

La femme enceinte fumeuse

Femmes et addictions dans la littérature internationale

- En France, on dispose de peu de données sur les conduites addictives féminines (qu'il s'agisse de tabac, OH, ou produits illicites, jeu, achats, TCA, sexualité...) hormis celles concernant la prévalence des consommations de produits issues d'enquêtes en population générale ou auprès des adolescents

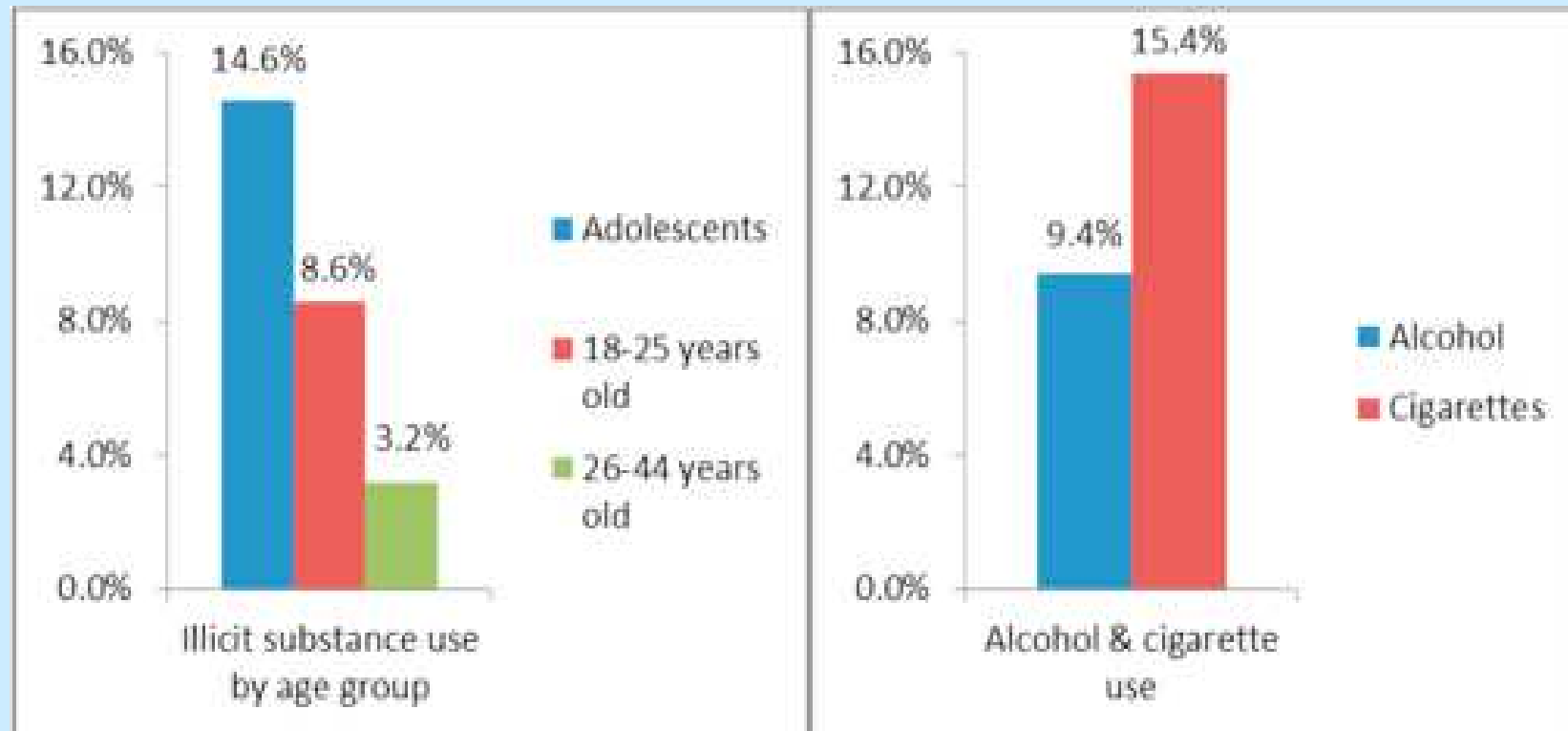
Beck, 2007 baromètre santé;

Beck, 2006 OFDT

- On estime, en France, que pendant leur grossesse
 - 20 à 30% des F consomment du tabac,
 - 3 à 10% du cannabis,
 - 0,5 à 3% de la cocaïne,
 - 15% de l'alcool

Lamy S, 2010

Prevalence of Illicit Substance, Cigarette, and Alcohol Use in Pregnant Women.



Substance Abuse and Mental Health Services
Administration

Results from the 2013 National Survey on Drug Use
and Health: Summary of National Findings, NSDUH
Series H-48, HHS Publication No. (SMA) 14-4863
Substance Abuse and Mental Health Services
Administration, Rockville, MD (2014)

TABAC ET GROSSESSE

35% des femmes de 18 à 35 ans sont fumeuses de tabac

Parmi cette population , **29,9 % des femmes stoppent leur consommation avant la grossesse.**

70,1 % sont fumeuses de tabac en début de grossesse.

21,8 % continuent de fumer en fin de grossesse en 2004

Chute notable depuis puisque 17,1% en 2010

Femmes significativement + jeunes et + défavorisées par rapport aux non fumeuses

Les femmes enceintes fumeuses semblent réduire leur consommation de cigarettes : 8,3 cigarettes par jour pour les fumeuses régulières enceintes

Source : *Enquête nationale périnatale de 2003*

LE CO : monoxyde de carbone

- Gaz toxique issu de toute combustion, responsable de l'hypoxie
- $\text{Co} + \text{Hb}$ forme la carboxyhémoglobine (COHb) qui va diminuer la capacité du sang à véhiculer l'O₂
- L'affinité du CO avec Hb est 200 fois plus élevée que O₂
- Demi vie HbCO est de 6 heures
- Quantité de CO inhalée est fonction de l'intensité de l'inspiration sur la cigarette, déterminée elle-même par le besoin de nicotine

■ % élevé d'HbCO favorise ou aggrave une hypoxie niveau cerveau fœtal et augmente pendant les contractions ; risque d'altération de rythme pendant accouchement

Michel DELCROIX 1, Conchita GOMEZ : ÉVALUATION OBJECTIVE DES EFFETS DU TABAGISME PAR LA MESURE DU MONOXYDE DE CARBONE EXPIRÉ.

RÉSULTATS DE 13 330 MESURES LORS DE L'ACCOUCHEMENT 2005

Taux de monoxyde de carbone (CO) expiré maternel (ppm)	0à 5 N = 8317	6 à10 N= 1424	11 à 20 N=2316	>20 N=1273	
Age gestationnel (SA)	39,9+/-0,03	39,4+/-0,15	38,6+/-0,36	38,5+/-0,13	<0,001
Rythme Cardiaque Foetal (RCF) [Nombre et % des RCF anormaux (%)]	1338 16,1 %	505 35,5%	1507 65,1	804 63,2%	<0,001

CONSEQUENCES du CO CHEZ LA FEMME ENCEINTE

- Le CO passe la barrière placentaire, se fixe sur Hb fœtale
- Diminution de la quantité d'O₂ disponible
- Diminution de la pression partielle d'O₂ chez le fœtus et **hypoxie tissulaire chronique**
- Taux HbCO > 10 à 15% chez le fœtus
- Pas d'augmentation compensatoire des GR et Hb et Hte

Les autres produits

Les toxicités des métaux lourds et des cyanates sont mises en évidence en expérimentation animale

- Le chlorure de nickel entraîne des cardiomyopathies et des lésions mitochondriales.
- Le chlorure de cadmium a un impact néfaste sur les mitochondries, les endothéliums : il est responsable de retard de croissance par lésions placentaires.
- Un déficit en zinc (constituant de nombreux enzymes) est dû à la compétitivité zinc-cadmium au niveau placentaire.
- Déficit en B12 et risques d'hypothyroïdie fœtale due au thiocyanate.

CONSÉQUENCES DU TABAGISME

- Sur le déroulement de la grossesse
- Sur le développement foetal
- Sur le nouveau né

TABAGISME ET GROSSESSE

effets dose

- **GEU**
- **FCS**
- **Métrorragies**
- **Insertion basse du placenta**
- **Accouchement prématuré**
- **Hypertension artérielle gravidique**
- **HRP**

CONSEQUENCES FOETALES

RCIU (*risque relatif fumeuses/ non fumeuses 2 à 3*) Relation dose effet :

1 cigarette/j entraîne une diminution 10 à 20 g sur le poids final

Moins de 5 cigarettes /j : diminution d'environ 100 g sur le poids final

Plus de 20 cigarettes /j : diminution de 458 g

Consommation de tabac : diminution en moyenne 150 à 300 g sur le poids final

Tabagisme passif : diminution 100 g sur le poids final

La croissance post-natale des enfants ne semble pas affectée par le tabagisme maternel en cours de grossesse.

- **Mort foetale in utero**
- **Teratogene (fente labiopalatine/craniostenose)**

Michel DELCROIX 1, Conchita GOMEZ : ÉVALUATION OBJECTIVE DES EFFETS DU TABAGISME PAR LA MESURE DU MONOXYDE DE CARBONE EXPIRÉ.

RÉSULTATS DE 13 330 MESURES LORS DE L'ACCOUCHEMENT

Taux de monoxyde de carbone (CO) expiré maternel (ppm)	0à 5 N = 8317	6 à10 N= 1424	11 à 20 N=2316	>20 N=1273	
Age gestationnel (SA)	39,9+/-0,03	39,4+/-0,15	38,6+/-0,36	38,5+/-0,13	<0,001
Poids de naissance (g)	3580+/- 180	3230+/-390	3030+/-320	2890+/-433	<00001
Périmètre crânien (cm)	39,9+/-0,03	39,4+/-0,15	38,6+/-0,36	38,3+/-0,13	<0,001

réduction périmètre crânien corrélé au tabagisme maternel

Surtout si réduction $\geq 15-20$ mm

- Réduction du poids du cerveau
- Réduction de l'épaisseur du cortex
- Retard de la maturation du cerveau
- Troubles du fonctionnement des systèmes neurotransmetteurs
- Modification développement des faisceaux neuronaux

**Toxicité nicotine sur le développement du
cerveau fœtal est reconnue**

Conséquences chez le nouveau né

- **-mort subite du nourrisson** (4%)
- **cancer de l'enfant** *risque relatif fumeuses/ non fumeuses* 0,67 à 2,47 (tumeur cérébrale, leucémies, lymphomes)
- **complications respiratoires et ORL**
otites récidivantes: 48% / familles non fumeuses
bronchiolites, et bronchites: 72% / familles non fumeuses
crise d'asthme augmente en fréquence
- **troubles du comportement** avec *risque relatif fumeuses/ non fumeuses* plus élevé s'il y a eu une exposition anté et post natale)
il y a davantage de troubles de la mémoire, du raisonnement, de l'abstraction (mathématiques). difficultés dans l'apprentissage
(Larroque J Gyn Obst Biol Reprod 2003)

Tabac et allaitement maternel

- Tous les produits du tabac passent dans le lait
- Diminution de la lactation chez femmes fumeuses (690ml chez mère fumeuse / 960 ml mère non fumeuse)
- Le tabagisme est un facteur important pour les femmes de ne pas allaiter, est corrélé avec un allaitement plus court
- Les bénéfices de l'allaitement en terme de prévention de risques de maladies respiratoires , allergiques ou gastro-intestinales sont présents
- Il convient de conseiller de respecter un intervalle de temps après la dernière cigarette et la tétée et d'éviter l'exposition au tabagisme passif

Prévention et prise en charge pendant la grossesse

- REPERER
- DIAGNOSTIQUER
- INFORMER
- ORIENTER vers la CS spécialisée de sevrage

Prise en charge du tabagisme chez la femme enceinte

- C'est une urgence thérapeutique
 - La proposition d'aide doit être faite le + tôt possible
 - Si possible au sein de la maternité
 - Recherche d'autres co-consommations (urgence++)
- La prise en charge du sevrage tabagique
 - Explications sur les enjeux de l'arrêt, les bénéfices et les modalités
 - Il doit s'étendre jusqu'à la période du post partum (fréquentes reprises à l'accouchement)
 - Mesures préventives: information sur le tabagisme passif, encourager l'allaitement, PEC du conjoint, repérage comorbidités psychiatriques

REPERAGE DU STATUT TABAGIQUE

- Interrogatoire systématique et précoce
 - La patiente fume t elle du tabac ?
 - La patiente est elle exposée au tabagisme passif ?
- Nombre de cigarettes consommées **AVANT** la grossesse
- Nombre de cigarettes consommées **PENDANT** la grossesse (surexploitation)
- Mesure du CO expiré = **démarche de sensibilisation**
- **Prévention du tabagisme passif**
 - tabagisme du conjoint
 - Tabac en voiture et dans les maisons

INFORMATION

- Par le **conseil minimal** et non en détaillant les risques

Il faut insister au contraire sur la possibilité qu'à cette femme d'augmenter les chances de bonne santé de son enfant en cessant sa consommation

- But :démarche rapide et efficace qui encourage les tentatives arrêt et soutient la patiente dans sa démarche
- À répéter lors du suivi de la grossesse
- Démontre l'importance accordée à ce facteur de risque
- Éviter les conseils trop rapides : le mythe des « 5 cigarettes »

ORIENTATION

Consultation tabac

CS spécialisée adaptée au besoin spécifique de la patiente

- État décisionnel (influences extérieures. Contrôle personnel)
- permet un bilan des dépendances
- Renforcer la motivation à l'arrêt et transformer la motivation « bébé » en motivation plus personnelle
- Evaluer les co-morbidités psychiatriques
- Recherche et prise en charge des autres addictions
- Evaluer la prise en compte de la situation sociale de la femme (isolement social et/ou affectif)
- Prescrire si besoin des substituts à la nicotine

Renforcer la motivation à l'arrêt

BDN2003-17PEC-051

Déculpabiliser

- Il est important de dire à la femme enceinte fumeuse qu'elle n'est pas coupable d'un manque de volonté mais victime de sa dépendance
- Une manière efficace d'obtenir un changement de comportement
- Dédramatiser la situation : les femmes enceintes fumeuses en grande majorité se sentent culpabilisées et mises en accusation par leur entourage
- Établir la confiance
- Instaurer le dialogue pour une prise de conscience d'une modification possible des habitudes ou rituels tabagiques

Renforcer la motivation à l'arrêt

BUTS : amener notre patiente

- à parler de sa vision du problème
- à prendre des décisions
- Perception des avantages et des inconvénients
 - à continuer de fumer
 - à arrêter de fumer
- à explorer et résoudre sa confiance en ses capacités à réussir
- à anticiper les résultats
- à anticiper l'influence de l'environnement de la patiente
(mère ,conjoint)

Conférence consensus tabac et grossesse 2005

Le message à délivrer par les professionnels de santé est celui d'un arrêt complet du tabac. Ce message doit être clair et univoque. Il est indispensable de ne pas culpabiliser les femmes, même si elles présentent des difficultés à arrêter ou si elles poursuivent leur tabagisme.

la forme de substitution nicotinique prescrite doit être personnalisée. Si une femme enceinte présente des nausées ou des vomissements, le timbre transdermique semble plus approprié que les formes orales ;

la dose de nicotine et sa répartition sur le nycthémère doivent être suffisantes pour obtenir et maintenir un arrêt complet du tabac. Si ce dosage confirmait son utilité, l'ajustement posologique pourrait être optimisé par le dosage de la cotinine plasmatique, urinaire ou salivaire ;

LES MODALITES DU SEVRAGE SONT MIEUX DEFINIES

- Conférence de consensus "Grossesse et tabac" (LILLE 2004)
- Hiérarchisation et personnalisation de l'intervention
 - Conseil minimal simple ou renforcé (mesure COE)
 - Réunions de groupe en milieu obstétrical (sages femmes)
 - Concept des 6A (Ask, Advice, Assess, Assist, Arrange, Anticipate post partum relapse)
 - Intervention tabacologique spécialisée
 - ☞ enfant précieux-grossesse à risque
 - ☞ échec des interventions précédentes
 - ☞ sévérité de la dépendance et consommation
 - fagerström ≥ 7
 - consommation ≥ 20 cigarettes/jour
 - troubles anxio-dépressifs et/ou antécédents
 - coaddiction (cannabis, alcool)
 - contexte environnemental défavorable
 - maturation, motivation, confiance en soi faibles

Les méthodes de sevrage tabagique chez femmes enceintes

- **Substitution nicotinique autorisée** pendant la grossesse et l'allaitement si la patiente est dépendante; efficacité démontrée
- Diminution du craving (envie) et du syndrome de manque
- Réduit l'effet de récompense du tabagisme
- Les taux plasmatiques de nicotine observés avec les substituts nicotiniques sont 2-3 fois plus bas que ceux obtenus lors de tabagisme actif
- Homéopathie et acuponcture, méthodes non validées
- ZYBAN , CHAMPIX : contre indication

En pratique

- Réduction des risques obstétricaux si taux de CO faible (Seybold DJ et al. 2012)
- Le but est de réduire l'intoxication au CO.
- Mise en place de la substit. Nicotin.
 - À dose adaptée jusqu'à suppression de l'envie de fumer.
- Mais aussi: d'orienter vers un sevrage définitif et le + tôt possible ds la vie de la patiente.

- **DISCUSSION**

- La SN pendant la grossesse doit actuellement s'envisager après échec d'une prise en charge thérapeutique de type cognitivo-comportementale.
- Le traitement par SN s'appuie sur 2 arguments principaux :
 - * le risque majeur lié au tabagisme (RCIV) s'observe lors d'une imprégnation tabagique au 3^{ème} trimestre de grossesse d'où la nécessité d'une intervention d'aide à l'arrêt précoce et interruption souhaitable de la SN au 3^{ème} trimestre
 - * la nicotine (SN) est beaucoup moins toxique que celle de la fumée de tabac (pas associée au CO et autres toxiques) le dosage de la cotininémie/urie permet de fixer et adapter la posologie en SN.
- Actuellement l'usage de SN dans une perspective de réduction de consommation de tabac au cours de la grossesse ne fait pas l'objet d'une recommandation (conférence de consensus « grossesse et tabac » 2004, AFSSAPS 2003).
- Des études sont nécessaires pour évaluer l'efficacité et l'innocuité d'une telle option séduisante et possible réponse à une problématique fréquente, de fait déjà largement utilisée en pratique.

