



HAL
open science

Niveau d'information sur le tabac et accès aux aides pour sevrage des personnes consultant en psychiatrie : étude transversale en comparaison avec des personnes consultant en endocrinologie et en addictologie

Laura Lenoir

► To cite this version:

Laura Lenoir. Niveau d'information sur le tabac et accès aux aides pour sevrage des personnes consultant en psychiatrie : étude transversale en comparaison avec des personnes consultant en endocrinologie et en addictologie. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-03204368

HAL Id: dumas-03204368

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03204368v1>

Submitted on 8 Sep 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2019

N° 217

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Niveau d'information sur le tabac et accès aux aides
pour sevrage des personnes consultant en psychiatrie :
étude transversale en comparaison avec des personnes
consultant en endocrinologie et en addictologie

Présentée et soutenue publiquement
le 16 octobre 2019

Par

Laura LENOIR

Née le 27 novembre 1989 à Chartres (28)

Dirigée par Mme Le Docteur Nadia Younes, MCU-PH

Jury :

M. Le Professeur Thierry Chinet, PU-PH..... Président

M. Le Professeur Marcel Bonay, PU-PH

M. Le Professeur Thierry Lebret, PU-PH

Remerciements

À Monsieur le Professeur Thierry CHINET
Pour me faire l'honneur de présider mon jury de thèse.

À Messieurs les Professeurs Marcel BONAY et Thierry LEBRET
De faire partie de mon jury de thèse.

À Madame le Docteur Nadia YOUNES
D'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Merci pour votre forte implication, vos nombreux conseils, votre soutien indéfectible et votre bienveillance tout au long de ce projet de thèse.

À Madame le Docteur Virginie BULOT
D'avoir accepté de réaliser cette étude au sein du CMP Eugen Bleuler.

À Madame Élisabeth MASSE, à Thierry et à tous les membres du CMP
Pour le précieux accompagnement des patients au remplissage des questionnaires.

À Mesdames les Docteurs Florence VORSPAN et Maeva FORTIAS
D'avoir spontanément proposé d'inclure les patients du CSAPA de Fernand-Widal.

À tous les membres du CSAPA de Fernand-Widal et notamment à Marie-Sophie
Pour leur incroyable efficacité lors du recrutement des patients.

À Monsieur le Docteur Jean-Paul BERESSI et à Madame le Docteur Virginie DESFORGES-BULLETT
D'avoir accepté de réaliser cette étude au sein de leur service d'endocrinologie.

À toute l'équipe du service d'endocrinologie de l'hôpital André Mignot, notamment à Monsieur Jérôme MICHAUD, à Madame Clotilde LEMAIRE et aux secrétaires de consultations
Pour leur investissement dans la distribution des questionnaires et l'inclusion des patients d'endocrinologie.

À tous les patients de psychiatrie, d'addictologie et d'endocrinologie ayant participé à l'étude
Pour avoir pris le temps de remplir le questionnaire et sans qui cette étude n'aurait pas été possible.

À tous les médecins et les équipes qui m'ont énormément apporté lors de mon internat.

À tous mes co-internes pour leur solidarité, les supervisions improvisées et les rires dédramatisant.

À Camille, Chachou, Lama, Louchette, Margaux, Manue, Nanou, Ophélie, Ségo, Thibault, mes amis et mes compagnons de BU pendant ces longues années de médecine.

À tas de copains et notamment à mes italiens préférés
Pour tous les bons moments qui ont ponctué ces années d'études.

À mes parents
Pour avoir toujours été là et avoir toujours cru en moi.

À Alexandre et Philippine voisins temporaires et surtout frère et sœur
Pour leur soutien et leur patience.

À ma grand-mère et ancienne voisine
Pour ces bons petits plats pendant mes premières années de médecine, son optimisme et ses encouragements.

À Maximilien, mon statisticien, mon coach, mon exceptionnel mari
Il n'y aura jamais assez de mots pour exprimer ma reconnaissance face à ton incroyable dévouement et ta patience dans ce projet de thèse.

Table des matières

Remerciements	3
Table des matières	5
Liste des abréviations	8
Introduction	9
Première partie : Revue de la littérature	11
Chapitre 1 : Généralités sur le tabac	11
1. Bref historique du tabac en France.....	11
2. Composition du tabac	12
2.1 La nicotine.....	12
2.1.1 <i>Psychopharmacologie</i>	12
2.1.2 <i>La dépendance</i>	13
2.2 Composition chimique de la fumée de tabac.....	15
3. Industrie du tabac et évolution des ventes	15
4. Politique de lutte contre le tabac.....	16
Chapitre 2 : Prévalence du tabagisme	18
1. Population générale.....	18
1.1 Les chiffres en France	18
1.2 Caractéristique de la consommation des fumeurs en France	19
2. Populations particulières.....	20
2.1 Maladie chronique et tabagisme.....	20
2.2 Le tabagisme chez les personnes suivies en addictologie.....	21
2.3 La place particulière du tabagisme en psychiatrie	21
2.3.1 <i>La « culture tabagique » dans les structures de santé mentale</i>	21
2.3.2 <i>Tabagisme et schizophrénie</i>	23
2.3.3 <i>Tabagisme et trouble bipolaire</i>	25
2.3.4 <i>Tabagisme et dépression</i>	25
2.3.5 <i>Tabagisme et trouble anxieux</i>	26
Chapitre 3 : Conséquences sanitaires du tabac	27
1. Mortalité et complications organiques liées au tabac	27
1.1 Impact du tabagisme actif.....	27
1.1.1 <i>Mortalité dans la population générale : quelques chiffres</i>	27
1.1.2 <i>Tabagisme et morbidité</i>	28
1.1.2.1 <i>Tabac et cancer : premier facteur de risque évitable en France</i>	28
1.1.2.2 <i>Tabac et maladies cardiovasculaires</i>	29
1.1.2.3 <i>Pathologies respiratoires et tabagisme</i>	29
1.1.2.4 <i>Tabagisme et autres drogues</i>	30
1.1.3 <i>Grossesse et tabac</i>	30
1.2 Impact du tabagisme passif sur la santé	31
1.3 Morbi-mortalité somatique en psychiatrie	31
1.4 Impact positif de l'arrêt du tabac	32
2. Complications psychiatriques liées au tabagisme.....	32
2.1 Lien entre dépression, anxiété et tabac.....	32
2.2 Suicide et tabac	33
2.3 Impact du tabagisme sur la schizophrénie.....	34
2.3.1 <i>Symptômes psychiatriques</i>	34

2.3.2	<i>Interaction tabac et traitements psychotropes</i>	35
2.3.3	<i>Dépendance à la nicotine plus sévère que dans la population générale</i>	35
2.4	Effet du tabac sur le trouble bipolaire	35
Chapitre 4 : Prise en charge de la dépendance au tabac		36
1.	Prévention, dépistage et information	36
1.1	Impact des politiques de lutte contre le tabac	36
1.1.1	<i>L'interdiction de fumer dans les lieux publics</i>	36
1.1.2	<i>Le paquet neutre</i>	37
1.2	Le rôle des professionnels de santé	37
2.	Prise en charge de la dépendance à la nicotine	38
2.1	Évaluation de la dépendance	38
2.2	Les traitements médicamenteux et l'accompagnement	38
2.3	Le cas de la cigarette électronique	40
3.	L'arrêt du tabac dans les populations particulières	41
3.1	L'arrêt du tabac chez les personnes suivies en addictologie	41
3.2	L'arrêt du tabac chez les personnes souffrant de maladies chroniques	42
3.3	L'arrêt du tabac chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques	42
3.3.1	<i>Trouble anxieux et sevrage tabagique</i>	43
3.3.2	<i>Dépression et sevrage tabagique</i>	44
3.3.3	<i>Trouble bipolaire et sevrage tabagique</i>	44
3.3.4	<i>Schizophrénie et sevrage tabagique</i>	44
Chapitre 5 : Niveau d'information sur le tabac		46
1.	Niveau d'information des français à l'égard du tabac	46
2.	Niveau d'information dans les populations particulières	47
2.1	Niveau d'information des personnes souffrant de maladies chroniques	47
2.2	Niveau d'information des personnes consultant en addictologie	47
2.3	Niveau d'information des patients en psychiatrie sur le tabac	48
Chapitre 6 : Motivation et accès aux aides pour l'arrêt du tabac		48
1.	Motivation et accès aux aides dans la population générale	48
2.	Motivation et accès aux aides dans les populations particulières	50
2.1	Motivation et accès aux aides chez les personnes souffrant de maladies chroniques	50
2.2	Motivation et accès aux aides chez les personnes consultant en addictologie	50
2.3	Motivation et accès aux aides en psychiatrie	50
Deuxième partie : Étude observationnelle		52
Chapitre 1 : Contexte et objectifs		52
Chapitre 2 : Méthode		54
1.	Type d'étude	54
2.	Population	54
3.	Procédures	55
4.	Données recueillies	55
4.1	Caractéristique de la population étudiée	55
4.2	Niveau d'information sur les risques liés au tabac	55
4.3	Consommation de tabac et aides au sevrage chez les fumeurs et ex-fumeurs	56
4.4	Évaluations de la dépendance tabagique, de la motivation à l'arrêt et des aides au sevrage chez les fumeurs	56
5.	Analyses statistiques	57
6.	Aspects réglementaires	58
6.1	Origine et nature des données récoltées	58
6.2	Disposition éthique et réglementaire	58
6.3	Comité de protection des personnes	58
6.4	Modalité d'information des patients	59
Chapitre 3 : Résultats		59
1.	Caractéristiques de la population (tableau 1)	59

2.	Statut tabagique (tableau 2A).....	61
2.1	Caractéristiques de consommations des fumeurs et ex-fumeurs (tableau 2B)	61
2.2	Dépendance des fumeurs (tableau 2C).....	63
3.	Niveau d'information sur le tabac.....	64
3.1	Informations d'ordre général sur le tabac (tableau 3A).....	64
3.2	Informations sur la psychiatrie et le tabac (tableau 3B)	67
4.	Motivation au sevrage tabagique des fumeurs (tableau 4).....	69
5.	Aides au sevrage tabagique.....	71
5.1	Aides au sevrage tabagique chez les fumeurs et ex-fumeurs (tableau 5A).....	71
5.2	Aides au sevrage tabagique chez les ex-fumeurs (tableau 5B)	72
5.3	Aides au sevrage tabagique chez les fumeurs (tableau 5C)	73
Chapitre 4 : Discussion		75
1.	Les profils des fumeurs et ex-fumeurs	75
2.	Niveau d'information sur le tabac.....	76
3.	Motivation au sevrage.....	78
4.	Aide au sevrage.....	79
5.	Limites.....	80
Conclusion.....		82
Bibliographie		86
Annexe - Questionnaire		97

Liste des abréviations

AAH : Allocation Adulte Handicapé

BPCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive

CIRC : Centre International de Recherche contre le Cancer

CMP : Centre Médico-Psychologique

CPP : Comité de Protection des Personnes

CSAPA : Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

EROPP : Enquête sur les Représentations, Opinions et Perceptions sur les Psychotropes

ESCAPAD : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital De Jour

OFDT : Observatoires Français des Drogues et des Toxicomanies

OFT : Office Français de prévention du Tabagisme

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNLT : Programme National de Lutte contre le Tabagisme

PNRT : Programme National de Réduction du Tabagisme

RECAP : REcueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge

RSA : Revenu de Solidarité Active

SEITA : Société d'Exploitation Industrielle des Tabacs et des Allumettes

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TNS : Traitement Nicotinique de Substitution

Introduction

Le tabac est une substance psychoactive très répandue dans le monde avec un fort potentiel addictif. Sa consommation est un problème majeur de santé publique en France comme dans le monde et constitue la première cause de décès évitable, loin devant l'alcool et les drogues illicites (1,2).

En France, la prévalence estimée par le Baromètre Santé des fumeurs quotidiens de tabac en 2017 parmi les 18-75 ans est de 26,9% (3). Chez les personnes vivant avec un trouble psychiatrique, le tabac est la substance la plus utilisée avec une prévalence avoisinant les 60%, une dépendance à la nicotine sévère et des conséquences majeure sur la morbi-mortalité (4-10). Pour les personnes présentant un trouble de l'usage de substances, la prévalence du tabagisme est de 62% parmi les consultants dans les CSAPA (Centres de soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) en France, avec une consommation alors très majoritairement associée à d'autres toxiques (11). Les personnes vivant avec une maladie chronique « somatique » peuvent avoir des taux de prévalence plus réduits, de l'ordre de 18% (12).

Selon une enquête en 2011, seuls trois fumeurs sur dix ayant consulté un médecin au cours des six derniers mois ont reçu des conseils pour arrêter de fumer alors que 56,7% des fumeurs quotidiens déclaraient avoir envie d'arrêter de fumer (3,13). L'accès aux aides pour l'arrêt du tabac semble donc insuffisant dans la population générale car l'information puis la proposition d'aide provient souvent des soignants.

Dans le milieu de la santé mentale, l'exposition à la culture tabagique était importante avec des consommations massives de tabac des patients et des soignants dans les structures de soins psychiatriques (14,15). L'accès aux aides reste à décrire dans cette population où il a été montré que les professionnels de santé sont peu impliqués dans le sevrage tabagique et la prise en charge de la dépendance nicotinique des personnes vivant avec un trouble psychiatrique, du fait d'un manque de formation ou d'apriori sur la capacité et la motivation de ces patients à s'engager dans une démarche d'arrêt du tabac, ou encore parce qu'ils relativisent ce problème par rapport au trouble psychiatrique (16,17).

La prévalence importante du tabagisme observée chez les personnes vivant avec un trouble psychiatrique d'une part et l'implication moindre des professionnels de santé en psychiatrie sur la prévention des risques liés au tabac d'autre part, pose la question d'une moindre information de cette population sur les risques liés au tabac et d'un moindre accès à des aides pour un sevrage tabagique s'ils sont fumeurs, par rapport à la population générale et à d'autres populations de patients (par exemple atteints de maladie chronique ou consultant en addictologie).

Dans un premier temps à travers une revue de la littérature, et après avoir rappelé quelques généralités sur le tabac, nous ferons le point sur la prévalence du tabac en population générale et dans les populations particulières d'intérêt : psychiatrie, addictologie et maladie chronique, sur les conséquences sanitaires du tabagisme (somatiques et psychiatriques) et sur la prise en charge du trouble de l'usage du tabac dans la population générale et de sa spécificité dans les populations particulières. Nous rapporterons également les données de la littérature sur le niveau d'informations des risques liés au tabac, la motivation au sevrage et l'accès aux aides dans la population générale et dans les populations particulières.

Dans un deuxième temps à travers une étude observationnelle multicentrique transversale nous étudierons le profil tabagique des consultants en psychiatrie, en comparant avec les personnes consultant en addictologie ou en endocrinologie. Puis nous évaluerons le niveau d'information sur les risques liés au tabac dans ces trois populations et chez les fumeurs et ex-fumeurs la motivation au sevrage et l'accès aux aides pour sevrage.

Chapitre 1 : Généralités sur le tabac

1. Bref historique du tabac en France

Avant la découverte des Amériques, le tabac était une plante mystique dont l'usage est sacré et curatif en Europe. C'est en 1492 que Christophe Colomb découvre l'Amérique et s'aperçoit que les Indiens fument une plante nommée « petum » sous forme d'un tube de feuilles roulées. Ce sont des feuilles de tabac qu'il décide alors d'importer en Europe.

En 1560, Jean Nicot, qui était ambassadeur de France au Portugal à cette époque, envoya des feuilles de tabac râpées à Catherine de Médicis, reine de France dans le but de l'aider à soulager ses migraines. Par la suite elle donna l'ordre d'en cultiver en France. Cette herbe devint alors très populaire dans le pays. Au XVII^{ème} on observait l'apparition des premières exploitations en France. Face à cet engouement national pour le tabac Richelieu créa en 1629 le premier impôt sur le tabac (18).

La nicotine a été découverte par Louis Nicolas Vauquelin en 1809. Elle porte cette appellation en référence à Jean Nicot (18).

En 1830 les premières cigarettes fabriquées de façon industrielle apparaissent et en 1843 la première machine à fabriquer les cigarettes est inventée (18).

En 1950 les premières études épidémiologiques prouvent la toxicité du tabac et en 2000 l'État français décide de se séparer de la SEITA (Société d'exploitation industrielle des tabacs et des allumettes) (19).

En 2018, la production de tabac en France représentait 18,9 millions d'euros de chiffre d'affaires. Dans les réseaux de ventes officiels, on vendait 49,7 milliards de produits du tabac, pour 24500 débitants de tabac. Depuis 2000, 9000 débitants ont fermé en France. Les 700 exploitations françaises employaient 6000 personnes, et faisaient de la France le cinquième producteur de tabac européen (20).

Le dernier rapport de l'OMS concernant le tabac dans le monde parle pour la première fois en 2019 de son impact sur l'environnement : la déforestation due aux cultures du tabac, 30 à 40% des déchets ramassés sont des mégots de cigarettes, émission de gaz à effets de serres par les usines et émission de fumée polluante par les fumeurs (21).

2. Composition du tabac

Le tabac est consommé sous différentes formes. En France c'est la cigarette manufacturée qui est la plus consommée devant le tabac à rouler, les cigares et les cigarillos. La chicha (ou narguilé) est consommée avec du « tabamel » un dérivé du tabac, chauffé grâce à du charbon et dont la fumée est aspirée au moyen d'un tuyau souple (1).

2.1 La nicotine

La dépendance au tabac est liée à la nicotine qu'il contient. C'est une substance psychoactive avec un potentiel addictif fort (plus que l'héroïne, l'alcool et la cocaïne). La dépendance au tabac se développe rapidement après l'initiation. Le métabolite principal est la cotinine (22–24).

2.1.1 Psychopharmacologie

Sur le plan psychopharmacologique la nicotine agit directement sur les récepteurs cholinergiques nicotiques (ou récepteurs de l'acétylcholine) dans les circuits de récompense au niveau central, en mimant l'action de l'acétylcholine. Il existe deux principaux sous-types de récepteurs nicotiques : le sous-type $\alpha 4\beta 2$ et le sous-type $\alpha 7$. Les récepteurs postsynaptiques $\alpha 4\beta 2$ -nicotiques des neurones dopaminergiques entraînent la libération de dopamine dans le noyau accumbens et les récepteurs présynaptiques $\alpha 7$ -nicotiques des neurones glutamiques libèrent le glutamate qui à son tour libère de la dopamine dans le noyau accumbens (24).

La nicotine induit une dépendance en agissant au niveau central par libération de dopamine au niveau du système de récompense. Les effets agréables et positifs des « shoots nicotiques » entraînant libération et recapture de la dopamine sont variables selon les fumeurs (plaisir, gestion du stress, soutien du moral et concentration intellectuelle) (22).

Dans la mesure où la nicotine est un agent pharmacologique agissant directement sur l'apprentissage par récompense, l'administration aiguë de nicotine a été associée à une réactivité accrue à la récompense, alors que le sevrage a été associée à une insensibilité à la récompense (25).

Certaines preuves suggèrent que ces changements au niveau cérébral induisant la dépendance durent même toute une vie, avec une forme de « mémoire moléculaire » de la nicotine, même chez les anciens fumeurs abstinents à long terme (24,25).

2.1.2 La dépendance

La dépendance est définie par l'OMS comme étant un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance consiste en un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit) (26).

La définition de la dépendance qui tient lieu de référence dans la CIM-10 (27) précise que trois des manifestations suivantes doivent avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

- « Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive »
- « Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance »
- « Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive »
- « Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive, le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré »
- « Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets »
- « Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives »

Pour qu'une substance donne lieu à des comportements addictifs, il est nécessaire qu'elle entraîne des effets positifs ou négatifs ressentis par l'utilisateur (on parle d'effet renforçant) et que l'utilisateur soit en mesure d'associer ces effets à la prise du produit pour être motivé à renouveler sa consommation (23).

Concernant la nicotine la dépendance comportementale dépend de la pression sociale et conviviale, des circonstances, des personnes ou des lieux suscitant l'envie de fumer.

La dépendance psychique est liée aux effets psychoactifs de la nicotine qui procure plaisir, détente, stimulation intellectuelle, action anxiolytique, antidépressive et coupe-faim. Cette dépendance peut apparaître peu de temps après les premières cigarettes fumées et varie considérablement d'un fumeur à l'autre (23).

Par ailleurs le craving est défini par le désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive. Chez les sujets dépendants, le craving peut persister pendant des années ou être réactivé, et constitue un facteur de risque de rechute.

Il existe un effet de tolérance à la nicotine se manifestant par une diminution des précédents effets, alors que l'utilisation se poursuit avec des doses inchangées de nicotine : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré.

L'arrêt du tabac entraîne des symptômes de sevrage à la nicotine qui sont à type d'humeur dysphorique ou dépressive, d'insomnie, d'irritabilité, de frustration, de colère, d'anxiété, de difficultés de concentration, de fébrilité. Ces symptômes entraînent chez le sujet la nécessité physique de renouveler ses consommations de tabac (23).

Fumer est un mode d'administration et de diffusion rapide de la nicotine, en effet l'entrée dans la circulation sanguine se fait directement par le système veineux pulmonaire permettant ainsi à la nicotine d'atteindre le cerveau en moins de 20 secondes. La demi-vie d'élimination de la nicotine est d'environ 2h mais cela est très variable d'un individu à l'autre (22,23). L'absorption de nicotine dépend du type de tabagisme et varie en fonction des individus et des caractéristiques d'utilisation du tabac (nombre de bouffées, intensité, durée et profondeur inhalation, degré de dilution de la fumée avec l'air inspiré) (23). Pour les fumeurs de pipe ou cigare l'absorption de nicotine se fait au niveau de la muqueuse buccale.

La dépendance à la nicotine pousse le fumeur à adapter sa manière de fumer au niveau de nicotémie qu'il cherche à obtenir (ce qui remet en question l'intérêt des cigarettes dites légères et de la limitation du taux de nicotine dans les cigarettes).

Le délai entre le réveil et la première cigarette permet d'avoir un premier aperçu du degré de dépendance chez les fumeurs (28).

2.2 Composition chimique de la fumée de tabac

La fumée de tabac est la principale source de substances cancérigènes pour l'homme. D'après le CIRC, on en y trouve en effet 50 parmi les plus de 4800 produits chimiques qu'elle contient (23).

La toxicité du tabac est liée au monoxyde de carbone, aux composants irritants de la fumée de tabac (acétone, phénols, acide cyanhydrique, acroléine, nitrosamine, etc.), aux composants cancérogènes de la fumée de tabac, à la nicotine et à la chaleur de la fumée de tabac.

La fumée inhalée par le sujet contient plusieurs éléments toxiques dont les composés organiques (goudrons, alcools, benzène, méthane, alcaloïde, etc.), les métaux (plomb, mercure, etc.), les composés inorganique (dioxyde et monoxyde de carbone, nitrates, ammoniac, azote, sulfure d'hydrogène, etc.), les additifs (nitrates, aromatisants, humectant, etc.) (23).

L'exposition à la fumée du tabac dans l'environnement d'un fumeur est responsable du dépôt de composés cancérigènes dans la poussière des maisons habitées par un fumeur, dont la présence a été mise en évidence alors que les habitats avaient été aérés. 85% de la fumée présente dans l'air d'une pièce dans laquelle une personne fume est constitué de la fumée du courant secondaire qui est formée de milliers de produits toxiques (fumée consommée par la cigarette). L'exposition est donc également secondaire : la fumée de tabac est à la fois nocive pour les fumeurs et les non-fumeurs (23).

3. Industrie du tabac et évolution des ventes

En 2018 le chiffre d'affaire de l'industrie du tabac était estimé à 19 milliards d'euros cela correspond à 40,2 milliards de cigarettes, soit 9% de moins qu'en 2017 mais du fait de l'augmentation des prix cela compensait le large recul des ventes (1).

Depuis 2000, les ventes de tabac ont reculé en France passant ainsi de 82,5 milliards de cigarettes manufacturés à 44,9 milliards en 2016. En revanche, entre 2005 et 2016, les ventes de tabac à rouler ont progressé de 28,0 % passant de 7009 tonnes à 8972 tonnes (29).

Concernant les ventes du tabac en France chez les buralistes en 2018, elles s'élevaient à 49 740 tonnes, soit une baisse de 8,8 % par rapport à 2017 (30). Les ventes de tabac à rouler sont quant à elles en baisse de 10 % entre 2017 et 2018 du fait de l'augmentation des prix en mars 2018 après une augmentation des ventes entre 2005 et 2016 (+5%) (1). Le prix du paquet de

20 cigarettes de la classe la plus vendue a augmenté de 29 % entre janvier 2012 et mars 2016 et celui du tabac à rouler a augmenté de 15% en février 2017 (30).

Depuis 2013 les ventes de tabac dans le réseau ruraliste a baissé de 15% (30). Pour s'adapter à ce déclin du marché du tabac classique, l'industrie investit massivement en recherche et développement et en marketing dans les secteurs de l'e-cigarette et du tabac chauffé (31).

Depuis les fortes hausses de prix en 2003-2004, les achats hors réseau ruraliste se sont développés, en 2016 les achats hors frontières concernait un fumeur sur cinq (1,30).

Toutefois, les avantages en termes de prix que possède le tabac à rouler font progresser ses ventes. En effet, il représentait 11 % du volume des ventes en 2005 pour atteindre 16 % en 2016. Or ce produit n'est pas moins addictif ni moins cancérigène qu'une cigarette industrielle.

L'industrie du tabac et l'État Français ont longtemps maintenu un lien qui est en grande partie responsable de la situation sanitaire et de l'image sociale positive de la cigarette. Les effets bénéfiques sur la santé ont longtemps été rapportés par les industriels jusqu'au milieu du XX^{ème} siècle entraînant une importante morbi-mortalité dans la population française. Le développement industriel a été accompagné d'une certaine forme de bienveillance des pouvoirs publics qui y voyaient une source de revenus importante.

Actuellement la lutte contre le tabac bénéficie d'un soutien bien plus important de la part des pouvoirs publics et de la société civile (29).

4. Politique de lutte contre le tabac

Le vote de la première loi française en 1976 contre le tabagisme s'inscrivait dans un contexte peu favorable à sa réduction (32).

Mais les cinq dernières années en France sont marquées par une nouvelle mobilisation des pouvoirs publics avec le lancement des deux derniers programmes nationaux (« PNRT 2014-2019 » par le Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes et « PNLT 2018-2022 » par le Ministère des Solidarités et de la Santé et Ministère de l'Action et des Comptes publics). Cela fait suite à une évaluation négative en 2012 de la Cour des comptes des politiques de lutte contre le tabac (31).

Plusieurs mesures ont ainsi pu être mises en place combinant une diversité d'actions en matière économique, sociale et sanitaire :

- Hausses de prix du paquet de cigarette : objectif à 10€ le paquet en 2020 (1,23)
- Le « paquet neutre » en janvier 2017 (33) avec pour objectif de :
 - Réduire l'attractivité des produits du tabac
 - Éliminer l'effet du conditionnement des produits du tabac en tant que forme de publicité et de promotion
 - Faire échec aux techniques de design du conditionnement qui pourraient laisser penser que certains produits sont moins nocifs que d'autres
 - Donner davantage de relief aux mises en garde sanitaires et accroître leur efficacité
- Mise en place du « Mois sans tabac », inspiré du programme anglais « *Stoptober* », lancé en octobre 2016 par le ministère de la Santé, la Caisse nationale d'Assurance-maladie et Santé publique France. L'objectif étant d'inciter à arrêter de fumer pendant 30 jours au mois de novembre (33,34). Le seuil de 30 jours correspond à une durée après laquelle les symptômes de sevrage tabagique sont considérablement réduits, multipliant par cinq les chances de succès définitif (35).
- Une importante campagne de communication (31) visant à rappeler les risques liés au tabac, à dénoncer les idées reçues, à valoriser les bons comportements et à proposer des solutions concrètes aux personnes désireuses de modifier leur consommation.
- La nouvelle application Tabac Info Service (3)
- Création du « Fond tabac » qui a pour objectif de financer les actions de prévention et un meilleur remboursement des traitements d'aide au sevrage avec une taxe payée par les industriels.
- L'obligation imposée aux buralistes de contrôler systématiquement que le client soit majeur (31)
- Le plan cancer de 2014-2019 avait pour triple objectif la protection des jeunes, l'aide au sevrage tabagique et un meilleur contrôle économique (23).

L'objectif principal de toutes ces mesures en termes de prévalence serait que le seuil diminue en dessous des 20% chez les fumeurs quotidiens de la population générale et que d'ici dix ans les enfants à naître constituent la première génération de non-fumeurs (1,23,31).

Par ailleurs concernant la lutte contre le tabagisme passif en France la Loi Évin avait restreint, dès 1991, la possibilité de fumer dans les lieux publics. En 2007-2008 le renforcement de l'interdiction de fumer dans les lieux publics initié par le décret du 15 novembre 2006 a permis une réduction de la mortalité liée au tabagisme passif avec un double objectif : la diminution du tabagisme actif et la protection des populations contre le tabagisme passif (23,31,36).

L'interdiction de fumer dans les lieux de collectivité a été instaurée en deux temps (32,37) : en février 2007 pour les lieux de travail, les lieux fermés et couverts qui accueillent du public (aéroports, gares, centres commerciaux, hôpitaux, universités...), les moyens de transports collectifs, et tous les espaces (couverts et non couverts) des écoles, collèges et lycées puis, en janvier 2008, pour les restaurants, cafés, bars, casinos, hôtels et discothèques.

