

**Comorbidités tabagisme et maladie  
mentale**  
**Tabagisme et schizophrénie**

Dr A Tremey

CHU Clermont-Ferrand

DIU Tabacologie 2016

# Plan

- Définitions
- Epidémiologie
- Ethiopathogénie
- Principaux troubles et prise en charge



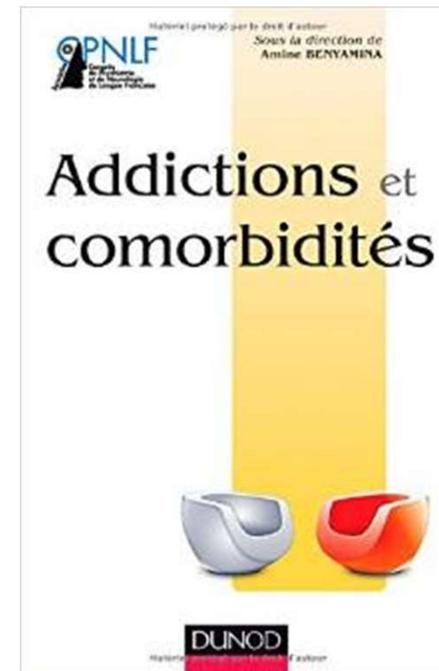
# Définitions

# COMORBIDITE, PATHOLOGIE DUELLE ou « DUAL DIAGNOSIS », « DUAL PSYCHOPATHOLOGY »

- OMS 1995: « Cooccurrence chez la même personne d'un trouble dû à la consommation d'une substance psychoactive et d'un autre trouble psychiatrique »
- Précise que cette notion ne comporte aucune incidence sur la nature de l'association entre les deux troubles, en particulier absence de lien de causalité

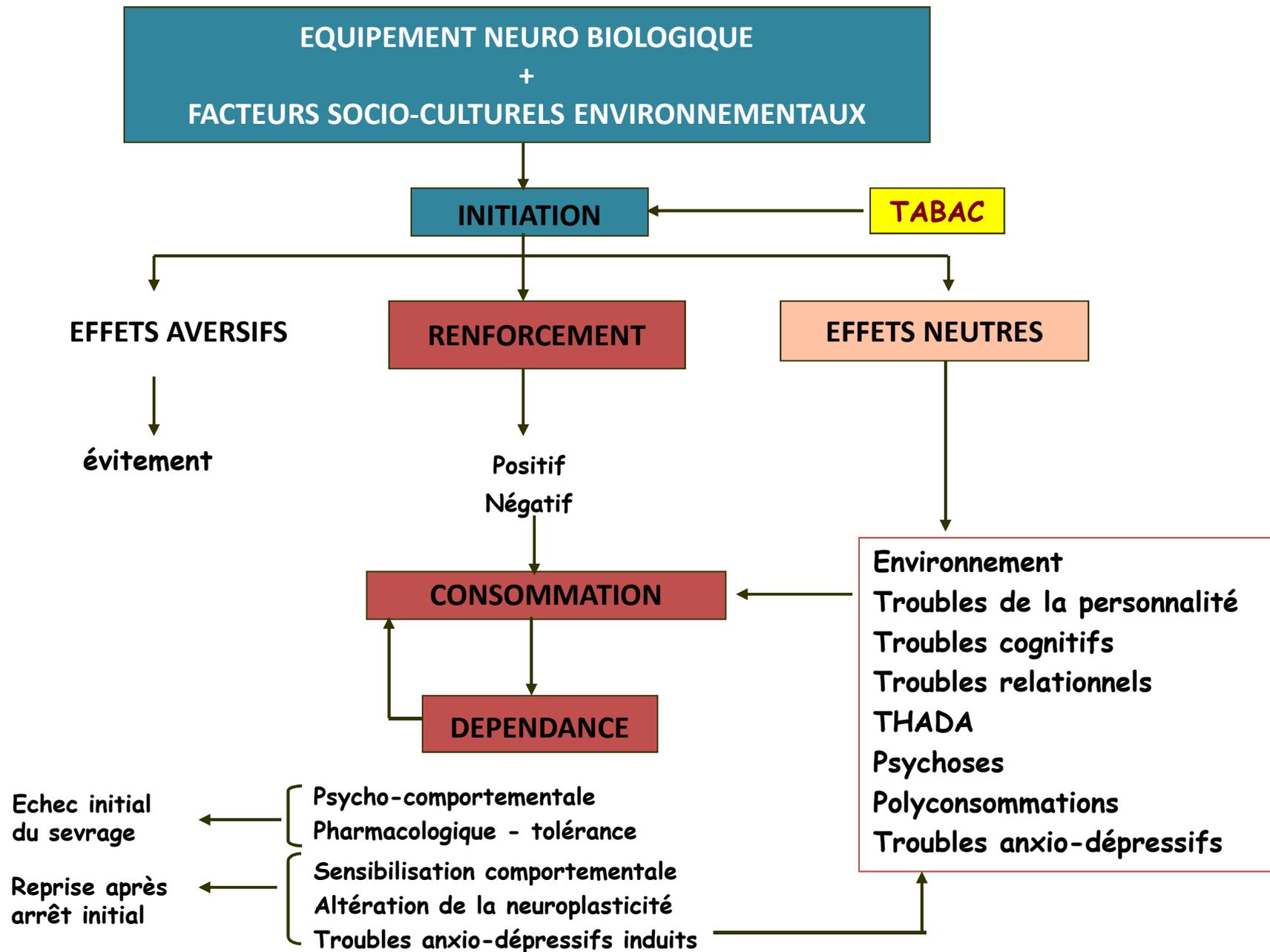
# Pathologie duelle

- La présence comorbide d'un ou plusieurs troubles psychiatriques et d'une ou plusieurs addictions, chez un même patient, avec apparition de nombreux processus synergiques entre les deux pathologies, qui amènent à une modification des symptômes, une diminution de l'efficacité des traitements et à l'aggravation et chronicisation de leur évolution