Decembre 2015

Guidelines for the Management of Pregnant Women With Substance Use Disorders



Addictions et Troubles Psychiatriques. Et pendant la grossesse?

- Comorbidité très fréquente
- Pas de raison qu'il y ait moins de comorbidité psychiatrique chez les fumeuses enceintes.
- Une femme enceinte qui poursuit son tabagisme = sevrage complexe
 - « heavy chronic smokers »??
 - Et c'est une urgence thérapeutique

Persistance du tabagisme pendant la grossesse et troubles psychiatriques

- 4 diagnostics psychiatriques sont prévalents si persistance tabagisme pendant la grossesse
 - Trouble anxieux généralisé
 - Épisode dépressif du trouble bipolaire
 - Abus de substance
 - TDHA (déficit de l'attention/hyperactivité)

Flick LH, 2006

Évaluer les co-morbidités psychiatriques

- Le sevrage tabagique peut être responsable de l'apparition d'un Sd dépressif

- Les femmes enceintes fumeuses avec ATCD de dépression ont plus de risque de présenter un Sd dépressif **vigilance +++**

- Les femmes enceintes présentant des pathologies psychiatriques sont plus souvent fumeuses **vigilance +++**

prise en charge préalable au sevrage

- **Partenariat avec le Réseau de soins**

Recherche et prise en charge des co-addictions

- Faire une priorité en fonction de la dangerosité du produit
- Un sevrage de l'un des produits peut parfois entraîner une augmentation de la consommation d'un autre ou d'autres ou la reprise d'un produit bien plus préjudiciable au fœtus
- **Partenariat avec le service ou réseau de soins**
- **Avis psychiatrique et/ou addictologue**

Craving and Withdrawal Symptoms During Smoking Cessation: Comparison of Pregnant and Non-Pregnant Smokers

[Ivan Berlin](#), M.D., Ph

- Les F enceintes souffrent + du manque et ont un craving + fort/ F non enceintes



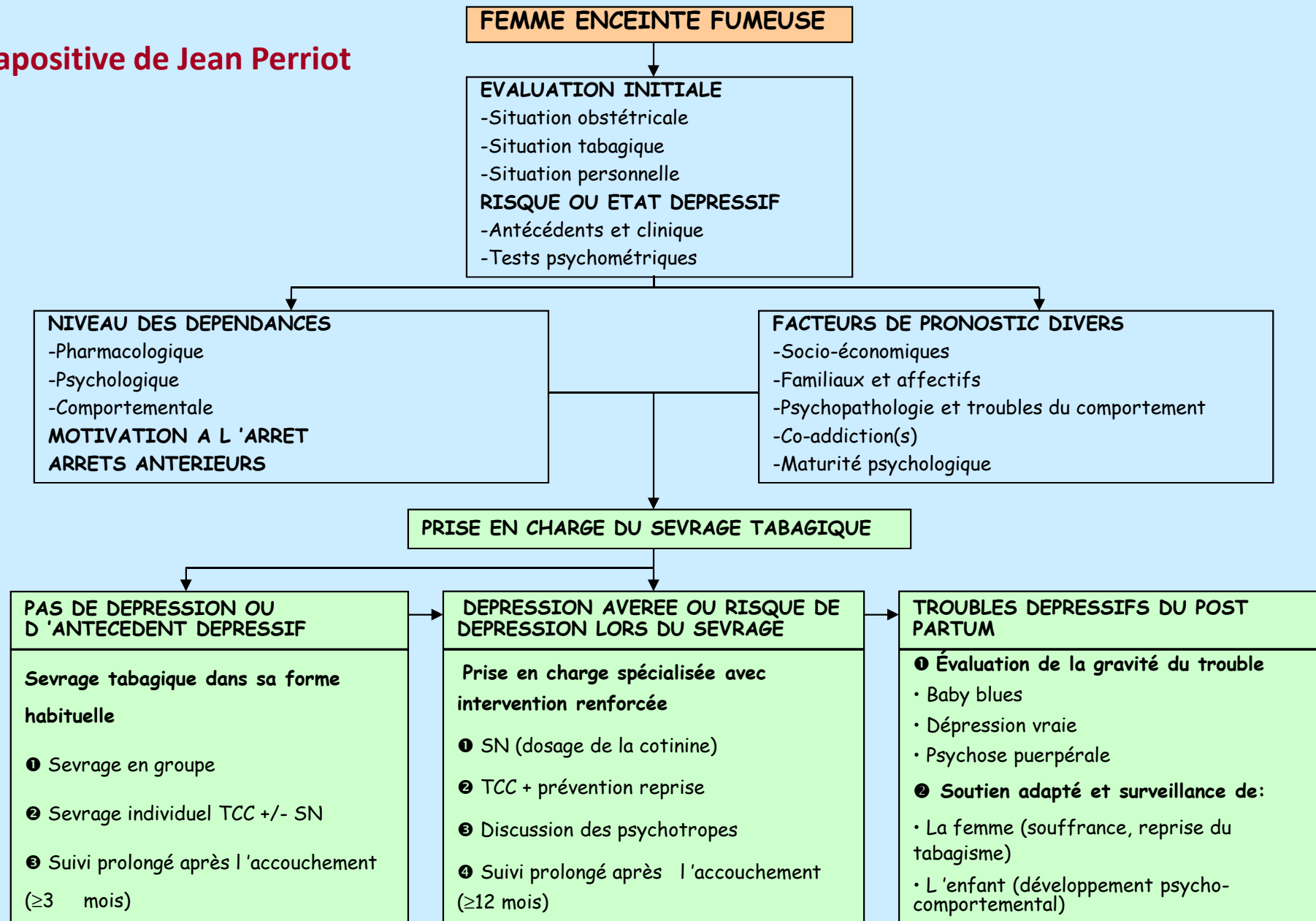
Le sevrage est plus difficile chez les femmes enceintes défavorisées

- autres problèmes (alimentation, habitation...) « plus importants » à régler que le tabagisme
- le coût des traitements substitutifs à la nicotine
- une perception inefficace et négative des publicités anti tabac
- l'influence de l'entourage
- le stress pour lequel la cigarette est vécue comme un médiateur
- le manque de confiance en soi

Bryce 2007 et Crittenden 2007

Schéma 2 : TABAGISME-DEPRESSION-GROSSESSE: SEVRAGE TABAGIQUE

diapositive de Jean Perriot



CONCLUSION

- La réduction du risque peut s'effectuer valablement sous substitution encadrée en consultation tabac
- L'encouragement à la persistance de l'arrêt doit être systématique.
- Le conseil minimal doit devenir un réflexe professionnel de tous les professionnels de la maternité.
- L'allaitement n'est jamais une contre-indication

le fumeur polyconsommateur

INTRODUCTION

CONCEPT DE CO-ADDICTIONS / POLYCONSOMMATION

Consommation associée d'au moins 2 substances psycho-actives (SPA)

Consommation régulière, simultanée ou séquentielle (\pm prédominance d'une des SPA)

Polytoxicomanie (association de SPA dont un produit illicite ; abus et/ou dépendance)

Polyaddiction (abus ou dépendances multiples : polydépendances = gravité ++)

PROBLEME FREQUENT EN CONSULTATION DE TABACOLOGIE

Sevrage complexe, troubles psychiatriques associés (repérage, prise en charge)

Pronostic de l'arrêt, maintien dans l'abstinence, qualité de vie lors du sevrage

Stratégies thérapeutiques et partenariats d'intervention

DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

FORTES CO-PREVALENCE DE LA DEPENDANCE AU TABAC ET DE LA CONSOMMATION OU DEPENDANCE A L'ALCOOL ET/OU AU CANNABIS

EN POPULATION GENERALE

- 8 % des 15-64 ans consomment 2 des 3 SPA principales (tabac, alcool, cannabis)
- 13 % à l'âge de 17 ans
- 11 % entre 20 et 24 ans (consommation maximale)
- diminution à partir de 25 ans (T+C, T+A+C, A+C) PAS de TABAC + ALCOOL

CHEZ LES CONSOMMATEURS DE DROGUES ILLICITES

- Usage de tabac > 80 %
- 80 % des héroïnomanes dépendants à tabac et alcool (morbimortalité)

ENFIN

- 80 % des patients alcoolo dépendants sont fumeurs dépendants
- les fumeurs ont 5 fois plus de risque (vs NF) de consommer une autre SPA (cannabis ++)

TABAGISME ET POLYCONSOMMATIONS

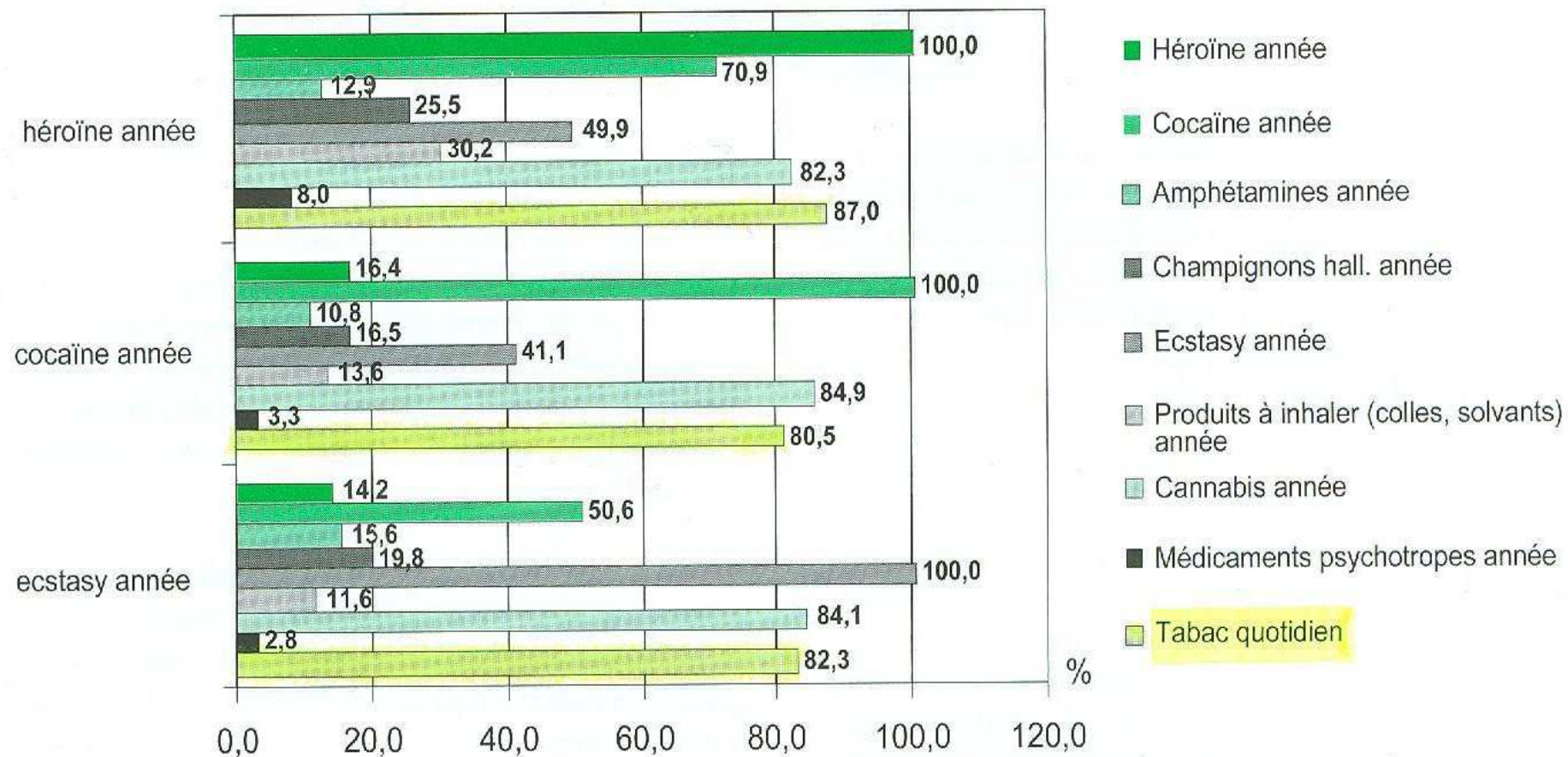


Figure 3. – Consommations dans l'année associées aux consommations d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy (Baromètre Santé, INPES, exploitation OFDT).

Baromètre Santé, INPES, exploitation OFDT

Modalités d'entrée dans la polyaddiction

- Le tabagisme précède en règle générale les autres consommations.

L'installation précoce d'un tabagisme est un indicateur de risque de polyconsommation à l'âge d'adulte jeune

- Rapidité d'installation des dépendances et polyconsommation très variables selon les individus

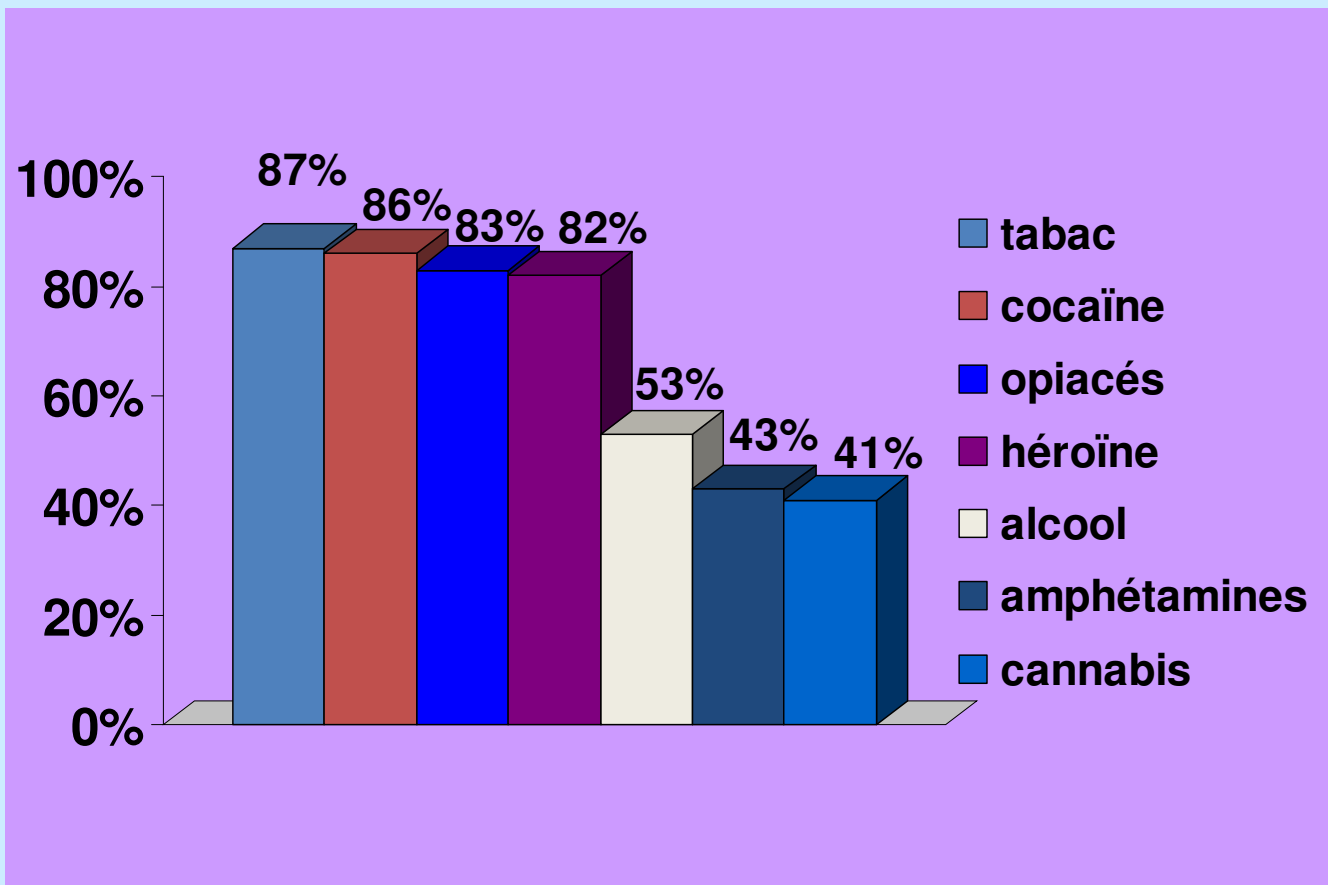
(vulnérabilité génétique et environnementale : famille).