Chapitre 2 : Prévalence du tabagisme

1. Population générale

1.1 Les chiffres en France

En France la consommation quotidienne de tabac concernerait, selon le Baromètre santé 2017, 26,9% des 18-75 ans (29,8% parmi les hommes et 24,2% parmi les femmes). Les anciens fumeurs représentaient quant à eux 31,1% des 18-75 ans (34,7% des hommes et 27,7% des femmes) et les personnes n'ayant jamais fumé 37,1% (30,2% des hommes et 43,6% des femmes) (3). Il a été observé une baisse significative récente de la prévalence entre 2016 et 2017 chez les 18-75 ans passant de 29,4% à 26,9%, après une période de quasi-stabilité entre 2010 et 2016 (1,3).

Cette diminution a été particulièrement marquée chez les hommes de 18-24 ans passant de 44% à 35% (niveau le plus bas atteint depuis 2000) (1).

Par ailleurs il a aussi été observé via l'enquête ESCAPAD une diminution significative du tabagisme quotidien chez les jeunes de 17 ans : 25,1% des adolescents déclaraient fumer quotidiennement en 2017 versus 32,4% en 2014 (38).

La France reste toutefois un pays marqué par sa forte consommation de tabac en comparaison avec des pays au développement économiques comparables : prévalence à 11% aux États-Unis et en Islande, 15 % en Nouvelle-Zélande et en Angleterre (30,39-41).

Bien qu'il y ait une prévalence plus forte du tabagisme observée chez les hommes cette dernière a tendance à diminuer depuis les années 1970 passant de 60 à 40% en 30 ans. Tandis que chez les femmes il a été observé une augmentation des consommations de tabac entre les années 1970 et le début des années 1990 pour venir progressivement se rapprocher de celle des hommes (39). Profitant de ce changement sociétal des stratégies marketing avait alors été développées par l'industrie du tabac ciblant exclusivement les femmes (42).

La prévalence du tabagisme varie de façon très importante en fonction de l'âge, du sexe et selon les pays, allant d'environ 1% pour les femmes dans certains pays d'Afrique à plus de 55% pour les hommes en Indonésie. Le nombre de cigarettes par fumeur et par jour varie également beaucoup selon les pays et n'est pas corrélé avec la prévalence (43).

Concernant le tabagisme passif en France il a été observé une réduction importante de la prévalence suite au renforcement de la loi Evin en 2006 interdisant la consommation de tabac dans les lieux publics (44,45).

En 2014 une proportion importante de personnes avaient déclaré être exposées à la fumée dans les lieux publics : 15,5% sur le lieu de travail (particulièrement chez les ouvriers), 76,8% dans les établissements scolaires ou l'enseignement supérieur, 6% à 14,2% dans les lieux de convivialités (36).

Par ailleurs le tabagisme au domicile en France en 2014 concernait 28,2% des 15-75ans qui déclaraient que quelqu'un fumait à l'intérieur de leur domicile (8,2% de temps en temps et 20% régulièrement) (46). Parmi ces personnes ils étaient 15,7% de non-fumeurs et 52,2% des fumeurs ce qui montre que le tabagisme au domicile est fortement lié au statut tabagique. Par ailleurs le tabagisme passif concernait plus fréquemment les milieux défavorisés (39). La prévalence du tabagisme au domicile a baissé de 4,6 points entre 2005 et 2014 (46).

1.2 Caractéristique de la consommation des fumeurs en France

Les fumeurs quotidiens consommaient en moyenne 13,3 cigarettes par jour en 2017, les hommes 14,2 et les femmes 12,2. Parmi les fumeurs quotidiens, 18,8% fumaient entre 1 et 5 cigarettes par jour en moyenne, 33,2% entre 5 et 10, 19,3% entre 10 et 15, 17,4% entre 15 et 20 et 11,2% plus de 20 (3).

Par ailleurs 26,3% des fumeurs quotidiens en 2017 avaient fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine dans l'année, ils étaient 24% en 2016. Concernant la motivation pour arrêter de

fumer 56,7% des fumeurs quotidiens déclaraient avoir envie d'arrêter de fumer : 10,3% dans le mois à venir, 14,5% dans les six prochains mois, 5,1% dans l'année à venir et 26,9% dans un avenir non déterminé (3).

L'incidence du tabagisme est corrélée au niveau d'étude et de revenu, avec une plus grande prévalence pour les niveaux d'études ou revenus plus faibles.

La prévalence du tabagisme quotidien a diminué parmi les personnes ayant un diplôme inférieur au baccalauréat, de 31,7% en 2016 à 29,3% en 2017. Elle a également diminué parmi les personnes dont le revenu correspondait à la tranche la plus basse, de 38,8% à 34,0%. Concernant la situation professionnelle, la prévalence de consommation quotidienne de tabac a diminué parmi les personnes au chômage de 49,7% à 43,5% et, parmi les étudiants, de 28,3% à 23,8% ($p < 0,05$). Après une hausse depuis 2000, c'est la première fois que la prévalence tabagique diminue parmi les personnes ayant les niveaux de diplômes et de revenus les moins élevés et parmi les demandeurs d'emploi (9).

La prévalence tabagique est plus élevée dans les secteurs de l'industrie, de la construction, du commerce et de l'hébergement/restauration (48).

Concernant les femmes enceintes, la prévalence du tabagisme se situe entre 20 et 25% dans cette population, avec plus de fumeuses chez les jeunes et les moins diplômées (49). Quatre femmes enceintes sur dix en en 2017 ont déclaré ne pas avoir été informées des risques de la consommation d'alcool et de tabac par le médecin ou la sage-femme les suivant ou les ayant suivies durant leur grossesse (49).

Chez les professionnels de santé en 2010 le Baromètre Santé mettait en évidence une consommation importante de tabac dans cette population avec une moyenne de 36,5% chez les sages-femmes, aides-soignants et infirmiers (29).

2. Populations particulières

La prévalence du tabagisme varie considérablement en fonction des populations. Nous détaillerons ces chiffres chez les personnes ayant une maladie chronique, celles suivies en addictologie et nous nous attarderons sur la singularité de la psychiatrie.

2.1 Maladie chronique et tabagisme

Selon une enquête réalisée en France en 2014, 18% des personnes déclarant vivre avec une maladie chronique fumaient de façon quotidienne ou occasionnelle. Dans cette même

population 10% déclaraient être exposées au tabac en intérieur au moins une heure par jour (12).

Au sein des maladies chroniques, si l'on s'intéresse aux personnes souffrant de diabète de type 1 ou de type 2 la prévalence du tabagisme se situe entre 17 et 40% (50–52).

Une étude publiée en 2013 aux États-Unis a montré une baisse de la prévalence du tabagisme similaire entre les personnes diabétiques et non diabétiques entre 2001 et 2010 mais la baisse était plus importante chez les adultes non diabétiques par rapport à ceux ayant un diabète (53). Par ailleurs le taux de tabagisme chez les jeunes atteints de diabète de type 1 (47%) serait plus élevé que chez les personnes sans diabète (38%) (54)

2.2 Le tabagisme chez les personnes suivies en addictologie

Pour les personnes présentant un trouble de l'usage de substances, la prévalence du tabagisme est proche de celle parmi les patients vivant avec un trouble psychiatrique puisqu'elle était de 62% en 2017 parmi les consultants des CSAPA (Centres de soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) en France, avec une consommation alors très majoritairement associée à d'autres toxiques : 58% pour le cannabis, 65% pour l'alcool et 62,4% pour les opiacés, cocaïne et autres (11). L'alcool est la première co-dépendance associée au tabac avec un risque de dépendance à l'alcool multiplié par quatre s'il existe une dépendance à la nicotine et une consommation de tabac d'au moins 30 cigarettes par jour (55).

2.3 La place particulière du tabagisme en psychiatrie

2.3.1 *La « culture tabagique » dans les structures de santé mentale*

La difficile acception de l'interdiction de fumer dans les structures de soins

Il a été montré que les professionnels de santé fumeurs ont été particulièrement réticents à l'interdiction de fumer dans les unités de psychiatrie, par rapport aux non-fumeurs et qu'ils sont plus susceptibles de penser que l'arrêt du tabac aggrave les maladies psychiatriques (14,15). Les taux de tabagisme chez le personnel et les patients restent élevés malgré cette interdiction de fumer (56).

Pourtant, il a été noté qu'il n'y a pas eu de recrudescence de la violence dans les unités de psychiatrie après l'instauration de l'interdiction de fumer mais parfois une diminution (57). Une étude britannique a ainsi rapporté une réduction significative du nombre d'agressions

physiques après l'instauration de la politique globale d'interdiction de fumer, en tenant compte des facteurs de confusion de la violence (58).

Perception et idées reçues des soignants à l'égard du tabagisme en psychiatrie

A l'issue d'une revue de la littérature, les auteurs Sheals et al ont conclu que les professionnels en psychiatrie avaient généralement des opinions permissives sur le tabagisme, ainsi que de nombreuses idées reçues concernant les motivations et la capacité des patients en santé mentale à cesser de fumer (59).

Dans une étude menée aux États-Unis en 2016 parmi les établissements de santé mentale, 49% des patients avaient bénéficié d'un dépistage du tabagisme et seulement 38% avaient reçu des conseils en matière de sevrage tabagique. Les estimations correspondantes pour les établissements d'addictologie étaient respectivement de 64% et 47% (60).

Plusieurs éléments favorisaient la difficulté de prise en charge du tabagisme par les soignants en milieu psychiatrique (59,61) :

- Utilisation du tabac comme un outil relationnel et de récompense avec le patient
- L'image de la cigarette comme un droit au plaisir chez des personnes qui en ont peu
- La crainte du risque d'aggravation des symptômes psychiques du patient en cas d'arrêt du tabac
- La perception de l'inefficacité des traitements chez ces patients et le désir « d'automédication » avec le tabac
- Le non-respect et l'opposition à l'interdiction totale de fumer dans certains services
- La prévalence du tabagisme plus élevée
- Le manque de connaissances concernant le trouble de l'usage du tabac, les symptômes de sevrage et les traitements en tabacologie

Certaines idées reçues peuvent expliquer la permissivité par rapport au tabagisme ainsi que sa banalisation dans les structures de soins psychiatriques (62) :

- « Fumer peut aider les patients à mieux supporter le séjour à l'hôpital »
- « Les patients psychiatriques fumeurs peuvent devenir anxieux ou agressifs s'ils ne sont pas autorisés à fumer »
- « Un arrêt brutal du tabagisme peut entraîner une augmentation de l'agitation »
- « Il faut laisser la dernière chose au monde qui lui fait plaisir »

Ces idées reçues ont été écartées par de nombreuses études qui montrent au contraire une amélioration de la qualité de vie et une diminution de l'anxiété à distance de l'arrêt du tabac chez des patients suivis en psychiatrie (62).

Concernant l'hypothèse de l'automédication, elle est décrite par Ziedonis et al comme « l'utilisation de substances (même de médicaments) par une personne sans l'avis ou la surveillance d'un professionnel de la santé afin de soulager les symptômes psychologiques ou physiques perçus, tels que la dépression, l'anxiété, l'ennui, la douleur ou la nausée ». L'hypothèse de l'automédication a été beaucoup utilisée par le personnel soignant pour expliquer les taux élevés de tabagisme dans cette population mais se reposer sur cette justification peut entraîner un investissement insuffisant dans la prise en charge et décourager les efforts de promouvoir l'abandon du tabac (61).

Dans une enquête en ligne réalisée en 2011 et incluant des personnes souffrant d'un trouble bipolaire, très peu de personnes (12%) ont déclaré être soutenues et encouragées à ne pas fumer par le personnel soignant en psychiatrie (63). Certains participants ont indiqué qu'ils voulaient cesser de fumer, mais que les professionnels de santé les auraient dissuadés du fait de leur positionnement par rapport au tabac.

Les fumeurs avec des troubles psychiatriques consomment plus de tabac que les fumeurs sans troubles psychiatriques (5,64–68) avec des taux de tabagisme variant selon le diagnostic psychiatrique (69). La schizophrénie et les troubles de l'humeur sont les diagnostics retrouvés plus fréquemment chez les fumeurs en psychiatrie (8,23).

Par ailleurs la majorité de ces fumeurs présenteraient une forte dépendance à la nicotine (8).

2.3.2 Tabagisme et schizophrénie

Prévalence

Les patients schizophrènes fument plus que la population générale et leur niveau de dépendance est plus important.

Le pourcentage de fumeurs chez les patients schizophrènes est plus élevé que dans la population générale : Une méta-analyse datant de 2005 a pu montrer que la prévalence du tabagisme dans cette population est de 62%, soit cinq fois plus qu'en population générale mondiale (4). Cette prévalence du tabagisme pouvait varier de 55 à 95%. Des estimations plus récentes indiquent que 64 à 79% des personnes souffrant de schizophrénie fument du tabac régulièrement par rapport aux 18% de la population Américaine (6,70).

Toutefois, la prévalence du tabagisme chez les patients schizophrènes est très variable selon les pays (69), avec des taux plus faibles dans certains lieux et cultures (Japon, Chine, Inde, Turquie, Colombie), se rapprochant de celle observée en population générale (4). En France cette prévalence se situerait entre 64 à 73% soit 2,3 à 2,7 fois plus que dans la population générale française (3,71–73). Il existe un écart important entre les taux de tabagisme chez les hommes et les femmes atteints de maladie mentale grave avec une proportion de fumeurs plus élevée chez les hommes (4,69). Il est important de noter que la prévalence du tabac chez les patients schizophrènes est stable dans le temps alors qu'elle diminue dans la population générale (6). Par ailleurs le tabac serait la principale addiction chez les patients souffrant de schizophrénie suivis en ambulatoire sur leur secteur, devant l'alcool et le cannabis (71).

Caractéristique de la consommation

Dans 90% des cas, les patients schizophrènes ont commencé à fumer avant le début des troubles psychotiques et avant de recevoir un traitement par neuroleptiques (6,74).

Concernant leur consommation les patients souffrant de schizophrénie fumeraient en moyenne 30 cigarettes par jour, tireraient plus de bouffées par cigarette en inhalant la fumée de façon plus intense et profonde ce qui augmente le taux de cotinine dans le sang (4).

La dépendance tabagique des patients schizophrènes est bien plus sévère que dans la population générale (9) : le score moyen sur l'échelle de Fagerström est de 6 à 7 selon les études contre 3 à 4 dans les groupes contrôles (4,73). Dans une étude réalisée en France sur une population de patients schizophrènes il était montré que 60 à 82% des fumeurs étaient dépendants au tabac (71).

Chez les fumeurs souffrant de schizophrénie récemment abstinents le taux de rechute serait de 60 à 100% synonyme d'une forte dépendance à la substance dans cette population (75).

Certains facteurs sociaux favoriseraient le tabagisme comme le bas niveau socioéconomique et éducatif, le chômage, un entourage de fumeurs et les services psychiatriques peu impliqués dans le sevrage tabagique (76).

2.3.3 *Tabagisme et trouble bipolaire*

Prévalence

La prévalence du tabagisme est élevée chez les patient souffrant de trouble bipolaire, elle se situerait entre 44% et 87% (6,7,63,70). Cette importante prévalence est associée à une forte dépendance à la nicotine chez ces personnes (7).

Par ailleurs il y aurait 13% d'ancien fumeur dans cette population (63).

Caractéristique de la consommation

Les personnes souffrant de trouble bipolaire et consommant du tabac fumeraient en moyenne 20 cigarettes par jour. Ils auraient commencé à fumer à l'adolescence et auraient fumé pendant sept ans avant de recevoir un diagnostic de trouble bipolaire (63).

Les personne ayant un trouble bipolaire ont un risque augmenté de développer une dépendance à la nicotine notamment lorsqu'elles présentent des caractéristiques psychotiques en comparaison des personnes atteintes de trouble bipolaire sans caractéristiques psychotiques (77).

2.3.4 *Tabagisme et dépression*

Prévalence

Parmi les personnes ayant fait une dépression la prévalence du tabagisme quotidien est de 37% à 57% (5,7). Des études transversales ont pu montrer que 30% des patients souffrant de dépression actuelle fumaient quotidiennement (78). Il a été montré que l'on retrouve deux fois plus d'antécédents de dépression chez les fumeurs par rapport aux non-fumeurs (79).

Caractéristique de la consommation

Le syndrome de sevrage est plus intense chez les sujets déprimés et les rechutes sont plus fréquentes (23).

La dépression est un facteur de risque significatif de développer une dépendance sévère à la nicotine caractérisé par un temps de consommation de la cigarette plus courte et une tendance à fumer plus facilement lorsqu'il y a des symptômes anxieux (80).

Les personnes fumeuses souffrant de dépression et présentant des cognitions négatives importantes, présenteraient lors de l'arrêt du tabac des symptômes de sevrage plus sévère et seraient plus susceptibles de rechuter (81).

2.3.5 Tabagisme et trouble anxieux

Prévalence

La prévalence de la dépendance à la nicotine est plus élevée chez les personnes présentant un trouble anxieux que dans la population en général avec un pourcentage de fumeurs actuels variable en fonction du type de trouble allant de 31,5% pour la phobie sociale à 54,6% pour le trouble anxieux généralisé (5,23).

Par ailleurs près de 61,3% des personnes ayant des antécédents de trouble panique et 68,4% des personnes souffrant d'anxiété généralisée étaient des fumeurs actuels ou anciens (5,61).

Caractéristique de la consommation

Les personnes souffrant de trouble anxieux fument en moyenne 70 paquets de cigarettes supplémentaires par an en comparaison à la population générale (82). Par ailleurs les personnes souffrant de trouble anxieux seraient plus susceptibles de devenir dépendantes au tabac en fumant moins de cigarettes en comparaison avec les personnes sans trouble anxieux (82). Le diagnostic de trouble anxieux conduirait donc à une plus grande susceptibilité à la dépendance.

Il existe une dépendance plus sévère à la nicotine chez les personnes souffrant d'anxiété sociale et fumant quotidiennement du fait de l'existence d'une « vulnérabilité cognitive » (83).

Chapitre 3 : Conséquences sanitaires du tabac

1. Mortalité et complications organiques liées au tabac

Les complications somatiques liées au tabagisme touchent toutes les populations quel que soit leur profil et représentent un réel enjeu de santé publique en France et dans le monde.

1.1 Impact du tabagisme actif

1.1.1 Mortalité dans la population générale : quelques chiffres

En France comme dans le monde, le tabac constitue la première cause de décès évitable, loin devant l'alcool et les drogues illicites (1,2).

Dans le monde, 80% des fumeurs vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, là où la charge de morbi-mortalité liée au tabagisme est actuellement la plus lourde (84).

En 2015, il a été estimé que plus de 75 000 décès (19,3% chez les hommes et 6,9% chez les femmes) étaient attribuables au tabagisme, ce qui correspond à environ 13% des décès survenus en France métropolitaine (85).

Par ailleurs, 97 000 personnes étaient prises en charge au titre d'une affection longue durée pour tumeurs des bronches et des poumons en 2016 (1). Le coût social du tabagisme est important en France, il a été estimé à 120 milliards pour l'année 2010 (86).

La dangerosité du tabac sur la santé est présente même si le nombre de cigarettes fumées par jour est faible : les personnes fumant 1 à 4 cigarettes par jour ont un taux de mortalité 1,5 fois plus élevé et 3 fois plus de risque de décéder d'une maladie cardiovasculaire ou d'un cancer du poumon, en comparant avec une population de non-fumeurs (87,88).

La mortalité liée au tabac, comme celle liée à l'alcool, touche davantage les hommes que les femmes en raison de leurs consommations plus importantes (1). Entre 2000 et 2015 en France, la part des décès attribuables au tabac semble diminuer pour les hommes alors que cette même proportion chez les femmes augmente de façon continue de plus de 5% par an en moyenne (85). L'augmentation de l'incidence du tabagisme chez la femme depuis une cinquantaine d'années explique la forte augmentation de la mortalité attribuable au tabagisme chez les femmes, celle liée au cancer du poumon étant aujourd'hui proche de celle due au

cancer du sein, malgré sa moindre incidence (1). Le nombre de décès attribuables au tabagisme chez les femmes a été multiplié par 7 entre 1980 et 2010 (84).

En France, on observe une diminution chez l'homme des pathologies liées au tabagisme depuis 30 ans suite à la diminution de la prévalence du tabac. En effet, depuis le début des années 2000 on observe une décroissance de l'incidence de la mortalité par cancer du poumon dans cette population en France (29,84). Bien que chez les femmes l'incidence de ces maladies est encore en augmentation la courbe s'inversera d'autant plus tôt que la prévalence du tabac diminuera. Il est donc important de cibler cette catégorie de population le plus tôt possible afin de faire diminuer rapidement la prévalence du tabac chez les femmes (29,84).

1.1.2 Tabagisme et morbidité

Le risque relatif de développer une pathologie due au tabac chez le fumeur est de 12 pour la BPCO, 8,96 pour le cancer du poumon, entre 6,98 et 3,43 pour les cancers des voies aérodigestives, entre 2 et 3 pour les maladies cardiovasculaire, pour 2,77 pour le cancer de la vessie, 1,83 pour le cancer du col de l'utérus, 1,70 pour le cancer du pancréas, 1,65 pour le cancer de l'estomac, 1,61 pour le diabète, 1,52 pour le cancer du rein, 1,09 pour la leucémie myéloïde, entre 2,42 et 1,54 pour les complications obstétricales (23,89,90).

1.1.2.1 Tabac et cancer : premier facteur de risque évitable en France

La cause de décès dus au cancer et attribuables au tabagisme était de 61,7% en 2015 (85).

- Cancer broncho-pulmonaire : le tabac est à l'origine de 90% des cancers du poumon (23,87). Le risque relatif de développer un cancer du poumon dépend de la quantité de cigarettes fumées par jour et de l'âge de début de la consommation de tabac (90).
- Cancer des voies aérodigestives (bouche, larynx, pharynx, œsophage) : le tabac est à l'origine de 50% des cancers des voies aérodigestives (23,87). Lorsque la consommation d'alcool est associée au tabagisme quotidien le risque d'avoir un cancer de la cavité buccale est treize fois supérieur par rapport à eux qui ne consomment aucun des deux produits (23).
- Cancer de la vessie : le tabac est à l'origine de 40% des cancers (23)
- Cancer du pancréas : le tabac est à l'origine de 30% des cancers (23)

- Autres cancers dont le tabac est un facteur de risque : cancer des voies urinaires et du rein, du col de l'utérus, de l'estomac, de certaines leucémies, des cancers de l'ovaire, du côlon et du rectum (91).

1.1.2.2 Tabac et maladies cardiovasculaires

Le tabagisme est le premier facteur de risque évitable de maladie cardiovasculaire (23). En 2015, 22,1% des décès imputable au tabac faisaient suite à une maladie cardiovasculaire (85). Le risque d'infarctus du myocarde est multiplié par trois chez les fumeurs et il est proportionnel au nombre de cigarettes fumées mais sans effet seuil en dessous duquel fumer soit sans risque (92).

De 2002 à 2008, une augmentation des hospitalisations pour infarctus du myocarde a été constatée seulement chez les femmes de 35 à 55 ans alors qu'elle baissait chez les femmes plus âgées (qui pour la plupart n'avaient jamais fumé) et dans toutes les tranches d'âge chez les hommes (93).

90 % des personnes souffrant d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs sont fumeuses (23). Par ailleurs le tabagisme chronique augmente le risque de thrombose veineuse ou artérielle chez les femmes prenant une contraception oestroprogestative. Il augmente également le risque d'anévrisme de l'aorte abdominale et d'accident vasculaire cérébral (23).

1.1.2.3 Pathologies respiratoires et tabagisme

16,2% des décès liés au tabac sont dus à des pathologies respiratoires (85). Le tabagisme est d'ailleurs le facteur de risque principal de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), qui toucherait 15% des fumeurs. 85% des personnes qui souffre d'une BPCO avaient une consommation de plus de 20 paquets/années chez l'homme et 15 paquets/années chez la femme (23). En 2015, 64% des décès par BPCO auraient été attribuables au tabagisme (85).

Concernant l'asthme, le tabagisme interviendrait comme un catalyseur dans l'installation de la maladie et il favoriserait le déclenchement des crises d'asthme (23).

Le tabagisme chronique augmente le risque d'entraîner des complications péri-opératoires cutanées du fait d'une altération du processus de cicatrisation. Une conférence d'expert de l'Association française de chirurgie et de la Société Française d'anesthésie et de réanimation

en 2005 recommandait d'arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant l'intervention, afin de diminuer le risque de complications (94).

Plusieurs études ont mis en évidence qu'il existe une association significative entre le tabagisme et le diabète de type 2 bien que le lien de causalité ne soit pas établi (95,96). Le tabagisme actif ou passif est associé à une augmentation significative du diabète de type 2. Par ailleurs le risque de diabète augmenterait chez les nouveaux fumeurs, mais diminuerait considérablement avec le temps suite à l'arrêt du tabac (96). Chez les fumeurs souffrant de diabète le risque de morbi-mortalité est deux fois plus important par rapport aux personnes diabétiques non fumeuses (97).

De plus le tabagisme chronique participe à altérer la fonction rénale chez les personnes souffrant de diabète avec une augmentation de la microalbuminurie plus fréquemment observée par rapport aux diabétiques non-fumeurs (23).

Le tabagisme actif serait un facteur de risque de maladie de Crohn (98). Chez les personnes ayant une maladie de Crohn il y aurait une augmentation du nombre de poussées et des complications en cas de tabagisme (98–100).

1.1.2.4 Tabagisme et autres drogues

L'association du tabagisme avec d'autres drogues augmente la dépendance respective. Par exemple les personnes dépendantes à la nicotine ont 2,7 fois plus de risque de développer un trouble de l'usage à l'alcool. L'association tabac-alcool augmente le risque de développer un cancer ORL (23) : le taux d'incidence et de mortalité baissent nettement parmi les hommes alors que, chez les femmes le taux d'incidence augmente depuis le début des années 2010 (1). Il en est de même pour le cannabis où l'on retrouve 80% des consommateurs réguliers de cannabis fumant du tabac (23). La poursuite de la consommation de cannabis est un frein pour le sevrage tabagique : les joints associant les deux produits, on maintient la dépendance à la nicotine mais également sa dépendance gestuelle (23).

1.1.3 Grossesse et tabac

Fumer pendant la grossesse est associé à une augmentation du risque de grossesse extra-utérine, d'hématome rétro-placentaire, de placenta praevia, de rupture prématurée des membranes et de fausses couches (23,49). Le tabagisme peut entraîner chez le fœtus une mort

foétale in utero, une prématurité, un retard de croissance intra-utérin (23). Chez le nourrisson ayant été exposé in-utero au tabagisme il existe une augmentation du risque de mort subite et de pathologies respiratoires (23,49).

1.2 Impact du tabagisme passif sur la santé

Plusieurs études ont pu mettre en évidence la dangerosité du tabagisme passif sur la santé. L'exposition au tabagisme passif au domicile augmente le risque de développer un cancer du poumon et des voies aérodigestives supérieures mais aussi le risque de maladies cardiovasculaires (23).

Le risque de cancer broncho-pulmonaire est augmenté de 20% chez la femme et 30% chez l'homme quand il s'agit de non-fumeurs exposés au tabagisme passif au domicile par rapport à ceux qui ne sont pas exposés (101,102). De plus après 15 ans d'exposition au tabagisme passif, il y a une augmentation du risque de développer un cancer des voies aérodigestives qui est 1,6 fois plus élevé que lors d'une non-exposition à la fumée de tabac (102).

Chez les femmes enceintes le tabagisme passif concerne un quart des femmes et entraîne des complications à la fois pour la mère avec l'augmentation du risque de grossesses extra-utérines, de fausses couches, risque d'accouchement prématuré, mais aussi pour l'enfant (manque d'oxygène, retard de croissance intra-utérine, diminution des mouvements fœtaux, mort in utero, etc.) (49). Par ailleurs il existe un risque plus important de mort subite du nourrisson et d'affections respiratoires chez le nouveau-né et le très jeune enfant (103).

1.3 Morbi-mortalité somatique en psychiatrie

Du fait d'une plus grande consommation de tabac chez les personnes souffrant de pathologie mentale il existe une augmentation de la mortalité liée au tabac dans cette population.

Une étude de cohorte américaine incluant des personnes souffrant de schizophrénie, trouble bipolaire et dépression a pu mettre en évidence que les décès liés au tabac représentaient 53% des causes totales de décès (10).

Les études rapporte que la mortalité liée au tabagisme chez les personnes atteintes de schizophrénie est élevée et prématurée par rapport à la population générale avec un écart de mortalité estimé à 28 ans (104,105).

Le tabagisme et le suicide sont considérés comme le principaux responsables de morbidité et de mortalité précoce de la schizophrénie (106). Dans cette population la prévalence des

facteurs de risques tels que le tabagisme, le surpoids, le diabète, la sédentarité et la dyslipidémie est entre 1,5 et 4 fois plus élevée qu'en population générale (72).

Par ailleurs les personnes souffrant de schizophrénie présenteraient 3,6 fois plus de risque de développer une maladie cardiovasculaire, 2,4 fois plus de risque de développer un cancer du poumon et 9,9 fois plus de risque de d'avoir une BPCO. Par ailleurs ils seraient plus à risque de développer des maladies infectieuses comme la grippe ou la pneumonie (7 fois plus que dans la population générale) (105).

