

TABAGISME & SANTÉ MENTALE

Ce qu'il faut **SAVOIR**
Ce qu'il faut **FAIRE**

TABAGISME & SANTÉ MENTALE

Ce qu'il faut **SAVOIR**

Ce qu'il faut **FAIRE**

Directeur de publication : Nicolas Bonnet

Coordination de la première édition : Nicolas Bonnet, Anne-Cécile Cornibert

Chargées de projets Lieu de santé sans tabac : Émilie Beauvillier, Myriam Bouyahi, Julie Marty

Secrétariat de rédaction : Maria Baraud

TRAVAIL RÉALISÉ GRÂCE AU SOUTIEN FINANCIER DU FOND NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE TABAC

OBJECTIF

Ce guide entend favoriser la diffusion des bonnes pratiques en tabacologie (*ce qu'il faut savoir – ce qu'il faut faire*) fondées sur les données de la recherche et les savoirs expérientiels, à l'attention des professionnels qui accompagnent les personnes atteintes de troubles psychiatriques.

Ont contribué à sa rédaction :

Adeline Bertsch (DGOS) | Alain Dervaux (centre hospitalier universitaire d'Amiens) | Amandine Quenson (centre psychothérapeutique de Nancy – Laxou) | Anne Pipon-Diakhaté (AFIT&A) | Anne-Laurence Le Faou (Société francophone de tabacologie – AP-HP hôpital européen Georges-Pompidou) | Armelle Crosse (réseau SAOME) | Bruno Mézerette (délégué régional du RESPADD en région Pays de la Loire - EPSM de la Sarthe) | Catherine Bernard (DGOS) | Catherine De Bournonville (centre hospitalier universitaire de Rennes) | Céline Pellegrini (centre hospitalier de Castelluccio) | Charlotte Glémarec (comité de Paris Ligue nationale contre le cancer) | Charlotte Kanski (comité de Paris Ligue nationale contre le cancer) | Christelle Garnier (centre hospitalier de l'Estran) | Christelle Magdelaine (AP-HP hôpital Corentin Celton) | Christine Faivre (hôpital Foch) | Christophe Cutarella (clinique Saint-Barnabé) | Christelle Peybernard (établissement public de santé Barthélemy-Durand) | Claire Brault (Le petit vapoteur) | Clément Picot Ngo (OFDT) | Elise Charlot (centre hospitalier de Castelluccio) | Fatima Thor (AP-HP) | Frédéric Ketterer (OFDT) | Hélène Defay Goetz (centre hospitalier du Rouvray) | Isabelle Hamm (AFIT&A, réseau santé mentale – Bellelay) | Jean-Yves Breurec (administrateur du RESPADD en Normandie - centre hospitalier de l'Estran) | Julien Bouvret (GAFC - centre hospitalier spécialisé Saint-Ylie Jura) | Juliette Lévêque (centre hospitalier universitaire de la Martinique) | Laurence Petri (ARS Hauts de France) | Laurent Fauque (centre hospitalier de Saumur) | Malina Sassady (EPSM du Loiret Georges-Daumezon) | Maria-Josepha Polonio Garcia (EPSM de la Sarthe) | Marie Van Der Schueren (administratrice du RESPADD - centre hospitalier universitaire de Caen Normandie) | Marie-Ange Testelin (administratrice du RESPADD - Hauts de France addictions) | Marion Sylvain (CRES PACA) | Martine Valadié Jeannel (médecin spécialiste de santé publique, addictologue) | Mohammed Kassis (centre hospitalier de Saumur) | Olivier Smadja (Santé publique France) | Pascale Heredia Rodier (centre hospitalier Gérard Marchant) | Raphaële Goujat (CSAPA d'Orsay) | Romain Lamort (centre hospitalier d'Argenteuil) | Samir Atroun (délégué régional du RESPADD en région Île-de-France - centre hospitalier des 4 villes – Sèvres/Saint-Cloud) | Sandrine Brindejonc (AP-HP) | Sophie Darcy (AFIT&A – centre hospitalier intercommunal Robert Ballanger – Aulnay-sous-bois) | Wajdi Mehtelli (AP-HP hôpital Lari-bosière) | Yves Morriet (ARS Centre Val-de-Loire)

© Édition Respadd, 2020

www.respadd.org

Pour commander le livret :
contact@respadd.org

Couverture et mise en page : Bernard Artal Graphisme

Impression : mars 2020 – Imprimerie Peau, Berd'huis

Dépôt légal : mars 2020 – Exemple gratuit, ne peut être vendu

ISBN 978-2-9550677-7-2

Sommaire

	Page	Onglet
Préambule	3	
Éditorial	4	
Tabagisme et santé mentale	7	1
1/ Tabac et santé mentale	7	
2/ Spécificités en établissement de santé mentale	8	
3/ Réglementation	11	
4/ Santé mentale et consommation de tabac	13	
Interactions médicamenteuses et pharmacocinétiques	16	2
1/ Les interactions pharmacocinétiques	16	
2/ Les interactions pharmacodynamiques	16	
Repérage et prise en charge systématique du fumeur	19	3
1/ Les bénéfices de l'arrêt de la consommation de tabac ..	23	
2/ Promotion de la santé	24	
3/ Consommations associées	25	
Évaluation : indicateurs d'efficacité, coût-efficacité ..	27	4
Conséquences sociales et événements indésirables liés au tabac en établissement de santé	28	
Annexes	30	5
1/ Points clés pour la mise en place de la politique Lieu de santé sans tabac	30	
2/ Points clés pour la mise en place d'un Lieu de santé mentale sans tabac	31	
3/ Quelques messages clés	33	
4/ Cas cliniques	35	
5/ Les outils du RESPADD	37	
6/ Pour aller plus loin	46	



CHARTRE

Hôpital sans tabac

- 1 Mobiliser les décideurs. Sensibiliser tous les personnels. Informer les usagers.
- 2 Mettre en place un comité de prévention du tabagisme. Définir une stratégie et coordonner les actions.
- 3 Mettre en place un plan de formation des personnels et les former à l'abord du fumeur.
- 4 Prévoir l'aide au sevrage, organiser la prise en charge adaptée et le suivi du fumeur dépendant.
- 5 Faire accepter et respecter la réglementation en vigueur.
- 6 Installer, maintenir et actualiser la signalétique obligatoire et non obligatoire.
- 7 Protéger et promouvoir la santé au travail de tous les personnels hospitaliers.
- 8 Multiplier les initiatives pour devenir des Hôpitaux et structures de santé promoteurs de santé.
- 9 Assurer la continuité des actions et se doter des moyens d'évaluation.
- 10 Convaincre d'abord, contraindre si besoin. Être persévérant !

Préambule

Proposer de ne parler que de tabac dans un contexte addictologique globalisant peut sembler daté. Pourtant, la consommation de tabac est à ce titre singulière tant par la place qu'elle occupe dans la société, dans la relation soignant-soigné en psychiatrie, que par le peu de modification de l'état de conscience pour un produit néanmoins hautement addictogène.

Pour rencontrer les consommateurs de tabac en établissement de santé mentale et leur proposer des soins, il convient de composer avec diverses croyances et idées reçues.

Vouloir et pouvoir se distinguent en addictologie, lorsque la seule intention ne permet pas le changement de comportement. Proche de la question de volonté dans le changement, la question de la demande d'aide ou de soin apparaît souvent comme le préalable à l'intervention. Or, une telle sollicitation expresse n'apparaît presque jamais. L'absence de demande explicite pour ne pas proposer des soins fait le lit de la négligence et du défaut d'assistance. Les soignants interviennent principalement sur deux types de sollicitations : les plaintes et demandes des patients, parfois médiées par des tiers, et la représentation que le soignant se fait de la souffrance d'autrui. Il est nécessaire de devancer la demande de soin par un *aller-vers*, en prenant l'initiative de *parler de tabac à des patients qui ne demandent rien*. La question est incongrue en elle-même, car laisserait-on en souffrance quelqu'un qui ne demande pas d'aide, sous prétexte de respecter son intimité, sa liberté ou par humanisme. Même si l'entretien structuré est inadéquat lors de l'admission, il est indispensable de prendre en charge le syndrome de manque du patient fumeur en lui proposant une substitution le plus tôt possible.

Un entretien immédiat est rarement opportun au moment de l'arrivée à l'hôpital en contexte de crise. Celle-ci peut constituer une situation traumatique dans l'histoire de vie de la personne. L'hospitalisation fait effraction et rupture dans son parcours. La baisse des défenses habituelles contribuera à la formulation de ce qui est rarement exprimé dans un autre contexte. L'intervenant proposera de transformer une contrainte en opportunité d'échange. Oser parler de tabac à celui ou celle qui ne demande rien est un acte soignant à part entière.

L'état de santé n'a rien de spécifique en tabacologie. Il recouvre toujours un état de santé physique, mental et social tel que l'Organisation mondiale de la santé l'a défini. Ici aussi les soins visent à améliorer l'état de santé sur ces différents points sur le modèle biopsychosocial des addictions, que ce soit avant, pendant ou après une hospitalisation.

Éditorial

La prévalence du tabagisme parmi les personnes présentant des troubles de la santé mentale est beaucoup plus élevée qu'en population générale entraînant pour ces personnes une espérance de vie réduite de 10 à 20 ans^(I, II, III, IV). Alors que l'on observe une baisse du tabagisme en population générale à la faveur notamment du programme national de lutte contre le tabac 2018-2022^(V), il est primordial de renforcer nos efforts afin que cette baisse bénéficie également aux populations les plus vulnérables de façon tout aussi importante. Il appartient aux professionnels de santé exerçant en psychiatrie de s'engager en ce sens auprès des patients en leur permettant ainsi d'améliorer tant leur espérance de vie que leur qualité de vie et de réduire les inégalités de santé existantes. Il est important de souligner que les patients qui arrêtent de fumer ne présentent pas de symptômes d'exacerbation de leur maladie. Les effets bénéfiques de l'arrêt du tabac sont réels et rapides, tant sur le plan somatique – diminution des pathologies cardiovasculaires et respiratoires – que psychologiques – baisse des niveaux de stress, de dépression et d'anxiété^(VI). L'arrêt des interactions médicamenteuses liées à la fumée de tabac permettra la diminution de certaines posologies de psychotropes, réduisant de facto leurs effets indésirables^(VII).

L'élargissement de la prescription des traitements nicotiniques de substitution (TNS) aux infirmiers(ères), mais aussi aux masseurs-kinésithérapeutes et aux chirurgiens-dentistes, combiné au remboursement de ces traitements par l'Assurance maladie doivent mobiliser les établissements

(I) Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry* 2014; 13(2): 153–160.

(II) Chang CK, *et al.* Life Expectancy at Birth for People with Serious Mental Illness and Other Major Disorders from a Secondary Mental Health Care Case Register in London. *PLoS One*. 2011; 6(5): e19590.

(III) Hayes RD, *et al.* Associations between substance use disorder sub-groups, life expectancy and all-cause mortality in a large British specialist mental healthcare service. *Drug & Alcohol Dependence*. 2010;118(1): 56-61.

(IV) Lasser. (2000). Smoking and mental illness. *JAMA*, pp. 2606-2610.

(V) Andler R, Richard JB, Guignard R, Quatremère G, Verrier F, Gane J, Nguyen-Thanh V. Baisse de la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes : résultats du Baromètre de Santé publique France 2018. *Bull Epidémiol Hebd*. 2019;(15):271.

(VI) Taylor. (2014). Change in mental health after smoking cessation: systematic review and metaanalysis. *BMJ*, pp. 1-22.

(VII) Prochaska. (2014). Efficacy of Initiating Tobacco Dependence Treatment in Inpatient Psychiatry: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Public Health*.

dans une démarche proactive visant l'augmentation des compétences des soignants : travail sur les représentations, formations à l'intervention en tabacologie et à l'accompagnement spécifique à fournir aux patients.