Ridenour et al 2006, Anney et al 2007, Bierut et al. 1998)

- Renforcement réciproque de la dépendance à chaque substance en cas de consommation associée

(Reynaud M. Traité d'Addictologie, 2006)

Risque de développer une dépendance



Woody G.E. et al. Addiction 1993

COMPARAISON DES DEPENDANCES TABAC- ALCOOL-CANNABIS

Tabac



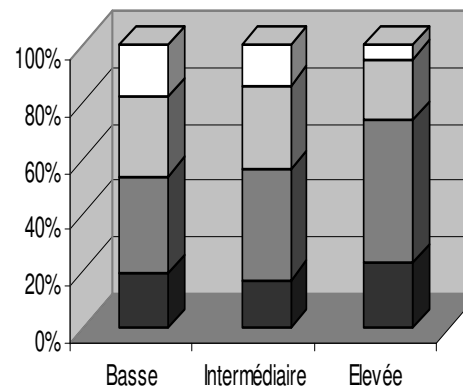
Dépendance

□ Nulle (0-2)

□ Faible (3-4)

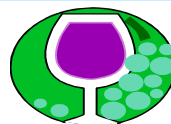
■ Modérée (5-6)

■ Sévère (7-9)



consommation

Alcool



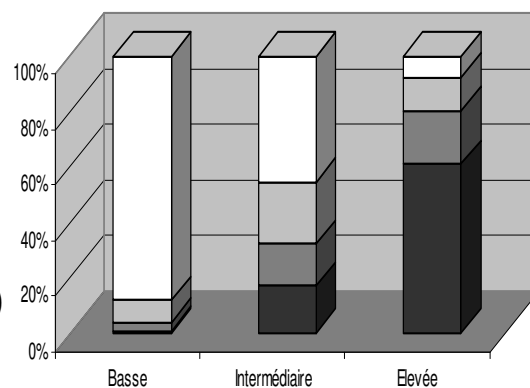
Dépendance

□ Nulle (0-2)

□ Faible (3-4)

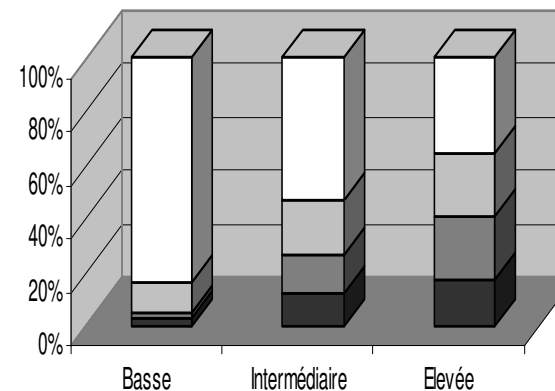
■ Modérée (5-6)

■ Sévère (7-9)



consommation

Cannabis



consommation

Modalités d'entrée dans la polyaddiction

- **SIMULTANEE OU SUCCESSIVE:**
 - *1ère phase* : alcool + tabac (social)
 - *2ème phase* : cannabis (groupe de pairs)
 - *3ème phase* : autres SPA (relation parents – enfants)

(Delile 2007)
- **Rapidité d'installation des dépendances et polyconsommation très variables selon les individus**
(vulnérabilité génétique et environnementale : famille).

(Ridenour et al 2006, Anney et al 2007, Bierut et al. 1998)
- **Renforcement réciproque de la dépendance à chaque substance en cas de consommation associée**

(Reynaud M. Traité d'Addictologie, 2006)

« Intérêts » de l'usage concomitant

- Fonction de **maximalisation** des effets
(alcool+opiacés, benzo+opiacés)
- Fonction **d'équilibrage** des effets
(ex. neutralisation: cocaine+alcool)
- Fonction de **maîtrise des effets négatifs**
(atténuation forte montée ou adoucissement descente avec benzo/opiacés ou cannabis)

REPERAGE des Polyconsommations

- En toute occasion ++ CHEZ LE FUMEUR
- Anamnèse, examen clinique (conséquences), QUESTIONNAIRES
 - * **ASI (Addiction Severity Index)** : test d'évaluation générale de la sévérité de la consommation de la substance et de ses conséquences.
 - * Selon la substance
 - . **Alcool** : **DETA- CAGE, AUDIT**
 - . **Cannabis** : **CAST, ADOSPA, ALAC**
 - . **Tabac** : **FTND, MINI FTND, HONK**
- Marqueurs d'imprégnation - dépendance
 - * **Alcool** : **CDT** (spécifique, sensible)
 - * **Cannabis** : **Cannabinoïdes** (urines : qualitatif ; plasma : quantitatif)
 - * **Tabac** : **COE, cotinine** (plasma, urine, salive)
- Rechercher aussi mésusage de médicaments ou autres drogues illicites (prise en compte globale des différentes conduites addictives)

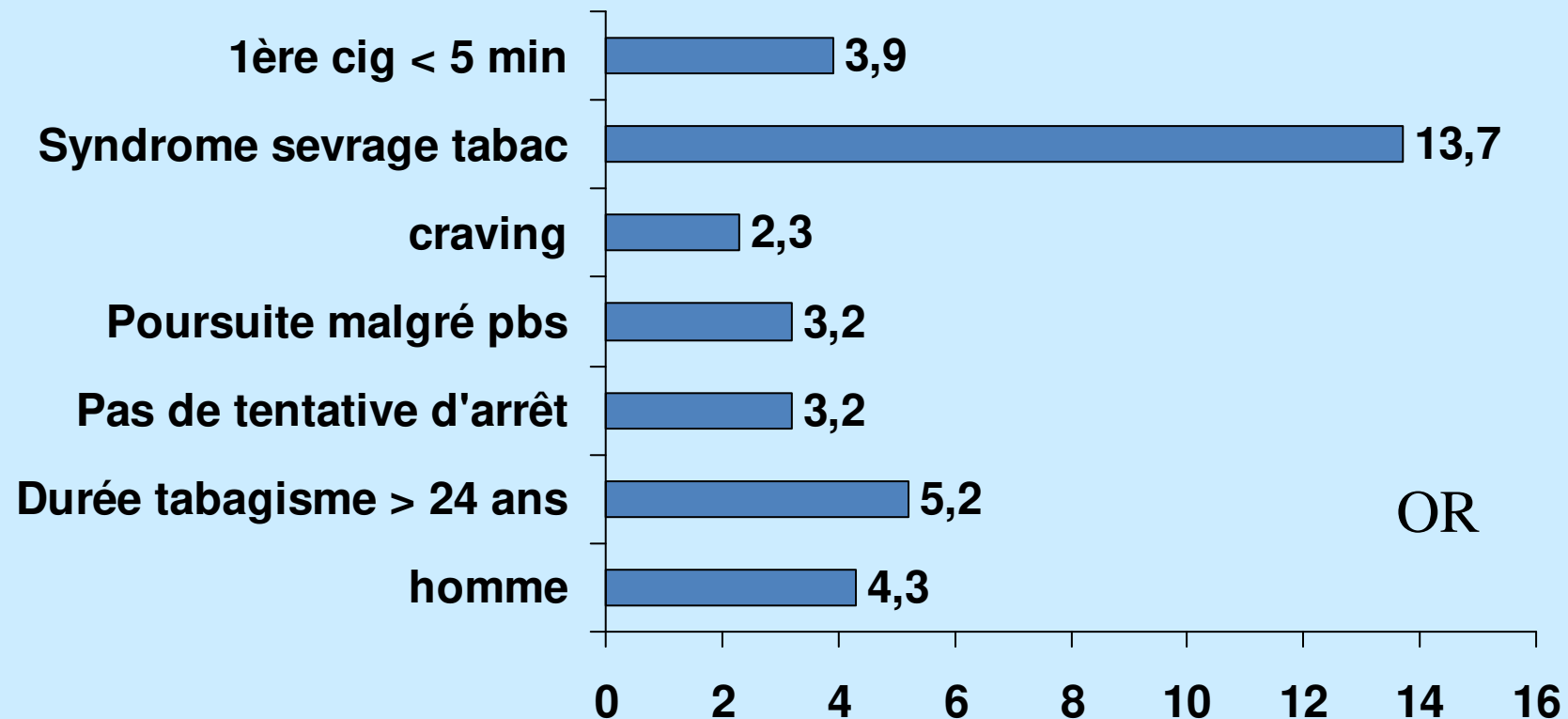
Source : Raynaud et al. 2007

Données tabac - alcool en population générale

- Alcool = 1^{ère} co-dépendance associée au tabagisme
- Plus forte prévalence du tabagisme chez les consommateurs d'alcool.
Plus forte proportion de consommateurs d'alcool chez les fumeurs.
(association dose -dépendance)
- En population générale :
 - risque d'alcoolodépendance x 4 si :
 - * au moins 30 cig/jour
 - * dépendance nicotinique
 - x 2 chez fumeurs < 20 cig/jour
varie de 15 % (actuelle) à 35 % (antécédents) chez le gros fumeur.

Sources : Aubin 1999 ; John 2003, Hughes 1995

Facteurs liés à l'alcoolodépendance population générale



Source: John 2003 Addiction

Données tabac - alcool en population clinique

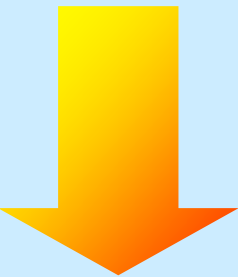
- Alcoolique : conso tabac et degré de dépendance supérieurs
Marks 1997
- Alcoolique fumeur : dépendance à l'alcool supérieure (vs NF)
Daeppen 2000
- Fumeurs : **79 %** (85 % hommes, 65 % femmes)
Ex fumeurs : **9 %**
Consommation moyenne : **30 cigarettes par jour**
- Chez fumeurs en mésusage ou alcoolo-dépendance :
 - * Consommation de tabac supérieure, FTND corrélé au craving à l'alcool.
 - * Syndrome de sevrage au tabac corrélé au craving à l'alcool

Sources : Aubin 1997 et 1999, Gillet 2007

Signaux partagés

signaux spécifiques

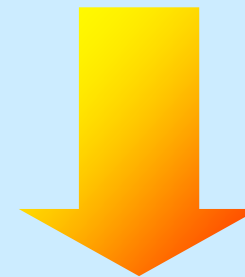
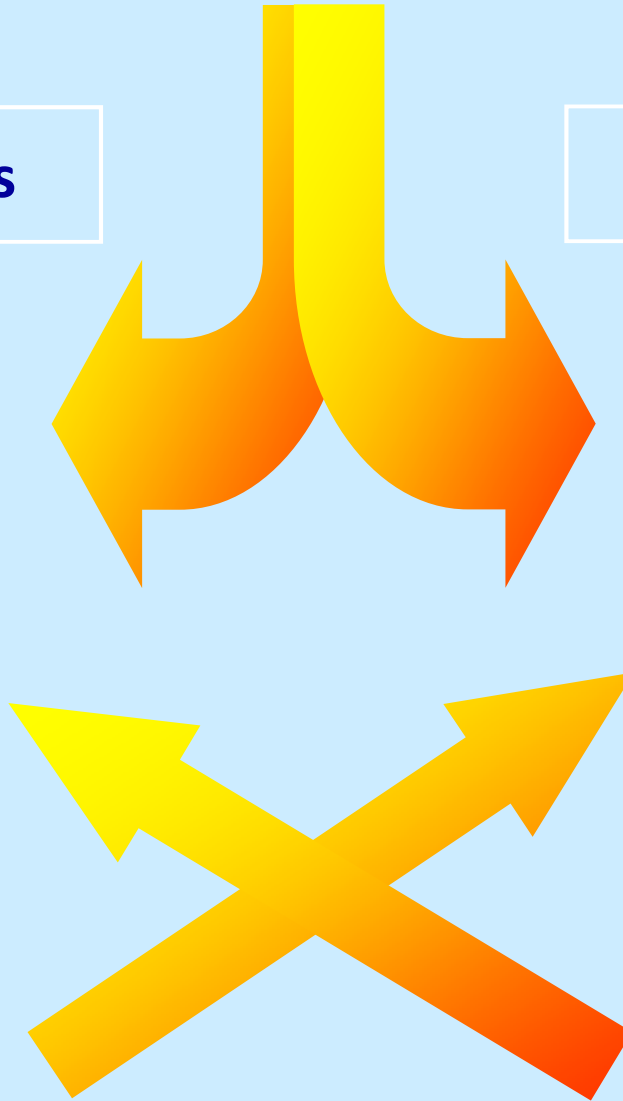
signaux spécifiques



**envie
de boire**



boire



**envie
de fumer**

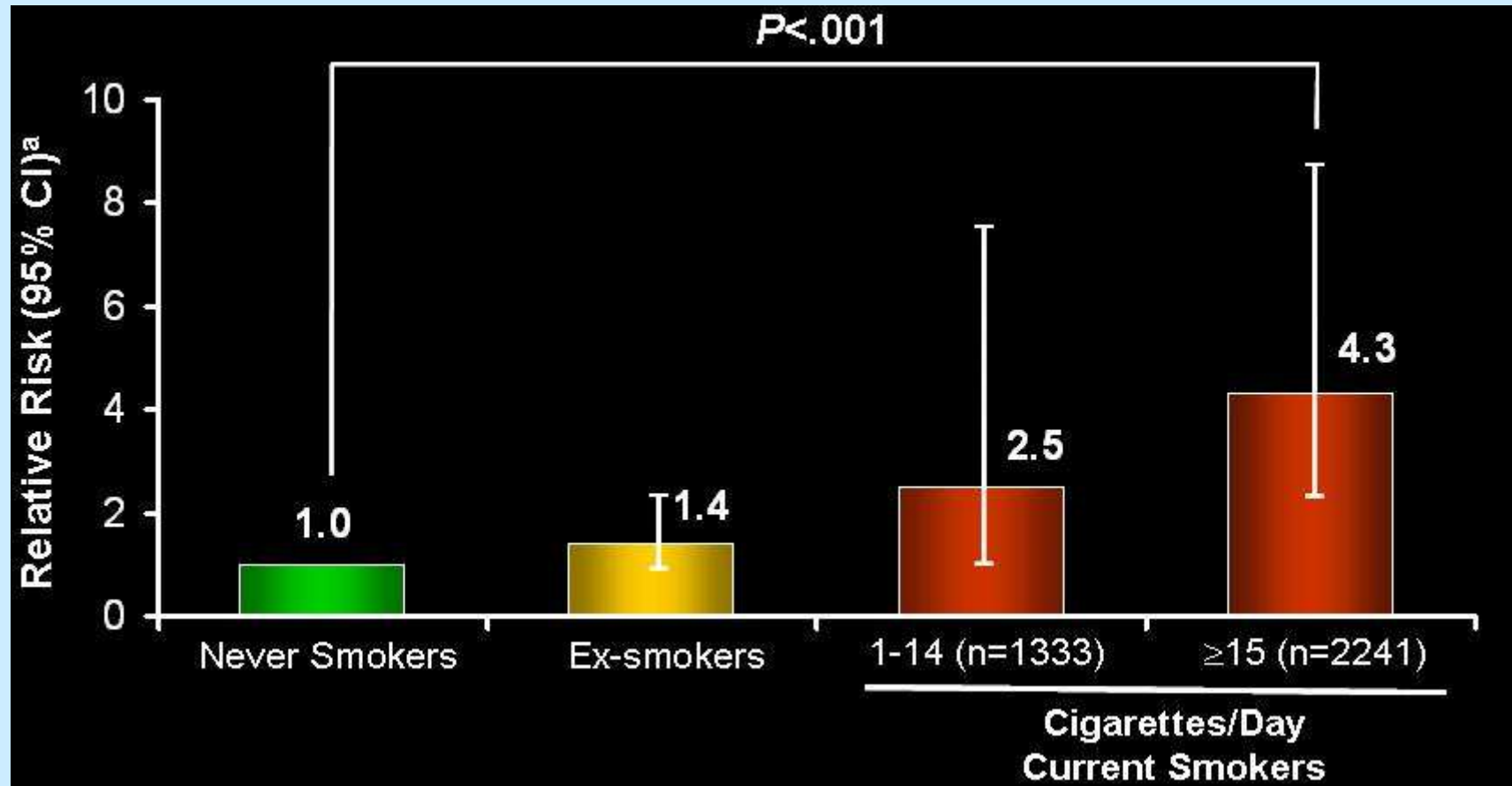


fumer

DONNEES TABAC ET CANNABIS

- Co-consommation tabac-cannabis **fréquente** (« pétard, joint », narguilé)
- Consommations corrélées avec **renforcement réciproque** (augmentation de la dépendance à chaque produit).
- **Tabac très addictogène** (FD 20 % MD 40 %), **cannabis peu addictogène** (FD 10% MD 20 %)
- **Toxicité accrue de la fumée** (BPCO, AOMI, IDM, K. VADS...)
- Essentiel de la consommation **entre 17 et 34 ans** (17-24 ans)
- **Dépendance cannabis physique faible, MAIS :**
 - Tolérance démontrée expérimentalement (chez l'Homme : consom. régulier)
 - **syndrome de sevrage clinique** : Irritabilité, humeur dépressive, agitation, insomnie, rêves étranges, perte d'appétit, parfois agressivité (analogie avec syndrome de sevrage à la nicotine)

Tabagisme : risque accru de suicide



^aRelative risk was defined as the suicide incidence rate among those with a history of smoking divided by the rate among nonsmokers. Adjusted for time period, age, alcohol intake, and marital status.

Miller et al. Am J Public Health. 2000;90:768-773.

SEVRAGE TABAGIQUE DE LA CO ADDICTION TABAC - ALCOOL (± CANNABIS)

REFERENCES

Arrêt de la consommation de tabac. Conférence de consensus, 1998

Sevrage tabagique. Conférence de consensus, 1999

Accompagnement du sevrage tabagique. Conférence de consensus, 2000

Stratégie de prise en charge du sevrage tabagique. Conférence de consensus, 2001

Stratégie de prise en charge du sevrage tabagique. Conférence de consensus, 2002

Abus de substances psychoactives. Conférence de consensus, 2003

Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques. Conférence d'experts, 2009

LES FAITS

Sevrages complexes

Prise en charge des dépendances simultanées ou par étape

Prendre en compte le choix du patient

Dépister et traiter les troubles psychiatriques associées

Mauvais pronostic en l'absence de soins addictologiques et psychiatriques conjugués

Quel moment pour le sevrage tabagique ?

- Adapter l'attitude thérapeutique en fonction de la motivation du patient
(Gillet, 2007)

- Fumeur Alcoololo-dépendant : sevrage tabagique corrélé à sevrage alcoolique simultané ou préalable (fréquence des troubles anxio-dépressifs).
(Perriot J. Rev Mal Respir 2006)

- Si patient motivé : prise en charge simultanée de sevrage alcoolique et tabagique possible (++) si conditionnement réciproque) ... résultats moins bons,
MAIS * L'alcoolisation favorise la rechute tabagique.
* L'abstinence tabagique favorise le maintien dans l'abstinence alcoolique.

