sont liés à la non prise en charge de cette dépendance (48).

Il existe beaucoup d'autres échelles, par exemple pour l'évaluation du « craving » ou des symptômes de sevrage (48).

E-Prise en charge du sevrage tabagique

1. Principes généraux

Selon les recommandations de l'HAS « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours », «le dépistage individuel de la consommation de tabac et le conseil d'arrêt aux fumeurs doivent être systématiques. Le tabagisme passif doit être également recherché » (2).

L'évaluation initiale comprend une évaluation de la consommation et de la dépendance avec le test de Fagerström en deux ou six questions, une évaluation des comorbidités anxieuses et dépressives, une évaluation des consommations de produits associées. Le conseil d'arrêt s'adresse à tous les fumeurs qu'ils soient prêts ou non à arrêter (2).

Le stade motivation à l'arrêt est évalué selon les cinq stades du modèle de Prochaska et DiClemente : « pré intention », « intention », « décision », « action », « maintien/liberté » (50).

L'aide à l'arrêt de la consommation du tabac comprend d'une part un accompagnement psychologique avec des entretiens motivationnels, une thérapie cognitivo-comportementale, et d'autre part un traitement médicamenteux. Les traitements nicotiques substitutifs sont recommandés 1^{ère} intention. La varénicline et le bupropion sont des traitements médicamenteux de 2^{ème} intention au vu de leurs effets indésirables et des données contradictoires rapportées par les études. La cigarette électronique (CE) n'est pas recommandée dans le sevrage tabagique (2).

L'objectif est l'arrêt du tabac mais pour certains patients la réduction du tabac est un objectif intermédiaire (2).

2. Traitements médicamenteux

a) Les TNS

Depuis le 1^{er} Novembre 2016, les TNS sont remboursés jusqu'à 150€ par an pour toute personne, sans conditions d'âge ou de ressources. La prescription des TNS doit se faire sur une ordonnance dédiée.

D'après les recommandations de l'HAS, il est recommandé d'associer une forme transdermique (les patchs) avec une forme orale (2).

Il existe plusieurs dosages de patchs (7,10, 14,15, 21et 25 mg) et plusieurs formes orales de TNS (gommes, comprimés à sucer, comprimés sublinguaux, inhalateurs, sprays). Les timbres transdermiques permettent de maintenir constant le taux de nicotémie et d'éviter les signes de sevrage tandis que les formes orales répondent au besoin immédiat de nicotine.

« Il est important de réévaluer rapidement la posologie des TNS afin de repérer les signes de sur ou sous dosage. Les TNS doivent être utilisés au moins 3 mois à dose suffisante » (2).

« Il est recommandé d'arrêter complètement de fumer dès la mise en place du sevrage. Cependant, lorsque le patient ne souhaite pas arrêter sa consommation, il est possible de proposer une réduction progressive de la consommation sous TNS » (2).

Enfin, il est possible d'associer plusieurs patchs et il n'est pas dangereux de fumer avec des patchs (51).

b) La varénicline

La varénicline est un agoniste partiel sélectif des récepteurs cholinergiques nicotiques, commercialisée en février 2007 sous le nom de CHAMPIX. Le traitement par varénicline doit être débuté une à deux semaines avant la date d'arrêt prévue et la durée du traitement habituellement est de 3 mois, avec possibilité de renouveler le traitement une fois (17).

La varénicline n'a pas montré une efficacité supérieure par rapport aux TNS. Son efficacité est cependant supérieure pour l'arrêt du tabac à 12 semaine en comparaison au bupropion (2).

Dès le mois de Décembre 2007, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) publie un communiqué mettant en garde les professionnels de santé sur le risque de dépression, d'idées suicidaires et de tentatives de suicide sous varénicline, demandant une modification de la notice d'utilisation (52).

Cependant en 2015, une méta-analyse de 39 études contrôlées étudiant la varénicline versus placebo, ne montre pas d'augmentation d'idées suicidaires, de tentatives de suicides et de dépression (53). Ces résultats ont été confirmés par l'étude EAGLES en 2016 (54).

De même, une augmentation du risque d'infarctus du myocarde a été rapportée à la Food and Drug administrations en 2011 (55). Cependant, Rigotti et al, ne retrouvent pas d'augmentation de mortalité ni d'accident vasculaires chez des patients avec un antécédent de pathologie cardio vasculaire (56).

En 2016, Cahill et al montrent la supériorité de la varénicline versus placebo, et la supériorité de la varénicline versus une seule forme de TNS (57).

Au vu de ces nouvelles données, la Commission de Transparence de l'HAS a publié en novembre 2016 un avis réinstaurant un taux de remboursement à 65% pour les patients présentant une dépendance nicotine pharmacologique élevée (score supérieur ou égal à 7 au test de Fagerström). La varénicline reste un traitement de 2^{ème} intention après les traitements nicotiques substitutifs (58).

c) Le bupropion

Le bupropion est supérieur au placebo. Néanmoins, son efficacité n'est pas supérieure aux TNS et, elle est inférieure à la varénicline. L'utilisation de bupropion est associée à un risque de survenue d'effets indésirables tel que le risque de dépression, convulsions, comportements suicidaires ou agressifs (2).

3. Le cas de la cigarette électronique

a) Généralités

La cigarette électronique, appelée « e-cigarette » ou « dispositif électronique de vapotage » a été inventée par Hon Lik et les premiers brevets sont déposés en 2006 (59).

La cigarette électronique désigne « un produit fonctionnant à l'électricité sans combustion, destiné à simuler l'acte de fumer du tabac » (60).

La France est le pays européen où la cigarette électronique est la plus utilisée (61). En 2014, 25.7% des 15-75 ans et 57.8% des fumeurs français avaient déjà essayé la cigarette électronique et 2% des vapoteurs n'avaient jamais été fumeurs ou uniquement expérimentateurs. Par ailleurs, en 2014, on estime que 400 000 français, soit 0.9% des 15-75 ans ont arrêté le tabac avec la cigarette électronique (62). En 2015, l'usage actuel concernait 4% des 15-75 ans et l'usage quotidien 3%. Parmi les vapoteurs, 70% maintenaient une consommation tabagique et 26% étaient des ex-fumeurs (63).

b) Composition de la cigarette électronique

La cigarette électronique se compose d'une batterie (ou pile si cigarette jetable) avec une résistance, d'un réservoir rechargeable, d'un atomiseur, et d'un embout (60).

Le liquide est chauffé, et l'atomiseur permet le passage de l'état liquide à gazeux. Puis transformé, le gaz se transforme en très fines gouttelettes, qui seront inhalées après refroidissement (60).

La composition du e-liquide est encadrée en France. Des normes précisent notamment les produits autorisés et interdits dans la composition du e-liquide ainsi que le taux maximum de nicotine autorisé. Ainsi, le e-liquide et les émissions de l'e-cigarette, sont composés de propylène glycol ou glycérine végétale (80%), d'eau, d'arômes alimentaires et de nicotine. Le taux de nicotine varie de 0 à 20 mg/ml. Par ailleurs, le taux de nicotine affiché ne doit pas dépasser 5 % de marge d'erreur (59).

c) La toxicité de l'e-cigarette

Peu d'études ont été réalisées à ce jour pour évaluer leur toxicité. Selon l'Académie de Médecine, « la vapeur ne contient pas les substances toxiques liées à la combustion du monoxyde de carbone et la présence de carcinogènes serait 9 à 450 fois moins élevés que dans les cigarettes » (64).

d) Les recommandations

En France, le premier rapport et avis d'experts de l'OFT (60) est publié en 2013. Puis, en 2014, sont publiées, les recommandations d'avis d'experts « Adaptations de la prise en charge de l'arrêt du tabac avec l'arrivée de la cigarette électronique ? » (65) suit. Enfin, en 2016, les recommandations d'experts sont revues (61).

A ce jour « Au niveau de l'Union Européenne, l'e-cigarette n'est considérée ni comme un produit du tabac, ni comme un médicament ou dispositif médical mais comme un produit de consommation courante. Les traitements de sevrage tabagique validés doivent être proposés en première intention. Cependant l'e-cigarette peut être suggérée aux fumeurs qui ne souhaitent pas ou sont incapables d'arrêter ou réduire avec les interventions classiques. Elle peut être encouragée pour ceux qui veulent l'utiliser ou ont déjà commencé à l'utiliser. Le maintien d'une consommation de tabac associée à l'utilisation d'une cigarette électronique réduit les bénéfices attendus de l'arrêt » (61).

e) Les lois

En janvier 2016, la loi de modernisation de notre système de santé (loi n°2016-41) (66), interdit de « vapoter dans les établissements scolaires et les établissements destinés à l'accueil, la formation, l'hébergement des mineurs, dans les transports collectifs fermés, lieux de travail fermés et couverts à usage collectifs ».

L'arrêté du 19 mai 2016 (28) « relatif aux produits de vapotage » encadre l'utilisation de la cigarette électronique. Il impose des réservoirs maximum de 2 ml, une teneur en nicotine de maximum de 20mg/ml pour le liquide et un volume de recharge n'excédant pas les 10 ml.

L'arrêté du 19 mai 2016 « relatifs aux modalités d'inscription des avertissements sanitaires sur les unités de conditionnement des produits de tabac, produits de vapotage, des produits à fumer à base de plantes autres que le tabac et le papier à

rouler les cigarettes » (67) impose que l'avertissement sanitaire « la nicotine contenue dans ce produit crée une forte dépendance. Son utilisation par les non-fumeurs n'est pas recommandée » soit inscrit sur tout produit et emballage.

L'ordonnance du 19 mai 2016 (68) interdit la publicité pour les produits de vapotage.

En avril 2017, le décret 2017-633 (69) précise les modalités de l'application de l'interdiction sur les lieux de travail.

II. Le tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques

A-Généralités

1. Prévalence et caractéristiques

Le tabac est la substance la plus utilisée dans la population de patients atteints d'affections psychiatriques (4). La prévalence de la consommation de tabac est deux à quatre fois plus fréquente chez les patients atteints de troubles psychiatriques que dans la population générale. On retrouve également une proportion plus importante de gros fumeurs (8).

L'association tabac et maladies mentales est bien connue (51). Une étude conduite entre 1991 et 1992, a montré que 44% des cigarettes consommées aux Etats-Unis l'étaient par des patients qui avaient des troubles mentaux d'après les critères du DSM-III (70).

Dans une étude de prévalence (population based prevalence), Lasser et al retrouvent que parmi les fumeurs actuels, 34.8% ont présenté un trouble psychique au cours de leur vie, 41% au cours du dernier mois et 22.5% n'ont jamais présenté de troubles psychiatriques. Parmi les patients ayant présenté un trouble psychiatrique au cours de leur vie, on retrouve un taux de tabagisme actuel de 68.8% pour les patients bipolaires, 49.4% pour les patients psychotiques, 49% pour les usagers de substances et 43.5% chez les patients avec un trouble de l'usage d'alcool, de 35 à 46% pour les troubles anxieux, et de 36% chez les patients avec un trouble dépressif (70).

En 2009, une étude australienne et américaine, réalisée à partir de données de l'« US National Comorbidity Survey-Replication », de l'« Australian Survey of Mental Health and Wellbeing » et de l'« US National Health interview » recueillies entre 2001 et 2007, montre que 32% des fumeurs ont présenté des critères de troubles mentaux dans les 12 mois. Les femmes sont plus touchées que les hommes, et il y a plus de troubles mentaux chez les jeunes fumeurs. La majorité de ces fumeurs ne sont pas pris en charge pour leurs troubles mentaux. Plus les symptômes sont sévères, plus la consommation de cigarettes est importante (71).

En 2014, Smith et al publient une étude à partir des données de la NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions). Ils retrouvent que 51% de la population étudiée a eu au moins un diagnostic de trouble psychiatrique au cours de sa vie, 25.9% au moins au cours de la dernière année, et que 49% n'ont jamais présenté de trouble psychiatrique. Le taux de tabagisme actuel est significativement plus élevé parmi les patients ayant déjà présenté un trouble psychiatrique au cours de leur vie et au cours de la dernière année, avec respectivement 33.4% et 39%. La prévalence du tabagisme est de 15.5% parmi les patients sans diagnostic psychiatrique associé. Le taux de tabagisme « vie entière » pour les patients avec un diagnostic de trouble psychiatrique dans les 12 derniers mois est de 56.7%. Parmi les patients ayant présenté au moins un trouble psychiatrique au cours de leur vie, on retrouve 53.6% de fumeurs parmi les usagers de produits, 49.8% parmi les patients avec un trouble psychotique, 43.7% pour les patients avec des antécédents d'épisodes maniaques ou hypomaniaques, 39.2% de fumeurs chez les usagers d'alcool, 34% de fumeurs avec antécédent de trouble dépressif et entre 30% à 40% de fumeurs parmi les patients avec des antécédents de troubles anxieux. Ainsi, les patients avec plusieurs troubles psychiatriques associés ont plus de risque d'avoir une consommation élevée de cigarettes (consommation supérieure à 24 cigarettes par jour), et chaque diagnostic associé en plus augmente le risque de 67% (72).

Les données françaises sur la prévalence du tabagisme parmi les patients atteints d'affections psychiatriques sont fournies par l'étude de Poirier et al, portant sur 711 patients. Poirier et al retrouvent un taux de de tabagisme actuel de 59%. La prévalence du tabagisme par trouble était de : 87% pour le trouble de l'usage de substance, 66% pour la schizophrénie, 55% pour les troubles anxieux, 51% pour les troubles de l'humeur et de 50% pour les troubles de la personnalité (73).

Le tabac est un facteur de mortalité précoce chez les patients atteints de troubles psychiatriques (74). L'espérance de vie est réduite de 25 ans dans cette population alors qu'elle est réduite de 10 ans chez des fumeurs sans troubles mentaux (51). Même si une part de la mortalité précoce peut être attribuée aux suicides et aux accidents, une majorité des décès précoces est attribuable au tabac (75). Le tabac serait impliqué dans 50% des décès des patients avec des affections psychiatriques chroniques par maladies cardiovasculaires, cancers, maladies respiratoires (9).

2. Le sevrage des patients atteints d'affections psychiatriques.

Malgré cette forte prévalence du tabagisme actif chez les patients atteints d'affections psychiatriques, le tabac est rarement évoqué par les psychiatres au cours de leurs consultations. Une étude de Thorndike et al (76), dont les résultats sont cités par Morozova et al, montre que les patients atteints d'affections psychiatriques fumeurs ne reçoivent un conseil d'arrêt que dans 12% des consultations avec leur psychiatre et 38% avec leur médecin généraliste (77). Ce faible pourcentage pourrait s'expliquer par la croyance que les patients atteints d'affections psychiatriques seraient moins motivés pour arrêter leur consommation tabagique (78). Or, dans une méta-analyse de 14 études, Siru et al montrent que les patients souffrant de troubles psychiques sont tout autant motivés pour arrêter la cigarette que les patients sans pathologie psychiatrique. Néanmoins, la proportion de patients en stade de pré-contemplation est plus importante chez les patients psychotiques que les patients souffrant de dépression (7).

Ceci peut expliquer que les patients atteints de maladies mentales ont un taux d'arrêt du tabac plus faible que la population générale (72).

De même, certains médecins, peuvent craindre une décompensation des symptômes à l'arrêt du tabac (6). Or, une revue de la littérature a montré l'absence de décompensation des troubles psychiatriques à l'arrêt du tabac (12). Par ailleurs, il est important de ne pas confondre les symptômes liés au sevrage tabagique, des symptômes en lien avec le trouble psychiatrique existant (51).

En 2009, sont publiées des recommandations portant sur l'« arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques » (11). Selon ces recommandations, « le sevrage tabagique devra idéalement être réalisé dans une phase de stabilisation des troubles. Lorsque le sevrage complet n'est pas possible, la réduction du tabac doit toujours être recherchée » (11).

Les substituts nicotiques sont efficaces dans la prise du sevrage tabagique chez tous les patients atteints d'affections psychiatriques (8). La varénicline et le bupropion peuvent également être introduits, sans risque de décompensation psychiatrique sauf pour les troubles bipolaires où le bupropion est contre-indiqué (51). Les substituts nicotiques sont majoritairement utilisés chez les patients souffrant de troubles de l'humeur (11).

Le taux de réussite du sevrage tabagique est augmenté lorsque des prises en charge cognitivo-comportementales et psycho-sociales y sont associées (79).

B-Tabac et schizophrénie

1. Prévalence de la consommation

La prévalence du tabagisme chez les patients schizophrènes reste élevée de 60% à 90% selon les études alors qu'elle diminue dans la population générale où elle est estimée entre 25% à 30% (80).

Dans une méta-analyse de 42 études, De Léon et Diaz, montrent que 62% des patients schizophrènes sont fumeurs, soit cinq fois plus qu'en population générale et que la prévalence du tabagisme « vie entière » varie de 55 à 95%. Par ailleurs, ils observent également une proportion plus élevée de fumeurs chez les hommes que chez les femmes, 71% versus 44% (81).

En France, Poirier et al retrouvaient une prévalence du tabagisme de 66%. Par ailleurs, la prévalence différait selon le type de schizophrénie. Elle était plus élevée dans le cas d'une schizophrénie de type désorganisée (81%) et d'une schizophrénie de type paranoïde (76.4%) que dans le cas d'une schizophrénie indifférenciée (57.1%) et schizophrénie résiduelle (53.8%) (73).

2. Caractéristiques de la consommation

Quatre-vingt-dix pour cent des patients schizophrènes sont fumeurs avant le début de la maladie et avant de recevoir des traitements. Il existe chez les femmes une corrélation positive entre l'âge du début du tabagisme et l'âge de début de la schizophrénie (82).

Le tabac ne serait pas un facteur de risque de la schizophrénie (11). Cependant cette hypothèse est remise en cause par Gurillo et al, qui retrouvent que le tabac augmente le risque de psychose et de développer la maladie à un âge plus jeune (83).

Le début des troubles surviendrait en moyenne cinq ans après le début de la consommation de tabac (84).

Les fumeurs schizophrènes fument plus que la population générale. En moyenne, ils fument entre 22 et 27 cigarettes par personne et jour (80) versus 13.5 cigarettes par personne et par jour dans la population générale (3).

Les patients schizophrènes inhalent plus profondément la fumée, et tirent plus sur leur cigarette. Leur taux d'extraction de nicotine par cigarette est plus élevé que celui des sujets témoins, et ils ont de ce fait des taux sanguins de nicotine et des taux cotinine sanguine et urinaire plus élevés à consommation de tabac équivalente (80) (85).

La dépendance tabagique, évaluée par le test de Fagerström, est plus sévère qu'en population générale, avec un score entre 6 et 7 (81) (8). Steinberg et al, ont remis en cause la validité de ce test chez les patients schizophrènes, et suggèrent de l'adapter aux patients schizophrènes, mettant en avant que le test de Fagerström sous estimerait la dépendance nicotinique. Il souligne ainsi que les réponses à certains items ne seraient pas fiables. Ainsi l'item « Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette? » évalue l'intensité des symptômes de manque au réveil. Mais l'heure de la première cigarette est parfois déterminée par les règlements intérieurs de l'hôpital ou de l'institution. De même, l'item « Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? » évalue le début des symptômes de manque. Les patients schizophrènes ont souvent des activités avec des temps de pause très fréquents ou ont accès à un espace fumeur. Enfin, les patients schizophrènes, même fortement dépendants ne répondront pas toujours par l'affirmative à l'item « Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi? » (86).

Le tabac est un des facteurs de mortalité précoce chez les patients schizophrènes (87) avec le suicide. Les patients schizophrènes ont un risque plus élevé de diabète, hypertension artérielle, de LDL cholestérol bas (88). Les patients schizophrènes ont un risque de mortalité par affections cardio-vasculaires six fois supérieur à la population générale, et un risque de mortalité par affections respiratoires cinq fois plus élevé (80).

L'une des hypothèses de la forte prévalence du tabagisme chez les patients schizophrènes est l'automédication (11) (89). Selon Dervaux et al, « la consommation de tabac diminuerait les effets secondaires extrapyramidaux des traitements neuroleptiques. Ces effets pourraient être liés à la diminution des taux sanguins de

neuroleptiques, à l'augmentation de la transmission dopaminergique sous-corticale et à l'action de la nicotine sur les systèmes gabaergiques et glutamatergiques» (10).

Le tabac augmenterait les capacités cognitives des patients, notamment les capacités attentionnelles et de travail (90). Néanmoins, une étude récente vient de remettre en cause cette hypothèse (91).

Les patients schizophrènes fumeurs sont plus souvent hospitalisés que les patients schizophrènes non-fumeurs (82). Par ailleurs, une consommation élevée de tabac augmenterait les symptômes positifs, et réduirait les symptômes négatifs en comparaison aux non-fumeurs, fumeurs occasionnels ou une petite consommation de tabac (89). Cependant, une autre étude retrouve uniquement une association significative entre tabac et symptômes négatifs (92).

3. Conséquences du tabagisme sur les antipsychotiques

Les patients schizophrènes fumeurs ont des taux plus élevés d'antipsychotiques que les patients schizophrènes non-fumeurs (93).

