



Tabac et troubles  
psychiatriques : que faire ?

---

- Les troubles psys : morbidité / mortalité
  - Les addictions et troubles psys : le tabac (alcool ?)
  - Pourquoi le tabac
  - Que faire : les « psys » peuvent ils bénéficier des mêmes stratégies de traitement
  - Quel (s) changements pour la psy
-



# 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

## ETUDES DE MORTALITE

Étude de F. CASADEBAIG, A. PHILIPPE (2002): patients schizophrènes des secteurs de psychiatrie adulte

Pathologie	Causes principales de décès	
	Observés	Attendus
Maladies Infectieuses	5	1,0
Sida	10	2,0 <sup>XXX</sup>
Tumeurs	38	29,9 <sup>X</sup>
Maladies de l' appareil circulatoire	35	12,1 <sup>XXX</sup>
Maladies de l' appareil respiratoire	14	2,4 <sup>XXX</sup>
Fausses routes	9	
X: p< 0,05		XXX: p<0,001

<u>Facteurs de Risque</u> <u>Non modifiable</u>	<u>Facteurs de Risque</u> <u>modifiable</u>	<u>Prévalence dans la</u> <u>Schizophrénie</u>
Sexe	Obésité	45 – 55% (1,5 – 2x)
Antécédents familiaux	Tabac	50 – 80 % (2 – 3x)
Antécédents personnels	Diabète	10 – 14% (2x)
Age	Hypertension	≥ 18 %
	Dyslipidémie	Prévalence ↑

**Development of an addiction. Recent studies link genes for subunits of the nicotinic acetylcholine receptor to early smoking, initial responses to tobacco smoke, and vulnerability to addiction.**

Aspect of smoking	Subunit Gene(s)	Type of Study	Participants	Researchers
Dizziness from first cigarette	$\beta 3$	Gene association*	1,075 adolescent smokers and nonsmokers	Marissa A. Ehringer et al.
Pleasure from initial cigarette	$\alpha 5$	Gene association*	435 adult smokers	Laura Jean Bierut, Ovide Pomerleau, Richard Sherva, et al.
Age of smoking initiation	$\alpha 5, \beta 4$	Gene association*	1,075 adolescent smokers and nonsmokers	M. A.. Ehringer et al.
Increased risk of dependence among early smokers	$\alpha 5$	Candidate-gene**	2,827 long-term smokers	Robert B. Weiss et al.
Transition to dependence	$\beta 3$	Genome-wide association* **	1,929 smokers, Collaborative Genetic Study of Nicotine Dependence	L.J. Bierut, Scott Saccone, et al.
Transition to dependence	$\alpha 3, \alpha 5, \beta 3$	Candidate-gene **	1,929 smokers, Collaborative Genetic Study of Nicotine Dependence	L.J. Bierut, Scott Saccone, et al.
Transition to dependence	$\alpha 5$	Genome-wide association* **	Approximately 15,000 adults	Wade Berrettini et al.
Transition to dependence	$\alpha 3$	Genome-wide association* **	Approximately 14,000 smokers, 16,000 nonsmokers	Kári Stefánsson et al.
Lung cancer and peripheral arterial disease	$\alpha 3$	Genome-wide association* **	Approximately 14,000 smokers, 16,000 nonsmokers	Kári Stefánsson et al.

\*Links genes with smoking by comparing the genetic markers of participants with and without the condition.

\*\*Compares genes, selected on the basis of a demonstrated or hypothesized link, from individuals with and without the condition.

\*\*\*Considers genetic markers across the entire genome to compare participants with and without the condition.