1.4 Impact positif de l'arrêt du tabac

L'arrêt du tabac a des conséquences positives immédiates et sur le long terme pour la santé avec une réduction de la morbi-mortalité. Les avantages sur la santé augmentent en fonction de la précocité de l'arrêt (23).

Une étude de cohorte publiée en 2004 montrait que les fumeurs qui arrêtaient à l'âge de 60 ans avaient une augmentation de leur espérance de vie de trois ans, cela pouvait aller jusqu'à six ans si l'arrêt se faisait à 50 ans et neuf ans s'il se faisait à 40 ans. Par ailleurs la courbe de survie des ex-fumeurs était la même que celle des non-fumeurs si l'arrêt avait lieu à l'âge de 35 ans (107).

2. Complications psychiatriques liées au tabagisme

2.1 Lien entre dépression, anxiété et tabac

Beaucoup d'études dans la littérature ont pu mettre en évidence une relation entre le tabac et la dépression ou le tabac et l'anxiété.

D'un côté la dépression et l'anxiété augmenteraient le risque de tabagisme et de l'autre côté le tabagisme augmenterait le risque de dépression et d'anxiété (108–111). Plusieurs études longitudinales ont indiqué que le tabagisme quotidien augmentait le risque de dépression (112,113).

Une consommation de tabac importante ayant débuté à l'adolescence et au début de l'âge adulte était associée à un risque plus élevé de développer une agoraphobie, un trouble anxieux généralisé et un trouble panique (61).

La dépendance à la nicotine aggrave la sévérité des troubles anxieux ou dépressifs. Il a été montré que les fumeurs dépendants à la nicotine présentaient des symptômes de dépression, d'anxiété et d'agoraphobie plus sévères que chez les non-fumeurs, les anciens fumeurs et les

fumeurs non dépendants (111,114). Par ailleurs le trouble anxieux serait un facteur de risque de dépendance à la nicotine (61). Il a également été constaté que les fumeurs dépendants à nicotine récupéraient plus lentement de leurs symptômes dépressifs et anxieux que les non-fumeurs, les anciens fumeurs et les fumeurs non dépendants (115).

Dans certaines études, il est suggéré que le tabagisme dans la dépression est utilisé dans le but de diminuer les symptômes dépressifs grâce à l'effet stimulant de la nicotine sur le système dopaminergique et l'effet inhibiteur d'autres composants sur la monoamine-oxydase (61).

Les résultats d'une étude suggèrent que la prédisposition génétique et la dépendance à la nicotine peuvent agir de manière interdépendante dans la sévérité des symptômes des troubles dépressifs et anxieux (116).

Il semble important de prendre en considération la relation entre la dépendance à la nicotine et les troubles anxieux et/ou de l'humeur afin de comprendre pourquoi il peut être difficile pour les personnes atteintes de ces troubles d'arrêter de fumer. Ainsi une plus grande attention clinique pourrait être portée sur le rôle des troubles anxieux et/ou de l'humeur dans le sevrage tabagique (117).

Par ailleurs, il est important de noter que l'abandon du tabac ne semble pas être associé à une augmentation de l'anxiété ou de la dépression et peut entraîner une réduction de l'incidence de la dépression alors qu'il s'agit d'un obstacle fréquemment cité par les personnes ayant présenté un trouble anxieux ou dépressif (118).

Enfin, concernant les femmes enceintes exposées au tabagisme passif, une étude a montré que l'exposition à la fumée secondaire était associée positivement à la dépression périnatale et aux idées suicidaires contrairement aux femmes faiblement exposées à la fumée secondaire (119).

2.2 Suicide et tabac

Le tabagisme semble augmenter le risque de suicide (111). Une méta-analyse basée sur quinze études de cohortes prospectives a révélé que les fumeurs actuels et les anciens fumeurs présentaient respectivement un risque accru de suicide de 1,28 et 1,81, comparé aux non-fumeurs, avec un effet dose-réponse (120).

Plusieurs études ont montré que le tabagisme et notamment la dépendance au tabac augmenterait le risque de tentative de suicide. Les patients bipolaires ayant des antécédents de

tentative de suicide étaient deux fois plus susceptibles de développer une dépendance sévère au tabac, indépendamment de facteurs de confusion (121,122).

Les fumeurs anxieux présentaient des taux de tentatives de suicide plus élevés que les fumeurs sans symptômes d'anxiété (123). Par ailleurs des études font l'hypothèse que les personnes dépendantes à la nicotine risquent davantage d'être anxieuses, dépressives et suicidaires (111,123).

2.3 Impact du tabagisme sur la schizophrénie

2.3.1 *Symptômes psychiatriques*

Plusieurs auteurs ont suggéré que la consommation de tabac était une forme d'automédication, en particulier pour les symptômes cognitifs de la schizophrénie pour expliquer la forte prévalence du tabagisme dans cette population (73,124).

De nombreuses données plaident pour une association entre tabac et sévérité de la maladie psychiatrique.

Chez les personnes souffrant de schizophrénie, le tabagisme est associé à une augmentation des symptômes positifs, à la dépendance à d'autres substances, au risque suicidaire, mais aussi à une diminution des symptômes négatifs notamment les troubles cognitifs et extrapyramidaux (125). Les fumeurs atteints de schizophrénie ont été hospitalisés un plus grand nombre de fois et ont davantage de symptômes positifs lors des décompensations (124,126). La dépendance sévère à la nicotine semble fortement associée à la dépression dans cette population et aux traumatismes dans l'enfance auto-déclarés (127).

Les patients souffrant d'une schizophrène résistante et fumeurs de tabac souffrent de troubles cognitives plus sévères que les patients schizophrènes résistants et non-fumeurs. Le tabagisme chez ces patients est associé à un mauvais fonctionnement social et une augmentation des symptômes négatifs (128).

Selon une autre étude, les fumeurs quotidiens atteints de schizophrénie ou de trouble bipolaire présentent plus de troubles cognitifs avec une plus grande difficulté d'adaptation, après ajustement des covariables sociodémographiques par rapport aux non-fumeurs de la même population (129).

2.3.2 Interaction tabac et traitements psychotropes

Les hydrocarbures polycycliques de la fumée de tabac ont un effet inducteur du cytochrome P450 1A2 qui métabolise plusieurs neuroleptiques et notamment la Clozapine et l'Olanzapine. Cela explique la diminution des concentrations de ces médicaments dans le sang (130). Ainsi les schizophrènes fumeurs ont besoin de plus fortes doses de ces neuroleptiques, pour atteindre un effet thérapeutique efficace et ont moins d'effets indésirables du fait de la moindre concentration des neuroleptiques dans le sang (notamment les symptômes extrapyramidaux). Cette interaction implique, qu'en cas d'arrêt ou de forte réduction du tabagisme (par exemple en hospitalisation), il faut réadapter le dosage des neuroleptiques en se basant sur les taux sanguins du fait du risque de surdosage et de toxicité (131,132). Il a été suggéré que l'utilisation des neuroleptiques de première génération augmentait l'apparition et le maintien du tabagisme probablement du fait d'une moins bonne tolérance clinique de ces médicaments et le besoin de diminuer les concentrations dans le sang (127).

2.3.3 Dépendance à la nicotine plus sévère que dans la population générale

Certaines études suggèrent une vulnérabilité génétique partagée entre la dépendance à la nicotine et la schizophrénie (133). Une étude a montré que l'exposition prénatale à la nicotine pendant la grossesse était liée à une probabilité accrue de schizophrénie chez l'enfant (134). Les mécanismes neurophysiologiques impliqués dans la régulation des craving de tabac semblent altérés dans la schizophrénie (135). Une étude observait que le besoin de fumer était nettement plus élevé chez les personnes atteintes de schizophrénie que chez les témoins sans pathologie psychiatrique quinze minutes après avoir fumé une cigarette. Ce besoin accru de fumer était présent malgré des niveaux similaires de dépendance à la nicotine. (136).

2.4 Effet du tabac sur le trouble bipolaire

Les patients bipolaires qui fument au cours de la vie sont susceptibles d'avoir un trouble de l'humeur plus précoce, des symptômes psychiatriques plus graves, un moins bon fonctionnement cognitif. Ils présenteraient plus d'antécédents de tentative de suicide et d'antécédents de symptômes d'anxiété ainsi qu'un trouble de l'usage aux substances addictives (67).

Chapitre 4 : Prise en charge de la dépendance au tabac

1. Prévention, dépistage et information

Les mentalités ont considérablement évolué par rapport au tabac ces dernières années. L'enquête de l'OFDT sur la perception des Français à l'égard du tabac révèle que 34% d'entre eux perçoivent le tabac comme dangereux dès la première consommation, en 2002 ils étaient 25% (137).

1.1 Impact des politiques de lutte contre le tabac

1.1.1 L'interdiction de fumer dans les lieux publics

Avant l'instauration de la loi interdisant de fumer dans les lieux publics, on estimait que le tabagisme passif était responsable de 2500 à 3000 décès par an (31,103).

Les données convergentes pour montrer un effet positif de ces mesures prises dans différents pays d'Europe dans les années 2000.

Une enquête épidémiologique menée en France en 2008 a conclu à une élimination quasi totale du tabagisme à l'intérieur des bars (de 95,9% à 3,7%) et dans les restaurants (de 64,7% à 2,3%) avec une persistance de ces chiffres en 2012 (1,4% de tabagisme dans les restaurants et 6,6% dans les bars) (44). Le soutien à l'interdiction de fumer par la population générale dans les lieux publics a augmenté de façon significative au fur et à mesure des années.

En Italie, l'adoption de la loi interdisant le tabagisme en janvier 2005 s'est accompagnée d'une réduction statistiquement significative des événements coronariens aigus dans la population adulte, en lien selon les auteurs avec une réduction du tabagisme passif dans les lieux publics (138).

En Suisse, l'interdiction de fumer dans les lieux publics a été associée à une réduction globale des hospitalisations en cardiologie et pneumologie et de la mortalité chez l'adulte (139).

En Ecosse, il a été noté après l'adoption de la législation antitabac de mars 2006 interdisant de fumer dans les lieux publics des améliorations significatives des symptômes, des mesures de la spirométrie et de l'inflammation respiratoire systémique des barmans (140). Les barmans asthmatiques avaient une réduction de l'inflammation des voies respiratoires et une amélioration de leur qualité de vie. Une revue de la littérature conclut que l'introduction d'une

législation anti-tabac dans les lieux publics améliore les résultats en matière de santé en réduisant l'exposition au tabagisme passif (141). Une réduction du nombre d'admissions dues à un syndrome coronarien aigu a aussi été observée.

1.1.2 Le paquet neutre

A partir du 1^{er} janvier 2017 en France, il a été obligatoire de modifier le packaging des produits du tabac avec l'agrandissement des avertissements sanitaires et le paquet neutre. Cette mesure avait pour objectif de modifier la perception des fumeurs à l'égard des produits du tabac et de dénormaliser la consommation (33). Cet objectif semble avoir été atteint puisqu'entre 2016 et 2017 trois fois moins de fumeurs déclaraient que l'aspect du paquet leur plaisait et deux fois plus se disaient gênés de sortir leur paquet devant d'autres personnes. Cette évolution vers une perte de l'attrait du paquet de cigarette a été particulièrement forte chez les jeunes adultes (33).

1.2 Le rôle des professionnels de santé

Les professionnels de santé jouent un rôle extrêmement important dans l'accompagnement des patients souffrant de dépendance au tabac. Le dépistage de ces personnes en consultation est primordial.

La Haute Autorité de Santé recommande en consultation médicale ou dentaire que toutes les personnes soient questionnées sur leur consommation de tabac et cela de façon systématique (23) il est également recommander de rechercher l'exposition au tabagisme passif.

Par ailleurs les professionnels de santé doivent délivrer un conseil d'arrêt à tous les fumeurs, qu'ils soient prêts ou non à cesser de fumer et dépister les pathologies liées au tabac (BPCO, insuffisance respiratoire, insuffisance coronarienne, pathologie vasculaire, cancer).

Ces éléments ne sont pas toujours pris en compte par les professionnels de santé et leurs pratiques préventives pourraient être renforcées. En effet, environ quatre femmes enceintes ou mères de jeunes enfants, sur dix ont déclaré ne pas avoir été informées des risques de la consommation d'alcool et de tabac par le médecin ou la sage-femme les suivant ou les ayant suivies durant leur grossesse. De plus, parmi les femmes fumeuses lorsqu'elles ont appris qu'elles étaient enceintes, seule une sur cinq a reçu le conseil d'arrêter totalement de fumer de la part du médecin ou de la sage-femme l'ayant suivie lors de sa dernière grossesse (49).

Loïc Josseran met en lumière l'influence du statut tabagique des médecins sur la qualité des conseils préventifs effectués auprès de leurs patients fumeurs. Une majorité des médecins fumeurs ne s'estiment ainsi pas légitimes et préfèrent ne pas aborder le sujet du sevrage tabagique (29).

2. Prise en charge de la dépendance à la nicotine

2.1 Évaluation de la dépendance

L'évaluation de la dépendance à la nicotine peut se faire grâce au test de Fagerström : en six questions il fournit un score compris entre 0 et 10 points (28). Suivant ce score, le niveau de dépendance est considéré comme nul, faible, modéré ou élevé. Le niveau de dépendance va ainsi permettre d'orienter et d'adapter la prise en charge.

Le test de Horn permet d'évaluer la dépendance comportementale et les habitudes tabagiques des fumeurs (142). La version française de ce test comprend six habitudes / comportements tabagiques répartis en dix-huit items : la stimulation, le plaisir du geste, la relaxation, l'anxiété-soutien, le besoin absolu et l'habitude acquise.

2.2 Les traitements médicamenteux et l'accompagnement

Entre 2013 et 2018, les ventes de traitements d'aide à l'arrêt du tabac ont augmenté de moitié en pharmacie. Cette augmentation importante des ventes en 2018 s'explique par l'instauration du remboursement des substituts nicotiques par l'Assurance maladie depuis mars 2018 et probablement l'augmentation du prix du tabac qui a sûrement encouragé un certain nombre de fumeurs à arrêter ou à réduire leur consommation (1,30).

Par ailleurs depuis le 27 janvier 2016 les médecins du travail, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes peuvent prescrire des substituts nicotiques (3).

La Haute Autorité de Santé recommande les traitements nicotiques de substitution (TNS) en première intention dans le sevrage tabagique car ils augmenteraient l'abstinence à 6 mois de 50 % à 70 % (23) :

- Il est recommandé pour plus d'efficacité de combiner un timbre transdermique avec une autre forme de TNS type pastille, gomme, inhalateur...
- L'objectif des substituts nicotique est de soulager les symptômes de sevrages.

- Il faut au moins 3 mois de traitement par TNS pour une meilleure efficacité.
- Dès la première semaine de traitement il est nécessaire de revoir le patient afin de réajuster les doses et d'évaluer les signes de surdosage en nicotine (palpitations, céphalées, sensation de bouche pâteuse, diarrhée, nausées, lipothymies, insomnie) ou les signes de sous-dosages (troubles de l'humeur, insomnie, irritabilité, frustration, colère, anxiété, difficultés de concentration, augmentation de l'appétit, fièvre, et/ou persistance des pulsions à fumer, voire prise persistante de cigarettes)
- Le patient doit être informé signes de surdosages ou sous-dosage en nicotine afin de qu'il puisse adapter les TNS de façon autonome.

La HAS recommande un accompagnement psychologique combiné au TNS pour plus d'efficacité et de réussite de sevrage. L'entretien motivationnel a été démontré comme étant efficace dans l'accompagnement des personnes souhaitant arrêter le tabac (143).

La HAS souligne « qu'un fumeur aura plus de chances d'arrêter s'il est accompagné par un professionnel de santé, la prise en charge reposant sur un accompagnement psychologique ».

Cet accompagnement est possible lors de consultation de tabacologie mais aussi via le soutien téléphonique de la ligne Tabac Info Service.

Les traitements médicamenteux par Bupropion et Varécline ne sont pas recommandés en première intention par la HAS car ils sont moins efficaces que les TNS et ont des effets indésirables importants (23).

La Varécline est de nouveau remboursée depuis mai 2017 et ses ventes ont augmenté de 88,4 % en 2018 (30). C'est un médicament agoniste partiel des récepteurs nicotiques cérébraux indiqué dans le sevrage tabagique, en seconde intention après échec des stratégies comprenant des substituts nicotiques, et chez les adultes ayant une forte dépendance tabagique (score au test de Fagerström ≥ 7). En 2007 suite à sa commercialisation l'Agence Nationale de Sécurité du médicament avait alerté sur les effets indésirables de ce traitement avec le risque de dépression, d'idées suicidaires et de tentatives de suicide, cela avait valu un déremboursement du médicament.

Cependant deux études publiées en 2015 et 2016 (dont une méta-analyse), ne montraient pas d'augmentation d'idées suicidaires, de tentatives de suicides et de dépression (144,145).

Le Bupropion est peu utilisé car il est encore moins efficace que la Varécline et aurait plus d'effet indésirable (23).

2.3 Le cas de la cigarette électronique

La cigarette électronique ou « vapoteuse » est un dispositif qui permet de vaporiser un liquide aromatisé, additionné ou non de nicotine. Lors de l'aspiration, le liquide mélangé à l'air inspiré est diffusé sous forme de vapeur tiède inhalée par l'utilisateur. L'utilisateur aspire comme il le ferait avec une vraie cigarette, l'aérosol de vapeur d'eau produit sans combustion par chauffage de la solution contenue dans le réservoir. La température qui chauffe le liquide est très basse et ne permet pas la production de produits nocifs issus de la combustion. L'aérosol de vapeur d'eau contient de la nicotine (si elle est présente), du propylène glycol et des aromatisants.

En 2017, l'expérimentation de l'e-cigarette était en augmentation de +9 points par rapport à 2014, elle était déclarée par 33 % des 18-75 ans (36 % des hommes et 30 % des femmes). La consommation quotidienne de cigarette électronique en 2017 était de 2,7% parmi les 18-75 ans (3,4 % des hommes et 1,9 % des femmes) (1,146). Parmi les vapoteurs quotidiens, 39,7 % fument du tabac tous les jours, 10,6 % fument occasionnellement, 49,5 % sont d'anciens fumeur (146).

Dans la population générale 37 % jugent la cigarette électronique moins nocive que la cigarette ordinaire, 6 % la jugent plus nocive, 46 % aussi nocive et 11 % ne savent pas (147).

Les avis des experts sur la cigarette électroniques sont très partagés : certains y voient une aide avec un potentiel de réduction des risques et d'autres la considère comme une nouvelle porte d'entrée à l'addiction nicotinique (39). Les données scientifiques évaluant son efficacité sur le sevrage tabagique sont limitées et ne permettent pas de tirer des conclusions (23).

Une étude réalisée en France en 2019 montre que l'utilisation régulière de la cigarette électronique était associée à une diminution significative et importante du nombre de cigarettes fumées par jour chez les fumeurs quotidiens par rapport à ceux qui ne l'avaient pas utilisé, associé à une augmentation d'arrêt du tabagisme. Par ailleurs dans cette même étude l'utilisation de la cigarette électronique était associée à une augmentation du taux de rechute chez les anciens fumeurs (148). Selon une autre étude publiée en janvier 2019, le taux d'abstinence au tabac est plus important chez les personnes utilisant la cigarette électronique par rapport à ceux utilisant les traitements substitutifs nicotiniques (149).

Concernant la toxicité les effets à court terme de l'utilisation d'inhalateurs électroniques de nicotine comprennent l'irritation des yeux et des voies respiratoires que provoque l'exposition

au propylène glycol. Bien qu'elle soit a priori moins toxique que le tabac, il y a peu de preuves scientifiques permettant de confirmer son innocuité. Une méta-analyse datant de 2014 montre que de nombreuses substances chimiques et des particules ultrafines connus pour être toxiques, cancérigènes et/ou irritantes sont détectables dans les aérosols, les cartouches et les liquides de recharge. Elles restent néanmoins dans des proportions nettement inférieures à celles contenues dans la fumée du tabac (150).

Le rapport 2019 de l'OMS met en garde contre l'utilisation de la cigarette électronique (21). Premièrement les preuves scientifiques sur les cigarettes électroniques utilisées comme une aide au sevrage ne sont pas concluantes. Deuxièmement il existe également de réelles inquiétudes quant aux risques de dépendance à la nicotine que présentent ces produits pour les non-fumeurs qui commencent à les utiliser, en particulier les jeunes. Troisièmement il existe une désinformation par rapport à ces produits de la part de l'industrie du tabac dans le but d'en augmenter la consommation. Enfin contrairement aux pharmacothérapies à la nicotine et aux pharmacothérapies qui ont fait leurs preuves et sont réputées pour aider les personnes à renoncer au tabac, l'OMS n'approuve pas la cigarette électronique en tant qu'aide au sevrage tabagique.

3. L'arrêt du tabac dans les populations particulières

3.1 L'arrêt du tabac chez les personnes suivies en addictologie

Les personnes ayant des problèmes d'addiction peuvent bénéficier d'une prise en charge médico-sociale dans des institutions spécialisées appelées centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). La prise en charge du sevrage tabagique fait pleinement partie des missions de ces centres.

Il est nécessaire d'évaluer toutes les co-addictions ainsi que le degré de dépendances de chacune.

Concernant l'arrêt du tabac chez les personnes ayant une dépendance à l'alcool les études montrent que le sevrage de tabac ne compromet pas le sevrage d'alcool. Par ailleurs les personnes effectuant le sevrage alcool et tabac en même temps ont un meilleur pronostic que les personnes sevrées en alcool qui continuent de fumer. L'attitude thérapeutique doit être ajustée en fonction de la motivation du patient (151). Concernant la prise en charge elle est globalement similaire à celle de la population générale. Deux éléments peuvent tout de même

aider à améliorer le sevrage tabagique : la définition d'une date d'arrêt du tabac et la diminution des consommations d'alcool au moment du sevrage tabagique (152).

Concernant les personnes ayant une co-consommation tabac-cannabis il n'y a pas de consensus actuel. Le tabac est bien plus addictogène que le cannabis. Il est conseillé de faire soit un sevrage simultané soit débiter par le sevrage du cannabis. La prise en charge des symptômes de sevrage au cannabis repose sur un traitement symptomatique de quelques jours en évitant les benzodiazépines. Sur le long terme il est recommandé une prise en charge psychothérapeutique par thérapie cognitivo-comportementale et un suivi dans une structure spécialisée (151).

3.2 L'arrêt du tabac chez les personnes souffrant de maladies chroniques

Les études montrent que chez les personnes atteintes de diabète, il est nécessaire de renforcer les aides afin d'améliorer les résultats en termes d'arrêt du tabac avec notamment un suivi régulier par les professionnels avec des traitements substitutifs. Par ailleurs la formation des soignants en diabétologie en ce qui concerne la prise en charge du tabac semble jouer un rôle important dans leur investissement à l'aide au sevrage des patients (153).

3.3 L'arrêt du tabac chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques

Le sevrage dans cette population peut être un succès si la prise en charge est adaptée à la sévérité de leur dépendance (154). Dans les milieux de soins psychiatriques, la dépendance tabagique des patients est insuffisamment abordée et peu d'entre eux se font offrir de l'aide pour cesser de fumer du fait d'un manque de connaissance de la part du personnel par rapport à la dépendance tabagique des patients en psychiatrie (155,156).

Après une période d'arrêt lors d'une hospitalisation les patients sont très fortement susceptibles de rechuter après leur sortie du fait du peu d'accompagnement proposé par rapport au tabac, et ils déclarent que de la consommation de cannabis est un facteur de risque de rechute (57).

Dans cette population il est indispensable que la gestion du sevrage à la nicotine soit optimale avec des stratégies de prise en charge prouvées comme efficace par ailleurs et une connaissance du potentiel des cigarettes électroniques comme aides à la réduction des risques dans cette population. De plus les patients souffrant de trouble psychiatriques rapportent souvent fumer pour casser l'ennui, il est donc important de proposer des activités thérapeutiques adaptées pour soutenir l'abstinence tabagique en plus de la prise en charge

classique (57).

Par ailleurs il est important de souligner que les professionnels confondent souvent les symptômes de sevrage tabagique avec les symptômes de maladie mentale. Les premiers symptômes de sevrage tabagique (agitation, irritabilité et souci de trouver le moyen de fumer, etc.) sont en effet rapidement observables du fait de la très courte demi-vie de la nicotine (2h). La cigarette ne soulage le patient que vis à vis de son manque nicotinique sans traiter les symptômes psychiatriques (58).

L'Office français de prévention du tabagisme (OFT) recommandait en 2008 un arrêt du tabac en prenant quelques précautions dont celle « d'initier tout sevrage à distance d'épisode aigu ou au moment d'une hospitalisation ». De plus, « l'accompagnement par un psychiatre (en collaboration ou non avec un tabacologue) est indispensable, ainsi que l'utilisation des substituts nicotiques (SN) ; une prise en charge psychothérapeutique cognitivo-comportementale (TCC) se doit d'accompagner le tout » (66). Néanmoins une hospitalisation en psychiatrie pourrait être une opportunité pour les patients fumeurs du fait de l'interdiction de fumer, de la proximité des soignants pour parler du sevrage et de la disponibilité des substituts nicotiques (62).

3.3.1 Trouble anxieux et sevrage tabagique

Concernant les troubles anxieux l'OFT recommande d'exploiter toute « fenêtre d'opportunité motivationnelle », en précisant que les traitements de la dépendance au tabac ne sont pas une contre-indiqué dans le trouble anxieux (66).

La Haute Autorité de Santé signale que « les troubles dépressifs survenant en cours de sevrage sont à différencier des troubles de l'humeur liés à un sous-dosage en substituts nicotiques » et qu'il est important de dépister les antécédents de symptômes anxieux ou dépressif apparus lors des précédents sevrages. Par ailleurs « en cas de majoration des consommations, il est recommandé d'explorer un état anxieux ou dépressif sous-jacent, et de le/les prendre en charge le cas échéant ». En fin la HAS souligne qu'il « est important de rappeler au fumeur que les troubles anxieux s'améliorent à l'arrêt du tabagisme, car cela peut être un frein au sevrage » (23).

3.3.2 *Dépression et sevrage tabagique*

Pour aider les personnes souffrant de dépression à arrêter de fumer, il est nécessaire de combiner le traitement standard du sevrage tabagique avec un traitement psychothérapeutique et pharmacologique de la dépression. Il est recommandé de prioriser le traitement antidépresseur en attendant une amélioration de l'humeur et de débiter le sevrage tabagique dans un deuxième temps. Les fumeurs déprimés, ont besoin d'un soutien par les professionnels et l'entourage plus important que ceux de la population générale. De plus il est important de mettre en place des stratégies de prévention de la rechute pour ces patients à risque (activités plaisantes ou valorisantes, récompense de l'abstinence, mesure du monoxyde de carbone avec renforcement positif) (76).

Une étude a pu montrer que les conseils d'arrêt du tabac avec une substitution nicotinique dans le traitement de la dépression seraient associés à une augmentation du taux d'arrêt du tabac dans cette population (157).

3.3.3 *Trouble bipolaire et sevrage tabagique*

Chez les personnes atteintes d'un trouble de l'humeur l'OFT recommande d'arrêter le tabac à distance des épisodes de décompensation aigus mais tout en gardant à l'esprit qu'il faut explorer les fenêtres d'opportunité motivationnelle. Par ailleurs l'OFT souligne le risque de métabolisation augmenté des médicaments tel que l'Olanzapine en cas de tabagisme.

Pour maintenir l'abstinence, près de la moitié des ex-fumeurs ont indiqué que le soutien de la famille et des amis et l'engagement dans des stratégies de bien-être telles que l'activité physique, une alimentation saine et la méditation étaient importants (63).

3.3.4 *Schizophrénie et sevrage tabagique*

Chez les personnes souffrant de trouble bipolaire ou schizophrénie il y a plus d'échec lors du sevrage tabagique chez les personnes fumant davantage, ayant des symptômes de sevrage plus sévères et difficilement soulagés par les traitements, ayant des troubles cognitifs, ayant des attentes surréalistes quant au soutien des autres pour cesser de fumer (158).

Du fait de l'existence d'une dépendance à la nicotine sévère dans cette population et d'une consommation élevée de cigarettes les personnes fumeuses souffrant de schizophrénie sont fortement exposées aux conséquences néfastes du tabagisme. Même si beaucoup d'entre elles

souhaitent arrêter de fumer, les tentatives de sevrage se soldent sans peine par un échec d'où la nécessité d'une mobilisation importante des professionnels de santé autour de ces personnes (159).

L'évaluation de la consommation et de la dépendance tabagique doit être faite en début de chaque prise en charge ainsi que la délivrance d'informations et de conseils à l'arrêt (72).

L'OFT recommande chez les personnes souffrant de schizophrénie de poursuivre la prise de substituts nicotinique après l'arrêt du tabagisme. Il recommande aussi d'être vigilant quant aux effets indésirables apparaissant sous Varécicline et Bupropion dans cette population.

Chez les personnes souffrant de schizophrénie les conseils médicaux et l'évaluation des motivations à l'arrêt même si la personne n'est pas demandeuse favoriseraient les sevrages tabagiques ultérieurs(160). Les entretiens motivationnels sont tout à fait indiqués dans cette population du fait de l'existence d'une motivation faible et fluctuante ainsi que la prévention des rechutes qui font parties intégrante des addictions (161). Il est important lors de ces entretiens de se concentrer sur les avantages et inconvénients du tabagisme (en consultation individuelle ou groupe) et d'utiliser des interventions comportementales cognitives qui ont pu montrer leur efficacité dans le sevrage tabagique dans cette population (75,162). Par ailleurs les facteurs sociaux influencent l'utilisation ou non d'un traitement pour le sevrage tabagique, la volonté d'arrêter de fumer et les croyances quant à l'efficacité des traitements. Le soutien et l'encouragement de l'entourage en faveur du sevrage tabagique jouent un rôle primordial et ainsi augmente le succès de l'abandon du tabac dans cette population (163). Enfin les incitatifs financiers ont pu montrer leur efficacité (76).