En effet certains constituants du tabac, notamment les hydrocarbures aromatiques polycycliques, accélèrent le métabolisme des antipsychotiques par la voie du cytochrome P450 CYP1A2 (10). Ils diminuent ainsi les taux sanguins et l'efficacité des antipsychotiques métabolisés par cette voie: l'halopéridol, la chlorpromazine, l'olanzapine et la clozapine (10). La rispéridone et l'aripiprazole, métabolisés par la voie des cytochromes P450 CYP2D6 et CYP3A, ne verraient pas leurs taux plasmatiques modifiés (94).

Par ailleurs, comme nous venons de le dire, la nicotine réduirait les effets indésirables extrapyramidaux des neuroleptiques (93).

4. Le sevrage tabagique

Le taux d'arrêt du tabac des patients schizophrènes est deux fois plus faible qu'en population générale, mais 20 à 40% déclarent vouloir arrêter (10).

La meilleure période pour initier un sevrage tabagique est une période de stabilisation des troubles. Il n'y a pas d'évolution de la symptomatologie psychotique à l'arrêt du tabac. Tout comme en population générale, les symptômes de sevrage seront présents (95) (8).

Sur le plan thérapeutique, les substituts nicotiques, la varénicline et le bupropion peuvent être utilisés pour le sevrage tabagique (11).

Plusieurs études ont étudié le sevrage tabagique chez les patients schizophrènes par substituts nicotiques associés à une prise en charge psycho-sociale et psycho-éducative (96). Après 8 à 10 semaines de traitement, le taux d'abstinence à l'arrêt du traitement était de 26.9%, à 3 mois il était de 12 à 23% et à 6 mois il était d'environ 13% (97) (98). De même, ces études montrent l'absence d'aggravation des symptômes psychotiques au cours et après le sevrage tabagique. Baker et al, dans une étude de 298 patients, ne retrouvent pas de différence significative du taux d'arrêt du tabac à 12 mois entre le groupe traité et le groupe contrôle. Cependant, les patients schizophrènes fumeurs traités ont diminué significativement de moitié leur consommation à 12 mois (99). Enfin, maintenir les patchs nicotiques 6 mois après l'arrêt du tabac diminuerait le risque de rechute (100).

Le bupropion peut également être utilisé dans le sevrage tabagique des patients schizophrènes, cependant les études montrent une efficacité partielle du bupropion. Le bupropion diminue de moitié le taux de monoxyde de carbone expiré (101). Deux études comparant le bupropion vs placebo associé à une TCC ont montré un taux d'abstinence significativement plus élevé dans le groupe bupropion à l'arrêt du traitement mais un taux d'abstinence comparable à 3 et 6 mois (102) (103). De même, le bupropion associé aux substituts nicotiques augmente le taux d'abstinence à la fin des 10 à 12 semaines de traitement mais pas à 4 mois, 6 mois et 12 mois de la fin du traitement (104) (105). Ces études n'ont pas montré d'aggravation des symptômes psychotiques sous bupropion au moment du sevrage, et une étude a montré une amélioration des symptômes négatifs sous bupropion (102).

La varénicline augmente significativement le taux d'abstinence à 3 mois mais pas à 6 mois en comparaison à un traitement placebo (106).

Aucune étude n'a comparé directement l'efficacité du bupropion, de la varénicline et des substituts nicotiques, dans le sevrage tabagique des patients schizophrènes (96). Dans une revue de la littérature, Tsoi et al montrent que le bupropion et la varénicline augmenteraient significativement le taux d'abstinence versus placebo, avec respectivement des RR (risque relatif) à 3.03 et 4.74 (95).

La classe d'antipsychotique pourrait également avoir une influence dans le sevrage tabagique. Une étude montre, chez des patients schizophrènes substitués par timbres transdermiques nicotiques, un taux d'arrêt de tabac supérieur chez les patients traités par antipsychotiques atypiques 55.6% versus 22.2% pour les patients traités par antipsychotiques conventionnels. La rispéridone et l'olanzapine sont les deux antipsychotiques atypiques associés au taux d'arrêt les plus importants (107). On retrouve également un taux d'arrêt du tabac plus élevé chez des patients traités par bupropion et antipsychotiques atypiques (102).

Lors du sevrage complet du tabac, les posologies des traitements doivent être réévaluées, et notamment les antipsychotiques interagissant directement avec le tabac. D'après les recommandations de 2008, « la posologie de l'olanzapine et surtout de la clozapine doivent être diminuées d'un facteur 1.5 en deux à quatre semaines. De même, pour les patients traités par halopéridol ou chlorpromazine, les posologies sont à réévaluer. Il n'y pas d'adaptation à envisager pour les patients traités par rispéridone ou aripiprazole. Il peut parfois être nécessaire de réaliser des dosages sanguins afin d'adapter au mieux les traitements. Si le sevrage tabagique complet n'est pas possible, la réduction du tabac sous substitut nicotinique est recommandée» (11).

C-Tabac et dépression

1. Prévalence de la consommation

De nombreuses études ont montré l'association entre tabac et dépression (108). Les fumeurs ont plus de risque de présenter une dépression que les non-fumeurs. Ainsi, dans une méta-analyse, Luger et al, montrent que le risque de dépression est multipliée par 1.5 chez les fumeurs par rapport aux non-fumeurs et aux ex-fumeurs (109).

De même, on retrouve une prévalence plus élevée de fumeurs chez les patients déprimés. D'après Lasser et al, le taux de fumeurs actuels est de 22,5% chez les patients sans pathologie psychiatrique et de 37% chez les patients atteints de dépression. Le taux de tabagisme « vie entière » chez les patients avec un antécédent de dépression est de 60% (70).

2. Caractéristiques de la consommation

Les patients souffrant de dépression ont deux fois plus de risque d'être fumeurs (110) (70). De même, les patients fumeurs atteints de dépression récurrente sont plus dépendants que les patients avec un seul épisode dépressif (111).

Une des hypothèses avancée pour expliquer le lien si fort entre tabac et dépression, est l'automédication, par l'action de la nicotine sur les systèmes serotoninergiques et sur l'activité sur la monoamine oxydase (74). Une étude a montré des taux plus faibles de MAO A et B chez les fumeurs (41).

Les fumeurs déprimés ont une dépendance nicotinique plus élevée que les fumeurs non déprimés. La sévérité des symptômes dépressifs est plus importante chez les fumeurs dépendants à la nicotine que chez les fumeurs non dépendants (51).

Sur le plan pharmacologique, il n'y a pas d'interaction entre la nicotine et les antidépresseurs, sauf avec la fluvoxamine (11).

3. Le sevrage tabagique

Les patients avec un trouble dépressif sont autant motivés pour arrêter que la population générale (7) mais ils ont un taux plus faible d'arrêt du tabac (108). Le sexe aurait une influence, puisque les femmes auraient plus de difficultés que les hommes à arrêter (112).

Les patients avec un antécédent de dépression rechutent plus après sevrage que la population générale (113).

Il est important de différencier les symptômes liés au sevrage, passagers et transitoires, des symptômes pouvant évoquer une dépression primaire ou une rechute dépressive (51).

Le sevrage tabagique n'aggrave pas les symptômes d'une dépression actuelle (77) et les améliore même (114). Deux études ont montré qu'il y avait un risque augmenté de rechute dépressive dans les 3 mois suivant l'arrêt définitif du tabac pour les patients ayant un antécédent de dépression (115) (116). Capron et al ont montré l'absence de risque augmenté de rechute dépressive à 2 ans (117). A plus long terme, le sevrage tabagique permet une amélioration thymique (113).

Sur le plan pharmacologique, seule la posologie de fluvoxamine pourra être diminuée de 10% au 4^e jour d'arrêt selon les symptômes cliniques. Il n'est pas nécessaire d'adapter la posologie des autres antidépresseurs (11).

D-Tabac et troubles bipolaires

1. Prévalence de la consommation

La prévalence du tabagisme varie de 30 à 69% selon les études. Cette grande différence peut s'expliquer par la variabilité de la qualité des études et la taille, parfois trop petite des échantillons (75). Lasser et al montrent un taux de tabagisme des patients bipolaires « vie entière » à 83% versus 39% dans la population générale. Le tabagisme actuel est à 69%. C'est la pathologie psychiatrique où le taux de tabagisme est le plus élevé, devant la schizophrénie (49%) (70). Cependant, une autre étude de la National Health Interview Survey, plus récente, retrouve 46% de fumeurs bipolaires et 59% de fumeurs schizophrènes (118). Le tabagisme des patients bipolaires est élevé, et est deux à trois fois supérieur à la population générale (119).

2. Caractéristiques de la consommation

Une étude espagnole montre un taux significativement plus important de fumeurs consommant plus de 30 cigarettes par jour chez les patients bipolaires qu'en population générale (120). Ils sont également plus dépendants à la nicotine (121).

Les liens entre tabagisme et troubles bipolaires semblent complexes et multifactoriels. Les troubles bipolaires favoriseraient le tabagisme, c'est l'hypothèse de l'automédication avec les mêmes mécanismes que dans les troubles dépressifs. Et inversement, la consommation de tabac pourrait favoriser les troubles bipolaires. Par ailleurs, troubles bipolaires et tabagisme partageraient des anomalies génétiques communes (75). Dans une étude, McEachin et al montrent qu'il existe des anomalies communes sur 3 gènes codant pour la Catechol-O-Methyltransferase (COMT), le transporteur de la dopamine (SLCA6) et de la sérotonine (SCLA3) (43).

Le tabagisme est associé à une sévérité plus importante des troubles (122). Dans une étude portant sur 399 patients bipolaires, Ostacher et al montrent que l'âge de début des troubles de l'humeur est plus précoce chez les fumeurs que chez les non-fumeurs, que ce soit l'âge du premier épisode maniaque ou hypomaniaque ou l'âge du premier épisode dépressif. Ils retrouvent également que tabagisme est associé à un taux de suicide plus important (45% vs 25% chez les non-fumeurs). De même, ils retrouvent que les comorbidités addictives sont plus fréquentes en comparaison aux patients

bipolaires non-fumeurs, avec 46% de dépendance à l'alcool (versus 20,6%) et 33.3% de dépendance aux substances (versus 12.7%). Des troubles anxieux sont également plus souvent associés chez les patients bipolaires fumeurs (68%) en comparaison aux non-fumeurs (53%) (123). Enfin, le tabac est associé à des cycles plus courts (124).

Sur le plan somatique, les maladies chroniques, telles que la BPCO apparaissent plus tôt que dans la population générale fumeuse (75). La prévalence du syndrome métabolique chez les patients bipolaires est estimée dans une étude à 30% (125).

3. Le sevrage tabagique

Peu d'études ont étudié le sevrage tabagique chez les patients bipolaires (96). Les patients bipolaires ont plus de difficulté à arrêter le tabac que la population générale (126). Le taux d'arrêt varie entre 8 et 16% versus 33 et 43% en population générale (70). Dans une étude, Diaz et al montrent un Odd Ratio (OR) à 0.13 (121). L'impulsivité des patients bipolaires pourrait être une des explications (127).

Peu d'études ont étudié les effets du sevrage chez les patients bipolaires (124), mais il semble que le risque de rechute dépressive soit plus élevé (128) (129).

Les substituts nicotiniques sont recommandés en 1^{ère} intention mais la varénicline peut être introduite (129).

Une étude varénicline versus placebo montre un taux d'abstinence à 3 mois significativement plus élevé pour les patients traités par varénicline et un taux d'abstinence comparable à 6 mois. Dans le groupe varénicline, les patients décrivent significativement plus de cauchemars, et de manière non significative plus d'idéations suicidaires (130).

Le bupropion est contre-indiqué chez les patients bipolaires (11).

Aucune interaction n'est décrite entre tabac et thymorégulateur (sel de lithium, carbamazépine, acide valproïque). Par conséquent, il n'y a pas d'ajustement de posologie à l'arrêt du tabac. Comme dit précédemment, la posologie de l'olanzapine pourra être multiplié de 1.5 dans les 4 semaines suivant l'arrêt (11).

E-Tabac et troubles anxieux

1. Définition des troubles anxieux selon le DSM-5

Selon la classification du DSM-5 (39), les troubles anxieux regroupent : la phobie sociale (ou anxiété sociale), l'attaque de panique, le trouble panique, la phobie simple, la phobie spécifique, l'anxiété généralisée, l'anxiété de séparation, le mutisme sélectif, l'agoraphobie, le trouble anxieux lié à une substance, le trouble anxieux lié à une affection médicale, le trouble anxieux non spécifié et autre trouble anxieux spécifié. L'état de stress aigu et l'état de stress post-traumatique ont été renommés dans le DSM-5 « trouble de stress aigu » et « trouble de stress post-traumatique ». Ils appartiennent désormais à la catégorie des «troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress». Ils ne sont donc plus considérés comme des troubles anxieux. Il en est de même pour les troubles obsessionnels compulsifs qui appartenaient anciennement dans le DSM-4 dans la catégorie des troubles anxieux, et dans le DSM-5 appartiennent à la catégorie « troubles obsessionnels compulsifs et apparentés ». Enfin dans le DSM-5, le trouble panique ne forme plus qu'une entité, et la distinction entre trouble panique avec et sans agoraphobie n'existe plus.

2. Prévalence de la consommation

La prévalence des troubles anxieux dans les 12 derniers mois varie entre 14.4% (71) et 18.1% (131).

Lawrence et al retrouvaient une prévalence du tabagisme parmi les ayant présenté un trouble anxieux dans les 12 derniers mois de 33.4% (71), et Poirier et al retrouvaient une prévalence de tabagisme de 55% pour un diagnostic actuel de trouble anxieux (73). Néanmoins, la prévalence de consommation de tabac varie selon le type de troubles anxieux. Dans une revue de la littérature, Morissette et al ont étudié la prévalence du tabagisme par trouble anxieux. Ils retrouvent que le taux de tabagisme pour le trouble panique varie de 19% à 47%. Pour la phobie sociale la prévalence tabagique varie entre 14% et 32%, et pour les troubles anxieux généralisés la prévalence est estimée entre 17% et 55%. Enfin le taux de tabagisme actuel pour les phobies spécifiques varie 5% et 47%. Même s'ils n'appartiennent plus aux troubles anxieux, il est à noter que l'on retrouve un taux de fumeurs entre 44% et 66% parmi les patients souffrant de trouble de stress post-traumatique et entre 8% et 22% parmi

les patients présentant un trouble obsessionnel compulsif (132). Les résultats des études portant sur la prévalence du trouble anxieux et du tabagisme sont très variables. La prévalence du tabagisme est globalement augmentée chez les patients souffrant de troubles anxieux, sauf pour les patients atteints de troubles obsessionnels compulsifs (11).

3. Caractéristiques de la consommation

Le tabac augmenterait le risque de développer certains troubles anxieux : l'agoraphobie, le trouble anxieux généralisé et les troubles panique. Les troubles anxieux ne favoriseraient pas la consommation de tabac sauf pour la phobie sociale, qui pourrait favoriser la dépendance à la nicotine (132) (133).

Une étude prospective montre que le tabac est fortement associé au trouble panique et à l'attaque de panique. Le risque d'attaque de panique est augmenté quand il y a une consommation régulière de tabac (OR=2.9) et une dépendance à la nicotine (OR=3.6). De même, la dépendance à la nicotine augmente le risque de trouble panique (OR=3.3). Néanmoins, l'attaque de panique et le trouble panique ne sont pas associés à une augmentation du risque de fumer ou de dépendance nicotinique (134).

La consommation de tabac est antérieure au début des troubles. Une étude Australienne, National Survey of Mental Health and Wellbeing, portant sur un échantillon de 8 841 personnes, montre que chez les patients souffrant de troubles anxieux, la consommation de tabac a commencé au moins 10 ans avant le début de l'étude. De même, la consommation quotidienne de tabac est plus ancienne chez les personnes présentant des troubles anxieux, avec une durée moyenne de 22 ans, et de 14 ans chez les personnes sans affection psychiatrique (135).

Une augmentation de la consommation de tabac serait corrélée à une augmentation des symptômes anxieux (133).

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer la fréquence de l'association entre tabac et anxiété : l'hypothèse neurobiologique avec l'effet de la nicotine sur les neurotransmetteurs, sur le système autonome et l'hypothèse de l'automédication (136). Cependant les symptômes de sevrage, tel que l'anxiété et l'irritabilité, sont souvent confondus par les fumeurs avec les troubles anxieux et fumer apparaît alors comme un moyen de lutter contre les signes de sevrage (129).

De même, tabac et anxiété partagent des facteurs de vulnérabilité communs, telle que la précarité sociale (137).

4. Le sevrage tabagique

Les patients souffrant de troubles anxieux ont plus de difficultés à arrêter de fumer (135) et ont des symptômes de sevrage plus intenses que les patients sans troubles anxieux (132) (11).

Ils ont également plus de difficultés au maintien de l'abstinence. Dans une étude randomisée de 1 504 patients étudiant six stratégies d'arrêt du tabac, les patients souffrant de troubles anxieux avaient un taux de maintien d'abstinence à 2 et 6 mois plus faibles que les patients sans troubles psychiatriques (138).

F-Tabac et troubles de l'usage des substances

1. Prévalence et caractéristiques de la consommation

Lasser et al retrouvaient que la prévalence actuelle de la consommation de tabac parmi les usagers de substances est de 67.9%. C'est le taux le plus élevé parmi les personnes ayant présenté un trouble psychiatrique dans le mois passé (70). En France, Poirier et al montraient que 87% des patients avec un trouble de l'usage de substance étaient fumeurs, et représentaient la catégorie de patients avec le taux de tabagisme le plus élevé (73). Dans une revue de la littérature, Guydish et al rapportent que le taux de fumeurs parmi les consommateurs de produits est deux à quatre fois plus élevé que dans la population générale. Parmi les patients suivis, le taux de tabagisme est de 85.1% pour les consommateurs d'opiacés, de 80.9% pour l'alcool et les autres drogues, et de 75.2% pour les usagers d'alcool. Le taux de fumeurs parmi les patients recevant un traitement de substitution aux opiacés est de 85% (139) et pour les patients traités par méthadone, est compris entre 85% et 98% (140).

La consommation concomitante de tabac et d'autres produits multiplie par deux les risques somatiques par comparaison avec une consommation unique de tabac ou d'autres produits (8).

2. Le sevrage tabagique

Le taux d'arrêt du tabac est quatre fois moins important que dans la population générale (140). Même si ce faible taux d'arrêt est multifactoriel, il est important de noter l'importance du rôle des soignants dans l'arrêt du tabac. Beaucoup d'entre eux pensent que l'arrêt du tabac n'est pas prioritaire par rapport à la prise en charge des autres co-addictions ou que le patient n'est intéressé par le sevrage tabagique (139). De même, 14 à 40% des soignants seraient fumeurs. Les soignants fumeurs encouragent moins l'arrêt du tabac que les soignants non-fumeurs. Beaucoup n'évoquent pas le tabac chez les patients fumeurs et usagers de produits ou d'alcool par manque de connaissances (141).

G-Tabac et trouble de l'usage de l'alcool

1. Prévalence de la consommation

La prévalence du tabagisme parmi les patients avec un trouble de l'usage de l'alcool est d'environ 80%. La dépendance nicotinique est plus élevée que chez les patients dépendants à l'alcool (142).

2. Caractéristiques de la consommation

Les fumeurs ont deux à trois fois plus de risque d'être dépendants à l'alcool que les non-fumeurs (143), et la dépendance à l'alcool est 10 fois plus fréquente chez les fumeurs que les non-fumeurs (51).

Le tabac intensifierait l'action de l'alcool, et inversement, par l'action de l'éthanol et de la nicotine sur le système dopaminergique (8).

Le tabac est responsable de 50% des décès des patients dépendants à l'alcool (144).

3. Le sevrage tabagique

Les patients avec des antécédents de dépendance à l'alcool tentent moins souvent d'arrêter, mais leur taux de réussite à l'arrêt est équivalent aux fumeurs sans antécédents de dépendance à l'alcool. Les fumeurs avec un trouble de l'usage d'alcool réussissent moins à se sevrer en tabac (145).

Le sevrage tabagique ne compromet pas l'abstinence à l'alcool, et même renforcerait l'abstinence (140). Les patients sevrés en tabac et ayant un trouble de l'usage d'alcool consomment moins de verres d'alcool et le nombre de jours sans consommation d'alcool est supérieur par rapport aux fumeurs (146). De même, pour les patients suivis pour des trouble de l'usage d'alcool en sevrage tabagique depuis une semaine, le « binge drinking » est moins fréquent que chez les patients fumeurs (147).

Lors d'un échec d'une tentative de sevrage , la rechute de tabac interviendrait dans 41.5% des cas au cours d'une consommation d'alcool (148).