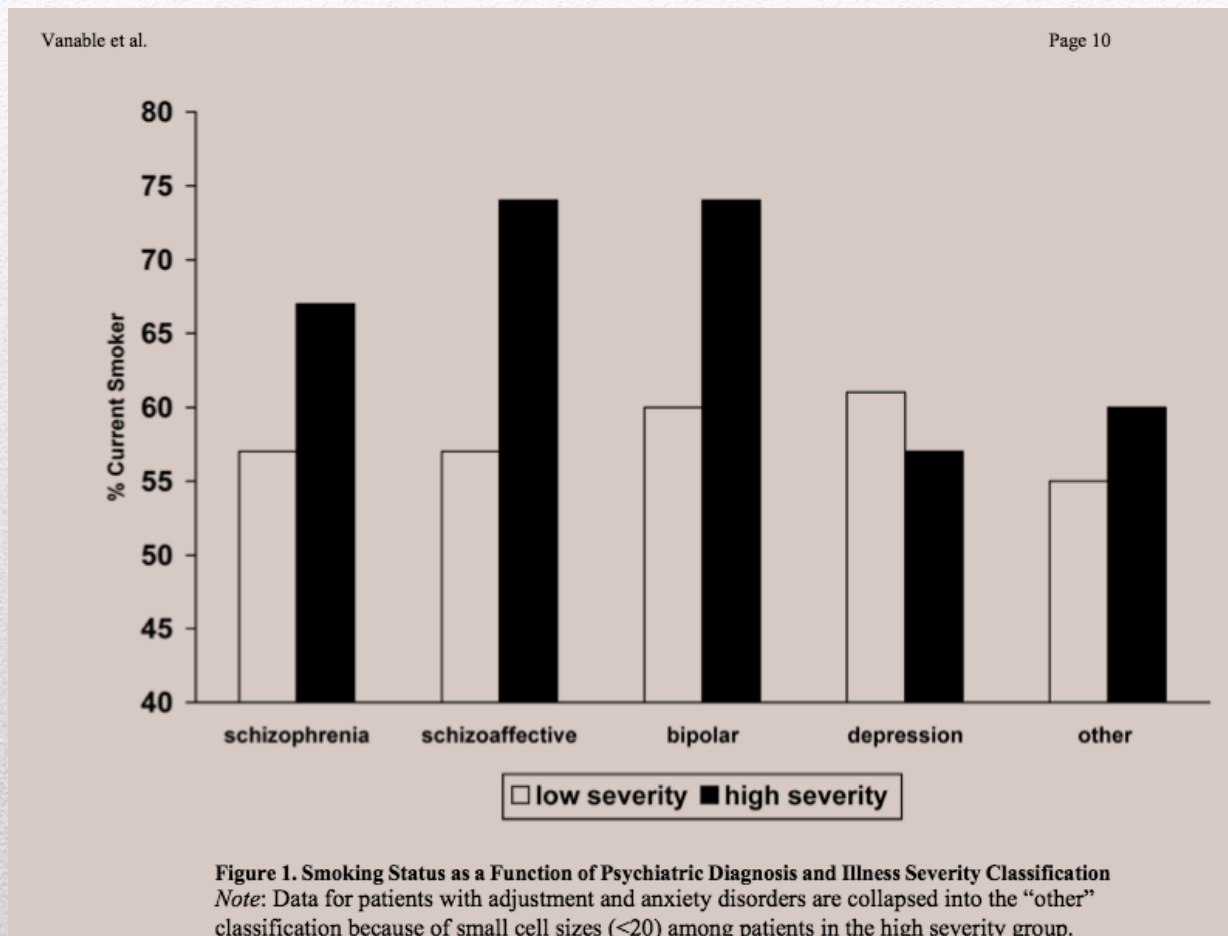
Table 3.—Odds Ratios for Ever Smoking by Selected Psychiatric Diagnoses in the St Louis ECA\* (1980-1983)

Diagnosis	Odds Ratio (95% Confidence Interval)	
	Subjects With Major Depressive Disorder Included	Subjects With Major Depressive Disorder Excluded
Major depression	2.38 (1.65-3.44)	...
Dysthymia	1.63 (1.11-2.40)	1.22 (0.73-2.03)
Simple phobia	1.19 (0.90-1.58)	1.03 (0.76-1.40)
Agoraphobia	1.76 (1.20-2.56)	1.23 (0.80-1.89)
Obsessive-compulsive disorder	1.33 (0.80-2.24)	1.74 (0.87-3.51)
Panic	1.57 (0.86-2.84)	2.13 (0.81-5.65)
Alcoholism	4.68 (3.65-6.01)	5.23 (4.05-6.76)

\*ECA indicates Epidemiologic Catchment Area.