(Conférence de Consensus : objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoololo-dépendant 1999, Perriot et al. Tabacologie et Sevrage Tabagique 2003)

- Thérapeutiques médicamenteuses habituelles du sevrage tabagique
TNS, Bupropion : CI alcoololo-tabagique *(SFA 2006)*, Varénicline *(Hays JT, 2011)*

FAITS ET CONSEILS PRATIQUES

L'ARRET DU TABAGISME NE COMPROMET PAS L'ABSTINENCE ALCOOLIQUE

L'abstinence tabagique n'entraîne pas d'augmentation de la consommation d'alcool (court ou long terme) (*Carnelli 1993, Hughes 1992*)

Arrêt du tabagisme = pronostic alcoolique \geq (*Kalman 1998, Sobel 2002, Cooney 2002*)

Les alcooliques meurent de leur tabagisme (54% vs 34% alcool) (*Hurt, 1996*)

OBSTACLES A L'ARRET DU TABAC CHEZ LES ALCOOLO DEPENDANTS

Consommation d'alcool = envie compulsive de fumer

Dépendance alcoolique = forte dépendance tabagique

Précarité sociale associée

CONSEILS FAVORISANT L'ARRET DU TABAGISME

Accompagnement de la démarche d'arrêt (motivation imparfaite)

Définition d'une date d'arrêt du tabac

Réduction de la consommation d'alcool avant arrêt du tabagisme (alcool lève les inhibitions, prise de poids à l'arrêt, effet synergique de l'alcool et tabac sur le relargage de DA au niveau de système hédonique)

Pouvoir addictif d'une consommation conjointe (*King, 2009*)

SEVRAGE TABAC - CANNABIS

DIVERSITE DES SITUATIONS ET PROBLEMATIQUES

PRISES EN CHARGE NON CODIFIEES (absence de consensus)

motivation à l'arrêt imparfaite

registre de polyconsommation

facteurs de sévérité (fortes consommations, comorbidités psychiatriques)

suivi long et chaotique

MOYENS THERAPEUTIQUES

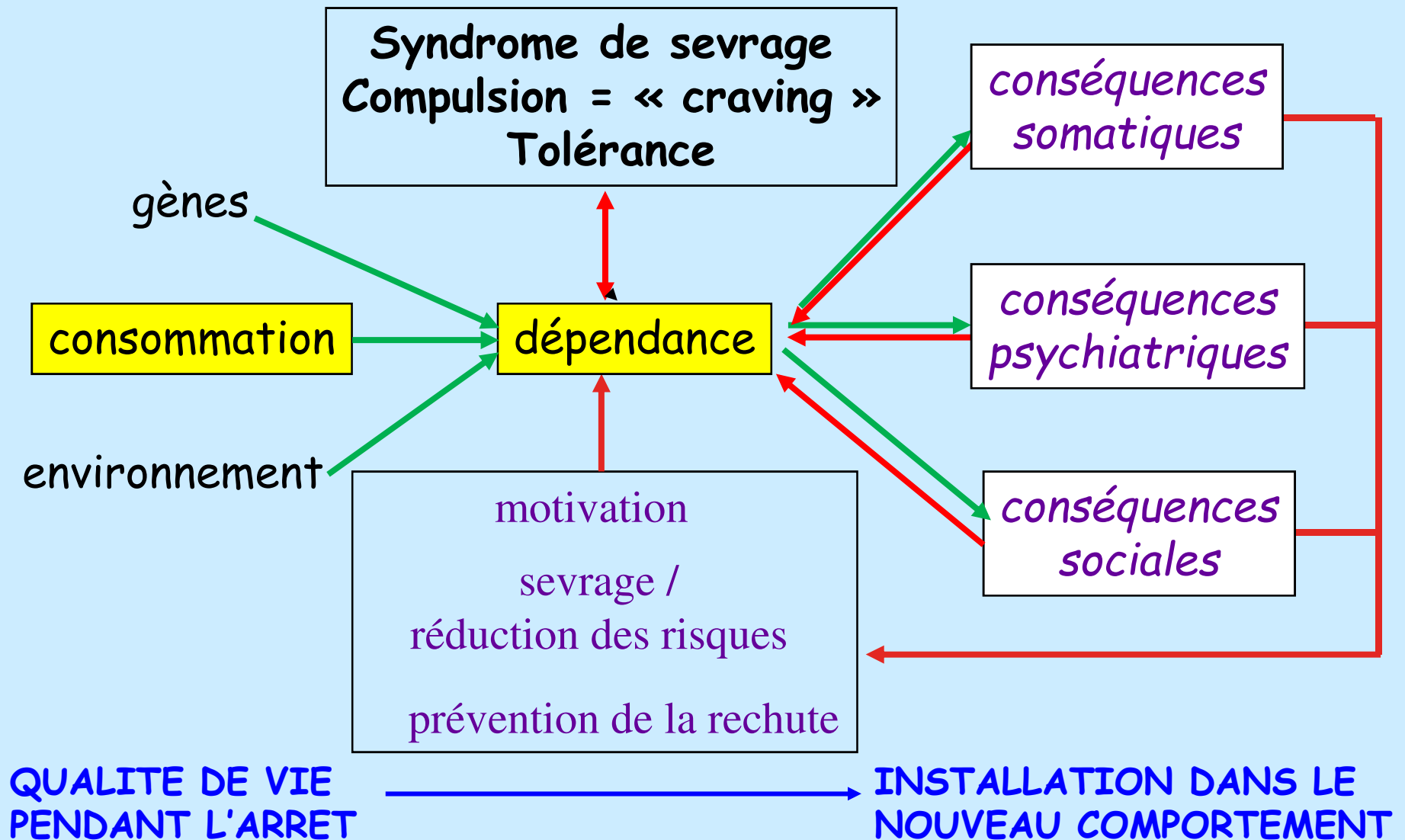
- déficit de médicaments addictolytiques
- intervention brève, entretien motivationnel, TCC, thérapies familiales
- substitution nicotinique à forte dose (++)
- traitement symptomatique lors du sevrage cannabique

sevrage tabagique et cannabique simultané ou cannabique en premier

- l'usage de cannabis après sevrage alcoolique favorise la rechute alcoolique

(Gillet C, 2007)

En Tabacologie et Addictologie...



Conclusion

POINTS CLEFS

- Co-addiction fréquente (« fumeurs difficiles »)
- FTND élevé, TAD fréquents, échecs du sevrage, pathologies somatiques chroniques associées
- Prises en charge conjointes (addicto + psychiatrique)
- suivi renforcé (≥ 12 mois, synd. sevrage, craving, TAD)
- repérage des coconsommations et des TAD systématiques
- partenariats d'intervention

Co-addictions et pathologies psychiatriques

La présence d'une comorbidité psychiatrique est impérativement à repérer

- ✓ Troubles des conduites THADA
- ✓ Troubles de l'humeur (EDM, BP I-II)
- ✓ Troubles anxieux (TAG, PS)
- ✓ Troubles des conduites alimentaires

Caractéristiques clinique de l'addiction :

début **précoce**, craving important, « binge », conduites d'excès, recherche d'ivresse, usage **autothérapeutique**, **échec répétés de sevrage** ou **rechutes fréquentes...**

Identification et prise en charge conjointe au soin addictologique

Pronostic du sevrage, qualité de vie pendant l'arrêt, réponse au traitement.

L'obtention d'un sevrage (surtout alcoolique) permet un meilleur repérage des pathologies psychiatriques

Tabagisme et psychiatrie

Dépendance au tabac et psychiatrie: problématique...

- Cause de morbidité et mortalité la plus évitable dans cette population
- Largement sous estimée et sous traitée par les soignants: déni des effets nocifs
- Remède à l'ennui et à la solitude des patients....
- Malgré de faibles revenus, dépenses en cigarettes au détriment de la nourriture
- Réglementation difficile à appliquer en psychiatrie: liens neurobiologiques étroits entre consommation de tabac et troubles psychiatriques

RISQUE d'USAGE NOCIF ET DEPENDANCE

Interactions : Produit (P) x Individu (I) x Environnement (E)

La toxicomanie c'est la rencontre entre un individu, un environnement et un produit" Claude Olievenstein

P = Facteurs de risque liés au Produit

- Dépendance
- Complications sanitaires psychologiques et sociales
- Statut social du produit

I = Facteurs Individuels (de vulnérabilité et de résistance)

- génétiques
- biologiques
- psychologiques
- psychiatriques

E = Facteurs d'Environnement

- familiaux :
 - ♦ fonctionnement familial,
 - ♦ consommation familiale
- sociaux
 - ♦ exposition : consommation nationale, par âge, sexe, groupe social
 - ♦ marginalité
- copains

constat

- Dépendance au tabac 2 à 3 fois + fréquente chez patients psychiatriques/ pop générale
- 44% des cigarettes fumées aux EU l'étaient par des sujets souffrants de troubles psychiatriques (Lasser K et al, Jama 2000)
- consommation élevée: schizophrénie, troubles bipolaires, dépression, abus de SPA
- Consommation débute avant l'apparition des troubles psychiatriques ou des conduites addictives autres
- Point majeur: consommation de tabac reste élevée dans la population psychiatrique alors qu'elle a chuté en pop générale

Fréquence du Tabagisme en population psychiatrique

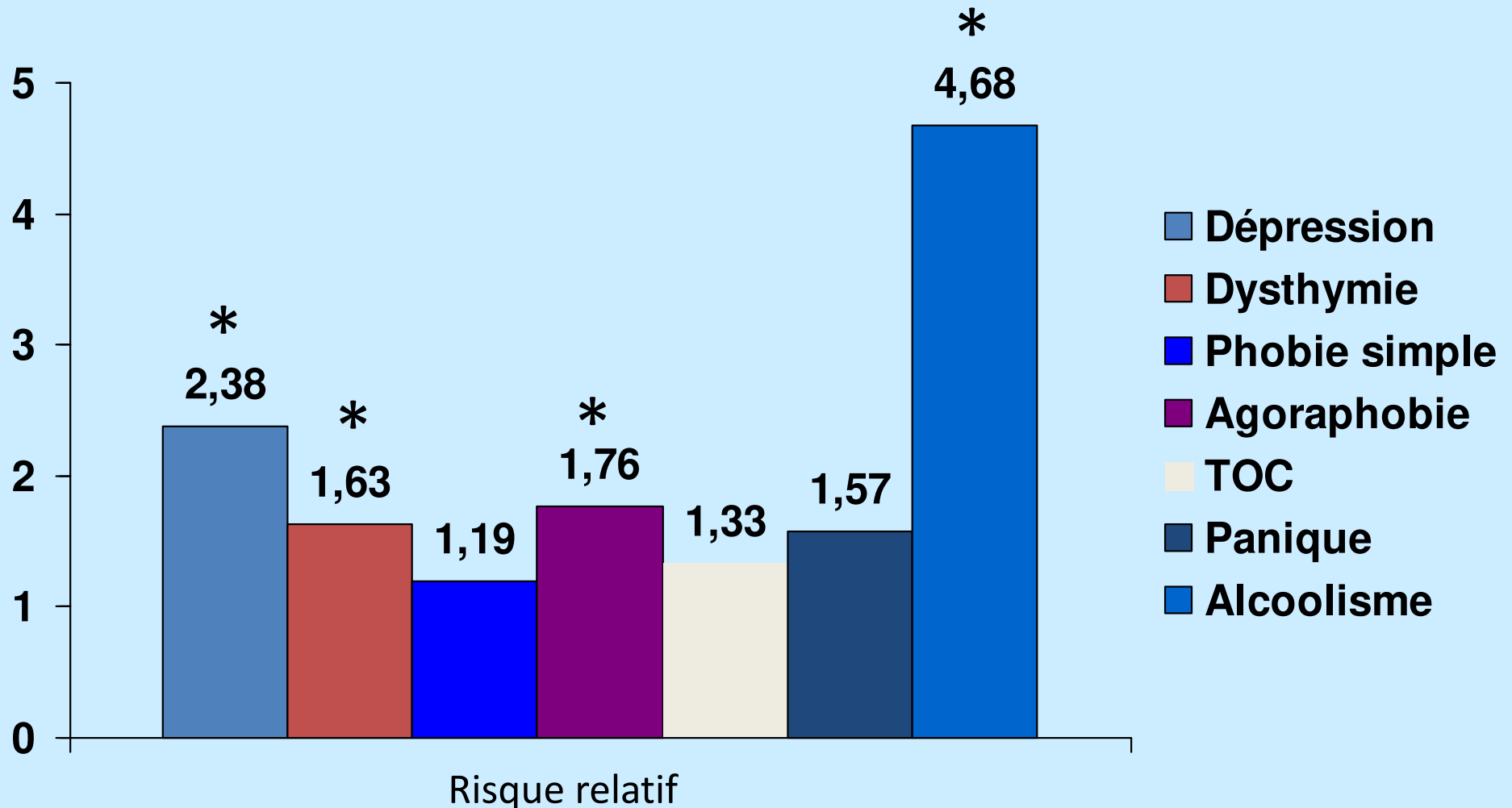
Glassman AH, et al (1990). Enquête ECA (St Louis Epidemiologic Catchment Area Survey of the National Institute of Mental Health)

*Prévalence vie entière
Abus ou dépendance à un produit*

Schizophrénie	82 %
Tr. Bipolaire I et II	56 %
Dép. majeure	27 %
Tr. anxieux	23 %

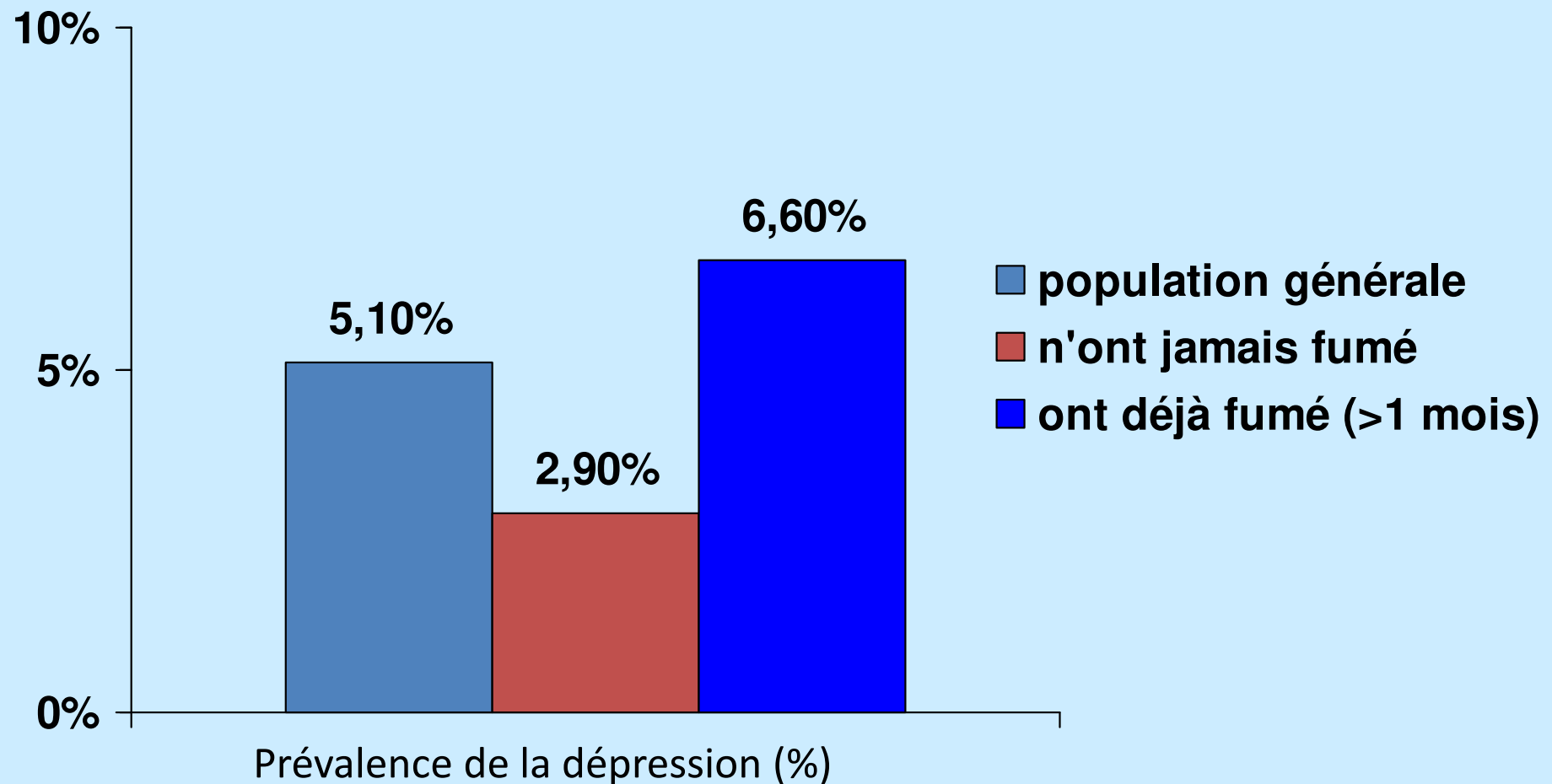
Risque relatif de dépendance tabagique pour quelques pathologies psychiatriques

Glassman et al, JAMA, 1990

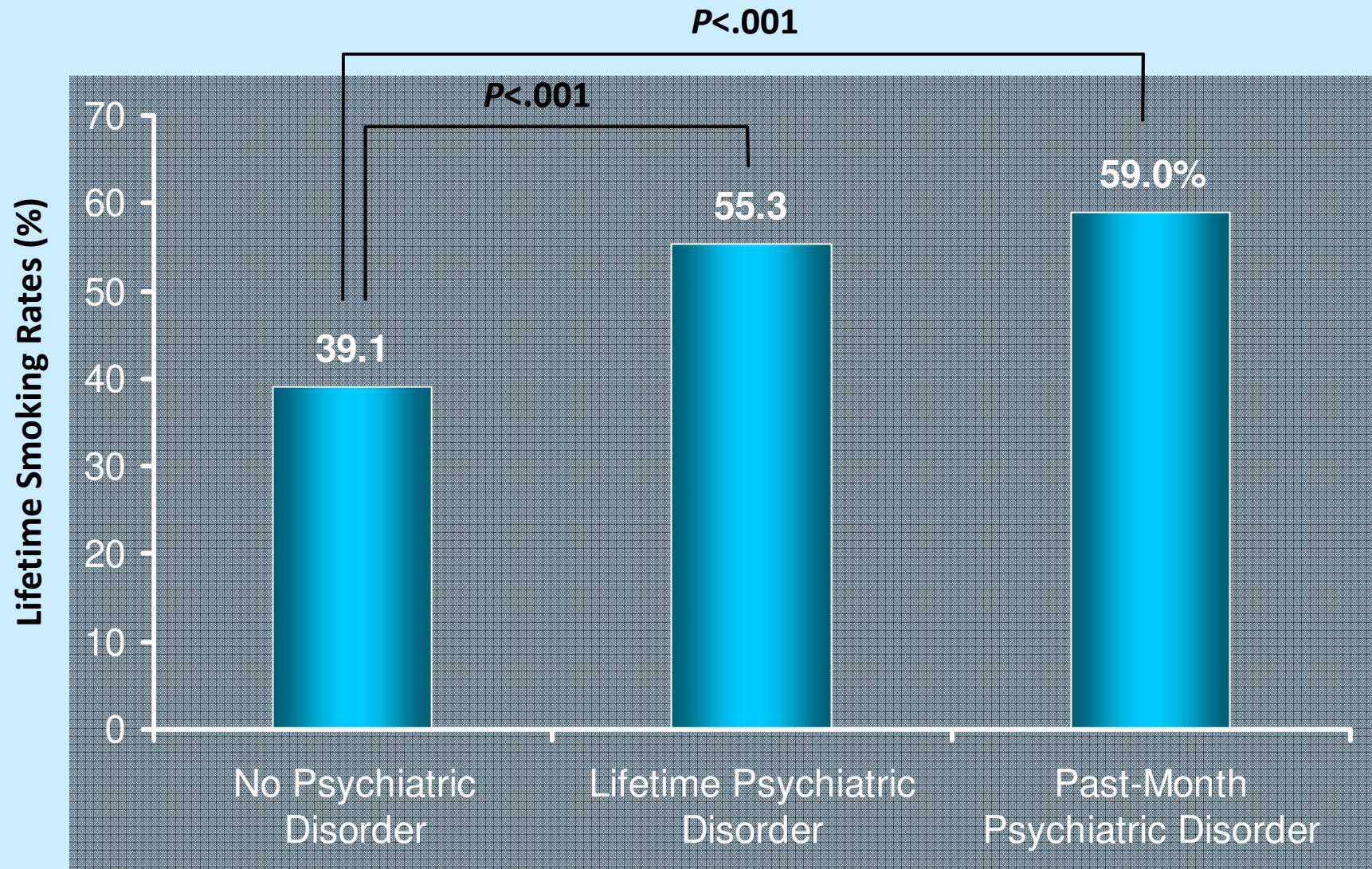


Prévalence de la Dépression

Glassman et al (1990) JAMA



Prévalence du tabagisme en population psychiatrique (4442 H + F : 15-54 ans ; 1991-92 USA)



Lasser K et al. *JAMA*. 2000;284(20):2606-2610.