H-Tabac et suicide

Le tabac est un facteur de risque de suicide et plus la consommation est importante, plus le risque est élevé (149) (150). Dans une méta-analyse, Li et al montrent que le risque relatif de suicide est de 1.28 chez les anciens fumeurs et de 1.81 chez les fumeurs actuels comparé au non-fumeurs (151). De même, dans une méta-analyse, Poorolajal et al retrouvent que les fumeurs ont plus d'idéations suicidaires (OR=2.05), d'idées suicidaires scénarisées (OR=2.36), passent plus à l'acte (OR=2.84) et décèdent plus de suicide que les non-fumeurs (RR=1.83) (152).

Le statut tabagique est le 3^{eme} facteur de risque de passage à l'acte suicidaire après les antécédents de passage à l'acte et les scores de dépression chez des patients ayant présenté un épisode dépressif majeur dans le cadre d'un trouble de l'humeur (153).

Le tabagisme passif augmente également le risque suicidaire (154).

III. Etude du sevrage tabagique en CMP

A-Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique, dont l'objectif principal était d'étudier les caractéristiques du tabagisme chez des patients atteints d'affections psychiatriques et les spécificités de prise en charge du sevrage tabagique dans un CMP du Valenciennois, de patients fumeurs, suivis dans le cadre du protocole d'aide au sevrage tabagique au CMP et CATTP pendant 6 mois.

1. Description de la population

Nous avons étudié les dossiers des patients majeurs de 27 à 56 ans, suivis en ambulatoire par un psychiatre du CMP depuis au moins 6 mois, et demandeurs d'une aide au sevrage tabagique. Ils bénéficiaient, soit d'un suivi avec un infirmier régulier (entretien au moins une fois par mois), soit d'un suivi au CATTP. Les patients étaient stabilisés par une prise en charge psychothérapeutique et/ou pharmacologique et leur dernière hospitalisation datait de plus de 6 mois. Aucun ne bénéficiait d'une prise en charge pour le sevrage tabagique.

2. Le protocole d'aide au sevrage tabagique au CMP et CATTP.

Chaque infirmier du CMP, au cours d'un entretien motivationnel, discute du tabac, de ses conséquences et des risques associés, et propose à chacun de ses patients une aide au sevrage ou à la réduction du tabac en parallèle de son suivi médical et infirmier.

Les consultations médicales sont réalisées par un interne en présence de l'infirmier référent du patient. A l'issue de chaque consultation, une fiche de liaison est adressée au psychiatre référent du patient, et à l'issue de chaque consultation avec son psychiatre, une fiche de liaison est adressée à l'interne afin d'informer sur les modifications éventuelles de traitement et de confirmer l'accord pour la suite de la prise en charge du suivi tabagique.

Le dossier de consultation tabagique est le dossier de consultation de tabacologie de l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé). Des échelles d'évaluation supplémentaires sont ajoutées au dossier de consultations.

La dépendance nicotinique pharmacologique est évaluée par le test de Fagerström en 6 questions (45).

La dépendance comportementale est évaluée par le test de Horn (47). Il comprend 18 items correspondant à 6 situations liées au tabagisme: « la stimulation », « le plaisir du geste », « la relaxation », « l'anxiété-soutien », « le besoin absolu », « l'habitude acquise ». Chaque situation est notée sur 15 et un score supérieur à 11 est considéré comme une motivation forte (49).

Les comportements qui incitent à la consommation tabagique sont évalués par le test QCT2 de Gilliard (155). Il comprend 28 items correspondant à 4 comportements tabagiques : « la dépendance », « la dimension sociale », « la régulation des affects négatifs », « l'hédonisme ou le plaisir du geste ». Chaque comportement tabagique est évalué sur 21.

Les capacités cognitives du patient sont évaluées par le MMS. Les comorbidités anxio-dépressives sont évaluées par l'échelle HAD incluse dans le dossier de tabacologie. Les comorbidités addictives sont évaluées en plus, si une réponse positive est retrouvée dans le dossier de tabacologie, par le questionnaire DETA (Diminuer Entourage trop Alcool) (156) pour l'alcool, et CAST (Cannabis Abuse Screening Test) (157) pour le cannabis.

Lors de la consultation initiale, réalisée soit par un interne, soit par l'infirmier référent du patient formé à l'entretien motivationnel, le patient remplit le dossier de tabacologie et les échelles supplémentaires. Dans le cas où cette consultation est assurée par un infirmier, un rendez avec l'interne est planifié dans la semaine afin de reprendre les informations du dossier et de décider les modalités de l'aide au sevrage tabagique.

A l'issue cette consultation, en accord avec le patient, un arrêt complet ou une diminution progressive du tabac est décidée.

Chaque patient bénéficie d'au moins 8 consultations: J0, J15, M1, M2, M3, M4, M5, M6. En cas de signes de sevrage, de demande du patient ou de son infirmier référent, le patient est revu plus fréquemment. Lorsqu'un patient ne se présente pas à sa consultation, il est recontacté par téléphone et un nouveau rendez-vous lui est proposé le jour même, ou la semaine suivante. Les patients absents à plus de trois

consultations successives ne sont plus recontactés dans ce cadre et poursuivent leur suivi psychiatrique habituel.

Les patients bénéficient d'une aide médicamenteuse au sevrage uniquement par traitement nicotinique substitutif (patchs, inhalateurs, gommes, comprimés sublinguaux ou à sucer, pastilles). Le spray nicotinique n'est pas proposé car il ne fait pas parti de la liste des traitements nicotiniques substitutifs remboursés par la sécurité sociale.

La cigarette électronique est maintenue, si le patient l'utilise déjà, et qu'elle permet une réduction voire, un arrêt complet du tabac et qu'il ne souhaite pas de traitement nicotinique substitutif.

Sur le plan somatique, le poids du patient est surveillé lors de chaque consultation, et des mesures hygiéno-diététiques lui sont enseignées.

Les troubles psychiatriques (recrudescence de symptômes anxio-dépressif ou psychotiques) sont réévalués cliniquement à chaque consultation de tabacologie, au cours de l'entretien infirmier et de la consultation médicale. A M1, M3, M6, la recrudescence de symptômes anxio-dépressifs est réévaluée avec l'échelle HAD en plus de l'évaluation clinique.

Au cours du suivi, des outils, disponibles sur le site <http://www.tabac-info-service.fr>, sont proposés au patient tels que le « planning de cigarettes », « exercices de relaxation » et « gestion d'une envie impérieuse ».

B-Résultats

	Population de l'étude	schizophrénie	Trouble bipolaire	Trouble dépressif	Trouble anxieux	Trouble de la personnalité de type borderline
Diagnostic psychiatrique principal		62%(10)	13%(2)	13%(2)	6%(1)	6%(1)
≥ 1 Comorbidités somatiques	87%(14/16)	80%(8/10)	100%(2/2)	50%(1/2)	100%	100%
Comorbidités addictologiques	13%(2/16)	20%				
Nb moyen de cigarettes/j	14.7	16.3	14.5	19.5	20	13
Consommation ≥ 20 cigarettes/j	44%(7/16)	40%(4/10)	50%(1/2)	50%(1/2)	100%(1)	0%
Age de la consommation quotidienne	17.7	17.5	22.5	16	14	17
≥ 1 tentative(s) de sevrage tabagique antérieur ≥ 7j	81%(13/16)	80%(8/10)	100%(2/2)	50%(1/2)	100%(1)	100%(1)
2 tentatives de sevrages antérieures	25%(4/16)	30%(3/10)	50%(1/2)	0%	0%	0%
Abstinence tabagique à 1 mois après 1 tentative de sevrage antérieure	62%(10/16)	70%(7/10)	50%(1/2)	0%	0%	100%(1)
Abstinence tabagique à 6 mois après 1 tentative de sevrage antérieure	31%(5/16)	40%(4/10)	50%(1/2)	0%	0%	0%
Abstinence tabagique à 1 an après 1 tentative de sevrage antérieure	25%(4/16)	30%(3/10)	50%(1/2)	0%	0%	0%
Dépendance nicotinique au test de Fagerström	6.3	7.2	6	4	3	6
Dépendance comportementale (test de Horn) (score ≥ 11)						
-relaxation	37.5%(6/16)	50%(5/10)	0%	0%	0	100%(1)
-anxiété et soutien	37.5%(6/16)	20%(2/10)	100%(2/2)	50%(1/2)	0	100%(1)
-besoin absolu	31.2%(5/16)	40%(4/10)	0%	50%(1/2)	0	0% (0)
-habitude acquise	6%(1/16)	0%	0%	0%	0	100% (1)
-stimulation	25%(4/16)	20%(2/10)	100%(2/2)	0%	0	0%
-plaisir du geste	18.7%(3/16)	20%(2/10)	0%	50%(1/2)	0	0%
Réduction de la consommation /réduction ≥ 50%						
M1 (11 patients)	72%(8)/27%(3)	80%(4/5)/20%(1/5)	0%	100%(2)/(1)50%	100%(1)/100%	100%(1)
M3 (11 patients)	64%(7)/36%(4)	60%(3/5)/40%(2/5)	50%(1/2)/0%	50%(1/2)/0%	100%(1)/100%	100% (1)/0%
M6 (8 patients)	75%(6)/38%(3)	80%(4/5)/40%(2/5)	50%(1/2)/0%	(0)	100%(1)/100%	(0)

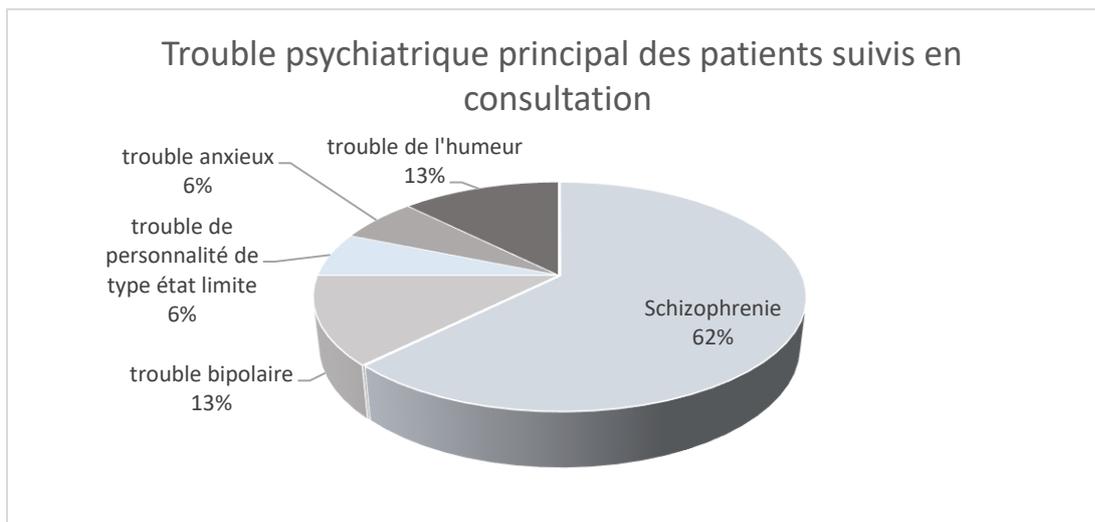
1. Population de l'étude

Parmi les patients du CMP, 16 patients ont souhaité bénéficier d'une aide au sevrage tabagique et ont rempli initialement un dossier de tabacologie: 7 hommes et 9 femmes.

La moyenne d'âge était de 41 ans.

2. Les comorbidités

a) Comorbidités psychiatriques



Sur les 16 patients inclus, 62% (10) étaient suivis pour schizophrénie, 13% (2) pour trouble dépressif, 13% (2) pour trouble bipolaire, 6% (1) pour trouble anxieux, 6% (1) pour trouble de personnalité de type borderline.

Sur les 16 patients inclus, 100% avaient déjà fait au moins une tentative de suicide et avaient un antécédent de dépression.

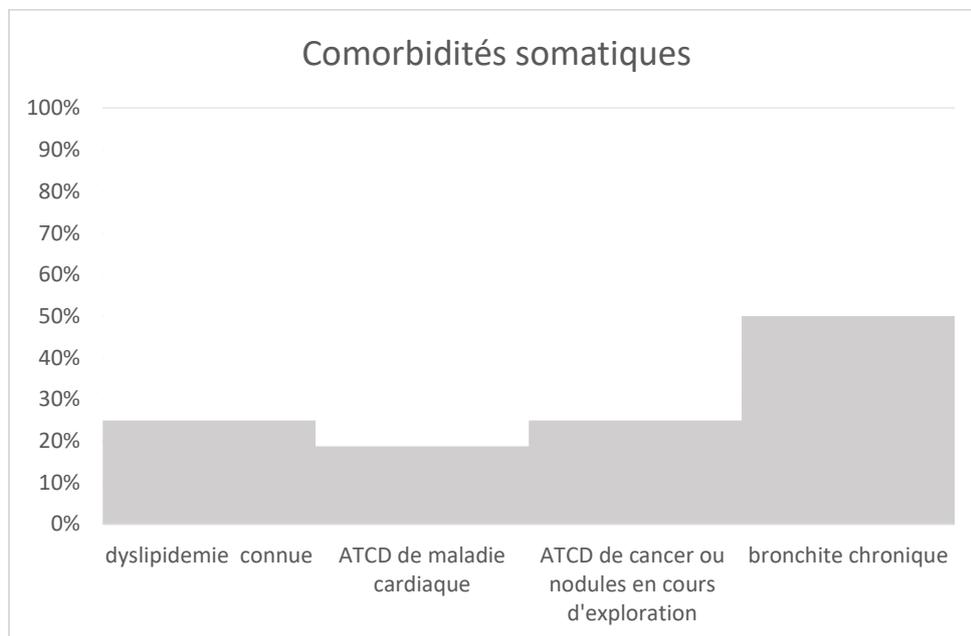
b) Comorbidités addictologiques

Un patient (6%) déclarait un antécédent de trouble de l'usage sévère d'alcool pour lequel il était actuellement abstinent

Un patient (6%) déclarait une consommation quotidienne de cannabis.

c) Les comorbidités somatiques

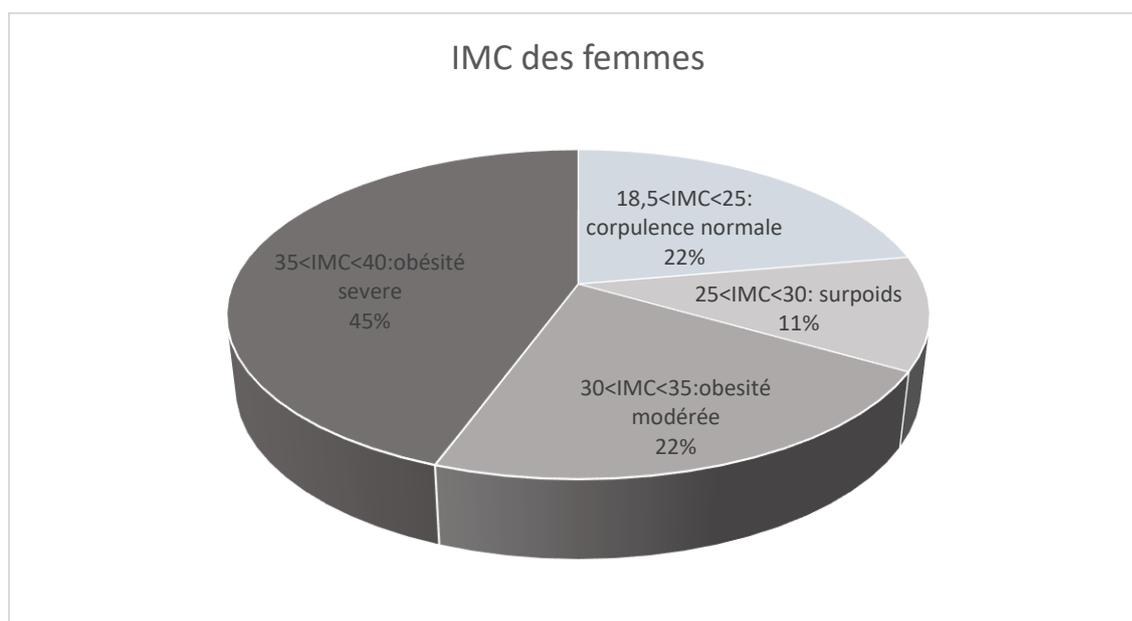
Maladies cardiaques ou respiratoires, cancers et facteurs de risques cardio-vasculaires



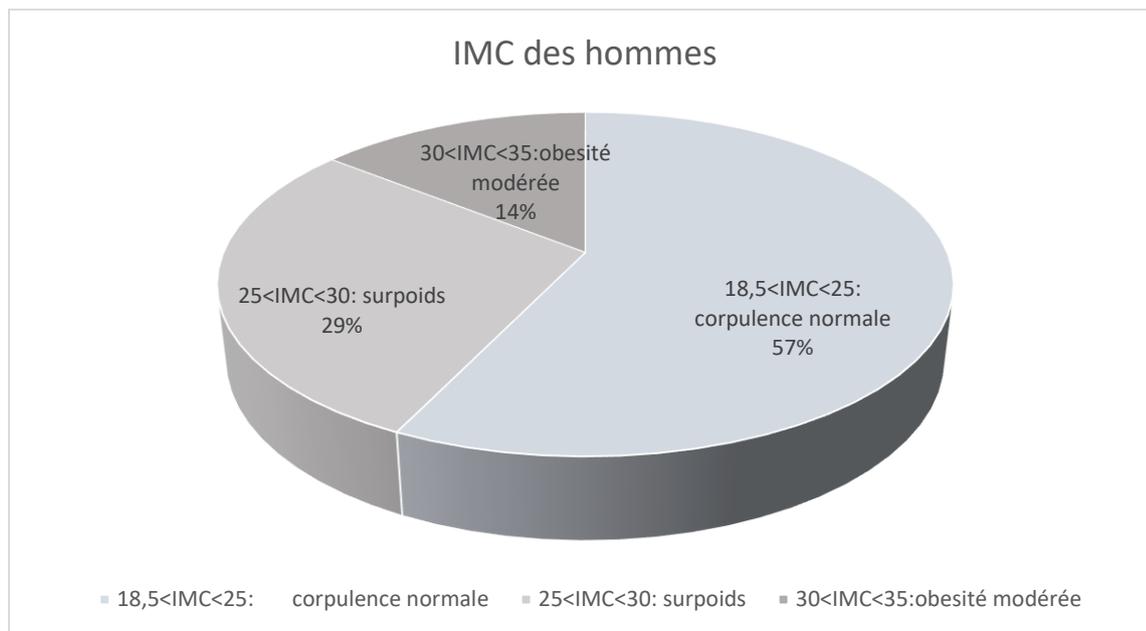
Sur les 16 patients, 43% (7) des patients étaient atteints de bronchite chronique, 19% (3) avaient un antécédent de cancer ou de nodule sous surveillance médicale, 25% (4) avaient une dyslipidémie connue, 12% (2) avaient une pathologie cardiaque.

Seul 12% (2) des patients n'avaient pas une comorbidité somatique connue associée.

Le poids



Parmi les 9 femmes, l'IMC moyen était de 31,6 avec IMC maximum à 37.6 et IMC minimum à 20.8. Par ailleurs, 78% (7) des patientes avaient un IMC supérieur à la normale, et 45% étaient en obésité sévère mais seule une patiente était suivie pour son obésité.



Chez les hommes, l'IMC moyen était à 25,18 avec un IMC maximum à 33.5 et un IMC minimum à 18.6.

Parmi les patients schizophrènes (10 patients), 40% avaient une obésité modérée dont 100%(3 patientes) des femmes et 14% (1 patient) des hommes.