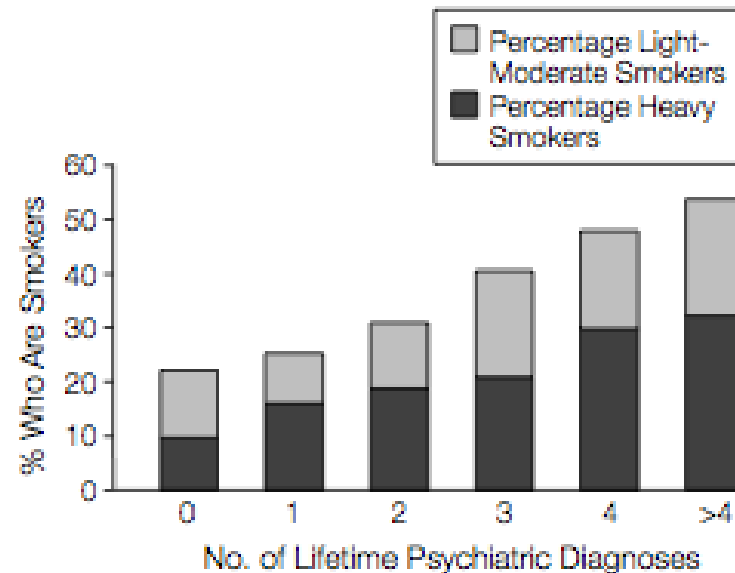
## Smoking Among Psychiatric Outpatients: Relationship to Substance Use, Diagnosis, and Illness Severity

Peter A. Venable, Michael P. Carey, Kate B. Carey, and Stephen A. Maisto  
Center for Health and Behavior Syracuse University





**Figure.** Smoking Rates Compared According to the Number of Lifetime Diagnoses and the Proportion of Heavy Smokers



Mantel-Haenszel  $\chi^2$ ,  $P < .001$ . Heavy smokers are defined as those whose peak consumption exceeded 24 cigarettes a day and moderate and light smokers as those whose peak consumption was 24 or less cigarettes a day.

Sévérité de l'addiction

## Résultats

III 50%	IV 24%
I 15%	II 16%

Sévérité de la comorbidité psychiatrique



# Risques relatifs pour les troubles psychiatriques

	<b>Fumeurs dépendants vs non fumeurs</b>	<b>Fumeurs non dépendants vs non fumeurs</b>
<b>Dépendance alcool</b>	<b>2,7*</b>	<b>2,1*</b>
<b>Dépendance cannabis</b>	<b>8*</b>	<b>4,3*</b>
<b>Dépendance cocaïne</b>	<b>11,8*</b>	<b>6,5*</b>
<b>Dépression majeure</b>	<b>2,9*</b>	<b>1,1</b>
<b>Anxiété</b>	<b>2,4*</b>	<b>1,4</b>



	Dépendance nicotinique	Tabagisme sans dépendance
Alcool / drogues	+++	++
Dépression / anxiété	++	0





- Comorbidité dépression / dépendance tabagique
  - Liaison non causale, génétique
  - Syndrome de sevrage :
    - humeur dépressive
    - troubles de la concentration
  - Antécédent dépressif
    - moins d'arrêts
    - syndrome de sevrage
    - risque dépressif au sevrage
    - échecs
  - Arrêt du tabac : efficacité de certains antidépresseurs
-

# Test de Fagerström

1. Le matin, combien de temps après le réveil, fumez-vous votre première cigarette ?

Dans les 5 minutes	3
6-30 minutes	2
31-60 minutes	1
Plus de 60 minutes	0

2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?

(p.ex. cinémas, bibliothèques)

Oui	1
Non	0

3. A quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ?

la première de la journée	1
une autre	0

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

10 ou moins	0
11-20	1
21-30	2
31 ou plus	3

5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

Oui	1
Non	0

6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?

Oui	1
Non	0

## Interprétation

0- 4 pas ou peu dépendant

5 –6 moyennement dépendant

7 –10 très dépendant

# Le Degré de Dépendance à la Nicotine

1. Les fumeurs peu ou pas dépendants à la nicotine : test  $\leq 4$  (50% des fumeurs)
2. Les fumeurs moyennement dépendants à la nicotine : test = 5 ou 6 (20%)
3. Les fumeurs très dépendants à la nicotine : test  $\geq 7$  (30%)

## History of Depression and Smoking Cessation Outcome: A Meta-Analysis

Brian Hitsman and Belinda Borrelli

Centers for Behavioral and Preventive Medicine, Brown  
Medical School/The Miriam Hospital

Dennis E. McChargue and Bonnie Spring

University of Illinois at Chicago/Hines Veterans Affairs  
Hospital, Maywood, Illinois

Raymond Niaura

Centers for Behavioral and Preventive Medicine, Brown Medical School/The Miriam Hospital

The authors conducted a meta-analysis of published studies to (a) evaluate the premise that a history of major depression is associated with failure to quit smoking and (b) identify factors that moderate the relationship between history of depression and cessation outcome. Fifteen studies met the selection requirements and were coded for various study methodology and treatment characteristics. DSTAT was used to calculate individual study effect sizes, determine the mean effect size across studies, and test for moderator effects. No differences in either short-term ( $\leq 3$  months) or long-term abstinence rates ( $\geq 6$  months) were observed between smokers positive versus negative for history of depression. **Lifetime history of major depression does not appear to be an independent risk factor for cessation failure in smoking cessation treatment.**



