

Prise en charge du tabagisme chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques

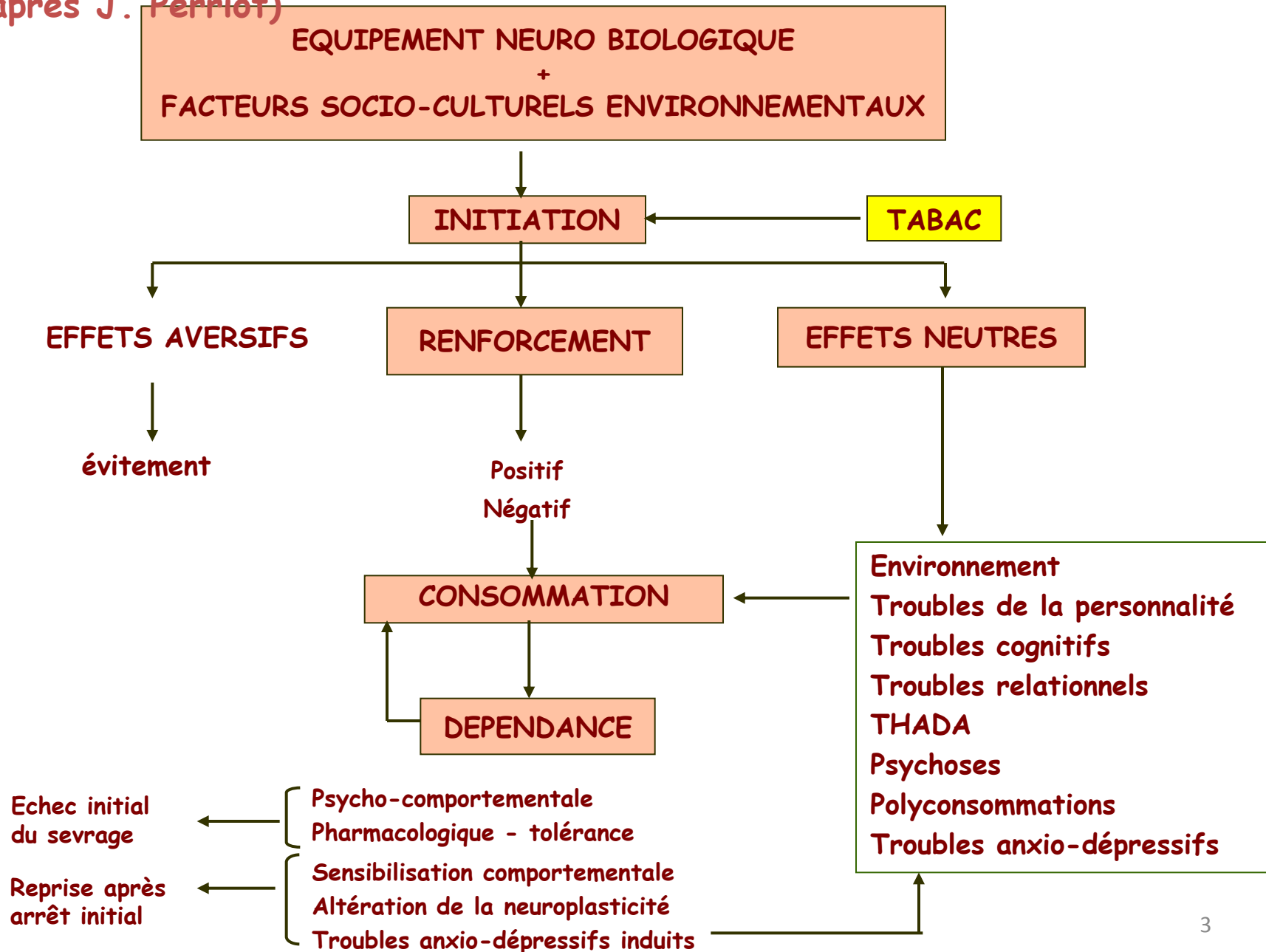
Dr Véronique Boute Makota, Dr Audrey Schmitt
CHU Clermont-Ferrand
aschmitt@chu-clermontferrand.fr

29 mai 2013

Plan

- Données épidémiologiques
 - Tabagisme et comorbidités psychiatriques
 - Tabagisme et suicide
- Données étiopathogéniques
- Repérage et aspects thérapeutiques
 - Troubles de l'humeur et tabac
 - Troubles anxieux et tabac
 - Tabac et co-addictions
 - Schizophrénie et tabac
- Cas clinique

INSTALLATION ET DEVELOPPEMENT DE LA DEPENDANCE TABAGIQUE (D'après J. Perriot)



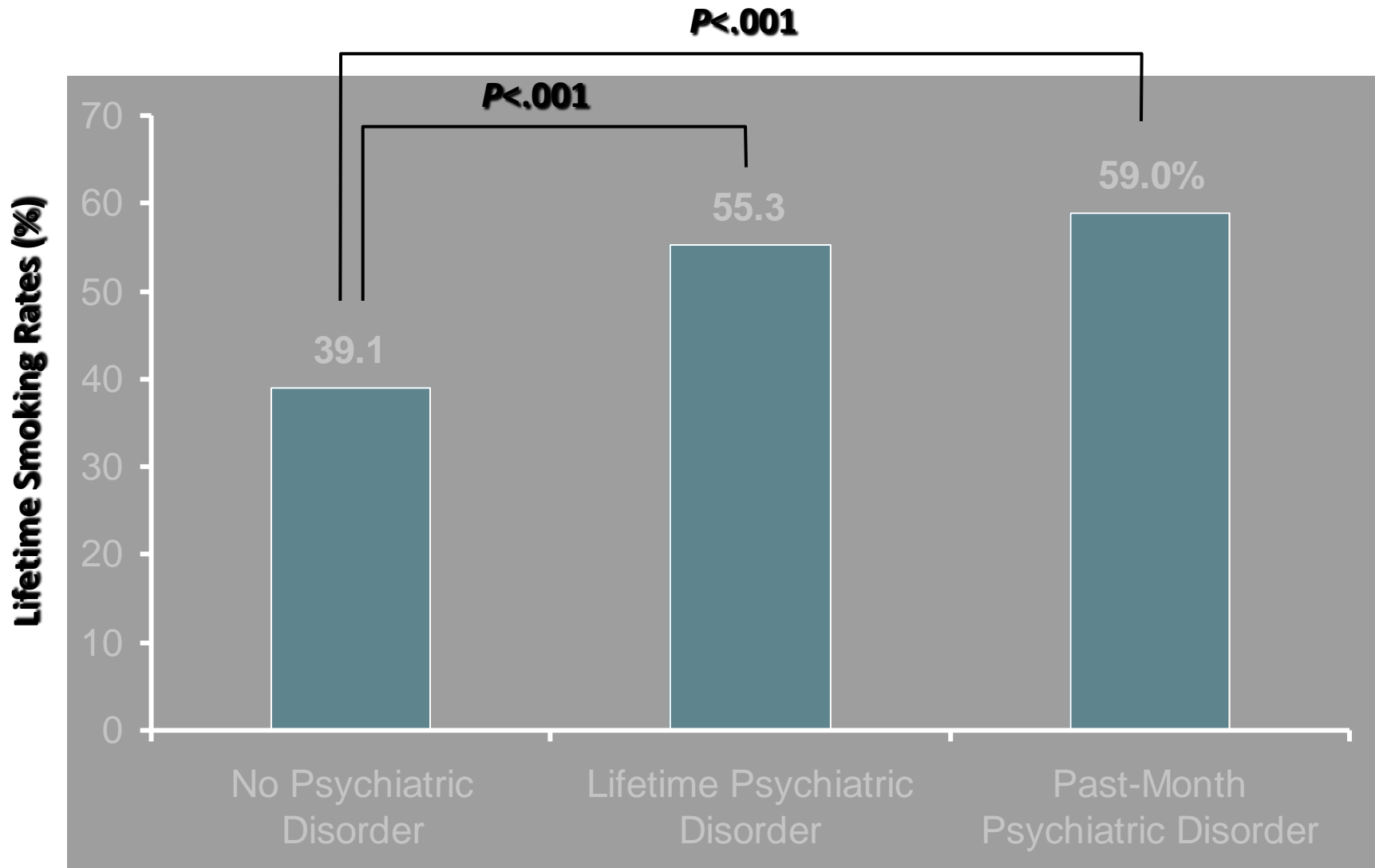
Dépendance au tabac et psychiatrie: problématique...

- 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

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

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



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.