Ainsi, chaque patient fumeur devrait se voir proposer en première intention des TNS dont l'efficacité sera renforcée par un accompagnement personnalisé par un professionnel de santé : adaptation du type de traitement en fonction des préférences du patient, ajustement de la dose en fonction des signes de sous ou sur-dosage sur la première semaine, en tenant compte notamment des besoins souvent plus importants en nicotine des patients souffrant de troubles de la santé mentale. Bien que l'arrêt immédiat soit recommandé, les patients ne souhaitant pas ou n'arrivant pas à arrêter pourront mettre en place une réduction progressive de leur consommation de tabac accompagnée de TNS et/ou de vaporisateur personnel. Les risques du tabagisme étant principalement liés à la durée d'exposition et non à la quantité de tabac fumé, l'objectif devra rester pour tous l'arrêt complet de la consommation. L'utilisation des TNS, tant pour les patients qui souhaitent arrêter (ou diminuer) leur consommation, que pour ceux qui sont contraints de ne pas fumer, apporte un grand confort et favorise indiscutablement une moindre consommation qu'il est indispensable d'y recourir. Une approche combinée d'entretien motivationnel et de substituts nicotiniques en renforcera nettement l'efficacité^(VII). En deuxième intention, la varénicline pourra être prescrite par un médecin qui assurera la surveillance de la survenue d'effets indésirables éventuels. En ambulatoire, la prise en charge tabagique devra être envisagée systématiquement à partir du moment où l'état psychique du patient lui permettra de gérer lui-même son traitement.

Les patients pour qui la quête permanente de tabac est vécue comme pénible et humiliante doivent être inclus dans l'élaboration des stratégies de soin et en accompagner la diffusion par *pair-aidance*. Leur intérêt à s'engager dans des démarches d'arrêt est tout aussi important qu'en population générale^(VIII) et leur permet de sortir de la délivrance des cigarettes elle-même perçue comme une stratégie comportementale de contrôle, fondée sur la récompense mais aussi parfois punitive^(IX). Par ailleurs, des

(VII) Michel. (2009). Législation anti-tabac en psychiatrie : une chance pour les patients ? L'information psychiatrique, pp. 621-628.

(IX) Siru. (2009). Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness: a review. *Addiction*.

Éditorial

travaux menés en unités fermées où avaient été mises en place des stratégies de prévention du sevrage nicotinique ont mis en exergue une augmentation des demandes de prise en charge tabagiques des patients.

En résumé, devenir un Lieu de santé mentale sans tabac c'est être dans une approche ouverte et respectueuse, non stigmatisante et bienveillante, en s'engageant à :

- Rendre visible et compréhensible par tous la politique de l'établissement et à en expliciter les enjeux.
- Former les équipes au repérage précoce et à l'intervention brève en tabacologie et aux approches motivationnelles.
- Limiter la consommation de tabac via la mise à disposition de TNS et la possibilité de vapoter en garantissant le suivi tabacologique en intra comme en extra hospitalier.
- Veiller au respect du cadre légal quant aux interdictions de fumer.
- Instaurer un travail de réflexion en cas de consommation conjointe entre les professionnels et les patients.
- Favoriser la multidisciplinarité et valoriser les savoirs des patients aussi bien dans les entretiens individuels que dans les approches de groupe.

Le livret d'aide à la pratique « Tabagisme et santé mentale » s'inscrit dans la suite des guides « Hôpital sans tabac », « Prendre en charge les fumeurs dans les lieux de santé » et « Premiers gestes en tabacologie ».

Rédigé afin d'en faciliter l'appropriation par les professionnels de santé selon une logique « ce qu'il faut savoir / ce qu'il faut faire », il vient compléter les documents déjà existants en y apportant des éléments spécifiques au contexte de la santé mentale.

Anne Borgne,
Présidente du RESPADD

1 | TABAC ET SANTÉ MENTALE

En France, la consommation de tabac en population générale connaît une diminution continue, depuis les années 90. Les personnes fumeuses atteintes de troubles psychiatriques fument quant à elles toujours autant et connaissent ainsi une espérance de vie de 10 ans à 20 ans plus réduite⁽¹⁾. Le tabagisme y figure parmi les premières causes de mortalité prématurée⁽²⁾ et constitue un marqueur puissant d'inégalités sociales de santé. Cet état de fait justifie, à lui seul, que toute personne fumeuse atteinte de troubles psychiatriques soit accompagnée sans délai vers l'arrêt du tabac.

Les troubles anxieux se caractérisent généralement par un ensemble anormal de pensées, de perceptions, d'émotions, de comportements et de relations avec autrui. Parmi ceux-ci figurent ainsi la dépression, les troubles bipolaires, la schizophrénie et autres psychoses, la démence, la déficience intellectuelle et les troubles du neuro-développement, dont l'autisme.

On sait aujourd'hui que les prévalences du tabagisme sont plus élevées dans certains troubles psychiatriques. On sait aussi que le taux de tabagisme augmente avec la sévérité de la pathologie. Les personnes atteintes de troubles psychiatriques fument significativement plus, présentent un degré de dépendance accru et sont ainsi davantage exposées aux risques et dommages associés au tabagisme.

Les études⁽³⁾ ayant estimé les taux de consommation de tabac par familles de troubles psychiatriques ont évalué des prévalences tabagiques allant jusqu'à 60 % chez les personnes atteintes de psychoses et jusqu'à 70 % chez les personnes accueillies en unité de psychiatrie.

Conséquences du tabagisme des personnes atteintes de troubles psychiatriques :

- espérance de vie de 10 à 20 ans inférieure à la population générale,
- traitements médicamenteux moins efficaces,
- dose thérapeutique plus importante,
- effets indésirables des traitements plus nombreux,
- mortalité associée au tabagisme accrue : taux de cancers, pathologies cardiovasculaires des personnes schizophrènes jusqu'à deux fois supérieurs aux taux observés en population générale,
- augmentation du risque de suicide et des troubles anxieux et dépressifs.

(1) <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/237-personnes-suivies-pour-des-troubles-psychiques-severes-une-esperancede-vie-fortement-reduite.pdf>

(2) Olsson M, Gerhard T, Huang C, *et al.*, Premature mortality among adults with schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry* 2015;72: 1172-81.

(3) Jochelson K., Clearing the air: Debating smoke free policies in psychiatric units, King's Fund 2006.

2 | SPÉCIFICITÉS EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ MENTALE

Du fait de symptômes de sevrage plus intenses, de degrés de dépendance plus sévères, l'accompagnement des personnes atteintes de troubles psychiatriques vers l'arrêt du tabac devra être envisagé sur le long terme. Il conviendra :

- d'anticiper les reprises du tabagisme comme possibles,
- de valoriser toutes les tentatives d'arrêt et de réduction du tabagisme⁽⁴⁾.

Le processus de prise en charge du tabagisme nécessite un lien de confiance entre l'équipe soignante et les personnes, un suivi régulier et prolongé et l'utilisation de substituts nicotiniques à fortes doses et pour des périodes plus longues qu'en population générale^(5,6). Ainsi, leur motivation à l'arrêt est aussi importante qu'en population générale⁽⁷⁾ et leurs chances d'y parvenir réelles, si un accompagnement adapté, individualisé et sur le long terme leur est proposé.



Ce qu'il faut **SAVOIR**

Concernant les personnes fumeuses atteintes de schizophrénie, l'arrêt du tabac ne s'accompagne ni d'une aggravation de leurs difficultés d'attention, d'apprentissage verbal, de mémoire de travail ni d'altération de leurs fonctions exécutives.

De plus, en comparant deux groupes d'individus, les fumeurs engagés dans une démarche d'arrêt et les fumeurs qui poursuivent leur consommation, sur 10 indicateurs (dont les symptômes dépressifs, les tendances suicidaires, les hospitalisations en psychiatrie, les consommations d'alcool et de drogues illicites), plusieurs études ont relevé que les patients en sevrage tabagique ne subissent pas d'aggravation de leurs symptômes^(8,9).

(4) Helping psychiatric patients to stop smoking, *Harvard Mental Health Letter*, sept 2008.

(5) Psychiatrie et gestion du tabagisme, pistes de réflexion, FARES, 2015.

<http://www.hopitalsanstabac.be/images/documents/Psy-gestion-tabac-2015.pdf>

(6) Dervaux A, Laqueille X. Tabagisme et comorbidités psychiatriques. *Presse Med.* 2016; 45(12 Pt 1):1133-1140.

(7) Ruther T. et al., EPA Guidance on tobacco dependence and strategies for smoking cessation in people with mental illness, *European psychiatry*, 29, p. 65-82.

(8) 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.

(9) Tidey JW, Miller ME. Smoking cessation and reduction in people with chronic mental illness. *BMJ.* 21 sept 2015;351:h4065.

Ce qu'il faut FAIRE



Un nombre croissant de recherches confirme la faisabilité et l'efficacité d'un sevrage tabagique des patients psychiatriques ; les équipes de terrain doivent être encouragées à mettre en place des dispositifs d'aide au sevrage tabagique afin qu'elles puissent identifier et suppléer aux symptômes de sevrage de leurs patients.

Les patients souffrant de troubles anxieux semblent ressentir plus intensément les symptômes liés au sevrage. Le fait de fumer peut avoir tendance à apaiser l'anxiété de ces patients à court terme. Cependant, à plus long terme, c'est l'inverse que l'on observe : l'anxiété augmente avec le tabagisme et laisse la place à des croyances du type « Je ne peux pas me passer du tabac, sinon mon anxiété augmente ». Chez les patients anxieux ou déprimés qui arrêtent de fumer, on peut observer des difficultés d'attention et d'apprentissage.

Les établissements de santé mentale constituent un espace où la mise en place de la politique Lieu de santé sans tabac est possible et sera décisive pour la qualité de vie des patients et des personnels. Pour mettre en place une stratégie efficace et adaptée, il convient de porter une attention toute spécifique aux parcours de soins des patients.

Une organisation qui traduit une logique de parcours



La stratégie Lieu de santé sans tabac définit une prise en charge systématique et adaptée du tabagisme pour chaque patient hospitalisé et doit être connue et pratiquée par l'ensemble du personnel soignant. Dès son arrivée à l'hôpital, le patient fumeur doit pouvoir bénéficier d'une aide pour changer son comportement et cette démarche doit être similaire pour tous les patients entrant dans l'enceinte de l'établissement, y compris les personnes admises en soins ambulatoires : hospitalisation de jour, activités thérapeutiques à temps partiels, consultations. Cela signifie qu'il est nécessaire de mettre en œuvre et de proposer aux patients toutes les possibilités pour entamer un sevrage (au moins temporaire le temps du passage à l'hôpital et dans l'idéal, définitif).

L'organisation de la prise en charge doit s'inscrire dans une logique de parcours et le passage à l'hôpital doit être envisagé comme une étape dans les parcours de santé et de vie des patients dans une perspective de promotion de la santé. L'organisation doit notamment s'attacher à penser les articulations avec les autres professionnels et dispositifs de soins en amont et en aval de la prise en charge.

La multiplicité des lieux de soins extra et intra-hospitaliers impactera la transmission des informations nécessaires à la mise en place d'une démarche continue d'accompagnement vers l'arrêt. La coordination des équipes intervenant auprès du patient sera l'objet d'une stratégie lisible.

Les hospitalisations sont parfois des hospitalisations de longue durée. Celles-ci requièrent une approche intégrée du tabagisme qui prenne en compte le projet de vie du patient.

Les soins délivrés dans le cadre d'hospitalisations sans consentement et les éventuels recours à l'isolement constituent des situations spécifiques dans les prises en charge en psychiatrie. L'usage de substituts nicotiniques est fortement recommandé pour limiter le syndrome de manque induit par l'arrêt brutal de la consommation lors de l'isolement.



Ce qu'il faut **SAVOIR**

Le tabac contient de la nicotine, une substance très vite absorbée dans le sang. Secondairement, la nicotine stimule la production de dopamine. Quand le taux de nicotine diminue dans le sang sous un certain niveau propre à chacun, apparaît la sensation de manque. Ce manque génère un stress jusqu'à ce qu'il soit comblé. Ce qui est ressenti au moment où le manque est comblé est perçu à tort comme un état d'apaisement. Pour les fumeurs présentant une pathologie psychiatrique, l'association entre la consommation de cigarettes et l'apaisement est encore plus prégnante. Cependant, le réconfort est éphémère et sur le long terme le tabagisme peut amplifier les troubles anxieux⁽¹⁰⁾.