Table 8

Odds ratios (ORs) comparing frequencies of smoking cessation in patients with schizophrenia versus the general population

Author	Country	Schizophrenia, %	General population, %	OR	CI
<i>Cessation rates<sup>a</sup> in males and females combined</i>					
Beratis et al., 2001	Greece	4 (11/248)	14	0.26	0.10–0.45 <sup>b</sup>
McCreadie, 2002 <sup>c</sup>	Scotland	17 (34/196)	39	0.32	0.21–0.45 <sup>b</sup>
Gurpegui et al., 2005	Spain	4 (7/180)	38	0.07	0.03–0.12 <sup>b</sup>
Etter et al., 2004	Switzerland	15 (19/125)	47	0.20	0.11–0.30 <sup>b</sup>
Ziedonis et al., 1994	USA	9 (19/201)	49 <sup>d</sup>	0.10	0.06–0.16 <sup>b</sup>
de Leon et al., 2002b	USA	10 (6/61)	44	0.14	0.04–0.28 <sup>b</sup>
Adding 6 samples	5 countries	9 (96/1011)	–	0.19 <sup>e</sup>	0.14–0.24 <sup>f</sup>
<i>Cessation rates in males</i>					
Kelly and McCreadie, 1999	Scotland	10 (6/58)	53	0.10	0.03–0.21 <sup>b</sup>
Gurpegui et al., 2005	Spain	3 (4/150)	44	0.04	0.01–0.081 <sup>b</sup>
Glynn and Sussman, 1990	USA	19 (11/57)	48 <sup>d</sup>	0.25	0.10–0.46 <sup>b</sup>
de Leon et al., 2002b	USA	5 (2/41)	38	0.10	0.00–0.23 <sup>b</sup>
Adding 4 samples	3 countries	8 (23/306)	–	0.10 <sup>e</sup>	0.06–0.14 <sup>f</sup>
<i>Cessation rates in females</i>					
Kelly and McCreadie, 1999	Scotland	37 (15/41)	45	0.72	0.34–1.3 <sup>b</sup>
Gurpegui et al., 2005	Spain	10 (3/30)	33	0.23	0–0.62 <sup>b</sup>
de Leon et al., 2002b	USA	20 (4/20)	46	0.29	0.06–0.78 <sup>b</sup>
Adding 3 samples	3 countries	24 (22/91)	–	0.46 <sup>e</sup>	0.23–0.69 <sup>f</sup>

<sup>a</sup> A cessation rate is the percentage of ever smokers who are not current smokers.<sup>b</sup> CIs, 95% bootstrap confidence intervals (Simon, 1999).<sup>c</sup> Includes samples in Kelly and McCreadie (1999).<sup>d</sup> A comparable percentage was not reported by authors and was obtained from an independent source (see Section 2.1 for a list of references).<sup>e</sup> Weighted average ORs using schizophrenia sample sizes as weights.<sup>f</sup> CI, 95% confidence interval, computed by using the delta method (Casella and Berger, 2002).

Table 9  
Odds ratios (ORs) comparing frequencies of smoking cessation in patients with schizophrenia versus patients with other mental illnesses

Author	Country	Schizophrenia, %	No schizophrenia, %	OR	CI
<i>Cessation rates in males and females combined</i>					
Poirier et al., 2002	France	6 (9/145)	13 (34/255)	0.43	0.20–0.93 <sup>a</sup>
Itkin et al., 2001	Israel	17 (6/35)	29 (12/42)	0.52	0.17–1.6 <sup>a</sup>
Arias-Horcajadas et al., 1997	Spain	10 (4/41)	9 (3/34)	1.1	0.23–5.4 <sup>a</sup>
de Leon et al., 2002b	USA	10 (6/61)	18 (7/40)	0.51	0.16–1.7 <sup>a</sup>
Combination of 4 samples	4 countries	9 (25/282)	15 (56/371)	0.55	0.33–0.90 <sup>a</sup>
<i>Cessation rates in males</i>					
Srinivasan and Thara, 2002	India	27 (40/149)	40 (34/86)	0.56	0.32–0.99 <sup>a</sup>
Itkin et al., 2001	Israel	0 (0/22)	45 (9/20)	0.05	0.00–0.32 <sup>b</sup>
Diwan et al., 1998	USA	10 (6/60)	57 (8/14)	0.08	0.02–0.32 <sup>a</sup>
de Leon et al., 2002b	USA	5 (2/41)	19 (5/26)	0.22	0.04–1.2 <sup>a</sup>
Combination of 4 samples	3 countries	18 (48/272)	38 (56/146)	0.34	0.22–0.54 <sup>a</sup>
<i>Cessation rates in females</i>					
Itkin et al., 2001	Israel	46 (6/13) <sup>c</sup>	14 (3/22)	5.4 <sup>c</sup>	1.06–27.8 <sup>a</sup>
de Leon et al., 2002b	USA	20 (4/20)	14 (2/14)	1.5	0.24–9.6 <sup>a</sup>
Combination of 2 samples	2 countries	30 (10/33)	14 (5/36)	2.7	0.8–9.0 <sup>a</sup>