Concernant le Bupropion, bien qu'il ne soit pas recommandé en première intention des études ont pu montrer qu'il n'y avait pas d'aggravation des symptômes positifs de la schizophrénie lors de son utilisation.

Il n'est pas contre-indiqué de fumer quelques cigarettes pendant le traitement par substituts nicotiniques. Dans cette catégorie de personne et du fait de la sévérité du trouble de l'usage du, la durée du traitement par substitut nicotinique peut être plus long (2 à 6 mois) que chez les sujets sans pathologies psychiatriques avec un réapprentissage de la vie sans tabac difficile (161).

Dervaux et al rapportent que plusieurs études ont montré que la Clozapine chez les schizophrènes fumant de façon importante, diminuait de manière dose-dépendante la consommation de tabac (161). Il y aurait plusieurs hypothèses pour expliquer ces effets : du fait de l'atténuation des symptômes extrapyramidaux et l'amélioration des troubles cognitifs les patients ressentiraient moins le besoin de fumer. Une autre hypothèse serait l'action inhibitrice de la molécule sur les circuits de récompense activés par la nicotine (161).

Concernant le traitement médicamenteux du sevrage tabagique dans la schizophrénie certaines études recommandent l'utilisation de la Varénicline en entretien permettant ainsi un maintien et une prolongation de l'abstinence associée à des taux plus faibles de rechute par rapport aux personnes n'ayant pas pris la Varénicline (164). L'abstinence à un an serait trois fois plus élevée par rapport aux personnes n'ayant pas pris ce traitement et elle est encore plus efficace associée à une TCC (75).

Un essai contrôlé randomisé publié en 2016 a pu montrer que la Varénicline est efficace et bien tolérée chez les personnes atteintes ou non de troubles psychiatriques et que son efficacité en ce qui concerne les taux d'abstinence était plus élevée par rapport au Bupropion et aux substituts nicotiques (144).

Chapitre 5 : Niveau d'information sur le tabac

1. Niveau d'information des français à l'égard du tabac

Les Français n'identifient pas spontanément l'alcool et le tabac comme des drogues mais le tabac est choisi dans 48% des cas comme le produit présentant le plus grand risque de dépendance, devant l'alcool et le cannabis (165). Dans une étude réalisée par l'OFDT via l'enquête EROPP en 2018, une personne sur quatre dans la population générale déclarait spontanément que l'alcool et le tabac sont des drogues et seulement 10% citaient l'un de ces deux produits en première intention. L'étude montrait aussi que 55% des personnes adhéraient à l'idée que le tabagisme posait plus de problème à la société que l'usage de drogues illicites (147). Par ailleurs 34% des personnes percevaient le tabac comme dangereux dès la première consommation et 79% pour l'usage quotidien.

Un Français sur deux (49%) considère que l'expérimentation ou la consommation occasionnelle de tabac sont dangereuses pour la santé. Ils étaient 22% il y a vingt ans (147).

En moyenne 15% des personnes interrogées considèrent que fumer jusqu'à dix cigarettes par jour n'est pas dangereux pour la santé (147,165).

Un quart des Français considéraient que fumer régulièrement n'est pas dangereux pour la santé et déclaraient qu'il est possible de fumer sans risque sur une période de 10,1 ans en moyenne. Ce nombre d'années est sensiblement plus élevé parmi les fumeurs (14,6 ans), ce qui témoigne d'une moindre prise de conscience de la dangerosité du tabac dans cette population (147,165).

Les Français semblent mieux informés des risques sanitaires liés à la consommation de tabac avec une modification de leurs représentations au cours des vingt dernières années et une meilleure perception de la dangerosité du produit (147,165).

2. Niveau d'information dans les populations particulières

2.1 Niveau d'information des personnes souffrant de maladies chroniques

Dans une récente étude publiée en 2015 et menée auprès de fumeurs diabétiques de type 2 à Hong Kong, la connaissance du lien entre le tabagisme et le diabète était faible et les fumeurs diabétiques de type 2 avaient une attitude négative vis-à-vis de l'abandon du tabac (166). Le tabagisme chez les pairs, ainsi que la dépendance psychologique et le gain de poids après le renoncement au tabac ont été mentionnés comme des obstacles au renoncement au tabac, alors que la sensibilisation à la santé et au soutien de la famille étaient des facteurs de motivation pour cesser de fumer.

Dans cette population les femmes déclaraient fumer pour avoir un meilleur contrôle sur le poids et gérer les émotions et le stress (167,168).

2.2 Niveau d'information des personnes consultant en addictologie

Dans les CSAPA, une personne sur vingt considère le tabac comme le produit posant le plus de problèmes derrière l'alcool, le cannabis et les opiacés (169). Une étude portant sur les barrières perçues lors d'un sevrage tabagique chez les personnes ayant un trouble de l'usage de l'alcool, a montré que la majorité met en avant des craintes (en cas de sevrage tabagique) d'apparition de symptômes d'irritabilité et d'anxiété, de problèmes de concentration, le craving, l'échec du sevrage tabagique, la difficulté de maintenir l'abstinence à l'alcool (170). Une autre étude rapporte plusieurs idées reçues et croyances par rapport au sevrage tabagique chez les personnes ayant une dépendance à l'alcool : fumer est un problème plus bénin que

l'alcool, les fumeurs ayant un trouble de l'usage de l'alcool s'intéressent peu au sevrage tabagique et/ou ne se sentent pas capables d'arrêter, le sevrage tabagique affecterait la réussite au sevrage alcool (171).

2.3 Niveau d'information des patients en psychiatrie sur le tabac

Chez les personnes anxieuses, il existe des croyances comme quoi le fait de fumer réduirait les affects négatifs liés à l'anxiété. Par ailleurs cette population perçoit la perspective d'arrêt du tabac comme une épreuve difficile et menaçante (172). Les personnes souffrant d'anxiété sociale déclarent souvent avoir besoin du tabac « pour faire face » à des situations sociales perçues comme difficiles et ainsi se sentir plus à l'aise (173).

En comparaison avec la population générale, les personnes vivant avec une schizophrénie déclareraient davantage fumer pour réduire le stress et l'anxiété. Par ailleurs elles déclareraient fumer afin d'avoir les effets stimulants du tabac ce qui est moins retrouvé chez les personnes sans trouble psychotique (174,175). Enfin 49% des personnes atteintes de psychose déclaraient fumer des cigarettes pour améliorer leur humeur, contre 11% des sujets témoins (174).

Chapitre 6 : Motivation et accès aux aides pour l'arrêt du tabac

1. Motivation et accès aux aides dans la population générale

Selon le Baromètre santé 2017, le désir d'arrêter de fumer est très présent chez les fumeurs : 56,7% des fumeurs quotidiens déclaraient avoir envie d'arrêter de fumer (10,3% dans le mois à venir, 14,5% dans les six prochains mois, 5,1% dans l'année à venir et 26,9% dans un avenir non déterminé) (3). Ce souhait d'arrêter augmente avec l'âge et il est lié ni au statut socio-économique, ni au niveau de diplôme, ni au niveau de revenu des fumeurs. En 2011, environ 28 % des fumeurs ayant consulté un médecin ou un professionnel de santé au cours des six derniers mois ont reçu des conseils pour arrêter de fumer. 75 % des fumeurs ayant reçu de tels conseils déclarent que cela les avait fait penser à arrêter de fumer (13).

Le nombre de personnes prises en charge pour le tabac dans les CSAPA a augmenté de 64 % depuis 2010 (2).

Dans la prise en charge des patients en ce qui concerne le sevrage tabagique il est important de prendre en compte les éléments environnementaux qui pourraient entraver le désir d'arrêter ou entraîner plus de rechutes :

- La précarité socioéconomique (176,177)
- La difficulté à se projeter dans l'avenir (178)
- Un déni ou banalisation des risques liés au tabagisme (179,180)
- La méfiance à l'égard des messages de prévention et de lutte contre le tabagisme (181)
- Les conditions et les événements de vie difficile
- La tolérance voire incitation vis à vis du tabagisme du milieu (famille ou communauté) (177)
- Une absence de préoccupation pour sa santé et une méconnaissance de l'impact de l'arrêt du tabagisme sur la santé (23) : les fumeurs (50 % des fumeurs quotidiens âgés de 18 à 29 ans et 60 % des 30 à 75 ans) sous-estiment les risques pour la santé en comparaison des déclarations des ex- ou non-fumeurs. Ils ne retiennent pas le fait de ne pas fumer comme étant le premier facteur d'impact sur la santé. Par ailleurs 80% des fumeurs adhéraient au fait qu'il existe des facteurs de protection ou d'exemption des maladies liées au tabac. Enfin l'idée d'un seuil de consommation sans effet nocif sur la santé est aussi très répandue (137)
- Le syndrome anxio-dépressifs ou les troubles de l'humeur préexistants à la consommation (23)

Les facteurs favorisant l'arrêt sont (23,182) :

- Un haut niveau d'éducation ou un haut niveau socio-économique
- Une faible consommation de tabac et donc une dépendance à la nicotine moins sévère
- Un entourage non-fumeur
- Une faible consommation d'alcool
- Un âge de début du tabagisme tardif
- Une forte motivation à l'arrêt
- La peur de la maladie
- Une prise de conscience de la dépendance au tabac

- Un environnement incitatif : interdiction de fumer dans les lieux publics et prix du paquet de cigarette.

2. Motivation et accès aux aides dans les populations particulières

2.1 Motivation et accès aux aides chez les personnes souffrant de maladies chroniques

Dans une étude publiée en 2005 les personnes atteintes de diabète de type 2 affichaient des taux de sevrage tabagique plus bas et exprimaient une plus grande inquiétude quant à la prise de poids en cas de sevrage tabagique par rapport aux fumeurs non diabétiques. De plus, 34 à 50% n'avaient jamais entendu parler de traitement substitutif à la nicotine ni de traitements pharmacologiques et considéraient ces interventions comme peu sûres, compte tenu de leur diabète (50). La sensibilisation à la santé et au soutien de la famille sont des facteurs de motivation pour cesser de fumer dans cette population (166).

2.2 Motivation et accès aux aides chez les personnes consultant en addictologie

Dans une étude, trois quarts des patients ayant une dépendance à l'alcool consultant en CSAPA considéraient qu'il existe beaucoup de similitudes entre la consommation tabagique et celle d'autres substances addictives, que l'arrêt du tabac est possible et la moitié l'envisageait sérieusement (183). La motivation à cesser rapidement de fumer s'observe d'autant plus dans cette population qu'il existe des antécédents d'abstinence tabagique durable, que les freins à arrêter sont moindres, que la sensation d'efficacité personnelle est élevée et qu'ils présentent moins de symptomatologie dépressive (184).

2.3 Motivation et accès aux aides en psychiatrie

La consommation de tabac dans les établissements de psychiatrie est profondément ancrée ce qui peut freiner les patients à entamer une démarche de sevrage (185).

Lorsque le tabagisme est perçu comme socialement acceptable par les pairs et les proches, les individus sont généralement moins motivés à cesser de fumer (186). Beaucoup de personnes atteintes de troubles mentaux sévères passent du temps dans des environnements où il est acceptable de fumer et subissent donc moins de pression sociale pour arrêter de fumer que les adultes de la population en général (16). Toutefois une étude a montré que les personnes

présentant une maladies psychiatrique étaient autant motivées pour cesser de fumer que dans la population générale (187). Une autre étude rapporte aussi des pourcentages de désirs d'arrêter de fumer chez des fumeurs atteints de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif quasiment semblables à ceux des fumeurs sans maladie mentale, toutefois, plus de 50% des fumeurs de cette population ne souhaitaient pas arrêter de fumer au cours des six prochains mois, montrant la nécessité de développer des interventions adaptées afin d'augmenter la motivation au changement (162).

Chez les personnes présentant un trouble bipolaire, la motivation au sevrage tabagique des patients bipolaires est équivalente à celle de la population générale et n'est pas liée à la gravité des symptômes psychiatriques. Toutefois, une majorité semble croire en un effet positif du tabac sur leur symptômes (63). La motivation doit donc être explorée davantage.

Dans une enquête en ligne incluant 685 personnes vivant avec un trouble bipolaire, 74% exprimaient un désir d'arrêter de fumer mais déclaraient être peu soutenues par les professionnels de santé mentale (63). Par ailleurs deux fumeurs sur trois auraient déjà essayé d'arrêter de fumer (63).

Une hospitalisation dans une structure de soins psychiatriques sans tabac semble avoir un impact positif sur les comportements des patients : diminution de leur consommation de cigarettes après leur sortie et augmentation de la motivation au sevrage tabagique (188).

Une étude a démontré que la majorité des fumeurs chez qui il avait été diagnostiqué un trouble psychotique avaient essayé d'arrêter de fumer l'année précédente et certains étaient capables de cesser de fumer pendant au moins un mois (189). Peu de fumeurs avaient reçu une proposition d'arrêt du tabac par le personnel soignant en psychiatrie (189).

Si les pourcentages de fumeurs atteints de schizophrénie et de trouble schizo-affectif qui ont le désir d'arrêter de fumer sont quasiment semblables à ceux des fumeurs ne souffrant pas de maladie mentale, plus de 50% des fumeurs de cette population ne souhaitaient pas arrêter de fumer au cours des six prochains mois, montrant la nécessité de développer des interventions adaptées afin d'augmenter la motivation au changement (162).

Chapitre 1 : Contexte et objectifs

Le tabagisme constitue la première cause de décès évitables en France et c'est le premier facteur de risque évitable de cancer et de maladies cardio-vasculaire (23,85). Il est par ailleurs le facteur de risque principal de BPCO et le risque de diabète de type 2 augmenterait chez les fumeurs (23,96).

Chez les personnes souffrant de trouble psychiatrique la prévalence élevée du tabagisme entraîne une mortalité importante et précoce dans cette population (4,10,104,105).

Concernant les complications psychiatriques liées au tabagisme il a été mis en évidence par cette revue de littérature que le tabagisme augmentait les symptômes anxieux, dépressifs et le risque suicidaire (61,111–114,123). De plus le tabac diminue la concentration des neuroleptiques dans le sang réduisant leur efficacité et pouvant entraîner un surdosage en cas de sevrage tabagique pendant une hospitalisation par exemple (130–132). Par ailleurs la dépendance à la nicotine est plus sévère dans cette population notamment chez les personnes souffrant de schizophrénie en comparaison à la population générale. De plus les personnes souffrant de trouble psychiatrique sont plus à risque de devenir dépendantes à la nicotine (9,71,77,80,83).

La prise en charge de la dépendance au tabac repose sur les substituts nicotiques et un accompagnement par un professionnel de santé pour plus d'efficacité, elle est à adapter à la sévérité de la dépendance nicotinique (23). Dans les populations particulières et notamment en psychiatrie un renforcement de l'accompagnement sous forme de psychothérapie, notamment TCC, est nécessaire avec des stratégies de prévention des rechutes. Il est nécessaire par ailleurs de prendre en compte les facteurs environnementaux du patient qui jouent un rôle important dans la motivation au sevrage (23,57,62,63,66,154,182).

Il persiste encore beaucoup d'idées reçues par rapport au tabac, en effet de nombreuses personnes ayant un trouble psychiatrique déclarent fumer pour gérer l'anxiété. Cette idée de gestion du stress est partagée par les personnes ayant un diabète (167,168,172,173). Par

ailleurs les personnes souffrant de schizophrénie déclarent utiliser la cigarette à visée stimulante (174,175). Chez les personnes ayant un trouble de l'usage de l'alcool il existe beaucoup de craintes par rapport au sevrage tabagique en lien avec la peur de rechuter sur l'alcool chez les personnes abstinentes (170,171). On retrouve peu d'éléments dans la littérature sur le niveau d'information des personnes consultants dans les CSAPA.

Le désir de sevrage tabagique est très présent chez les fumeurs de la population générale (3). Il est influencé par plusieurs facteurs environnementaux et notamment l'absence de préoccupation et une moindre information sur les risques pour la santé (23,137).

Une revue de la littérature a montré que les personnes souffrant de trouble psychiatrique sont motivées pour cesser de fumer, autant que dans la population générale malgré le fait que la consommation de tabac soit profondément ancrée dans le fonctionnement des structures de santé mentale (187). Chez les personnes suivies dans les CSAPA il y a peu de donnée sur les motivations au sevrage tabagique sauf chez les personnes ayant un trouble de l'usage de l'alcool montrant que la moitié envisage d'arrêter de fumer (183). Concernant les personnes souffrant de diabète elles sembleraient peu motivées et moins bien informées que la population générale sur les aides au sevrage mais il y a peu d'études permettant de conclure (50).

Concernant le niveau d'information sur les risques liés au tabac nous avons peu d'éléments dans la littérature chez les personnes suivies en psychiatrie, population dans laquelle le tabac occupe une place importante avec un impact sanitaire préoccupant. Dans les autres populations particulières (addictologie et diabétologie) la littérature ne fournit pas ou peu d'éléments sur leur niveau d'information. L'idée que les personnes consultant en psychiatrie ne soient pas motivées pour arrêter de fumer est très répandue parmi les soignants malgré le fait que plusieurs études aient montré le contraire. Nous avons retrouvé peu d'éléments concernant la motivation au sevrage chez les personnes consultant pour une maladie chronique celles consultant pour un trouble de l'usage de substances.

Par ailleurs l'accès aux aides au sevrage a été peu exploré chez les personnes souffrant de trouble psychiatrique.

Ces éléments sont importants à prendre en compte dans ces populations notamment afin d'améliorer la prise en charge du tabagisme.

Nous proposons de mener une étude avec trois objectifs :

- Description du profil des patients fumeurs et ex-fumeurs consultant en psychiatrie en les comparant à celui de patients suivis pour une addiction autre que le tabac et à celui de patients suivis pour une maladie chronique endocrinienne.
- Évaluer le niveau d'information sur les risques liés au tabac des patients suivis pour troubles psychiatriques en les comparant à celui de patients suivis pour une addiction autre que le tabac et à celui de patients suivis pour une maladie chronique endocrinienne.
- Évaluer la motivation et l'accès à des aides pour un sevrage tabagique chez les fumeurs et ex-fumeurs parmi les patients suivis pour troubles psychiatriques, en les comparant à celui chez les fumeurs et ex-fumeurs parmi des patients suivis pour une addiction autre que le tabac ou parmi des patients suivis pour une maladie chronique endocrinienne.

Chapitre 2 : Méthode

1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle multicentrique transversale au sein de trois services.

2. Population

Les personnes consultant en psychiatrie ont été recrutées sur le CMP (Centre Médico-psychologique) et l'hôpital de jour du service de psychiatrie pour adultes de l'Hôpital de Versailles (André Mignot au Chesnay) du Dr N Bazin. Les personnes consultant en endocrinologie ont été recrutées en consultation, sur l'hôpital de jour et en hospitalisation complète du service d'endocrinologie du Dr JP Beressi de l'Hôpital de Versailles (André Mignot au Chesnay). Les personnes consultant en addictologie ont été recrutées sur le CSAPA du Service d'addictologie de l'Hôpital Fernand-Widal à Paris du Pr Bellivier et Dr F Vorspan (Hôpital Fernand-Widal à Paris).

Les critères d'inclusions étaient les suivants : majeure (âge >18ans), hommes et femmes, consultant ou hospitalisé pendant la période dans les lieux de l'étude, quel que soit le statut tabagique (jamais fumeur, ex-fumeur, fumeur) et le diagnostic.

Les critères d'exclusions étaient : les personnes en incapacité (ne parlant pas français, confuse, alcoolisée...) ou celles refusant de remplir le questionnaire.

3. Procédures

Des auto-questionnaires anonymes ont été proposés par les secrétaires, infirmiers ou aides-soignants aux personnes venant consulter ou étant hospitalisées dans les trois lieux précédemment décrit, dans la salle d'attente avant leur rendez-vous ou pendant leur hospitalisation. Une lettre d'information sur l'étude leur a été remise en même temps que le questionnaire. Les personnes participantes ont déposé le questionnaire rempli dans une boîte déposée à cet effet.

4. Données recueillies

Plusieurs éléments ont pu être recueillis par cet auto-questionnaire anonyme divisé en quatre parties.

4.1 Caractéristique de la population étudiée

Cette première partie a recueilli les informations sociodémographiques de tous les participants (sexe, tranche d'âge, statut marital, statut professionnel, ressources perçues) ainsi que la caractérisation du trouble chronique psychiatrique et/ou organique.

A partir des réponses sur le statut tabagique, trois groupes ont été constitués : les fumeurs, les anciens fumeurs et les jamais-fumeurs. Enfin une question évaluait l'exposition au tabagisme passif au domicile.

4.2 Niveau d'information sur les risques liés au tabac

Ces éléments ont été déterminés à partir de quinze questions. Nous avons utilisé trois questions de l'enquête EROPP (Enquête sur les Représentations, Opinions et Perceptions sur les Psychotropes) de l'OFDT de 2013 (165) explorant l'opinion des patients sur la dangerosité du tabac. Puis quatre questions tirées des recommandations HAS (Haute Autorité de Santé) (23) exploraient les connaissances des personnes sur les maladies et complications liées au

tabac. Enfin huit questions élaborées pour l'étude renseignaient l'opinion des personnes sur le lien entre symptômes psychiatriques et tabac et aussi l'utilisation et l'opinion sur les traitements substitutifs nicotiques. Avec ces données, nous avons établi deux "scores de connaissance" nous permettant ainsi d'avoir une vision globale du niveau d'information des personnes ayant répondu au questionnaire. Un premier score compris entre 0 et 10 calculé à partir des 10 questions d'ordre général sur les risques liés au tabac et un deuxième score compris entre 0 et 5 portant sur les cinq questions plus spécifiques au rapport entre psychiatrie et tabac. Pour chaque question 1 point a été accordé si la réponse était juste, 0 point pour toute réponse « Ne sais pas ». En cas de réponse fautive, le score était diminué de 1 point. Pour les questions à choix multiple, le même procédé a été appliqué mais de manière proratisée afin que chaque question conserve un poids de 1 dans le score final.

4.3 Consommation de tabac et aides au sevrage chez les fumeurs et ex-fumeurs

Cette troisième partie du questionnaire s'adressait aux fumeurs et ex-fumeurs avec onze questions permettant de décrire la consommation de tabac. Parmi ces onze questions, six proviennent du baromètre santé 2017 explorant le niveau de consommation, l'âge d'initiation et les éventuels sevrages (3). Les cinq autres questions ont été élaborées pour l'étude explorant l'environnement de la personne et son potentiel impact sur la consommation (lieux de début de consommation, impact de la législation anti-tabac dans les lieux publics, impact d'une hospitalisation sur la consommation) et le budget global réservé au tabac. Une dernière question élaborée pour l'étude s'adressant aux ex-fumeurs permettant d'évaluer les aides aux sevrages tabagiques utilisées.

4.4 Évaluations de la dépendance tabagique, de la motivation à l'arrêt et des aides au sevrage chez les fumeurs

Cette dernière partie du questionnaire s'adresse aux fumeurs actuels de nos populations concernées.

Nous avons mesuré la dépendance à la nicotine grâce à deux tests. Le test de Fagerström en six questions permettant de calculer un score global de 0 à 10 de dépendance physique (0 à 2 pas de dépendance, 3 à 4 dépendance faible, 5 à 6 dépendance moyenne, 7 à 10 dépendance forte) (28). Et le test de Horn en dix-huit affirmations permettant d'évaluer la dépendance comportementale et les habitudes tabagiques (142). Dans ce test le fumeur indique jusqu'à

quel degré il adhère à une affirmation, en y attribuant une note de 1 à 5 (1 = jamais, 2 = parfois, 3 = moyennement, 4 = souvent, 5 = toujours). Trois affirmations permettent d'évaluer une habitude tabagique. On retrouve six comportements/habitudes tabagiques notée de 3 à 10 : « la stimulation », « le plaisir du geste », « la relaxation », « l'anxiété-soutien », « le besoin absolu » et « l'habitude acquise ». Une habitude ou un comportement avec un score supérieur à 10 permet de dire qu'elle/il est significatif.

La motivation au sevrage a été évaluée par huit questions. Une question provenait de l'enquête EROPP de l'OFDT de 2013 (165) évaluant la sensation de dépendance au tabac du patient. Puis cinq questions provenant du baromètre santé 2017 explorant la motivation au sevrage (190). Et enfin deux questions élaborées pour l'étude explorant les éléments motivant l'arrêt du tabac.

Enfin six questions ont investigué l'accès ou non aux aides pour le sevrage. Ces questions, créées pour l'enquête comme il n'existe pas d'outil dans la littérature, renseignent l'aide par des professionnels de santé, l'entourage, une hospitalisation et l'accès à des substituts nicotiques, à la cigarette électronique/Vaporette, à un traitement médicamenteux et à l'hypnose.

5. Analyses statistiques

Nous avons réalisé des analyses descriptives de la prévalence des fumeurs pour vérifier si notre population était conforme aux données déjà décrites.

Nous avons décrit aussi les prévalences de fumeurs actuels, passés et de non-fumeurs dans nos trois populations. Pour les fumeurs actuels, nous comparons les scores de dépendance et de motivation par les t-tests.

Pour le premier objectif, nous avons comparé le profil tabagique des fumeurs et ex-fumeurs dans le groupe des personnes suivies en psychiatrie, par rapport à ceux dans les deux autres groupes par des chi².

Pour le deuxième objectif, nous avons comparé les connaissances sur les risques liés au tabac dans le groupe des personnes suivies en psychiatrie (fumeurs, ex-fumeurs et non-fumeurs), par rapport à ceux dans les deux autres groupes par des chi².

Pour le troisième objectif, nous avons comparé la motivation au sevrage et l'accès aux aides dans le groupe des personnes fumeuses suivies en psychiatrie, par rapport aux deux autres groupes par des chi². Nous avons comparé ensuite seulement l'accès à des aides dans le

groupe des personnes ex-fumeurs suivies en psychiatrie, par rapport à ceux dans les deux autres groupes par des chi2.

Les analyses comparatives imposent un nombre de sujets dans chaque groupe supérieur à $N=30$. Pour les analyses pour l'objectif 2, considérant qu'il y a 60% de fumeurs parmi les patients suivis en psychiatrie et en addictologie, un recrutement de $N>50$ sujets donnerait théoriquement un échantillon suffisant pour les analyses comparatives, en y ajoutant 15 sujets (pour prendre en compte un taux de refus ou de questionnaire non exploitables de 30%). Nous avons visé donc un nombre de patients inclus de $N>65$ dans ces deux groupes et donc environ $N=80$ patients. Comme la prévalence des fumeurs dans le groupe atteint de maladie chronique est en moyenne 30%, un échantillon de $N=100 + 30$ sujets (avec la même hypothèse d'un taux de refus ou de questionnaire non exploitables de 30%), soit 150 sujets.

6. Aspects réglementaires

6.1 Origine et nature des données récoltées

Les données ont été recueillies directement auprès des personnes par le remplissage d'un questionnaire. Le questionnaire étant totalement anonyme, le patient ne pouvait donc pas revenir à postérieur sur l'utilisation de ses données.

6.2 Disposition éthique et réglementaire

La recherche a été menée dans le respect de la réglementation française en vigueur, notamment des dispositions relatives à la recherche biomédicale du Code de la Santé Publique, article L 1121-1 et suivants, des lois de Bioéthique, de la loi Informatique et Libertés, de la déclaration d'Helsinki, ainsi que des Bonnes Pratiques Cliniques et du présent protocole. La recherche a été menée conformément à ces dispositions éthiques et réglementaires.

6.3 Comité de protection des personnes

Avant la mise en œuvre de la recherche, le projet a été soumis à l'avis du CPP (comité de protection des personnes). L'avis favorable du CPP nous a été transmis le 9 août 2019.

6.4 Modalité d'information des patients

L'information a été donnée oralement et par écrit à toutes les personnes pouvant être incluses dans cette étude. L'information a été rédigée dans un langage clair, parfaitement compréhensible pour la personne conformément au Code de la Santé Publique article L1122-1. S'agissant d'une étude de troisième catégorie, seule la non opposition du patient a été recherchée. Cette non opposition a été acquise de fait si le questionnaire fourni au patient est complété. Le formulaire d'information est un document qui a été approuvé préalablement à la mise en œuvre de la recherche par le CPP, à l'occasion de l'examen du protocole.

Chapitre 3 : Résultats

1. Caractéristiques de la population (tableau 1)

249 personnes ont participé à l'étude, dont 55 consultants en psychiatrie, 134 consultants en addictologie et 60 consultants en endocrinologie. Les données démographiques et cliniques des répondeurs sont présentées dans le tableau 1.

Il existe des différences sociodémographiques et cliniques entre les trois groupes.

Il y a une moitié de femmes chez les consultants en psychiatrie, près de trois quarts chez les consultants en endocrinologie et un tiers chez les consultants en addictologie (significativement moins).