Les personnes fumeuses présentant une pathologie psychiatrique sont plus dépendantes au tabac et plus la consommation de tabac est élevée plus le risque de développer un trouble psychiatrique l'est aussi.

D'autres hypothèses suggèrent une vulnérabilité génétique commune ou encore le fait que le tabac atténue les symptômes associés aux troubles du comportement. Le tabagisme constituerait un moyen d'atténuer les symptômes de dépression, d'anxiété, d'ennui ou de solitude. Une autre explication serait dans le fait que les symptômes de sevrage sont plus intenses pour ces personnes et les arrêts moins nombreux ou plus fragiles, de ce fait. La prévalence élevée du tabagisme en établissement de santé mentale et sa fréquente tolérance par les soignants peut freiner la proposition d'aide au sevrage.

(10) McDermott *et al.*, Change in anxiety following successful and unsuccessful attempts of smoking cessation, cohort study, *The British Journal of Psychiatry*, 2013, 202(1), p. 62-67.

3 | RÉGLEMENTATION

Ce qu'il faut **SAVOIR**

La place du tabac a changé en France avec l'entrée en vigueur de l'interdiction de fumer dans les locaux clos et couverts au 1^{er} février 2007. La lutte contre le tabagisme est désormais une politique de santé publique dont le cadre est fixé par le Code de la santé publique (CSP) (art. L. 3511-1 à L. 35119, art. R. 3511-1 à R. 3511-8).

Les chambres en établissement psychiatrique sont soumises au principe de l'interdiction de fumer, les chambres étant assimilables à des lieux affectés à un usage collectif. Dans les établissements médico-sociaux (unité de soins longue durée, appartement de coordination thérapeutique etc.) gérés par un établissement de santé, les chambres sont assimilables à des espaces privatifs. Elles ne sont donc pas concernées par l'interdiction légale de fumer ; le règlement intérieur de l'établissement peut néanmoins fixer des règles encadrant la possibilité de fumer dans les chambres en long séjour.

Pour se prémunir contre le risque d'incendie, il est recommandé d'adopter l'interdiction formelle de fumer dans les lits.

Fumer reste interdit dans les chambres partagées entre plusieurs patients (lieux collectifs). Le personnel peut faire valoir son droit d'alerte, puis son droit de retrait s'il estime que sa santé est mise en danger du fait d'être obligé de travailler dans un environnement enfumé.

Ce qu'il faut **FAIRE**

- Un engagement et une politique d'établissement volontaristes.
- La pratique systématique d'une évaluation et d'une prise en charge du tabagisme des personnes atteintes de troubles psychiatriques.

De plus en plus nombreuses, les expériences nationales et internationales montrent que cet accompagnement des patients est réalisable, moyennant une formation adaptée des professionnels, un engagement fort de la direction de l'établissement/service et des personnels et un accompagnement individualisé sur le long terme au-delà du temps de l'hospitalisation.



Rappel législatif

Le 10 janvier 1991, la loi Évén interdit de fumer dans tous les locaux de soins et les lieux recevant du public.

En 1993, la charte « Hôpital sans tabac » est élaborée par le Comité central de prévention du tabagisme de l'AP-HP, puis reprise en 2000 par le Réseau européen Hôpital sans tabac.

En 1996, le Réseau hôpital sans tabac (RHST) est créé, pour lequel « la persistance du tabagisme à l'hôpital pose le problème de la crédibilité de l'institution et des personnels au regard de leur mission de santé publique ».

La circulaire de la Direction générale de la santé du 8 juin 1999 insiste quant à elle sur le rôle actif de l'hôpital : « L'hôpital doit aller au-delà de la stricte application des textes législatifs et s'impliquer dans les actions de sensibilisation et de prévention auprès des usagers ».

La circulaire du 3 avril 2000 fondée sur les principes de la loi Évén rappelle que « L'hôpital n'est pas un lieu ordinaire, il a valeur d'exemple pour tout ce qui touche à la santé ».

La convention-cadre de l'OMS en faveur de la lutte contre le tabac du 21 mai 2003 est signée par 168 pays, dont la France.

Le Plan Cancer 2003-2007, à l'initiative de Jacques Chirac, est par ailleurs décisif dans le renforcement des stratégies de lutte contre le tabac avec notamment, une augmentation des prix du tabac.

En 2006, le décret n°2006-1386 du 15 novembre fixe les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif : tous les lieux fermés et couverts qui accueillent du public ou qui constituent des lieux de travail, dans les moyens de transports collectifs, dans les espaces non couverts des écoles, collèges et lycées publics et privés, ainsi que des établissements destinés à l'accueil, à la formation ou à l'hébergement des mineurs.

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé a élargi la liste des professionnels de santé pouvant prescrire des TNS et autorise, en plus des médecins et des sages-femmes, les médecins du travail, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les masseurs kinésithérapeutes à les prescrire. Les sages-femmes bénéficient d'un élargissement de leurs droits de prescription de traitements nicotiniques de substitution à l'entourage de la femme enceinte ou accouchée.

L'année 2017 marque le déploiement de la politique *Lieu de santé sans tabac*, qui devient un axe majeur de la lutte contre le tabac du Plan national de lutte contre le tabac (PNLT). C'est d'ailleurs dans cette dynamique que s'inscrit la réalisation de ce guide.

4 | SANTÉ MENTALE ET CONSOMMATION DE TABAC

Remarque : la survenue d'une pathologie psychiatrique est toujours multifactorielle. Nous n'envisagerons ici que l'impact lié au tabagisme.

Épisode dépressif majeur (EDM)

Il existe un lien fort (corrélation) entre tabagisme et dépression⁽¹¹⁾. L'existence d'un tabagisme quotidien, mais aussi occasionnel ou passé à un moindre degré, est associée à un risque significativement plus élevé qu'en population générale de développer un épisode dépressif majeur. Ce risque est plus élevé chez les femmes. Enfin, il existe une association avérée entre tabagisme et risque suicidaire, plus marquée chez les femmes, persistant jusqu'à quatre années après l'arrêt et dose-dépendant (risque de suicide multiplié par deux chez les femmes jusqu'à 25 cigarettes par jour et multiplié par quatre au-delà).

Les troubles dépressifs concernent environ 20 % (vie entière) de la population en France. Le tabagisme actif est plus fréquent parmi les personnes ayant connu un épisode dépressif dans leur vie (37 %) ou dans les douze derniers mois (30 %) que les personnes qui ne présentent pas de troubles dépressifs (22 %). Inversement, on trouve deux fois plus d'antécédents dépressifs chez les fumeurs que chez les non-fumeurs⁽¹²⁾.

Ces prévalences élevées chez les personnes déprimées sont associées pour partie aux effets stimulants de la nicotine. Le sevrage tabagique n'engendrera pas en lui-même l'apparition de troubles dépressifs.

Troubles bipolaires

La prévalence du tabagisme est 2 à 3 fois plus élevée qu'en population générale et les reprises de consommation fréquentes lors des phases dépressives. Plus globalement, une consommation de tabac entraîne une plus grande sévérité des troubles bipolaires et une fréquence accrue des épisodes maniaques et dépressifs⁽¹³⁾.

Troubles anxieux

Le tabac est fréquemment retrouvé chez les sujets souffrant d'une phobie sociale, d'une agoraphobie, d'un trouble panique, d'un trouble anxieux généralisé ou d'un trouble de stress post-traumatique, mais moins fréquent chez les personnes souffrant de troubles obsessionnels compulsifs. Il y a un double lien entre anxiété (qui est un

(11) Dervaux A, Laqueille X. Tabagisme et comorbidités psychiatriques. *Presse Med.* 2016; 45(12 Pt 1):1133-1140.

(12) BEH 32-33 16 octobre 2018 p. 637 ; BEH 2018 (32_35) ; 637-644.

(13) Formulés à partir des 20 recommandations formalisées par la conférence d'experts de l'OFT « Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques », janvier 2009.

des symptômes de sevrage) et le tabagisme qui augmente le risque de développer ultérieurement un trouble anxieux. Ce risque décroît avec l'abstinence tabagique⁽¹⁴⁾. Les personnes anxieuses qui perçoivent la cigarette comme un vecteur de lien social peuvent être particulièrement vulnérables à une plus forte dépendance à la nicotine.

Psychoses

Les psychoses, dont la schizophrénie, se caractérisent par une distorsion de la pensée, des perceptions, des émotions, du langage, du sentiment de soi et du comportement.

Troubles schizophréniques

La prévalence du tabagisme chez les personnes présentant des troubles schizophréniques est particulièrement élevée. Leur consommation de cigarettes et leur dépendance à la nicotine seront plus fortes. La fréquence du tabagisme chez les individus présentant des troubles schizophréniques varie de 64 à 93 % selon les études et les pays. On retrouve 2 à 3 fois plus de fumeurs en moyenne chez les patients souffrant de troubles schizophréniques qu'en population générale.

Chez les personnes présentant des troubles schizophréniques, plusieurs études ont mis en évidence le rôle à court terme de la nicotine dans la régulation de certaines altérations neurophysiologiques telles que les déficits de filtrage sensoriel. La normalisation de ces paramètres est liée à la stimulation d'un récepteur nicotinique particulier, le récepteur alpha-7. La prise d'antipsychotiques peut à la fois influencer le profil tabagique des personnes souffrant de schizophrénie et être influencée par le tabagisme. En effet, la fumée générée par la combustion du tabac interagit avec le métabolisme de plusieurs anti-psychotiques. La nicotine peut également atténuer certains effets indésirables liés à la prise de cette classe de médicaments, en particulier la clozapine, l'olanzapine, la chlorpromazine et l'halopéridol. Ces éléments révèlent l'importance des interactions entre la schizophrénie, ses traitements et le tabagisme.

Une méta-analyse⁽¹⁵⁾ incluant 14 555 personnes fumeuses et 273 162 personnes non-fumeuses suggère que le tabagisme quotidien est associé à un risque accru de psychoses et à l'apparition plus précoce des troubles psychotiques. Les fumeurs quotidiens psychotiques auraient ainsi vu apparaître leurs troubles en moyenne un an avant les non-fumeurs. Par ailleurs, une entrée précoce dans le tabagisme est associée à un risque accru de développer une psychose. Les auteurs ont également souligné

(14) Formulés à partir des 20 recommandations formalisées par la conférence d'experts de l'OFT « Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques », janvier 2009.

(15) Pedro Gurillo, MD, Dr Sameer Jauhar, MRCPsych, Robin M Murray, FRS, James H MacCabe, FRCPsych, Does tobacco use cause psychosis? Systematic review and meta-analysis, *The Lancet Psychiatry*, Volume 2, No. 8, p. 718-725, August 2015.

que la prévalence tabagique des personnes présentant un premier épisode psychotique était trois fois plus élevée que dans le reste de la population.

Les personnes fumeuses souffrant de troubles schizophréniques présentent un taux de mortalité lié à des causes évitables, comme le tabagisme, cinq fois plus élevé qu'en population générale⁽¹⁶⁾. Le tabac constitue à cet égard la première cause d'excès de mortalité⁽¹⁷⁾.

Les personnes fumeuses présentant des troubles schizophréniques sont sujettes généralement à une plus forte dépendance à la nicotine que les autres fumeurs et leur taux de succès lors du sevrage tabagique est environ deux fois moins élevé qu'en population générale.

Plusieurs hypothèses ont été proposées pour expliquer la haute prévalence du tabagisme chez les personnes souffrant de schizophrénie. La plupart d'entre elles tendent à décrire le tabagisme comme une forme d'automédication pour traiter certains symptômes de la maladie, particulièrement les symptômes négatifs⁽¹⁸⁾ et les déficits cognitifs, ou encore pour réduire les effets indésirables (extrapyramidaux et cognitifs) des traitements anti-psychotiques. Le tabagisme influence le fonctionnement physiologique du système nerveux central et explique en grande partie l'implication du tabac dans le développement ou l'entretien des troubles psychiatriques⁽¹⁹⁾.

(16) « Législation anti-tabac en psychiatrie : une chance pour les patients ? », Michel L., Lang J.P., *L'information psychiatrique*, 2009,7 Volume 85, p. 621 à 628 ou Dervaux A, Laqueille X. Tabac et schizophrénie : aspects cliniques. *L'Encéphale* 2008;34:299-305.