<sup>a</sup> CIs, 95% confidence intervals, were computed from two-way cross-tabulations (SPSS Inc., 1999).

<sup>b</sup> CI, 95% exact confidence interval (Cytel Software Co., 2000).

<sup>c</sup> The sample included a small subsample of female schizophrenic patients with an unusual ethnic background and who smoked less than the Israeli female general population.

# Évaluer la motivation à l'arrêt : le Q-MAT

## 1/ Pensez-vous que dans 6 mois:

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

## 2/ Avez-vous, actuellement, envie d'arrêter de fumer?

Pas du tout	0
Un peu	1
Beaucoup	2
Enormément	3

## 3/ Pensez-vous que dans 4 semaines

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

## 4/ Vous arrive-t-il de ne pas être content de fumer?

Jamais	0
Quelquefois	1
Souvent	2
Très souvent	3

### Motivation

**Insuffisante**

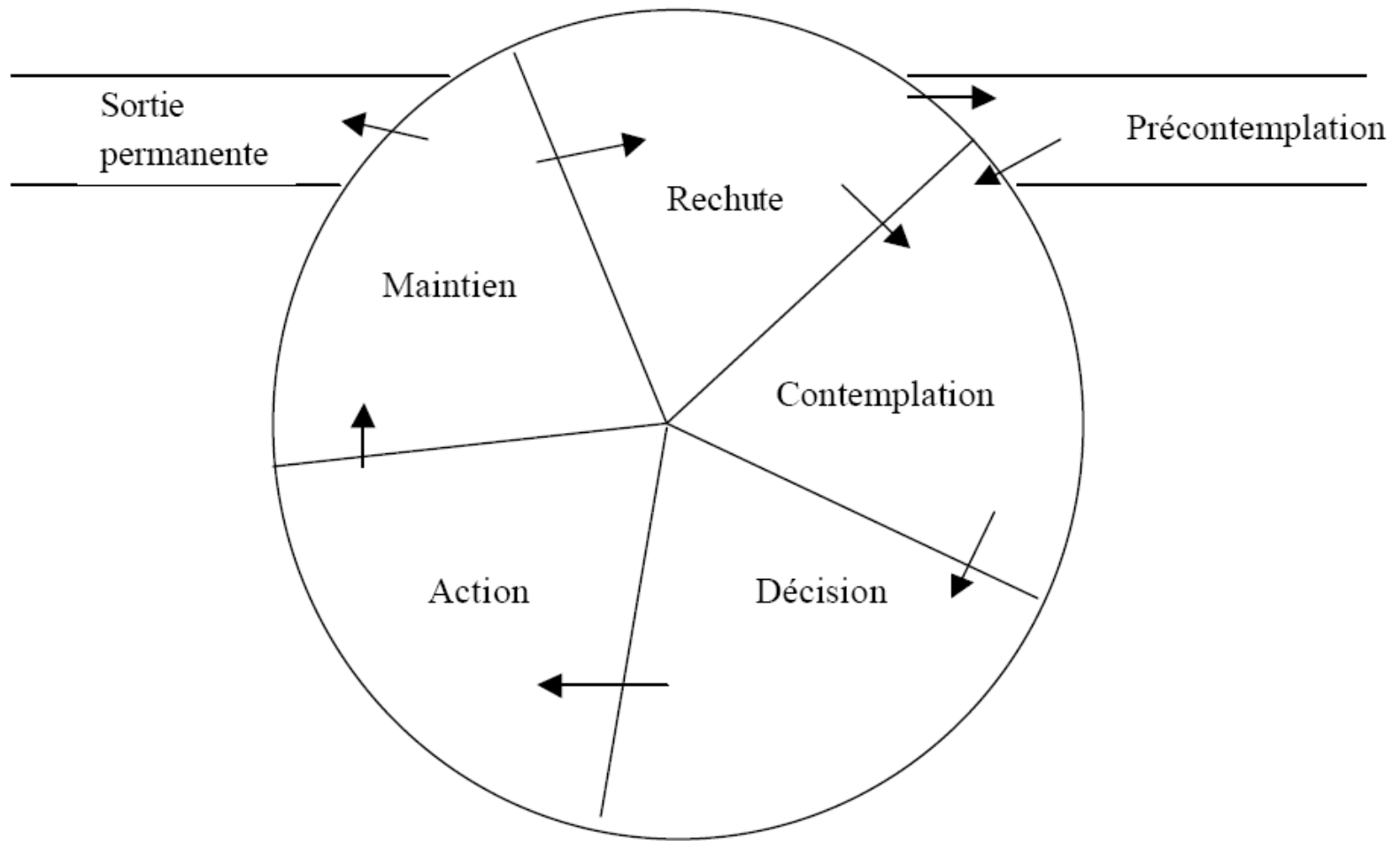
**0-6**

**Moyenne**

**7-13**

**Forte**

**13(?) - 20**



---

*Les six stades de changement de Prochaska et DiClemente, adaptation de Miller et Rollnick, 1991*



<i>Étapes de changement</i>	<i>Tâches de l'intervenant</i>
<i>Précontemplation</i>	<i>-Conscientiser les clients des risques encourus et des problèmes que lui occasionne son comportement -Semer le doute</i>