Fréquence du Tabagisme en population psychiatrique

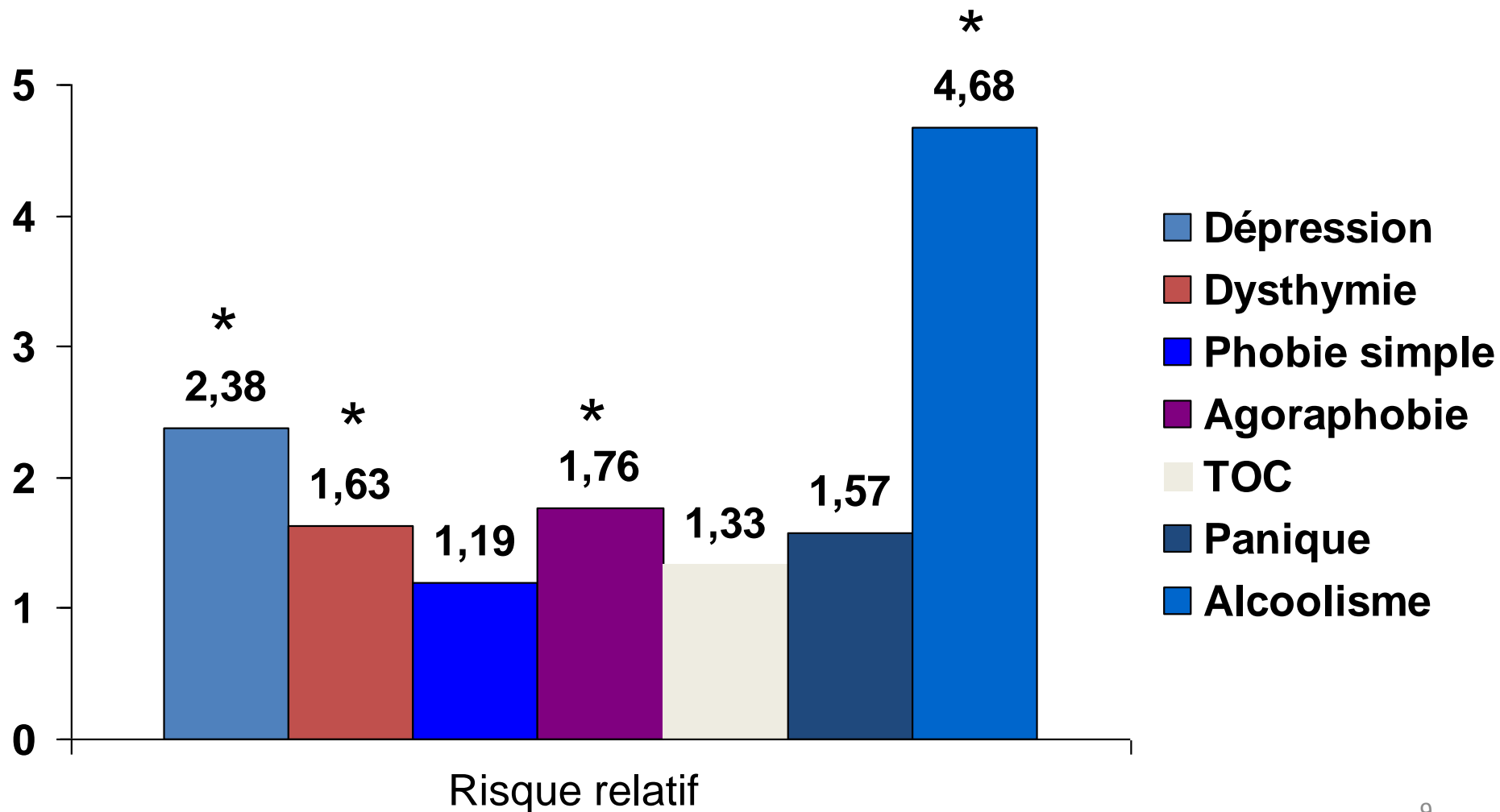
Glassman AH, et al (1990). Enquête ECA (St Louis Epidemiologic Catchment Area Survey of the National Institute of Mental Health)

*Prévalence vie entière
Abus ou dépendance à un produit*

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

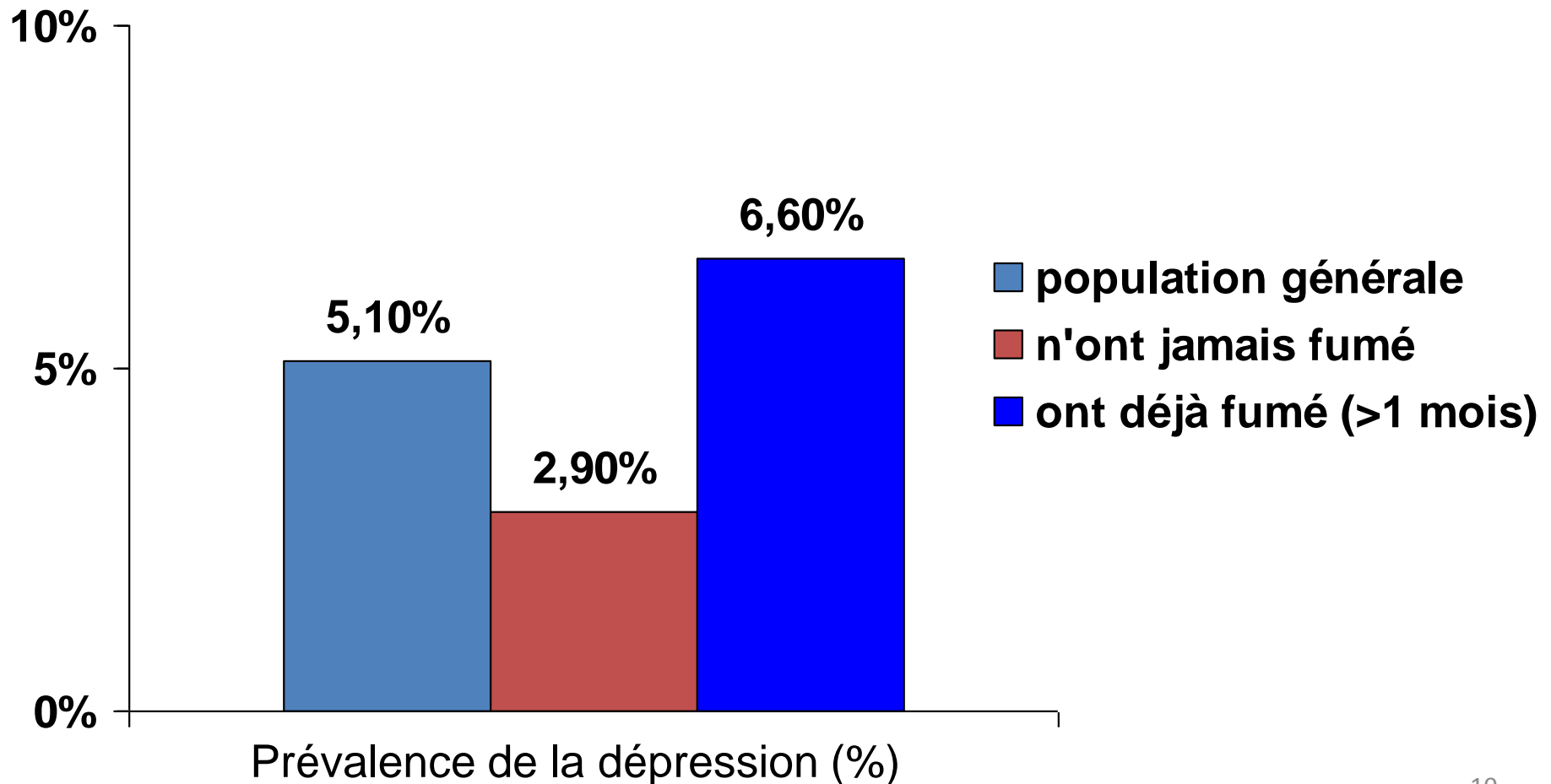
Risque relatif de dépendance tabagique pour quelques pathologies psychiatriques