Il y a significativement plus de personnes de plus de 65 ans chez les consultants en endocrinologie et ils vivent significativement plus en couple. Environ la moitié des consultants en endocrinologie ou en en addictologie ont un emploi, contre un quart parmi les consultants en psychiatrie (significativement moins). Les différences pour les revenus sont logiques par rapport à ces répartitions avec 51% recevant d'Allocation Adulte Handicapés chez les consultants en psychiatrie, 22% chez les consultants en addictologie auxquels s'ajoutent 17% qui ont le RSA.

Comme attendu, le pourcentage de participants déclarant avoir une maladie psychiatrique est nettement plus élevé en psychiatrie (plus de la moitié de la population avec une majorité de schizophrénie) que dans les deux autres groupes. Alors qu'un seul cas a été relevé en endocrinologie, ils représentent tout de même près d'un quart des participants en addictologie. Environ 60% des personnes consultant en endocrinologie ont une maladie somatique ce qui

est significativement plus élevé que dans les deux autres groupes, avec notamment un nombre important de cas de diabète et d'hypertension artérielle. On note que plus d'un participant sur cinq en psychiatrie a déclaré souffrir d'asthme.

Tableau 1 - Caractéristiques de la population

	Patients en psychiatrie A N = 55 (22,1%)	Patients en addictologie B N = 134 (53,8%)	Patients en endocrinologie C N = 60 (24,1%)	A vs B p*	A vs C p*
Sexe (N=249)					
Femme	28 (50,9%)	43 (32,1%)	42 (70,0%)	0,02*	0,06
Homme	27 (49,1%)	91 (67,9%)	18 (30,0%)		
Classe d'âge (N=248)					
18-39 ans	21 (38,2%)	35 (26,3%)	23 (38,3%)	0,27	0,02*
40-65 ans	33 (60,0%)	95 (71,4%)	27 (45,0%)		
> 65 ans	1 (1,8%)	3 (2,3%)	10 (16,7%)		
Vit en couple (N=247)	15 (27,3%)	37 (27,8%)	38 (64,4%)	1	<0,01*
Statut professionnel (N=248)					
Étudiant, lycéen	4 (7,3%)	2 (1,5%)	3 (5,0%)	0,11	0,91
En activité	14 (25,5%)	65 (48,9%)	32 (53,3%)	0,01*	<0,01*
Sans emploi	31 (56,4%)	61 (45,9%)	12 (20,0%)	0,25	<0,01*
Retraité	6 (10,9%)	5 (3,8%)	13 (21,7%)	0,12	0,19
Ressources (N=245)					
Salaire	15 (27,3%)	52 (39,4%)	31 (53,4%)	0,16	0,01*
Chômage	3 (5,5%)	15 (11,4%)	6 (10,3%)	0,33	0,54
AAH	28 (50,9%)	29 (22,0%)	2 (3,4%)	<0,01*	<0,01*
Aide familiale	2 (3,6%)	4 (3,0%)	1 (1,7%)	1	0,96
RSA	2 (3,6%)	22 (16,7%)	0 (0,0%)	0,03*	0,45
Retraite	4 (7,3%)	4 (3,0%)	12 (20,7%)	0,36	0,08
Autre	7 (12,7%)	22 (16,7%)	10 (17,2%)	0,65	0,68
Pathologies (N=248)					
Aucune	13 (23,6%)	52 (39,1%)	23 (38,3%)	0,06	0,13
Maladie psychiatrique	28 (50,9%)	32 (24,1%)	1 (1,7%)	<0,01*	<0,01*
Trouble bipolaire	8 (14,5%)	20 (15,0%)	0 (0,0%)	1	0,01*
Schizophrénie	21 (38,2%)	4 (3,0%)	0 (0,0%)	<0,01*	<0,01*
Autre	2 (3,6%)	10 (7,5%)	1 (1,7%)	0,51	0,94
Maladie somatique	21 (38,2%)	60 (45,1%)	36 (60,0%)	0,48	0,03*
Asthme	12 (21,8%)	13 (9,8%)	4 (6,7%)	0,05*	0,04*
Bronchite chronique	5 (9,1%)	4 (3,0%)	4 (6,7%)	0,16	0,89
Maladies cardiaques	1 (1,8%)	6 (4,5%)	8 (13,3%)	0,64	0,05
HTA	3 (5,5%)	10 (7,5%)	15 (25,0%)	0,85	0,01*
Dyslipidémie / Diabète	0 (0,0%)	3 (2,3%)	10 (16,7%)	0,63	<0,01*
Autre	7 (12,7%)	38 (28,6%)	12 (20,0%)	0,03*	0,43

2. Statut tabagique (tableau 2A)

53% des participants en psychiatrie, 77% en addictologie et 22% en endocrinologie sont fumeurs actifs. Il y a deux fois plus de personnes n'ayant jamais fumé en endocrinologie par rapport à ceux de psychiatrie. La majorité des ex-fumeurs ont arrêté de fumer il y a plus de 5 ans, autant dans le groupe psychiatrie par rapport aux autres groupes.

En addictologie les participants sont deux fois plus nombreux (40%) à vivre avec un fumeur au domicile par rapport à ceux du groupe psychiatrie et endocrinologie.

Tableau 2A - Statut tabagique

	Patients en psychiatrie A N = 55 (22,1%)	Patients en addictologie B N = 134 (53,8%)	Patients en endocrinologie C N = 60 (24,1%)	A vs B p*	A vs C p*
Statut tabagique actif (N=248)					
Fumeur actuel	29 (52,7%)	103 (76,9%)	13 (22,0%)	<0,01*	<0,01*
Jamais fumeur	14 (25,5%)	9 (6,7%)	30 (50,8%)	<0,01*	0,01*
Ex-fumeur	12 (21,8%)	22 (16,4%)	16 (27,1%)	0,50	0,66
Arrêt < 5 ans	4 (33,3%)	10 (50,0%)	6 (37,5%)	0,58	1
≥ 5 ans	8 (66,7%)	10 (50,0%)	10 (62,5%)		
Vit avec un fumeur (N=243)	11 (20,8%)	52 (40,0%)	13 (21,7%)	0,02*	1

2.1 Caractéristiques de consommations des fumeurs et ex-fumeurs (tableau 2B)

On observe une majorité de participants ayant commencé le tabac avant 18 ans : 77% en psychiatrie, 82% en addictologie et 70% en endocrinologie. Plus de la moitié des participants des trois groupes ont commencé durant leur parcours scolaire. Ils sont plus nombreux à avoir commencé à fumer dans le cadre professionnel chez les personnes consultant en endocrinologie comparé aux deux autres groupes. 10% des participants consultant en psychiatrie déclarent avoir débuté leur consommation pendant une hospitalisation en psychiatrie.

Dans les trois groupes, plus de trois-quarts des fumeurs et ex-fumeurs fument/fumaient 1 paquet ou moins par jour. Ils sont un peu moins nombreux en endocrinologie à fumer plus d'un paquet par jour par rapport aux deux autres groupes et il y a presque deux fois plus de personnes en addictologie fumant plus de 31 cigarettes par jour par rapport à la psychiatrie.

La cigarette en paquet est/était utilisée chez près de 9 fumeurs et ex-fumeurs sur 10, et cela dans les trois groupes, avec un moindre usage du tabac à rouler.

Plus de la moitié des participants consultant en psychiatrie dépensent/dépensaient environ entre 40 et 120 euros par mois pour l'achat du tabac. Les personnes d'addictologie et d'endocrinologie sont / étaient plus nombreuses à dépenser environ entre 60 à 120 euros par mois par rapport aux consultants en psychiatrie.

Ils sont presque quatre fois plus nombreux à déclarer consommer du cannabis en addictologie par rapport aux participants de psychiatrie (significativement différent) et d'endocrinologie.

Tableau 2B - Caractéristiques de consommation : fumeurs et ex-fumeurs

	Patients en psychiatrie A N = 41 (21,0%)	Patients en addictologie B N = 125 (64,1%)	Patients en endocrinologie C N = 29 (14,9%)	A vs B p*	A vs C p*
Âge début consommation (N=182)					
<15 ans	14 (35,9%)	47 (41,2%)	4 (13,8%)	0,69	0,08
15-18 ans	16 (41,0%)	46 (40,4%)	16 (55,2%)	1	0,36
19-25 ans	9 (23,1%)	17 (14,9%)	7 (24,1%)	0,36	1
>25ans	0 (0,0%)	4 (3,5%)	2 (6,9%)	0,55	0,35
Cadre début consommation (N=181)					
Collège/Lycée/Fac	31 (79,5%)	86 (76,1%)	16 (55,2%)	0,83	0,06
Professionnel	0 (0,0%)	4 (3,5%)	5 (17,2%)	0,54	0,01*
Hospitalisation psychiatrie	4 (10,3%)	1 (0,9%)	0 (0,0%)	0,02*	0,21
Sorties festives	2 (5,1%)	14 (12,4%)	7 (24,1%)	0,33	0,05
Autre	2 (5,1%)	8 (7,1%)	1 (3,4%)	0,96	1
Nombre de cigarettes par jour (N=179)					
0-5 c	8 (20,5%)	16 (14,3%)	3 (10,7%)	0,51	0,46
6-10 c	9 (23,1%)	22 (19,6%)	8 (28,6%)	0,82	0,82
11-20 c	14 (35,9%)	46 (41,1%)	13 (46,4%)	0,70	0,54
21-30 c	6 (15,4%)	18 (16,1%)	3 (10,7%)	1	0,85
≥31 c	2 (5,1%)	10 (8,9%)	1 (3,6%)	0,68	1
Type de tabagisme (N=174)					
Cigarettes en paquet	33 (89,2%)	92 (85,2%)	29 (100,0%)	0,74	0,19
Tabac à rouler	8 (21,6%)	36 (33,3%)	2 (6,9%)	0,26	0,19
Dépense tabac par semaine € (N=172)					
[0-10[	8 (22,9%)	13 (11,9%)	8 (28,6%)	0,19	0,82
[10-30[	10 (28,6%)	29 (26,6%)	7 (25,0%)	0,99	0,97
[30-60[	10 (28,6%)	44 (40,4%)	12 (42,9%)	0,29	0,36
[60-100[	6 (17,1%)	16 (14,7%)	1 (3,6%)	0,93	0,19
≥100	1 (2,9%)	7 (6,4%)	0 (0,0%)	0,71	1
Consommation de cannabis (N=172)					
Oui	4 (11,4%)	44 (40,7%)	4 (13,8%)	<0,01*	1
Non	31 (88,6%)	64 (59,3%)	25 (86,2%)		

2.2 Dépendance des fumeurs (tableau 2C)

89.9% des fumeurs des trois groupes pensent être dépendants au tabac.

La dépendance (test de Fagerström) est plus forte pour les fumeurs consultant en addictologie : 56% des fumeurs en psychiatrie et 75% des fumeurs d'endocrinologie présentent une dépendance nulle ou faible à la nicotine alors qu'en addictologie ils sont 60% à présenter une dépendance moyenne ou forte à la nicotine.

Concernant le Test de Horn, il y a significativement plus de fumeurs en psychiatrie (35%) qui fument pour les effets psychostimulants du tabac (score de stimulation positif), en comparaison avec les fumeurs des deux autres groupes. Les fumeurs d'endocrinologie sont plus nombreux à fumer pour la détente et le plaisir (score de relaxation positif). Le score anxiété-soutien (effet anxiolytique de la cigarette) est positif pour plus de la moitié des fumeurs en psychiatrie et en addictologie.

Tableau 2C - Dépendance au tabac des fumeurs

	Patients en psychiatrie A N = 29 (20,0%)	Patients en addictologie B N = 103 (71,0%)	Patients en endocrinologie C N = 13 (9,0%)	A vs B p*	A vs C p*
Se dit dépendant au tabac (N=129)	25 (89,3%)	81 (92,0%)	10 (76,9%)	0,95	0,57
Test de Fagerström (N=110)					
Non dépendant (0-2)	6 (26,1%)	15 (20,0%)	5 (41,7%)	0,74	0,58
Dépendance faible (3-4)	7 (30,4%)	14 (18,7%)	4 (33,3%)	0,36	1
Dépendance moyenne (5-6)	3 (13,0%)	24 (32,0%)	3 (25,0%)	0,13	0,66
Dépendance forte (7-10)	7 (30,4%)	22 (29,3%)	0 (0,0%)	1	0,09
Test de Horn					
Stimulation >10 (N=111)	8 (34,8%)	6 (7,8%)	1 (7,7%)	<0,01*	0,16
Plaisir du geste >10 (N=108)	7 (30,4%)	18 (24,3%)	3 (23,1%)	0,75	0,93
Relaxation >10 (N=110)	9 (39,1%)	29 (38,2%)	8 (61,5%)	1	0,34
Anxiété-soutien >10 (N=108)	14 (66,7%)	38 (50,3%)	5 (38,5%)	0,27	0,21
Besoin absolu >10 (N=111)	8 (34,8%)	23 (29,9%)	3 (23,1%)	0,85	0,72
Habitude acquise >10 (N=106)	4 (17,4%)	5 (6,9%)	0 (0,0%)	0,28	0,30

3. Niveau d'information sur le tabac

3.1 Informations d'ordre général sur le tabac (tableau 3A)

Dans les trois groupes la quasi-totalité des participants pensent que le tabac est dangereux pour la santé.

Plus de 7 personnes sur 10 en psychiatrie et en addictologie pensent qu'il y a un seuil à partir duquel le nombre de cigarette par jour est dangereux pour la santé. Les personnes consultantes en psychiatrie sont les plus nombreuses, soit 45%, par rapport aux personnes des deux autres groupes à penser que le seuil de dangerosité est à partir de 10 cigarettes par jour. A contrario, plus de la moitié des participants d'endocrinologie pensent que le tabac est dangereux à partir d'une cigarette par jour.

Dans les trois groupes la majorité des participants pense que la dangerosité du tabac est liée aux nombres d'années passées à fumer. Ils sont 11% en addictologie à penser que l'on peut fumer plus de 20 ans sans danger ce qui est plus élevé qu'en psychiatrie.

Plus de la moitié des participants dans les trois groupes pensent que la dépendance tabagique est une maladie et ils sont significativement plus à le déclarer en addictologie par rapport à la psychiatrie.

Dans les trois groupes plus de 9 personnes sur 10 pensent que les goudrons sont mauvais pour la santé dans le tabac et plus de la moitié pour la fumée. Deux tiers des personnes consultant en psychiatrie et addictologie et plus de trois-quarts en endocrinologie considèrent la nicotine comme néfaste pour la santé.

La grande majorité des participants dans les trois groupes pensent que le tabac peut entraîner le cancer du poumon et ils sont plus de la moitié à penser qu'il est susceptible d'entraîner des maladies cardiovasculaires. Ils sont significativement plus nombreux en endocrinologie à le penser par rapport à ceux de psychiatrie dans ces deux catégories. Dans les trois groupes les participants sont moins de 25% à savoir que le tabac est un facteur de risque de cancer de la vessie, cancer du rein, cancer du pancréas et diabète.

Concernant le sevrage en nicotine, chacun de tous les symptômes sont rapportés par plus de la moitié des personnes consultant en addictologie. L'irritabilité, l'anxiété et l'augmentation de l'appétit sont chacun cités par plus de 60% des participants dans les trois groupes. Les

personnes consultant en psychiatrie étaient significativement moins nombreuses à rapporter l'humeur dépressive et l'insomnie par rapport aux personnes consultant en addictologie.

Les participants en psychiatrie sont plus nombreux à penser (60%) qu'il est plus facile d'arrêter le tabac avec un TNS par rapport aux autres groupes et surtout qu'en endocrinologie 34% des personnes pensent le contraire ce qui est plus par rapport aux deux autres groupes.

Plus de la moitié des participants dans les trois groupes pense qu'il est dangereux de fumer avec un patch nicotinique.

50% des personnes consultant en addictologie savent que les TNS sont remboursés par l'assurance maladie alors que 44% des participants en psychiatrie et 56% en addictologie déclarent ne pas le savoir.

Concernant le score global de connaissance générale sur le tabac les personnes consultants en addictologie ont un score significativement meilleur par rapport à la psychiatrie et l'endocrinologie. Les personnes n'ayant jamais fumé ont un meilleur score par rapport au fumeurs actuels dans les trois groupes. Ce sont les personnes n'ayant jamais fumé en addictologie qui ont une meilleure connaissance générale sur le tabac.

Tableau 3A - Niveau d'information : généralités sur le tabac

	Patients en psychiatrie A N = 55 (22,1%)	Patients en addictologie B N = 134 (53,8%)	Patients en endocrinologie C N = 60 (24,1%)	A vs B p*	A vs C p*
Tabac dangereux pour la santé (N=242)					
Un peu	8 (14,8%)	12 (9,1%)	2 (3,6%)	0,38	0,09
Beaucoup	46 (85,2%)	119 (90,2%)	54 (96,4%)	0,47	0,09
Non	0 (0,0%)	1 (0,8%)	0 (0,0%)	1	-
Nombre de cigarettes dangereuses pour la santé (N=228)					
0-1 c	14 (27,5%)	44 (36,1%)	32 (58,2%)	0,36	<0,01*
2-9 c	14 (27,5%)	43 (35,2%)	20 (36,4%)	0,41	0,44
≥ 10 c	23 (45,1%)	35 (28,7%)	3 (5,5%)	0,06	<0,01*
Nombre d'années sans danger (N=218)					
0-5 ans	34 (69,4%)	85 (73,3%)	48 (90,6%)	0,75	0,01*
6-10 ans	9 (18,4%)	10 (8,6%)	4 (7,5%)	0,13	0,18
11-20 ans	3 (6,1%)	8 (6,9%)	1 (1,9%)	1	0,55
>20 ans	3 (6,1%)	13 (11,2%)	0 (0,0%)	0,47	0,21
La dépendance tabagique est une maladie (N=233)					
Oui	31 (59,6%)	99 (77,3%)	39 (73,6%)	0,02*	0,30
Non	11 (21,2%)	20 (15,6%)	8 (15,1%)		
Ne sait pas	10 (19,2%)	9 (7,0%)	6 (11,3%)		

Éléments mauvais pour la santé dans le tabac (N=236)					
Fumée	30 (56,6%)	79 (61,7%)	28 (50,9%)	0,64	0,69
Nicotine	34 (64,2%)	85 (66,4%)	44 (80,0%)	0,91	0,10
Filtre	15 (28,3%)	33 (25,8%)	18 (32,7%)	0,87	0,77
Goudrons	48 (90,6%)	120 (93,8%)	52 (94,5%)	0,66	0,67
Le tabac peut entraîner les maladies suivantes (N=237)					
Ne sais pas	10 (18,9%)	15 (11,6%)	1 (1,8%)	0,29	<0,01*
Cancer œsophage	25 (47,2%)	75 (58,1%)	34 (61,8%)	0,24	0,18
BPCO	26 (49,1%)	70 (54,3%)	30 (54,5%)	0,63	0,70
Cancer poumon	38 (71,7%)	107 (82,9%)	50 (90,9%)	0,13	0,02*
Maladies cardio-vasculaire	28 (52,8%)	88 (68,2%)	40 (72,7%)	0,07	0,05*
VIH	1 (1,9%)	1 (0,8%)	0 (0,0%)	1	0,99
Cancer vessie	13 (24,5%)	30 (23,3%)	11 (20,0%)	1	0,74
Appendicite	0 (0,0%)	5 (3,9%)	3 (5,5%)	0,34	0,25
Cancer oro-pharyngé	19 (35,8%)	51 (39,5%)	25 (45,5%)	0,77	0,41
Cancer larynx	25 (47,2%)	78 (60,5%)	37 (67,3%)	0,14	0,06
Cancer du pancréas	12 (22,6%)	25 (19,4%)	9 (16,4%)	0,77	0,56
Cancer du rein	8 (15,1%)	26 (20,2%)	7 (12,7%)	0,56	0,94
Diabète	2 (3,8%)	13 (10,1%)	3 (5,5%)	0,27	1
Symptômes de sevrage/manque en nicotine (N=235)					
Ne sais pas	6 (11,3%)	15 (11,7%)	5 (9,3%)	1	0,97
Irritabilité	41 (77,4%)	97 (75,8%)	45 (83,3%)	0,97	0,59
Anxiété	34 (64,2%)	89 (69,5%)	34 (60,3%)	0,60	1
Agitation	26 (49,1%)	84 (65,6%)	28 (51,9%)	0,06	0,92
Difficulté de concentration	25 (47,2%)	78 (60,9%)	23 (42,6%)	0,12	0,78
Augmentation de l'appétit	34 (64,2%)	77 (60,2%)	38 (70,4%)	0,74	0,63
Humeur dépressive	22 (41,5%)	79 (61,7%)	22 (40,7%)	0,02*	1
Insomnie	20 (37,7%)	84 (65,6%)	22 (40,7%)	<0,01*	0,90
Arrêt plus facile avec un TNS (N=236)					
Oui	32 (59,3%)	68 (53,5%)	21 (38,2%)		
Non	11 (20,4%)	32 (25,2%)	19 (34,5%)	0,74	0,08
Ne sait pas	11 (20,4%)	27 (21,3%)	15 (27,3%)		
Fumer avec un patch nicotinique est dangereux (N=237)					
Oui	35 (64,8%)	71 (55,5%)	33 (60,0%)		
Non	6 (11,1%)	22 (17,2%)	6 (10,9%)	0,44	0,84
Ne sait pas	13 (24,1%)	35 (27,3%)	16 (29,1%)		
Les TNS sont remboursés par l'assurance maladie (N=237)					
Oui	21 (38,9%)	64 (50,0%)	11 (20,0%)		
Non	9 (16,7%)	25 (19,5%)	13 (23,6%)	0,19	0,09
Ne sait pas	24 (44,4%)	39 (30,5%)	31 (56,4%)		
Score global généralités sur 10 (N=208)	3,6	4,4	3,7	0,03*	0,80
Fumeur actuel	3,2	4,3	3,6		
Jamais fumeur	3,9	4,9	3,9		
Ex-fumeur	4,0	4,6	3,4		
Score maximum	7,9	9,4	6,9		

3.2 Informations sur la psychiatrie et le tabac (tableau 3B)

Plus de la moitié des participants dans les trois groupes pensent qu'il est plus difficile d'arrêter de fumer chez les personnes souffrant de trouble psychiatrique. On observe qu'ils sont plus nombreux à la penser en psychiatrie par rapport aux deux autres groupes, soit 68% des personnes.

La moitié des participants dans les trois groupes pensent que le tabac n'équilibre pas ou n'améliore pas les symptômes psychiatriques. Ils sont seulement 18% chez les personnes consultant en psychiatrie et en addictologie à déclarer que le tabac améliorerait les symptômes et 7% en endocrinologie.

Entre 42 et 50% des participants dans les trois groupes ne savent pas si le tabac peut baisser les concentrations des traitements psychotropes dans le sang. Il y a plus de personnes en psychiatrie (26%) qui savent que le tabac a un impact sur la concentration des traitements dans le sang en comparant aux deux autres groupes.

55% des participants en addictologie savent que le tabac ne réduit pas les effets indésirables des psychotropes, ils sont un peu moins nombreux en psychiatrie et endocrinologie. La majorité des personnes en psychiatrie et endocrinologie ne savent pas si le tabac réduit les effets indésirables des traitements.

Chez les personnes consultant en psychiatrie ils sont 38% à déclarer que l'arrêt du tabac n'aggrave pas une maladie psychiatrique ce qui est plus par rapport à l'addictologie et l'endocrinologie. Ils sont plus nombreux à répondre que le sevrage entraîne une aggravation des troubles dans le groupe des participants d'addictologie.

Concernant le score global de connaissances psychiatriques il est plus bas dans les trois groupes par rapport au score de connaissances générales. Les personnes n'ayant jamais fumé en psychiatrie et endocrinologie ont un meilleur score par rapport aux fumeurs et ex-fumeurs du même groupe. Ce sont les personnes qui n'ont jamais fumé dans le groupe psychiatrie qui ont le meilleur niveau d'information sur le tabac en psychiatrie.

Tableau 3B - Niveau d'information : psychiatrie et tabac

	Patients en psychiatrie A N = 55 (22,1%)	Patients en addictologie B N = 134 (53,8%)	Patients en endocrinologie C N = 60 (24,1%)	A vs B p*	A vs C p*
Arrêt plus difficile pour les personnes avec troubles psychiatriques (N=237)					
Oui	37 (68,5%)	75 (58,1%)	29 (53,7%)	0,30	0,03*
Non	7 (13,0%)	16 (12,4%)	3 (5,6%)		
Ne sait pas	10 (18,5%)	38 (29,5%)	22 (40,7%)		
Le tabac équilibre/améliore les symptômes psychiatriques (N=237)					
Oui	10 (18,5%)	24 (18,6%)	4 (7,4%)	0,85	0,17
Non	29 (53,7%)	64 (49,6%)	29 (53,7%)		
Ne sait pas	15 (27,8%)	41 (31,8%)	21 (38,9%)		
Le tabac peut baisser la concentration des traitements dans le sang (N=237)					
Oui	14 (25,9%)	30 (23,3%)	17 (31,5%)	0,68	0,54
Non	17 (31,5%)	35 (27,1%)	12 (22,2%)		
Ne sait pas	23 (42,6%)	64 (49,6%)	25 (46,3%)		
Le tabac réduit les effets indésirables des psychotropes (N=237)					
Oui	5 (9,3%)	13 (10,1%)	3 (5,6%)	0,34	0,47
Non	24 (44,4%)	71 (55,0%)	20 (30,7%)		
Ne sait pas	25 (46,3%)	45 (34,9%)	31 (57,4%)		
L'arrêt du tabac peut entraîner la décompensation / l'aggravation d'une maladie psychiatrique (N=236)					
Oui	17 (32,1%)	49 (38,3%)	17 (30,9%)	0,44	0,02*
Non	20 (37,7%)	36 (28,1%)	9 (16,4%)		
Ne sait pas	16 (30,2%)	43 (33,6%)	29 (52,7%)		
Score global psychiatrie sur 5 (N=235)	0,74	0,76	0,65	0,90	0,65
Fumeur actuel	0,71	0,82	0,69		
Jamais fumeur	0,93	0,67	0,81		
Ex-fumeur	0,55	0,52	0,29		
Score maximum	4,0	5,0	4,0		

4. Motivation au sevrage tabagique des fumeurs (tableau 4)

Le tableau présente les résultats concernant le degré de motivation des participants, le nombre de tentative de sevrage, le projet ou non d'arrêter de fumer et ses raisons.

Il apparait qu'il existe très peu de différences significatives entre les groupes.

69% des fumeurs en psychiatrie, 61% en addictologie et 46% en endocrinologie ont déclaré que leur consommation de tabac leur posait problème.

46% des fumeurs en psychiatrie ont envie d'arrêter de fumer, ils sont un peu plus nombreux à le déclarer en addictologie et endocrinologie. Par ailleurs ils sont autour de 20% dans les trois groupes à ne pas avoir envie d'arrêter.

Dans les trois groupes l'arrêt du tabac est très important pour plus de la moitié des fumeurs. Le score moyen d'importance de l'arrêt du tabac est plus élevé chez les fumeurs de psychiatrie, talonné de près par les fumeurs d'endocrinologie.

Dans les trois groupes plus de la moitié des fumeurs se sentent « moyennement capables » d'arrêter de fumer. On observe que les fumeurs en psychiatrie se sentent significativement moins capables d'arrêter de fumer par rapport aux fumeurs d'endocrinologie.

La majorité des participants dans les trois groupes ont le projet d'arrêter de fumer et ils sont plus nombreux en addictologie et endocrinologie par rapport à ceux de psychiatrie. 33% de ceux qui ont envie d'arrêter en psychiatrie projettent de le faire dans le mois à venir ce qui est statistiquement plus par rapport aux deux autres groupes.

Le risque pour la santé est avancé comme une des raisons qui les poussent à arrêter de fumer chez plus des deux tiers des fumeurs dans les trois groupes. Alors que le prix du tabac est rapporté par environ la moitié des fumeurs de psychiatrie et d'addictologie comme une raison qui les pousse à arrêter ils ne sont que 17% en endocrinologie, ces résultats coïncident avec les données sur les ressources des participants.

80% des fumeurs en psychiatrie ont déjà fait au moins 1 à 2 tentatives d'arrêt du tabac et ils sont statistiquement aussi nombreux qu'en endocrinologie.