(17) Législation anti-tabac en psychiatrie : une chance pour les patients ? in *L'information psychiatrique*, 2009/7 vol. 85, p. 621 à 628.

(18) Les symptômes négatifs ou déficitaires sont caractérisés par le manque de motivation et d'énergie, la diminution de l'affectivité et le retrait social. Les symptômes positifs comprennent les hallucinations, les idées délirantes et la désorganisation de la pensée et du comportement.

(19) Tabagisme et schizophrénie : impacts sur la maladie et son traitement, Légaré N, *Drogues, santé et société*, Volume 6, Issue1, 2007, p. 143–178, <https://www.erudit.org/en/journals/dss/2007-v6-n1-dss1891/016946ar/>

Interactions médicamenteuses et pharmacocinétiques



Ce qu'il faut SAVOIR

L'interaction médicamenteuse se dit d'un processus durant lequel l'action d'une molécule active, au niveau pharmacologique, est altérée. Les interactions entre le tabac et les médicaments sont de deux types : **pharmacocinétiques** et **pharmacodynamiques** (20). Elles nécessitent d'adapter les traitements particulièrement au moment du sevrage tabagique et d'en informer le patient (21).

1 | LES INTERACTIONS PHARMACOCINÉTIQUES

Le tabac peut à la fois modifier l'absorption, le transport, la dégradation ou l'élimination des médicaments. Les interactions pharmacocinétiques résultent le plus souvent de l'induction du métabolisme de certains médicaments par la fumée de cigarette (augmentation de la vitesse de destruction). Les hydrocarbures polycycliques aromatiques contenus dans la fumée stimulent la production d'enzymes hépatiques participant au métabolisme de plusieurs substances dont l'halopéridol, la clozapine, l'olanzapine, l'amitriptyline, la nortriptyline, l'imipramine, la désipramine. Dans de nombreux cas, cette induction enzymatique peut provoquer une chute des concentrations plasmatiques des médicaments, nécessitant un ajustement des doses. Le fait que ces médicaments soient métabolisés plus rapidement en présence de la fumée de cigarette réduit leur concentration dans l'organisme et par là, leur efficacité. À l'inverse, le sevrage tabagique peut favoriser un surdosage par arrêt de l'induction enzymatique. Dès l'arrêt du tabac, les interactions avec les médicaments n'ont plus lieu et cela peut entraîner des surdosages, des sous-dosages, un excès ou un manque d'efficacité des traitements. Cette induction persiste même quelques mois après avoir cessé de fumer.

2 | LES INTERACTIONS PHARMACODYNAMIQUES

Elles sont quant à elles causées par l'antagonisme des actions entre la nicotine et les médicaments utilisés en psychiatrie. Pour un certain nombre de médicaments possédant un spectre thérapeutique étroit, l'influence de l'action du tabac ou, inversement, de son arrêt sera donc importante.

(20) Desai, H.D., Seabolt, J. & Jann, M.W. *Mol Diag Ther* (2001) 15: 469.
<https://doi.org/10.2165/00023210-200115060-00005>

(21) Les unités de soins intensifs psychiatriques (USIP) : expériences françaises et internationales, Patrick Le Bihan *et al.*, septembre 2009.

Implication en pharmacologie



Les hydrocarbures polycycliques issus de la combustion du tabac exercent une action inductrice enzymatique sur les cytochromes hépatiques, accélérant le métabolisme des antipsychotiques. D'où la nécessité d'augmenter les posologies des antipsychotiques et par là, les risques d'effets indésirables (en particulier dyskinésies tardives).

Le tabagisme entraîne ainsi des changements dans les paramètres pharmacocinétiques de plusieurs antipsychotiques, en augmentant la vitesse à laquelle ils sont métabolisés.

Les neuroleptiques olanzapine ou clozapine sont plus fortement dégradés chez les fumeurs avec des concentrations sériques pouvant diminuer jusqu'à 40 % par rapport aux non-fumeurs. À l'inverse, on retrouve deux fois plus de clozapine chez les ex-fumeurs n'ayant pas eu d'ajustement posologique avec même une aggravation des effets secondaires chez certaines personnes.

La chlorpromazine est l'antipsychotique le plus prescrit pour ses propriétés sédatives. La somnolence est majorée chez le non-fumeur, les effets sont moindres chez le fumeur. Des problèmes de surdosage peuvent apparaître chez les personnes traitées débutant une démarche de sevrage tabagique.

Les antidépresseurs tricycliques tels que l'imipramine, la nortriptyline et l'amitriptyline sont des antihistaminiques métabolisés par les cytochromes P450 CYP 2D6 dont l'activité est induite par le monoxyde de carbone. Pour une dose identique d'imipramine, le fumeur présente un état d'équilibre sanguin à 160 ng/ml contre 290 ng/ml chez le non-fumeur. Le métabolisme de l'imipramine augmente au contact de la fumée de cigarette avec une demi-vie plus courte chez les fumeurs.

La fluvoxamine est un antidépresseur. Il présente chez les fumeurs une concentration maximale plus basse, avec une augmentation de 25 % environ de son métabolisme. L'efficacité thérapeutique et la demi-vie de la molécule ne sont pas modifiées quant à elles. Il convient cependant de surveiller l'apparition éventuelle d'effets non voulus et d'ajuster la posologie en fonction.

L'activation sympathique induite par la nicotine atténue l'effet sédatif des benzodiazépines et la somnolence est plus importante chez les non-fumeurs que chez les fumeurs.



Ce qu'il faut FAIRE

Le tableau ci-dessous permet d'adapter la prise en charge et le suivi en fonction des traitements en cours, au moment du sevrage tabagique. Cette information ne remplace pas l'analyse précise de la clinique.

Classe de médicaments ou DCI	Effets du tabac	Actions à entreprendre à l'arrêt du tabac	Actions à entreprendre si reprise du tabac
Antidépresseurs tricycliques	Réduction plasmatisque de 25 à 50 %	Suivi rapproché. Anticiper une réduction de la posologie de 10 à 25 % sur une semaine	Suivi rapproché. Considérer qu'il faut reprendre les doses antérieures
Benzodiazépines	Réduction des taux plasmatisques de 0 à 50 %	Accompagnement et suivi rapprochés. Anticiper une réduction de la posologie jusqu'à 25 % en une semaine	Accompagnement et suivi rapprochés avec augmentation des doses
Carbamazépine	Possibilité d'une réduction relative du taux plasmatisque de carbamazépine	Mesure des taux plasmatisques	Mesure des taux plasmatisques
Clozapine	Réduction des taux plasmatisques jusqu'à 50 %. Cette réduction des taux plasmatisques peut être d'autant plus élevée si le patient est sous valproate	Réaliser un dosage plasmatisque avant l'arrêt, diminuer ensuite progressivement la posologie de 25 % sur une semaine de la posologie initiale et refaire un dosage plasmatisque	Dosage plasmatisque avant la reprise du tabac. Réaugmenter la dose de clozapine à une dose équivalente à celle antérieure et répéter les dosages plasmatisques
Duloxétine	Les taux plasmatisques peuvent être réduits jusqu'à 50 %	Suivi rapproché. La posologie pourra être diminuée	Considérer une réintroduction du traitement aux doses antérieures
Halopéridol	Réduction plasmatisque d'environ 20 %	Réduire la posologie d'environ 10 %. Suivi rapproché	Represcrire les doses antérieures
Mirtazapine	Effet minimal probable	Suivi	Suivi
Olanzapine	Réduction des taux plasmatisques jusqu'à 50 %	Diminution de la posologie de 25 % et refaire un dosage plasmatisque à J+7	Reprendre les doses équivalentes à celles de la période de consommation avec suivi plasmatisque

Repérage et prise en charge systématique du fumeur

Les symptômes de sevrage peuvent être plus sévères chez les patients en psychiatrie. La reprise du tabac n'est pas rare et est une étape vers l'arrêt. L'ensemble de ces conditions peut conduire à privilégier une approche souple et progressive pour un accompagnement visant une réduction du tabagisme lorsque l'arrêt immédiat de la consommation de tabac s'avère difficile. Cette réduction de la consommation peut renforcer le sentiment d'efficacité personnelle. Elle peut être facilitée par l'utilisation de substituts nicotiques transdermiques et/ou oraux (gomme, comprimé, inhalateur, spray buccal) et/ou vaporisateur personnel.

Ce qu'il faut FAIRE

DOSE INITIALE DE NICOTINE EN FONCTION DU NOMBRE DE CIGARETTES FUMÉES PAR JOUR : PATCHS EN MG / FORMES ORALES (FO)				
Nombre de cigarettes/jour	< 10 cig./j	11-20 cig./j	21-30 cig./j	> 30 cig./j
Dosage en nicotine sur la base de 1 cigarette = 1 mg nicotine	7 ou 14 (ou 10) / FO	21 (ou 15) / FO	21 + 14 (ou 25) / FO	21 + 21 (ou 15 + 15) / FO

Figure n° 1 Posologie des TNS selon le nombre de cigarettes fumées

Pour le vaporisateur personnel, les e-liquides présentent une concentration maximale de 19,6 mg/ml. Il est recommandé d'utiliser une concentration de 1 mg/ml par cigarette consommée par jour, soit un e-liquide à 19,6 mg/ml pour une consommation de tabac équivalente à 20 cigarettes/jour.

Le dosage en nicotine nécessaire chez les patients présentant des troubles psychiques est très souvent plus élevé (risque de sous-dosage plus grand). Il est recommandé d'associer différentes formes de nicotine⁽²²⁾ et de ré-évaluer cette posologie à t + 24 h.

En cas de consommation habituelle de cigarettes roulées, le besoin en nicotine pourra être plus important.

(22) Schneider NG, Terrace S, Koury MA, Patel S, Vaghaiwalla B, Pendergrass R, Olmstead RE & Cortner C. Comparison of three nicotine treatments: initial reactions and preferences with guided use. *Psychopharmacology*, 2005; 182(4): 545-550.



Ce qu'il faut **SAVOIR**

La prise en charge du tabagisme dans les lieux de santé doit être une priorité : le syndrome de manque constitue une souffrance pour la personne fumeuse et doit être systématiquement traitée. Tous les lieux de santé sont des lieux privilégiés et propices à la prise en charge du tabagisme. Ils répondent à des missions de prévention et de soins et **sont des lieux non-fumeurs réglementés**. **Le repérage et la prise en charge du tabagisme doivent être systématiques par tous les professionnels de santé et s'appuient sur la mise en œuvre du conseil d'aide à l'arrêt et la prescription de traitements nicotiniques de substitution (TNS)**. La démarche Lieu de santé sans tabac vise la disparition totale de la consommation de tabac dans et aux abords des lieux dédiés à la prise en charge sanitaire et médicosociale (cabinets de ville, centres de santé, établissements médicosociaux, hôpitaux, etc.).

L'entretien motivationnel (EM) est un outil précieux pour susciter ou renforcer la motivation du fumeur à arrêter et/ou réduire sa consommation de tabac. Il s'agit d'une pratique relationnelle dont le but est d'aider la personne à modifier son comportement. Il repose sur un partenariat coopératif et collaboratif qui favorise l'évocation des raisons de changer et valorise l'autonomie de la personne. L'attitude du professionnel consiste en une exploration empathique de l'ambivalence de la personne pour renforcer ses capacités personnelles face au changement. Les données disponibles suggèrent que l'EM augmente la probabilité d'arrêt de la consommation du tabac.



Travail de liaison

La tabacologie et l'addictologie de liaison peuvent dérouter par leurs caractéristiques : absence de demande explicite et de rendez-vous programmé.

L'intervention de soin ou de prendre soin est tout à fait réalisable en l'absence de demande. L'intervenant en tabacologie et addictologie de liaison doit travailler avec tous les soignants, intra- ou extra-hospitaliers, tout en s'habituant à réaliser un compte rendu de chaque rencontre dans le dossier du patient. Les sujets abordés dans un entretien, parfois unique, doivent être limités. L'accompagnement du fumeur sur le long terme vers le sevrage pourra se poursuivre de façon cohérente et complémentaire avec d'autres intervenants dans le cadre d'un parcours coordonné. Dans cette temporalité, il est difficile d'évaluer son intervention car le patient peut être vu qu'une seule fois.