Diapositive de HJ Aubin

Ventes de cigarettes aux USA

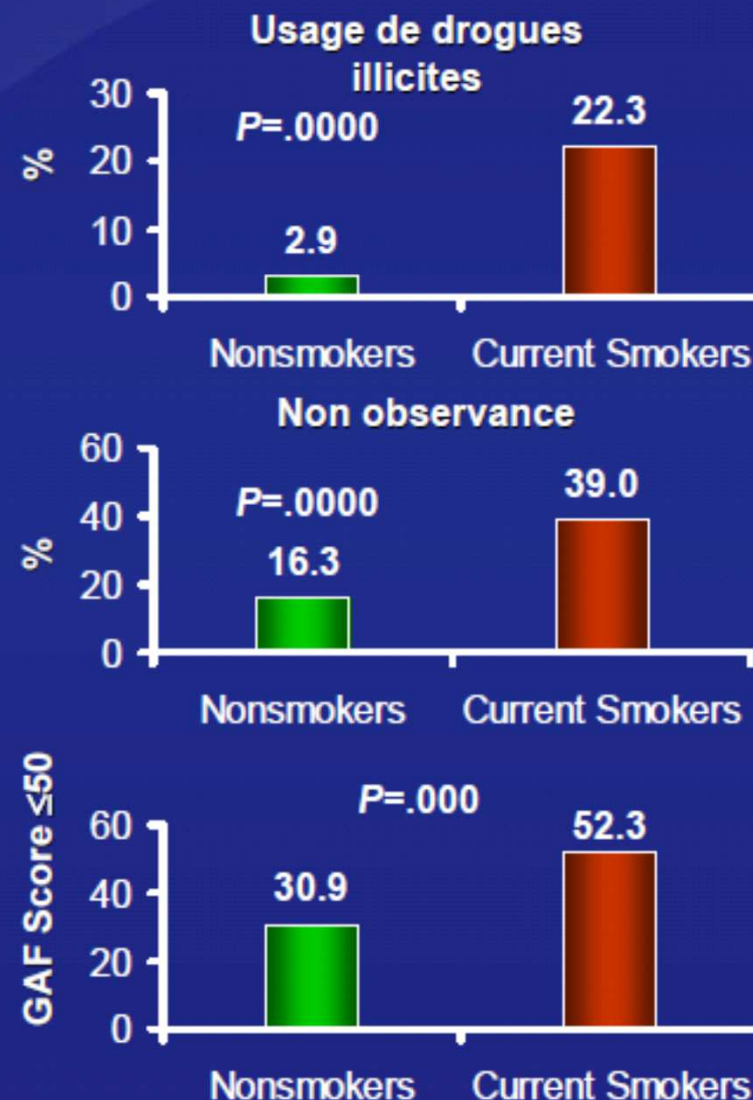
Part de marché des fumeurs atteints de
troubles psychiatriques

44,3%

Lasser et al. JAMA. 2000;284(20):2606-2610.

Parmi les patients psychiatriques, les fumeurs ont plus de problèmes

- Incidence élevée d'usage de drogues illicites
- Faible observance thérapeutique
- Faible score de fonctionnement global



Montoya et al. *Am J Addict.* 2005;14(5):441-454.

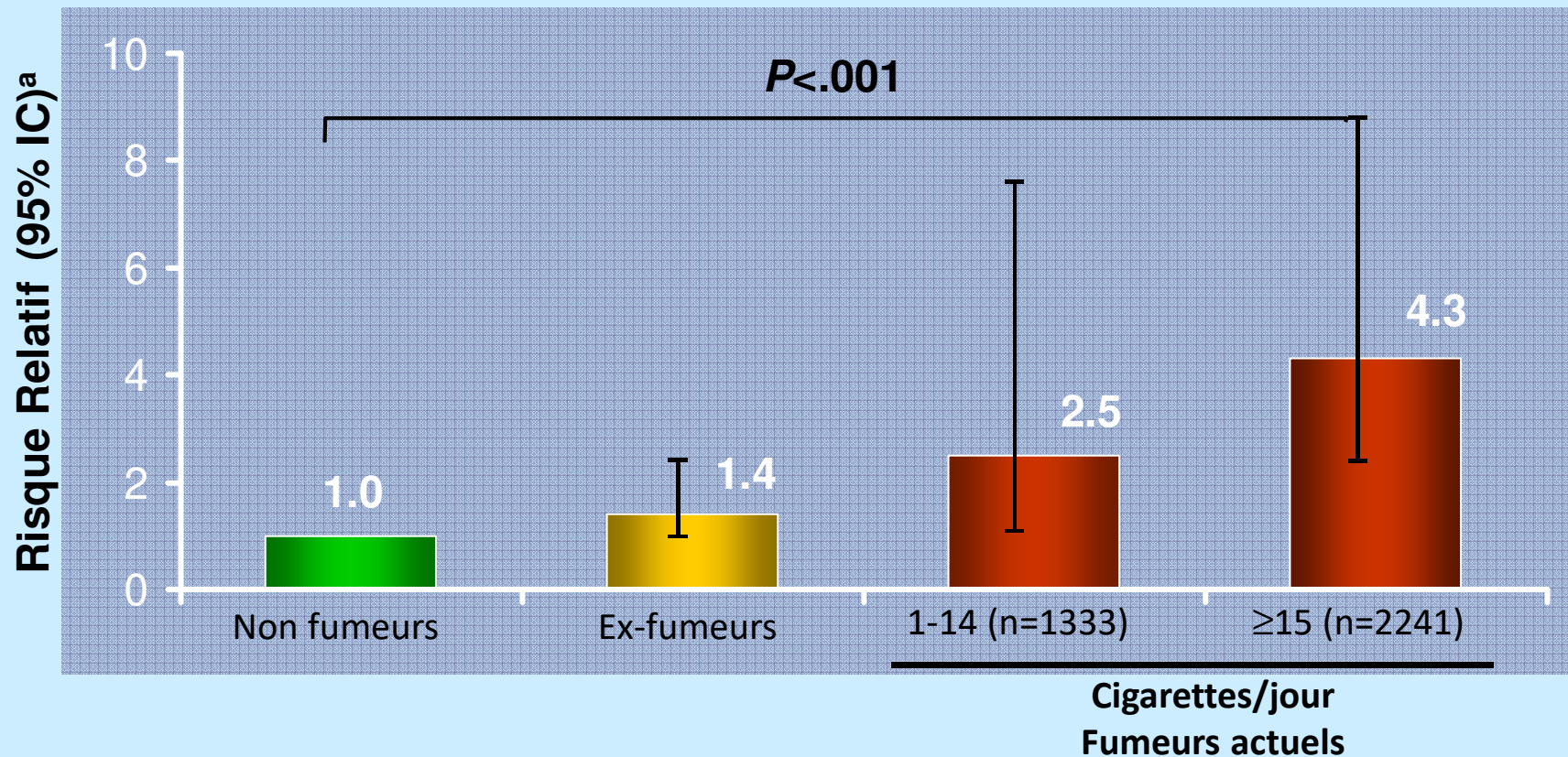
Tabagisme - risque suicidaire

Tanskanen et al Am J Psychiatry 2001

Hemenway et al Am J Public Health 1993

- Fumeurs : tentatives de suicides x 2
- Fumeuses
 - < 25 cig/j : suicides x 2
 - > 25 cig/j : suicides x 4
- Relation plus forte chez les femmes
- Persiste après contrôle de la comorbidité psychiatrique

Augmentation du risque de suicide chez les fumeurs (50.10³ H+F : 40-75 ans ; 1986-94 USA)



^a Ajusté pour la période, l'âge, la consommation d'alcool et le statut marital
Miller M, et al. *Am J Public Health*. 2000;90:768-773.

Données éthiopathogéniques

Tabagisme, Coconsommation de SPA: Hypothèses pathologiques

- **Vulnérabilité partagée au tabagisme et au suicide**
 - Impulsivité, troubles bipolaires
- **Les troubles mentaux augmentent la vulnérabilité au tabagisme**
 - Automédication , Smith R, et al. *Neuropsychopharmacology* 2002
- **Le tabagisme altère le fonctionnement cérébral**
 - nicotine
 - baisse de l'activité MAO
 - Hypoxie Aubin HJ, et al. *Am J Psychiatry* 2011
- **Autres** (Génétique)

Dépendance nicotinique : marqueur de comorbidité psychiatrique et addictive.
Le Strat Y, et al. *Alcohol Alcohol* 2010

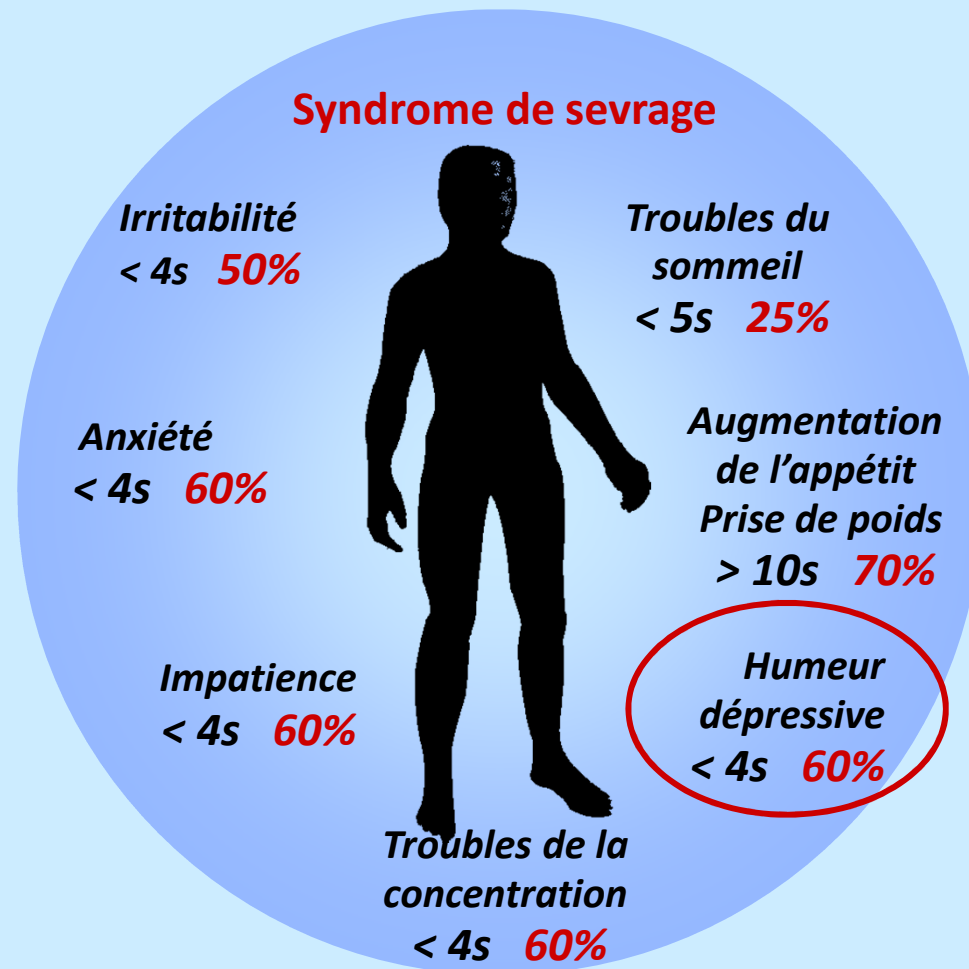
Tabagisme et troubles dépressifs et anxieux

- L'activité de la MAO A et B est inhibée par le tabac: quantité d'enzymes (MAO A et MAO B abaissée dans le système nerveux central des fumeurs respectivement de 28% et 40% /non fumeurs) (Fowler JS, 1996)
- Conso tabac: inhibe dégradation norépinéphrine, sérotonine et dopamine dans la fente synaptique (action comparable à un ATD)
- Inhibition de la MAO A et MAO B réversible après sevrage
- L'utilisation des antidépresseurs, dans cette population, en particulier dans les périodes de sevrage tabagique reste une indication majeure.

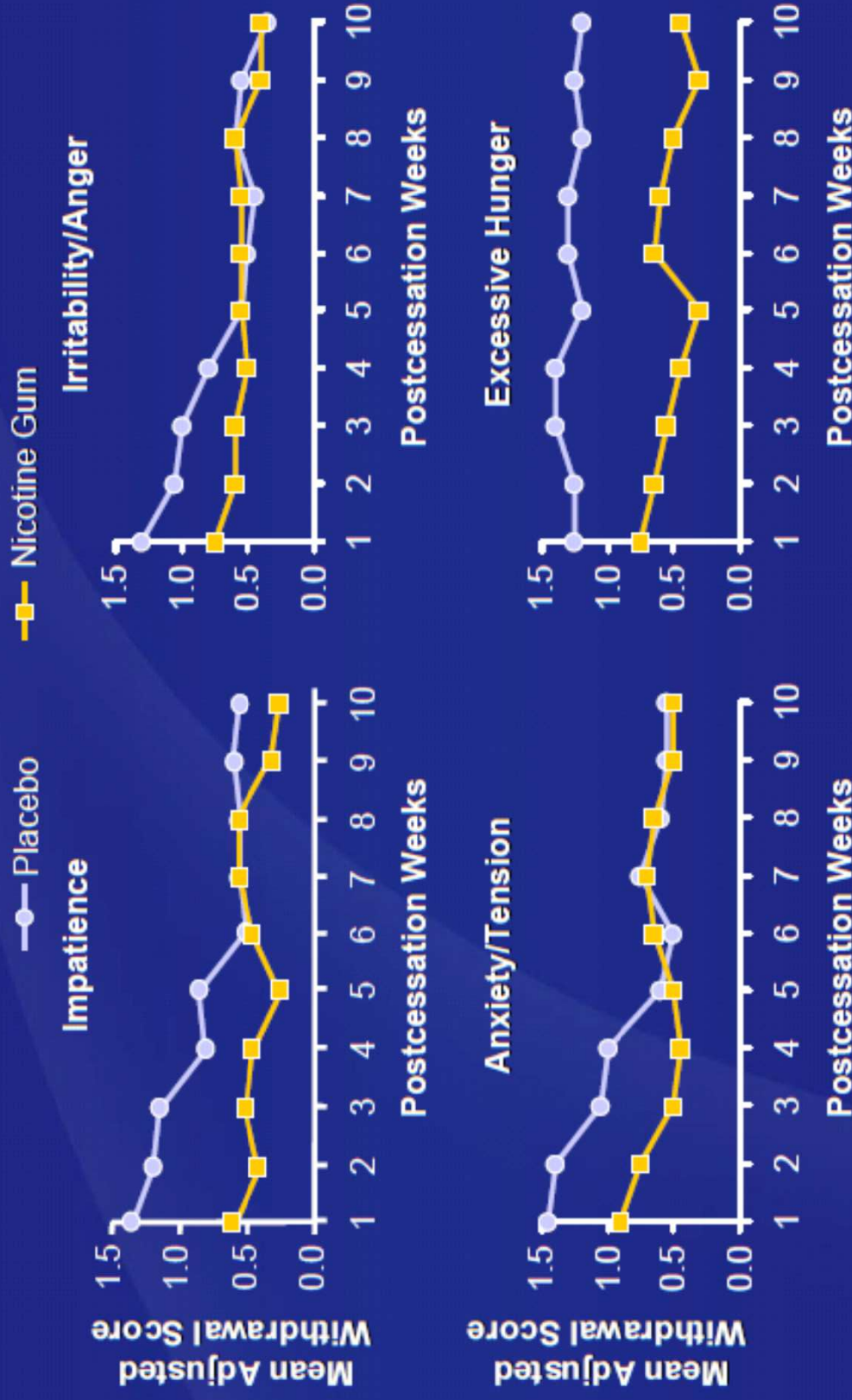
Tabagisme et troubles dépressifs et anxieux