<i>Contemplation</i>	<i>-Discuter des avantages et des désavantages d'un changement ainsi que des avantages et des désavantages du statu quo</i>
<i>Décision</i>	<i>-Aider le client à déterminer les pas, les actions qu'il veut prendre</i>
<i>Action</i>	<i>Aider le client à effectuer ces premiers pas</i>
<i>Maintien</i>	<i>Aider le client à identifier et mettre en pratique des stratégies de prévention de la rechute.</i>
<i>Rechute</i>	<i>-Aider le client à entamer de nouveau les étapes précédentes tout en l'encourageant à se remémorer ses succès passés</i>



# Entretien motivationnel

- La motivation n'est pas une condition nécessaire pour accepter d'amener quelqu'un à changer
- **C'est la condition à instaurer et à maintenir avec la personne pour qu'elle puisse changer**
- (Ceux qui sont motivés n'ont pas besoin de nous)

# CONSTRUIRE LA MOTIVATION AU CHANGEMENT

W.A.R.

Willing

Désireux

Able

Capable

Ready

Prêt

23

# Les 2 dimensions de la motivation





# L'ambivalence : le dilemme du changement

- ✓ **Ne pas pouvoir se résoudre à choisir**
- ✓ Incompatibilité entre deux situations
- ✓ Conflit entre les gains et les pertes
- ✓ Phénomène normal chez tous les humains
- ✓ Constitutif de l'addiction
- ✓ Constitue un frein au changement