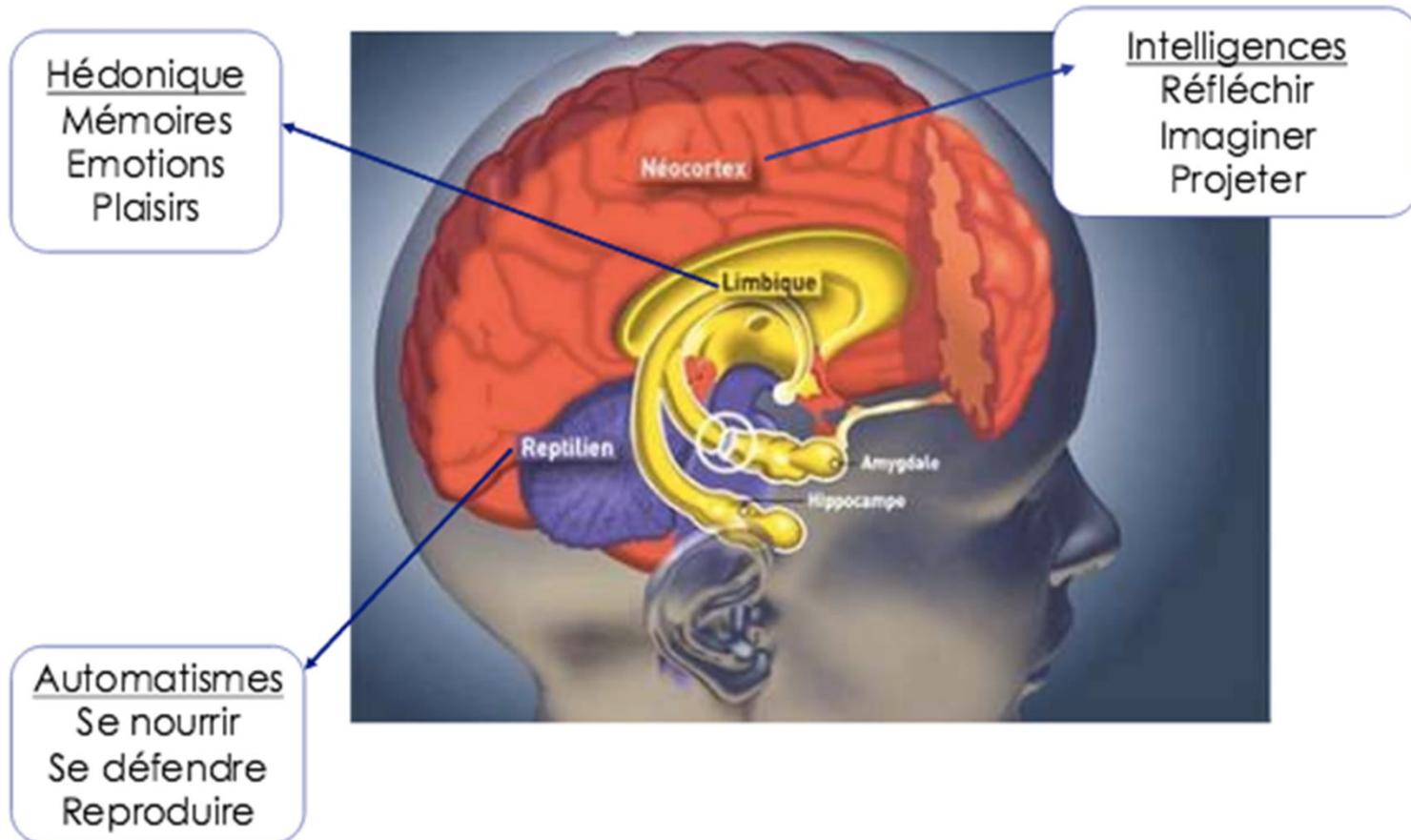


*M Casas. Rapport CPNLF Addictions et comorbidités, Dunod, 2014*

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



# Neurobiologie: l'addiction: une maladie des émotions



**Les 3 dimensions fonctionnelles du cerveau**

# Tabac et psychiatrie...Le problème

- **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

- Dépendance au tabac 2 à 3 fois + fréquente chez patients psychiatriques/ pop générale
- Consommation élevée: **schizophrénie**, troubles bipolaires, **dépression**, **dépendances autres**
- Consommation débute avant l'apparition des troubles psychiatriques ou des conduites addictives autres

# Conséquences de ces comorbidités

- Complexes à prendre en charge <sup>1, 2</sup>
  - Les addictions débutent tôt dans la maladie mentale et modifient profondément son expression ainsi que le rapport du patient au système de soin
  - **Penser à une comorbidité psychiatrique si fumeur difficile**
- Problèmes majeurs <sup>3, 4</sup>
  - Fréquentes poly-consommations
  - Les symptômes de la pathologie mentale sont plus sévères et exacerbés
  - Les rechutes sont plus fréquentes
  - Les hospitalisations sont plus fréquentes
  - L'évolution de la maladie est **péjorative** par rapport aux patients souffrant d'un autre des troubles, coût sanitaire
  - Fréquence élevée de **suicides**
  - Fréquence plus élevée de **comorbidités somatiques**



**Les patients meurent de leur tabagisme + souvent que de leur pathologie psychiatrique ou de toutes autres consommation**

1. Berkson (1949)

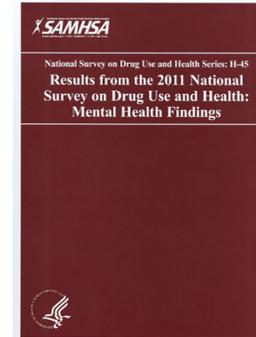
2. Bellack et al (2006)