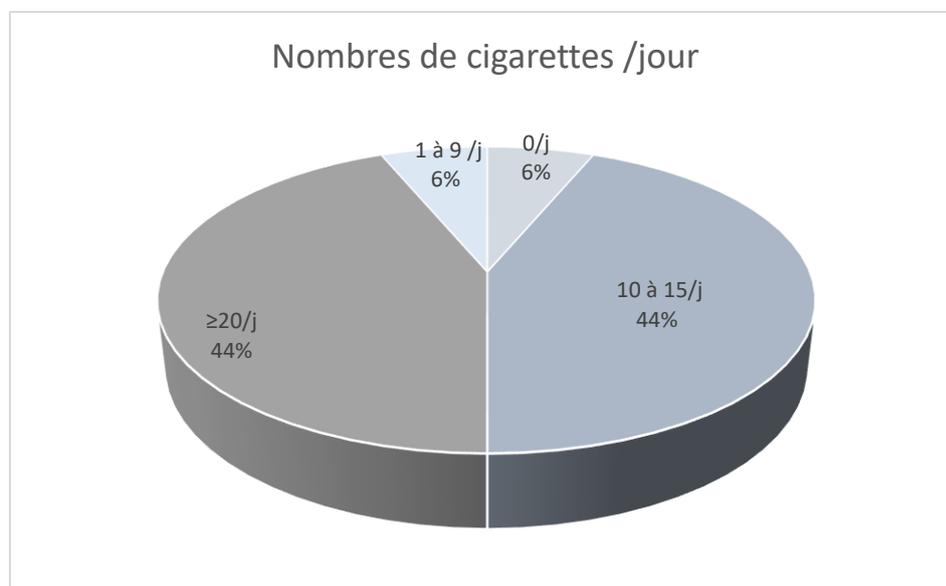
3. Caractéristiques de la consommation de tabac

Caractéristiques de la consommation	Population de l'étude (16)	Schizophrénie (10)	Trouble bipolaire (2)	Trouble dépressif (2)	Trouble anxieux (1)	Trouble de la personnalité de type borderline (1)
Consommation moyenne de cigarettes par jour	14.7	16.3	14.5	19.5	20	13
Consommation ≥ 20 cigarettes par jour	44%(7/16)	40%(4/10)	50%(1/2)	50%(1/2)	100%(1)	0%
Réduction dans le mois précédent	62%(10/16)	60%(6/10)	100%(2/2)	0%	100%	100%(1)
Fume dans leur foyer	88%(14/16)	80%(8/10)	100%(2/2)	100%(2/2)	100%	100%
Age de la consommation quotidienne	17.7	17.5	22.5	16	14	17

a) Type de tabac consommé

Lors du bilan tabagique, les 15 patients consommaient du tabac quotidiennement : 20% (3) fumaient des cigarettes industrielles, 7% (1) fumaient des cigarettes industrielles avec papier aromatisé, 20% (3) fumaient des cigarillos et 53% (8) fumaient des cigarettes roulées.

b) Nombre de cigarettes quotidiennes



Au bilan tabagique, sur les 16 patients, 15 étaient fumeurs et une patiente était sevrée depuis un mois et utilisait la cigarette électronique. Par jour, on retrouvait 6% (1) de fumeurs abstinents, 6% (1) de fumeurs entre 1 et 9 cigarettes, 44% (7) entre 10 et 15 cigarettes et 44% (7) fumaient au moins 20 cigarettes

Par ailleurs, 50% (8) des patients fumaient au moins 15 cigarettes par jour (/j) et un patient consommait 40 cigarettes par jour.

Le nombre moyen de cigarettes quotidiennes par personne était 14.7 cigarettes/j. La consommation des patients consommant des cigarillos a été multipliée par deux, conformément à l'équivalence citée par l'HAS (19) afin d'obtenir une équivalence en cigarettes.

Les patients suivis pour schizophrénie consommaient initialement entre 0 et 40 cigarettes/j. Les patients traités par halopéridol (40% des patients schizophrènes) consommaient en moyenne 19.6 cigarettes/j.

Les deux patientes suivies pour trouble bipolaire fumaient 9 et 20 cigarettes/j, le patient suivi pour trouble anxieux consommait 20 cigarettes/j et la patiente suivie trouble de la personnalité de type borderline 13 cigarettes/j. Enfin les deux patientes suivies pour trouble dépressif consommaient 12 et 24 cigarettes/j.

Il est à noter que parmi les 16 patients, 62.5% (10) déclaraient avoir réduit leur consommation de tabac dans le mois précédent.

c) Age de début de la consommation quotidienne

L'âge de début de la consommation quotidienne était compris entre 8 et 25 ans. La moyenne d'âge de début de la consommation quotidienne était 17,7 ans.

L'âge moyen du début de la consommation quotidienne selon le trouble psychiatrique pour lequel les patients étaient suivis était:

-schizophrénie: 17.5 ans avec un âge minimal à 8 ans et un âge maximal à 25 ans.

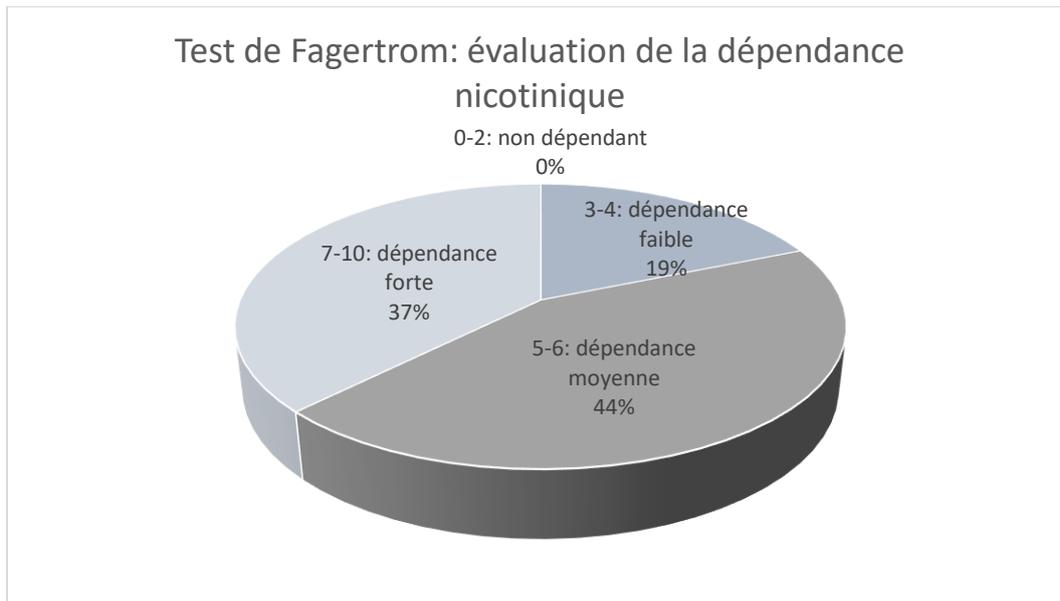
-trouble bipolaire: 22.5 ans

-trouble dépressif: 16 ans

-trouble anxieux: 14 ans

-trouble de la personnalité de type borderline : 17 ans

d) La dépendance pharmacologique



La dépendance pharmacologique était évaluée par le test de Fagerström. La dépendance moyenne était de 6.3, soit une dépendance moyenne.

Les patients schizophrènes avaient une dépendance nicotinique forte, avec une valeur moyenne à 7.2.

Les patientes suivies pour trouble bipolaire avaient une dépendance moyenne à 6.

Le patient suivi pour trouble anxieux avait une dépendance faible avec 3 et la patiente suivie pour trouble de la personnalité avait une dépendance forte à 7.

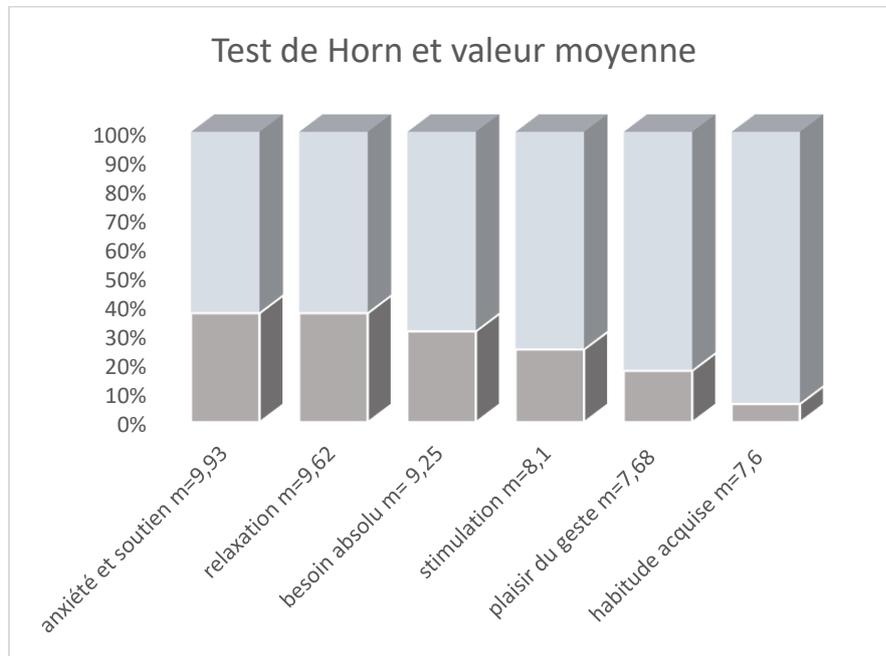
e) Les comportements tabagiques

Les comportements qui incitaient à fumer, étaient évalués par le QCT2-Gilliard. On retrouvait en premier : pour 40% des patients « le plaisir du geste », pour 30% « la régulation des affects négatifs », pour 20% « la dépendance » et pour 10% « la dimension sociale ».

Les valeurs moyennes obtenues sur 21 pour chaque comportement étaient: de 13 pour « la dépendance », de 12.75 pour « l'hédonisme et le plaisir du geste », de 11.8 pour la « régulation des affects négatifs », et de 7.8 pour « la dimension sociale ».

f) La dépendance comportementale évaluée par le test de Horn

Le test de Horn dans la population



Avaient une motivation forte au test de Horn (score supérieur à 11) : 37,5% des patients pour la « relaxation », 37,5% pour « l'anxiété et soutien », 31,2% pour « besoin absolu », 25% pour « la stimulation », 18,7% pour « le plaisir du geste » et 6% par « habitude acquise ».

Aucune des moyennes (m) n'étaient supérieurs à 11.

Le test de Horn selon les troubles psychiatriques

	Population de l'étude (16)	Schizophrènes (10)	Trouble bipolaire (2)	Trouble dépressif (2)	Trouble anxieux (1)	Trouble de la personnalité de type borderline (1)
Anxiété-soutien	37.5%(6)	20%(2)	100%(2)	50%(1)	0%	100%(1)
Relaxation	37,5%(6)	50%(5)	0%	0%	0%	100%(1)
Besoin absolu	31.2%(5)	40%(4)	0%	50%(1)	0%	0%
Stimulation	25%(4)	20%(2)	100%(2)	0%	0%	0%
Plaisir du geste	18.7%(3)	20%(2)	0%	50%(1)	0%	0%
Habitude	6%(1)	0%	0%	0%	0%	100%

Les résultats différaient selon les troubles psychiatriques.

Les patients suivis pour schizophrénie fumaient à 50% pour « la relaxation » mais ne fumaient pas par « habitude ». Les patientes suivies pour trouble bipolaire fumaient pour « l'anxiété et soutien », et pour « la stimulation ».

Pour le patient suivi pour trouble anxieux, aucune dépendance comportementale n'a été identifiée.

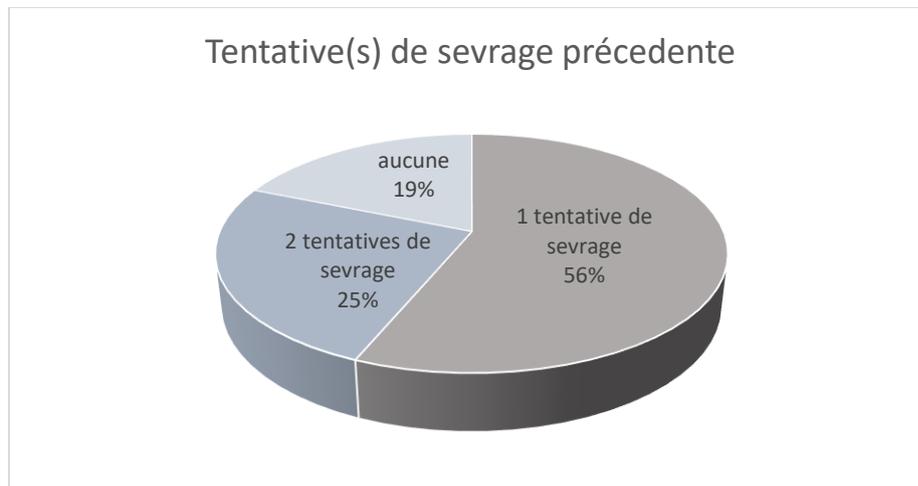
La patiente avec un trouble de la personnalité de type borderline fumaient pour « l'anxiété et le soutien », « la relaxation » et par « habitude ».

g) Age de la consommation par rapport à l'âge du début des troubles

100% patients étaient déjà fumeurs lors de leur premier contact avec les soins psychiatriques.

4. Les précédentes tentatives de sevrage

a) Nombre de tentatives de sevrage :



Sur les 16 patients, 81% (13) des patients avaient déjà fait au moins une tentative de sevrage supérieure à 7 jours et 25% (4) des patients en avaient fait deux.

Avant fait au moins une tentative de sevrage, 80% des patients suivis pour schizophrénie, 100% des patientes suivies pour trouble bipolaire, 50% des patients suivis pour trouble dépressif

b) Durée d'abstinence

La durée d'abstinence variait de 8 jours à 6 ans. Parmi les 16 patients, 62%(10) et 31% (5) ont eu une période d'abstinence respectivement d'au moins un mois et six mois. Enfin, 25% ont eu une période d'abstinence supérieure à un an.

c) Aide au sevrage utilisée

Parmi les patients ayant déjà fait au moins une tentative de sevrage (13 patients), 21% (3) avaient fait une tentative de sevrage avec la cigarette électronique, 43% (6) avec des TNS et 36% (5) sans TNS

5. Les objectifs des patients à la consultation initiale

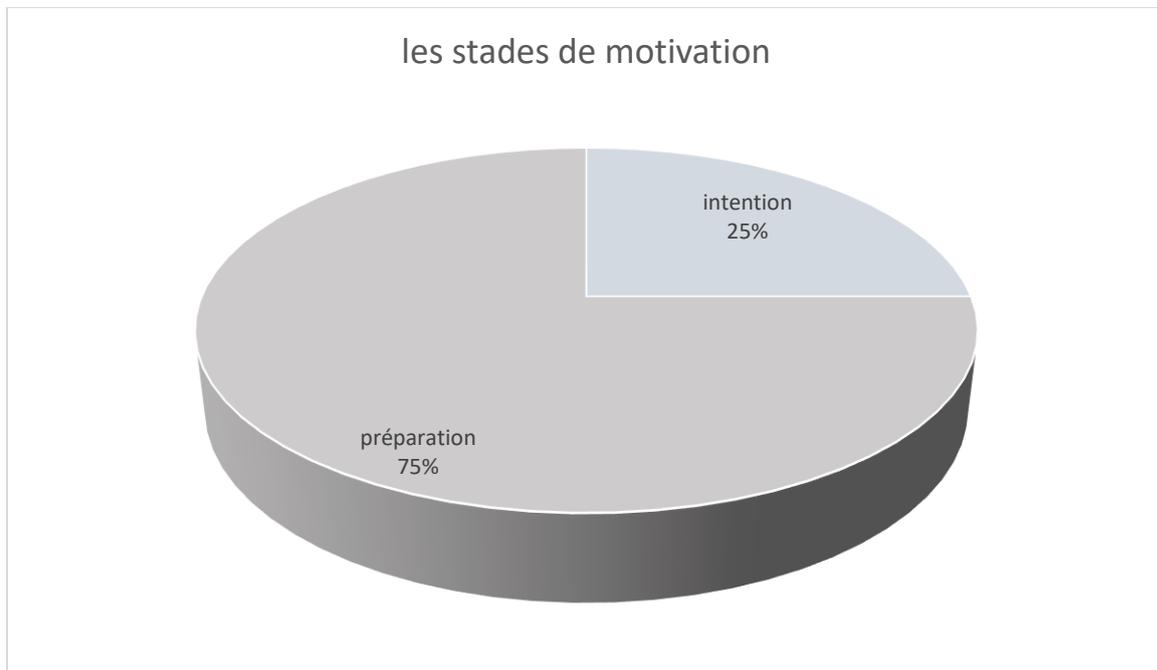
Objectifs du suivi	Population de l'étude (16)	Schizophrénie (10)	Trouble bipolaire (2)	Trouble dépressif (2)	Trouble anxieux (1)	Trouble de la personnalité de type borderline (1)
Arrêter complètement	50% (8/16)	50% (5/10)	50% (1/2)		100% (1)	100% (1)
Réduire ma consommation	44% (7/16)	40%(4/10)	50%(1/2)	100% (2/2)		
Obtenir des informations sur le sevrage tabagique						
aide au maintien de l'abstinence	6% (1/16)	10%(1/10)				

Parmi les 16 patients, 50% (8) des patients affirmaient vouloir arrêter complètement, 44% (7) voulaient réduire leur consommation, 6% (1) demandaient une aide au maintien de l'abstinence avec la cigarette électronique. Aucun n'était demandeur uniquement d'information sur le sevrage tabagique

Parmi les patients qui souhaitaient arrêter définitivement, 100% ont préféré commencer par réduire leur consommation.

6. Evaluation des stades de motivation et de la confiance pour arrêter

a) La motivation



Parmi les patients ayant répondu qu'ils souhaitaient arrêter de fumer (8), 75% (6) étaient au stade de la préparation et ont répondu qu'ils souhaitaient arrêter « dans le mois » ou « dans le trimestre à venir » et, 25% (2) des patients étaient au stade de l'intention et ont répondu vouloir arrêter « bientôt » ou « ne pas savoir quand ».

Les motifs principaux pour arrêter ou réduire la consommation tabagique étaient « la santé » et « la peur d'avoir un cancer ».

b) Confiance en eux pour arrêter

Parmi les 15 patients fumeurs, les patients avaient peu confiance en leur capacité à se sevrer : 47% (7) avaient une confiance faible entre 0 et 4/10, 33% (5) patients avaient une confiance moyenne entre 5 et 6/10, 7% (1) avaient une motivation bonne 7 et 13% (2) avaient une confiance très bonne en eux supérieure ou égale à 9/10.

7. Le suivi

a) *Assiduité aux consultations*

Entre le bilan tabagique et la consultation médicale : sur les 16 patients demandeurs d'une aide au sevrage au tabagique dans le cadre du protocole, trois patients schizophrènes ne se sont pas présentés à la première consultation médicale, à M0.

Entre M0 et M1 : deux suivis de patients schizophrènes se sont arrêtés: une patiente a souhaité arrêter son suivi car sa motivation n'était pas suffisante et un patient a déclaré après inclusion bénéficié déjà d'un suivi sur le CSAPA du secteur.

Après M3 : trois suivis se sont arrêtés: deux patientes qui était au stade de la « pré-intention » ont arrêté le suivi et un suivi s'est arrêté à l'initiative du psychiatre référent.

Au total, 81% (13 patient) ont assisté à au moins une consultation médicale, 68% (11) des patients ont assisté à au moins cinq consultations médicales et ont été suivis au moins jusqu'à M3. Enfin, 50% (8) des patients ont terminé leur suivi (cinq patients suivis pour schizophrénie, deux patientes suivies pour trouble bipolaire et un patient suivi pour trouble anxieux).

b) *Le poids*

La peur de prendre du poids était plus élevée chez les femmes que chez les hommes

A M3 (11 patients) : 54% (6) ont perdu du poids et 36% (4) ont pris du poids par rapport au poids de M0 et 9% (1) a refusé de se peser en consultation.

A M6 (8 patients) : 75% (6) des patients ont perdu du poids, 12.5% (1) ont maintenu son poids initial et 12.5% (1) ont pris du poids par comparaison au poids initial à M0. La perte moyenne de poids était de 3.8 kg par patient. Une patiente avait pris 15 kg entre M0 et M6 et n'était pas abstinente à l'issue des 6 mois de suivi.

c) Les traitements nicotiniques

	Association de patchs et/ou d'une forme orale	1 seule forme de TNS	Cigarette électronique	Aucune aide
Lors de précédentes tentatives de sevrage (13 patients)	46%		23%	31%
A M0 (13 patients)	46,1%(6/13)	23.1%(3)	15.4%(2)	15.4%(2)
A M1 (11 patients)	36,3%(4/11)	9%(1)	36.3%(4)	18,2%(2)
A M3 (11 patients)	45.4%(5/11)	9%(1)	27,2%(3)	18.2%(2)
A M6 (8 patients)	37.5%(3/8)	0	25%(2)	37.5%(3)

Sur les 16 patients, 81% (13) avaient fait une tentative de sevrage dont 46% (6) avaient bénéficié d'au moins une forme de TNS et 31% (3) n'avaient bénéficié d'aucune aide médicamenteuse ou thérapeutique.

Deux patientes ont refusé les TNS pendant toute la durée du suivi mais ont réduit leur consommation. Une patiente a refusé les TNS entre M0 et M3 puis les a accepté.

Lors de consultation médicale initiale à M0 : (13 patients)

-69.2% (9) ont accepté un TNS : 46.1% ont accepté l'association de patchs transdermiques et d'une substitution par voie orale et 23.1% ne souhaitaient que des patchs ou une forme orale.

-15.4% (2) ont refusé toute aide médicamenteuse ou cigarette électronique.

Lors de la consultation à M1: (11 patients)

-22% (2/9) des patients sous TNS à M0 avaient arrêté leur substitution et avait préféré la cigarette électronique et 22% (2/9) avait arrêté le suivi.

-45% ont souhaité à l'issue de la consultation de M1 poursuivre ou introduire un traitement par TNS.

Lors de la consultation à M3 : (11 patients)

-les deux patients ayant expérimenté la cigarette électronique à partir de M1 ont arrêté de l'utiliser et ont demandé à reprendre une association de patch et de gommes nicotiniques.

-54% des patients ont demandé à l'issue de la consultation de M3 à poursuivre ou reprendre un TNS.