# Motivation

La statu quo

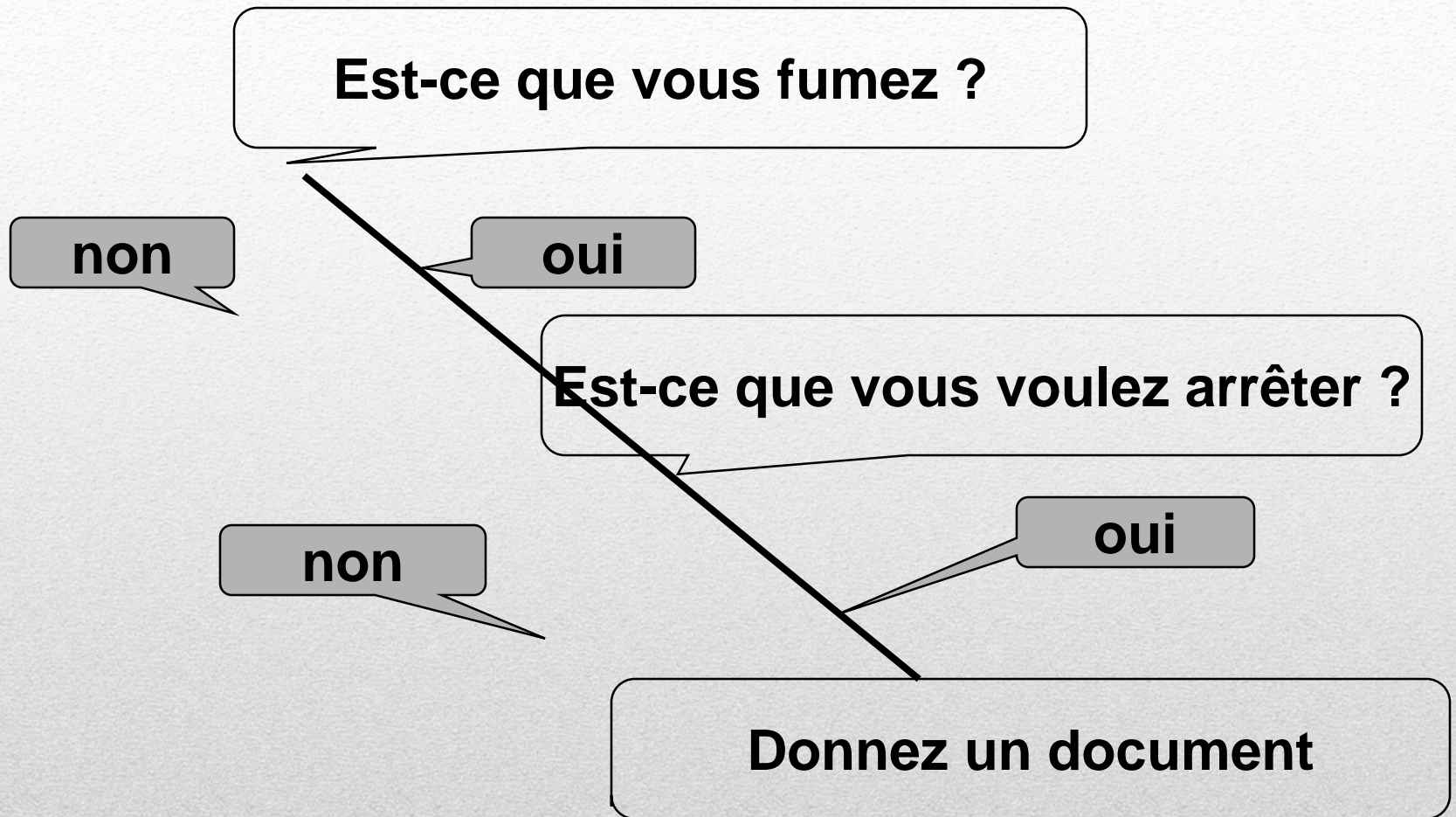
avantages	inconvenients

# Motivation

## La changement

avantages	inconvenients

# Conseil minimal



# Conseil bref arrêt du tabac

**Est-ce que vous fumez ?**

**Pourquoi ?**

**Voulez-vous arrêter ?**

**Que n'aimez-vous pas dans le fait de fumer ?**

**Quelle est votre motivation pour arrêter de fumer dans le mois ?**

**Comparez les raisons pour arrêter et continuer**

**Jusqu'à quel point avez-vous confiance en votre capacité à arrêter ?**

**Que pouvons-nous faire ensemble pour augmenter votre motivation, votre confiance ?**

**Suivi: à chaque rencontre parler du tabac**

29/09/2014

**Besoin physique**

**Dépendance**

**Dépendance  
psychologique**

**Comportementale**

**BUPROPION  
= ZYBAN**

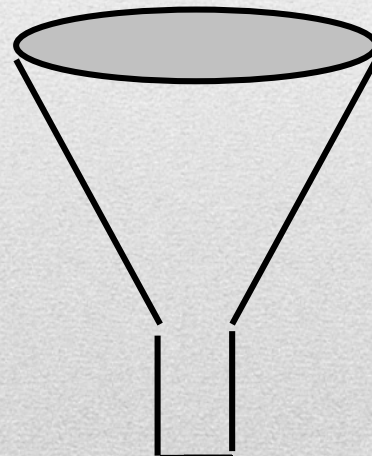
*Plaisir  
Psycho-Stimulant  
Anti-stress  
Antidépresseur  
Anorexigène (coupe-faim)*