Tableau 4 - Motivation au sevrage tabagique : fumeurs actuels

	Patients en psychiatrie A N = 29 (20,0%)	Patients en addictologie B N = 103 (71,0%)	Patients en endocrinologie C N = 13 (9,0%)	A vs B p*	A vs C p*
Sa consommation lui pose problème (N=124)					
Oui	18 (69,2%)	52 (61,2%)	6 (46,2%)	0,53	0,37
Non	6 (23,1%)	19 (22,4%)	5 (38,5%)		
Ne sait pas	2 (7,7%)	14 (16,5%)	2 (15,4%)		
A envie d'arrêter de fumer (N=125)					
Oui	12 (46,2%)	48 (55,8%)	7 (53,8%)	0,62	0,76
Non	5 (19,2%)	16 (18,6%)	3 (23,1%)		
Ne sait pas	9 (34,6%)	22 (25,6%)	3 (23,1%)		
Degré d'importance de l'arrêt du tabac (N=119)					
Pas ou peu important (0-2)	3 (12,0%)	9 (11,0%)	1 (8,3%)	0,67	0,91
Moyennement important (3-7)	7 (28,0%)	31 (37,8%)	4 (33,3%)		
Très important (8-10)	15 (60,0%)	42 (51,2%)	7 (58,3%)		
Score moyen	7,5	6,8	7,2	0,30	0,75
Se sent capable d'arrêter de fumer (N=117)					
Pas ou peu capable (0-2)	8 (32,0%)	18 (22,5%)	1 (8,3%)	0,50	0,15
Moyennement capable (3-7)	14 (56,0%)	46 (57,5%)	7 (58,3%)		
Tout à fait capable (8-10)	3 (12,0%)	16 (20,0%)	4 (33,3%)		
Score moyen	4,1	5,0	6,3	0,17	0,05*
Projet d'arrêter (N=121)					
Oui	15 (57,7%)	57 (68,7%)	9 (75,0%)	0,43	0,51
Non	11 (42,3%)	26 (31,3%)	3 (25,0%)		
Dans le mois à venir	5 (33,3%)	13 (24,1%)	1 (11,1%)	0,70	0,47
Dans les 6 prochains mois	4 (26,7%)	13 (24,1%)	4 (44,4%)	1	0,65
Dans les 12 prochains mois	2 (13,3%)	4 (7,4%)	0 (0,0%)	0,84	0,70
Dans un avenir non déterminé	4 (26,7%)	24 (44,4%)	4 (44,4%)	0,35	0,65
Raisons pour arrêter (N=116)					
Trop cher	13 (54,2%)	38 (47,5%)	2 (16,7%)	0,73	0,07
Honte	1 (4,2%)	1 (1,3%)	0 (0,0%)	0,95	1
Raisons de santé	16 (66,7%)	61 (76,3%)	10 (83,3%)	0,50	0,51
Autre	2 (8,3%)	10 (12,5%)	1 (8,3%)	0,84	1
Tentatives d'arrêt (N=119)					
Oui	20 (80,0%)	51 (62,2%)	10 (83,3%)	0,16	1
Non	5 (20,0%)	31 (37,8%)	2 (16,7%)		
1-2 fois	9 (50,0%)	33 (68,8%)	5 (50,0%)	0,26	1
3-5 fois	6 (33,3%)	8 (16,7%)	5 (50,0%)	0,26	0,64
>5 fois	3 (16,7%)	7 (14,6%)	0 (0,0%)	1	0,47

5. Aides au sevrage tabagique

Il n'y a quasiment pas de différences significatives entre les groupes.

5.1 Aides au sevrage tabagique chez les fumeurs et ex-fumeurs (tableau 5A)

Près de 7 personnes sur 10 déclarent dans les trois groupes que la loi interdisant de fumer dans les lieux publics n'a eu aucun impact sur leur consommation de tabac.

Entre 40 à 50% des fumeurs de psychiatrie et d'addictologie déclarent que leur consommation de tabac diminue pendant une hospitalisation et pour environ un quart, qu'elle est nulle.

64% des personnes en psychiatrie et addictologie ont déjà utilisé des TNS, significativement plus qu'en endocrinologie (27%). Plus de la moitié des participants ont utilisé les TNS dans le but d'arrêter de fumer. Aucun des participants d'endocrinologie n'utilise les TNS pour diminuer leur consommation de tabac alors qu'ils sont un petit peu plus d'un tiers à les utiliser dans ce but en psychiatrie et addictologie.

62% des participants en psychiatrie et 55% en addictologie ont déjà utilisé la cigarette électronique, majoritairement pour arrêter de fumer.

Tableau 5A - Aides au sevrage tabagique : fumeurs et ex-fumeurs

	Patients en psychiatrie A N = 41 (21,0%)	Patients en addictologie B N = 125 (64,1%)	Patients en endocrinologie C N = 29 (14,9%)	A vs B p*	A vs C p*
Impact loi 2007 lieux publics (N=172)					
Diminution de la consommation	7 (19,4%)	28 (25,7%)	4 (14,8%)	0,59	0,89
Augmentation de la consommation	1 (2,8%)	10 (9,2%)	1 (3,7%)	0,37	1
Arrêt du tabac	3 (8,3%)	3 (2,8%)	2 (7,4%)	0,33	1
Aucun impact	25 (69,4%)	68 (62,4%)	20 (74,1%)	0,57	0,90
Évolution consommation pendant hospitalisation (N=174)					
Diminution	16 (43,2%)	53 (48,2%)	9 (33,3%)	0,74	0,59
Augmentation	5 (13,5%)	16 (14,5%)	3 (11,1%)	1	1
Inchangée	6 (16,2%)	18 (16,4%)	2 (7,4%)	1	0,50
Nulle	8 (21,6%)	4 (3,6%)	7 (25,9%)	<0,01*	0,92
Jamais hospitalisé	2 (5,4%)	19 (17,3%)	6 (22,2%)	0,13	0,10
A déjà utilisé TNS (N=174)					
Oui	24 (64,9%)	69 (63,9%)	8 (27,6%)	1	0,01*
Non	13 (35,1%)	39 (36,1%)	21 (72,4%)		
Si oui, raison :					
Diminuer consommation	9 (37,5%)	29 (41,4%)	0 (0,0%)	0,92	0,11
Arrêter de fumer	15 (62,5%)	35 (50,0%)	6 (75,0%)	0,41	0,83
En hospitalisation	4 (16,7%)	14 (20,0%)	2 (25,0%)	0,95	1
Diminuer symptômes sevrage	7 (29,2%)	12 (17,1%)	0 (0,0%)	0,33	0,22
Autre	0 (0,0%)	6 (8,6%)	2 (25,0%)	0,32	0,09
Cigarette électronique (N=176)					
Au moins une fois	23 (62,2%)	60 (54,5%)	12 (41,4%)	0,54	0,15
Jamais	14 (37,8%)	50 (45,5%)	17 (58,6%)		
Si au moins une fois, raison :					
Diminuer consommation	6 (28,6%)	26 (43,3%)	4 (33,3%)	0,35	1
Arrêter de fumer	13 (61,9%)	30 (50,0%)	6 (50,0%)	0,49	0,76
Autre	2 (9,5%)	4 (6,7%)	2 (16,7%)	1	0,96

5.2 Aides au sevrage tabagique chez les ex-fumeurs (tableau 5B)

Pour les ex-fumeurs, 27% des personnes en psychiatrie déclaraient que les professionnels de santé, la cigarette électronique et l'entourage les avaient aidés à arrêter. Ils sont plus nombreux en addictologie à déclarer que la cigarette électronique a pu constituer une aide ainsi que les TNS et les traitements médicamenteux par rapport aux deux autres groupes. En endocrinologie c'est surtout la motivation personnelle qui a aidé 33% des ex-fumeurs à arrêter de fumer.

Tableau 5B - Aides au sevrage tabagique : ex-fumeurs

	Patients en psychiatrie A N = 11 (25,6%)	Patients en addictologie B N = 17 (39,5%)	Patients en endocrinologie C N = 15 (34,9%)	A vs B p*	A vs C p*
A constitué une aide à l'arrêt (N=43)					
Professionnels de santé	3 (27,3%)	5 (29,4%)	2 (13,3%)	1	0,70
Cigarette électronique	3 (27,3%)	7 (41,2%)	2 (13,3%)	0,73	0,70
Traitement médicamenteux	1 (9,1%)	4 (23,5%)	2 (13,3%)	0,64	1
Substituts nicotiniques	1 (9,1%)	4 (23,5%)	1 (6,7%)	0,64	1
Entourage	3 (27,3%)	2 (11,8%)	3 (20,0%)	0,59	1
Hypnose	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-	-
Motivation personnelle	2 (18,2%)	3 (17,6%)	5 (33,3%)	1	0,68
Autre	2 (18,2%)	2 (11,8%)	4 (26,7%)	1	0,97

5.3 Aides au sevrage tabagique chez les fumeurs (tableau 5C)

Une grande majorité de fumeurs dans les trois groupes déclarent avoir discuté de l'arrêt du tabac avec un professionnel de santé. Le médecin généraliste et le spécialiste des addictions figurent parmi les professionnels majoritairement cités par les fumeurs de psychiatrie et d'endocrinologie alors qu'en addictologie ils citaient principalement le spécialiste des addictions.

Un professionnel de santé a proposé un TNS à plus de la moitié des fumeurs dans les trois groupes, afin de les aider à arrêter. Ensuite, c'est la cigarette électronique qui a été proposée (35% des fumeurs en psychiatrie, 24% en addictologie et 27% en endocrinologie). Dans les trois groupes ils sont plus de 55% à avoir discuté de l'arrêt du tabac avec leur entourage et perçoivent majoritairement leur entourage comme soutenant s'ils entamaient une démarche de sevrage tabagique. Les fumeurs en psychiatrie sont plus nombreux à penser qu'une hospitalisation n'est pas une occasion pour arrêter de fumer (46%), alors que la moitié des fumeurs des deux autres groupes pensent le contraire.

Concernant les entretiens réguliers autour du tabac les avis sont assez partagés. Dans les trois groupes, environ un tiers des fumeurs pense que des entretiens réguliers par les soignants autour du tabac peuvent les aider à arrêter, un tiers des fumeurs pensent que cela ne peut pas les aider et un tiers ne savent pas.

Tableau 5C - Aides au sevrage tabagique : fumeurs actuels

	Patients en psychiatrie A N = 29 (20,0%)	Patients en addictologie B N = 103 (71,0%)	Patients en endocrinologie C N = 13 (9,0%)	A vs B p*	A vs C p*
Discussion avec professionnel de santé de l'arrêt du tabac (N=117)					
Oui	17 (70,8%)	47 (58,0%)	6 (50,0%)	0,37	0,39
Non	7 (29,2%)	34 (42,0%)	6 (50,0%)		
Médecin généraliste	10 (55,6%)	15 (32,6%)	4 (66,7%)	0,16	1
Infirmier	2 (11,1%)	10 (21,7%)	1 (16,7%)	0,53	1
Spécialiste des addictions	9 (50,0%)	36 (78,3%)	4 (66,7%)	0,05	0,81
Autre	1 (5,6%)	2 (4,3%)	0 (0,0%)	1	1
Proposition des aides par un professionnel (N=114)					
Substitut nicotinique	17 (70,8%)	50 (63,3%)	6 (54,5%)	0,66	0,58
Cigarette électronique	8 (34,8%)	18 (23,7%)	3 (27,3%)	0,43	0,96
Traitement médicamenteux	5 (22,7%)	13 (17,8%)	0 (0,0%)	0,84	0,23
Hypnose	4 (18,2%)	5 (6,8%)	3 (27,3%)	0,24	0,88
Autre	1 (4,3%)	2 (2,6%)	0 (0,0%)	1	1
Discussion avec entourage de l'arrêt du tabac (N=120)					
	16 (66,7%)	47 (56,0%)	10 (83,3%)	0,48	0,51
Son entourage le soutiendrait (N=117)					
Tout à fait	15 (65,2%)	44 (53,7%)	9 (75,0%)		
Un peu	6 (26,1%)	25 (30,5%)	3 (25,0%)	0,55	0,56
Pas du tout	2 (8,7%)	13 (15,9%)	0 (0,0%)		
L'hospitalisation est une occasion pour arrêter de fumer (N=120)					
Tout à fait / Éventuellement	9 (37,5%)	49 (58,3%)	8 (66,7%)		
Pas du tout	11 (45,8%)	23 (27,4%)	3 (25,0%)	0,17	0,25
Ne sait pas	4 (16,7%)	12 (14,3%)	1 (8,3%)		
Les entretiens réguliers par les soignants autour du tabac peuvent aider (N=120)					
Oui	8 (33,3%)	34 (40,5%)	4 (33,3%)		
Non	9 (37,5%)	19 (22,6%)	3 (25,0%)	0,34	0,69
Ne sait pas	7 (29,2%)	31 (36,9%)	5 (41,7%)		

Chapitre 4 : Discussion

Notre étude est la première étude à notre connaissance comparant le niveau d'information sur le tabac et l'accès aux soins pour sevrage de consultants en psychiatrie à des consultants en endocrinologie ou en addictologie. Respectivement, 53%, 77% et 22% sont fumeurs actifs, avec 30% de forte dépendance à la nicotine dans chaque population. Les consultants en psychiatrie sont plutôt bien informés des risques et généralités sur le tabac, autant que les consultants en endocrinologie et un peu moins que les consultants en addictologie. L'impact du tabagisme sur les maladies psychiatriques est moins connu et notamment en psychiatrie, premiers concernés par la question. 46% des fumeurs consultants en psychiatrie (pourcentage proche des autres groupes) sont motivés pour arrêter de fumer, pour 33% dans le mois à venir mais avec une moindre confiance en leurs capacités pour un sevrage tabagique. Les TNS et la cigarette électronique sont utilisés par plus de 60% des consultants en psychiatrie ou en addictologie. Six fumeurs sur dix ont discuté de l'arrêt du tabac avec un professionnel de santé, quel que soit le groupe.

1. Les profils des fumeurs et ex-fumeurs

Concernant la prévalence du tabagisme nos résultats concordent avec ceux de la littérature rapportée dans la première partie (4,5,11,50–52,63,67,70), sauf chez les personnes consultant en addictologie où notre prévalence excède de 15 points celle trouvée dans l'enquête RECAP 2017 réalisée par l'OFDT (11). En comparaison avec le chiffre dans la population générale (27%) il y a deux fois plus de fumeurs chez les personnes consultant en psychiatrie et 1,4 fois moins d'ex-fumeurs (31%) (3). La population d'endocrinologie est celle qui se rapproche le plus des chiffres observés dans la population générale (3).

Les fumeurs et ex-fumeurs sont similaires sur la majorité des points comme l'âge de début avant 18 ans, le nombre de cigarettes fumées par jour et le type de tabagisme. La prévalence de consommation de cannabis en addictologie (quatre fois plus importante qu'en psychiatrie) concorde avec les données de la littérature où l'on retrouve 58% de co-addiction cannabis et tabac (11). Le nombre de cigarettes fumées quotidiennement est un peu supérieur à celui retrouvé en population générale (3). Par ailleurs 10% des patients en psychiatrie ont commencé à fumer pendant une hospitalisation ce qui concorde avec une précédente étude publiée en 2013 rapportant ce même chiffre (15).

Le Baromètre Santé a rapporté que 28% des français vivaient avec un fumeur au domicile (46). L'exposition au tabagisme passif au domicile en addictologie est supérieure allant dans le sens d'un environnement plus « addictif » (191,192). La prévalence moindre en psychiatrie est à rapporter au pourcentage bas de personnes vivant en couple dans cette population marquée par un handicap psychique (193).

Chez tous les fumeurs de notre étude, on observe une surestimation de la dépendance déclarée par rapport au test de Fagerström l'objectivant. Cet écart ne nous semble pas avoir été décrit précédemment. Nous ne retrouvons pas le résultat montré par une les études d'une prévalence plus importante de la dépendance à la nicotine sévère en psychiatrie (5,9,23,61,115,133). Alors que le recrutement de notre étude est censé concerner les patients les plus sévères des suivis (pour les autres, les rendez-vous sont souvent fixés avant et après l'été).

La comparaison des réponses au test de Horn permet d'individualiser des utilisations variables selon les groupes : la visée « anxiolytique et soutien » et « relaxante » se retrouve dans les trois groupes, la visée de « stimulation » est significativement plus élevée chez les fumeurs de psychiatrie. Cette habitude tabagique pour stimulation a été retrouvée dans une étude conduite dans une population de personnes vivant avec un trouble schizophrénique ou un trouble bipolaire (194).

2. Niveau d'information sur le tabac

Notre étude apporte un résultat important qui n'était pas attendu, à l'issue de la revue de la littérature : les patients en psychiatrie sont relativement bien informés sur le tabac.

La totalité des participants, sans différence selon les groupes, perçoit le tabac comme dangereux et plus de 60% considèrent que la dépendance à la nicotine est une maladie. Dans la population générale, 49% des français évaluent l'expérimentation ou la consommation occasionnelle de tabac comme dangereuses pour la santé (147). De plus la majorité des participants de notre étude ont conscience de la toxicité des composants du tabac et des pathologies liées au tabagisme. Cette prise de conscience par rapport à la dangerosité du tabac a beaucoup évolué grâce aux politiques de lutttes contre le tabac, en effet il y a 20 ans ils étaient seulement 22% en population générale à percevoir le tabac comme néfaste pour la santé (147,165). Cela montre que les efforts de communication fournis par rapport à la dangerosité du tabac portent leurs fruits dans la population générale mais aussi dans les populations particulières, comme notre population d'étude, qui semblent avoir été également sensibles à ce type de campagne d'information. Les mentalités ont l'air d'avoir

beaucoup évolué par rapport au tabac chez les patients en psychiatrie alors qu'il y a moins de quinze ans le tabac faisait partie intégrante du fonctionnement des services de psychiatrie et fumer faisait partie de la « normalité » (22). L'application, à partir de 2007, de la loi interdisant de fumer dans les lieux publics a complètement bouleversé les habitudes tabagiques dans les hôpitaux psychiatriques comme rapporté dans les études (15,22). Le faible pourcentage de personnes rapportant spontanément un impact de la loi de 2007 sur leur consommation de tabac dans notre étude est étonnant (mais peut être en lien avec des patients rentrés dans les soins après la loi ayant peu de souvenirs des hôpitaux fumeurs). Il y a eu un tel impact et notamment sur le tabagisme passif que les gens ne se rendent probablement même plus compte de la différence entre ces deux époques (44,45).

Une majorité de personnes ont déclaré que la nicotine est « mauvaise » pour la santé. Notre question qui visait à recueillir les opinions sur l'impact des composants sur la morbi-mortalité était trop imprécise car elle incluait le risque pour la santé (montré comme négatif dans la littérature) et le risque de développer une dépendance (195–197).

Bien que le niveau d'information sur le tabac soit plutôt de bonne qualité dans nos trois groupes on observe tout de même certains axes d'amélioration.

Premièrement l'idée d'un seuil à partir duquel le tabac est dangereux pour la santé est très répandue en psychiatrie dans notre étude, en effet 45% des participants pensent qu'il est dangereux de fumer à partir de dix cigarettes par jour alors qu'ils sont que 15% dans la population générale (147,165). En psychiatrie les patients auraient plus tendance à relativiser concernant la durée et les quantités de tabac consommé. Mais dans la population générale ils sont plus nombreux (25%) par rapport à nos participants en psychiatrie à penser que l'on peut fumer environ 10 ans sans danger (147,165). Il est donc nécessaire d'améliorer l'information à par rapport à l'inexistence d'un seuil de non dangerosité car en effet dans la littérature il est montré que la dangerosité du tabac sur la santé est présente même si le nombre de cigarette fumé par jour est faible (87,88,92).

Deuxièmement les symptômes de sevrages sont plutôt bien connus par notre population d'étude. On observe tout de même que les participants de psychiatrie étaient moins nombreux à rapporter l'humeur dépressive et l'insomnie en tant que symptômes de sevrage. Ces deux symptômes accompagnent aussi des décompensations de maladies psychiatriques (198). Une meilleure information diminuerait la confusion entre symptômes de manque à la nicotine et symptômes propres à une pathologie psychiatrique.

Troisièmement dans notre étude, 55 à 65% des participants pensent qu'il est dangereux de fumer avec patch nicotinique. Il n'y a pourtant pas de dangerosité à fumer avec un patch, le

seul risque est le surdosage en nicotine qui se résout en quelques heures après retrait du patch (160,199). Par ailleurs il est nécessaire d'informer les populations sur le fait que la persistance du craving en cigarette malgré la présence des patchs est un signe de sous-dosage en nicotine et nécessite un réajustement des dosage (23,199).

Enfin le quatrième point porte sur le lien entre tabac et maladies psychiatriques peu connus dans nos trois populations dans notre étude. Nous n'avons pas trouvé ces informations dans la littérature mais l'on sait que les patients en psychiatrie et addictologie utilisent la cigarette afin de soulager leurs symptômes (173–175). Le tabac a un impact important sur les soins psychiatriques, avec notamment, la diminution des concentrations dans le sang des neuroleptiques, l'amélioration des symptômes psychiatriques après l'arrêt du tabac, l'augmentation du risque de suicide, la vulnérabilité à la dépendance nicotinique (23,83,111,133). Ces points doivent figurer dans les informations à délivrer en psychiatrie pour être mieux connues par les usagers.

3. Motivation au sevrage

Notre étude confirme que les patients en psychiatrie ont une motivation comparable aux autres groupes pour arrêter de fumer.

46% des fumeurs en psychiatrie ont envie d'arrêter de fumer, sans différence significative avec les deux autres groupes qui se rapprochent de la motivation trouvée en population générale (57%) (3). D'autres études ont montré que les personnes présentant des troubles psychiatriques sont motivées pour arrêter de fumer, et parfois même autant que dans la population générale (162,187). 20% des fumeurs en psychiatrie ont le projet d'arrêter le tabac dans le mois à venir, donc bien plus qu'en population générale où ils n'étaient que 10% (3) et de façon plus marquée qu'une étude précédente menée auprès de patients présentant des troubles psychiatriques où la majorité différait l'arrêt à 6 mois (162). Ils sont très nombreux à avoir fait au moins une tentative d'arrêt, ce qui concorde avec une autre étude menée auprès de patients avec un trouble bipolaire où 93% avaient au moins fait une tentative d'arrêt dans leur vie (63). On peut donc dire que le pourcentage de personne motivées à l'arrêt en psychiatrie est important et qu'il invalide les idées reçues autour du sujet (59).

En revanche, les patients en psychiatrie ont besoin d'être aidés pour le sevrage. Notre étude montre qu'ils ont moins confiance en leur capacité pour arrêter de fumer par rapport aux personnes consultant en endocrinologie. Ces résultats vont dans le sens de travaux antérieurs

ayant rapporté une faible confiance en eux pour la moitié des 15 patients fumeurs en psychiatrie recrutés dans le cadre d'un protocole d'aide au sevrage sur un CMP (194), cela concorde avec le fait que les patients suivis en psychiatrie ont une moins bonne estime d'eux même (200,201). L'accompagnement des patients par les soignants dans le sevrage tabagique a pu montrer une amélioration de la confiance en eux concernant le sevrage tabagique (194).

4. Aide au sevrage

Notre étude apporte un troisième résultat important non attendu, à l'issue de la revue de la littérature : les patients en psychiatrie ont un accès aux aides, de façon comparable aux autres groupes, pour arrêter de fumer.

L'accès est meilleur qu'en population générale : 50% des participants ont déjà discuté de l'arrêt du tabac avec un professionnel alors qu'ils n'étaient que 28% à avoir discuté du tabac avec leur médecin en 2011 en population générale française (13). Cette différence peut tenir au mode de recrutement (des consultants, inscrits dans des soins).

La place des infirmiers pourrait être renforcée pour les patients en psychiatrie de notre étude. Seuls 11% rapportent avoir reçu des conseils d'arrêt du tabac de la part d'infirmier et 30 à 40% demanderaient un accompagnement et entretien régulier avec les soignants. Cela rejoint les éléments que l'on retrouve dans les données de la littérature comme quoi les professionnels de santé sont pessimistes par rapport au sevrage tabagique chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques du fait d'une banalisation de la consommation et de multiples idées reçues (59). De plus par rapport à des entretiens réguliers avec un soignant seulement 33% en psychiatrie y sont favorables alors que les études ont pu montrer l'efficacité d'un accompagnement régulier et d'un soutien de la part des professionnels notamment en psychiatrie dans la réussite du sevrage tabagique (62,66,76,159).

Concernant l'utilisation de TNS la majorité des participants de notre étude les avaient déjà utilisés, en avoir parlé avec les soignants et beaucoup savent qu'ils sont remboursés par l'assurance maladie notamment en addictologie. Il y a adéquation de nos résultats avec la littérature et les recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant la prise en charge du sevrage tabagique (23).

La cigarette électronique a une place importante parmi nos populations notamment en psychiatrie et addictologie, souvent pour arrêter de fumer et proposée par des professionnels de santé. Dans la population générale le pourcentage de personnes ayant déjà utilisé la cigarette électronique (33%) est plus faible par rapport à celui de nos participants en

psychiatrie et addictologie (1,146). Les dernières recommandations de l’OMS ne confirment pas l’utilisation de la cigarette électronique comme une aide au sevrage et par ailleurs des études ont pu montrer un risque de rechute plus important du fait du maintien de la dépendance induite par cet outil (21). On peut supposer qu’il n’y a pas eu de réactualisation des connaissances dans certaines pratiques et que les participants ont reçu ce type de conseil avant que ces éléments soient publiés. Il est probable que la cigarette électronique soit proposée par les professionnels de santé dans un objectif de réduction des risques du fait de la moindre toxicité de cette dernière par rapport au tabac (150).

L’entourage est signalé par la moitié des consultants comme un allié à l’arrêt avec une minorité (en addictologie surtout) qui retient qu’il ne serait pas une aide. L’entourage est effectivement central dans la réussite d’un sevrage (63).

5. Limites

Cette étude comporte plusieurs limites que nous devons souligner.

Il est difficile de savoir jusqu’à quel point nos résultats peuvent être généralisés. Les profils des participants sont comparables aux caractéristiques décrits précédemment des personnes suivies en CMP, en CSAPA ou en endocrinologie (11,50–52,64,68,69). Notons que le nombre de patients recrutés est un peu plus faible dans le groupe des consultants en endocrinologie par rapport au calcul du nombre de sujets nécessaire. Nous avons déjà mentionné le fait que les patients consultant l’été pourraient être plus sévères ce qui entraînerait une sous-estimation dans notre étude du niveau d’informations et de l’accès aux soins.

Il peut aussi y avoir un biais de sélection. Il est possible que les personnes qui ont répondu au questionnaire étaient plus intéressées par le sujet, pouvant entraîner une surestimation dans notre étude du niveau d’informations et de l’accès aux soins. Nous n’avons pas la possibilité de déterminer le profil des non-répondeurs puisque le questionnaire était anonyme.

Nous devons aussi soulever la possibilité d’un biais de désirabilité sociale dans le report du niveau d’informations et de l’accès aux soins.

De plus le fait d’avoir utilisé un auto-questionnaire a entraîné un biais méthodologique avec un recueil d’information parfois incomplet pour plusieurs questionnaires.

Enfin, l’utilisation d’un questionnaire préparé à partir de données de la littérature ou d’outils d’évaluation antérieurs et la formulation de certaines questions trop imprécises limitent la

portée de certains résultats qui mériteraient d'être répliqués ou approfondis. Nous notons toutefois que le nombre de données manquantes est assez limité.

Conclusion

Le tabagisme constitue la première cause de décès évitable en France (1,2,23). Bien qu'il soit observé depuis plusieurs années une diminution de la prévalence du tabagisme dans la population générale en France (3), celle observée chez les personnes souffrant d'un trouble psychiatrique reste importante et deux à trois fois plus élevée, entraînant ainsi une mortalité précoce et une morbidité importante (4,10,104,105).

De plus, la consommation de tabac n'est pas sans impact sur les maladies psychiatriques : augmentation des symptômes anxio-dépressif et du risque suicidaire (61,111–114,123), diminution des concentrations de neuroleptiques dans le sang (130–132) et plus grande vulnérabilité face à la dépendance (9,71,77,80,83).

Dans les services de psychiatrie le tabagisme faisait partie intégrante du fonctionnement des services avant l'interdiction totale de fumer dans les lieux publics en 2007 (15,22). Son utilisation était banalisée par les soignants et il persiste aujourd'hui encore beaucoup d'idées reçues autour de sa consommation (59). Ces croyances ont un véritable impact sur l'implication des professionnels de santé en psychiatrie, sur la prévention des risques liés au tabac et sur l'aide au sevrage dans cette population (59,61).

Du fait de cette place particulière du tabac en psychiatrie on s'est interrogé quant à une moindre information de cette population sur les risques liés au tabac et à un moindre accès à des aides pour un sevrage tabagique s'ils sont fumeurs, par rapport à la population générale ou à d'autres populations de patients.

Nous avons donc conduit une étude pour répondre à trois objectifs :

- Décrire le profil des patients fumeurs et ex-fumeurs consultant en psychiatrie en les comparant à celui de patients suivis pour une addiction autre que le tabac et à celui de patients suivis pour une maladie chronique endocrinienne.
- Évaluer le niveau d'information sur le tabac des patients suivis pour troubles psychiatriques en les comparant à celui de patients suivis pour une addiction autre que le tabac et à celui de patients suivis pour une maladie chronique endocrinienne.
- Évaluer la motivation et l'accès à des aides pour un sevrage tabagique des fumeurs et ex-fumeurs consultant en psychiatrie, en les comparant à ceux des fumeurs et ex-

fumeurs suivis pour une addiction autre que le tabac ou suivis pour une maladie chronique endocrinienne.

Cette étude observationnelle multicentrique et transversale s'est déroulée sur un mois en août 2019 en psychiatrie (CMP et HDJ de l'hôpital de Versailles), en endocrinologie (consultation, HDJ et hospitalisation de l'hôpital de Versailles) et en addictologie (CSAPA de l'hôpital Fernand-Widal). Des auto-questionnaires anonymes ont été proposés aux patients dans la salle d'attente avant leur consultation ainsi qu'une lettre d'information sur l'étude.

249 personnes ont participé à l'étude dont 55 consultants en psychiatrie, 134 consultants en addictologie et 60 consultants en endocrinologie.

La prévalence du tabac chez les patients en psychiatrie était de 53%, contre 77% en addictologie et 22% en endocrinologie. 10% des fumeurs et ex-fumeurs consultants en psychiatrie ont déclaré avoir débuté leur consommation de tabac dans le cadre d'une hospitalisation en psychiatrie. Par ailleurs, la dépendance à la nicotine mesurée par le test de Fagerström s'est révélée majoritairement faible dans cette population (56%) tout comme en endocrinologie (75%). En revanche, celle-ci était majoritairement moyenne ou forte pour les fumeurs consultant en addictologie (60%).