Glassman et al, JAMA, 1990



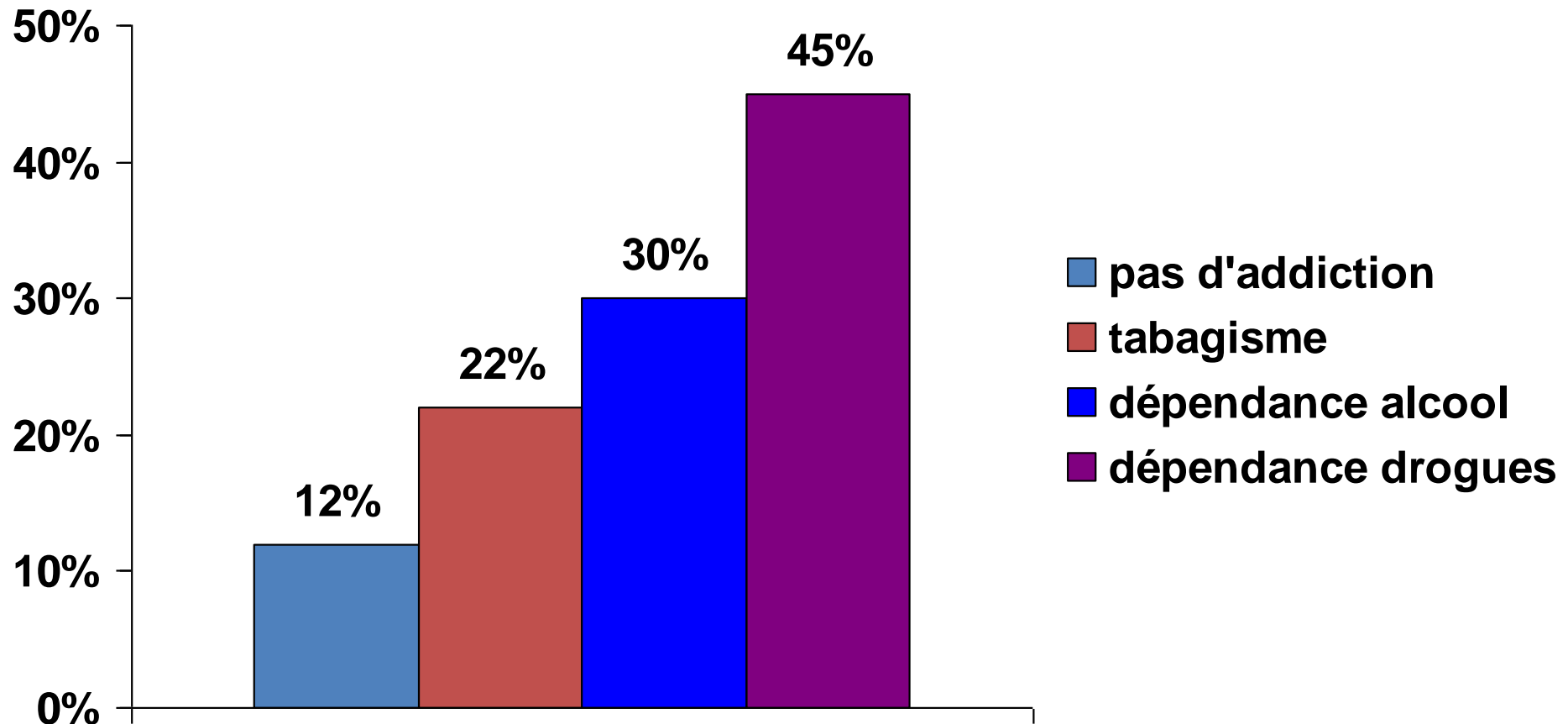
Prévalence de la Dépression

Glassman et al (1990) JAMA



Comorbidité psychiatrique population générale

Farrell et al (2001) Br J Psychiatry



Risque de Tr. Psy. en fonction de dépendance

Schumann A, et al. Eur Addict Res 2004

Population générale : 4075 sujets - âge moyen 42 ans
F. actuels 37 % dont 39 % dépendants (DSM IV)

F. dépendants vs F. non dépendants (DSM IV)

	O.R		O.R
<u>Tr. de l'humeur</u>	1,9	<u>Tr. anxieux</u>	2,1
Dépr. majeure	1,7	Anx. génér.	1,8
Dysthymie	1,5	Phobie Sociale	2
Tr. bipolaire I et II	4,7	Tr. panique	2,2
		Agoraphobie	1,6

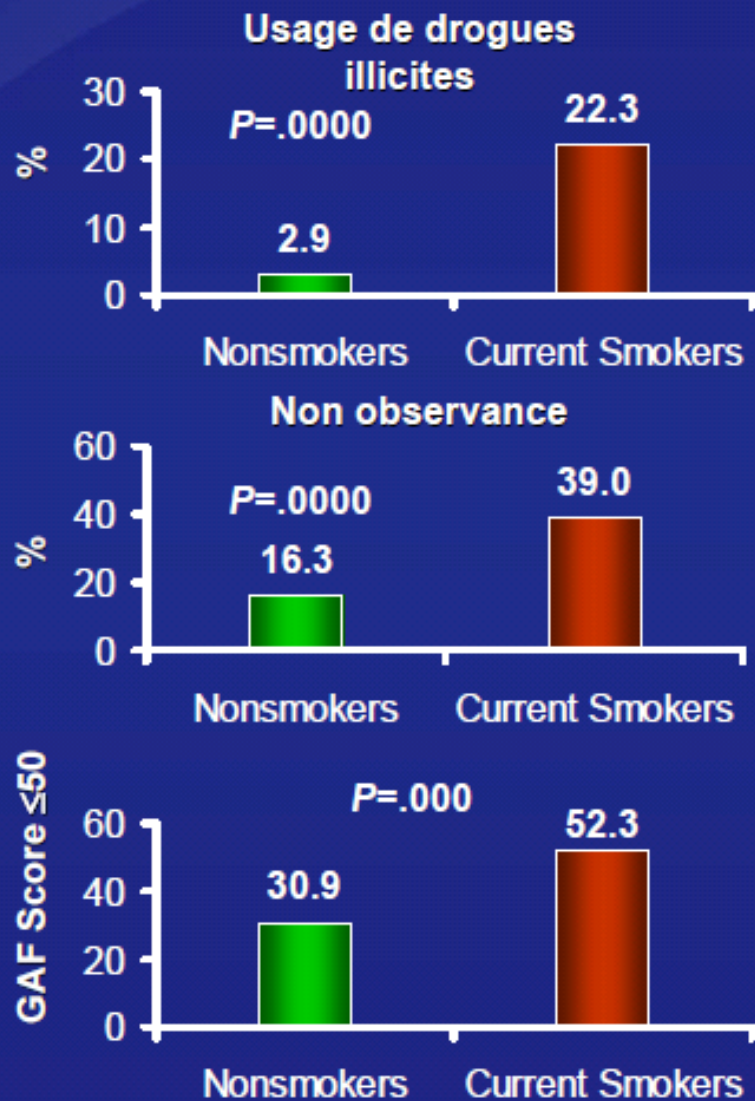
Valeur pronostique de la dépression chez les fumeurs - CES D (0 - 60)

Anda R, et al. JAMA 1990

Pourcentage d'arrêt	à 4 ans	à 9 ans
Etat dépressif présent à J 0	4 %	10 %
Absence d'état dépressif à J 0	8 %	18 %