Le travail de liaison doit être réalisé sur la base d'objectifs explicites s'intégrant dans une évaluation plus globale de la prise en charge du tabagisme dans l'établissement.

Chaque professionnel doit systématiquement aborder la question de la consommation tabagique :

- « Vous arrive-t-il de fumer ? »

- Si oui : « Avec votre accord, je vous propose d'évaluer votre dépendance ».

Pour évaluer la dépendance tabagique du fumeur, il est indispensable d'utiliser des tests validés, comme le test de Fagerström simplifié en deux questions ou le *Cigarette dependence scale* pour une évaluation complète (cf. Annexes). Les résultats obtenus permettent d'adapter les traitements qui seront ensuite proposés au fumeur.

La substitution nicotinique est à proposer systématiquement à tous les patients hospitalisés en psychiatrie comme une aide dans le contexte d'hospitalisation (isolement et service fermé notamment) et non comme une "obligation" au sevrage.

Le statut tabagique ainsi que la prescription des TNS pour arrêter de fumer ou diminuer sa consommation de tabac, doivent être systématiquement enregistrés dans le dossier médical propre à l'établissement ou au professionnel de santé et dans le dossier médical partagé du patient. Chaque consultation est l'occasion d'actualiser ce statut et de renforcer la motivation du patient.

Les vaporisateurs personnels



- Les vaporisateurs personnels sont nettement moins nocifs pour la santé que les cigarettes. Ils ne contiennent ni ne brûlent de tabac, ce qui signifie qu'ils ne produisent pas de monoxyde de carbone ni de goudrons. Ils libèrent de la nicotine qui est à l'origine de la dépendance et dont l'usage à long terme, comme dans les traitements nicotiques de substitution, n'est associé à aucune complication sanitaire.
- Bien qu'il soit facile de quantifier les risques sanitaires à long terme associés à l'usage des vaporisateurs personnels, les preuves disponibles suggèrent qu'ils sont beaucoup moins nocifs que les cigarettes.
- Toute personne qui arrête de fumer grâce à un vapotage exclusif réduit considérablement ses risques pour la santé. Elle doit être considérée comme un non-fumeur.
- L'usage des traitements nicotiques de substitution est possible avec celui d'un vaporisateur personnel.
- Les « vapo-fumeurs » doivent être fortement encouragés à arrêter de fumer dès qu'ils le peuvent.
- À ce jour, le risque lié au vapotage passif est inexistant.

La crainte de la prise de poids peut être un frein à l'arrêt. Il est important de souligner qu'elle n'est pas systématique ou limitée par l'utilisation des traitements nicotiques de substitution. Des conseils hygiéno-diététiques seront également de nature à limiter cette prise de poids d'autant plus lorsqu'ils seront mis en place en amont de l'arrêt du tabac. Lorsque l'arrêt est pérenne, sans excès d'apport calorique, un ex-fumeur retrouvera le poids correspondant à son poids normal défini par ses âge/sexe/patrimoine génétique.

Il existe **différents modes de consommation du tabac** qui présentent tous une toxicité importante :

- les cigarettes industrielles représentent le mode de consommation le plus courant ;
- les cigarettes roulées ou tubées, moins chères que les cigarettes industrielles, sont plus nocives car leur rendement en monoxyde de carbone et en goudrons est estimé de trois à six fois supérieur. Leur rendement en nicotine est également plus important ;
- les cigares, les cigarillos et la pipe ;
- la chicha, particulièrement populaire chez les jeunes, entraîne une inhalation beaucoup plus importante de fumée qu'avec une cigarette industrielle ;
- les tabacs à mâcher, à chiquer (à placer entre la lèvre et la gencive) et à priser (qui peut être sniffé ou chiqué) sont consommés sans combustion ;
- le tabac chauffé (Iqos, Ploom, Glo) qui fait l'objet d'un marketing intense (cf. encart tabac à chauffer, page ci-contre) ;
- le tabac associé à la consommation de cannabis doit être pris en compte.

L'organisation du suivi du fumeur en cours de sevrage ou sevré est indispensable et peut être réalisée par :

- le relais avec le médecin traitant via les lettres de liaison ;
- le réseau spécifique d'aide au sevrage : consultations de tabacologie, d'addictologie, Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ;
- l'accompagnement téléphonique par un tabacologue de Tabac Info Service au 39 89 (service gratuit + prix d'un appel), du lundi au samedi, de 8h00 à 20h00 ;
- les applications sur smartphone, notamment Tabac Info Service et Stop-tabac.ch qui permettent un e-coaching personnalisé selon la situation des fumeurs ;
- les groupes Facebook « *Moi(s) sans tabac* », « *Je ne fume plus* ».

Tabac à chauffer



Les nouveaux tabacs à chauffer sont élaborés pour maintenir un niveau élevé de dépendance à la nicotine chez le fumeur.

Les données disponibles montrent que les tabacs chauffés libèrent autant de substances toxiques que les tabacs traditionnels fumés.

Les tabacs chauffés doivent être soumis aux mêmes règles que celles des produits du tabac fumé afin de protéger les non-fumeurs et ex-fumeurs.

1 | LES BÉNÉFICES DE L'ARRÊT DE LA CONSOMMATION DE TABAC

Il est important en termes de mortalité comme de morbidité pour l'ensemble des maladies liées au tabac. Quels que soient la pathologie et l'âge, l'arrêt du tabac permet d'obtenir des bénéfices mesurables pour la santé.

Les bénéfices à court terme de l'arrêt du tabac sont nombreux :

- **20 minutes après la dernière cigarette** : la pression sanguine et les pulsations cardiaques qui étaient modifiées à chaque cigarette fumée, ne sont plus perturbées ;
- **8 heures après la dernière cigarette** : la quantité de monoxyde de carbone dans le sang, diminue de moitié. L'oxygénation des cellules redevient normale ;
- **24 heures après la dernière cigarette** : les poumons commencent à éliminer le mucus et les résidus de fumée ;
- **48 heures après la dernière cigarette** : les terminaisons nerveuses gustatives commencent à fonctionner normalement. Le goût et l'odorat s'améliorent ;
- **72 heures après la dernière cigarette** : les bronches commencent à se relâcher, on se sent plus énergique et moins essoufflé à l'effort ;
- **2 semaines après la dernière cigarette** : le risque d'infarctus a commencé à diminuer car la coagulation s'est normalisée ;
- **3 mois après la dernière cigarette** : la toux et la fatigue diminuent. On récupère du souffle. On marche plus facilement.

Les bénéfices à long terme de l'arrêt du tabac sont majeurs tant en ce qui concerne la diminution du risque d'infarctus et de cancer que le gain d'espérance de vie.

Le risque cardiovasculaire (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral) disparaît presque totalement pour les fumeurs ayant arrêté très tôt, en particulier avant 30 ans.

Pour les fumeurs qui arrêtent plus tardivement, il y a toujours un bénéfice majeur sur ce type de complication quel que soit l'âge de l'arrêt, y compris chez les personnes de plus de 70 ans.

Arrêter le plus tôt possible est très important pour éviter le risque de cancer et de maladies cardiovasculaires.

Arrêter de fumer permet une diminution des troubles anxieux et dépressifs et une amélioration de la qualité de vie.

L'espérance de vie se normalise d'autant plus que l'arrêt aura été précoce.

D'après la brochure « Pourquoi arrêter de fumer ? » de Santé publique France

2 | PROMOTION DE LA SANTÉ

Une croyance ancrée est que l'arrêt du tabac pourrait aggraver les symptômes des personnes souffrant d'un trouble psychique. Une revue systématique de la littérature associée à une méta-analyse suggère, à l'inverse, que les niveaux de stress, de dépression et d'anxiété sont plus bas après l'arrêt du tabac, tant en population générale que parmi les personnes présentant des troubles psychiatriques^[23]. De plus, l'arrêt du tabac engendre une réévaluation des traitements avec la diminution de certains antipsychotiques. C'est notamment le cas pour la clozapine (cf. partie pharmacocinétique).

En plus des effets bénéfiques de l'arrêt du tabac pour toute personne, l'arrêt du tabac pour une personne atteinte de troubles psychiatriques peut constituer une composante forte de son rétablissement. Le rétablissement ne signifie pas guérison clinique ou disparition des symptômes mais la possibilité de « redonner un sens à sa vie à travers des activités et un mode de vie satisfaisant pour la personne ». Autrement dit, l'arrêt du tabac peut constituer un des jalons du rétablissement. Le seul fait de réduire sa consommation de tabac, c'est gagner en confiance et reprendre du pouvoir sur sa vie.

La prévalence beaucoup plus importante des pathologies cardiovasculaires chez les patients présentant des troubles psychiatriques, plus particulièrement lors d'association avec certains traitements psychotropes, justifie d'autant plus l'arrêt du tabac. Tendre vers une diminution de la prévalence des maladies respiratoires et cardiovasculaires associées au tabagisme sera déterminant dans l'amélioration de la qualité de vie et la diminution du risque de mortalité prématurée de ces patients.

(23) 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 [published correction appears in *BMJ*. 2014;348:g2216]. *BMJ*. 2014;348:g1151.

3 | CONSOMMATIONS ASSOCIÉES

Alcool

L'alcool et le tabac sont très souvent consommés ensemble et de façon dose-dépendante. Chez les personnes dépendantes à l'alcool, la consommation de cigarettes et le degré de dépendance tabagique sont plus élevés. L'interaction des effets pharmacologiques de la nicotine et de faibles doses d'alcool jouent un rôle important dans leur utilisation simultanée et suggèrent des rôles de renforcement et une tolérance croisée dans le développement et le maintien de la dépendance à l'alcool et à la nicotine.

Plusieurs études confortent l'existence d'une corrélation entre arrêt du tabac et abstinence à d'autres substances. À l'inverse, la poursuite du tabac est quant à elle associée à de moins bons résultats des traitements d'aide au sevrage des autres consommations. Concernant la consommation d'alcool, des études^[24] suggèrent qu'à 12 mois, les patients en sevrage alcool qui arrêtent de fumer présentent moins de risque de dépendance à l'alcool et présentent significativement plus de jours d'abstinence que les fumeurs non-abstinents.

Cannabis

Consommation de tabac et consommation de cannabis sont très fréquemment associées chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques et, plus particulièrement, de schizophrénie.

La consommation de cannabis des patients en établissement de santé mentale aggrave leur évolution^[25] : hospitalisations plus fréquentes, tentatives de suicide plus nombreuses, moindre observance thérapeutique et isolement social. La corrélation entre usage de cannabis et troubles psychotiques soulève des questionnements cliniques et thérapeutiques spécifiques. 24 % des personnes atteintes de troubles bipolaires consommeraient du cannabis^[26], consommation associée à l'usage de tabac, d'alcool et d'autres substances.

(24) Knudsen, HK, Implementation of smoking cessation treatment in substance use disorder treatment settings: a review. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2017;43:215-25.

(25) Liraud F, Verdoux H., Clinical and prognostic characteristics associated with addiction comorbidity in hospitalized psychiatric patients, *Encéphale*, 2000.

(26) Jairo Vinicius Pinto, Leonardo Simão Medeiros, Gabriel Santana da Rosa, Carlos Eduardo Santana de Oliveira, José Alexandre de Souza Crippa, Ives Cavalcante Passos, Márcia Kauer-Sant'Anna, The prevalence and clinical correlates of cannabis use and cannabis use disorder among patients with bipolar disorder: A systematic review with meta-analysis and meta-regression, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, Volume 101, juin 2019, p. 78-84. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.04.004>

Une revue de la littérature ^(27, 28) relève une prévalence de l'abus ou de la dépendance au cannabis dans les services de psychiatrie particulièrement élevée chez les patients schizophrènes, entre 13 % et 42 % sur vie entière.

Les troubles de la santé mentale sont souvent accompagnés de consommations de substances psychoactives. Il est probable que les personnes concernées adoptent ce comportement en grande partie pour le soulagement qu'elles leur procurent ou simplement la sensation d'euphorie ou l'apaisement, mais également pour se traiter. La complexité de la santé mentale ne permet pas de trouver de relations causales directes ⁽²⁹⁾.