3. Dixon (1999)

4. Bennett et Barnett (2003)

# Quelques chiffres

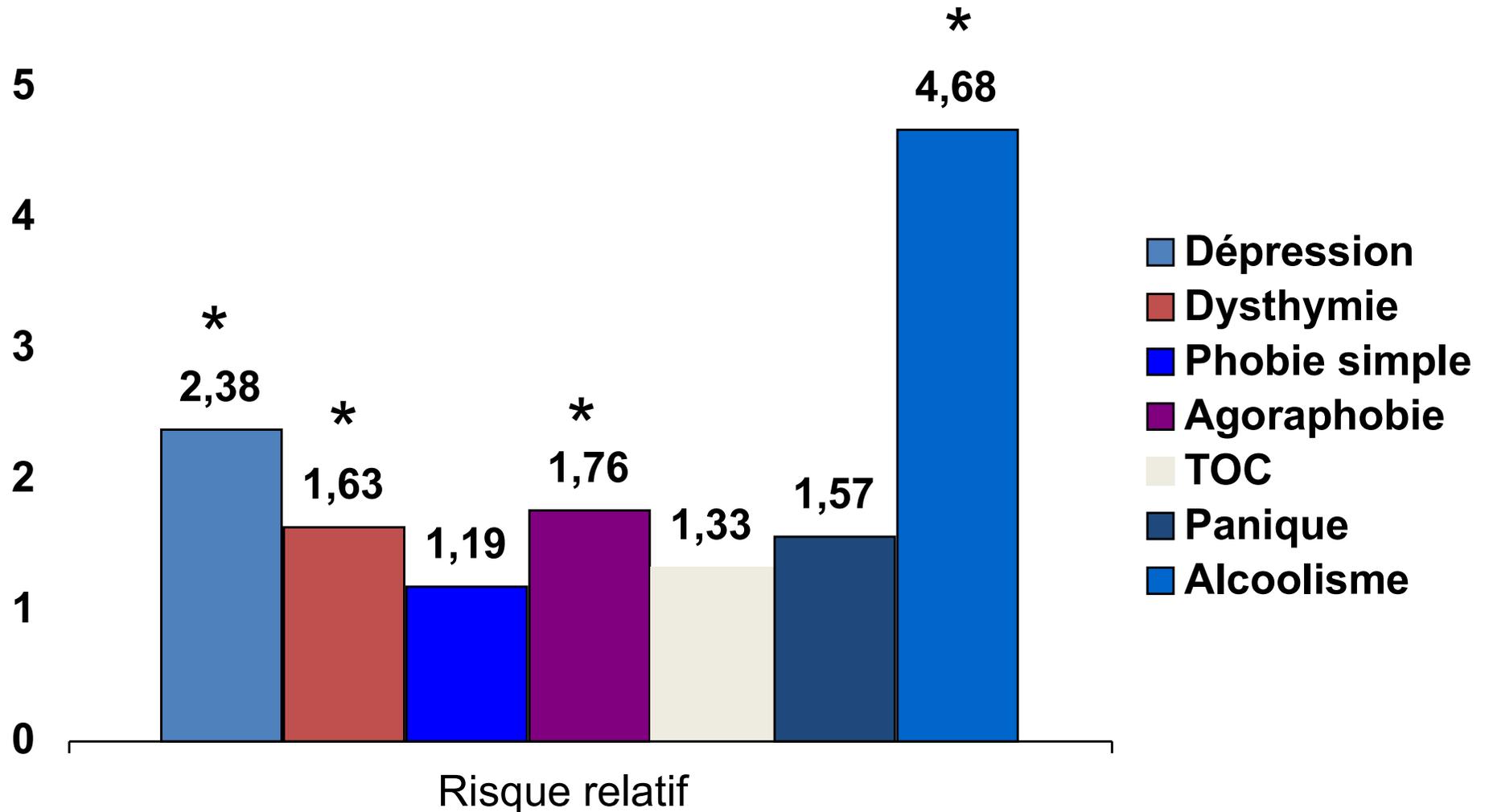
- 34.3% 18-75 ans sont fumeurs réguliers en population générale (OFDT 2015)
- Chez sujets souffrant d'un trouble mental: taux de tabagisme sont **2 à 4 fois supérieurs** (70-80% patients schizophrènes sont fumeurs, 31% phobie sociale à 54% pour le TAG)
- En cas de comorbidité psychiatrique:
  - **Initiation précoce au tabac**
  - **Consommation plus importante**
  - **Dépendance plus forte**
  - **Difficulté à arrêter plus grande**
  - **Comorbidités psy cognitives et médicales plus importantes**
- 74 à 88% des sujets souffrant d'une dépendance à une autre SPA fument
- Tendances: la baisse du taux de tabagisme notée ces dernières années ralentie liée en partie à la part des sujets comorbides



- Majorités des données issues grandes enquêtes US réalisées en population générale
- Pathologie duelles: **3%** de la population générale (Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2012); enquête annuelle National Survey on Drug Use and Health depuis 71, ont interrogé 70 000 sujets : consommation de tabac : **34.7% vs 21%**
- E U: 7% de la population générale qui souffre d'une dépendance tabac/trouble mental qui fument 32% de toutes les cigarettes fumées au EU!

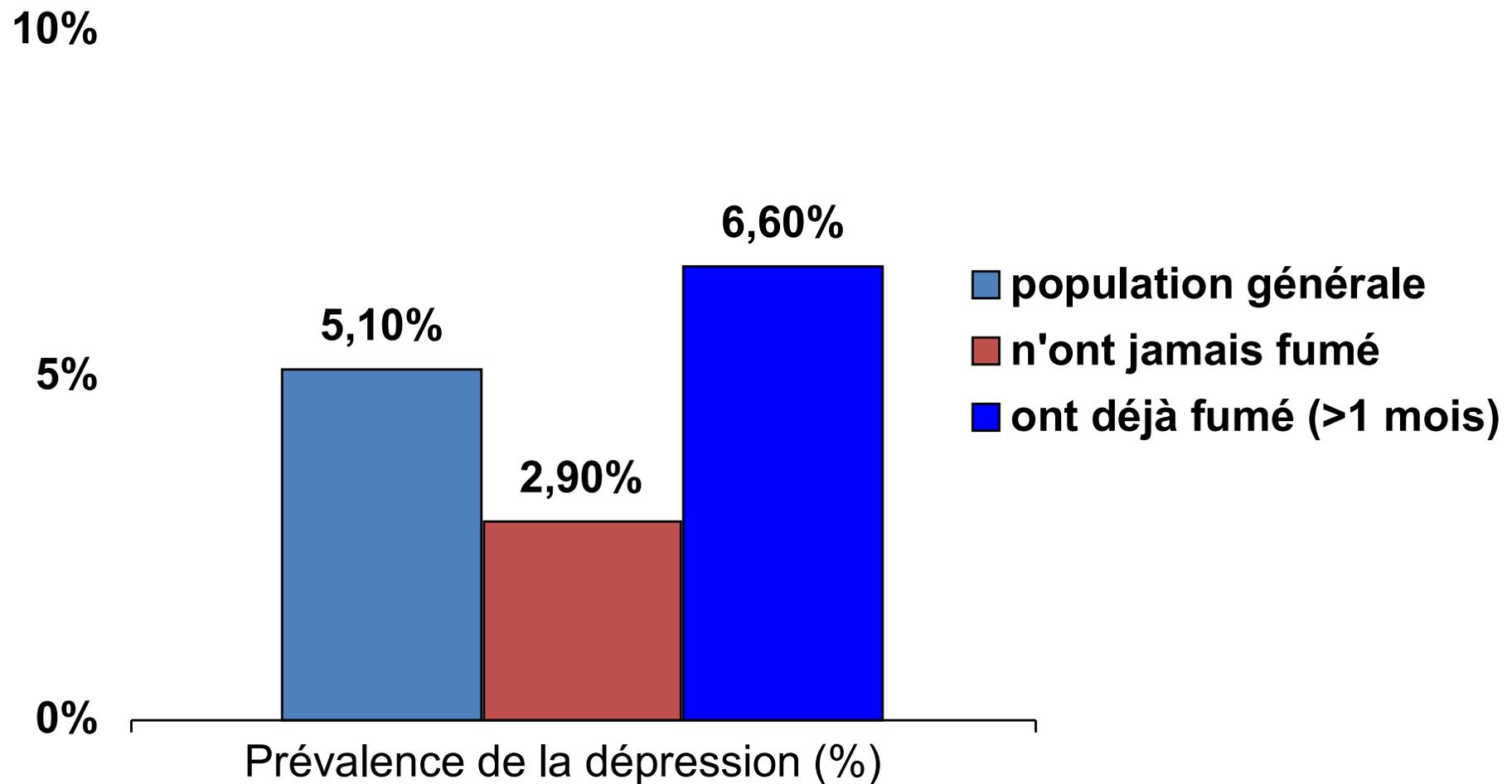
# Risque relatif de dépendance tabagique pour quelques pathologies psychiatriques