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



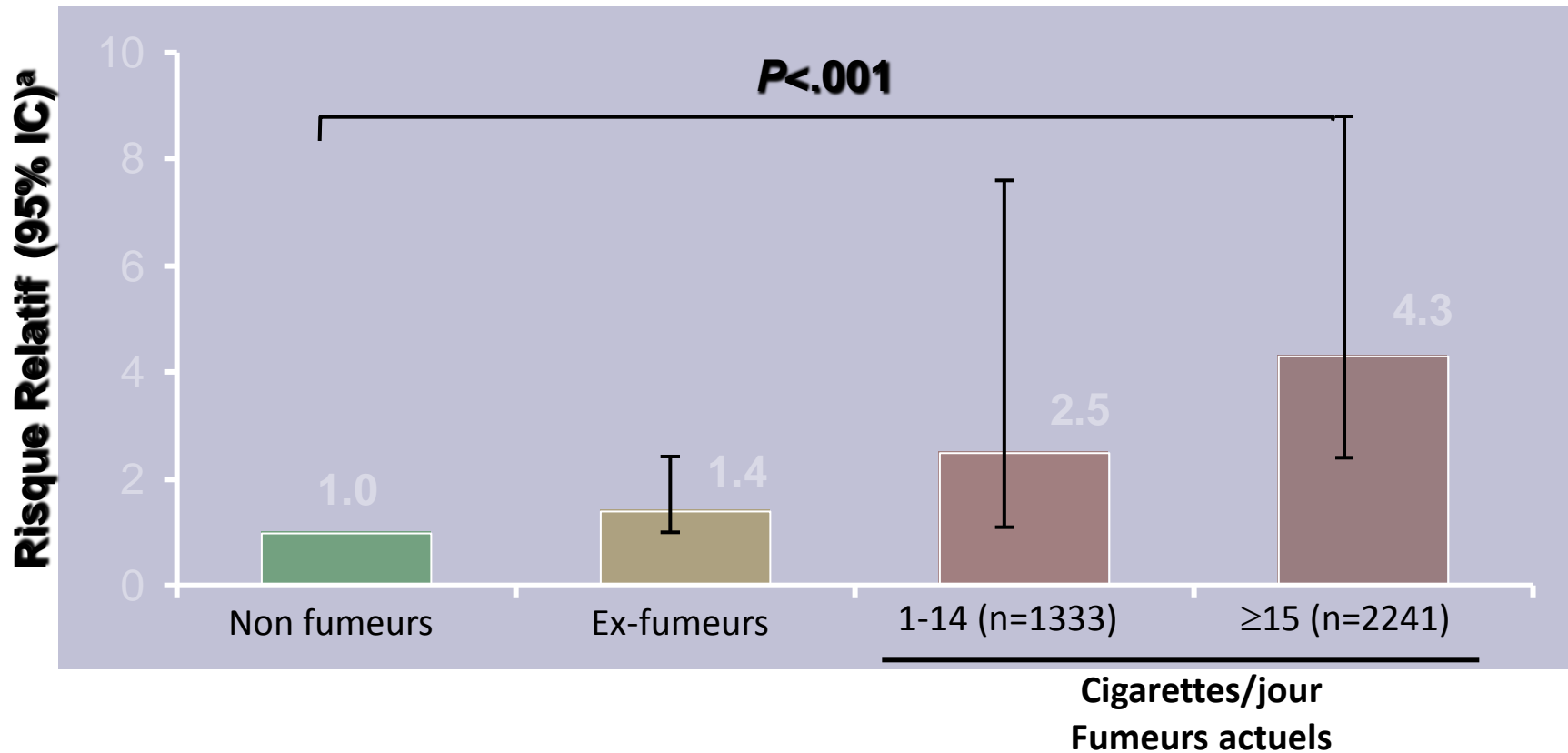
Montoya et al. *Am J Addict.* 2005;14(5):441-454.

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

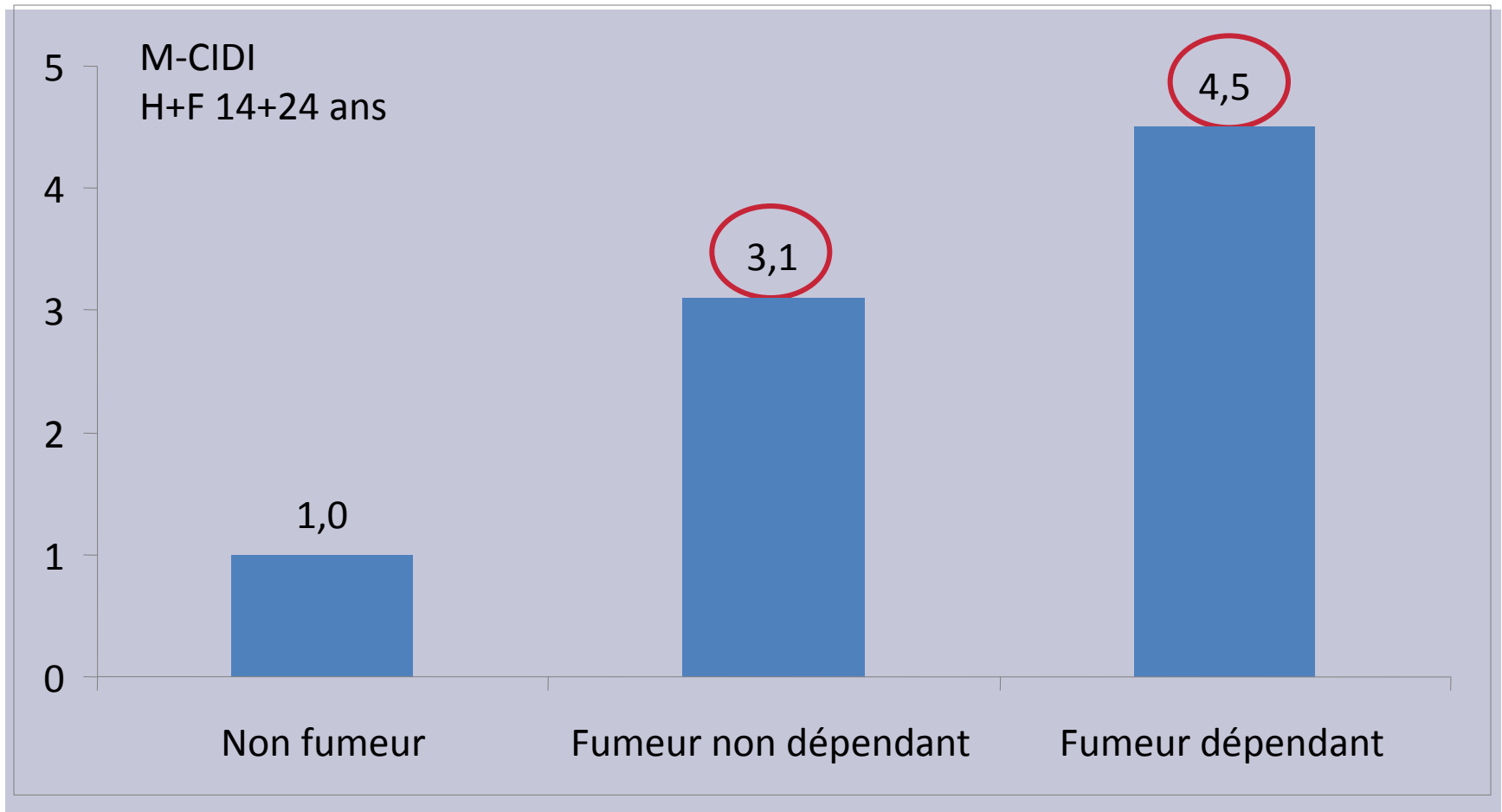
Augmentation du risque de suicide chez les fumeurs (50.10³ H+F : 40-75 ans ; 1986-94 USA)



^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.

Suicide et Dépendance Tabagique

Risque de tentative de suicide après 4 ans



Données éthiopathogéniques

Tabagisme, Coconsommation de SPA, Dépression : 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

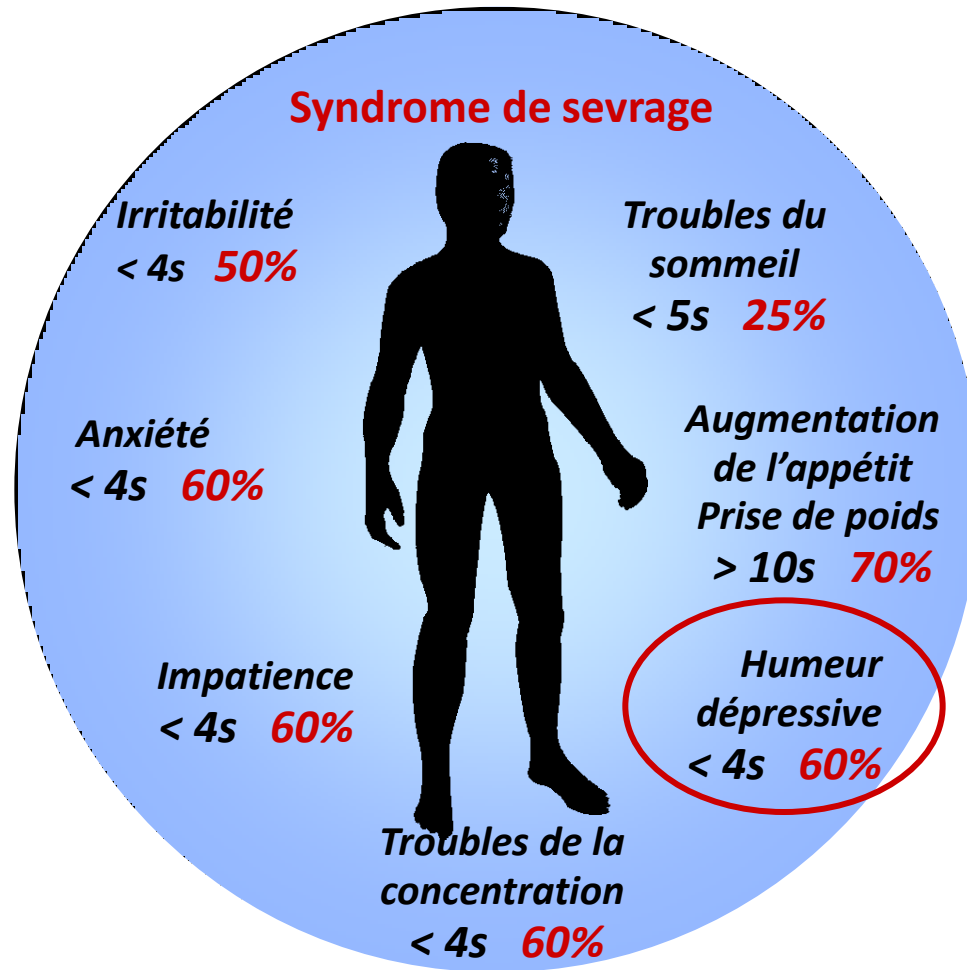
Tabagisme et troubles dépressifs

- 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.