- La tabac pourrait favoriser le trouble panique en raison de ses effets stimulants
- Le sujet anxieux déclare souvent que le tabac soulage son anxiété: en réalité le tabac améliore surtout l'anxiété et l'irritabilité liée au sevrage de nicotine
- A long terme, la conso de tabac aggraverait plutôt l'anxiété
- En revanche, la fréquence de conso de tabac est faible dans les TOC (Kalman D, 2005)

Syndrome de sevrage tabagique

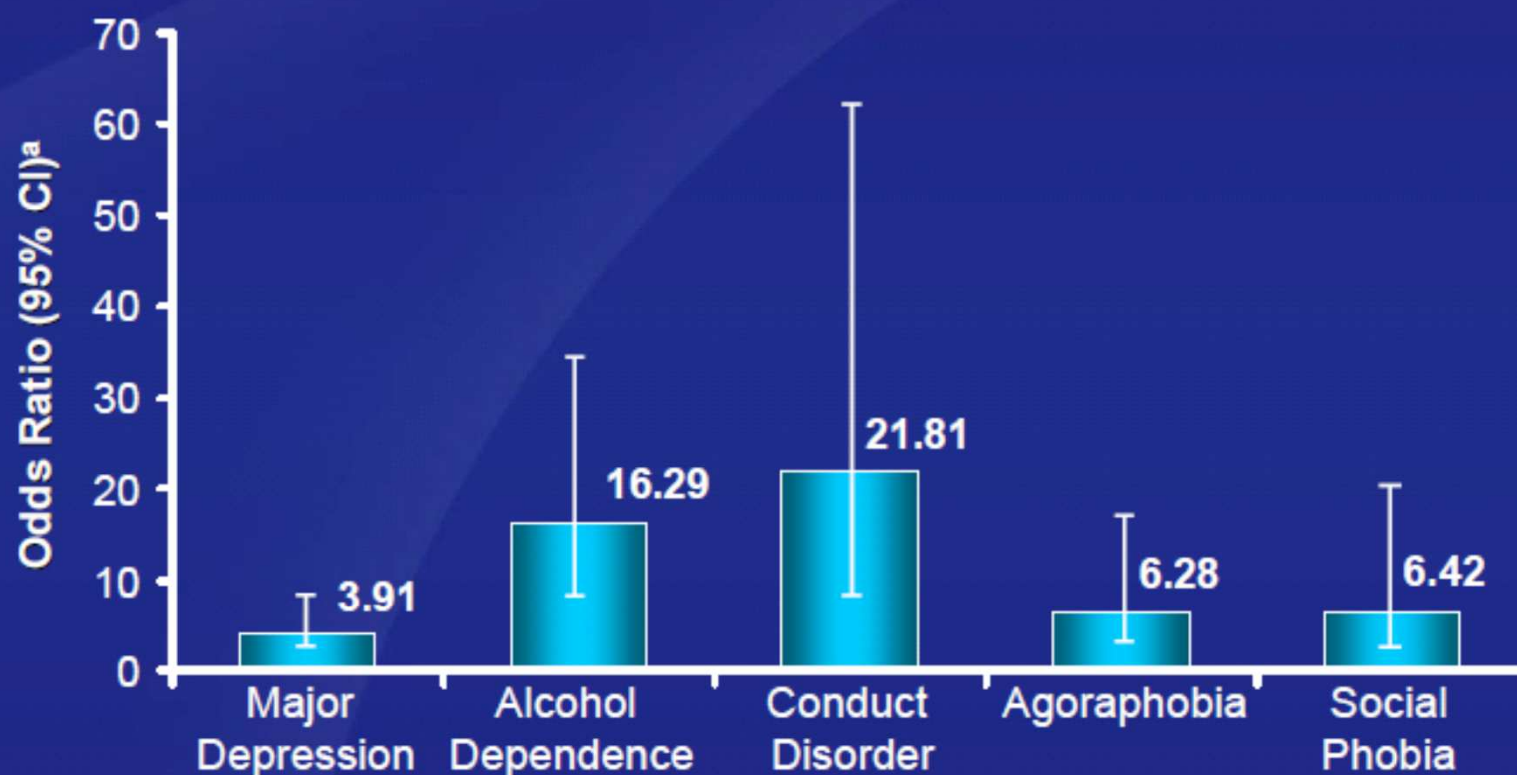


Durée des symptômes de sevrage



N = 40. Mean adjusted withdrawal scores are from an analysis of covariance with baseline cigarettes per day and baseline scores on the items shown as covariates.
Gross et al. *Psychopharmacology*. 1989;98:334-341.

Sévérité du syndrome de sevrage dans les troubles psychiatriques



^aThe ratio of the odds of development of disease in exposed persons to the odds of development of disease in nonexposed persons.

Madden. *Addiction*. 1997;92(7): 889-902.

Comorbidité tabagisme/pathologies psychiatriques

- Anxiété et dépression sont des facteurs de risque de rechute majeurs
- Très fréquentes difficultés de sevrage
 - Le syndrome de sevrage est plus intense si absence d'aide pharmacologique
- Devant tout fumeur difficile: penser à une comorbidité psychiatrique

Antécédent dépressif et arrêt du tabac

Covey et al 1990 Compr Psychiatry

- antécédent dépressif :
 - taux d'abstinence diminué
 - syndrome de sevrage plus sévère (trouble de la concentration, humeur dépressive)
- syndrome de sevrage sévère (trouble de la concentration, humeur dépressive) :
 - taux d'abstinence diminué

Conséquences tabagisme et troubles psychiatriques

- Gravité à long terme: cancer, BPCO, IDM, AVC
- Les patients meurent de leur tabagisme + souvent que de leur pathologie psychiatrique ou de toutes autres consommation

Repérage et aspects thérapeutiques

Tout d'abord, quelques à
priori à revisiter

Moins de désir d'arrêter de fumer?

- Désir d'arrêter de fumer chez les patients institutionnalisés pour troubles psychiatriques:
 - Schizophrène: 52%
 - Bipolaire: 58%
 - EDM: 41%
 - Pop Générale: 69%

(Meyer H et al, 1999)

Aspects thérapeutiques

- Taux d'arrêt 2 X + faible chez patients présentant des troubles psychiatriques
- 5 à 7 tentatives en moyenne avant l'arrêt
- Majorité des rechutes dans les 3 mois, moitié dans les 2 jours (Jain A, 2003)
- Les périodes de stabilisation sont les meilleures pour envisager l'arrêt
- La PEC psychiatrique svt longue permet de trouver des opportunités pour envisager l'arrêt

Aspects psychologiques

- Les conseils médicaux et l'évaluation des motivations à l'arrêt du tabac, même brefs et même en l'absence de demande des sujets, favorisent le sevrage ultérieur
- PEC psychothérapique axée sur l'évaluation des motivations, le coping et la prévention de la rechute
- Les TCC ont montré leur efficacité
- Utilité+++ des entretiens motivationnels (motivations fluctuantes)
- Aspects éducatifs++(peu de connaissances sur les aspects du tabac)
- Faire peser les avantages et inconvénients
- Inciter à gérer le temps libre (planification d'activités, sport)

Modalités spécifiques de prise en charge

- Différentes techniques de sevrage :
 - thérapie cognitivo-comportementale
 - substitution nicotinique à forte dose et prolongée
 - Varénicline
 - bupropion
 - traitement par thérapeutiques médicamenteuses spécifiques:
 - ATD
 - Régulateurs de l'humeur
 - neuroleptique
 - Topiramate
- Partenariat et avis psychiatrique recommandé

A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update

A U.S. Public Health Service Report

The Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff*

Méta-analyse (2008) efficacité (OR) et taux d'abstinence (0%) estimé pour différents médicaments et combinaisons médicamenteuses vs placebo au 6^{ème} mois (83 études - USDPHS, 2008)

PLACEBO	80	1,0	13,8
Monothérapies			
Nicotine Gum (6-14 weeks)	15	1,5 (1,2 - 1,7)	19,0 (16,5 - 21,9)
Nicotine Nasal Spray	4	2,3 (1,7 - 3,0)	26,7 (21,5 - 32,7)
High-Dose Nicotine Patch (>25 mg) (These included both standard or long-term duration)	4	2,3 (1,7 - 3,0)	26,5 (21,3 - 32,5)
Long-Term Nicotine Gum (> 14 weeks)	6	2,2 (1,5 - 3,2)	26,1 (19,7 - 33,6)
Varenicline (1 mg/day)	3	2,1 (1,5 - 3,0)	25,4 (19,6 - 32,2)
Nicotine Inhaler	6	2,1 (1,5 - 2,9)	24,8 (19,1 - 31,6)
Clonidine	3	2,1 (1,2 - 3,7)	25,0 (15,7 - 37,3)
Bupropion SR	26	2,0 (1,8 - 2,2)	24,2 (22,2 - 26,4)
Nicotine Patch (6-14 weeks)	32	1,9 (1,7 - 2,2)	23,4 (21,3 - 25,8)
Long-Term Nicotine Patch (> 14 weeks)	10	1,9 (1,7 - 2,3)	23,7 (21,0 - 26,6)
Nortriptyline	5	1,8 (1,3 - 2,6)	22,5 (16,8 - 29,4)
Varenicline (2 mg/day)	5	3,1 (2,5 - 3,8)	33,2 (28,9 - 37,8)
Combination therapies			
Patch (long-term ; > 14 weeks) + ad lib NRT (gum or spray)	3	3,6 (2,5 - 5,2)	36,5 (28,6 - 45,3)
Patch + Bupropion SR	3	2,5 (1,9 - 3,4)	28,9 (23,5 - 35,1)
Patch + Nortriptyline	2	2,3 (1,3 - 4,2)	27,3 (17,2 - 40,4)
Patch + Inhaler	2	2,2 (1,3 - 3,6)	25,8 (17,4 - 36,5)
Patch + Second génération antidépresseurs (paroxetine, venlafaxine)	3	2,0 (1,2 - 3,4)	24,3 (16,1 - 35,0)

Recherche du Trouble Bipolaire

Dossier Tabac (CDT)

- Moral, anxiété (EVA/10)
- HAD - BDI - T Affectifs - Angst

Antécédents personnels

- Etats dépressifs : EDM, rechutes, TS, tolérance médiocre aux IRS
- Abus, dépendance, polytoxicomanies, périodes de « binge »
- Recherche d'épisodes d'hypomanie ou mixtes
- Tendance à la prise de risques

Antécédents familiaux Type I et II connus

- Evocateurs : TS et S
- Hospitalisations Psychiatriques
- Alcoolodépendance ou autres SPA

Mini Interview Psychiatrique (MNPI) et Consultation Spécialisée en Psychiatrie

TESTS DES TEMPERAMENTS AFFECTIFS (AKISKAL-HANTOUCHE)

Veuillez répondre en indiquant par une X dans les cases « Oui » ou « Non » à la question suivante
QUELS SONT LES ELEMENTS CARACTERISTIQUES DE VOTRE ETAT D'HUMEUR HABITUEL. ?

TEMPERAMENT CYCLOTHYMIQUE (Évocat : Oui - Total > 10)

	OUI	NON
1) Je me sens souvent fatigué(e) sans raison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Je ressens les émotions de façon particulièrement intense.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) J'ai des changements brutaux d'humeur et d'énergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Mes sentiments ou mon énergie sont « trop haut » ou « trop bas, rarement « entre deux ».....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Je me sens souvent déprimé(e) pendant quelques jours puis en pleine forme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Mes capacités de pensée varient beaucoup (par exemple entre avoir l'esprit vif ou confus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Je prends grand plaisir à d'autres personnes puis m'en désintéresse totalement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) J'ai tendance à exploser puis je m'en veux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) J'ai l'habitude de commencer des choses puis de m'en désintéresser complètement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Mon humeur change souvent sans raison.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Parfois je me sens bouillonnante(e) d'énergie et à d'autres moments très paresseux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Je peux être d'excellente humeur avant de m'endormir et me réveiller avec la sensation que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) On m'a fait remarquer que j'ai des périodes de pessimisme au cours desquelles j'oublie mes moments d'optimisme et d'enthousiasme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Ma confiance en moi-même varie d'un extrême à l'autre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) D'un jour à l'autre je peux être sociable, « boute en train » ou isolé (e), seul(e) dans mon coin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Mon besoin de sommeil est très variable, de quelques heures à plus de 9 heures par nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Je peux ressentir les choses de façon très vive ou au contraire très terne.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Je peux être triste et gai(e) en même temps.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) J'ai souvent tendance à « rêver » dans la journée à des choses que les gens considèrent irréalistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) J'ai parfois très envie d'avoir des comportements risqués ou scandaleux.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) Je suis tombé(e) fréquemment amoureux(se) dans ma vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tempérament Irritable

	OUI	NON
1) Je suis une personne grincheuse (irritable)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Je suis en permanence d'humeur insatisfaite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Je me plains beaucoup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Je suis assez critique vis-à-vis des autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Je me sens souvent à bout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Je me sens souvent remonté(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Je me sens mû(e) par une agitation désagréable que je n'arrive pas à comprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Je m'emporte souvent au point de tout rebuter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Quand je suis contrarié(e), je peux me bagarrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Les autres me disent que j'explose pour rien (sans qu'on me provoque)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Quand je suis en colère, je peux casser ou frapper quelqu'un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) J'aime taquiner les autres, même ceux que je connais à peine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Mon humour « mordant » m'a causé des ennuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Je peux être si furieux(se) au point de blesser quelqu'un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Je suis tellement jaloux(se) de mon conjoint (ou amoureux) que je n'arrive pas à tolérer ce sentiment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Je suis connu(e) pour jurer beaucoup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) On m'a dit que je devenais violent(e) après quelques verres d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Je suis assez sceptique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Je peux être révolutionnaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Ma pulsion sexuelle est souvent si intense qu'elle devient vraiment pénible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) (Femmes seulement) : J'ai des crises incontrôlables de colère juste avant mes règles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tempérament Dépressif

	OUI	NON
1) Je suis habituellement d'humeur triste ou mélancolique.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Je me considère comme quelqu'un de sérieux. On me dit que je ne vois pas le côté plaisant des choses.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) La vie est pour moi une corvée n'apportant que peu ou pas du tout de joie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Je suis souvent hanté(e) par des pensées désagréables, notamment en ce qui concerne le passé.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Je suis le genre de personne qui s'attend toujours au pire et qui se décourage facilement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Je suis souvent gêné(e) par des sentiments d'incapacité et d'échec.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) J'ai tendance à me rabaisser. Je me sens coupable et je me reproche des fautes mineures.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Mon rythme est lent, à tel point que je manque d'initiative et/ou d'énergie pour entreprendre des choses.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Je suis le genre de personne qui se sent le mieux quand elle poursuit avec régularité et persévérance les mêmes activités quotidiennes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Je parle peu et préfère, dans les discussions, écouter les autres.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Je répugne à exprimer mes sentiments ou mes opinions. Je m'en remets aux autres en les laissant décider pour moi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Je me sens mal à l'aise lorsque je rencontre de nouveaux visages. Je me sens mieux avec un petit nombre d'amis proches ou en famille.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Je suis facilement blessé(e), surtout par les critiques mineures et en particulier par le rejet d'autrui.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Je suis le genre de personne, sur qui les autres peuvent compter pour assumer une responsabilité qu'ils me confient.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Je suis le genre de personne qui se consacre aux autres, même au prix de mon propre sacrifice.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Je suis le genre de personne qui préfère avoir un emploi sûr, plutôt que d'être son propre patron.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Il est naturel pour moi d'être méticuleux(se) et de réaliser la majorité des tâches du mieux que je peux.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Je suis le genre de personne qui doute de tout et a tendance à critiquer à l'excès les autres (même sans l'exprimer).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) J'ai souvent une attitude acerbe et récriminatrice.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Mon intérêt pour le sexe est généralement faible, à tel point que je suis rarement perturbé(e) par des désirs ou des pensées sexuels.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) Je suis d'habitude gros(se) dormeur(se) (p. ex. besoin de plus de 9 heures de sommeil par nuit).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TESTS DES TEMPERAMENTS AFFECTIFS (AKISKAL - HANTOUCHE)

Veuillez répondre en indiquant par une X dans les cases « Oui » ou « Non » à la question suivante
QUELS SONT LES ELEMENTS CARACTERISTIQUES DE VOTRE ETAT D'HUMEUR HABITUEL. ?

TEMPERAMENT HYPERTHYMIQUE (Évocatueur : Oui - Total > 10)

	OUI	NON
1) Je suis habituellement d'humeur radieuse et battante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) La vie est une fête dont je jouis pleinement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) J'adore raconter des anecdotes. Les gens disent que je suis blagueur(se) de nature	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Je suis le genre de personne qui n'est pas gêne(e) par les obstacles. Je pense toujours toujours que tout finira par s'arranger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) J'ai pleinement confiance en mes propres capacités et talents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Mes idées sont tellement riches que mon entourage pourrait les estimer excessives ou irréalistes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Je suis toujours en action et n'arrête jamais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Je suis plein(e) d'énergie et capable d'accomplir un travail après l'autre sans même sentir la fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Je suis douée pour la parole. Je sais convaincre et inspirer les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Je suis prêt(e) à me lancer dans de nouveaux projets et de nouvelles activités que d'autres Pourraient considérer comme difficiles ou risquées.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Une fois que j'ai décidé d'agir, peu de choses peuvent m'empêcher d'arriver à mes fins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Je suis très à l'aise avec des gens que je connais à peine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Je recherche activement la compagnie d'autrui et à faire la fête avec eux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Je suis par nature une personne qui donne et qui dépense beaucoup pour les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) On me dit que je m'occupe trop des autres, parfois au point de me mêler de leur vie ou de leurs affaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) J'ai de l'intérêt et des capacités dans plusieurs domaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) J'estime avoir le droit et le privilège d'agir à ma guise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Je peux être triste et gai(e) en même temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) On me dit que je me mets facilement en colère. Les autres ne voient pas les choses comme je veux (cela peut même se terminer par une dispute ou une altercation).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Mon appétit sexuel est presque toujours assez fort. J'ai besoin de liaisons sexuelles multiples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) Je me contente généralement de peu de sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTO-QUESTIONNAIRE DE ANGST

Veuillez répondre en cochant les cases correspondantes Vrai/Faux, en pensant **aux derniers épisodes antérieurs** durant lesquels vous vous êtes senti « bien dans votre peau », heureux, agité ou irritable.