Une revue systématique de la littérature publiée dans le *Lancet* conclut quant à elle à un manque de données scientifiques relatives à la sécurité et à l'efficacité des cannabinoïdes dans le traitement de certains troubles psychiatriques.

Le tabagisme semble accroître le risque de dépendance à d'autres substances tandis que son arrêt augmente les chances de sevrage des autres consommations. Ainsi, le sevrage tabagique est associé à une augmentation de 25 % des chances d'abstinence à long terme des autres substances.

(27) Black N, Stockings E, Campbell G, Tran LT, Zagig D, Hall WD, *et al.*, Cannabinoids for the treatment of mental disorders: a systematic review and meta-analysis, *The Lancet*, octobre 2019.

(28) Duaux E, Dervaux A, Toxicomanie et schizophrénie, Séminaire de psychiatrie biologique : hôpital Saint-Anne, 2000, 30 : 93-112.

(29) Grea, Santé mentale et cannabis : Stop à l'enfumage, 2017.

Évaluation : indicateurs d'efficacité, coût-efficacité

Ce qu'il faut **SAVOIR**

i

Distribuer les cigarettes au compte-gouttes, les allumer, gérer les conflits entre patients, les accompagner et aller les chercher dans les zones fumeuses, éliminer les déchets et odeurs liés au tabagisme : tout ce temps-là est du temps soustrait aux soins et à l'accompagnement du patient. On estime à 4 heures le temps consacré chaque jour à la gestion du tabagisme des patients en établissement de santé mentale⁽³⁰⁾. Si une politique d'accompagnement des patients vers le sevrage est mise en place dans l'établissement, ce temps clinique sera mis à profit pour encourager les patients à arrêter de fumer et les accompagner en ce sens.

Les patients hospitalisés en unité psychiatrique et soumis à l'interdiction de fumer sans proposition de prise en charge de leur dépendance, reprendront le tabac, pour 75 % d'entre eux, dès leur premier jour de sortie. La totalité redeviendra fumeuse à trois mois. Ceci n'est pas sans conséquence sur l'évolution de la maladie psychiatrique et sur l'efficacité des traitements médicamenteux mis en place : la reprise du tabac entraînera une diminution des taux plasmatiques de certains médicaments et surtout celle-ci augmentera le risque de ré-hospitalisation. On a ainsi observé que les personnes présentant des troubles schizophréniques fumeuses sont plus souvent (re)hospitalisées que les personnes non-fumeuses.

?

Ce qu'il faut **FAIRE**

Un projet bien pensé et bien planifié : formation de personnes ressources, sensibilisation et mise à niveau des connaissances de l'équipe, mise en place de protocoles de prise en charge par type de pathologie et par profil tabagique, répartition des rôles, etc., permet aux équipes qui en font l'expérience d'accorder un temps raisonnable à la question du tabac, pour chaque patient, en début d'hospitalisation et d'instaurer un traitement nicotinique de substitution d'autant plus si la personne soignée ne peut pas sortir de son unité d'hospitalisation.

(30) « Parler du tabagisme avec les patients en psychiatrie », brochure à destination des soignants et des intervenants du secteur psychiatrique, FARES, déc. 2011.



Conséquences sociales et événements indésirables liés au tabac en établissement de santé ⁽³¹⁾

LE TABAGISME AUX ENTRÉES DES BÂTIMENTS DE L'HÔPITAL

Au sein de l'hôpital, les entrées des bâtiments sont devenues des endroits où les patients et/ou les personnels se regroupent pour fumer. Les établissements ont pu installer près des portes d'entrées des éteignoirs à cigarettes qui servent de cendrier, cependant de nombreux mégots se retrouvent sur les trottoirs. Ce phénomène est une source d'insatisfaction chez de nombreux patients et visiteurs et décrédibilise l'établissement comme lieu de soins en donnant une image altérée du fait du rideau de fumée qui entoure les entrées et des déchets qui jonchent le sol.

LE TABAGISME EN BLOUSE BLANCHE

La prévalence du tabagisme chez les personnels hospitaliers est variable d'un établissement à un autre mais constitue une difficulté régulièrement énoncée dans l'organisation du temps de travail. La plupart du temps, le personnel habillé en tenue de travail se retrouve à l'extérieur pour fumer, parfois aux mêmes endroits que les patients. Des études ont montré que ces comportements avaient un impact négatif sur la qualité des soins perçue par les usagers de l'établissement.

LE RISQUE INCENDIE

À l'hôpital, un incendie peut avoir des conséquences dramatiques en raison de la présence constante de nombreuses personnes (patients, personnels et visiteurs). La cigarette peut en être à l'origine : patients qui s'endorment en fumant, mégots mal éteints, et plus rarement des actes volontaires.

TABAGISME ET FUGUES

Le tabac reste un facteur de fugue ou de sorties inappropriées, particulièrement au sein des établissements de santé mentale. Les patients peuvent quitter l'hôpital pour se réapprovisionner en ville, sans au préalable demander l'autorisation aux personnels.

HYGIÈNE ET PROPRETÉ

Au-delà de la gêne qu'il occasionne lorsqu'il se concentre à l'entrée des bâtiments, le tabagisme est souvent source d'une dégradation de la propreté générale des espaces extérieurs. Même si des cendriers sont mis à disposition des fumeurs, de très nombreux mégots sont écrasés et jetés au sol ou sur les pelouses. La gestion des cendriers et le ramassage des mégots constituent un coût non négligeable pour les établissements.

(31) « Parler du tabagisme avec les patients en psychiatrie », brochure à destination des soignants et des intervenants du secteur psychiatrique, FARES, déc. 2011.

Ce qu'il faut **SAVOIR**



Ne pas prendre en charge la dépendance tabagique expose les patients, le personnel et les visiteurs à certains risques.

Les hôpitaux et services de psychiatrie qui autorisent le tabac voient inmanquablement un phénomène de tabagisme passif s'installer. Ainsi, patients, visiteurs et personnels sont exposés plus ou moins fréquemment à la fumée environnante. Or, on sait maintenant que le **tabagisme passif** entraîne des effets sur le système cardiovasculaire, augmente les risques d'accident coronarien et de cancer du poumon. **Il n'y a pas de seuil sans risque.** Toute personne exposée à la fumée de tabac expose sa propre santé sans compter les inconvénients au niveau du confort quotidien (odeurs, irritation des yeux, du nez, de la gorge). Les appareils de ventilation, de purification d'air ou d'extraction quels qu'ils soient, ne peuvent efficacement protéger les personnes de ces différents risques.

1 | POINTS CLÉS POUR LA MISE EN PLACE DE LA POLITIQUE LIEU DE SANTÉ SANS TABAC

CAS GÉNÉRAL

- Les établissements de santé sont soumis à une interdiction totale de fumer (articles L3512-8 et R3512-2 du Code de la santé publique – CSP) (cf. infra) ;
- Les locaux pour la consommation de tabac ne sont pas autorisés au sein des établissements de santé (article R3512-3 du CSP) ;
- La signalisation officielle, définie par arrêté du ministère de la santé, doit être apposée de manière apparente dès l'entrée de l'établissement afin de rappeler cette interdiction. Elle est accompagnée d'un message sanitaire de prévention (article R3512-7 du CSP) ;
- Le non-respect des dispositions législatives et réglementaires peut avoir des conséquences pénales pour le responsable des lieux⁽³²⁾ (article R3515-3 du CSP).

CHAMBRES

- En médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), en soins de suite et de réadaptation (SSR) et en établissement de santé mentale :
 - le principe est celui de l'interdiction de fumer, les chambres étant assimilables à des lieux affectés à un usage collectif.
- En unité de soins de longue durée sanitaire (USLD) et dans les établissements médicosociaux gérés par un établissement de santé :
 - **assimilables à des espaces privés**, et donc en principe pas concernées par l'interdiction légale de fumer ; le règlement intérieur de l'établissement peut néanmoins fixer des règles encadrant la possibilité de fumer dans les chambres en long séjour⁽³³⁾ ;
 - pour se prémunir contre le risque incendie, il est recommandé d'adopter l'interdiction formelle de fumer dans les lits ;
 - fumer reste interdit dans des chambres partagées entre plusieurs patients (lieux collectifs) ;
 - le personnel peut faire valoir son droit d'alerte, puis son droit de retrait s'il estime que sa santé est mise en danger du fait d'être obligé de travailler dans un environnement enfumé.

(32) Une jurisprudence constante impose à l'employeur l'obligation de sécurité de résultat en ce qui concerne la protection contre la fumée du tabac.

(33) Circulaire du 12 décembre 2006 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements sociaux et médicosociaux assurant l'accueil et l'hébergement mentionnés aux 6°, 7°, 8° et 9° du 1 de l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles ; et Circulaire du 8 décembre 2006 relative à la mise en œuvre des conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les établissements de santé.

LIEUX EXTÉRIEURS

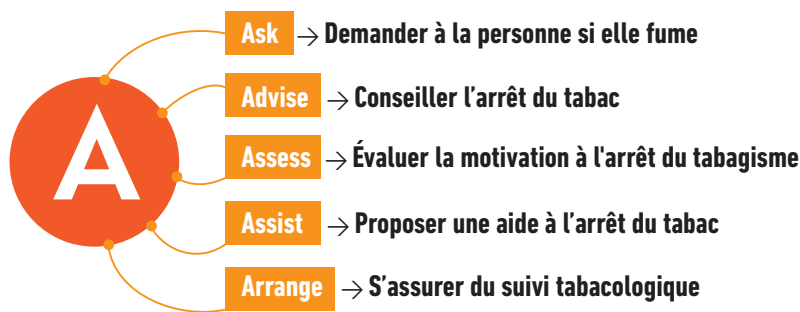
- Si l'établissement est destiné à l'accueil des mineurs (services ou hôpitaux pédiatriques, etc.), l'interdiction de fumer s'étend aussi aux espaces à l'air libre (article R3512-2 du CSP) ;
- Si l'établissement n'est pas destiné à l'accueil des mineurs, fumer n'est pas interdit par la loi à l'extérieur. Toutefois le règlement intérieur de l'établissement peut fixer des règles encadrant la possibilité de fumer à l'extérieur.

2 | POINTS CLÉS POUR LA MISE EN PLACE D'UN LIEU DE SANTÉ MENTALE SANS TABAC

- Interdire la consommation de tabac dans les lieux fermés et limiter les consommations à des zones balisées à l'extérieur (tant pour les patients que pour les personnels et les visiteurs).
- Mettre en place une signalisation claire et cohérente sur la politique en matière de gestion du tabagisme au sein du service/établissement afin qu'il n'y ait pas d'ambiguïté tant pour les patients, que pour les personnels et les visiteurs.
- Ouvrir le dialogue autour de la question du tabagisme lors de l'admission, en optant pour une approche individualisée, bienveillante et motivationnelle : évaluer systématiquement le statut tabagique des patients et leur motivation à arrêter de fumer via des outils évalués, adaptés et recommandés : *Cigarette dependence scale*, échelle de motivation, test de Fagerström, mesure du taux de monoxyde de carbone expiré, etc. ^[34].
- Proposer une démarche structurée d'aide à l'arrêt pour les patients désireux d'entamer un sevrage tabagique.
- Proposer des substituts nicotiniques à toutes les personnes fumeuses et veiller à ce que la continuité des démarches mises en place lors de l'hospitalisation soit assurée au moment de la sortie.
- Favoriser l'arrêt du tabac du personnel et sensibiliser chacun à la notion d'exemplarité au cœur de la démarche Lieu de santé sans tabac. **En cas de consommation conjointe avec les patients, il est indispensable de s'engager dans un travail de réflexion sur cette pratique et dégager des pistes alternatives rapidement.**

(34) Voir à cet égard l'expérience portée par les Services de santé mentale de Longford/Westmeath à Mullingar en Irlande qui a choisi de former ses équipes soignantes au programme « *Make every contact count* » pour développer des compétences dans l'abord des comportements de santé et comment coconstruire la santé des personnes pour elles et avec elles : <https://www.makingeverycontactcount.com/>

- Former le personnel au repérage précoce et à l'intervention brève (cf. schéma ci-dessous : Stratégie des 5 A).