Concernant leur niveau d'information global sur le tabac, les patients en psychiatrie comme ceux des deux autres groupes se sont révélés relativement bien informés. Par exemple, dans les trois groupes la quasi-totalité des participants estimait que le tabac est dangereux pour la santé (100% en psychiatrie). En revanche, certaines différences significatives ont pu être notées : les consultants en psychiatrie étaient les plus nombreux (45%) par rapport aux deux autres groupes à fixer un seuil de dangerosité à partir de dix cigarettes par jour.

L'impact du tabagisme sur les maladies psychiatriques était moins connu et notamment en psychiatrie, premiers concernés par la question. Par exemple, plus de 30% des patients considéraient que l'arrêt du tabac entraîne une aggravation des troubles psychiatriques (et 30% ne savaient pas).

Concernant la motivation au sevrage 46% des fumeurs en psychiatrie avaient envie d'arrêter de fumer, ils étaient un peu plus nombreux à le déclarer en addictologie (56%) et en endocrinologie (54%). 33% de ceux qui projetaient d'arrêter de fumer en psychiatrie souhaitaient le faire dans le mois à venir ce qui est statistiquement plus par rapport aux deux autres groupes.

On a observé cependant que les fumeurs en psychiatrie se sentaient significativement moins capables d'arrêter de fumer par rapport aux fumeurs d'endocrinologie.

Enfin concernant les aides au sevrage une majorité de patients en psychiatrie ont déclaré y avoir accès. En effet, 64% des personnes en psychiatrie avaient déjà utilisé des TNS et 62% la cigarette électronique. Six fumeurs sur dix avaient discuté de l'arrêt du tabac avec un professionnel de santé, quel que soit le groupe.

Cette étude a confirmé une prévalence tabagique significativement plus élevée parmi les consultants en psychiatrie et en addictologie par rapport à la population générale (27%) et aux consultants en endocrinologie. Contrairement aux articles de la littérature (5,9,23,61,115,133), la sévérité de la dépendance nicotine n'était pas particulièrement forte chez les patients en psychiatrie alors que nous avons recrutés des patients plutôt sévères sur le plan psychiatrique.

Notre étude apporte un résultat important qui n'était pas attendu, à l'issue de la revue de la littérature : les patients en psychiatrie étaient relativement bien informés sur le tabac. Les mentalités quant à la dangerosité du tabac semblent avoir beaucoup évolué chez les patients en psychiatrie alors qu'il y a moins de quinze ans le tabac faisait partie intégrante du fonctionnement des services de psychiatrie. La communication de l'information devrait cependant être renforcée sur certains points : l'inexistence d'un seuil de non dangerosité de la cigarette, la non dangerosité de fumer avec un patch nicotinique, la distinction entre symptômes de manque à la nicotine et symptômes propres à une pathologie psychiatrique et plus globalement le lien entre tabac et maladies psychiatriques.

Notre étude confirme que les patients en psychiatrie ont une motivation comparable aux autres groupes pour arrêter de fumer mais elle montre aussi qu'ils ont significativement moins confiance en leurs capacités par rapport aux personnes consultant en endocrinologie. Cela confirme la nécessité d'un accompagnement au sevrage tabagique spécifique et renforcé pour cette population particulière comme l'évoquait la littérature (66).

Notre étude renseigne aussi un autre point non exploré jusque-là : les patients en psychiatrie avaient un accès aux aides comparable aux autres groupes pour arrêter de fumer. L'accès est même globalement meilleur qu'en population générale même si cela doit être nuancé par les spécificités de la population incluse. Un axe d'amélioration semble être le rôle encore trop limité des infirmiers dans le processus global d'information.

Ainsi notre étude a montré que le retard pris par la psychiatrie sur la prévention et la prise en charge du tabagisme semble avoir été rattrapé : le niveau d'information et l'accès aux aides y est comparable aux autres populations. En revanche, un effort semble désormais nécessaire pour aller plus loin et mieux intégrer la spécificité de cette population et l'accompagnement particulier que celle-ci nécessite.

Il serait donc intéressant dans le futur d'apporter une meilleure information à nos patients sur le lien entre tabagisme et psychiatrie. Il s'agit d'invalider les croyances et idées reçues circulant dans les services de psychiatrie en passant par une campagne de communication adressée à la fois aux patients et aux soignants. Par ailleurs un renforcement de l'accompagnement des patients par rapport au sevrage tabagique en revalorisant le rôle des infirmiers à l'hôpital semble important. La promotion des outils déjà présents tel que l'application tabac Info Service sur smartphone, la participation des services de psychiatrie au « Mois sans Tabac » ou alors la création de groupe de parole dans les services de psychiatrie peut être bénéfique.

Bibliographie

1. Palle C, Lermenier-Jeannet A, Obradovic I. Alcool, tabac et drogues illicites : les spécificités françaises. OFDT Drogue Addict Données Essent. 2019;45-8.
2. Observatoire français des Drogues et des toxicomanies. Drogues et addictions, données essentielles [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/ouvrages-collectifs/drogues-et-addictions-donnees-essentielles/>
3. Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Richard J-B, Arwidson P, Nguyen-Thanh V. La Consommation De Tabac En France : Premiers Résultats Du Baromètre Santé 2017. Bull Epidémiol Hebd. 2018;(14-15):265-73.
4. De Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. Schizophr Res. juill 2005;76(2-3):135-57.
5. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and Mental Illness: A Population-Based Prevalence Study. JAMA. 22 nov 2000;284(20):2606.
6. Dickerson F. Cigarette Smoking Among Persons With Schizophrenia or Bipolar Disorder in Routine Clinical Settings, 1999–2011. Psychiatr Serv. 2012;
7. Diaz FJ, James D, Botts S, Maw L, Susce MT, de Leon J. Tobacco smoking behaviors in bipolar disorder: a comparison of the general population, schizophrenia, and major depression. Bipolar Disord. mars 2009;11(2):154-65.
8. Stockings EA, Bowman JA, Bartlem KM, McElwaine KM, Baker AL, Terry M, et al. Implementation of a smoke-free policy in an inpatient psychiatric facility: Patient-reported adherence, support, and receipt of nicotine-dependence treatment: Smoke-Free Policy in Inpatient Psychiatry. Int J Ment Health Nurs. août 2015;24(4):342-9.
9. Krishnadas R, Jauhar S, Telfer S, Shivashankar S, McCreadie RG. Nicotine dependence and illness severity in schizophrenia. Br J Psychiatry. oct 2012;201(4):306-12.
10. Callaghan RC, Veldhuizen S, Jeysingh T, Orlan C, Graham C, Kakouris G, et al. Patterns of tobacco-related mortality among individuals diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, or depression. J Psychiatr Res. janv 2014;48(1):102-10.
11. Palle C. Bilan RECAP 2017. Obs Fr Drogue Toxicom [Internet]. 2018; Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/BilanRECAP2017.pdf>
12. Célant N, Rochereau T, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France). L' Enquête santé européenne: enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014. 2017.
13. Université de Waterloo, Ontario, Canada, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Institut national du cancer (INCa). Rapport national ITC France. Projet ITC; 2011.
14. Michel L, Lang J-P. Législation anti-tabac en psychiatrie : une chance pour les patients ? Inf Psychiatr. 2009;85(7):621.
15. Lawn S, Champion J. Achieving Smoke-Free Mental Health Services: Lessons from the Past Decade of Implementation Research. Int J Environ Res Public Health. 10 sept 2013;10(9):4224-44.
16. Lawn S, Lucas T. Addressing Smoking in Supported Residential Facilities for People with Severe Mental Illness: Has Any Progress Been Achieved? Int J Environ Res Public

Health. 10 oct 2016;13(10):996.

17. Filia SL, Gurvich CT, Horvat A, Shelton CL, Katona LJ, Baker AL, et al. Inpatient views and experiences before and after implementing a totally smoke-free policy in the acute psychiatry hospital setting: Psychiatry Smoking Ban: Inpatient Views. *Int J Ment Health Nurs.* août 2015;24(4):350-9.
18. Lemaire J. Encyclopédie du tabac et des fumeurs. 1970. (Que sais-je ?).
19. Godeau É. Comment le tabac est-il devenu une drogue ? La société française et le tabac de 1950 à nos jours. *Vingtième Siècle Rev Hist.* 2009;102(2):105-15.
20. Actualité de tous les événements évoquant le tabac [Internet]. Disponible sur: <http://www.lemondedutabac.com/>
21. World Health Organization 2019. Who report on the global tobacco epidemic, 2019. 2019.
22. Fouillet M, Massé G, Pucheault M. Un service de soins psychiatriques sans tabac : l'expérience du centre Henri Rousselle au centre hospitalier Sainte-Anne. *Inf Psychiatr.* 2007;83(2):129.
23. Haute Autorité de Santé. Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac [Internet]. HAS; 2015. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-06/referentiel_tabac.pdf
24. Stahl SM. Stahl's Essential Psychopharmacology. 2013;626.
25. Kenny PJ, Markou A. Nicotine Self-Administration Acutely Activates Brain Reward Systems and Induces a Long-Lasting Increase in Reward Sensitivity. *Neuropsychopharmacology.* juin 2006;31(6):1203-11.
26. Organisation Mondiale de la Santé. Neurosciences: usage de substances psychoactives et dépendance. Genève; 2004.
27. Organisation Mondial de la Santé. CIM-10 Version:2008 [Internet]. 2008. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#>
28. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict.* sept 1991;86(9):1119-27.
29. Jossieran L. Le tabagisme en France : quelle est la situation ? *Rev Pneumol Clin.* juin 2018;74(3):124-32.
30. Lermenier-Jeannet A. Tabagisme et arrêt du tabac en 2018. OFDT. févr 2019;9.
31. Lermenier-Jeannet A, Nézet OL, Palle C, Chyderiotis S, Brisacier A-C, Spilka S. Tabac, chicha et cigarette électronique. *OFDT Drogue Addict Données Essent.* 2019;160-4.
32. Loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme.
33. Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Richard J-B, Nguyen-Thanh V. Perception du paquet de cigarettes par les fumeurs avant et après la mise en place du paquet neutre. *Résultats Baromètres Santé Publique Fr 2016 2017.* 2019;
34. Guignard R. Tentatives d'arrêt du tabac au dernier trimestre 2016 et lien avec mois sans tabac : premiers résultats observés dans le baromètre santé 2017. 2018;6.
35. West R, Stapleton J. Clinical and public health significance of treatments to aid smoking cessation. *Eur Respir Rev.* 1 déc 2008;17(110):199-204.
36. Pasquereau A, Guignard R, Andler R, Richard J-B, Arwidson P, Beck F, et al. L'exposition à la fumée de tabac dans les lieux à usage collectif et les lieux de convivialité en France en 2014 (2016). *Bull Epidémiologique Hebd.* mai 2016;(15):253-63.
37. Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. 2006-1386 nov 15, 2006.
38. Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Shah J, et al. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. OFDT. 2018;
39. Andler R, Guignard R, Spilka S, Le Nézet O, Pasquereau A, Richard J-B, et al.

- Consommation de tabac et usage de cigarette électronique en France. *Rev Mal Respir.* juin 2018;35(6):673-85.
40. Adult smoking habits in the UK : 2017. *Off Natl Stat.* 3 juill 2018;14.
 41. World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking, 2015. [Internet]. 2015. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922_eng.pdf
 42. Amos A, Haglund M. From social taboo to « torch of freedom »: the marketing of cigarettes to women. *Tob Control.* mars 2000;9(1):3-8.
 43. Ng M, Freeman MK, Fleming TD, Robinson M, Dwyer-Lindgren L, Thomson B, et al. Smoking Prevalence and Cigarette Consumption in 187 Countries, 1980-2012. *JAMA.* 8 janv 2014;311(2):183.
 44. Fong GT, Craig LV, Guignard R, Kennedy RD, Boudreau C, Wilquin J-L, et al. Évaluation de l'interdiction de fumer dans les lieux publics en France un an et cinq ans après sa mise en œuvre : résultats de l'enquête ITC France. *Bull Epidémiologique Hebd.* 2013;20-21:217-23.
 45. Circulaire du 29 novembre 2006 relative à l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif.
 46. Pasquereau A, Guignard R, Andler R, Richard J-B, Arwidson P, Beck F. Le tabagisme au domicile en France en 2014 et son évolution depuis 2005. *Bull Epidémiologique Hebd.* 2016;30-31:522-8.
 47. Pasquereau A. La consommation de tabac en France : premiers résultats du baromètre santé 2017 / tobacco consumption in France: preliminary results from the 2017 health barometer. :9.
 48. Beck F, Palle C, Richard J-B. Liens entre substances psychoactives et milieu professionnel. *Le Courrier des addictions* (18). 1^{re} éd. 2016;
 49. Andler R, Cogordan C, Richard J-B, Demiguel V, Regnault N, Guignard R, et al. Consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse. 2018;
 50. Gill GV, Morgan C, MacFarlane IA. Awareness and use of smoking cessation treatments among diabetic patients. *Diabet Med.* mai 2005;22(5):658-60.
 51. Jenssen TG, Tonstad S, Claudi T, Midthjell K, Cooper J. The gap between guidelines and practice in the treatment of type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract.* mai 2008;80(2):314-20.
 52. Reynolds K, Liese AD, Anderson AM, Dabelea D, Standiford D, Daniels SR, et al. Prevalence of Tobacco Use and Association between Cardiometabolic Risk Factors and Cigarette Smoking in Youth with Type 1 or Type 2 Diabetes Mellitus. *J Pediatr.* avr 2011;158(4):594-601.e1.
 53. Fan AZ, Rock V, Zhang X, Li Y, Elam-Evans L, Balluz L. Trends in Cigarette Smoking Rates and Quit Attempts Among Adults With and Without Diagnosed Diabetes, United States, 2001–2010. *Prev Chronic Dis.* 19 sept 2013;10:120259.
 54. Scaramuzza A, De Palma A, Mameli C, Spiri D, Santoro L, Zuccotti G. Adolescents with type 1 diabetes and risky behaviour: Type 1 diabetes and risky behaviour. *Acta Paediatr.* 1 avr 2010;99(8):1237-41.
 55. John U, Meyer C, Rumpf H-J, Hapke U. Probabilities of alcohol high-risk drinking, abuse or dependence estimated on grounds of tobacco smoking and nicotine dependence. *Addict Abingdon Engl.* juin 2003;98(6):805-14.
 56. Zabeen S, Tsourtos G, Campion J, Lawn S. Type of unit and population served matters when implementing a smoke-free policy in mental health settings: Perceptions of unit managers across England. *Int J Soc Psychiatry.* nov 2015;61(7):700-10.
 57. Huddleston L, Sohal H, Paul C, Ratschen E. Complete smokefree policies in mental health inpatient settings: results from a mixed-methods evaluation before and after

- implementing national guidance. *BMC Health Serv Res.* déc 2018;18(1):542.
58. Robson D, Spaducci G, McNeill A, Stewart D, Craig TJK, Yates M, et al. Effect of implementation of a smoke-free policy on physical violence in a psychiatric inpatient setting: an interrupted time series analysis. *Lancet Psychiatry.* juill 2017;4(7):540-6.
 59. Sheals K, Tombor I, McNeill A, Shahab L. A mixed-method systematic review and meta-analysis of mental health professionals' attitudes toward smoking and smoking cessation among people with mental illnesses. *Addict Abingdon Engl.* 2016;111(9):1536-53.
 60. Marynak K, VanFrank B, Tetlow S, Mahoney M, Phillips E, Jamal, MBBS A, et al. Tobacco Cessation Interventions and Smoke-Free Policies in Mental Health and Substance Abuse Treatment Facilities — United States, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 11 mai 2018;67(18):519-23.
 61. Ziedonis D, Hitsman B, Beckham JC, Zvolensky M, Adler LE, Audrain-McGovern J, et al. Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. *Nicotine Tob Res.* 1 déc 2008;10(12):1691-715.
 62. Strat YL, Cozzolino D, Marquez S, Cadranel M, Dubertret C. L'arrêt du tabac chez les patients atteints d'affection psychiatrique. *Rev Prat.* :2.
 63. Prochaska JJ, Reyes RS, Schroeder SA, Daniels AS, Doederlein A, Bergeson B. An online survey of tobacco use, intentions to quit, and cessation strategies among people living with bipolar disorder: Tobacco use and bipolar disorder. *Bipolar Disord.* août 2011;13(5-6):466-73.
 64. Quattrocki E, Baird A, Yurgelun-Todd D. Biological aspects of the link between smoking and depression. *Harv Rev Psychiatry.* sept 2000;8(3):99-110.
 65. Glassman A. Cigarette smoking: implications for psychiatric illness. *Am J Psychiatry.* 1993;150(4):546-53.
 66. Office français de prévention du tabagisme (OFT), Fédération française de psychiatrie (FFP). Conférence d'experts 2008 : arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques. 2008.
 67. Ostacher MJ, Nierenberg AA, Perlis RH, Eidelman P, Borrelli DJ, Tran TB, et al. The relationship between smoking and suicidal behavior, comorbidity, and course of illness in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* déc 2006;67(12):1907-11.
 68. Wiesbeck GA, Kuhl H-C, Yaldizli & Ouml;, Wurst FM. Tobacco Smoking and Depression : Results from the WHO/ISBRA Study. *Neuropsychobiology.* 2008;57(1-2):26-31.
 69. Johnson JL, Ratner PA, Malchy LA, Okoli CT, Procyshyn RM, Bottorff JL, et al. Gender-specific profiles of tobacco use among non-institutionalized people with serious mental illness. *BMC Psychiatry.* déc 2010;10(1).
 70. Hartz SM, Pato CN, Medeiros H, Cavazos-Rehg P, Sobell JL, Knowles JA, et al. Comorbidity of Severe Psychotic Disorders With Measures of Substance Use. *JAMA Psychiatry.* 1 mars 2014;71(3):248.
 71. Delignère A-L, Archambault G, Chalvin F, Perquier F, Lejoyeux M. Schizophrénie et addictions : Étude exploratoire chez 106 patients suivis en consultation. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* janv 2019;
 72. Abidi O, Vercherin P, Massoubre C, Bois C. Le risque cardiovasculaire global des patients atteints de schizophrénie hospitalisés en psychiatrie au CHU de Saint-Étienne. *L'Encéphale.* juin 2019;45(3):200-6.
 73. Dervaux A, Laqueille X. Tabac et schizophrénie : aspects épidémiologiques et cliniques. *L'Encéphale.* juin 2008;34(3):299-305.
 74. Michopoulos I, Rizos E, Gournellis R, Karvouni A, Kotsioumpa I, Douzenis A. Smoking reduction in psychiatric inpatients is feasible: results from a 12-month prospective study. *Ann Gen Psychiatry.* 2015;14(1):4.

75. Evins AE, Cather C, Pratt SA, Pachas GN, Hoepfner SS, Goff DC, et al. Maintenance Treatment With Varenicline for Smoking Cessation in Patients With Schizophrenia and Bipolar Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 8 janv 2014;311(2):145.
76. Humair J-P. Arrêt du tabac chez les patients avec un trouble psychiatrique. *2009*;5):1472-5.
77. Estrada E, Hartz SM, Tran J, Hilty DM, Sklar P, Smoller JW, et al. Nicotine dependence and psychosis in Bipolar disorder and Schizoaffective disorder, Bipolar type. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. juin 2016;171(4):521-4.
78. Grant BF, Hasin DS, Chou SP, Stinson FS, Dawson DA. Nicotine Dependence and Psychiatric Disorders in the United States: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 1 nov 2004;61(11):1107.
79. Predicting smoking cessation and major depression in nicotine-dependent smokers. *Am J Public Health*. juill 2000;90(7):1122-7.
80. Khaled SM, Bulloch AG, Williams JVA, Lavorato DH, Patten SB. Major Depression Is a Risk Factor for Shorter Time to First Cigarette Irrespective of the Number of Cigarettes Smoked Per Day: Evidence From a National Population Health Survey. *Nicotine Tob Res*. nov 2011;13(11):1059-67.
81. Piasecki TM, Jorenby DE, Smith SS, Fiore MC, Baker TB. Smoking Withdrawal Dynamics: III. Correlates of Withdrawal Heterogeneity. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2003;11(4):276-85.
82. Kushner MG, Menary KR, Maurer EW, Thuras P. Greater elevation in risk for nicotine dependence per pack of cigarettes smoked among those with an anxiety disorder. *J Stud Alcohol Drugs*. nov 2012;73(6):920-4.
83. Buckner JD, Vinci C. Smoking and social anxiety: The roles of gender and smoking motives. *Addict Behav*. août 2013;38(8):2388-91.
84. Thomas D. L'épidémie de tabagisme : état des lieux. *Arch Mal Coeur Vaiss - Prat*. févr 2016;2016(245):4-9.
85. Bonaldi C, Boussac M, Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. *Bull Epidémiologique Hebd*. 2019;15:278-84.
86. Kopp P. Le coût social des drogues en France. *Obs Fr Drogue Toxicom*. 2015;10.
87. Institut national du Cancer. Plan cancer 2014-2019 [Internet]. INCa; 2014. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-cancer-2014-2019>
88. Bjartveit K. Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. *Tob Control*. 1 oct 2005;14(5):315-20.
89. Lermenier A. Morbidité et mortalité liées au tabac. *OFDT Drogue Addict Données Essent*. 2013;6.
90. Gandini S, Botteri E, Iodice S, Boniol M, Lowenfels AB, Maisonneuve P, et al. Tobacco smoking and cancer: A meta-analysis. *Int J Cancer*. 1 janv 2008;122(1):155-64.
91. INCA - Les cancers en France [Internet]. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/
92. Teo KK, Ounpuu S, Hawken S, Pandey M, Valentin V, Hunt D, et al. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. *The Lancet*. août 2006;368(9536):647-58.
93. de Peretti C, Chin F, Tuppin P, Danchin N. Personnes hospitalisées pour infarctus du myocarde en France : tendances 2002-2008. *2012*;41):7.
94. Société française d'anesthésie et de réanimation, Association française de chirurgie, Office français de prévention du tabagisme (OFT). Tabagisme péri-opératoire. Conférence d'expert. 2005.
95. Willi C, Bodenmann P, Ghali WA, Faris PD, Cornuz J. Active Smoking and the Risk

- of Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 12 déc 2007;298(22):2654.
96. Pan A, Wang Y, Talaei M, Hu FB, Wu T. Relation of active, passive, and quitting smoking with incident type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Diabetes Endocrinol*. déc 2015;3(12):958-67.
 97. Scemama O, Hamo-Tchatchouang E, Le Faou AL, Altman JJ. Difficulties of smoking cessation in diabetic inpatients benefiting from a systematic consultation to help them to give up smoking. *Diabetes Metab*. nov 2006;32(5 Pt 1):435-41.
 98. Van Der Heide F, Dijkstra A, Weersma RK, Albersnagel FA, van der Logt EMJ, Faber KN, et al. Effects of active and passive smoking on disease course of Crohn's disease and ulcerative colitis: *Inflamm Bowel Dis*. août 2009;15(8):1199-207.
 99. Calkins BM. A meta-analysis of the role of smoking in inflammatory bowel disease. *Dig Dis Sci*. déc 1989;34(12):1841-54.
 100. Seksik P, Nion-Larmurier I, Sokol H, Beaugerie L, Cosnes J. Effects of light smoking consumption on the clinical course of Crohn's disease: *Inflamm Bowel Dis*. mai 2009;15(5):734-41.
 101. Hill C, Institut de veille sanitaire. Les effets sur la santé du tabagisme passif. *BEH*. 2011;20-21:233-5.
 102. Centre International de Recherche sur le cancer, Organisation mondiale de la Santé. Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Volume 83. Tobacco smoke and involuntary smoking. *CIRC* [Internet]. 2004;83. Disponible sur: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/PDFs/index.php>
 103. Dautzenberg B, Lagrue G. Tobacco addiction. *Epidemiology and pathology associated with tobacco*. *Rev Prat*. 30 avr 2001;51(8):877-82.
 104. Cather C, Pachas GN, Cieslak KM, Evins AE. Achieving Smoking Cessation in Individuals with Schizophrenia: Special Considerations. *CNS Drugs*. juin 2017;31(6):471-81.
 105. Olfson M, Gerhard T, Huang C, Crystal S, Stroup TS. Premature Mortality Among Adults With Schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry*. 1 déc 2015;72(12):1172.
 106. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 1 avr 2015;72(4):334.
 107. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 26 juin 2004;328(7455):1519.
 108. Pasco JA, Williams LJ, Jacka FN, Ng F, Henry MJ, Nicholson GC, et al. Tobacco smoking as a risk factor for major depressive disorder: population-based study. *Br J Psychiatry*. oct 2008;193(4):322-6.
 109. Moylan S, Jacka FN, Pasco JA, Berk M. Cigarette smoking, nicotine dependence and anxiety disorders: a systematic review of population-based, epidemiological studies. *BMC Med*. déc 2012;10(1).
 110. Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Cigarette smoking and depression: tests of causal linkages using a longitudinal birth cohort. *Br J Psychiatry*. juin 2010;196(6):440-6.
 111. Pedersen W, von Soest T. Smoking, nicotine dependence and mental health among young adults: a 13-year population-based longitudinal study. *Addiction*. janv 2009;104(1):129-37.
 112. Klungsoyr O, Nygård JF, Sørensen T, Sandanger I. Cigarette Smoking and Incidence of First Depressive Episode: An 11-Year, Population-based Follow-up Study. *Am J Epidemiol*. 1 mars 2006;163(5):421-32.
 113. Steuber TL, Danner F. Adolescent smoking and depression: Which comes first? *Addict Behav*. janv 2006;31(1):133-6.
 114. Strong DR, Cameron A, Feuer S, Cohn A, Abrantes AM, Brown RA. Single versus

- recurrent depression history: differentiating risk factors among current US smokers. *Drug Alcohol Depend.* 1 juin 2010;109(1-3):90-5.
115. Jamal M, Willem Van der Does AJ, Cuijpers P, Penninx BWJH. Association of smoking and nicotine dependence with severity and course of symptoms in patients with depressive or anxiety disorder. *Drug Alcohol Depend.* nov 2012;126(1-2):138-46.
116. Jamal M, Van der Does W, Penninx BWJH. Effect of variation in BDNF Val66Met polymorphism, smoking, and nicotine dependence on symptom severity of depressive and anxiety disorders. *Drug Alcohol Depend.* mars 2015;148:150-7.
117. Grover KW, Goodwin RD, Zvolensky MJ. Does current versus former smoking play a role in the relationship between anxiety and mood disorders and nicotine dependence? *Addict Behav.* mai 2012;37(5):682-5.
118. Shahab L, Andrew S, West R. Changes in prevalence of depression and anxiety following smoking cessation: results from an international cohort study (ATTEMPT). *Psychol Med.* janv 2014;44(1):127-41.
119. Weng S-C, Huang J-P, Huang Y-L, Lee TS-H, Chen Y-H. Effects of tobacco exposure on perinatal suicidal ideation, depression, and anxiety. *BMC Public Health.* déc 2016;16(1).
120. Li D, Yang X, Ge Z, Hao Y, Wang Q, Liu F, et al. Cigarette smoking and risk of completed suicide: A meta-analysis of prospective cohort studies. *J Psychiatr Res.* oct 2012;46(10):1257-66.
121. Ducasse D, Jaussent I, Guillaume S, Azorin JM, Bellivier F, Belzeaux R, et al. Increased risk of suicide attempt in bipolar patients with severe tobacco dependence. *J Affect Disord.* sept 2015;183:113-8.
122. Bolton JM, Robinson J. Population-Attributable Fractions of Axis I and Axis II Mental Disorders for Suicide Attempts: Findings From a Representative Sample of the Adult, Noninstitutionalized US Population. *Am J Public Health.* déc 2010;100(12):2473-80.
123. Berlin I, Covey LS, Donohue MC, Agostini V. Duration of Smoking Abstinence and Suicide-Related Outcomes. *Nicotine Tob Res.* 1 oct 2011;13(10):887-93.
124. Winterer G. Why do patients with schizophrenia smoke? *Curr Opin Psychiatry.* mars 2010;23(2):112-9.
125. Work Group on Substance Use Disorders, Kleber HD, Weiss RD, Anton RF, Rounsaville BJ, George TP, et al. Treatment of patients with substance use disorders, second edition. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry.* août 2006;163(8 Suppl):5-82.
126. Williams JM, Ziedonis D. Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addict Behav.* août 2004;29(6):1067-83.
127. Rey R, D'Amato T, Boyer L, Brunel L, Aouizerate B, Berna F, et al. Nicotine dependence is associated with depression and childhood trauma in smokers with schizophrenia: results from the FACE-SZ dataset. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* sept 2017;267(6):567-77.
128. Iasevoli F, Balletta R, Gilardi V, Giordano S, de Bartolomeis A. Tobacco smoking in treatment-resistant schizophrenia patients is associated with impaired cognitive functioning, more severe negative symptoms, and poorer social adjustment. *Neuropsychiatr Dis Treat.* août 2013;1113.
129. Depp CA, Bowie CR, Mausbach BT, Wolyniec P, Thornquist MH, Luke JR, et al. Current smoking is associated with worse cognitive and adaptive functioning in serious mental illness. *Acta Psychiatr Scand.* mai 2015;131(5):333-41.
130. Tsuda Y, Saruwatari J, Yasui-Furukori N. Meta-analysis: the effects of smoking on the disposition of two commonly used antipsychotic agents, olanzapine and clozapine. *BMJ Open.* mars 2014;4(3):e004216.
131. Fiore MC, Jaén C, Baker T. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Public Health Service. Rockville, MD : US: Departement of Health and human Services`;

2008. (Clinical Practice Guideline).