	Vrai	Faux
- Moins d'heures de sommeil.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Davantage d'énergie et de résistance physique.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Davantage de confiance en soi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Davantage de plaisir à faire plus de travail.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Davantage d'activités sociales (plus d'appels téléphoniques, plus de visites.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Plus de déplacements et voyages ; davantage d'imprudences au volant.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Dépenses d'argent excessives.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Comportement déraisonnable dans les affaires.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Surcroît d'activité (y compris au travail).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Davantage de projets et d'idées créatives.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Moins de timidité, moins d'inhibition.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Plus bavard que d'habitude.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Plus d'impatience ou d'irritabilité que d'habitude.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Attention facilement distraite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Augmentation des pulsions sexuelles.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Augmentation de la consommation de café et de cigarettes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Augmentation de la consommation d'alcool.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Exagérément optimiste, voire euphorique.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Augmentation du rire (farces, plaisanteries, jeux de mots, calembours).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Rapidité de la pensée, idées soudaines, calembours.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOMBRE TOTAL DE « VRAI »

Seuil de significativité : oui > 10

RECHERCHE DE LA BIPOLARITE
(Questionnaire validé par l'AFSSAPS)

EPISODE (hypo-) maniaque

- | | | | |
|--|-----|-----|----|
| <p>1) a Avez-vous déjà eu une période où vous vous sentiez tellement exalté(e) ou plein(e) d'énergie que cela vous a posé des problèmes ou que des personnes de votre entourage ont pensé que vous n'étiez pas dans votre état habituel ?
 <i>Ne pas perdre en compte les périodes survenant uniquement sous l'effet de drogues ou d'alcool. Si le patient ne comprend pas le sens d'exalté ou plein d'énergie, expliquer comme suit :
 Par exalté ou plein d'énergie, je veux dire être excessivement actif, excité, extrêmement motivé ou créatif ou extrêmement impulsif.</i>
 Si oui</p> | Non | Oui | 1 |
| <p>b Vous sentez-vous, en ce moment, exalté(e) ou plein(e) d'énergie ?</p> | Non | Oui | 2 |
| <p>2) a Avez-vous déjà eu une période où vous vous sentiez tellement irritable que vous en arriviez à insulter les gens , à hurler, voire à vous battre avec des personnes extérieures à votre famille ?
 <i>Ne pas perdre en compte les périodes survenant uniquement sous l'effet de drogues ou d'alcool.</i>
 Si oui</p> | Non | Oui | 3 |
| <p>b. Vous vous sentez-vous excessivement irritable en ce moment ?
 1-a ou 2-b sont-elles cotées OUI ?</p> | Non | Oui | 4 |
| <p>3) Si 1-b ou 2-b = oui : explorer seulement l'épisode actuel
 Si 1-b et 2-b = non : explorer l'épisode le plus grave</p> <p>Lorsque vous vous sentiez exalté(e), plein(e) d'énergie/irritable :</p> | | | |
| <p>a Aviez-vous le sentiment que vous auriez pu faire des choses dont les autres seraient incapables, ou que vous étiez quelqu'un de particulièrement important ?</p> | Non | Oui | 5 |
| <p>b Aviez-vous moins besoin de sommeil que d'habitude (vous sentiez-vous reposé(e) après seulement quelques heures de sommeil ?)</p> | Non | Oui | 6 |
| <p>c Parliez-vous sans arrêt ou si vite que les gens avaient du mal à vous comprendre</p> | Non | Oui | 7 |
| <p>d Vos pensées défilaient-elles si vite dans votre tête que vous ne pouviez pas bien les suivre ?</p> | Non | Oui | 8 |
| <p>e Etiez-vous si facilement distrait(e) que la moindre interruption vous faisait perdre le fil de ce que vous faisiez ou pensiez ?</p> | Non | Oui | 9 |
| <p>f Etiez-vous tellement actif(ve) ou aviez-vous une telle activité physique que les autres s'inquiétaient pour vous ?</p> | Non | Oui | 10 |
| <p>g Aviez-vous tellement envie de faire des choses qui vous paraissaient agréables ou tentantes que vous aviez tendance à en oublier les risques ou les difficultés qu'elles auraient pu entraîner (faire des achats inconsidérés, conduire imprudemment, avoir une activité sexuelle inhabituelle) ?</p> | Non | Oui | 11 |
| <p>Y a-t-il au moins trois Oui en 3) ou quatre si 1-a = Non (épisode passé)
 ou 1-b = Non (épisode actuel ?)</p> | Non | Oui | |
| <p>4) Les problèmes dont nous venons de parler ont-ils déjà persisté pendant au moins une semaine et ont-ils entraîné des difficultés à la maison, au travail, à l'école ou dans vos relations avec les autres ou avez-vous été hospitalisé(e) à cause de ces problèmes ?
 Coter Oui, si Oui à l'un ou l'autre</p> | Non | Oui | 12 |
| <p>4) est-elle cotée Non ?</p> | | | |
| <p>Si oui, spécifier si l'épisode exploré est actuel ou passé</p> | | | |
| <p>4) est-elle cotée Oui ?</p> | | | |
| <p>Si oui, spécifier si l'épisode exploré est actuel ou passé</p> | | | |

Non	Oui
Episode hypomaniaque	
Actuel	<input type="checkbox"/>
Passé	<input type="checkbox"/>
Non	
Oui	
Episode hypomaniaque	
Actuel	<input type="checkbox"/>
Passé	<input type="checkbox"/>

Un épisode dépressif majeur peut en cacher un autre :
comment reconnaître un Trouble Bipolaire ?

Sémiologie de l'Épisode Dépressif

- ☐ Humeur réactive
- ☐ Attitude pseudo-hystérique
- ☐ Demande d'aide excessive
- ☐ Trop de plaintes somatiques
- ☐ Hypersomnie et/ou hyperphagie
- ☐ Sentiments excessifs de culpabilité
- ☐ Tension intérieure (agitation psychique)
- ☐ Colère ou irritabilité excessives
- ☐ Jalousie ou paranoïa excessives
- ☐ Attention difficile (patient distrait)
- ☐ Pensées rapides
- ☐ Idées suicidaires, obsédantes
- ☐ Obsessions agressives, sexuelles
- ☐ Libido augmentée
- ☐ Éléments psychotiques (délire, hallucinations)
- ☐ Aggravation nocturne des symptômes

Évolution et complications

- ☐ Début précoce de l'épisode dépressif majeur (< 26 ans)
- ☐ Survenue de l'épisode dépressif majeur en post-partum
- ☐ Récurrence dépressive importante
- ☐ 4 épisodes thymiques ou plus par an (cycles rapides)
- ☐ Tentatives de suicide graves ou récurrents
- ☐ Consommation excessive de substances (ou dépendance)

Biographie et histoire familiale

- ☐ Biographie « orageuse »
- ☐ Sensibilité excessive au rejet (ou à l'abandon)
- ☐ Humeur labile persistante
- ☐ Traits cyclothymiques (« des Hauts et des Bas »)
- ☐ Histoire familiale de Trouble Bipolaire ou de suicide

Réactivité au traitement antidépresseur

- ☐ Rémission ultrarapide de l'épisode dépressif majeur
- ☐ Virage hypomaniaque
- ☐ Insomnie rebelle aux hypnotiques
- ☐ Aggravation paradoxale avec agitation
- ☐ Survenue de pulsions suicidaires
- ☐ Résistance à plus de 2 essais de traitement d'antidépresseurs à dose efficace et durée suffisante

Au moins 2 items positifs

☐ oui ☐ non

Au moins 1 item positif

☐ oui ☐ non

Au moins 1 item positif

☐ oui ☐ non

Au moins 1 item positif

☐ oui ☐ non

Si plusieurs des cases « Oui » sont cochées dans les encadrés à droite, veuillez faire remplir au patient, l'auto-questionnaire d'« Hypomanie de Angst » ci-joint. Une note totale de 10 ou plus sur ce score doit faire évoquer, selon certains auteurs, le diagnostic de Trouble Bipolaire à confirmer par un examen clinique approfondi.*

*Hantouche EG, Kochman F, Demonfaucon C, Barrot I, Millet B, Lancrenon S, Akiskal HS. Bipolar obsessive-compulsive disorder : confirmation of results of the « ABC-OCD » survey in 2 populations of patient members versus non-members of an association. *Encéphale*, 2002 Jan-Feb ; 28(1) : 21-8

QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DE L'ETAT D'ANXIETE-DEPRESSION (HAD)

Ce questionnaire a pour but de nous aider à mieux percevoir ce que vous ressentez. Lisez chaque question et entourez la réponse qui convient le mieux à ce que vous avez ressenti ces derniers jours. Donnez une réponse rapide : votre réaction immédiate est celle qui convient le mieux à votre état.

A. Je me sens tendu, énervé : -la plupart du temps -souvent -de temps en temps -jamais	3 2 1 0	D. Je me sens gai et de bonne humeur : -jamais -rarement -assez souvent -la plupart du temps	3 2 1 0	A. J'ai la bougeotte et je ne tiens pas en place : -oui, c'est tout à fait le cas -un peu -pas tellement -pas du tout	3 2 1 0
D J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent habituellement : -oui, toujours -pas autant -de plus en plus rarement -presque plus du tout	0 1 2 3	A. Je peux rester tranquillement assis au repos et me sentir détendu : -jamais -rarement -oui, en général -oui toujours	3 2 1 0	D. Je me réjouis à l'avance de faire certaines choses : -comme d'habitude -plutôt moins qu'avant -beaucoup moins qu'avant -pas du tout	0 1 2 3
A. J'ai une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver : -oui, très nettement -oui, mais c'est pas trop grave -un peu, mais cela ne m'inquiète pas -pas du tout	3 2 1 0	D. Je me sens ralenti : -presque tout le temps -très souvent -quelquefois -jamais	3 2 1 0	A. J'éprouve des sensations soudaines de panique : -très souvent -assez souvent -rarement -jamais	3 2 1 0
D. Je sais rire et voir le côté amusant des choses -toujours autant -plutôt moins -nettement moins -plus du tout	0 1 2 3	A. J'éprouve des sensations de peur et comme une boule dans la gorge : -très souvent -assez souvent -parfois -jamais	3 2 1 0	D. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou un bon programme radio ou télévision : -souvent -parfois -rarement -presque jamais	0 1 2 3
A. Je me fais du souci : -très souvent -assez souvent -occasionnellement -très occasionnellement	3 2 1 0	D. J'ai perdu l'intérêt pour mon apparence : -totalement -je n'y fais plus attention -je n'y fais plus assez attention -j'y fais attention comme d'habitude	3 2 1 0	L'échelle HAD a été mise au point et validée pour fournir aux médecins non psychiatres un test de dépistage des troubles psychologiques les plus communs : anxiété et dépression. Elle permet d'identifier l'existence d'une symptomatologie et d'en évaluer la sévérité. La note de 8 constituerait un seuil optimal pour anxiété et dépression. On peut également retenir le score global (A+D) = le seuil serait alors de 19 pour les épisodes dépressifs majeurs et de 13 pour les états dépressifs mineurs.	

RECHERCHE DU RISQUE SUICIDAIRE

Risque suicidaire

A) Au cours du mois écoulé, avez-vous :

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|---|
| 1 | Pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e) ou souhaité être mort(e) ? | NON | OUI | 1 |
| 2 | Voulu vous faire du mal ? | NON | OUI | 2 |
| 3 | Pensé à vous suicider ? | NON | OUI | 3 |
| 4 | Etabli la façon dont vous pourriez vous suicider ? | NON | OUI | 4 |
| 5 | Fait une tentative de suicide ? | NON | OUI | 5 |

B) Au cours de votre vie :

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|---|
| 6 | Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ? | NON | OUI | 6 |
|---|--|-----|-----|---|

Y a-t-il au moins un OUI ci-dessus

NON OUI

Risque suicidaire
actuel

Si OUI, spécifier le niveau du risque suicidaire comme ci dessous :

Léger ☐
Moyen ☐
Elevé ☐

1 ou 2 ou 6 = OUI : léger
3 ou (2+6) = OUI : moyen
4 ou 5 ou (3+6) = OUI : élevé

DEPISTAGE

ÉCHELLE D'AUTO-ÉVALUATION HAD

Veuillez entourer les scores qui vous concernent

1. *Je me sens tendu, énervé*
 - La plupart du temps 3
 - Souvent 2
 - De temps en temps 1
 - Jamais 0
2. *J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent*
 - Oui, toujours 0
 - Le plus souvent 1
 - De plus en plus rarement 2
 - Tout est plus difficile 3
3. *Je me sens ralenti*
 - Pratiquement tout le temps 3
 - Très souvent 2
 - Quelquefois 1
 - Pas du tout 0
4. *J'éprouve des sensations d'angoisse et j'ai une boule dans la gorge ou l'estomac noué*
 - Très souvent 3
 - Assez souvent 2
 - Parfois 1
 - Jamais 0
5. *J'ai perdu l'intérêt pour mon apparence*
 - Totalement 3
 - Je n'y fais plus attention 2
 - Je n'y fais plus assez attention 1
 - J'y fais attention comme d'habitude 0
6. *J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place*
 - Oui, c'est tout à fait le cas 3
 - Un peu 2
 - Pas tellement 1
 - Pas du tout 0
7. *J'envisage l'avenir avec optimisme*
 - Comme d'habitude 0
 - Plutôt moins qu'avant 1
 - Beaucoup moins qu'avant 2
 - Pas du tout 3
8. *J'ai une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver*
 - Oui, très nettement 3
 - Oui, mais ce c'est pas trop grave 2
 - Un peu, mais cela ne m'importe pas 1
 - Pas du tout 0
9. *Je sais rire et voir le bon côté des choses*
 - Toujours autant 0
 - Plutôt moins 1
 - Nettement moins 2

- Plus du tout 3
- 10. *Je me fais souvent du souci*
 - Très souvent 3
 - Assez souvent 2
 - Occasionnellement 1
 - Très occasionnellement 0
- 11. *Je me sens heureux*
 - Jamais 3
 - Pas souvent 2
 - Quelquefois 1
 - La plupart du temps 0
- 12. *Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir heureux*
 - Jamais 3
 - Rarement 2
 - Oui, en général 1
 - Oui, quoiqu'il arrive 0
- 13. *Je m'intéresse à la lecture d'un bon livre ou à un bon programme radio ou télé*
 - Souvent 0
 - Assez souvent 1
 - Rarement 2
 - Pratiquement jamais 3
- 14. *J'éprouve des sensations soudaines de panique*
 - Très souvent 3
 - Assez souvent 2
 - Rarement 1
 - Jamais 0

GRILLE D'ÉVALUATION

Anxiété		Dépression	
N° question	Score	N° question	Score
1		2	
4		3	
6		5	
8		7	
10		9	
12		11	
14		13	
Total anxiété		Total dépression	

(un score > 12 pour l'anxiété et > 8 pour la dépression aurait valeur indicative)

synthèse

Au total

- Le tabagisme est un marqueur de vulnérabilité psychiatrique
- > 40% des cigarettes sont fumées par des patients en souffrance psychiatriques
- Impact épidémiologique et sanitaire majeur
- Soubassements étiopathogéniques complexes
- Évaluation de l'intérêt sanitaire de la réduction de consommation
- Des étapes à respecter
- Les traitements et les outils du sevrage gagnent à être davantage proposés chez les patients souffrant de troubles psychiatriques....
- Des patients qui ont tout à y gagner

Comment aider les patients psychiatriques à arrêter de fumer?

- Encourager activement une démarche d'arrêt, exploiter toute fenêtre d'opportunité
- La PEC doit être pluridisciplinaire (psy, med généralistes, IDE, tabacologues, diététicien...): intérêt de la stabilité de la maladie pour le succès de l'arrêt
- Le syndrome de sevrage peut aggraver temporairement la symptomatologie psychiatrique
- Envisager un traitement pharmacologique intensif
 - Substitution Nicotinique
 - Bupropion
 - Varénicline
- Organiser un suivi rapproché
- la maîtrise du poids doit faire partie du programme
- Envisager une approche souple

PRISE EN CHARGE DU FUMEUR DIFFICILE
(d'après J. perriot)

EVALUATION DE LA MOTIVATION A L'ARRET

oui

Evaluation de la dépendance :
test de Fagerström (FTND)
et consommation (cig/jour)

SEVRAGE TABAGIQUE

Evaluer (terrain, comorbidités associées, antécédents de sevrage, réponses aux traitements...)
PUIS TRAITER :

THERAPEUTIQUES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX :

- TNS (TD + FO – Adaptation posologique/dosage cotinine)
- VARENICLINE
- BUPROPION
- AUTRES dont MEDICAMENTS DU « CRAVING ».

non

Entretien Motivationnel

+

Réduction de consommation aidée par TNS

ET

**Identification de troubles anxio-dépressifs ou bipolaires
et/ou co-addictions de SPA.**

**Trouble anxio-dépressif ou
bipolaire :**

Compensation du trouble et
réduction de consommation
(TNS)

Co-addiction à une SPA

Prise en charge et réduction de
consommation (TNS)
puis arrêt complet
ou sevrage d'emblée tabac +
autre SPA

SEVRAGE TABAGIQUE

SUIVI > 12 MOIS – STRATEGIE DE PREVENTION DE LA RECHUTE

La e-cigarette

Anatomie d'une e-cigarette

L'e-cigarette comporte trois parties principales contenues dans une enveloppe plastique ou métallique (voir Figure 1) :

- une pile,
- une cartouche,
- un atomiseur.