Lors de la consultation à M6 :

-37.5% utilisaient encore les TNS et ont demandé à ce que le traitement soit reconduit. Les autres patients refusaient les TNS, ou utilisaient la CE.

L'observance des TNS a été aléatoire, certains patients oubliant de le poser le matin, ou le mettaient l'après-midi.

d) Evolution de la consommation tabagique

A M1 (11 patients) : 72% (8) des patients avaient diminué leur consommation tabagique et 27% (3) d'au moins 50%. Une patiente avait augmenté sa consommation et une patiente avait maintenu sa consommation stable et une patiente a maintenu son abstinence.

A M3 (11 patients) : Depuis M0, 64% (7) des patients avaient diminué leur consommation, 36% (4) d'au moins 50%, 27% (3) avaient augmenté leur consommation tabagique dont la patiente qui était abstinente et une patiente a maintenu sa consommation stable. Cependant, entre M1 et M3, 45% (5) avaient augmenté leur consommation.

A M6 (8 patients) : Depuis M0, 75% (6) des patients avaient diminué leur consommation et 38% (3) d'au moins 50%. Une patiente avait maintenu sa consommation stable et une patiente avait augmenté sa consommation. Parmi les patients ayant réussi à réduire d'au moins 50%, on retrouve deux patients suivis pour schizophrénie et un patient suivi pour trouble anxieux.

e) Modifications des traitements des patients

Le traitement de fond a été modifié pour 54% (6) des patients des patients ayant assisté à au moins 5 consultations médicales, c'est-à-dire les patients suivis au moins jusqu'à M3 (11 patients). Les échelles HAD faites à M3 et M6 montraient une amélioration des scores de l'anxiété et de la dépression par rapport à M0. De même, aux entretiens cliniques médicaux, les patients n'ont pas rapporté de recrudescence anxieuse ou dépressive ni de signe de sevrage.

Les patients suivis pour schizophrénie

-Deux patients avaient réduit de plus de 50% leur consommation tabagique à M3 : Un patient a bénéficié une diminution de diazépam entre M0 et M1 puis à une reprise de la posologie initiale entre M2 et M3 lorsqu'il s'est sevré avec la cigarette électronique. L'autre patient n'a pas eu de modification de son traitement.

-Une patiente avait réduit sa consommation à M3 (réduction de 2 cigarettes/j). Elle a bénéficié d'un arrêt de l'aripiprazole à M4.

-Deux patientes avaient majoré leur consommation à M3. L'une a bénéficié d'une augmentation de cyamémazine entre M2 et M3 et avait également majoré sa consommation de cigarettes entre M2 et M3 après avoir diminué de 50% sa consommation à M2. L'autre patiente n'a pas bénéficié de modification de son traitement.

Aucun des deux patients traités par halopéridol n'a eu de modification de leur traitement, et ce, quel que soit, l'évolution de leur consommation tabagique.

Les patientes suivies pour trouble bipolaire. Les deux patientes ont eu leur traitement modifié au cours du suivi. Une patiente a bénéficié d'une augmentation à M1 puis d'une diminution à M3 de son antidépresseur et sa consommation tabagique était très fluctuante. L'autre patiente, abstinente à M2, avait bénéficié d'un arrêt de son traitement anxiolytique et d'une modification de son traitement hypnotique entre M2 et M3 puis avait déclaré à la consultation de M3 avoir repris une consommation tabagique.

Les patientes suivies pour trouble dépressif. Une des patientes a bénéficié d'une augmentation de son traitement par quéliapine entre M0 et M1 et déclarait à la consultation de M1 une diminution de 25% de sa consommation. La deuxième patiente n'a pas modifié sa consommation tabagique et n'a pas eu de modification de son traitement.

La patiente suivie pour trouble de la personnalité de type borderline. La patiente n'a pas bénéficié de modification de son traitement et n'a pas modifié sa consommation tabagique.

Le patient suivi pour trouble anxieux. Le traitement du patient n'a pas été modifié et le patient a réduit de plus de 50% sa consommation de cigarettes.

8. La cigarette électronique

	Population de l'étude	schizophrénie	Trouble bipolaire	Trouble dépressif	Trouble anxieux	Trouble de la personnalité de type borderline
Antécédent d'utilisation	50%(8/16)	60%(6)	50%(1/2)	0%	0%	100%(1)
Utilisation lors d'un sevrage	19%(3/16)	30%(3)	0	0%	0%	0
Utilisation régulière au bilan tabacologique (16 patients)	12%(2/16)	10% (1/10)	0%	0%	0%	100%(1)
Utilisation à la consultation M0 (13 patient)	15% (2/13)	14%(1/7)	0%	0%	0%	100%(1)
Utilisation à M1 (11 patients)	36%(4/11)	20%(1/5)	50%(1/2)	0%	100%(1/1)	100% (1)
Utilisation à M3 (11 patients)	27%(3/11)	40%(2/5)	0%(0/2)	0%(0/2)	0%	100%(1)
Utilisation à M6 (8 patients)	25%(2/8)	40%(2/5)	0%(0/2))	(0)	0% (0/1)	(0)

Au bilan tabagique (16 patients) : 50% des patients avaient déjà expérimenté une cigarette électronique (CE) : 60% des patients suivis pour schizophrénie, 50% des patientes suivies pour trouble bipolaire et la patiente suivie pour trouble de la personnalité de type borderline. Par ailleurs, 19% l'avaient déjà utilisée lors d'une tentative de sevrage supérieure à 7 jours. Enfin, 12% (2) utilisaient régulièrement une CE : l'une était abstinente depuis 1 mois, et l'autre patiente souhaitait diminuer sa consommation de cigarettes avec la CE.

A M0 (13 patients) : Lors de la consultation médicale initiale, la cigarette électronique a été maintenue pour 15% des patients, c'est-à-dire pour les deux patientes déjà utilisatrices.

A M1 (11 patients) : 36% (4) des patients étaient utilisateurs, deux patients avaient spontanément fait l'acquisition d'une CE entre M0 et M1. Parmi les utilisateurs de la CE depuis M0, la patiente déjà abstinente avec la CE a maintenu son abstinence et l'autre patiente a diminué d'une cigarette par jour sa consommation. Les deux patients utilisateurs récent de CE ont diminué chacun leur consommation : l'un, de 20 à 1 cigarettes/j et l'autre de 20 à 14 cigarettes/j.

A M3 (11 patients) : les deux patientes utilisatrices de la CE à M0 ont continué à l'utiliser mais la patiente abstinente a repris une consommation tabagique et l'autre patiente a diminué sa consommation. Les deux patients qui avaient fait l'acquisition d'une CE entre M0 et M1 ont arrêté de l'utiliser et ont préféré reprendre une association

d'un patch et d'une forme orale. Enfin un patient, initialement consommateur de 40 cigarettes/j avait acheté une cigarette électronique entre M1 et M2 et était abstiné. Au total, 27% (3 patients) étaient utilisateurs, dont deux tiers maintenaient une consommation tabagique et un tiers était abstiné.

A M6 (8 patients): sur les trois patients utilisateurs d'une CE, une patiente avait arrêté le suivi et le patient abstiné à M3 avait repris le tabac. Cependant, le nombre de cigarettes/j était inférieur à la consommation initiale déclarée.

Au total, 45% (5/11) des patients des patients ayant assisté à au moins 5 consultations médicales ont utilisé une cigarette électronique au cours du suivi.

Parmi les utilisateurs de la CE au cours du suivi, 40% (2/5) ont réussi à maintenir une abstinence de 2 et 4 mois et 60% ont maintenu une consommation tabagique. Parmi les trois patients ayant acheté une CE au cours du suivi, deux avaient réduit de plus de 50% leur consommation à M6 par rapport à la consommation déclarée à M0, et une patiente avait réduit dans le mois suivant l'achat, puis avait augmenté sa consommation tabagique.

C-Discussion

L'objectif de notre étude était d'étudier les caractéristiques du tabagisme des patients atteints d'affections psychiatriques et les spécificités de prise en charge au sein d'un CMP.

1. Quelles comorbidités psychiatriques et somatiques ?

Les comorbidités psychiatriques

Tous les patients inclus, avaient au moins un antécédent de tentative de suicide, et Bonhert et al retrouvaient le tabac était un facteur de risque de suicide (150).

Les comorbidités somatiques

Dans notre étude, 87% des patients avaient au moins une comorbidité somatique associée.

Le poids : L'IMC moyen chez les femmes correspondait à une obésité modérée et chez les hommes, l'IMC était à la limite inférieure du surpoids. Parmi les patients schizophrènes, 40% avaient au moins une obésité modérée. Les patients obèses schizophrènes ont un risque cardiovasculaire plus élevée que les patients obèses sans troubles psychiatriques (158) et le tabac majore ce risque (159). Le contrôle du poids est important dans le sevrage tabagique car 80% des sevrages tabagiques s'accompagne d'une prise de poids (160). L'aide au sevrage tabagique a été l'occasion d'informer les patients des règles hygiéno-diététiques, et 75% des patients ayant terminé le suivi ont perdu du poids.

Bronchite chronique : Dans notre étude, 43% des patients avaient une bronchite chronique. Ce taux est plus de 4 fois supérieur à celui retrouvé par Himelhoch et al dans une population de patients atteints de troubles psychiatriques (9.5%) (161) et presque 6 fois supérieur à la prévalence en population générale pour les personnes de plus de 40 ans (7.5 %) (35). Cependant, il est très proche du taux observé par Pelkonen et al, chez les patients fumeurs en population générale (43%) (36).

2. Quel profil tabagique des patients atteints d'affections psychiatriques et demandeurs d'une aide au sevrage ?

a) La consommation de cigarettes

La consommation moyenne de cigarettes à la consultation initiale était de 14.7 cigarettes/j et était supérieure, sauf pour la patiente suivie pour trouble de la personnalité, à la consommation moyenne en population générale (3). Quarante-quatre pour cent des patients avaient une consommation supérieure ou égale à 20 cigarettes/j. Par ailleurs, on retrouvait un taux de patients fumeurs de plus de 15 cigarettes/j supérieur à la population générale, 50% versus 30,5% (3). Les consommations les plus élevées étaient retrouvées chez le patient suivi pour trouble anxieux, les patientes suivies pour trouble bipolaire et les patients suivis pour schizophrénie. Le nombre de cigarettes par jour et le taux de fumeurs supérieur à 20 cigarettes/j chez les patients suivis pour schizophrénie étaient plus bas que ceux retrouvés par l'étude de Kelly et al, qui trouvaient 68% de fumeurs de plus de 25 cigarettes/j (82).

Cependant 62% des patients dont 60% des patients suivis pour schizophrénie déclaraient avoir réduit leur consommation de tabac dans le mois précédent. Cela traduit la volonté des patients de modifier leur consommation tabagique. Il est également possible que la proposition d'une consultation d'aide au sevrage tabagique ait encouragé les patients à réduire leur consommation. Les patients schizophrènes fumaient en moyenne 16.3 cigarettes/j. Ceci pourrait être une des hypothèses expliquant que le nombre moyen de cigarettes est inférieur à celui attendu, soit 22 et 27 cigarettes/j pour les patients schizophrènes (10).

Les patients schizophrènes traités par halopéridol avaient une consommation tabagique supérieure aux patients schizophrènes bénéficiant d'un autre traitement. McEvoy et al trouvaient que l'instauration d'un traitement par halopéridol était suivie d'une augmentation de la consommation de cigarettes (162). Cependant, nous ne disposons pas du niveau de consommation tabagique à l'initiation du traitement.

Enfin, dans notre étude, l'âge moyen du début de la consommation quotidienne des patients est 17.7 ans, ce qui est plus que dans la population générale, puisque 31.2% des jeunes adultes de 17 ans sont fumeurs (163). L'âge de début de la consommation

quotidienne de tabac des patients suivis pour schizophrénie, 17.5 ans, est proche de celui retrouvé dans une précédente étude (82).

b) La dépendance nicotinique

Dans notre étude, la dépendance pharmacologique nicotinique moyenne retrouvée au test de Fagerström était de 6.3 et 81% des patients avaient une dépendance moyenne ou forte. Les patients schizophrènes étaient ceux qui avaient la dépendance la plus élevée, avec une dépendance moyenne à 7.2. Cette dépendance est légèrement supérieure du niveau de dépendance citée par Dervaux et al, qui trouvaient une dépendance entre 6 et 7 (80). Poirier et al ne trouvaient pas de différence de dépendance selon les troubles psychiatriques, cependant, la dépendance était évaluée selon les critères du DSM-III-TR (73).

La dépendance comportementale, évaluée par le test de Horn, a montré que les patients fumaient plus pour « l'anxiété et le soutien » et « la relaxation ». Aucune des études précédemment citées n'a évalué la dépendance comportementale dans la dépendance tabagique des patients atteints d'affections psychiatriques. Cependant, nous avons retrouvé des différences de dépendance comportementale entre les différents troubles psychiatriques. Il pourrait donc être intéressant d'intégrer l'évaluation de la dépendance comportementale, à l'évaluation tabagique des patients atteints d'affections psychiatriques, car la dépendance nicotinique peut être sous-estimée par le test de Fagerström chez les patients schizophrènes (86).

Il est à souligner que tant dans le QCT2 de Gilliard, que dans le test de Horn, les résultats montrent que le tabac permet au patient une gestion des affects négatifs. Cependant, l'évaluation du plaisir du geste apparaît le premier comportement encourageant le tabagisme au QCT2 de Gilliard mais n'apparaît qu'au 5^{ème} rang des dépendances comportementales. Cependant, bien que complémentaires, il reste difficile de comparer ces deux tests.

3. Quelles motivations au sevrage tabagique ?

a) Les motivations à se sevrer

Les motivations pour arrêter le tabac étaient dans notre étude : éviter les problèmes de santé et le coût financier du tabac. Les mêmes motifs d'arrêt ont été retrouvés dans une précédente étude (164), et sont les mêmes que pour les fumeurs dans la population générale (165).

b) Stade de motivation et confiance en soi

Dans notre étude, parmi les patients qui souhaitaient arrêter le tabac, 75% étaient au stade de l'intention. Par ailleurs, tous les patients au cours du suivi, ont déclaré à au moins une des consultations soit une reprise du tabac, soit une augmentation ponctuelle de la consommation de tabac entre 2 consultations. Les patients atteints d'affections psychiatriques sont autant motivés que la population générale à arrêter (7) mais les taux d'échec sont plus importants (166).

De même, malgré une motivation importante, 50% des patients avaient une confiance faible et 31% avaient une confiance moyenne en leur capacité d'arrêter. Celle-ci s'est améliorée au cours du suivi, en commençant par une réduction très progressive du tabac, et a pu être améliorée par les entretiens infirmiers entre les consultations médicales.

c) Les antécédents de tentatives de sevrage

Parmi les patients, 81% ont fait au moins une tentative de sevrage supérieure à 7 jours, soit plus que le taux retrouvé en population générale (70.7%) (3), 62% des patients ont maintenu leur abstinence à 1 mois, tandis que à 6 mois et 1 an, le taux d'abstinence était de 31% et 25%. Dervaux et al retrouvaient également un taux de rechute supérieur à 70% après 6 mois de sevrage (51). McClave et al ont retrouvé également que le taux de tentative d'arrêt du tabac des patients atteints d'affections psychiatriques est comparable aux personnes sans maladie mentale, mais que le taux de réussite est inférieur (167).

La durée la plus longue d'abstinence était de 8 ans et était retrouvée chez un patient suivi pour schizophrénie. Aucune des tentatives de sevrage précédentes n'avaient été suivies en consultation infirmière ou médicale, et avaient été à l'initiative propre des patients. Cela souligne, d'une part la motivation des patients à se sevrer, d'autre part

la possible perception par les soignants que les patients suivis pour des troubles psychiatriques ne sont pas intéressés pour se sevrer (159). Ainsi, Himelhoch et al ont retrouvé que 77% des soignants en santé mentale pensaient que les patients n'étaient pas intéressés par un sevrage tabagique (168).

4. Quelles spécificités du sevrage tabagique ambulatoire des patients atteints d'affections psychiatriques ?

a) Assiduité et abstinence à l'issu du protocole d'aide au sevrage

Dans notre étude, 81% des patients avaient déjà fait une tentative de sevrage supérieure à 7 jours, ce qui est plus élevé que dans la population générale (70.7%) (3). Parmi les patients ayant déjà tenté de se sevrer, 46% avaient bénéficié d'un traitement nicotinique substitutif. Par ailleurs, 50% des patients avaient comme objectif final d'arrêter complètement le tabac et 44% déclaraient vouloir uniquement réduire leur consommation. Il est à noter que, 100% des patients qui voulaient arrêter ont commencé par réduire leur consommation. Concernant l'assiduité aux consultations de tabacologie, 81% (13 patients) ont assisté à au moins une consultation, 68% (11 patients) à au moins cinq consultations et 50% (8 patients) ont terminé le suivi jusqu'à M6

Parmi les patients ayant été suivi pendant 6 mois (8 patients), 75% avaient réduit leur consommation dont la moitié avait réduit d'au moins 50%. Aucun des patients n'était encore au stade de l'abstinence à l'issue des 6 mois. La patiente abstinentes initialement avait rechuté après 4 mois d'abstinence mais avait une consommation tabagique nettement inférieure à sa consommation antérieure. Les patients qui souhaitent de sevrer en tabac font en général 5 à 7 tentatives avant d'arrêter définitivement et les rechutes sont plus fréquentes à trois mois d'abstinence (169).

Ces résultats peuvent être comparés à ceux obtenus par Ashton et al, au cours d'une étude australienne portant sur le tabagisme de 1 043 patients souffrant de troubles psychiatriques et désireux d'effectuer un sevrage tabagique, dans le cadre d'un projet de sevrage tabagique ambulatoire pour les personnes souffrant de maladies psychiatriques, d'une durée de 8 à 10 semaines (78).

Ashton et al retrouvent que 83,5% des patients avaient déjà tenté d'arrêter dont 57.7% avec un TNS. Ils retrouvent une demande de sevrage complet plus élevée, puisque

87.6% souhaitaient arrêter définitivement dont 25.1% en réduisant progressivement leur consommation et 10% voulaient uniquement réduire. Pour la présence aux groupes, 78.2% avaient assisté à au moins une session, 53.3% à au moins trois sessions et 21.8% n'y avaient pas du tout assisté. Enfin, parmi les patients qui avaient pu être recontactés à l'issu du programme, 22.5% et 25.1% des patients qui avaient assisté respectivement à au moins une et trois sessions étaient abstinents à l'issu du programme (78).

Baker et al ont étudié l'efficacité d'entretiens individuels motivationnels et cognitivo-comportementaux versus, prise en charge habituelle chez des patients atteints de troubles psychiatriques pendant 10 semaines. Ils ont ainsi comparé, dans une étude contrôlée randomisée, les taux d'abstinence à 3, 6 et 12 mois de patients psychotiques bénéficiant soit de 8 entretiens individuels motivationnels et cognitivo-comportementaux hebdomadaires d'une heure et d'un TNS, soit de la prise en charge habituelle. Parmi le groupe bénéficiant des entretiens, 47.6% ont assisté à l'intégralité des sessions et 23.8% ont assisté à moins de 5 sessions. A 3 mois, il y avait une différence significative du taux d'abstinence complet entre le groupe contrôle (4%) et les patients qui avaient bénéficié de l'intégralité des sessions (21,4%). De même, le taux d'abstinence sur les 7 derniers jours était significativement plus élevé à 3 mois (30%) et 6 mois (18.6%) que dans le groupe contrôle. A 12 mois, parmi les patients ayant effectué l'intégralité des sessions, 7.1% n'avaient pas consommé du tabac depuis 12 mois et 18.6% n'avaient pas consommé dans les 7 jours, versus respectivement, 0.7% et 18.6% dans le groupe contrôle. Enfin, dans le groupe de patients ayant assisté à l'intégralité des sessions, 47.1% avait réduit leur consommation à 12 mois versus 17,99% dans le groupe contrôle (99).

b) L'adhésion au TNS

L'adhésion au TNS était moyenne et a diminué au cours du suivi et notamment concernant patchs. Cela peut être un des facteurs expliquant l'absence de patients abstinents à 6 mois.

Dans le protocole, les patients ne bénéficient pas de spray nicotinique, car ces derniers ne sont pas remboursés par la sécurité sociale. Néanmoins, une étude a montré que l'administration de spray nicotinique permettait, chez les patients schizophrènes

n'ayant pas répondu à un précédent traitement de sevrage nicotinique, une abstinence pour 42% des patients à 3 mois (170).

c) Les modifications de traitement

Dans notre étude, 54% des patients suivis au moins jusqu'à M3 ont eu leur traitement psychotrope modifié. Par ailleurs, deux patients étaient traités par halopéridol, antipsychotique dont le dosage est à réévaluer après sevrage selon les recommandations. La modification de la posologie de l'halopéridol n'a pas été nécessaire.