Glassman et al, JAMA, 1990



# Prévalence de la Dépression

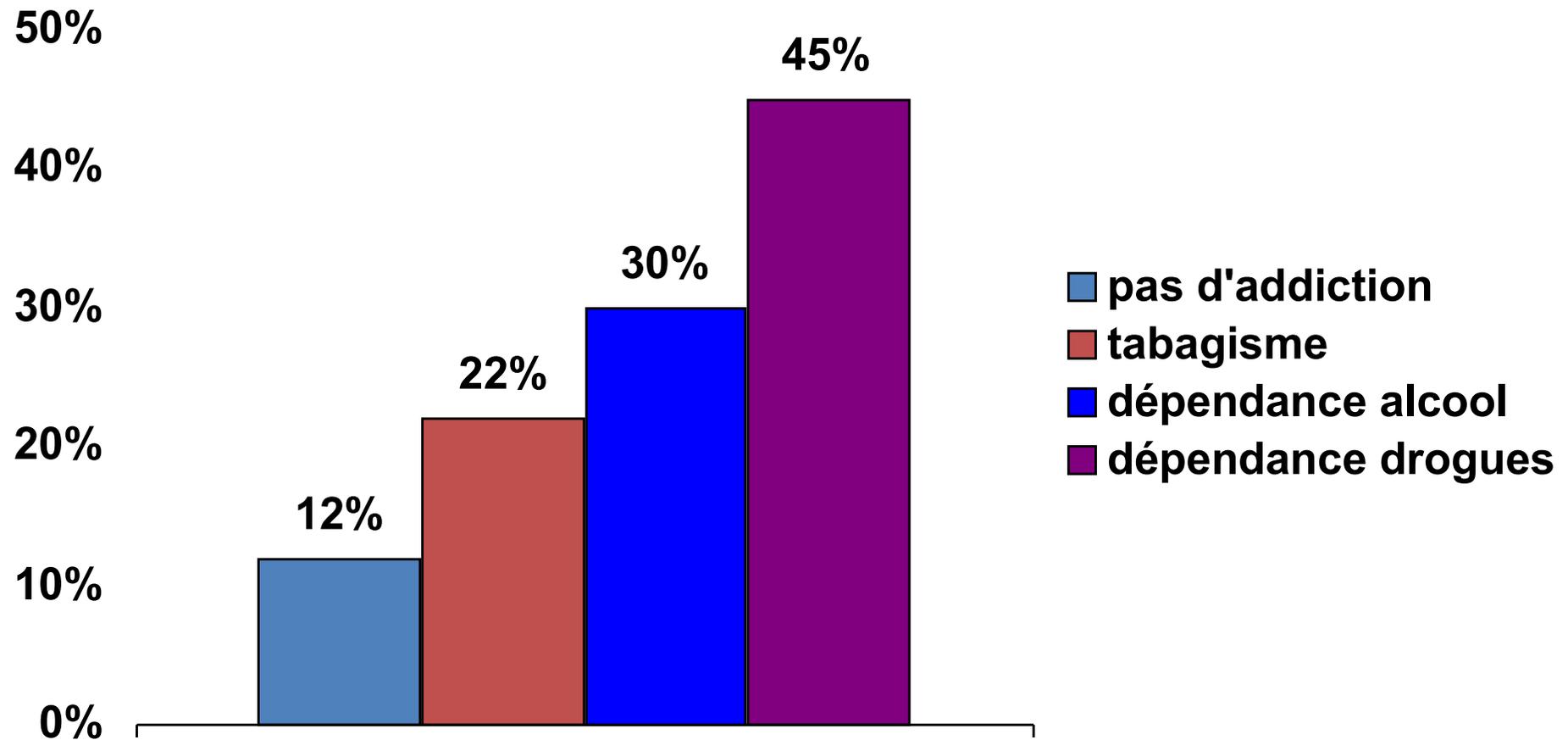
Glassman et al (1990) JAMA



# Comorbidité psychiatrique

population générale

Farrell et al (2001) Br J Psychiatry



Pourquoi les personnes atteintes d'un  
trouble mental fument?

- **Vulnérabilité commune**
- **Automédication**

- **Vulnérabilité commune**

Impulsivité, troubles bipolaires: vulnérabilité partagée au tabagisme et au suicide

- 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)

Dépendance nicotinique : marqueur de comorbidité psychiatrique et addictive.

Le Strat Y, *et al. Alcohol Alcohol* 2010

# Modèle biopsychosocial

- **Facteurs génétiques** (prédisposition, effets du plaisir et du contrôle du poids)
- **Facteurs psychologiques** (effet du conditionnement, moyen d'adaptation, interaction sociale, lutte contre l'ennui)
- **Facteurs sociaux** (cigarettes et renforcement +, effet du marketing, peu de lutte contre le tabagisme en psychiatrie)



# Principaux troubles et prise en charge

Tout d'abord, quelques à  
priori à revisiter

- Lutte contre le tabagisme en psychiatrie: on ne peut plus considérer le tabagisme comme un simple aspect secondaire des troubles en psychiatrie ou tenter de le justifier par leur situation psychologique
- Arrêt du tabac et amélioration symptômes psychiatriques, quand association sevrage et prise en charge psychiatrique
- Pb des obstacles et préjugés...

Moins de désir d'arrêter de  
fumer?

## **Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness: a review**

**Ranita Siru, Gary K. Hulse & Robert J. Tait**

School of Psychiatry and Clinical Neurosciences, University of Western Australia, QE II Medical Centre, Nedlands, WA, Australia

- Les patients fumeurs atteints de troubles psychiatriques sont disposés à cesser de fumer:
- 20% ont l'intention d'arrêter dans le mois
  - 40% dans les 6 mois
  - Taux comparables/population générale

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

- 
- 



nes)

es études

- En p

Des troubles du  
comportement?