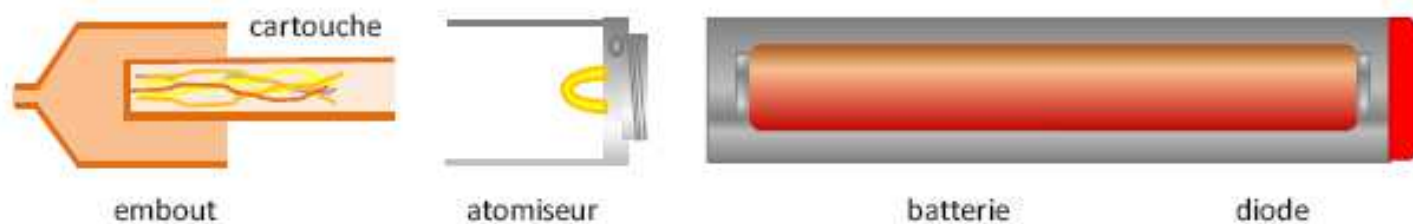


FIGURE 1 : ANATOMIE D'UNE E-CIGARETTE

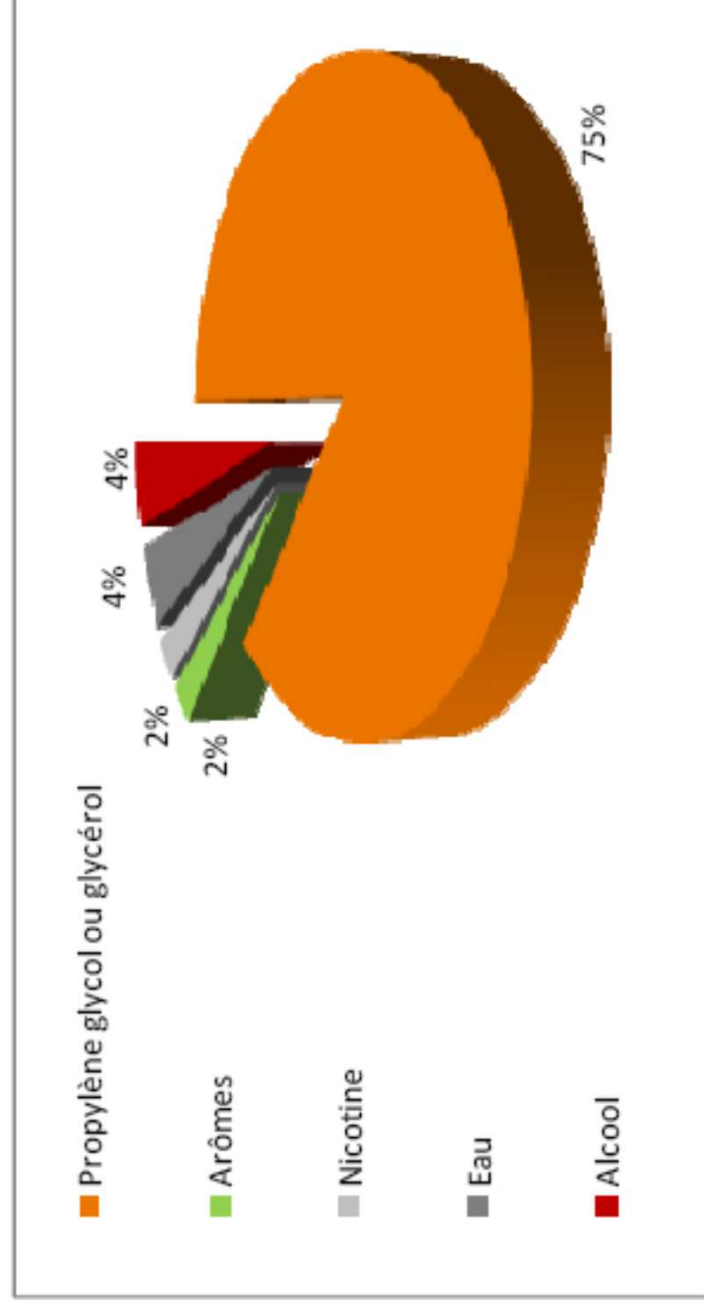


FIGURE 7 : EXEMPLE DE COMPOSITION D'UN E-LIQUIDE EN 2003

Quels sont les effets des e-cigarettes sur la santé ?

I - Données scientifiques



Michel Underner - Poitiers

La vapeur des e-cigarettes contient 9 à 450 fois moins de substances toxiques que la fumée des cigarettes ordinaires

Substances chimiques	Cigarettes ordinaires µg [fumée du courant principal]	E-cig. µg / 15 bouffées	Ratio moyen (cig. vs. e-cig.)
Formaldéhyde	1,6-52	0,20-5,61	9
Acétaldéhyde	52-140	0,11-1,36	450
Acroléine	2,4-62	0,07-4,19	15
Toluène	8,3-70	0,02-0,63	120
Nitrosamines (NNN)	0,005-0,19	0,00008-0,0043	380
Nitrosamines (NNK)	0,012-0,11	0,00011-0,00283	40

Goniewicz ML. et al. *Tob Control* 2013 Mar 6.

Comparaison de l'aérosol des e-cigarettes et des cigarettes ordinaires

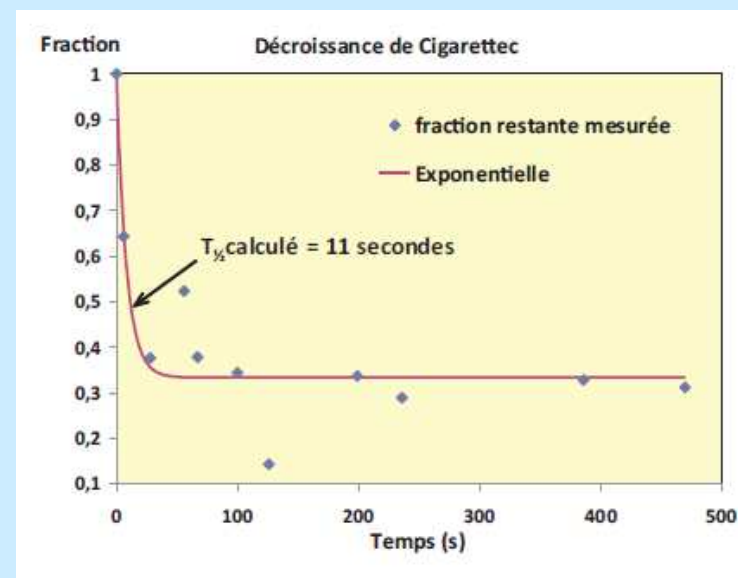
La demi-vie des particules de l'aérosol
dans l'air du courant principal est de :

- **18 mn pour la cigarette ordinaire**

=> risque important de tabagisme
passif

- **11 secondes pour l'e-cig.**

(évaporation rapide) => pas de
risque réel de « tabagisme /
vapotage passif »



E-cigarette (Cigarettec*)

Bertholon JF, Becquemin MH, Roy M, Roy F, Ledur D, Annesi Maesano I,
Dautzenberg B. *Rev Mal Respir* 2013 ; 30 : 752-7.

« Qu'inhale-t-on en vapotant ? »

Tabac: 5000 substances, dont 80 cancérogènes,

(11 classés majeurs par le CIRC)

E-Cigarette: Une vingtaine de substances

- Les 5 principales (déjà précédentes)
- Produits de dégradation de chauffe (liquide, résistance, mèche..), traces d'impuretés associées à la nicotine et microparticules (formaldéhyde, acétaldéhyde, acroléine, toluène, nitrosamines...) et de dégradation des arômes (diacétyle)

Toutes présentes aussi dans la fumée, mais taux **10 à 500 x fois moindres**

**Il faut vapoter 1 an pour inhaler l'équivalent toxique
d'une journée de tabagisme !**

(Pr B. Dautzenberg, pneumologue, Hôpital de la Salpêtrière, SFT)

« Est- ce que c'est contrôlé ? »

De plus en plus !

2 normes éditées en avril 2015

XP D90-300-1 sur l'appareil: risques de surchauffe, explosion, fuites de liquide...

XP D90-300-2 concerne les e-liquides: sécurité (bouchon) et composition (+ étiquetage): interdiction sucres, huiles, mercure et plomb, limitation des impuretés... **Propylène glycol et glycérol de qualité pharmaceutique**



1 norme éditée en mars 2016: **XP D90-300-3** (aucune certif à ce jour)

sur la caractérisation des émissions inhalées: substances chimiques à rechercher telles que la nicotine, le diacétyle, le formaldéhyde, l'acétaldéhyde, l'acroléine, le plomb, l'antimoine, l'arsenic, le nickel, le chrome et le cadmium.

1 norme en cours

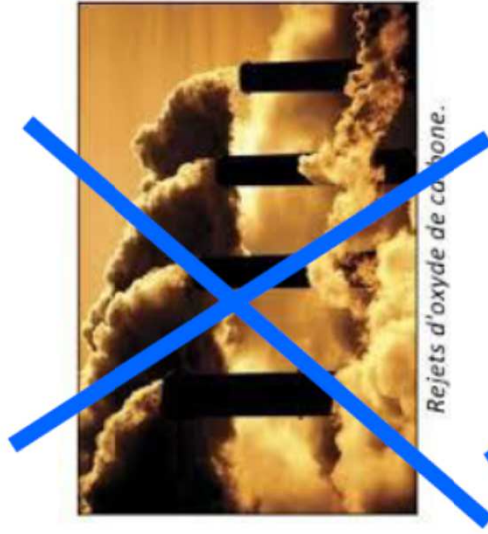
sur les spécifications qualité des boutiques de distribution

Conformité volontaire à un cahier des charges

Tire le niveau de qualité vers le haut

« Est-elle moins dangereuse que le tabac? »

Clairement OUI !



Pas de combustion =
Oxyde de carbone: absent
Peu d'impact cardio-vasculaire



Goudrons: absents
Nitrosamines: 200 fois moins
Nanoparticules: 2000 fois moins
Peu d'impact cancérigène

Sauf si on vapote à sec ! E-cig en surchauffe: Formaldéhydes et acroléine ++

« Et pour les femmes enceintes...? »



- Pas d'études chez la femme enceinte en termes de toxicité pour le fœtus.
- Rares études de prévalence
8 % parmi les fumeuses enceintes dans une étude à Lille (87 femmes) Chloé LEROY, 2015, E-cigarette et grossesse, Mémoire de maïeutique
- Risque d'expositions cutanée et orale accidentelles graves

Usage déconseillé par l'OMS chez la femme enceinte:

Aucune donnée sur les conséquences sur la santé reproductive, ni sur l'exposition à la E-cigarette pour le fœtus . (Rapport de l'OMS 21 juillet 2014)

En pratique: Le débat reste ouvert ! Bien moins toxique que le tabac++
MAIS 2 problèmes:

- Si voltage excessif: Risque de production acroléine
- Si usage « permanent »: Absorption accrue de nicotine (cf cotinine urinaire)

La 1^{ère} étude d'envergure chez les femmes enceintes débute en [2017 en Ecosse](#) (suivi BB 2 ans): sur efficacité/ tolérance

La réduction des risques

- **La réduction des risques** suppose de partir de la **réalité des personnes**, de leurs pratiques de consommation, des dommages qu'elles souhaitent réduire et des bénéfices qu'elles souhaitent conserver. C'est à partir de cette réalité que l'on peut **adapter les outils et les réponses aux risques** pris par les usagers.
- Et c'est un moyen important de **faire accéder aux soins**
(Fédération addiction, juin 2017: Réduire les risques: Ethique, posture et pratiques)
- Indiscutablement la E-cig est **moins « dommageable »** pour la santé, ce qu'a confirmé le Haut Cté en Santé publique, en 2014 et 2016.
- Les messages véhiculés dans ce milieu **renforcent la lutte** contre le tabagisme
- L'expertise pratique qu'elle nécessite favorise le regroupement des utilisateurs et leurs échanges, avec un **sentiment d'appartenance**

Positions des Instances médicales...

Afssaps/ANSM, mai 2011
Danger de la nicotine: ne pas utiliser les cigarettes électroniques

HAS, Reco 2013, revue en 2014:
« Ne pas recommander le recours à la E-cigarette, ms ne pas décourager ceux qui l'utilisent déjà » !

HCSP, avril 2014:

(Haut Conseil de Santé Publique)

- Faible efficacité
- Renormalisation du tabagisme

Février 2016: Est une aide au sevrage tabagique...



OMS, août 2014: Recommande restrictions d'utilisation, souligne les risques d'accidents, le danger pour les femmes enceintes, et la neuro-toxicité de la nicotine

OFT, avril 2014:

(Office Fr. contre tabagisme),

Recos de médecins spécialistes:

- Utilité de la E-cigarette ds le sevrage
- Préconisations pratiques pour les médecins

Académie de médecine, mars

2015: Souhaite l'émergence d'une E-cigarette « médicament » ! Et son remboursement

Quelle est la situation en France actuellement ?



- **24% de la population générale** (18-75 ans) a expérimenté
- 3%= vapoteurs quotidiens
- À 17 ans, plus de un adolescent sur deux (53 %) a déjà expérimenté la cigarette électronique
- (OFDT, Drogues, chiffres clé juin 2017)
- **60 % des fumeurs réguliers l'avaient déjà essayé en 2014** (*Baromètre santé juin 2015*)
- 80 % des vapoteurs ont réduit leur tabagisme avec CE (*INVS-Bull épid.hebdo mai 2015*)
- Engouement certain au cours de l'année 2013 et déclin des ventes de tabac et de substituts nicotiniques...et des consultations ! (*INPES- Sept 2014*)

Le « Throat-hit », c'est quoi ?



- Comme la cigarette, l'e-cig. provoque le « *Throat-hit* » : picotement dans la gorge lors de l'impaction de la vapeur
- Cette sensation est recherchée par certains fumeurs et « vapoteurs »
- Causes possibles :
 - Dessèchement de la gorge par le propylène glycol
 - Irritation de la gorge par la nicotine, l'alcool et/ou certains arômes (poivre, piment, menthol)

Effets à court terme les plus cités

	Effets négatifs	Effets positifs
Stomatologiques (bouche)	Irritation, sécheresse, goût métallique	Meilleure haleine
ORL (gorge)	Irritation, brûlure, douleurs, sécheresse	« Throat hit »
Respiratoires	<ul style="list-style-type: none">- Toux sèche- Irritation, sensation de brûlure, douleurs (bronches, poumons, thorax)	<ul style="list-style-type: none">- Amélioration : souffle, respiration, asthme, bronchites, BPCO- Diminution : toux et expectoration

Hua M. et al. *J Med Internet Res* 2013 ; 15 : e59.

« La E-cigarette efficace pour arrêter de fumer ? »



Résultats mitigés...mais encourageants

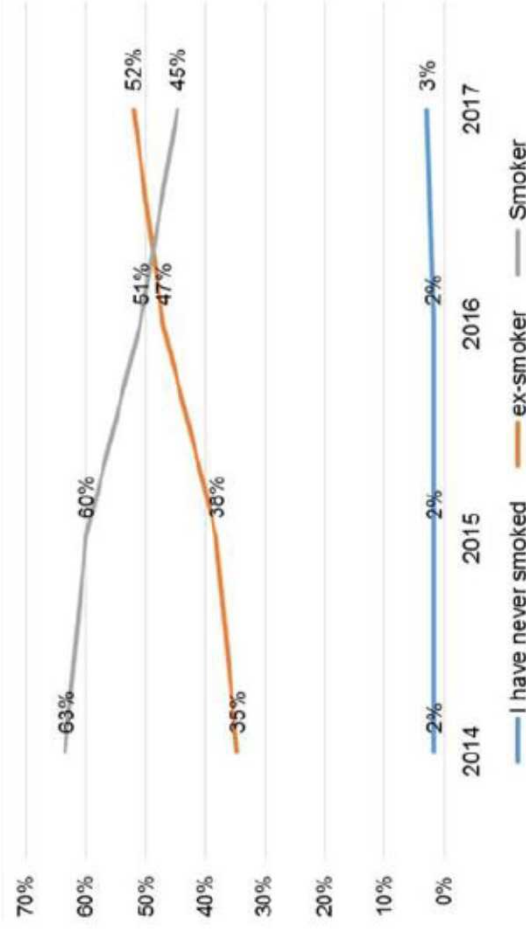
Etude 2013: Environ 10 % arrêtent le tabac pendant au moins 6 mois (*Bullen et al, the Lancet 2013*)

Baromètre santé 2014, La E-cigarette permet de réduire la consommation de tabac
(diminution moyenne de 9 cig/j)

Etude 2016: Devenir à 2 ans d'1 cohorte de fumeurs italiens :

- 23,1% ont arrêté de fumer ;
 - 17,5% ont arrêté de fumer et de vapoter ;
 - 5,6% sont devenus vapoteurs exclusifs ;
- 1,2% sont devenus vapofumeurs ;
- 75,6% restent fumeurs

Lamberto Manzoli, Cohort study of electronic cigarette use: effectiveness and safety at 24 months Tob Control , june 2016



Baromètre anglais 2017: révèle que pour la 1^{ère} fois, il y a parmi les vapoteurs britanniques: plus d'ex-fumeurs que de fumeurs

Règlementation: où en est-on ? Décret du 25/04/17

- A partir du **1er octobre 2017**, il sera **interdit de vapoter** dans certains lieux publics, notamment les transports en commun, les écoles, les lieux de travail fermés et couverts à usage collectif et les open spaces.
- **Vapoter n'est pas interdit dans les « locaux qui accueillent du public »**. C'est le cas des stades, des bars, des restaurants, des hôtels, des administrations publiques et des **hôpitaux**.
- *Sauf si arrêté municipal ou précision su règlement intérieur de l'établissement.*

Si interdit, l'amende s'élèvera à 35 euros pour le vapoteur (et 68 euros pour le responsable du lieu, s'il n'a pas installé la signalisation en rigueur).
- **Interdiction de publicité** directe et indirecte pour les produits du vapotage



Conclusion (1)

La vapeur des e-cig. est moins toxique
que la fumée des cigarettes

Fumée de cigarette		Pathologies		Vapeur de e-cig.
Nicotine ++	→	Addiction	←	Nicotine ++ (si présente)
Carcinogènes +++	→	Cancers	←	Carcinogènes = traces
CO +++	→	Maladies cardio-vasculaires	←	CO = non
Irritants +++	→	Irritation BPCO	← - -	Irritants +/- (bouche, gorge, bronches)

Rapport et avis d'experts sur l'e-cigarette - OFT – Mai 2013

Merci pour votre attention

Remerciements:

Jean Perriot

Michel Underner

Bertrand Dautzenberg