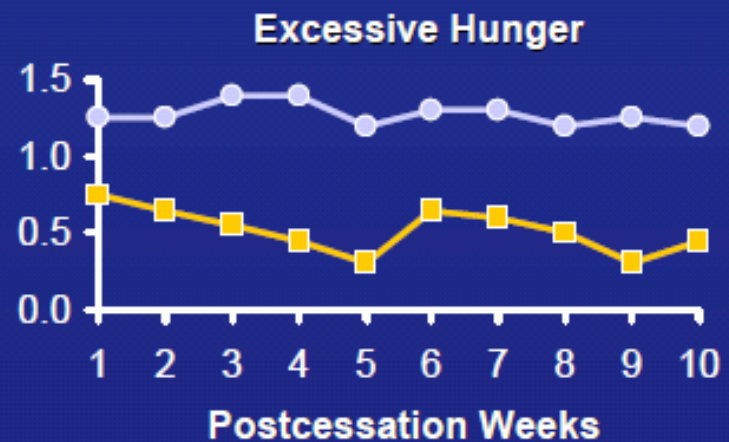
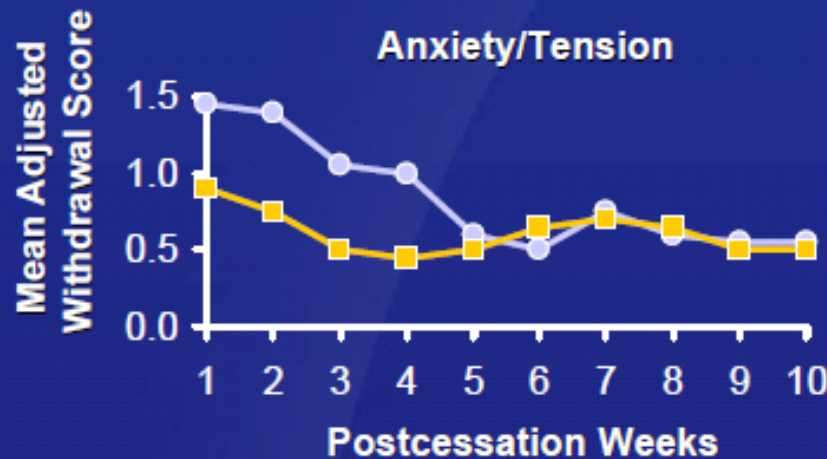
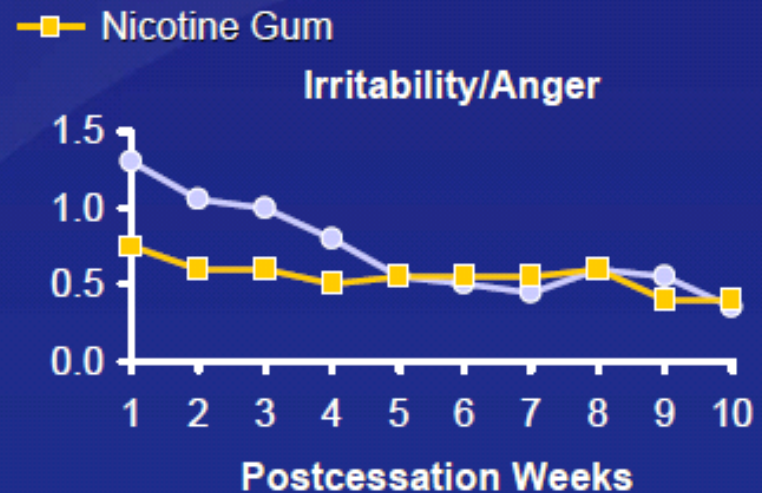
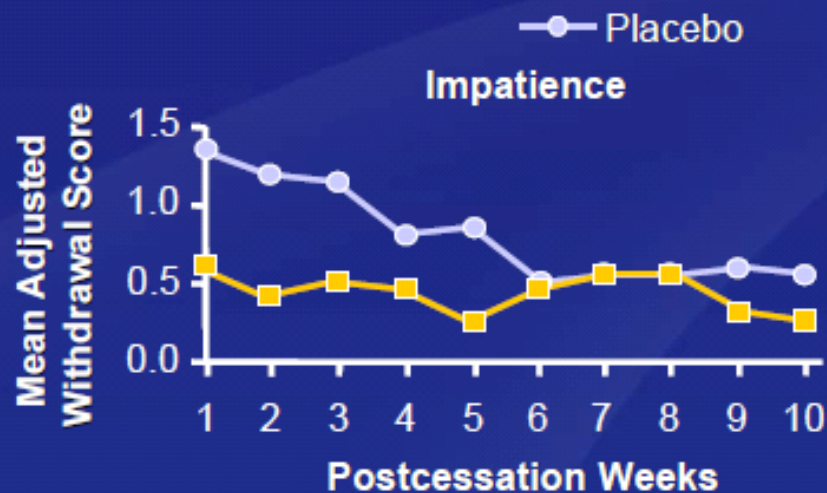
Tabagisme et troubles anxieux