- 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: Protocoles!!!
- Pas de changement significatif constaté dans la symptomatologie psychotique
  - Certaines études montrent cependant une discrète exacerbation symptomatique (S positifs essentiellement), d' autres ne montrent rien

## 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)

Tabac dépression anxiété

# Neurobiologie: le tabac, un antidépresseur?



- L'activité de la **Mono Amine Oxydase** est inhibée par le tabac (quantité d'enzymes (MAOA et MAOB 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

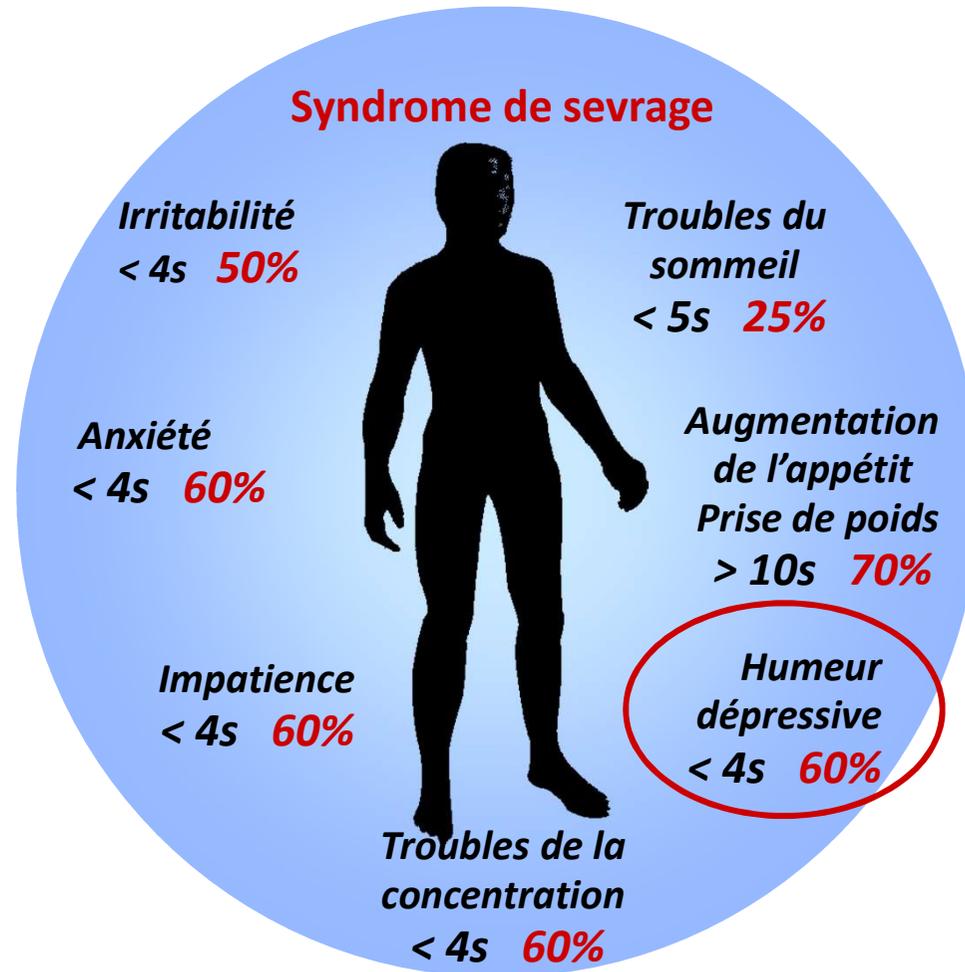
# Trouble anxieux



Fédération Française de Psychiatrie et Office Français de Prévention du Tabagisme

- Plus de tabagisme dans le cas des troubles anxieux (sauf TOC)
- Plus de risque de développer certains trouble anxieux si tabagisme + (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** (boucle rétroactive d'aggravation)
- Tabac et sevrage: augmentation du niveau d'anxiété dans les 2 semaines puis **diminue dès 1 mois à des niveaux inférieurs qu'auparavant**
- Anxiété et dépression sont des symptômes de sevrage

# Syndrome de sevrage tabagique



# Trouble anxieux



## Arrêt du tabac:

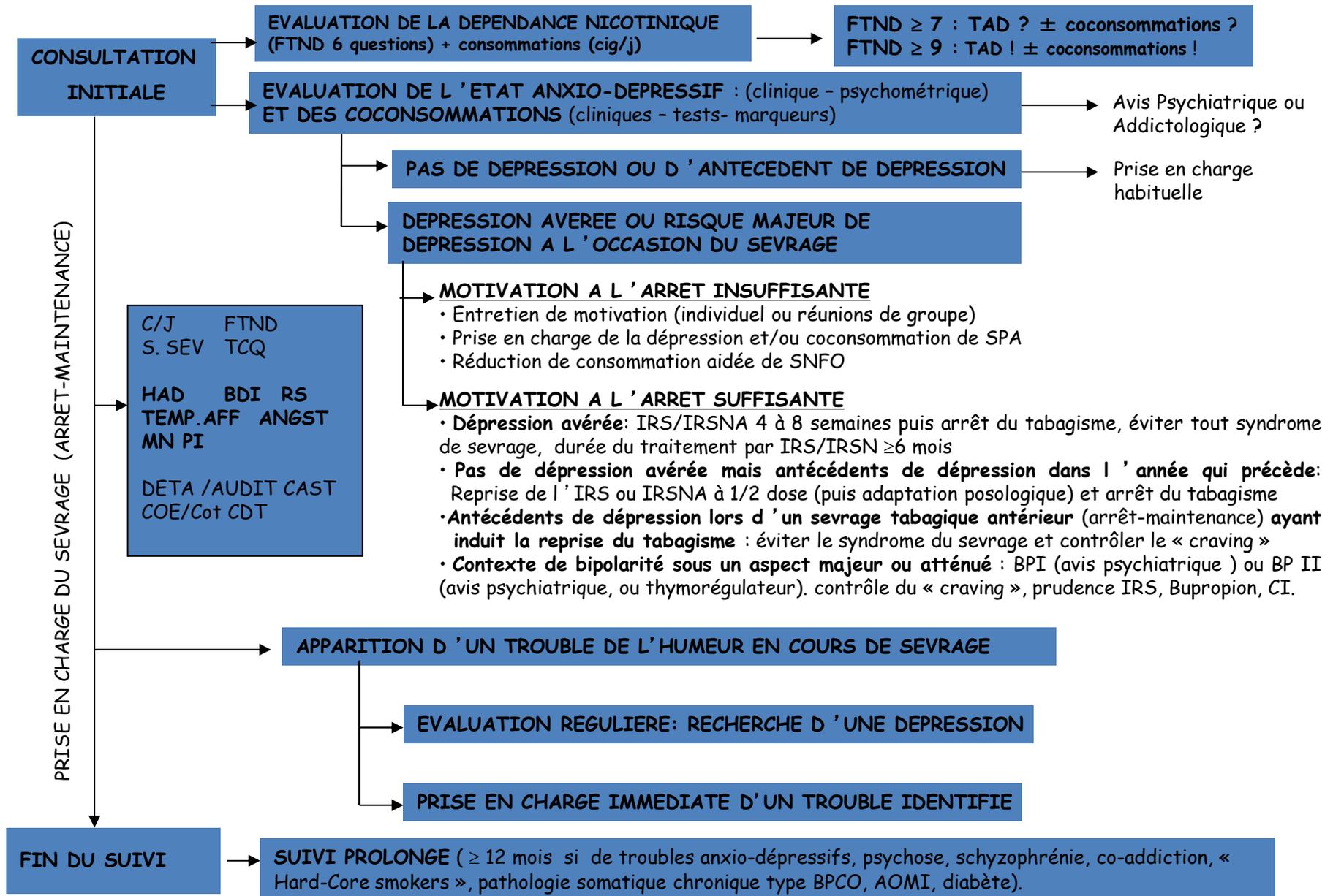
- Toute fenêtre motivationnelle doit être exploitée à distance d'un épisode aigu ou lors d'une hospitalisation pour acutisation
- Les troubles anxieux ne sont pas une CI à la prescription de ttt pharmacologiques
- Collaboration entre acteurs de prise en charge si possible