En parallèle des traitements médicamenteux, un suivi rapproché est nécessaire. Une prise en charge psychothérapeutique cognitive et comportementale est recommandée. Plusieurs études suggèrent que les psychothérapies individuelles et combinées ainsi que les conseils individualisés peuvent augmenter les taux d'arrêt de manière significative chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques, y compris chez les personnes souffrant de schizophrénie. Les entretiens motivationnels sont efficaces pour **accroître la motivation à l'arrêt**, y compris chez les fumeurs qui ne présentaient a priori aucun désir de modifier leurs habitudes de consommation de tabac.

Enfin, l'existence de polyconsommations, une vulnérabilité accrue, les environnements physique, affectif, social, économique de la personne, impacteront l'arrêt du tabac et la réduction du tabagisme. Une prise en compte spécifique de ces facteurs est nécessaire dans une démarche de **promotion de la santé**.

3 | QUELQUES MESSAGES CLÉS ⁽³⁵⁾

- Les maladies associées au tabac constituent l'une des principales causes de décès chez les personnes atteintes d'une pathologie psychiatrique.
- L'environnement des personnes atteintes de pathologies psychiatriques, leurs conditions de vie, leurs fragilités économique et/ou sociale peuvent impacter l'arrêt du tabac et la réduction du tabagisme. Ce sont des vecteurs d'inégalités sociales de santé sur lesquels il faut pouvoir agir pour maximiser les chances d'un sevrage pérenne.
- La prévalence tabagique et l'intensité des consommations de tabac des personnes atteintes de pathologies psychiatriques sont associées à une mortalité précoce et accrue chez ces personnes, liée à des maladies respiratoires et cardiovasculaires.
- Les personnes fumeuses atteintes d'une pathologie psychiatrique consomment plus de tabac que les personnes fumeuses sans pathologie psychiatrique.
- Consommer du tabac augmente le risque de dépression tandis que la dépression constitue un facteur de risque de tabagisme.
- Le tabac peut être consommé chez les personnes atteintes d'une pathologie psychiatrique pour ses effets perçus d'auto-contrôle et d'autorégulation des altérations cognitives liées aux pathologies psychiatriques.
- Les personnes fumeuses atteintes de troubles psychiatriques voient leurs doses de médicaments majorées du fait de leur tabagisme car celui-ci altère le métabolisme de plusieurs substances antipsychotiques.
- Le sevrage tabagique est accessible aux personnes atteintes de pathologies psychiatriques et maximisé si l'accompagnement et la substitution proposés sont adaptés et menés dans la durée.
- Au moment de l'hospitalisation, repérer le tabagisme des patients pendant l'entretien d'entrée permet d'évaluer le degré de dépendance au tabac, la motivation à la réduction et/ou à l'arrêt, l'ambivalence et la mise en place sans délai d'un traitement nicotinique de substitution.
- Les effets du tabagisme sur la santé des personnes atteintes d'un trouble psychiatrique justifient et nécessitent un accompagnement coordonné par le personnel soignant (psychiatre, IDE, tabacologue, addictologue, psychologue, éducateur, kinésithérapeute, etc.). À cet effet, des recommandations de délivrance de traitements de substitution doivent être mis à disposition des équipes soignantes et éducatives.

(35) Formulés à partir des 20 recommandations formalisées par la conférence d'experts de l'OFT « Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques », janvier 2009.

- Comme en population générale, les traitements nicotiniques de substitution sont bien tolérés, réduisent l'envie de fumer ainsi que les symptômes de sevrage et augmentent les tentatives d'arrêt du tabac. Il ne faut pas craindre une substitution sur le long terme pour maximiser la pérennisation de l'arrêt du tabac.
- Le recours au vaporisateur personnel constitue un outil de réduction des risques que l'équipe doit être en capacité d'expliquer comme tel et d'accompagner dans une démarche de sevrage tabagique.
- Comme en population générale, la varénicline⁽³⁶⁾ constitue un traitement pharmacologique efficace de deuxième intention pour les personnes fumeuses atteintes de troubles psychiatriques qui souhaitent arrêter de fumer.
- Le bupropion est contre-indiqué chez les personnes atteintes de troubles bipolaires, de dépendance à l'alcool, d'anorexie et chez les personnes utilisant des médicaments épiléptogènes.

(36) Evaluating Adverse Events in a Global Smoking Cessation Study – The Lancet volume 387, N°10037, p. 2507-2520, 18 Juin 2016.

4 | CAS CLINIQUES

Mme H., 29 ans, adressée à la maternité vers la consultation de psychiatrie par la sage-femme tabacologue. Actuellement en démarche de fécondation *in vitro* (FIV), un arrêt du tabac lui a été recommandé. On note aussi de nombreuses tentatives d'arrêts avec prise de poids, antécédent de compulsions alimentaires sur fond de cyclothymie.

Un encouragement à l'arrêt du tabac est proposé avec présentation des stratégies d'aides à l'arrêt possibles : proposition d'un accompagnement pluridisciplinaire avec diététicien, tabacologue, équipe de psychiatrie pour traitement des comorbidités psychiatriques. Une thérapie cognitivo-comportementale sera instaurée afin de traiter les distorsions cognitives. Compte tenu de la crainte associée à une prise de poids issue d'un arrêt du tabac, la maîtrise du poids doit être une composante majeure du programme tabagique (contrôler poids et IMC). Dans ce contexte, une substitution nicotinique est prescrite pour pallier le manque de nicotine et limiter l'ouverture de l'appétit et les fringales afin de maîtriser au mieux les prises compulsives alimentaires.

Mme J., 58 ans, a arrêté de fumer pendant 7 mois avec un sevrage mis en place à sa demande lors d'une hospitalisation en établissement de santé mentale. Elle a bénéficié d'un accompagnement en consultation de tabacologie pendant 4 mois, avec une consultation tous les 15 jours puis mensuellement associée à l'utilisation de patchs, substituts oraux et a souhaité maximiser ses chances d'arrêt avec une vapoteuse. Pendant son hospitalisation, elle avait bénéficié d'un bilan somatique de son tabagisme, d'un bilan cardio-pulmonaire et biologique, qui a révélé une broncho pneumopathie chronique obstructive avec emphysème débutant.

4 ans plus tard, à l'occasion d'un épisode de transition de vie, sa retraite, elle reprend le tabac. Un suivi ambulatoire addictologique et psychiatrique lui est alors proposé pour l'accompagner dans cette période qu'elle ressent comme anxiogène. Une substitution nicotinique lui est à nouveau proposée avec 2 patchs par jour. Elle fume aujourd'hui 2 à 3 cigarettes tout en utilisant sa vapoteuse. La posologie de son traitement antipsychotique a été ré-augmentée en conséquence.

M. D., 35 ans, souffre de troubles bipolaires depuis 10 ans. Il a fait une tentative de suicide à 30 ans lors d'un accès maniaque. Il fume 40 cigarettes/jour depuis l'âge de 20 ans. Il n'a jamais essayé d'arrêter de fumer. Test de Fagerström = 10, CDS = 47. Sa dépendance psychologique est forte. Il ressent le plaisir du geste, pense mieux gérer son stress avec la cigarette.

M. R., 40 ans, est sans profession. Il souffre de schizophrénie depuis 10 ans. Il est actuellement suivi en hôpital de jour pour équilibrer son traitement. Il fume 60 cigarettes/jour depuis ses 17 ans. Test de Fagerström = 10, CDS = 45, Q-mat = 14. Il a déjà tenté 4 fois d'arrêter de fumer seul sans substitution nicotinique associées à une reprise rapide en quelques jours. Il veut arrêter de fumer. Ses motivations sont la santé et l'argent. Sa crainte principale est la rechute du fait d'angoisses trop fortes.

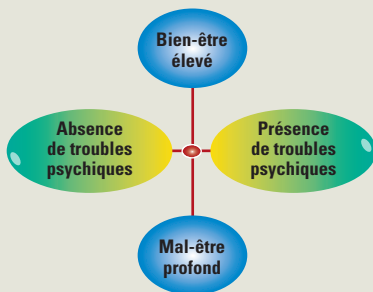
Quelle conduite tenir dans ces situations ?

- Évaluez le niveau de dépendance physique.
- Évaluez le niveau de dépendance psychologique et comportementale.
- Évaluez la motivation à l'arrêt et la confiance en soi.
- Définissez les objectifs : « Je vous propose de réfléchir avec vous des objectifs que vous pourriez fixer et des différentes aides qui existent afin de protéger votre santé ».
- Présentez les différentes stratégies d'arrêt et/ou de réduction de la consommation : proposez un traitement nicotinique de substitution, informez sur les alternatives au tabac fumé et les autres aides mises à disposition (Tabac info service, Stop-tabac) ; donnez des conseils hygiéno-diététiques.
- Accompagnez vers l'arrêt et/ou la réduction de la consommation en définissant les stratégies spécifiques adaptées par la personne (exemple : quantifier les cigarettes fumées), les manières de suivre la progression (carnet de bord, calendrier) et de faire face aux situations à haut risque (exemple : quand l'entourage fume, quand une situation perçue comme angoissante est à prévoir...).



À propos du concept de santé mentale

La santé mentale est une composante de la santé de chacun d'entre nous. Nous avons tous une santé mentale qui varie tout au long de la vie. Ses déterminants sont individuels, sociaux et environnementaux. On peut éprouver un bien-être élevé et vivre avec des troubles psychiques comme on peut éprouver un mal-être profond sans souffrir de troubles psychiques.



Source : *Psychom* d'après Keyes (2002)

5 | LES OUTILS DU RESPADD

TEST DE FAGERSTRÖM SIMPLIFIÉ

Le test de Fagerström permet l'évaluation de la dépendance du sujet à la cigarette et de définir l'intensité de cette dépendance.

Test initialement en 6 questions, il existe une version simplifiée en 2 questions, aisément utilisable sans support au lit du patient. Le test de Fagerström donne une classification qui va de l'absence de dépendance à une dépendance forte.

TEST DE FAGERSTRÖM SIMPLIFIÉ EN DEUX QUESTIONS

1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

10 ou moins0

11 à 201

21 à 302

31 ou plus3

2. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Moins de 5 minutes3

6 à 30 minutes2

31 à 60 minutes1

Après plus d'1 heure0

Interprétation des résultats :

- 0-1 : pas de dépendance
- 2-3 : dépendance modérée
- 4-5-6 : dépendance forte

CIGARETTE DEPENDENCE SCALE

Points

IMPORTANT

Veuillez répondre à toutes les questions

Indiquez par un chiffre entre 0 et 100 quel est votre degré de dépendance des cigarettes : 0 = je ne suis absolument pas dépendant(e) des cigarettes 100 = je suis extrêmement dépendant(e) des cigarettes	0-20	1	...
	21-40	2	
	41-60	3	
	61-80	4	
	81-100	5	
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	0-5 cig/jour	1	...
	6-10	2	
	11-20	3	
	21-29	4	
	30 et +	5	
D'habitude, combien de temps (en minutes) après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	0-5 min	5	...
	6-15	4	
	16-30	3	
	31-60	2	
	61 et +	1	
Pour vous, arrêter définitivement de fumer serait :	Impossible	5	...
	Très difficile	4	
	Plutôt difficile	3	
	Plutôt facile	2	
	Très facile	1	
			SOUS-TOTAL 1 (ST1) ...

Veuillez indiquer si vous êtes d'accord avec les affirmations suivantes :

Après quelques heures passées sans fumer, je ressens le besoin irrésistible de fumer.	Pas du tout d'accord	1	...
	Plutôt pas d'accord	2	
	Plus ou moins d'accord	3	
	Plutôt d'accord	4	
	Tout à fait d'accord	5	
Je suis stressé(e) à l'idée de manquer de cigarettes.	Pas du tout d'accord	1	...
	Plutôt pas d'accord	2	
	Plus ou moins d'accord	3	
	Plutôt d'accord	4	
	Tout à fait d'accord	5	
Avant de sortir, je m'assure toujours que j'ai des cigarettes sur moi.	Pas du tout d'accord	1	...
	Plutôt pas d'accord	2	
	Plus ou moins d'accord	3	
	Plutôt d'accord	4	
	Tout à fait d'accord	5	
			SOUS-TOTAL 2 (ST2) ...