Ces résultats suggèrent que la réduction du tabac, au-delà des signes de sevrage qui peuvent être présents, nécessitent une surveillance et réévaluation régulière des traitements médicamenteux. Néanmoins, il est également possible que les modifications des traitements s'inscrivent dans l'évolution et l'histoire de la maladie des patients.

L'échelle HAD et l'interrogatoire clinique montraient une amélioration thymique et des symptômes anxieux à M3 et M6. Cette échelle était utilisée pour évaluer des recrudescences anxieuses et dépressives dans le cadre du sevrage ou de la réduction du tabac. Il pourrait être intéressant d'utiliser ou de compléter par une autre échelle pour l'évaluation des signes de sevrage.

5. La cigarette électronique : prochaine aide au sevrage tabagique ?

Cinquante pour cent des patients et 60% des patients suivis pour schizophrénie avaient déjà expérimenté la cigarette électronique, ce qui est proche du taux d'expérimentation de la population générale avec 57.8% (3). Par ailleurs, 27% (3/11 patients) ont expérimenté la cigarette électronique entre M0 et M3.

Parmi les patients ayant utilisé la CE au cours du suivi (5 patients), 40% (2) ont maintenu une abstinence de 2 et 4 mois avec la CE puis ont rechuté et 60% des patients ont maintenu une consommation tabagique

Il existe encore peu d'études sur l'efficacité de la cigarette électronique dans le sevrage tabagique des patients atteints d'affections psychiatriques. Une étude de Caponnetto et al a retrouvé à 12 mois, dans une population de patients schizophrènes utilisateurs de cigarette électronique, que la moitié des patients avaient réduit de plus de 50% leur

consommation tabagique et un taux d'abstinence de 14.4%. Cependant, il s'agissait d'une petite étude de 14 patients (171).

Dans une revue de la littérature de 9 études, Heffner et al retrouvent que le taux d'utilisation de la cigarette électronique est élevé chez les patients atteints d'affections psychiatriques. Le taux d'expérimentation chez les patients fumeurs atteints d'affections psychiatriques varie de 25% à 89.7% selon les études, et 86,2% des patients utilisateurs de cigarettes électroniques maintiennent une consommation tabagique. Par ailleurs, d'après les auteurs, son utilisation ne semble pas exacerber des symptômes psychiatriques mais les effets à long terme de la cigarette électronique ne sont pas connus (172).

Dans une étude menée auprès de 956 patients atteints d'affections psychiatriques entre 2009 et 2013, Prochaska et al trouvaient que l'utilisation de la cigarette électronique n'était pas associée à un taux d'abstinence plus élevée ni à une réduction du nombre de cigarettes par jour (173).

De même, O'Brien et al ont étudié le taux d'arrêt du tabac, avec une cigarette électronique ou TNS, chez des 657 patients fumeurs avec, et sans affection psychiatrique. Pour les utilisateurs de la cigarette électronique, il n'y avait pas de différences significatives entre le groupe contrôle et le groupe de patients atteints d'affections psychiatriques concernant le taux d'arrêt à 6 mois et la diminution de la consommation. Cependant, le taux de rechute était plus élevé chez les patients atteints d'affections psychiatriques. Dans le groupe de patients atteints d'affections psychiatriques, il n'y avait pas de différence significative entre le groupe bénéficiant de TNS et celui utilisant la cigarette électronique concernant le taux d'arrêt et de rechute. Cependant, le taux de patients ayant réduit leur consommation à 6 mois était plus élevé chez les utilisateurs de la cigarette électronique (174). La cigarette électronique pourrait donc apparaître comme une alternative chez certains patients, mais il existe encore trop peu d'études pour l'affirmer (174).

6. Quels autres supports d'aide au sevrage tabagique ?

Au cours du protocole, les patients bénéficient d'entretiens individuels médicaux et infirmiers. Cependant, d'autres études ont étudié l'efficacité de programmes de sevrage en groupe (78). Currie et al ont étudié l'efficacité d'un programme en groupe chez des patients atteints de troubles psychiatriques. A 12 mois, le taux d'abstinence était de 19%, résultat comparable au taux d'abstinence des patients sains. Par ailleurs, aucune recrudescence des symptômes, ou de décompensation, n'avait été observée, et il n'avait pas été nécessaire de réadapter les traitements des patients (175).

Les supports téléphoniques pour l'aide au sevrage tabagique sont efficaces dans la population générale (176). Morris et al ont montré l'efficacité d'un support téléphonique, en complément d'un programme d'aide en groupe, chez les patients atteints d'affections psychiatriques. La proportion de patients qui avaient réduit leur consommation de tabac d'au moins 50% était supérieure dans le groupe qui avait bénéficié de l'aide téléphonique. Le taux d'abstinence était comparable dans les deux groupes, et était d'environ 7% (165).

7. Et le sevrage tabagique des patients hospitalisés ?

Notre étude s'est intéressée au sevrage ambulatoire tabagique de patients atteints de maladies mentales, et a pu montrer que parmi les patients suivis, la motivation pour le sevrage était élevée. Il en est de même pour les patients hospitalisés, où, 65% des patients fumeurs hospitalisés et atteints d'affections psychiatriques se disent intéressés par le sevrage tabagique (89).

Lors d'une étude réalisée au Centre Psychothérapeutique de Saint-Saulve auprès de patients et de soignants, Semal avait retrouvé que 70% des patients hospitalisés étaient fumeurs, 42% souhaitaient arrêter le tabac et 67% déclaraient ne pas avoir reçu de proposition d'aide spécifique. Parmi les soignants, seuls 67% considéraient le tabac comme une dépendance, 25% comme un moyen de socialisation et 30% le fait d'être fumeurs comme un moyen d'établir un lien avec le patient. Enfin, parmi les soignants, 56% considéraient la consultation de tabacologie comme peu accessible (177).

Par ailleurs, le statut tabagique des patients est rarement renseigné dans les dossiers lors d'hospitalisation en psychiatrie. Les patients fumeurs sont plus agités et irritables,

ce qui peut être une manifestation des signes de manque nicotinique. Cependant, le statut tabagique du patient est rarement intégré à la prise en charge du patient (178).

La meilleure phase pour initier un sevrage est une phase de stabilisation des troubles (8). Cependant, deux études ont montré l'efficacité de débiter la prise en charge du sevrage nicotinique, traitements psychothérapeutiques et médicamenteux, pendant une hospitalisation en service de psychiatrie. Prochaska et al retrouvent un taux d'abstinence dans les 7 derniers jours plus élevé à 3 mois, 6 mois, 12 mois et 18 mois post-hospitalisation dans le groupe traité que dans le groupe contrôle. Par ailleurs, ils retrouvent une diminution du risque de hospitalisation dans le groupe de patients traités (179). Cependant, Rogers et al retrouvent un taux de rechute à 2 mois entre 83 et 90% (180).

8. Quelles barrières pour discuter du sevrage tabagique ?

a) *Quelles barrières de la part des soignants ?*

-L'hypothèse de l'automédication. Certains soignants considèrent le tabac comme un moyen pour le patient de gérer son anxiété, ses symptômes dépressifs et que réduire, voire arrêter le tabac, pourrait induire une recrudescence de symptômes (89). Or, dans une méta analyse de 26 études, Taylor et al ont montré que l'arrêt du tabac était associé à une amélioration significative de l'anxiété, du stress, de l'humeur et de la qualité de vie des patients, et qu'il n'y avait pas de décompensation psychique post sevrage (12).

-Les fausses croyances des soignants. Le manque d'intérêt (168) et de motivation des patients dans le sevrage tabagique (7), le risque exacerbation des symptômes (6), et qu'un sevrage est trop stressant pour les patients (89) sont les principales croyances rencontrées.

-Un manque de confiance en leur capacité à donner des conseils de sevrage. Himelhoch et al ont retrouvé que seuls 26% des cliniciens travaillant dans des centres de santé mentale se sentaient aptes à donner des conseils de sevrage tabagiques (168).

-Le statut tabagique des soignants. Dans une étude auprès d'infirmiers d'un hôpital psychiatrique, Dikens et al retrouvent qu'il existe une différence significative de perception du tabac selon le statut tabagique des infirmiers. Ainsi, 78.8% des infirmiers

fumeurs et 53.3% des infirmiers non-fumeurs considéraient le tabac comme un moyen de créer un lien thérapeutique. De même, seuls 59.3% des infirmiers fumeurs contre 91.4% des infirmiers non-fumeurs pensaient qu'il fallait encourager l'arrêt du tabac (181).

Ainsi, Ashton et al ont retrouvé que seuls 26% des soignants intègrent le statut tabagique des patients dans leurs évaluations de routine (78). Dans une étude en ligne auprès de patients bipolaires fumeurs, seuls 33% déclaraient avoir reçu un conseil d'arrêt de la part des soignants en psychiatrie, alors que 74% souhaitaient se sevrer (182).

Enfin, une méta-analyse de 38 études, retrouve que 42% des soignants en psychiatrie ont des réticences à proposer un sevrage tabagique, 41% ont des attitudes négatives sur le sevrage tabagique et que 45% ont des attitudes permissives par rapport au tabac (183).

b) Quelles barrières de la part des patients?

-L'automédication. De même que pour les soignants, les patients déclarent utiliser le tabac comme automédication (182).

-Un manque de confiance en eux. Dans notre étude, les patients ont exprimé un manque de confiance en eux pour arrêter le tabac lors de la consultation initiale. La confiance en eux a pu être améliorée en leur proposant de commencer par réduire leur consommation parfois très progressivement.

-Le prix élevé des TNS par rapport à leur budget. Les patients ont également mis en avant le prix élevé du TNS. Les prix des TNS sont actuellement libres en pharmacie et de grandes différences de prix existent. Les patients ont généralement une pharmacie habituelle pour leur traitement de fond, soit près de chez eux soit près du CMP et ne se rendent pas dans d'autres pharmacies pour comparer les prix. Enfin, certains patients bénéficiaient d'une mesure de protection judiciaire, et disposaient d'un budget fixe, mensuel ou hebdomadaire, déjà convenu avec leur tuteur ou curateur. En l'absence de tiers payant, les patients ont dû faire l'avance de frais et ont réduit leur budget personnel car peu avaient pu obtenir de leur curateur ou tuteur une majoration de leur budget.

-Les croyances erronées. Beaucoup de patients avaient initialement refusé les patches nicotiques car ils pensaient qu'il était formellement interdit de fumer avec un patch posé. Or, il n'est pas dangereux de continuer à fumer avec un patch (51).

-Le manque d'information concernant le forfait annuel remboursé par la sécurité sociale. Aucun des patients n'étaient informés du remboursement annuel d'un forfait de 150€ par an et par personne, pour l'aide médicamenteuse au sevrage tabagique.

9. Quels bénéfices du sevrage tabagique des patients atteints d'affections psychiatriques au CMP?

-Choisir la meilleure période. La meilleure période pour proposer l'arrêt du tabac est une phase de stabilité des troubles psychiques (8). La réalisation du sevrage tabagique au sein du CMP a permis d'encadrer le sevrage et de s'assurer que les patients étaient dans une phase de stabilisation de leur maladie.

-Des conseils d'arrêt et des entretiens motivationnels plus fréquents. Les entretiens motivationnels semblent être un des éléments les plus importants pour initier le sevrage. Dans notre étude, 81% des patients avaient une confiance faible ou moyenne dans leur capacité de sevrage tabagique. Néanmoins, plus le patient recevra des conseils d'arrêt, plus il y a de chances qu'il initie un sevrage. Par ailleurs, plusieurs entretiens motivationnels courts entre 3 et 10 min sont plus efficaces qu'un entretien motivationnel de plus de 10 minutes (8). La réalisation du sevrage tabagique au CMP a permis aux patients de bénéficier plus souvent d'entretiens motivationnels sur le tabac, par exemple lors d'activités.

-Favoriser l'éducation et l'information sur les effets du tabac et les bénéfices à l'arrêt. En effet, les patients ont généralement peu de connaissances (10) ou des croyances erronées sur le tabac, comme nous l'avons vu dans notre étude. Le sevrage en CMP peut permettre de réaliser des réunions d'informations, de sensibilisation au sevrage tabagique dans un cadre connu et rassurant.

-Intégrer le sevrage tabagique dans l'éducation thérapeutique des patients au cours du suivi médical et infirmier. Cela peut être réalisé, soit en groupe soit individuellement au cours du suivi infirmier ou des activités du CATTP .

-Proposer systématiquement de débiter par une réduction en cas de faible confiance en soi. La réduction du tabac lorsqu'un augmente les chances d'abstinence dans les

deux ans (184). Dans notre étude, 50% des patients voulaient arrêter le tabac, et parmi eux, 75% voulaient le faire dans les 3 prochains mois. Cependant, tous ont préféré commencer par réduire leur consommation.

-Améliorer l'observance et le bon usage des TNS. Les TNS sont les traitements de première intention et sont efficaces chez les patients souffrant de troubles psychiatriques (11). Dans notre étude, les patients déclaraient une observance aléatoire des TNS, et notamment des patches, essentiellement par oubli. Cela pourrait être un des facteurs expliquant l'absence de patients abstinents à l'issue du suivi des 6 mois. Il pourrait être intéressant de travailler avec les patients des stratégies pour intégrer au mieux le traitement dans leur vie quotidienne. Par ailleurs, il semble important de prévenir le risque de mésusage des TNS en rappelant à chaque consultation leurs modalités d'utilisation.

-Un accompagnement plus long. Le maintien du traitement et des entretiens motivationnels, plus longtemps après l'arrêt du tabac diminue le taux de rechute (159). En intégrant le sevrage tabagique dans la prise en soins au CMP, le suivi du sevrage est plus facile et le patient peut solliciter plus facilement les soignants.

-Utiliser les outils d'aide au sevrage en consultation. Les TCC ont montré leur efficacité dans la prise en charge du sevrage tabagique (51). Cependant, dans notre étude, les patients ont peu adhéré certains outils d'inspiration TCC, tels que « le planning de cigarettes », « les colonnes de Beck » qui leurs avaient été proposés à utiliser entre les consultations. Les patients ont mis en avant leur caractère « contraignant » « fatiguant ». En effet, ces outils nécessitent un investissement cognitif et de temps qui peut être difficile à mettre en place du fait de leur trouble. Il a été néanmoins possible de les utiliser en consultation pour aider le patient à trouver des stratégies alternatives au tabac et les patients y ont été réceptifs. Il semble donc important de ne pas négliger ces outils et de les utiliser en consultation. Cependant, les patients ont adhéré à d'autres outils tel que la « gestion impérieuses des envies » qui semblaient plus faciles à utiliser.

-Travailler sur des stratégies alternatives lors de périodes d'ennui. En effet, les patients rapportaient souvent fumer « car il n'y avait rien d'autre à faire » et ne pas ressentir le besoin de fumer lors d'activités occupationnelles et notamment lors des activités au CATTP. Intégrer le sevrage tabagique au sein du CMP, permet au patient de travailler

lors d'activité en groupe ou individuellement, avec les IDE, des stratégies alternatives, qu'il sera en capacité de reproduire chez lui.

-Intégrer la pathologie des patients dans la régularité du suivi tabagique. En effet, l'absence à une consultation ou le manque de régularité du suivi ne doit pas être systématiquement interprété comme un manque de motivation. En effet, cela peut être également en lien avec les symptômes. Chaque patient a oublié au moins une fois de se présenter à une consultation, mais tous étaient demandeurs d'une seconde date de consultation rapidement. L'absence à une consultation peut certes être interprétée comme une baisse de motivation, mais elle doit surtout être appréciée au regard des fluctuations thymiques et de la symptomatologie des patients. Enfin parmi les patients qui souhaitaient arrêter dans les 3 mois et qui ont terminé le suivi, aucun n'y est parvenu. Cela suggère que les patients, malgré le cadre rassurant, ont besoin de plus de temps et d'un accompagnement plus long.

-Faciliter l'accès aux TNS et favoriser l'information d'un forfait annuel de 150€. Discuter de la possibilité dans les CMP d'un budget alloué et d'une dotation systématique de TNS dédiée à l'aide au sevrage tabagique. Cela permettrait aux équipes soignantes de travailler l'éducation thérapeutique et, peut-être de faciliter l'initiation du sevrage tabagique

-Evaluer et sensibiliser systématiquement le tabagisme passif. Dans notre étude, 88% des patients déclaraient fumer dans leur foyer. La majorité des patients ont pu modifier leur habitude tabagique et fumer à l'extérieur de leur domicile.

10. Les limites de l'étude

Il s'agissait d'une étude monocentrique.

Le faible nombre de patients inclus, ainsi que le taux élevé d'arrêt du suivi ne permettent pas de présenter des résultats significatifs.

Par ailleurs, il existe un biais de recrutement. En effet seuls les patients demandeurs d'une aide au sevrage tabagique ont été invités à remplir le dossier de consultation de tabacologie. Le sevrage tabagique a pu être abordé avec leur infirmier référent avec les patients qui ne se sentaient pas concernés par le sevrage en tabac mais n'ont pas été reçus en consultation.

Conclusion

Contrairement à la population générale, le taux de tabagisme des patients atteints d'affections psychiatriques ne diminue pas (166). Cette disparité risque d'augmenter si des efforts ne sont pas faits pour encourager le sevrage tabagique des patients atteints de troubles psychiques (185).

Le tabac est un facteur de mortalité précoce : les patients atteints d'affections psychiatriques décèdent davantage des conséquences du tabagisme que de leurs troubles psychiatriques (185). Le tabagisme réduit l'espérance de vie de 25 ans chez les patients atteints d'affections psychiatriques contre 10 ans dans la population générale, et est responsable de 50% des décès (5). Le tabagisme est un facteur de risque de suicide, indépendamment de la présence de troubles mentaux (186).

Les patients dépensent des sommes importantes dans l'achat du tabac, au détriment, parfois, d'achat de nourriture, de vêtements ou des dépenses de santé (187). Steinberg et al estiment que les patients dépensent jusqu'à 27% de leur budget dans le tabac (188).

Ainsi, le sevrage du tabac des patients atteints d'affections psychiatriques devrait être systématiquement proposé (159).

Cependant, les patients reçoivent peu de conseils d'arrêt de la part des médecins, et particulièrement des psychiatres (77) (180).

Or, délivrer des conseils d'arrêt permet d'augmenter le taux d'arrêt du tabac dans la population générale (189).

D'après Dervaux et al, « la prise en charge du tabagisme chez les patients atteints d'affections psychiatriques justifie une coordination entre psychiatres, tabacologues, médecins généralistes, psychologues et infirmiers » (51).

Les traitements psychothérapeutiques et pharmacologiques, utilisés en population générale, sont efficaces également chez les patients atteints d'affections psychiatriques (190), et notamment les traitements nicotiques substitutifs associés à une prise en charge psychothérapeutique (96).

La méthode des 5A (« ask », « advise », « assess », « assist », « arrange » soit « interroger », « conseiller », « évaluer », « aider soutenir » « organiser ») (2) est reproductible et efficace chez les patients atteints d'affections psychiatriques (6). L'European Psychiatric Association (EPA) (8) recommande aux psychiatres l'évaluation du statut tabagique et la proposition d'un sevrage, de manière systématique. L'EPA propose une méthode similaire aux « 5A », la méthode des « 4 A »: « Ask », « Advise », « Assist », « Arrange ».

A ce jour, encore peu de programmes pour le sevrage tabagique spécifiquement dédiés aux patients atteints de troubles psychiatriques existent (191). De plus, aucune étude n'a évalué précisément l'impact de conseils portant sur le tabac dans cette population (192). Néanmoins, cela ne doit pas représenter un frein à l'accès à l'information et aux conseils d'arrêt.

Dans notre étude, la prise en charge du sevrage tabagique en CMP a permis une réduction de la consommation tabagique chez 75% des patients ayant été suivis pendant les 6 mois. Par ailleurs 45% des patients suivis au moins jusqu'à M3 ont utilisé ou expérimenté la cigarette électronique au cours des 6 mois. La cigarette électronique peut être utilisée pour la réduction de la consommation tabagique, dans le cadre de la réduction des risques, et dans l'aide au sevrage (51).

Ainsi à travers notre étude et la littérature, on observe que les barrières principales au sevrage tabagique des patients avec un trouble mental sont : les croyances erronées des soignants et des patients en leur capacités à se sevrer (193), le manque de connaissances ainsi que le coût des TNS.

Enfin, les patients ont rapporté s'être sentis plus en confiance, et moins anxieux, de réaliser ce sevrage dans un cadre connu. La présence de l'IDE référent aux consultations médicales a permis d'améliorer l'alliance thérapeutique, et de faciliter l'intégration des conseils d'aide au sevrage dans l'éducation thérapeutique.

La prise en charge du sevrage tabagique en ambulatoire des patients avec un trouble psychiatrique est possible, réalisable, et la prise en charge en CMP permet d'offrir aux patients un accompagnement plus long et mieux adapté à leurs besoins.