- Arrêt du tabac:
- TCC
  - Entretiens motivationnels, techniques de coping (aide 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**

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

# Prise en charge du Fumeur avec troubles anxio-dépressifs

(d'après J. Perriot)



# Trouble de l'humeur



- L'arrêt du tabac augmente le risque de faire un épisode dépressif (un ATCD de dépression expose plus à ce risque)
- Reprise du tabac et impact négatif sur évolution du trouble bipolaire
- Arrêt du tabac: de préférence à distance de l'épisode aigu, cela n'empêche pas une réduction sous substitution nicotinique, en particulier lorsqu'il existe des pathologies associées à la consommation de tabac
- Collaboration entre acteurs de soin

# 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.

<b>A. Je me sens tendu, énervé :</b> -la plupart du temps -souvent -de temps en temps -jamais	3 2 1 0	<b>D. Je me sens gai et de bonne humeur :</b> -jamais -rarement -assez souvent -la plupart du temps	3 2 1 0	<b>A. J'ai la bougeotte et je ne tiens pas en place :</b> -oui, c'est tout à fait le cas -un peu -pas tellement -pas du tout	3 2 1 0
<b>D J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent habituellement :</b> -oui, toujours -pas autant -de plus en plus rarement -presque plus du tout	0 1 2 3	<b>A. Je peux rester tranquillement assis au repos et me sentir détendu :</b> -jamais -rarement -oui, en général -oui toujours	3 2 1 0	<b>D. Je me réjouis à l'avance de faire certaines choses :</b> -comme d'habitude -plutôt moins qu'avant -beaucoup moins qu'avant -pas du tout	0 1 2 3
<b>A. J'ai une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :</b> -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	<b>D. Je me sens ralenti :</b> -presque tout le temps -très souvent -quelquefois -jamais	3 2 1 0	<b>A. J'éprouve des sensations soudaines de panique :</b> -très souvent -assez souvent -rarement -jamais	3 2 1 0
<b>D. Je sais rire et voir le côté amusant des choses</b> -toujours autant -plutôt moins -nettement moins -plus du tout	0 1 2 3	<b>A. J'éprouve des sensations de peur et comme une boule dans la gorge :</b> -très souvent -assez souvent -parfois -jamais	3 2 1 0	<b>D. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou un bon programme radio ou télévision :</b> -souvent -parfois -rarement -presque jamais	0 1 2 3
<b>A. Je me fais du souci :</b> -très souvent -assez souvent -occasionnellement -très occasionnellement	3 2 1 0	<b>D. J'ai perdu l'intérêt pour mon apparence :</b> -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.	

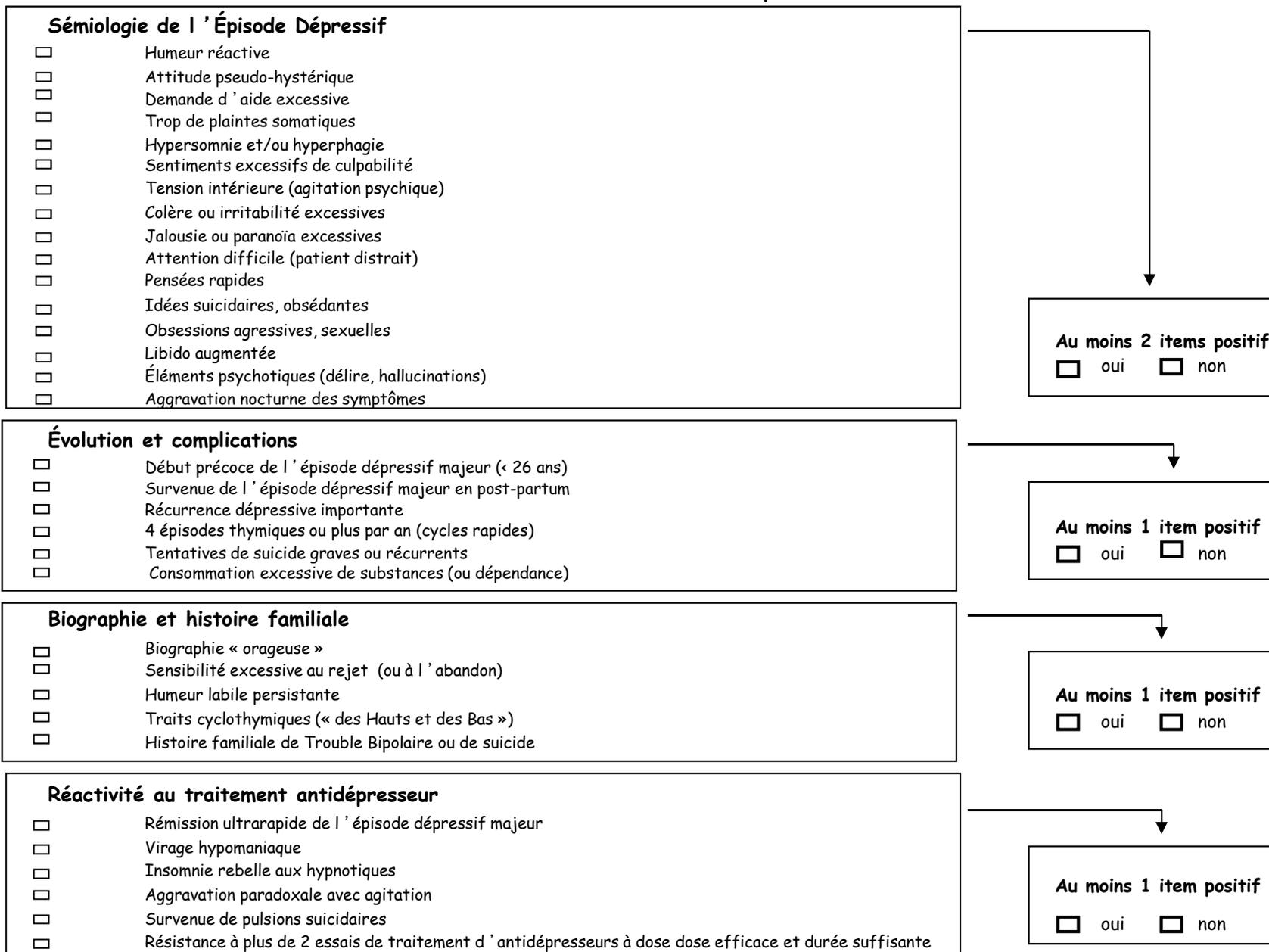
## RECHERCHE DE LA BIPOLARITE

(Questionnaire validé par l' AFSSAPS)