- 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

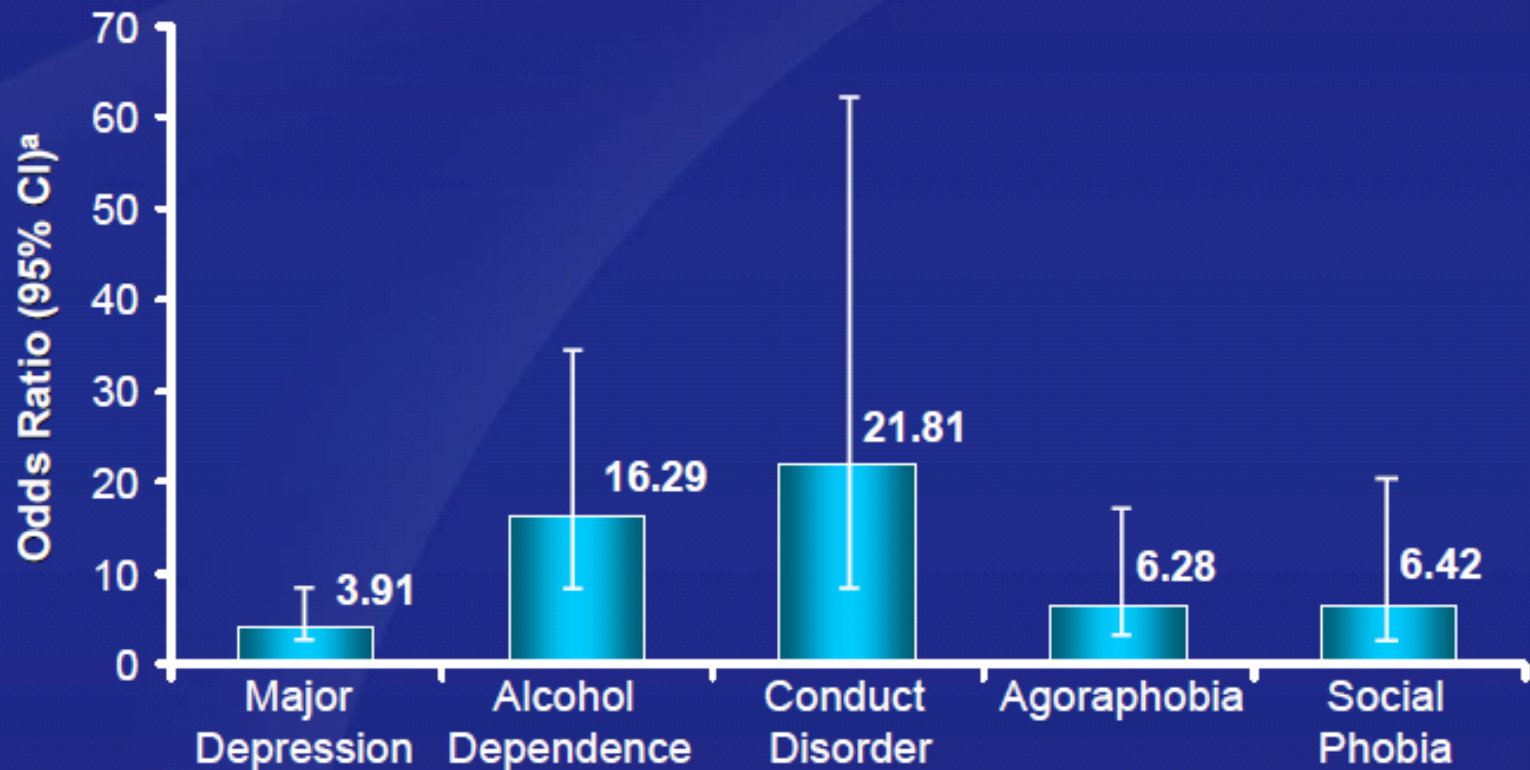


Durée des symptômes de sevrage



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 (troubles 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)

Sevrage impossible?

- Sevrage induit par l'hospitalisation dans un service non fumeur (Prochaska et al 2004)
 - 80% de rechute dès la sortie
 - 90% dans les 2 mois
 - Les 10% restant avaient une faible consommation de tabac initiale
- Sevrage volontaire
 - Fin du traitement: 42 à 50% d'efficacité (après 7 à 10 semaines)
 - Maintien d'un arrêt de tabac à 6 mois variable en fonction des études (SN + Conseil comportemental):
 - 12% (Addington et al 1998),
 - 15% (Ziedonis et al , 1997),
 - à 20 à 30% (Georges et al, 2000)
- En pop générale: chiffres à 6 mois de 20 à 25%

Maintien de l'arrêt de tabac?

- Enquête rétrospective sur l'arrêt de tabac vie entière (Jama, 2000)
 - Aucun trouble Psy (vie entière): 42%
 - Un trouble Psy (vie entière): 37,1%
 - Psychose non affective (vie entière): 27,2%
 - Trouble bipolaire (vie entière): 16,6%

Des conséquences comportementales et cliniques majeures?

- Pas d'incidence comportementale notable le plus souvent, en particulier lorsque une prise en charge thérapeutique du sevrage est proposée
- Incidents relevés dans des unités fermés avec patients sous contrainte
- Ceux ne bénéficiant pas d'une prise en charge sortent plus fréquemment CAM
- Pas de changement significatif constaté dans la symptomatologie psychotique
 - Certaines études montrent cependant une discrète exacerbation symptomatique (5 positifs essentiellement), d'autres ne montrent rien.

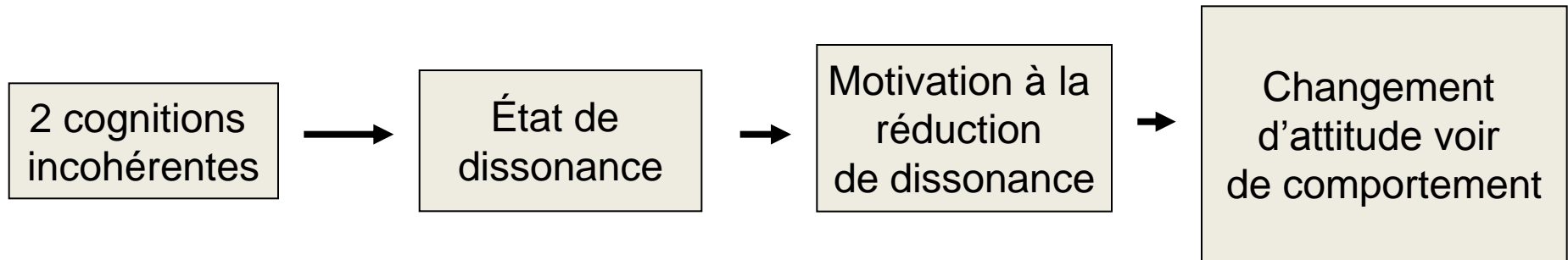
Aspects thérapeutiques

- 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)

La dissonance cognitive (Festinger, 1957)



Efficace sur:

- l'obésité
- La dépendance à la cigarette
- La consommation excessive d'alcool (Binge drinking)
- Les pratiques sexuelles à risques
- Troubles du comportements alimentaires

Modalités spécifiques de prise en charge

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

Tabac et trouble de l'humeur

Le spectre bipolaire

H. Akiskal - J. Angst

- B.P. I Dépression + Manie (1 %)
- B.P. II Dépression + hypomanie (1,5 à 2 %)
- B.P. II a Dépression cyclothymie (1 à 2%)
- B.P. atténuée F. subsyndromique de dépression et hypomanie (6 à 8 %)

Toutes formes : 8 à 10 %

30 à 40% EDM : Tr Bipolaire

Evoquer Tr Bipolaire chez Fumeur Dépendant (+ co dépendance, craving ++) avec dépression (ant. EDM et TS perso ou familial)

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

RECHERCHE DE LA BIPOLARITE

(Questionnaire validé par l'AFSSAPS)

EPISE (hypo-) maniaque

- | | | | | |
|----|---|-----|-----|----|
| 1) | <p>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 :</i>
 Par exalté ou plein d'énergie, je veux dire être excessivement actif, excité, extrêmement motivé ou créatif ou extrêmement impulsif.
 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 |
| 2) | <p>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>
 <i>Si oui</i></p> | Non | Oui | 3 |
| | <p>b. Vous vous sentez-vous excessivement irritable en ce moment ?
 <i>1-a ou 2-b sont-elles cotées OUI ?</i></p> | Non | Oui | 4 |
| 3) | <p>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 | |
| 4) | <p>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 (délires, 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, Demoufaucon 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 3
- souvent 2
- de temps en temps 1
- jamais 0

D. Je me sens gai et de bonne humeur :

- jamais 3
- rarement 2
- assez souvent 1
- la plupart du temps 0

A. J'ai la bougeotte et je ne tiens pas en place :

- oui, c'est tout à fait le cas 3
- un peu 2
- pas tellement 1
- pas du tout 0

D. J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent habituellement :

- oui, toujours 0
- pas autant 1
- de plus en plus rarement 2
- presque plus du tout 3

A. Je peux rester tranquillement assis au repos et me sentir détendu :

- jamais 3
- rarement 2
- oui, en général 1
- oui toujours 0

D. Je me réjouis à l'avance de faire certaines choses :

- comme d'habitude 0
- plutôt moins qu'avant 1
- beaucoup moins qu'avant 2
- pas du tout 3

A. J'ai une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

- oui, très nettement 3
- oui, mais c'est pas trop grave 2
- un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- pas du tout 0

D. Je me sens ralenti :

- pratiquement tout le temps 3
- très souvent 2
- quelquefois 1
- jamais 0

A. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- très souvent 3
- assez souvent 2
- rarement 1
- jamais 0

D. Je sais rire et voir le côté amusant des choses

- toujours autant 0
- plutôt moins 1
- nettement moins 2
- plus du tout 3

A. J'éprouve des sensations de peur et comme une boule dans la gorge :

- très souvent 3
- assez souvent 2
- parfois 1
- jamais 0

D. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou un bon programme radio ou télévision :

- souvent 0
- parfois 1
- rarement 2
- pratiquement jamais 3

A. Je me fais du souci :

- très souvent 3
- assez souvent 2
- occasionnellement 1
- très occasionnellement 0

D. 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

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'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.