Veillez indiquer si vous êtes d'accord avec les affirmations suivantes :

Je suis prisonnier(ère) des cigarettes.	Pas du tout d'accord	1	...
	Plutôt pas d'accord	2	
	Plus ou moins d'accord	3	
	Plutôt d'accord	4	
	Tout à fait d'accord	5	
Je fume trop.	Pas du tout d'accord	1	...
	Plutôt pas d'accord	2	
	Plus ou moins d'accord	3	
	Plutôt d'accord	4	
	Tout à fait d'accord	5	
Il m'arrive de tout laisser tomber pour aller chercher des cigarettes.	Pas du tout d'accord	1	...
	Plutôt pas d'accord	2	
	Plus ou moins d'accord	3	
	Plutôt d'accord	4	
	Tout à fait d'accord	5	
Je fume tout le temps.	Pas du tout d'accord	1	...
	Plutôt pas d'accord	2	
	Plus ou moins d'accord	3	
	Plutôt d'accord	4	
	Tout à fait d'accord	5	
Je fume malgré les risques que cela entraîne pour ma santé.	Pas du tout d'accord	1	...
	Plutôt pas d'accord	2	
	Plus ou moins d'accord	3	
	Plutôt d'accord	4	
	Tout à fait d'accord	5	

SOUS-TOTAL 3 (ST3)

...

Total des points des 12 rubriques

ST1 + ST2 + ST3 =

Interprétation des résultats

Jusqu'à 24 points

Dépendance modérée

Entre 25 et 44 points

Dépendance intermédiaire

45 points et plus

Dépendance forte

TEST Q-MAT

Le Q-Mat est un auto-questionnaire simple qui permet d'évaluer rapidement la motivation du fumeur à arrêter sa consommation de tabac. Un score inférieur à 6 indique une motivation insuffisante (faibles chances de réussite du sevrage), de 7 à 12 une motivation moyenne et au-dessus de 12 une bonne ou très bonne motivation.

▶ 1. PENSEZ-VOUS QUE DANS 6 MOIS

Vous fumerez toujours ?	0
Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarette ?	2
Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarette ?	4
Vous aurez arrêté de fumer ?	8

▶ 2. AVEZ-VOUS ACTUELLEMENT ENVIE D'ARRÊTER DE FUMER ?

Pas du tout	0
Un peu	1
Beaucoup	2
Enormément	3

▶ 3. PENSEZ-VOUS QUE DANS 4 SEMAINES

Vous fumerez toujours ?	0
Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarette ?	2
Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarette ?	4
Vous aurez arrêté de fumer ?	6

▶ 4. VOUS ARRIVE-T-IL DE NE PAS ÊTRE CONTENT(E) DE FUMER ?

Jamais	0
Quelque fois	1
Souvent	2
Très souvent	3

INTERPRÉTATION : motivation à réussir le sevrage tabagique

- ▶ Moins de 6 points ▶ Motivation insuffisante
- ▶ 6 à 12 points ▶ Motivation moyenne
- ▶ Plus de 12 points ▶ Bonne ou très bonne motivation

LE JOURNAL DES CONSOMMATIONS DÉCLARÉES DU FUMEUR

1. Imprimer le journal
2. Le conserver avec soi
3. À chaque cigarette, le remplir
4. Le soir, le relire et faire le point
5. Recommencer le lendemain et pendant plusieurs jours

Cigarette n°	Heure	Lieu, activité, personnes présentes	Humeur ou raison*	Comment renoncer à cette cigarette	Importance de la cigarette**
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

* *Humeur : neutre, inquiet(ète), stressé(e), en colère, déprimé(e), détendu(e), fatigué(e), s'ennuie.*

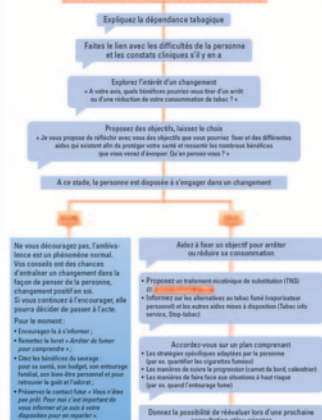
** *très importante, importante, pas très importante.*

AFFICHE « REPÉRER LA CONSOMMATION DE TABAC ET ADAPTER SON INTERVENTION »

Repérer la consommation de tabac et adapter son intervention



ÉTAPE 3. ÉVALUER UNE INTERVENTION EN COURS



ÉTAPE 4. AU COURS DE LA SUITE, ADAPTER SON INTERVENTION



100 - devant une situation difficile ou face d'une reprise importante de la consommation, orienter la personne vers un professionnel d'aide au sevrage (tabacologue/psychologue, ELIA, CSAPA) ou réflexions, si vous êtes médecin, à l'utilisation d'un substitut d'aide à l'arrêt de consommation (nicotine patch ou légalisé)

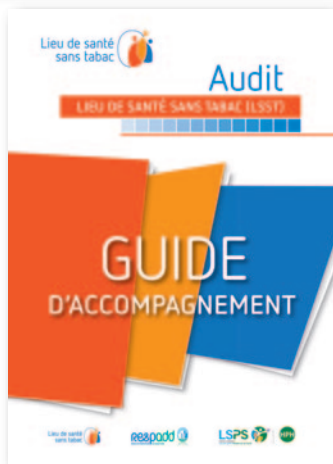
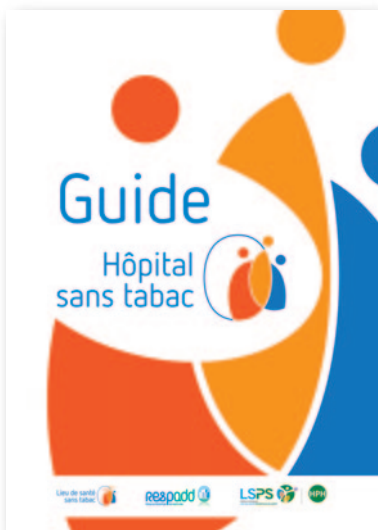
- CHECK LIST EN 10 POINTS**
- Renforcez les scores des tests de repêrage
 - Expliquez la dépendance tabagique
 - Recherchez l'arrêt pour la forme de l'arrêt et de la réduction de la consommation
 - Expliquez les méthodes utilisables pour arrêter et/ou réduire sa consommation
 - Proposez des objectifs, laissez le choix
 - Demandez la possibilité de réévaluer lors d'une prochaine consultation et/ou orienter
 - Renforcez la documentation

Nombre de cigarettes/jour	NOMBRE DE CIGARETTES PAR JOUR (Moyenne de 10 jours consécutifs)			
	≤ 10 sigs	11-20 sigs	21-30 sigs	≥ 30 sigs
Dosage en nicotine sur le base de 1 cigarette	7 ou 10 mg /10	21 ou 10	21 + 10 ou 20	21 + 21 ou 15 + 10
Dosage en tartrazine sur le base de 1 cigarette	170	170	170	170

Protocoles des TMS selon le nombre de cigarettes fumées.

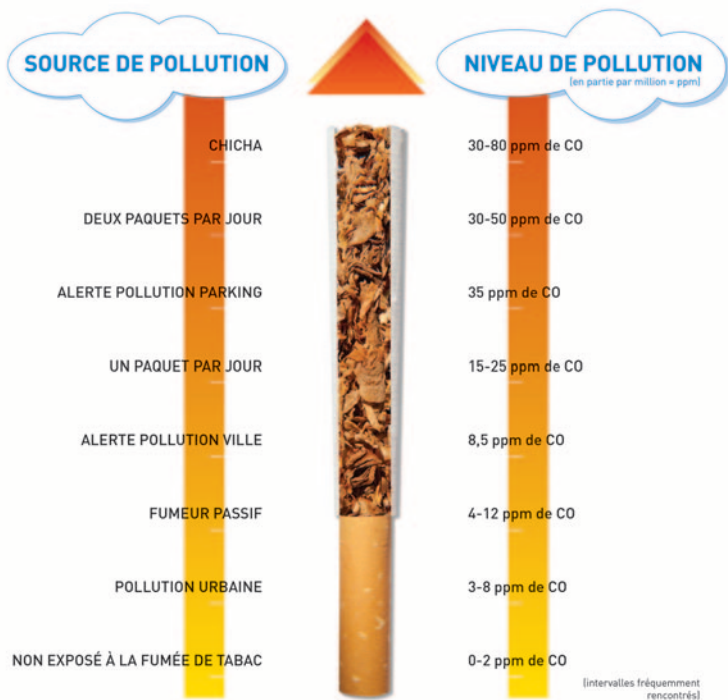


LES OUTILS DU RESPADD CONCERNANT LA DÉMARCHE LIEU DE SANTÉ SANS TABAC



ENVIRONNEMENT SANS TABAC

⊖ La mesure du monoxyde de carbone (CO) expiré témoigne de la pollution de l'organisme par la fumée du tabac.

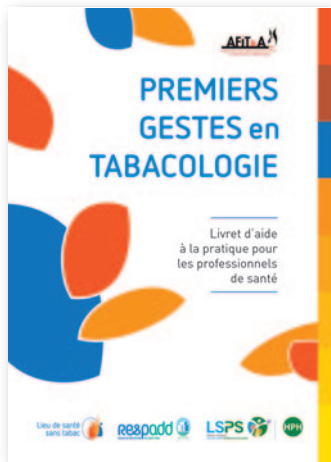


Cigarette industrielle, pipe, cigarette roulée, chicha, cigare, ...
La forme n'y change rien : LE TABAC EST TOXIQUE POUR LE FUMEUR ET CEUX QUI L'ENTOURENT.

RÉGLETTE DE MOTIVATION À L'ARRÊT DU TABAC



Stickers



6 | POUR ALLER PLUS LOIN

- McNeill A, Brose LS, Calder R, Bauld L, and Robson D. Vaping in England: an evidence update including mental health and pregnancy March 2020. A report commissioned by Public Health England. London: Public Health England.
- Public Health England. Vaping in England: an evidence update. 2019.
- Public Health England. Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products. 2018.
- ASH. Use of e-cigarettes (vaporisers) among adults in Great Britain. 2019.
- Hajek P, *et al.* A Randomized Trial of E-Cigarettes versus Nicotine-Replacement Therapy. *The New England Journal of Medicine.* 2019; 380:629-37.
- Hickling LM, *et al.* A pre-post pilot study of electronic cigarettes to reduce smoking in people with severe mental illness. *Psychological Medicine.* 2019; 49(6):1033-40.
- Making the Switch' – short films for smokers considering a move to vaping developed by the New Nicotine Alliance and the NCSCT.
- NCSCT. Smoking Cessation and Mental Health: A briefing for front-line staff.
- Public Health England and the Care Quality Commission (CQC). Brief guide: Smokefree policies in mental health inpatient services.
- NCSCT Guidance Smoking cessation and smokefree policies: Good practice for mental health services (2018).
- Mental Health and Smoking Partnership's Statement on Electronic Cigarettes, 2017.

Références tableau interactions pharmacologiques (p. 18)

- Royal College of Psychiatrists. Pharmacy Guidance on Smoking and Mental Disorders. 2017.
- NCSCT. Smoking Cessation and Mental Health: a briefing for front-line staff. 2014.
- Louis Léonard, Mohamed Ben Amar. Les psychotropes, pharmacologie et toxicomanie. p.531-565.
- John C.M. Brust. Aspects neurologiques de l'addiction. 2^e ed. p. 519-550.

Références Point info Les vaporisateurs personnels (p. 21)

- Royal College of Physicians. Nicotine without smoke: tobacco harm reduction. 2016.
- NICE. Smoking: harm reduction: Public health guideline [PH45]. June 2013.
- U.S. Department of Health and Human Service. The Health Consequences of Smoking – 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.

■

■

■

■

■

■

■

■

■

■

■

■

■

■

■

■

■

■

■

■

■

■



RESPADD

Réseau des Etablissements de Santé
pour la Prévention des Addictions

contact@respadd.org

www.respadd.org

Lieu de santé
sans tabac