### EPISODE (hypo-) maniaque

- 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 ? Non Oui 1  
*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.  
Si oui
- b Vous sentez-vous, en ce moment, exalté(e) ou plein(e) d' énergie ? Non Oui 2
- 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 ? Non Oui 3  
*Ne pas perdre en compte les périodes survenant uniquement sous l' effet de drogues ou d' alcool.*  
Si oui
- b. Vous vous sentez-vous excessivement irritable en ce moment ? Non Oui 4  
*1-a ou 2-b sont-elles cotées OUI ?*
- 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
- Lorsque vous vous sentiez exalté(e), plein(e) d' énergie/irritable :
- 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 ? Non Oui 5
- b Aviez-vous moins besoin de sommeil que d' habitude (vous sentiez-vous reposé(e) après seulement quelques heures de sommeil ?) Non Oui 6
- c Parliez-vous sans arrêt ou si vite que les gens avaient du mal à vous comprendre Non Oui 7
- d Vos pensées défilaient-elles si vite dans votre tête que vous ne pouviez pas bien les suivre ? Non Oui 8
- e Etiez-vous si facilement distrait(e) que la moindre interruption vous faisait perdre le fil de ce que vous faisiez ou pensiez ? Non Oui 9
- f Etiez-vous tellement actif(ve) ou aviez-vous une telle activité physique que les autres s' inquiétaient pour vous ? Non Oui 10
- 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) ? Non Oui 11
- Y a-t-il au moins trois Oui en 3) ou quatre si 1-a = Non (épisode passé) ou 1-b = Non (épisode actuel) ? Non Oui
- 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 ? Non Oui 12  
Coter Oui, si Oui à l' un ou l' autre
- Non Oui  
Episode hypomaniaque  
Actuel   
Passé
- Non Oui  
Episode hypomaniaque  
Actuel   
Passé
- 4) est-elle cotée Non ?
- Si oui, spécifier si l' épisode exploré est actuel ou passé
- 4) est-elle cotée Oui ?
- Si oui, spécifier si l' épisode exploré est actuel ou passé

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



*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

- Arrêt du tabac:
- 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' hypersomnie
  - ✓ Effets indésirables : stimulation, agitation, insomnie, crises comitiales
  - ✓ CI dans les troubles BP

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

- Tabac et suicide

RESEARCH ARTICLE

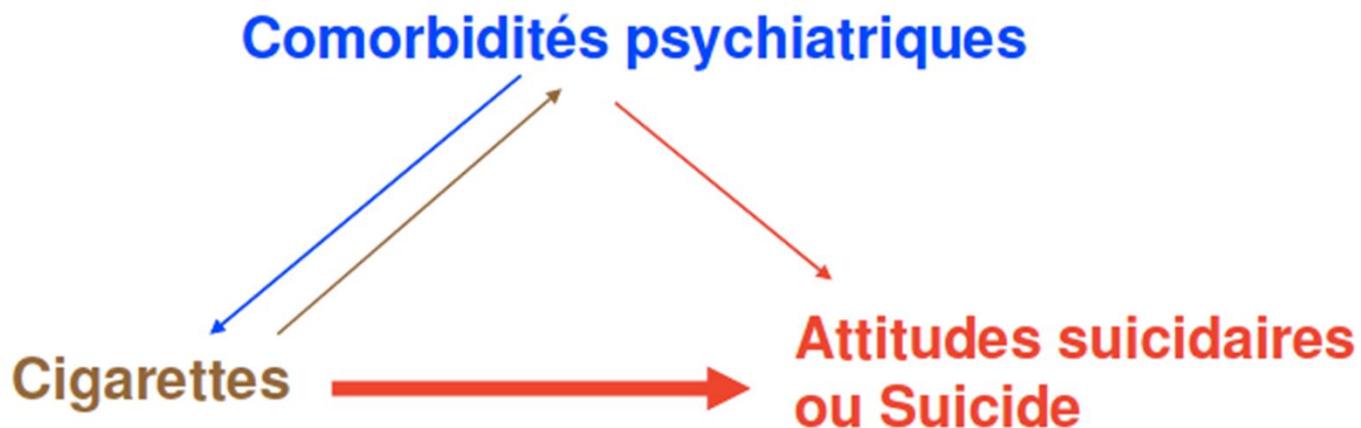
## Tobacco Use and Suicide Attempt: Longitudinal Analysis with Retrospective Reports

Ivan Berlin<sup>1\*</sup>, Jahn K. Hakes<sup>2</sup>, Mei-Chen Hu<sup>3</sup>, Lirio S. Covey<sup>3</sup>

1 Département de Pharmacologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière-Assistance publique-Hôpitaux de Paris-Faculté de médecine, Université P. & M. Curie—INSERM U1178, Paris, France, 2 Center for Administrative Records Research and Applications, U.S. Census Bureau, Suitland, MD, United States of America, 3 New York State Psychiatric Institute, Department of Psychiatry, Columbia University Medical Center, New York, NY, United States of America

- NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions)
- 34000 sujets interrogés selon leur statut tabagique sur les 2 vagues et les attitudes suicidaires (idées, scénario, TS)
- En 2 vagues à 4 ans d'intervalle
- Tabac=facteur de risque indépendant d'attitudes suicidaires** (ajustement sur tous les facteurs confondants potentiels)
- Risque le plus élevé chez les **nouveaux fumeurs** et **rechute**
- Réduction du risque au bout de **3 années** d'abstinence
- Plus tôt** on fume, plus il y a de risque de geste suicidaire

On pense que le risque de TS ou de suicide est lié à la **consommation** = un effet psychopharmacologique négatif càd un « effet indésirable grave » des cigarettes (ou du tabac?)