Sevrage tabagique et trouble de l'humeur

- Fréquente co-occurrence
- Importance d'une prise en charge séquentielle
- Intérêt majeur des TCC, en particulier les techniques cognitives
- L'arrêt du tabac est un facteur de vulnérabilité/rechute EDM si ATCD EDM (glassmann, Lancet 2001): d'où nécessité de traiter

Sevrage tabagique et trouble de l'humeur

- **Substitution nicotinique+++**
- Intérêt des traitement ATD, mais n'auraient pas d'effet sur l'abstinence (Hughes JR, Cochrane Database, 2004)
- **Intérêt des antidépresseurs sérotoninergiques dans le sevrage tabagique :**
 - soit en préventif de la survenue de syndrome dépressif chez les personnes vulnérables ou aux antécédents dépressifs,
 - soit en prévention de la réaction dépressive du sevrage si ATCD d'échec d'un sevrage du fait de la survenue d'une dépression.
- **Rôle du bupropion**
 - Action : Inhibition de la recapture noradrénergique et dopaminergique.
 - Son action dopaminergique justifie une efficacité dans les dépressions marquées par le ralentissement, l'hypermnie
 - Effets indésirables : stimulation, agitation, insomnie, crises comitiales
 - **CI dans les troubles BP**

Sevrage tabagique et trouble de l'humeur

- Cas particulier des troubles Bipolaires :
 - Identification
 - Rôle des normothymiques
 - CI du bupropion
 - Topiramate?
 - varenicline

Trouble psychiatrique et varénicline

- Dans les études de pré-AMM, les patients souffrants de troubles mentaux ont été systématiquement exclus des études:
 - EDM de moins d'1 an
 - Trouble panique
 - Psychose
 - Trouble bipolaire
 - Abus ou dépendance à l'alcool ou autre drogue

Ce qui représente 27% de la population générale
(Kessler et al,1994)

Trouble psychiatrique et varénicline

- Des études ouvertes post AMM tendent à montrer
 - une amélioration des symptômes de la sphère dépressive chez les patients fumeurs (Philips et al, J Clin Psych 2009; Grosshans et al, Addiction 2009)
 - Bonne tolérance (-d'arrêt pour EI chez patients atteints de troubles mentaux) et efficacité chez les patients souffrant de troubles mentaux (Stapleton et al, 2007; Purvis et al, Ann Pharmacotherapy 2009)
 - Une amélioration de l'attention et la mémoire de travail chez les patients abstinents sous varénicline (Patterson et al, Biol Psychiatry, 2009)
 - Nécessité d'études contrôlées
- Intérêt d'utiliser la varénicline chez les patients atteints de troubles mentaux

Trouble psychiatrique et varénicline

- En **2007**, l'évaluation des données de pharmacovigilance a conduit les autorités européennes à ajouter dans la notice le risque d'infarctus du myocarde, de troubles dépressifs et de comportements suicidaires sans qu'un lien ait été établi avec la prise de Champix[®], ces symptômes pouvant apparaître lors de tout sevrage tabagique.
- Plus récemment, l'analyse de données internationales de pharmacovigilance montre que des patients sans antécédents psychiatriques connus ont développé des troubles dépressifs, des idées et des comportements suicidaires. Et, certains patients présentant des troubles similaires n'avaient pas arrêté de fumer au moment de l'apparition des symptômes
- Ainsi, **le traitement doit être immédiatement interrompu en cas d'agitation, d'humeur dépressive, d'idées suicidaires ou de modifications du comportement**. Cette nouvelle information est mentionnée dans la notice destinée aux patients et le résumé des caractéristiques du produit (RCP) destiné aux professionnels

Trouble psychiatrique et varénicline

- les cas de **troubles psychiatriques graves** (92) concernent pour l'essentiel des idées et des comportements suicidaires. Les délais de survenue des troubles psychiatriques sont variables et se répartissent tout au long du traitement. Seuls quelques cas sont survenus après l'arrêt. L'évolution est favorable à l'arrêt du traitement.
- la plupart des patients ayant développé des troubles psychiatriques graves ne présentaient pas d'antécédents psychiatriques connus avant la prise de Champix®. Plus de 50% des patients avait totalement arrêté ou fortement diminué leur consommation de tabac au moment de la survenue d'effets indésirables. Ces données confirment les observations internationales et ne permettent pas de mettre en évidence de facteur de risque de comportement suicidaire

Sevrage tabagique et trouble anxieux

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 n'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)

Sevrage tabagique et trouble anxieux

- Intérêt d'une prise en charge concomittante
- Sevrage tabagique peut entraîner une diminution de l'anxiété (West et al 1997)
 - Action anxiogène de la nicotine

Sevrage tabagique et trouble anxieux

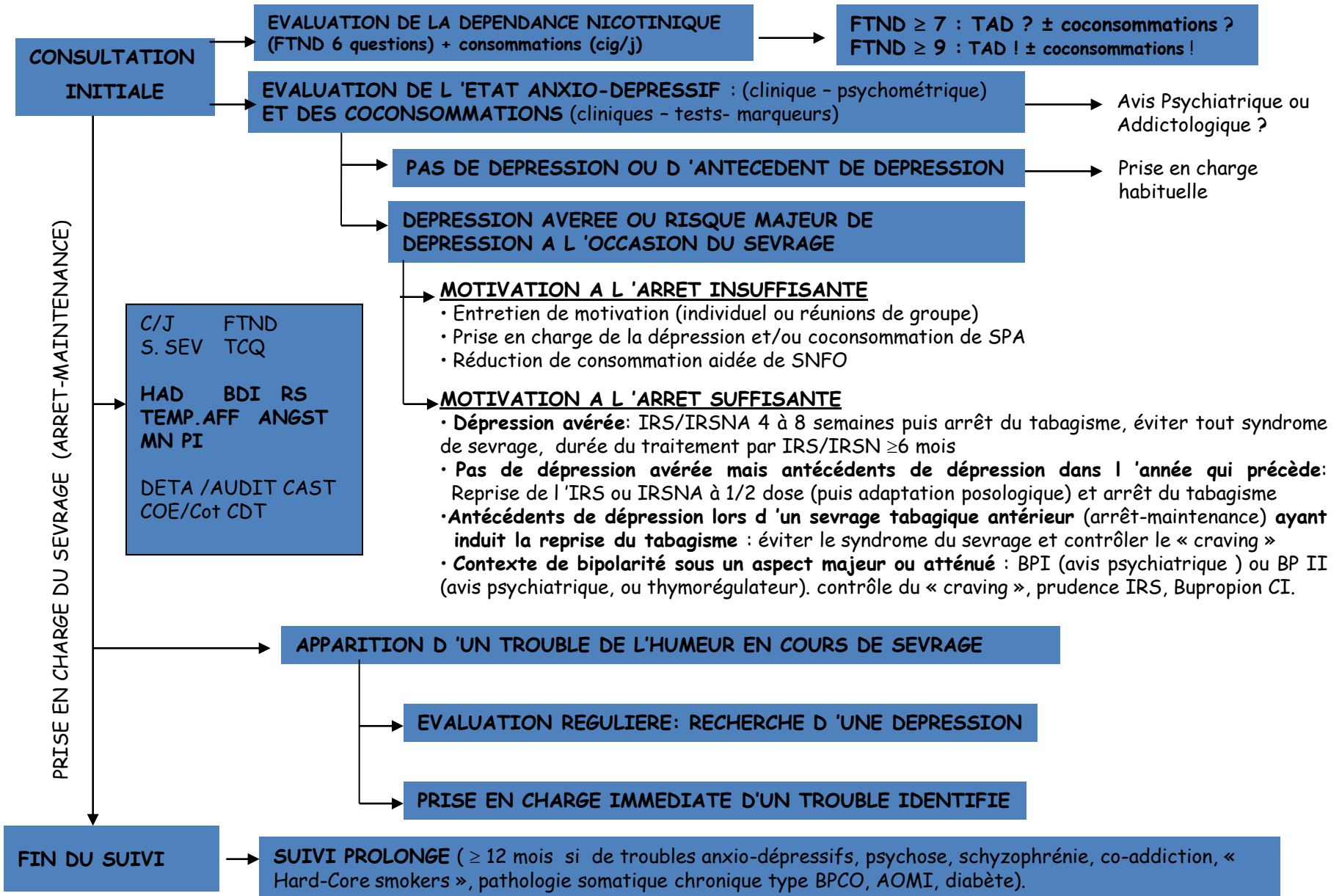
- **TCC :**
 - Entretiens motivationnels, **techniques de coping** (aider le patient à surmonter des handicaps dans leurs compétences sociales, faire face aux événements stressants)
 - **Aspects éducatifs** (gestion du temps libre, entraînement aux habiletés sociales)
 - **Prévention de la rechute**: développer le sentiment d'efficacité personnelle et identification des situations de rechute
 - Intérêt des techniques de **relaxation**

Sevrage tabagique et trouble anxieux

- Substitution nicotinique : intérêt en cas de dépendance
- Thérapeutiques médicamenteuses :
 - risque des BZD
 - Intérêt : ATD

Prise en charge du Fumeur avec troubles anxio-dépressifs

(d'après J. perriot)