132. Lowe EJ, Ackman ML. Impact of Tobacco Smoking Cessation on Stable Clozapine or Olanzapine Treatment. *Ann Pharmacother.* avr 2010;44(4):727-32.

133. Nadalin S, Ristić S, Rebić J, Šendula Jengiđ V, Kapović M, Buretić-Tomljanović A. The insertion/deletion polymorphism in the angiotensin-converting enzyme gene and nicotine dependence in schizophrenia patients. *J Neural Transm.* avr 2017;124(4):511-8.

134. Niemelä S, Sourander A, Surcel H-M, Hinkka-Yli-Salomäki S, McKeague IW, Cheslack-Postava K, et al. Prenatal Nicotine Exposure and Risk of Schizophrenia Among Offspring in a National Birth Cohort. *Am J Psychiatry.* août 2016;173(8):799-806.

135. Potvin S, Lungu O, Lipp O, Lalonde P, Zaharieva V, Stip E, et al. Increased ventromedial prefrontal activations in schizophrenia smokers during cigarette cravings. *Schizophr Res.* mai 2016;173(1-2):30-6.

136. Lo S, Heishman SJ, Raley H, Wright K, Wehring HJ, Moolchan ET, et al. Tobacco craving in smokers with and without schizophrenia. *Schizophr Res.* avr 2011;127(1-3):241-5.

137. Brissot A, Spilka S. Opinions et perceptions sur les drogues en 2018. *Obs Fr Drogue Toxicom.* 2018;4.

138. Cesaroni G, Forastiere F, Agabiti N, Valente P, Zuccaro P, Perucci CA. Effect of the Italian Smoking Ban on Population Rates of Acute Coronary Events. *Circulation.* 4 mars 2008;117(9):1183-8.

139. Vicedo-Cabrera A, Rööslı M, Radovanovic D, Grize L, Witassek F, Schindler C, et al. Cardiorespiratory hospitalisation and mortality reductions after smoking bans in Switzerland. *Swiss Med Wkly.* 19 déc 2016;

140. Menzies D, Nair A, Williamson PA, Schembri S, Al-Khairalla MZH, Barnes M, et al. Respiratory Symptoms, Pulmonary Function, and Markers of Inflammation Among Bar Workers Before and After a Legislative Ban on Smoking in Public Places. *JAMA.* 11 oct 2006;296(14):1742.

141. Frazer K, McHugh J, Callinan JE, Kelleher C. Impact of institutional smoking bans on reducing harms and secondhand smoke exposure. Cochrane Tobacco Addiction Group, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev.* 27 mai 2016;

142. Ikard F, Green D, Horn D. A scale to differentiate between types of smoking as related to the management of affect. *Int J Addict.* 1969;649-59.

143. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. Cochrane Tobacco Addiction Group, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;

144. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *The Lancet.* juin 2016;387(10037):2507-20.

145. Thomas KH, Martin RM, Knipe DW, Higgins JPT, Gunnell D. Risk of neuropsychiatric adverse events associated with varenicline: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 12 mars 2015;350(mar12 8):h1109-h1109.

146. Pasquereau A, Quatremère G, Guignard R, Andler R, Verrier F, Pourchez J, et al. Usage de la cigarette électronique, tabagisme et opinions des 18-75 ans. *Baromètre Santé Publique Fr* 2017. 2019;

147. Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Chyderiotis S. Drogues : perceptions des produits, des politiques publiques et des usagers. *OFDT.* avr 2019;131.

148. Gomajee R, El-Khoury F, Goldberg M, Zins M, Lemogne C, Wiernik E, et al. Association Between Electronic Cigarette Use and Smoking Reduction in France. *JAMA Intern Med.* 15 juill 2019;

149. Hajek P, Phillips-Waller A, Przulj D, Pesola F, Myers Smith K, Bisal N, et al. A Randomized Trial of E-Cigarettes versus Nicotine-Replacement Therapy. *N Engl J Med.* 14

févr 2019;380(7):629-37.

150. Cheng T. Chemical evaluation of electronic cigarettes. *Tob Control*. mai 2014;23(suppl 2):ii11-7.

151. Schmitt A. Sevrage tabagique et co-addictions. Centre hospitalier de Clermont-Ferrand; 2009.

152. King A, McNamara P, Angstadt M, Phan KL. Neural Substrates of Alcohol-Induced Smoking Urge in Heavy Drinking Nondaily Smokers. *Neuropsychopharmacology*. févr 2010;35(3):692-701.

153. Persson L-G, Hjalmarson A. Smoking cessation in patients with diabetes mellitus: Results from a controlled study of an intervention programme in primary healthcare in Sweden. *Scand J Prim Health Care*. janv 2006;24(2):75-80.

154. Banham L, Gilbody S. Smoking cessation in severe mental illness: what works?: Smoking cessation in severe mental illness. *Addiction*. 11 mai 2010;105(7):1176-89.

155. Fagerström K, Aubin H-J. Management of smoking cessation in patients with psychiatric disorders. *Curr Med Res Opin*. févr 2009;25(2):511-8.

156. Ratschen E, Britton J, Doody GA, Leonardi-Bee J, McNeill A. Tobacco dependence, treatment and smoke-free policies: a survey of mental health professionals' knowledge and attitudes. *Gen Hosp Psychiatry*. nov 2009;31(6):576-82.

157. Hall SM, Tsoh JY, Prochaska JJ, Eisendrath S, Rossi JS, Redding CA, et al. Treatment for Cigarette Smoking Among Depressed Mental Health Outpatients: A Randomized Clinical Trial. *Am J Public Health*. oct 2006;96(10):1808-14.

158. Schuster RM, Cather C, Pachas GN, Zhang H, Cieslak KM, Hoepfner SS, et al. Predictors of tobacco abstinence in outpatient smokers with schizophrenia or bipolar disorder treated with varenicline and cognitive behavioral smoking cessation therapy. *Addict Behav*. août 2017;71:89-95.

159. Underner M, Perriot J, Peiffer G, Harika-Germaneau G, Jaafari N. Pourquoi l'arrêt du tabac est-il difficile pour les fumeurs souffrant de schizophrénie ? 2019;74(1):23-7.

160. Goff DC, Cather C, Evins AE, Henderson DC, Freudenreich O, Copeland PM, et al. Medical morbidity and mortality in schizophrenia: guidelines for psychiatrists. *J Clin Psychiatry*. févr 2005;66(2):183-94; quiz 147, 273-4.

161. Dervaux A, Laqueille X. Tabac et schizophrénie : aspects thérapeutiques. *L'Encéphale*. sept 2007;33(4):629-32.

162. Tidey JW, Rohsenow DJ. Smoking expectancies and intention to quit in smokers with schizophrenia, schizoaffective disorder and non-psychiatric controls. *Schizophr Res*. déc 2009;115(2-3):310-6.

163. Aschbrenner KA, Ferron JC, Mueser KT, Bartels SJ, Brunette MF. Social predictors of cessation treatment use among smokers with serious mental illness. *Addict Behav*. févr 2015;41:169-74.

164. Evins AE, Hoepfner SS, Schoenfeld DA, Hoepfner BB, Cather C, Pachas GN, et al. Maintenance pharmacotherapy normalizes the relapse curve in recently abstinent tobacco smokers with schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophr Res*. mai 2017;183:124-9.

165. Tovar M-L, Le Nézet O, Bastianie T. Perceptions et opinions des français sur les drogues. OFDT. 2013;

166. Chau TK, Fong DYT, Chan SSC, Wong JYH, Li WHC, Tan KCB, et al. Misconceptions about smoking in patients with type 2 diabetes mellitus: a qualitative analysis. *J Clin Nurs*. sept 2015;24(17-18):2545-53.

167. Meyer KA, Kushi LH, Jacobs DR, Folsom AR. Dietary fat and incidence of type 2 diabetes in older Iowa women. *Diabetes Care*. sept 2001;24(9):1528-35.

168. Fulkerson JA, French SA. Cigarette smoking for weight loss or control among adolescents: gender and racial/ethnic differences. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc*

Med. avr 2003;32(4):306-13.

169. Palle C. Les personnes accueillies dans les CSAPA - Situation en 2014 et évolution depuis 2007 - Tendances 110 [Internet]. OFDT. 2016. Disponible sur:

<https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/les-personnes-accueillies-dans-les-csapa-situation-en-2014-et-evolution-depuis-2007-tendances-110-juin-2016/>

170. Asher MK, Martin RA, Rohsenow DJ, MacKinnon SV, Traficante R, Monti PM. Perceived barriers to quitting smoking among alcohol dependent patients in treatment. *J Subst Abuse Treat.* mars 2003;24(2):169-74.

171. Gulliver SB, Kamholz BW, Helstrom AW. Smoking cessation and alcohol abstinence: what do the data tell us? *Alcohol Res Health J Natl Inst Alcohol Abuse Alcohol.* 2006;29(3):208-12.

172. Capron DW, Blumenthal H, Medley AN, Lewis S, Feldner MT, Zvolensky MJ, et al. Anxiety sensitivity cognitive concerns predict suicidality among smokers. *J Affect Disord.* mai 2012;138(3):239-46.

173. Watson NL, VanderVeen JW, Cohen LM, DeMarree KG, Morrell HER. Examining the interrelationships between social anxiety, smoking to cope, and cigarette craving. *Addict Behav.* août 2012;37(8):986-9.

174. Gurpegui M, Martínez-Ortega JM, Jurado D, Aguilar MC, Diaz FJ, de Leon J. Subjective effects and the main reason for smoking in outpatients with schizophrenia: a case-control study. *Compr Psychiatry.* mars 2007;48(2):186-91.

175. Thornton LK, Baker AL, Johnson MP, Lewin TJ. Attitudes and perceptions towards substances among people with mental disorders: a systematic review: Attitudes and perceptions towards substances. *Acta Psychiatr Scand.* août 2012;126(2):87-105.

176. Beck F, Guignard R, Richard J-B, Jourdain-Menninger D. Usages de drogues et pratiques addictives en France analyse du Baromètre santé Inpes. Paris: Direction de l'information légale et administrative : La documentation française; 2014.

177. Kotz D, West R. Explaining the social gradient in smoking cessation: it's not in the trying, but in the succeeding. *Tob Control.* 1 févr 2009;18(1):43-6.

178. Sansone G, Fong GT, Hall PA, Guignard R, Beck F, Mons U, et al. Time perspective as a predictor of smoking status: findings from the International Tobacco Control (ITC) Surveys in Scotland, France, Germany, China, and Malaysia. *BMC Public Health [Internet].* déc 2013 [cité 22 août 2019];13(1). Disponible sur:

<http://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-346>

179. Oakes W. « Bulletproof skeptics in life's jungle »: which self-exempting beliefs about smoking most predict lack of progression towards quitting? *Prev Med.* oct 2004;39(4):776-82.

180. Peretti-Watel P, Seror V, Verger P, Guignard R, Legleye S, Beck F. Smokers' risk perception, socioeconomic status and source of information on cancer. *Addict Behav.* sept 2014;39(9):1304-10.

181. Peretti-Watel P, Constance J. "It's All We Got Left". Why Poor Smokers are Less Sensitive to Cigarette Price Increases. *Int J Environ Res Public Health.* 10 févr 2009;6(2):608-21.

182. Halfen S, Grémy I. Les connaissances, attitudes et perceptions des franciliens à l'égard du tabac: Spécificités des personnes les plus âgées (55-75 ans). *Gérontologie Société.* 2003;26 / n° 105(2):161.

183. Irving LM, Seidner AL, Burling TA, Thomas RG, Brenner GF. Drug and alcohol abuse inpatients' attitudes about smoking cessation. *J Subst Abuse.* 1994;6(3):267-78.

184. Martin RA, Rohsenow DJ, MacKinnon SV, Abrams DB, Monti PM. Correlates of motivation to quit smoking among alcohol dependent patients in residential treatment. *Drug Alcohol Depend.* juin 2006;83(1):73-8.

185. Royal College of Physicians and Royal College of Psychiatrists. Smoking and mental health [Internet]. RCP London. 2013. Disponible sur: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/smoking-and-mental-health>
186. Dohnke B, Weiss-Gerlach E, Spies CD. Social influences on the motivation to quit smoking: Main and moderating effects of social norms. *Addict Behav.* avr 2011;36(4):286-93.
187. Siru R, Hulse GK, Khan RJK, Tait RJ. Motivation to Quit Smoking Among Hospitalised Individuals with and Without Mental Health Disorders. *Aust N Z J Psychiatry.* juill 2010;44(7):640-7.
188. Stockings EA, Bowman JA, Prochaska JJ, Baker AL, Clancy R, Knight J, et al. The impact of a smoke-free psychiatric hospitalization on patient smoking outcomes: a systematic review. *Aust N Z J Psychiatry.* juill 2014;48(7):617-33.
189. Filia SL, Baker AL, Gurvich CT, Richmond R, Lewin TJ, Kulkarni J. Gender differences in characteristics and outcomes of smokers diagnosed with psychosis participating in a smoking cessation intervention. *Psychiatry Res.* mars 2014;215(3):586-93.
190. Questionnaire Baromètre santé 2017. 2016;53.
191. Zimić JI, Jukić V. Familial Risk Factors Favoring Drug Addiction Onset. *J Psychoactive Drugs.* avr 2012;44(2):173-85.
192. Velleman R, Templeton L, Copello A. The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug Alcohol Rev.* 1 mars 2005;24(2):93-109.
193. Casadebaig F, Chapireau F, Ruffin D, Philippe A. Description des populations des institutions psychiatriques dans l'enquête HID. DREES. juill 2004;(44):140.
194. Boccara E. Tabac et Psychiatrie : étude en CMP des caractéristiques, enjeux, et perspectives du sevrage tabagique [Thèse de médecine]. Faculté de médecine Henri Warembourg, Université du droit et de la santé-Lille 2; 2017.
195. Waldum HL, Nilsen OG, Nilsen T, Rørvik H, Syversen U, Sandvik AK, et al. Long-term effects of inhaled nicotine. *Life Sci.* mars 1996;58(16):1339-46.
196. Shahab L, Goniewicz ML, Blount BC, Brown J, McNeill A, Alwis KU, et al. Nicotine, Carcinogen, and Toxin Exposure in Long-Term E-Cigarette and Nicotine Replacement Therapy Users: A Cross-sectional Study. *Ann Intern Med.* 21 mars 2017;166(6):390.
197. Shahab L, Dobbie F, Hiscock R, McNeill A, Bauld L. Prevalence and Impact of Long-term Use of Nicotine Replacement Therapy in UK Stop-Smoking Services: Findings From the ELONS Study. *Nicotine Tob Res.* 24 sept 2016;ntw258.
198. American Psychiatric Association, éditeur. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
199. Le Houezec J. Pharmacologie de la nicotine et dépendance au tabac. *Rev Médicale Suisse.* 2003;1.
200. Schmitz N, Kugler J, Rollnik J. On the relation between neuroticism, self-esteem, and depression: results from the National Comorbidity Survey. *Compr Psychiatry.* mai 2003;44(3):169-76.
201. Wartelsteiner F, Mizuno Y, Frajo-Apor B, Kemmler G, Pardeller S, Sondermann C, et al. Quality of life in stabilized patients with schizophrenia is mainly associated with resilience and self-esteem. *Acta Psychiatr Scand.* oct 2016;134(4):360-7.

Annexe - Questionnaire



QUESTIONNAIRE « TABAC »

COMMENT REpondre ?

- Pour la plupart des questions, choisissez votre réponse en cochant la case correspondante. Si parmi les réponses, aucune ne vous convient exactement, notez celle qui est la plus proche de votre situation personnelle.
- Il est important que **le questionnaire soit entièrement rempli** (10 minutes environ).

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

QUELQUES INFORMATIONS SUR VOUS

Vous êtes : un homme une femme

Votre âge : 18-39 ans 40-65 ans > 65 ans

Votre statut marital : célibataire en couple

Vivez-vous avec un/des fumeur(s) ? oui non

Votre statut professionnel actuel :

étudiant ou lycéen travail sans emploi retraité

Quelles ressources percevez-vous ?

salaire indemnité chômage AAH aide familiale RSA autre

Avez-vous une autre maladie ou un problème de santé chronique ?

oui non

Si oui, lequel/lesquels ?

asthme bronchite chronique maladies cardiaques hypertension artérielle
 dyslipidémie trouble bipolaire schizophrénie autre :

VOTRE CONSOMMATION DE TABAC

fumeur actuel jamais fumeur ancien fumeur

Si ancien fumeur, arrêT depuis :

moins de 5 ans plus de 5 ans

NIVEAU D'INFORMATION SUR LES RISQUES LIES AU TABAC

1. Pensez-vous que le tabac est dangereux pour la santé ?

un peu beaucoup non

2. Combien de cigarette(s) par jour sont dangereuses pour la santé ?

0-1 cigarette 2-4 c 5-9 c 10-14 c > 15 c

3. Combien d'années peut-on fumer régulièrement sans danger ?

0-5 ans 6-10 ans 11-20 ans > 20 ans

4. Quels problèmes de santé le tabac est-il susceptible d'entraîner ? (Plusieurs réponses possibles)

cancer épidermoïde de l'œsophage BPCO ou bronchopneumopathie chronique obstructive
 cancer broncho-pulmonaire maladies cardiovasculaires VIH
 cancer de la vessie appendicite cancer oro-pharyngé cancer du larynx
 cancer du pancréas cancer du rein diabète ne sais pas lesquels

5. Qu'est ce qui est « mauvais » pour la santé dans le tabac ? (Plusieurs réponses possibles)

la fumée la nicotine le filtre les goudrons

6. Pensez-vous qu'il est plus difficile d'arrêter de fumer pour des personnes souffrant de troubles psychiatriques ? oui non ne sais pas

7. Pensez-vous que le tabac équilibre/améliore les symptômes psychiatriques ?

oui non ne sais pas

8. Pensez-vous que le tabac puisse baisser les concentrations des traitements dans le sang ?

oui non ne sais pas

9. Pensez-vous que le tabac réduit les effets indésirables des psychotropes ?

oui non ne sais pas

10. Pensez-vous que l'arrêt du tabac peut entraîner la décompensation/l'aggravation d'une maladie psychiatrique ? oui non ne sais pas

11. La dépendance tabagique est-elle une maladie ? oui non ne sais pas

12. Connaissez-vous les symptômes de sevrage/manque en nicotine ? (Plusieurs réponses possibles)

irritabilité, frustration ou colère anxiété agitation difficulté de concentration
 augmentation de l'appétit humeur dépressive insomnie ne sais pas lesquels

13. Pensez-vous qu'il est plus facile d'arrêter de fumer avec un traitement nicotinique substitutif (patch, gomme...) ? oui non ne sais pas

14. Pensez-vous qu'il est dangereux de fumer avec un patch nicotinique ?

oui non ne sais pas

15. Savez-vous si les substituts nicotiniques sont remboursés par l'assurance maladie ?

oui non ne sais pas

Les pages suivantes s'adressent **aux fumeurs actuels ou anciens**. Merci !

QUESTIONS POUR LES FUMEURS ACTUELS OU ANCIENS

1. A quel âge avez-vous commencé à fumer ?

< 15 ans 15-18 ans 19-25 ans > 25 ans

2. Dans quel cadre avez-vous commencé à fumer ?

collège / lycée / fac professionnel pendant une hospitalisation en psychiatrie
 sorties festives autre :

3. Combien de cigarette(s) fumez/fumiez-vous par jour ?

0-5 6-10 11-20 21-30 31-40 > 40

4. Fumez/fumiez-vous : des cigarettes en paquet ? du tabac à rouler ?

5. Combien dépensez/dépensiez-vous environ chaque semaine pour l'achat du tabac ?

0-10 € 10-30 € 30-60 € 60-100 € > 100 €

6. Si vous étiez fumeur avant 2007 : la loi anti-tabac de 2007 interdisant de fumer dans les lieux publics et à l'hôpital a-t-elle eu un impact sur votre consommation de tabac ?

ma consommation a diminué ma consommation a augmenté
 j'ai arrêté de fumer aucun impact

7. Quand vous êtes/étiez hospitalisé(e), comment évolue/évoluait votre consommation de tabac ?

elle diminue/diminuait elle augmente/augmentait elle est/était inchangée
 elle est/était nulle je n'ai jamais été hospitalisé(e)

8. Utilisez-vous ou avez-vous déjà utilisé des substituts nicotiniques (gommes, patches...) ?

oui non

Si oui, pourquoi ? pour diminuer la consommation de cigarettes pour arrêter de fumer
 en hospitalisation pour diminuer les symptômes de manque autre :

9. Votre consommation de tabac est-elle associée à une consommation de cannabis ?

oui non

10. Utilisez-vous ou avez-vous déjà utilisé la cigarette électronique ?

oui non

Si oui, pourquoi ? pour diminuer la consommation de cigarettes pour arrêter de fumer
 autre :

11. Pour les ex-fumeurs. Qui/qu'est-ce qui vous a aidé à arrêter ? (Plusieurs réponses possibles)

- Professionnels de santé oui non - Substituts nicotiniques oui non
- Cigarette électronique/Vaporette oui non - Entourage oui non
- Traitement médicamenteux oui non - Hypnose oui non
- Autre :

DERNIERES QUESTIONS POUR LES FUMEURS ACTUELS

1. Pensez-vous être dépendant au tabac ? oui non

2. Le matin, combien de temps après vous être réveillé, fumez-vous votre première cigarette ?
 dans les 5 minutes 6-30 min 31-60 min > 60 min

3. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (par exemple cinémas, bibliothèques etc) ? oui non

4. A quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ?
 à la première de la journée à une autre

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

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

7. Entourez le chiffre correspondant :

5 = toujours 4 = Souvent 3 = Moyennement 2 = Parfois 1 = Jamais

a	Les cigarettes m'aident à rester éveillé(e), concentré(e), efficace	5	4	3	2	1
b	C'est agréable de tenir une cigarette entre les doigts	5	4	3	2	1
c	Fumer est pour moi une détente	5	4	3	2	1
d	J'allume une cigarette quand je suis soucieux(se), contrarié(e)	5	4	3	2	1
e	Quand je n'ai plus de cigarettes, je cours en acheter	5	4	3	2	1
f	Je ne remarque même plus quand je fume, c'est tout à fait automatique	5	4	3	2	1
g	Je fume pour me donner du courage, pour me mettre en forme	5	4	3	2	1
h	Le simple fait d'allumer une cigarette procure aussi du plaisir	5	4	3	2	1
i	Il y a une quantité de plaisirs dans l'acte de fumer	5	4	3	2	1
j	Je fume quand je suis mal à l'aise ou quand je suis énervé(e)	5	4	3	2	1
k	Je ne suis pas dans le coup quand je ne fume pas	5	4	3	2	1
l	J'allume une cigarette alors qu'une autre brûle dans le cendrier	5	4	3	2	1
m	Je fume pour retrouver mon entrain	5	4	3	2	1
n	J'ai du plaisir à regarder les volutes de la fumée	5	4	3	2	1
o	Je fume quand je me sens bien détendu(e)	5	4	3	2	1
p	Je fume pour oublier quand j'ai le cafard	5	4	3	2	1
q	Quand je n'ai pas pu fumer pendant un moment, le désir devient irrésistible	5	4	3	2	1
r	Je constate parfois avec étonnement que j'ai une cigarette dans la bouche	5	4	3	2	1

8. Votre consommation de tabac vous pose-t-elle problème ?
 oui non ne sais pas

9. Avez-vous envie d'arrêter de fumer ? oui non ne sais pas

10. Sur une échelle de 0 à 10, à quel point est-il important pour vous d'arrêter de fumer ?

0 signifie que ça n'est pas du tout important pour vous, 10 signifie que c'est extrêmement important pour vous ; les notes intermédiaires servent à nuancer votre réponse.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Sur une échelle de 0 à 10, jusqu'à quel point vous sentiriez-vous capable d'arrêter de fumer ?

0 signifie que vous ne vous sentez pas du tout capable, 10 signifie que vous vous en sentez tout à fait capable; les notes intermédiaires servent à nuancer votre réponse.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. Avez-vous le projet d'arrêter ? oui non

Si oui, quand ? dans le mois à venir dans les 6 prochains mois

dans les 12 prochains mois dans un avenir non déterminé

13. Quelles en seraient les raisons ?

trop cher honte raisons de santé autre :

14. Avez-vous déjà tenté d'arrêter de fumer ? oui non

Si oui, combien de fois ? 1-2 fois 3-5 fois > 5 fois

15. Un professionnel de santé a-t-il déjà discuté avec vous de l'arrêt du tabac ou de vos tentatives s'il y en a eu ? oui non

Si oui, qui ? (Plusieurs réponses possibles)

médecin généraliste infirmier spécialiste des addictions autre :

16. Un professionnel de santé vous a-t-il proposé les aides suivantes ?

- Substituts nicotiques oui non - Traitement médicamenteux oui non

- Cigarette électronique/Vaporette oui non - Hypnose oui non

- Autre :

17. Avez-vous déjà discuté avec un membre de votre entourage de l'arrêt du tabac ou de vos tentatives s'il y en a eu ? oui non

18. Pensez-vous que votre entourage vous soutiendrait si vous arrêtez de fumer ?

tout à fait un peu pas du tout

19. Considérez-vous une hospitalisation comme une occasion pour essayer d'arrêter de fumer ?

tout à fait éventuellement pas du tout ne sais pas

20. Pensez-vous que des entretiens réguliers par les soignants autour du tabac aideraient à arrêter ?

oui non ne sais pas

Commentaires libres :

Un TRES GRAND MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION !

Si vous souhaitez parler de votre consommation de tabac avec vos médecins ou les soignants, n'hésitez pas.

Titre: Niveau d'information sur le tabac et accès aux aides pour sevrage des personnes consultant en psychiatrie : étude transversale en comparaison avec des personnes consultant en endocrinologie et en addictologie

Objectifs: étudier le niveau d'information sur le tabac des patients en psychiatrie, leur profil tabagique, leur motivation au sevrage et l'accès aux aides, en les comparant avec ceux de patients en addictologie ou ayant une maladie chronique. **Méthode:** étude observationnelle multicentrique transversale auprès de patients en psychiatrie, addictologie ou endocrinologie, par auto-questionnaire. **Résultats:** 249 personnes ont participé, 55 en psychiatrie, 134 en addictologie et 60 en endocrinologie. Respectivement, 53%, 77% et 22% étaient fumeurs actifs. La totalité des participants pensent que le tabac est dangereux pour la santé. Plus de 30% des patients en psychiatrie considéraient que l'arrêt du tabac entraîne une aggravation des troubles psychiatriques. 46% des fumeurs en psychiatrie ont envie d'arrêter de fumer et 20% dans le mois à venir. Les TNS et la cigarette électronique sont utilisés par plus de 60% des consultants en psychiatrie ou en addictologie. Six fumeurs sur dix ont discuté de l'arrêt du tabac avec un professionnel de santé, quel que soit le groupe. **Discussion:** les patients en psychiatrie sont plutôt bien informés des risques et généralités sur le tabac. L'impact du tabagisme sur les maladies psychiatriques était moins connu, même en psychiatrie. Plus de la moitié des fumeurs consultants en psychiatrie sont motivés pour initier un sevrage tabagique. Ils ont un accès aux aides comparable aux autres groupes. **Conclusion:** le retard pris par la psychiatrie sur la prévention et la prise en charge du tabagisme semble avoir été rattrapé. Il est désormais nécessaire d'aller plus loin et d'intégrer la spécificité de cette population.

Mots clés: psychiatrie, tabac, niveau d'information, dépendance nicotine, sevrage tabagique, motivation, addictologie, endocrinologie

Title: Level of information on smoking and access to cessation aids for people consulting in psychiatry: cross-sectional study in comparison with people consulting in endocrinology and addictology

Objectives: To study the level of tobacco information of psychiatric patients, their smoking profile, their motivation for withdrawal and access to aids, comparing them with those of patients in addiction or with chronic illness. **Method:** cross-sectional observational study of patients in psychiatry, addiction and endocrinology, by self-questionnaire. **Results:** 249 people participated, 55 in psychiatry, 134 in addiction and 60 in endocrinology. Respectively, 53%, 77% and 22% were active smokers. All participants think that tobacco is dangerous for health. More than 30% of psychiatric patients considered smoking cessation to lead to a worsening of psychiatric disorders. 46% of smokers in psychiatry want to quit smoking and 20% in the coming month. NRTs and e-cigarettes are used by more than 60% of psychiatry or addiction consultants. Six out of ten smokers discussed stopping smoking with a health professional, regardless of the group. **Discussion:** Psychiatric patients are quite well informed about the risks and generalities of smoking. The impact of smoking on psychiatric illnesses was less known, even in psychiatry. More than half of psychiatric smoking consultants are motivated to initiate smoking cessation. They have access to help comparable to other groups. **Conclusion:** The delay taken by psychiatry in the prevention and management of smoking seems to have been caught up. It is now necessary to go further and integrate the specificity of this population.

Keywords: psychiatry, tobacco, level of information, nicotine addiction, smoking cessation, motivation, addiction, endocrinology

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine
75270 Paris cedex 06