#### **Mécanisme?**

1. Activité réduite de la MAO A par susceptibilité génétique ou par les constituants de la fumée (harmane)
2. Hypoxie – impliquée dans le risque de suicide à haute altitude\*

\*Aubin, Berlin Reynaud, Am. J. Psychiatry, 2011;168:3  
Young NS. J Psychiatry Neurosci 2013 DOI: 10.1503/jpn.130002

# Trouble psychiatrique et varenicline

## ■ 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 varenicline

## ■ 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 varenicline

- 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<sup>®</sup>, 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 sera mentionnée dans la notice destinée aux patients et le résumé des caractéristiques du produit (RCP) destiné aux professionnels

# Trouble psychiatrique et varenicline

- 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

# Tabagisme et Schizophrénie

- **Prévalence** \*5/population générale, plus en quantité, s'arrêtent peu...
- **Mortalité cardiovasculaire** \*6/population générale
- **Automédication** des troubles cognitifs
- Arrêt à distance des épisodes aigus, substitution de confort lors des hospitalisations
- Attention au ttt médicamenteux antipsychotique (olanzapine, clozapine, halopéridone)

## Arrêt du tabac:

- Choix de la période de sevrage
- Intérêt des techniques de groupe; adapter l'entretien motivationnel
- Utilisation des substitutions nicotiques.
  - ✓ Posologies plus élevées+++
  - ✓ Prolongées+++
  - ✓ Risque de surconsommation
- Utilisation de la varénicline

## 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

## 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)

## TSN:

- ✓ 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)

# Tabac et médicaments:

- Interactions *pharmacocinétiques* (induction enzymatique sur **CYP1A2**, baisse des taux sériques)
- Lié aux effets des *benzopyrènes* plus que de la nicotine
- **Clozapine, fluvoxamine, halopéridol, olanzapine** (jusqu'à 50%)
- Conséquences

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 les aider?

- 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**

# Proposition de soins intégrés

- Intégration des programmes: la même équipe
  - La prise en charge et la dispensation des différents traitements se font par une même équipe, pluridisciplinaire
  - Système souple, laissant place aux soins séquentiels ou simultanés
- Intégration des systèmes: le même endroit
  - Les traitements psychiatriques, addictologiques, voire somatiques sont assurés par des équipes dans différents services
  - Nécessite un dispositif de coordination entre les équipes
  - Chaque équipe met son expertise au service du patient

# S'adapter à la pathologie

## ■ L'Entretien Motivationnel pour pathologies duelles

- Améliorer la motivation intrinsèque du patient pour changer, Individuel ou en groupe
- Nécessiter d'Adapter approche classique pour les patients souffrant de schizophrénie présentant une addiction <sup>1,2,3</sup>
  - ✓ Clinique schizophrénie : barrière au changement
    - ✓ Apragmatisme (/défaut de motivation) : résistance au changement
    - ✓ Déficits cognitifs (attention, concentration, capacités abstraction) s'opposant au traitement de l'information (alcool), à la résolution de problèmes (divergences, balance décisionnelle, limite de l'efficacité personnelle), et à la planification d'une tâche (changement)
    - ✓ Limitations des support et habiletés sociales : limite d'un étayage externe au changement

1. Cleary et al 2008

2. Van Horn et Bux 2001

3. Clemente et al 2008

→ REMEDIATION INTEGREE

# Les résultats

<b>pathologie</b>	<b>Horn</b>	<b>Balance décisionnelle</b>	<b>Entretien</b>
<b>Dépression</b>	plaisir	Crainte de la maladie dépressive et prise de poids	Connaissance de l' action de la nicotine et du traitement de sevrage
<b>Maladie bipolaire</b>	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
<b>Schizophrénie</b>	geste	Peur du vide	1item à la fois Langage simple et clair
<b>Dépendance à l' alcool</b>	Geste plaisir	Crainte de la dépression et rechute d' alcoolisation	Travail sur l' estime de soi Changement d' environnement
<b>TAG</b>	stress	Crainte d' aggraver sa maladie	Travail sur le paradoxe de la crainte de la maladie
<b>Boulimie</b>	Ne pas grossir	Crainte de grossir	Travail sur le désir de guérir et proposition TSN

**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**

# Cas clinique

- JF 22 ans étudiante en sciences économiques
- 10 cig/j depuis 5 ans, motivée au changement
- Fagerström à 3
- Trouble panique (TP)
- Refuse tout traitement médicamenteux
- Proposition sevrage tabac (SN oraux + psych de soutien)
- Amélioration très nette du TP

# Cas clinique

- H 48 ans
- 35 cig/j depuis 30 ans
- Épisode dépressif majeur stabilisé par paroxétine 40mg/j
- Souhaite arrêter de fumer
- Appréhension+++ car tentative d'arrêt antérieure accompagnée d'une intolérable anxiété et dépression répondant aux critères d'EDM
- Nouvelle tentative avec bupropion (150 mg X 2/j) associé à paroxétine. Bupropion pendant 6 mois.
- Augmentation de l'anxiété en début de traitement mais amélioration très nette de ces symptômes grâce à une réduction importante d'apport de caféine
- Abstinent depuis 8 mois
- Stable sur le plan thymique
- Qq craving occasionnels
- Anxiété minime
- + 1 kg au total

# Cas clinique

- H 43 ans
- 25 cig/j depuis l'âge de 14 ans
- ATCD d'EDM lors de l'achat d'une maison, traité par paroxétine pendant 6 mois
- Tentative d'arrêt sous bupropion avec son MT: exacerbation anxieuse, irritabilité+++ , insomnies
- Tentatives d'arrêt seul avec SN mais récides (arrêt le + long = 1 mois)
- Souhaite arrêter mais appréhension+++ car instabilité professionnelle facteur de stress. Epouse fumeuse. Ruminations anxieuses persistantes. Note dépressive avec baisse de l'élan vital, pessimisme, tr concentration, mais pas de ralentissement, pas d'idées noires, pas de tr appétit.
- Réintroduction de la paroxétine à 10 mg/j puis 20mg/j
- Amélioration thymique
- Proposition varénicline:
  - Quasi Abstiné depuis 2 mois 1/2
  - Qq craving mais absence de plaisir lors des prises des qq cigarettes
  - Qq troubles du sommeil mais absence de fatigue diurne
  - Pas de prise de poids

# Cas Clinique

- 80 ans
- ATCD addiction alcool sevrée depuis 10 ans, EDC traité par paroxétine 20 mg arrêté au bout de 4 mois
- Consultation psychologue: compulsions alimentaires et tabagiques, culpabilité+++
- Symptômes dépressifs marqués
- Plusieurs demandes (dépression, tabac, boulimie)
- PEC psycho/boulimie et changement de ttt pour jambes sans repos
- Reprise paroxétine, réduction sous TSN
- Adaptation à l'âge (obj motivationnels) et à la pathologie