**NICOTINE** sous  
forme de gommes,  
tablettes ou inhalateur

**NICOTINE**  
Toutes formes

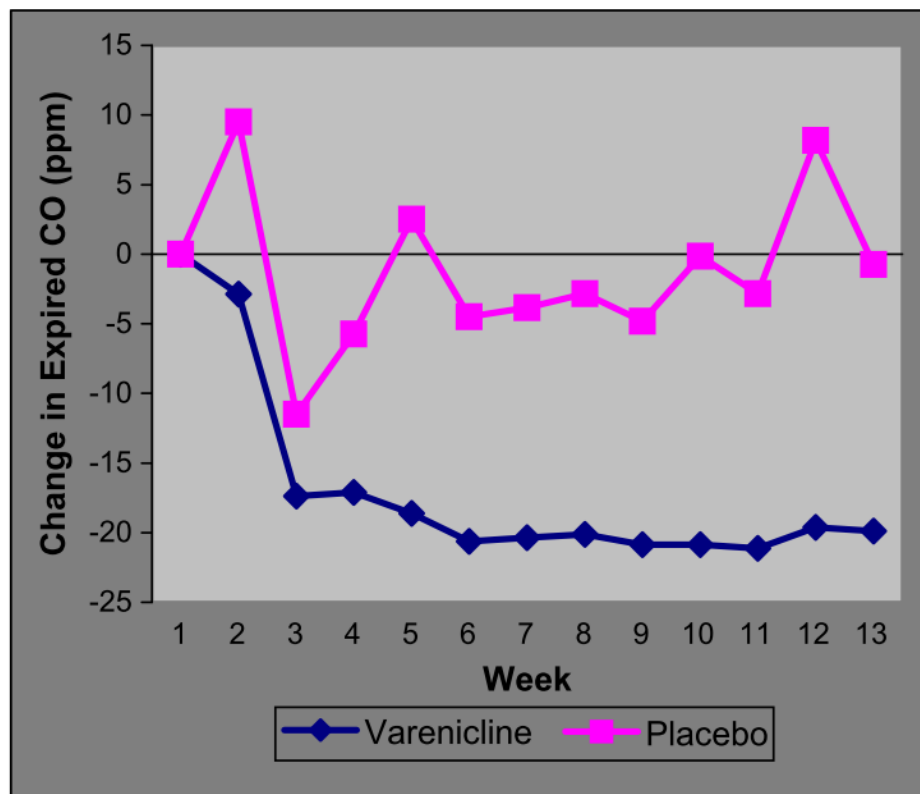
Thérapies Comportementales  
et Cognitive  
Exercice physique  
Diététique  
Relaxation

*Envie et Besoin de FUMER G.Lagrué, P.Dupont*



## Varenicline for smoking cessation in people with schizophrenia: a double blind randomized pilot study

Schizophrenia Research 129 (2011) 94–95



**Fig. 1.** Change from Baseline in Expired CO (ppm) by Treatment Group and Study Week. Participants had 2 sessions of individual counseling before starting study medication at Medication week 0. They were told to quit following their Week 1 visit (the end of the third counseling session) The difference between the groups became significant at week 4 and remained significant for the rest of the trial. The average (across visits) varenicline -placebo difference in expired CO was estimated to be  $-18.8 \pm 5.7$  ( $F=10.76$ ,  $df=1,5.1$ ,  $p=0.02$ ); variation in the magnitude of this difference among visits was not significant ( $F=1.37$ ,  $df=11,60.2$ ,  $p=0.21$  for treatment x week interaction).

# Le choix de la définition de la santé va orienter les pratiques

- *Santé définie en termes biophysiologicals* : la santé est essentiellement l'affaire des professionnels de santé et de soins
  - *Santé définie en termes de capacités* : l'action ne se limite pas à la gestion ou à l'apprentissage du risque de la maladie, des comportements protecteurs ou préventifs. Elle s'étend à d'autres éléments comme les interactions sociales, le rôle et le pouvoir sur sa propre santé ....
-





- Antonovsky (1996) :
  - centre ces travaux sur les facteurs et les processus qui aident les personnes à se maintenir en santé et à résister aux assauts et aux agressions pathogènes
  - Notion de « *sens de cohérence* » des personnes ... « la mobilisation par une personne de ses ressources générales de développement et de résistance, individuelles et sociales » , permet d'expliquer la capacité de certains à se maintenir en bonne santé

# « La salutogenèse »

---

- Confrontées à un agent « stressant », les personnes à fort « sens de cohérence » réagissent au niveau
  - Du sens, en étant motivées à faire face à la situation
  - De la globalité, en étant convaincues que la situation est saisissable dans son ensemble
  - De la faisabilité, en étant convaincues que des moyens sont disponibles pour y faire face

« La salutogenèse »

---

*libre  
comme  
l'air  
et j'en suis  
fier*