Bibliographie

1. Ribassin-Majed L, Hill C. Trends in tobacco-attributable mortality in France. *Eur J Public Health*. oct 2015;25(5):824-8.
2. HAS. Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. 2014.
3. Guignard Romain, Beck François. La consommation de tabac en France en 2014: caractéristiques et évolutions récentes. *Evolution*. janv 2015;6.
4. Batra A. [Tobacco use and smoking cessation in the psychiatric patient]. *Fortschr Neurol Psychiatr*. févr 2000;68(2):80-92.
5. Mitchell AJ, Vancampfort D, De Hert M, Stubbs B. Do people with mental illness receive adequate smoking cessation advice? A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. févr 2015;37(1):14-23.
6. Mendelsohn CP, Kirby DP, Castle DJ. Smoking and mental illness. An update for psychiatrists. *Australas Psychiatry Bull R Aust N Z Coll Psychiatr*. févr 2015;23(1):37-43.
7. Siru R, Hulse GK, Tait RJ. Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness: a review. *Addict Abingdon Engl*. mai 2009;104(5):719-33.
8. Rüther T, Bobes J, De Hert M, Svensson TH, Mann K, Batra A, et al. EPA guidance on tobacco dependence and strategies for smoking cessation in people with mental illness. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. févr 2014;29(2):65-82.
9. 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*. janv 2014;48(1):102-10.
10. Dervaux A, Laqueille X. [Tobacco and schizophrenia: therapeutic aspects]. *L'Encephale*. sept 2007;33(4 Pt 1):629-32.
11. OFT. Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychaitriques. OFT; 2009 janv p. 8.
12. 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*. 13 févr 2014;348:g1151.
13. Reynaud M, Karila L, Aubin HJ, Benyamina A. Histoire de lutte contre le tabagisme et la création d'un dispositif de soins en tabacologie. In: *Traité d'Addictologie*. Lavoisier médecine; 2016. p. 539-42.

14. Morel A, Couteron J-P, Fouilland P. Tabac et Addiction. In: Aide-Mémoire d'Addictologie en 49 notions. Dunod; 2015. p. 121-33.
15. OMS. Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. OMS; 2008 p. 43.
16. Lermenier- Jeannet. Tabagisme et arrêt du tabac en 2016. OFDT; 2017.
17. Lejoyeux M. Tabac: épidémiologie et étiologie de la dépendance tabagique. In: Addictologie. Elsevier Masson; 2013. (abrégés).
18. OMS. Le tabac: mortel sous toutes ses formes. OMS; 2006 p. 48.
19. HAS. Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac. 2015 janv.
20. Loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme [Internet]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000334398&fastPos=2&fastReqId=209749264&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>
21. Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme [Internet]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006077071&dateTexte=vig>
22. légifrance. Loi n° 2003-715 du 31 juillet 2003 [Internet]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=29A0D32C860A569880663C68F5EF7E98.tpdila10v_2?cidTexte=JORFTEXT000000606479&idArticle=LEGIARTI000006221871&dateTexte=20060524&categorieLien=id#LEGIARTI000006221871
23. 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 [Internet]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000818309&categorieLien=id>
24. Loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients et aux territoires [Internet]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id> .
25. Programme national de réduction du tabagisme. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et du Droit des Femmes; 2014.
26. Arrêté du 15 avril 2010 relatif aux modalités d'inscription des avertissements de caractère sanitaire sur les unités de conditionnement des produits du tabac [Internet]. 2010. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=F91252616E44D5ADE66138DD9F51A6C8.tpdjo08v_3?cidTexte=JORFTEXT000022120525&categorieLien=id

27. Reynaud M, Aubin HJ, Karila L, Benyamina A. Evaluation des stratégies de prévention du tabagisme. In: *Traité d'Addictologie*. Lavoisier médecine; 2016. p. 552-6.
28. légifrance. Arrêté du 19 mai 2016 relatif aux produits de vapotage contenant de la nicotine [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=FB6F240E90A4A3329BF5F621AE914B22.tpdila17v_1?cidTexte=JORFTEXT000032547614&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000032547040
29. légifrance. loi 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003 [Internet]. 2002. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000235196&categorieLien=id>
30. OFDT. Tableau de bord du tabac juin 2017. OFDT; 2017 Aout.
31. OFDT. Evolution du nombre de décès liés au tabac et des ventes de tabac en France depuis 1980 [Internet]. OFDT; Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/tabac-evolution-de-la-mortalite-induite-par-la-consommation-et-ventes/>
32. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality from cancer in relation to smoking: 50 years observations on British doctors. *Br J Cancer*. 14 févr 2005;92(3):426-9.
33. Reynaud M, Karila L, Aubin HJ, Benyamina A. Complications somatiques du tabagisme. In: *Traité d'addictologie*. Lavoisier médecine; 2016. p. 590-4.
34. Hill C. [Let's stop using packet-years as expression of tobacco consumption]. *Rev Mal Respir*. 1992;9(6):573-4.
35. HAS. Bronchopneumopathie chronique obstructive. HAS; 2014 juin p. 63.
36. Pelkonen M, Notkola I-L, Nissinen A, Tukiainen H, Koskela H. Thirty-year cumulative incidence of chronic bronchitis and COPD in relation to 30-year pulmonary function and 40-year mortality: a follow-up in middle-aged rural men. *Chest*. oct 2006;130(4):1129-37.
37. OMS. Classification Internationale des Maladies, 10e révision (CIM-10) [Internet]. 2008. Disponible sur: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr>
38. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder DSM-IV-TR*. 4th éd. 1994.
39. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder DSM 5*. 2013.
40. Reynaud M, Karila L, Aubin HJ, Benyamina A. Pharmacologie clinique du tabagisme. In: *Traité d'Addictologie*. Lavoisier médecine; 2016. p. 598-601.

41. Berlin I, Anthenelli RM. Monoamine oxidases and tobacco smoking. *Int J Neuropsychopharmacol.* mars 2001;4(1):33-42.
42. Perriot J, Underner M, Peiffer G, Le Houezec J, Samalin L, Schmitt A, et al. Le sevrage tabagique des « fumeurs difficiles ». *Rev Mal Respir.* avr 2012;29(4):448-61.
43. McEachin RC, Saccone NL, Saccone SF, Kleyman-Smith YD, Kar T, Kare RK, et al. Modeling complex genetic and environmental influences on comorbid bipolar disorder with tobacco use disorder. *BMC Med Genet.* 26 janv 2010;11:14.
44. Reynaud M, Karila L, Aubin HJ, Benyamina A. Comprendre les addictions: l'état de l'art. In: *Traité d'Addictologie.* Paris: Lavoisier médecine; 2016. p. 3-32.
45. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict.* sept 1991;86(9):1119-27.
46. de l'Homme G, Bacque MF, Housset B, Lebeau B. [Tobacco dependence: a short evaluation questionnaire]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. 4 avr 1992;21(13):606-8.
47. Ikard FF, Green DE, Horn D. A scale to differentiate between types of smoking as related to the management of affect. *International Journal of the AddictionJ.* 1969;649-59.
48. Reynaud M, Karila L, Aubin HJ, Benyamina A. Dépistage, critères diagnostiques, cliniques et biologiques de la dépendance tabagique. In: *Traité d'addictologie.* Lavoisier médecine; 2016. p. 557-65.
49. Chabrol H, Faury R, Mullet E, Callahan S, Weigelt A, Labrousse F. [Study of nicotine dependence among 342 adolescent smokers]. *Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr.* oct 2000;7(10):1064-71.
50. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. *Prog Behav Modif.* 1992;28:183-218.
51. Dervaux A, Laqueille X. [Smokers and psychiatric comorbidities]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. déc 2016;45(12 Pt 1):1133-40.
52. ANSM. Point d'information sur le CHAMPIX (tartrate de varénicline) [Internet]. Agence Nationale de sécurité du médicament et des produits de santé; 2007 déc. Disponible sur: .(<http://ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communiques-Points-presse/Point-d-information-sur-Champix-R-varenicline>
53. Thomas KH, Martin RM, Knipe DW, Higgins JPT, Gunnell D. Risk of neuropsychiatric adverse events associated with varenicline: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 12 mars 2015;350:h1109.
54. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine

- patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet Lond Engl*. 18 juin 2016;387(10037):2507-20.
55. Reynaud M, Karila L, Aubin HJ, Benyamina A. Principes de prise en charge du sujet tabagique: substitution, accompagnement psychologique et social, comorbidités. In: *Traité d'Addictologie*. Lavoisier médecine; 2016. p. 602-10.
 56. Rigotti NA, Pipe AL, Benowitz NL, Arteaga C, Garza D, Tonstad S. Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation in patients with cardiovascular disease: a randomized trial. *Circulation*. 19 janv 2010;121(2):221-9.
 57. Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 9 mai 2016;(5):CD006103.
 58. HAS. Commission de transparence-Avis-Champix. 2016.
 59. Reynaud M, Karila L, Aubin HJ, Benyamina A. la cigarette électronique. In: *Traité d'Addictologie*. Lavoisier médecine; 2016. p. 611-6.
 60. OFT. Rapport et avis d'experts dur l'e-cigarette. OFT; 2013 Mai.
 61. Dautzenberg. Recommandations pratiques sur l'e-cigarette pour les médecins et autres professionnels de santé. 2016.
 62. Andler. L'usage de la cigarette électronique en France en 2014. évolutions. 2015;
 63. ANDLER R, RICHARD JB, GUIGNARD R, NGUYEN-THANH V, PASQUEREAU A, BECK F, et al. Consommation de tabac et utilisation d'e-cigarette en France en 2015 : premiers résultats du Baromètre cancer 2015. *Bull Epidémiologique Hebd*. 6 oct 2016;(n°30-31):502-7.
 64. Académie nationale de médecine. La cigarette électronique permet elle de sortir la société du tabac?
 65. Dautzenberg B, Adler M, Garelik D, Loubrieu J-F, Peiffer G, Perriot J, et al. Adaptations de la prise en charge de l'arrêt du tabac avec l'arrivée de la cigarette électronique ? Avis d'experts de l'Office français de prévention du tabagisme (OFT) 2014. *Rev Mal Respir*. sept 2014;31(7):641-5.
 66. Loi n°2641 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>
 67. légifrance. Arrêté du 19 mai 2016 relatif aux modalités d'inscription des avertissements sanitaires sur les unités de conditionnement des produits du tabac, des produits du vapotage, des produits à fumer à base de plantes autres que le tabac et du papier à rouler les cigarettes [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=FB6F240E90A4A3329>

- BF5F621AE914B22.tpdila17v_1?cidTexte=JORFTEXT000032547576&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000032547040
68. ordonnance 2016-623 du 19 mai 2016 portant transposition de la directive 2014/40/UE sur la fabrication, la présentation et la vente des produits du tabac et des produits connexes [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032547462&categorieLien=id>
 69. Décret n° 2017-633 du 25 avril 2017 relatif aux conditions d'application de l'interdiction de vapoter dans certains lieux à usage collectifs [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/4/25/AFSP1708424D/jo/texte>
 70. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA*. 22 nov 2000;284(20):2606-10.
 71. Lawrence D, Mitrou F, Zubrick SR. Smoking and mental illness: results from population surveys in Australia and the United States. *BMC Public Health*. 7 août 2009;9:285.
 72. Smith PH, Mazure CM, McKee SA. Smoking and mental illness in the U.S. population. *Tob Control*. nov 2014;23(e2):e147-153.
 73. Poirier M-F, Canceil O, Baylé F, Millet B, Bourdel M-C, Moatti C, et al. Prevalence of smoking in psychiatric patients. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. avr 2002;26(3):529-37.
 74. Aubin H-J, Rollema H, Svensson TH, Winterer G. Smoking, quitting, and psychiatric disease: a review. *Neurosci Biobehav Rev*. janv 2012;36(1):271-84.
 75. Heffner JL, Strawn JR, DelBello MP, Strakowski SM, Anthenelli RM. The co-occurrence of cigarette smoking and bipolar disorder: phenomenology and treatment considerations. *Bipolar Disord*. sept 2011;13(5-6):439-53.
 76. Thorndike AN, Stafford RS, Rigotti NA. US physicians' treatment of smoking in outpatients with psychiatric diagnoses. *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob*. févr 2001;3(1):85-91.
 77. Morozova M, Rabin RA, George TP. Co-morbid tobacco use disorder and depression: A re-evaluation of smoking cessation therapy in depressed smokers. *Am J Addict*. déc 2015;24(8):687-94.
 78. Ashton M, Rigby A, Galletly C. What do 1000 smokers with mental illness say about their tobacco use? *Aust N Z J Psychiatry*. juill 2013;47(7):631-6.
 79. Gierisch JM, Bastian LA, Calhoun PS, McDuffie JR, Williams JW. Smoking cessation interventions for patients with depression: a systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med*. mars 2012;27(3):351-60.

80. Dervaux A, Laqueille X. Tabac et schizophrénie : aspects épidémiologiques et cliniques. *L'Encéphale*. juin 2008;34(3):299-305.
81. de Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res*. 15 juill 2005;76(2-3):135-57.
82. Kelly C, McCreadie RG. Smoking habits, current symptoms, and premorbid characteristics of schizophrenic patients in Nithsdale, Scotland. *Am J Psychiatry*. nov 1999;156(11):1751-7.
83. Gurillo P, Jauhar S, Murray RM, MacCabe JH. Does tobacco use cause psychosis? Systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. août 2015;2(8):718-25.
84. Baker A, Richmond R, Haile M, Lewin TJ, Carr VJ, Taylor RL, et al. Characteristics of smokers with a psychotic disorder and implications for smoking interventions. *Psychiatry Res*. 30 mars 2007;150(2):141-52.
85. Williams JM, Ziedonis DM, Abanyie F, Steinberg ML, Foulds J, Benowitz NL. Increased nicotine and cotinine levels in smokers with schizophrenia and schizoaffective disorder is not a metabolic effect. *Schizophr Res*. 15 nov 2005;79(2-3):323-35.
86. Steinberg ML, Williams JM, Steinberg HR, Krejci JA, Ziedonis DM. Applicability of the Fagerström Test for Nicotine Dependence in smokers with schizophrenia. *Addict Behav*. janv 2005;30(1):49-59.
87. Goff DC, Cather C, Evins AE, Henderson DC, Freudenreich O, Copeland PM, et al. Medical morbidity and mortality in schizophrenia: guidelines for psychiatrists. *J Clin Psychiatry*. févr 2005;66(2):183-194; quiz 147, 273-4.
88. Goff DC, Sullivan LM, McEvoy JP, Meyer JM, Nasrallah HA, Daumit GL, et al. A comparison of ten-year cardiac risk estimates in schizophrenia patients from the CATIE study and matched controls. *Schizophr Res*. 1 déc 2005;80(1):45-53.
89. Prochaska JJ, Das S, Young-Wolff KC. Smoking, Mental Illness, and Public Health. *Annu Rev Public Health*. 20 mars 2017;38:165-85.
90. Rezvani AH, Levin ED. Cognitive effects of nicotine. *Biol Psychiatry*. 1 févr 2001;49(3):258-67.
91. Boggs DL, Surti TS, Esterlis I, Pittman B, Cosgrove K, Sewell RA, et al. Minimal effects of prolonged smoking abstinence or resumption on cognitive performance challenge the « self-medication » hypothesis in schizophrenia. *Schizophr Res*. 6 avr 2017;
92. Patkar AA, Gopalakrishnan R, Lundy A, Leone FT, Certa KM, Weinstein SP. Relationship between tobacco smoking and positive and negative symptoms in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*. sept 2002;190(9):604-10.

93. Goff DC, Henderson DC, Amico E. Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopathology and medication side effects. *Am J Psychiatry*. sept 1992;149(9):1189-94.
94. de Leon J. Atypical antipsychotic dosing: the effect of smoking and caffeine. *Psychiatr Serv Wash DC*. mai 2004;55(5):491-3.
95. Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(2):CD007253.
96. Tidey JW, Miller ME. Smoking cessation and reduction in people with chronic mental illness. *BMJ*. 21 sept 2015;351:h4065.
97. Ziedonis DM, George TP. Schizophrenia and nicotine use: report of a pilot smoking cessation program and review of neurobiological and clinical issues. *Schizophr Bull*. 1997;23(2):247-54.
98. Chou K-R, Chen R, Lee J-F, Ku C-H, Lu R-B. The effectiveness of nicotine-patch therapy for smoking cessation in patients with schizophrenia. *Int J Nurs Stud*. mars 2004;41(3):321-30.
99. Baker A, Richmond R, Haile M, Lewin TJ, Carr VJ, Taylor RL, et al. A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention among people with a psychotic disorder. *Am J Psychiatry*. nov 2006;163(11):1934-42.
100. Dale Horst W, Klein MW, Williams D, Werder SF. Extended use of nicotine replacement therapy to maintain smoking cessation in persons with schizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat*. déc 2005;1(4):349-55.
101. Weiner E, Ball MP, Summerfelt A, Gold J, Buchanan RW. Effects of sustained-release bupropion and supportive group therapy on cigarette consumption in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. avr 2001;158(4):635-7.
102. George TP, Vessicchio JC, Termine A, Bregartner TA, Feingold A, Rounsaville BJ, et al. A placebo controlled trial of bupropion for smoking cessation in schizophrenia. *Biol Psychiatry*. 1 juill 2002;52(1):53-61.
103. Evins AE, Cather C, Deckersbach T, Freudenreich O, Culhane MA, Olm-Shipman CM, et al. A double-blind placebo-controlled trial of bupropion sustained-release for smoking cessation in schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol*. juin 2005;25(3):218-25.
104. Evins AE, Cather C, Culhane MA, Birnbaum A, Horowitz J, Hsieh E, et al. A 12-week double-blind, placebo-controlled study of bupropion sr added to high-dose dual nicotine replacement therapy for smoking cessation or reduction in schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol*. août 2007;27(4):380-6.
105. George TP, Vessicchio JC, Sacco KA, Weinberger AH, Dudas MM, Allen TM, et al. A placebo-controlled trial of bupropion combined with nicotine patch for smoking cessation in schizophrenia. *Biol Psychiatry*. 1 juin 2008;63(11):1092-6.

106. Williams JM, Anthenelli RM, Morris CD, Treadow J, Thompson JR, Yunis C, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled study evaluating the safety and efficacy of varenicline for smoking cessation in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *J Clin Psychiatry*. mai 2012;73(5):654-60.
107. George TP, Ziedonis DM, Feingold A, Pepper WT, Satterburg CA, Winkel J, et al. Nicotine transdermal patch and atypical antipsychotic medications for smoking cessation in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. nov 2000;157(11):1835-42.
108. Weinberger AH, Pilver CE, Desai RA, Mazure CM, McKee SA. The relationship of dysthymia, minor depression, and gender to changes in smoking for current and former smokers: longitudinal evaluation in the U.S. population. *Drug Alcohol Depend*. 1 janv 2013;127(1-3):170-6.
109. Luger TM, Suls J, Vander Weg MW. How robust is the association between smoking and depression in adults? A meta-analysis using linear mixed-effects models. *Addict Behav*. oct 2014;39(10):1418-29.
110. Ziedonis D, Hitsman B, Beckham JC, Zvolensky M, Adler LE, Audrain-McGovern J, et al. Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob*. déc 2008;10(12):1691-715.
111. Strong DR, Cameron A, Feuer S, Cohn A, Abrantes AM, Brown RA. Single versus recurrent depression history: differentiating risk factors among current US smokers. *Drug Alcohol Depend*. 1 juin 2010;109(1-3):90-5.
112. Weinberger AH, Mazure CM, Morlett A, McKee SA. Two decades of smoking cessation treatment research on smokers with depression: 1990-2010. *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob*. juin 2013;15(6):1014-31.
113. van der Meer RM, Willemsen MC, Smit F, Cuijpers P. Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 21 août 2013;(8):CD006102.
114. Prochaska JJ, Hall SM, Tsoh JY, Eisendrath S, Rossi JS, Redding CA, et al. Treating tobacco dependence in clinically depressed smokers: effect of smoking cessation on mental health functioning. *Am J Public Health*. mars 2008;98(3):446-8.
115. Covey LS, Glassman AH, Stetner F. Major depression following smoking cessation. *Am J Psychiatry*. févr 1997;154(2):263-5.
116. Glassman AH, Covey LS, Stetner F, Rivelli S. Smoking cessation and the course of major depression: a follow-up study. *Lancet Lond Engl*. 16 juin 2001;357(9272):1929-32.
117. Capron DW, Allan NP, Norr AM, Zvolensky MJ, Schmidt NB. The effect of successful and unsuccessful smoking cessation on short-term anxiety, depression, and suicidality. *Addict Behav*. avr 2014;39(4):782-8.