Sevrage tabagique et schizophrénie

Sevrage tabagique et schizophrénie

- Difficulté majeure de prise en charge, toutefois possibilité réelle d'une prise en charge structurée
- Schizo traités par antipsychotiques atypiques: meilleur succès (clozapine+++)
- **Les doses d'antipsychotiques sont à réévaluer après sevrage en raison de l'augmentation des taux plasmatiques**

Sevrage tabagique et schizophrénie

- Choix de la période de sevrage
- Intérêt des techniques de groupe
- Utilisation des substitutions nicotiques.
 - Posologies plus élevées+++
 - Prolongées+++
 - Risque de surconsommation
- Utilisation prudente des thérapeutiques antidépressives
- Utilisation de la **varénicline**

Sevrage tabagique et schizophrénie

■ Intérêt du bupropion:

□ **Evins et al 2001, George et al 2002**

- Utilisation du Bupropion 300 mg/j (vs placebo), associé à des mesures comportementales et psycho-éducatives
- Durée : 10-12 semaines
- Efficacité significativement supérieure au placebo 37,5% vs 6,3% (supériorité maintenue lors de l'évaluation à 6 mois : 18,8% vs 6,3%)
- Bonne tolérance (pas d'aggravation des symptômes positifs)
- Effet synergique avec les AP atypiques

Sevrage tabagique et schizophrénie

■ Intérêt de la **varénicline**:

- Efficacité et bonne tolérance (Hossein Fatemi, Schizophrenia Research, 2008)
- Amélioration des fonctions cognitives (Smith et al, Schizophrenia research, 2009)
- Pas d'exacerbation des symptômes positifs à la PANNS (Smith et al, 2009)

substitution nicotinique et schizophrénie

- Posologies plus élevées+++
- Prolongées+++
- Risque de surconsommation

Stratégies de réduction et schizophrénie

- Mise en place de la **substitution nicotinique** :
 - Efficacité de ces stratégies pour la réduction en comparaison au placebo ([Hartman et al, 1991](#))
 - Réduction de 20% de la quantité de CO expiré lors de l'utilisation de substituts nicotiques (22 mg/j) chez 10 sujets schizophrènes ([Dalack et Meador-Woodruff, 1996](#))
 - Pas de conséquences négatives de la simple réduction sous substitution ([Dalack et Meador-Woodruff, 1996](#))

SEVRAGE TABAGIQUE ET CO-ADDICTION

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)

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

Quel moment pour le sevrage tabagique ?

- Adapter l'attitude thérapeutique en fonction de la motivation du patient
(Gillet, 2007)
- Fumeur Alcool-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 alcool-dépendant 1999, Perriot et al. Tabacologie et Sevrage Tabagique 2003)
- Thérapeutiques médicamenteuses habituelles du sevrage tabagique
TNS, Bupropion : CI alcool-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 relarguage 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)

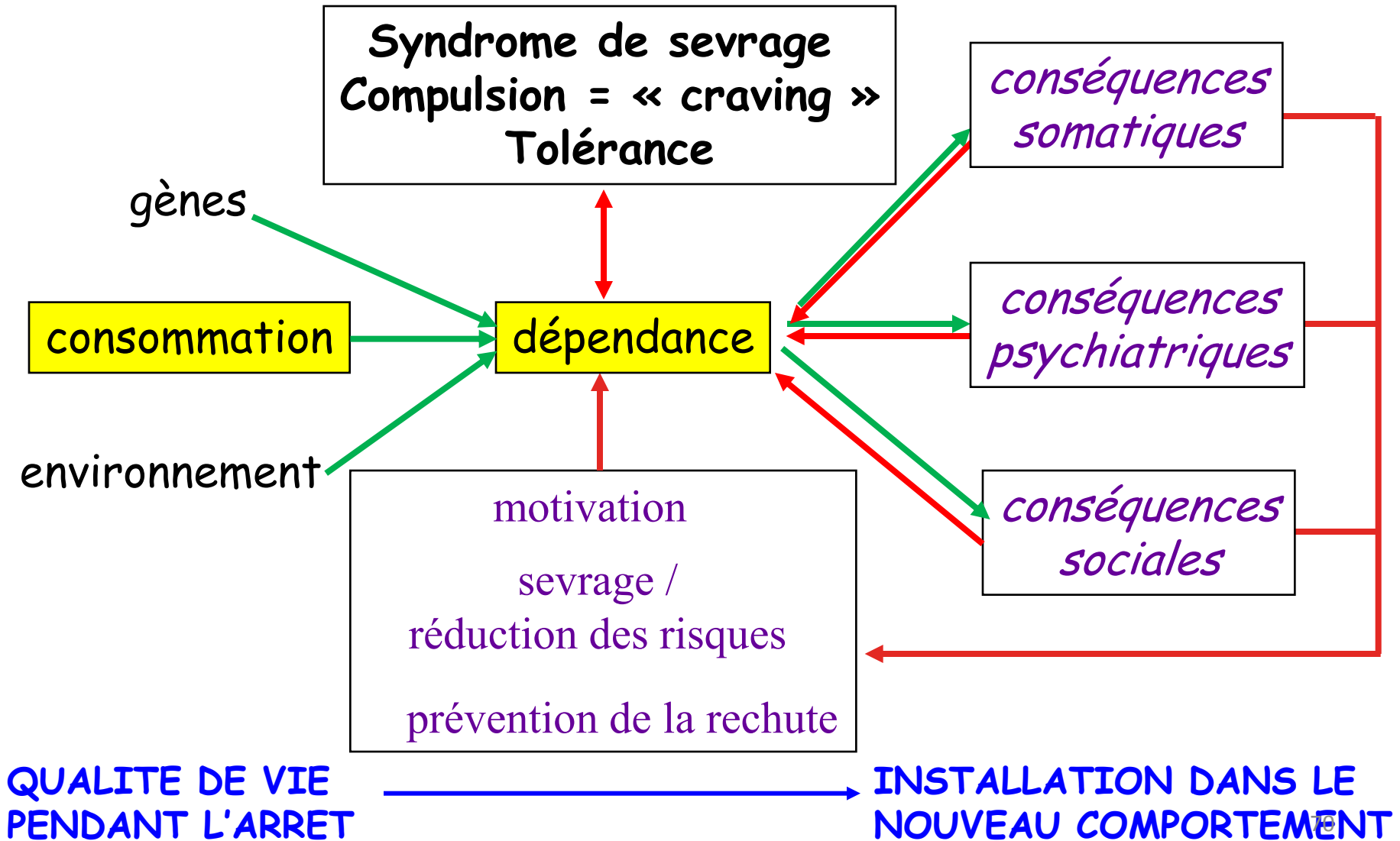
- motivation à l'arrêt imparfaite
- registre de polyconsommation
- facteurs de sévérité (fortes consommations, comorbidités psychiatriques)
- suivi long et chaotique

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...



synthèse

Au total

- Le tabagisme est un marqueur de vulnérabilité psychiatrique
- > 40% des cigarettes sont fumées par des patients en souffrance psychiatrique
- 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 équipes à former et mobiliser pour aider les patients
- 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

Notre expérience

Les groupes information tabac

- 2 fois/mois
- Groupe de 20 personnes: patients H actuellement en psychiatrie
- 1 IDE
- Information sur
 - Composition du tabac
 - Conséquences sanitaires
 - Pharmacologie de la nicotine
 - Mécanisme de la dépendance
 - Techniques d'arrêt
 - Mesure du taux de CO
 - discussion

Les patients individuellement

- Cslt à leur demande
- Cslt sur demande du praticien
- Test HAD
- Test de Horn
- Balance décisionnelle
- Test de motivation
- Fagerstrom
- CO

Les résultats

pathologie	Horn	Balance décisionnelle	Entretien
Dépression	plaisir	Crainte de la maladie dépressive et prise de poids	Connaissance de l'action de la nicotine et du traitement de sevrage
Maladie bipolaire	Stress convivialité	Désir de profiter de la vie, se sentir en forme, peur de la dépression	Faire le deuil de l'excitation, se recentrer sur les conséquences de la maladie
Schizophrénie	geste	Peur du vide	1 item à la fois Langage simple et clair
Dépendance à l'alcool	Geste plaisir	Crainte de la dépression et rechute d'alcoolisation	Travail sur l'estime de soi Changement d'environnement
TAG	stress	Crainte d'aggraver sa maladie	Travail sur le paradoxe de la crainte de la maladie
Boulimie	Ne pas grossir	Crainte de grossir	Travail sur le désir de guérir et proposition TSN