118. McClave AK, McKnight-Eily LR, Davis SP, Dube SR. Smoking characteristics of adults with selected lifetime mental illnesses: results from the 2007 National Health Interview Survey. *Am J Public Health*. déc 2010;100(12):2464-72.
119. Jackson JG, Diaz FJ, Lopez L, de Leon J. A combined analysis of worldwide studies demonstrates an association between bipolar disorder and tobacco smoking behaviors in adults. *Bipolar Disord*. sept 2015;17(6):575-97.
120. Gonzalez-Pinto A, Gutierrez M, Ezcurra J, Aizpuru F, Mosquera F, Lopez P, et al. Tobacco smoking and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. mai 1998;59(5):225-8.
121. Diaz FJ, James D, Botts S, Maw L, Susce MT, de Leon J. Tobacco smoking behaviors in bipolar disorder: a comparison of the general population, schizophrenia, and major depression. *Bipolar Disord*. mars 2009;11(2):154-65.
122. Goldstein BI, Birmaher B, Axelson DA, Goldstein TR, Esposito-Smythers C, Strober MA, et al. Significance of cigarette smoking among youths with bipolar disorder. *Am J Addict*. oct 2008;17(5):364-71.
123. Ostacher MJ, Nierenberg AA, Perlis RH, Eidelman P, Borrelli DJ, Tran TB, et al. The relationship between smoking and suicidal behavior, comorbidity, and course of illness in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. déc 2006;67(12):1907-11.
124. Thomson D, Berk M, Dodd S, Rapado-Castro M, Quirk SE, Ellegaard PK, et al. Tobacco use in bipolar disorder. *Clin Psychopharmacol Neurosci Off Sci J Korean Coll Neuropsychopharmacol*. 30 avr 2015;13(1):1-11.
125. Fagiolini A, Frank E, Scott JA, Turkin S, Kupfer DJ. Metabolic syndrome in bipolar disorder: findings from the Bipolar Disorder Center for Pennsylvanians. *Bipolar Disord*. oct 2005;7(5):424-30.
126. George TP, Wu BS, Weinberger AH. A Review of Smoking Cessation in Bipolar Disorder: Implications for Future Research. *J Dual Diagn*. 1 janv 2012;8(2):126-30.
127. Doran N, Spring B, McChargue D, Pergadia M, Richmond M. Impulsivity and smoking relapse. *Nicotine Tob Res*. 1 août 2004;6(4):641-7.
128. Kalman D, Morissette SB, George TP. Co-morbidity of smoking in patients with psychiatric and substance use disorders. *Am J Addict*. avr 2005;14(2):106-23.
129. Reynaud M, Benyamina A, Aubin HJ, Karila L. Comorbidités psychiatriques du tabagisme. In: *Traité d'addictologie*. Lavoisier médecine; 2016. p. 585-9.
130. Chengappa KNR, Perkins KA, Brar JS, Schlicht PJ, Turkin SR, Hetrick ML, et al. Varenicline for smoking cessation in bipolar disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry*. juill 2014;75(7):765-72.

131. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. juin 2005;62(6):617-27.
132. Morissette SB, Tull MT, Gulliver SB, Kamholz BW, Zimering RT. Anxiety, anxiety disorders, tobacco use, and nicotine: a critical review of interrelationships. *Psychol Bull*. mars 2007;133(2):245-72.
133. Moylan S, Jacka FN, Pasco JA, Berk M. Cigarette smoking, nicotine dependence and anxiety disorders: a systematic review of population-based, epidemiological studies. *BMC Med*. 19 oct 2012;10:123.
134. Isensee B, Wittchen H-U, Stein MB, Höfler M, Lieb R. Smoking increases the risk of panic: findings from a prospective community study. *Arch Gen Psychiatry*. juill 2003;60(7):692-700.
135. Lawrence D, Considine J, Mitrou F, Zubrick SR. Anxiety disorders and cigarette smoking: Results from the Australian Survey of Mental Health and Wellbeing. *Aust N Z J Psychiatry*. juin 2010;44(6):520-7.
136. Moylan S, Jacka FN, Pasco JA, Berk M. How cigarette smoking may increase the risk of anxiety symptoms and anxiety disorders: a critical review of biological pathways. *Brain Behav*. mai 2013;3(3):302-26.
137. Schaap MM, Kunst AE. Monitoring of socio-economic inequalities in smoking: learning from the experiences of recent scientific studies. *Public Health*. févr 2009;123(2):103-9.
138. Piper ME, Smith SS, Schlam TR, Fleming MF, Bittrich AA, Brown JL, et al. Psychiatric disorders in smokers seeking treatment for tobacco dependence: relations with tobacco dependence and cessation. *J Consult Clin Psychol*. févr 2010;78(1):13-23.
139. Guydish J, Passalacqua E, Pagano A, Martínez C, Le T, Chun J, et al. An international systematic review of smoking prevalence in addiction treatment. *Addict Abingdon Engl*. févr 2016;111(2):220-30.
140. Williams JM, Ziedonis D. Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addict Behav*. août 2004;29(6):1067-83.
141. Guydish J, Passalacqua E, Tajima B, Manser ST. Staff smoking and other barriers to nicotine dependence intervention in addiction treatment settings: a review. *J Psychoactive Drugs*. déc 2007;39(4):423-33.
142. Romberger DJ, Grant K. Alcohol consumption and smoking status: the role of smoking cessation. *Biomed Pharmacother Biomedecine Pharmacother*. mars 2004;58(2):77-83.
143. Breslau N. Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence. *Behav Genet*. mars 1995;25(2):95-101.

144. Hurt RD, Offord KP, Croghan IT, Gomez-Dahl L, Kottke TE, Morse RM, et al. Mortality following inpatient addictions treatment. Role of tobacco use in a community-based cohort. *JAMA*. 10 avr 1996;275(14):1097-103.
145. Hughes JR, Kalman D. Do smokers with alcohol problems have more difficulty quitting? *Drug Alcohol Depend*. 28 avr 2006;82(2):91-102.
146. Friend KB, Pagano ME. Smoking cessation and alcohol consumption in individuals in treatment for alcohol use disorders. *J Addict Dis*. 2005;24(2):61-75.
147. Brown J, West R, Beard E, Brennan A, Drummond C, Gillespie D, et al. Are recent attempts to quit smoking associated with reduced drinking in England? A cross-sectional population survey. *BMC Public Health*. 22 juill 2016;16:535.
148. Kahler CW, Spillane NS, Metrik J. Alcohol use and initial smoking lapses among heavy drinkers in smoking cessation treatment. *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob*. juill 2010;12(7):781-5.
149. Lucas M, O'Reilly EJ, Mirzaei F, Okereke OI, Unger L, Miller M, et al. Cigarette smoking and completed suicide: results from 3 prospective cohorts of American adults. *J Affect Disord*. déc 2013;151(3):1053-8.
150. Bohnert KM, Ilgen MA, McCarthy JF, Ignacio RV, Blow FC, Katz IR. Tobacco use disorder and the risk of suicide mortality. *Addict Abingdon Engl*. janv 2014;109(1):155-62.
151. Li D, Yang X, Ge Z, Hao Y, Wang Q, Liu F, et al. Cigarette smoking and risk of completed suicide: a meta-analysis of prospective cohort studies. *J Psychiatr Res*. oct 2012;46(10):1257-66.
152. Poorolajal J, Darvishi N. Smoking and Suicide: A Meta-Analysis. *PloS One*. 2016;11(7):e0156348.
153. Oquendo MA, Galfalvy H, Russo S, Ellis SP, Grunebaum MF, Burke A, et al. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. août 2004;161(8):1433-41.
154. Chen VC-H, Kuo C-J, Wang T-N, Lee W-C, Chen WJ, Ferri CP, et al. Suicide and Other-Cause Mortality after Early Exposure to Smoking and Second Hand Smoking: A 12-Year Population-Based Follow-Up Study. *PloS One*. 2015;10(7):e0130044.
155. Gilliard J, Bruchon-Schweitzer M. Development and validation of a multidimensional smoking behaviour questionnaire. *Psychol Rep*. déc 2001;89(3):499-509.
156. Rueff B, Crnac J, Darne B. [Detection of alcoholic patients using the systematic CAGE autoquestionnaire. In out patients]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. 14 oct 1989;18(33):1654-6.

157. Legleye S, Guignard R, Richard J-B, Ludwig K, Pabst A, Beck F. Properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in the general population. *Int J Methods Psychiatr Res.* juin 2015;24(2):170-83.
158. Ratliff JC, Palmese LB, Reutenauer EL, Srihari VH, Tek C. Obese schizophrenia spectrum patients have significantly higher 10-year general cardiovascular risk and vascular ages than obese individuals without severe mental illness. *Psychosomatics.* févr 2013;54(1):67-73.
159. Annamalai A, Singh N, O'Malley SS. Smoking Use and Cessation Among People with Serious Mental Illness. *Yale J Biol Med.* sept 2015;88(3):271-7.
160. Reynaud M, Karila L, Aubin HJ, Benyamina A. Prise de poids à l'arrêt du tabac. In: *Traité d'Addictologie.* Lavoisier médecine; 2016. p. 595-7.
161. Himelhoch S, Lehman A, Kreyenbuhl J, Daumit G, Brown C, Dixon L. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease among those with serious mental illness. *Am J Psychiatry.* déc 2004;161(12):2317-9.
162. McEvoy JP, Freudenreich O, Levin ED, Rose JE. Haloperidol increases smoking in patients with schizophrenia. *Psychopharmacology (Berl).* mai 1995;119(1):124-6.
163. Spilka S, Le Nezet O, Tovar ML. Les drogues à 17 ans: premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011. OFDT; 2012 février.
164. Dickerson F, Bennett M, Dixon L, Burke E, Vaughan C, Delahanty J, et al. Smoking cessation in persons with serious mental illnesses: the experience of successful quitters. *Psychiatr Rehabil J.* 2011;34(4):311-6.
165. Morris CD, Waxmonsky JA, May MG, Tinkelman DG, Dickinson M, Giese AA. Smoking reduction for persons with mental illnesses: 6-month results from community-based interventions. *Community Ment Health J.* déc 2011;47(6):694-702.
166. Cook BL, Wayne GF, Kafali EN, Liu Z, Shu C, Flores M. Trends in smoking among adults with mental illness and association between mental health treatment and smoking cessation. *JAMA.* 8 janv 2014;311(2):172-82.
167. McClave AK, McKnight-Eily LR, Davis SP, Dube SR. Smoking characteristics of adults with selected lifetime mental illnesses: results from the 2007 National Health Interview Survey. *Am J Public Health.* déc 2010;100(12):2464-72.
168. Himelhoch S, Riddle J, Goldman HH. Barriers to implementing evidence-based smoking cessation practices in nine community mental health sites. *Psychiatr Serv Wash DC.* 1 janv 2014;65(1):75-80.
169. Jain A. Treating nicotine addiction. *BMJ.* 13 déc 2003;327(7428):1394-5.
170. Williams JM, Ziedonis DM, Foulds J. A case series of nicotine nasal spray in the treatment of tobacco dependence among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv Wash DC.* sept 2004;55(9):1064-6.

171. Caponnetto P, Auditore R, Russo C, Cappello GC, Polosa R. Impact of an electronic cigarette on smoking reduction and cessation in schizophrenic smokers: a prospective 12-month pilot study. *Int J Environ Res Public Health*. févr 2013;10(2):446-61.
172. Hefner K, Valentine G, Sofuoglu M. Electronic cigarettes and mental illness: Reviewing the evidence for help and harm among those with psychiatric and substance use disorders. *Am J Addict*. juin 2017;26(4):306-15.
173. Prochaska JJ, Grana RA. E-cigarette use among smokers with serious mental illness. *PloS One*. 2014;9(11):e113013.
174. O'Brien B, Knight-West O, Walker N, Parag V, Bullen C. E-cigarettes versus NRT for smoking reduction or cessation in people with mental illness: secondary analysis of data from the ASCEND trial. *Tob Induc Dis*. 2015;13(1):5.
175. Currie SR, Karllyn J, Lussier D, de Denus E, Brown D, El-Guebaly N. Outcome from a community-based smoking cessation program for persons with serious mental illness. *Community Ment Health J*. juin 2008;44(3):187-94.
176. Anderson CM, Zhu S-H. Tobacco quitlines: looking back and looking ahead. *Tob Control*. déc 2007;16 Suppl 1:i81-86.
177. Semal R. Quelles représentations soignantes pour quelles prise en charge en psychiatrie en 2016? *Congés Français de Tabacologie*; 2016 nov; Lille, France.
178. Prochaska JJ, Gill P, Hall SM. Treatment of tobacco use in an inpatient psychiatric setting. *Psychiatr Serv Wash DC*. nov 2004;55(11):1265-70.
179. Prochaska JJ, Hall SE, Delucchi K, Hall SM. Efficacy of initiating tobacco dependence treatment in inpatient psychiatry: a randomized controlled trial. *Am J Public Health*. août 2014;104(8):1557-65.
180. Rogers ES, Friedes R, Jakes A, Grossman E, Link A, Sherman SE. Long-term abstinence and predictors of tobacco treatment uptake among hospitalized smokers with serious mental illness enrolled in a smoking cessation trial. *J Behav Med*. 27 mars 2017;
181. Dickens GL, Stubbs JH, Haw CM. Smoking and mental health nurses: a survey of clinical staff in a psychiatric hospital. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. août 2004;11(4):445-51.
182. Prochaska JJ, Reyes RS, Schroeder SA, Daniels AS, Doederlein A, Bergeson B. An online survey of tobacco use, intentions to quit, and cessation strategies among people living with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. sept 2011;13(5-6):466-73.
183. Sheals K, Tombor I, McNeill A, Shahab L. A mixed-method systematic review and meta-analysis of mental health professionals' attitudes toward smoking and smoking cessation among people with mental illnesses. *Addict Abingdon Engl*. sept 2016;111(9):1536-53.

184. Evins AE, Cather C, Rigotti NA, Freudenreich O, Henderson DC, Olm-Shipman CM, et al. Two-year follow-up of a smoking cessation trial in patients with schizophrenia: increased rates of smoking cessation and reduction. *J Clin Psychiatry*. mars 2004;65(3):307-311; quiz 452-453.
185. Williams JM, Steinberg ML, Griffiths KG, Cooperman N. Smokers with behavioral health comorbidity should be designated a tobacco use disparity group. *Am J Public Health*. sept 2013;103(9):1549-55.
186. Breslau N, Schultz LR, Johnson EO, Peterson EL, Davis GC. Smoking and the risk of suicidal behavior: a prospective study of a community sample. *Arch Gen Psychiatry*. mars 2005;62(3):328-34.
187. Lawn SJ, Pols RG, Barber JG. Smoking and quitting: a qualitative study with community-living psychiatric clients. *Soc Sci Med* 1982. janv 2002;54(1):93-104.
188. Steinberg ML, Williams JM, Ziedonis DM. Financial implications of cigarette smoking among individuals with schizophrenia. *Tob Control*. juin 2004;13(2):206.
189. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 31 2017;3:CD001292.
190. Banham L, Gilbody S. Smoking cessation in severe mental illness: what works? *Addict Abingdon Engl*. juill 2010;105(7):1176-89.
191. Lucksted A, McGuire C, Postrado L, Kreyenbuhl J, Dixon LB. Specifying cigarette smoking and quitting among people with serious mental illness. *Am J Addict*. avr 2004;13(2):128-38.
192. Khanna P, Clifton AV, Banks D, Tosh GE. Smoking cessation advice for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 28 janv 2016;1:CD009704.
193. Morris CD, Waxmonsky JA, May MG, Giese AA. What do persons with mental illnesses need to quit smoking? Mental health consumer and provider perspectives. *Psychiatr Rehabil J*. 2009;32(4):276-84.

Annexes

Annexe 1 : Critères de dépendance au tabac et critères de sevrage à la nicotine selon la CIM-10

Critères de dépendance au tabac de la CIM-10

La dépendance au tabac est classée sous la rubrique « Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives ». Le diagnostic de dépendance au tabac peut être posé lors de la présence simultanée de trois (ou plus) des manifestations suivantes, pendant un mois continu :

1. forte envie / désir impérieux de consommer du tabac
2. perte de contrôle sur la consommation, tentatives infructueuses / souhait permanent de réduire/contrôler sa consommation tabagique
3. symptômes de manque physique lors de la réduction ou de l'arrêt de la consommation de tabac
4. développement d'une tolérance
5. abandon des centres d'intérêt ou de divertissements en faveur de la consommation de tabac
6. maintien de la consommation malgré les méfaits du tabagisme.

Critères de sevrage à la nicotine selon la CIM-10

Pour poser le diagnostic de sevrage à la nicotine, la CIM-10 exige la présence d'au moins deux des signes suivants :

1. envie impérieuse de tabac (craving)
2. malaise / état de faiblesse
3. anxiété
4. humeur dysphorique
5. irritabilité / agitation
6. insomnie
7. augmentation de l'appétit
8. toux
9. ulcérations buccales
10. difficultés de concentration.

Annexe 2 :

Le trouble de l'usage de tabac est défini, d'après les critères du DSM-5, par :

- A- Mode d'usage problématique du tabac conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours des 12 derniers mois.
- 1- Le tabac est souvent consommé en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
 - 2- Il y a un désir persistant, ou effort infructueux pour diminuer ou contrôler l'usage de tabac.
 - 3- Beaucoup de temps passé à des activités nécessaires pour obtenir ou utiliser du tabac
 - 4- Envie impérieuse (craving) ou fort désir ou besoin pressant d'utiliser du tabac
 - 5- Usage répété de tabac conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures de travail, à l'école, ou au domicile
 - 6- Usage continu de tabac malgré les problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du tabac
 - 7- Des activités sociales ou professionnelles ou des loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage de tabac
 - 8- Usage répété de tabac dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
 - 9- L'usage du tabac est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par le tabac
 - 10- Tolérance défini par l'un des deux symptômes suivants:
 - a- Besoin de quantité notablement plus forte de tabac pour obtenir l'effet désiré
 - b- Effet notablement diminué en cas de consommation continue de la même quantité de tabac
 - 11- Sevrage manifesté par l'un des deux symptômes suivants:
 - a- Syndrome de sevrage caractéristique du tabac
 - b- Le tabac (ou une substance très proche, telle que la nicotine) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage

La sévérité actuelle du trouble de l'usage au tabac est définie par le nombre de symptômes présents :

- Léger : présence de 2-3 symptômes
- Moyen : présence de 4-5 symptômes
- Grave : présence d'au moins 6 symptômes

Le patient est considéré en rémission précoce ou prolongée si respectivement aucun critère préalablement rempli ne l'a été au moins 3 mois ou 12 mois, à l'exception du critère A4 « craving »

AUTEUR BOCCARA Eugénie

Date de Soutenance : 18 octobre 2017

Titre de la Thèse : Tabac et Psychiatrie : étude en CMP des caractéristiques, enjeux et perspectives du sevrage tabagique

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : tabac, sevrage, ambulatoire, troubles psychiatriques, étude, addictologie

Contexte : La prévalence du tabagisme chez les patients atteints d'affections psychiatriques est 2 à 4 fois plus élevée que dans la population générale. Le sevrage tabagique leur est peu proposé et n'est pas intégré aux soins de routine. Les patients sont autant motivés que la population générale et le sevrage tabagique n'entraîne pas d'aggravation de la santé mentale. L'objectif de notre étude était d'étudier les caractéristiques du tabagisme et du sevrage tabagique en ambulatoire de patients atteints d'affections psychiatriques en centre médico-psychologique (CMP).

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective sur 6 mois de 16 patients suivis au CMP de Valenciennes qui ont souhaité bénéficier d'un accompagnement médical et infirmier pour une aide au sevrage tabagique au sein du CMP. Les patients ont bénéficié d'un traitement psychothérapeutique et médicamenteux par traitement nicotinique substitutif (TNS).

Résultats : 81% des patients avaient déjà fait une tentative de sevrage et 25% avaient maintenu une abstinence à 1 an. 50% des patients voulaient arrêter le tabac, 44% réduire leur consommation et 6% maintenir une abstinence. Parmi les patients qui souhaitaient arrêter, 75% étaient au stade de l'intention, et tous ont préféré commencer par réduire leur consommation. La dépendance nicotinique au test de Fagerström était plus élevée chez les patients schizophrènes et la dépendance nicotinique moyenne était de 6.3. Le profil de dépendance comportementale au test de Horn était différent selon les troubles. Le nombre moyen de cigarettes par jour était de 14.7. L'adhésion au TNS était moyenne et a diminué au cours du suivi. 50% des patients avaient déjà utilisé une cigarette électronique (CE), 40% des utilisateurs au cours du suivi ont maintenu une période d'abstinence supérieure ou égale à 2 mois puis ont rechuté. Parmi les patients ayant terminé leur suivi (50%), 75% avaient réduit leur consommation tabagique dont la moitié avait réduit d'au moins 50%. Aucun patient n'était abstinent à la fin du suivi. Enfin, 54% des patients qui ont assisté à au moins cinq consultations ont eu leur traitement modifié.

Conclusion : Les patients atteints d'affections psychiatriques sont motivés pour se sevrer. La réduction de la consommation tabagique permet aux patients d'envisager plus facilement l'abstinence. La prise en charge intégrée du tabac en CMP permet un accompagnement plus long et d'améliorer l'alliance thérapeutique.

Composition du Jury :

Président : Pr Olivier COTTENCIN

**Assesseurs : Pr Pierre THOMAS
Pr Guillaume VAIVA**

Directeur de thèse : Dr Robin SEMAL