



Tabacologie pour le généraliste

Jodoigne, Couvent de La Ramée, le 17 septembre 2011

Pourquoi tant de fumeurs en psychiatrie?

Il existe 5 fois plus de fumeurs au sein de la population atteinte de troubles psychiatriques que dans la population générale. De plus, les patients atteints de maladies psychiatriques meurent majoritairement d'affections liées au tabagisme. Il est démontré que la mortalité cardiovasculaire des patients psychiatriques est 6 fois supérieure à celle de la population générale. La mortalité respiratoire, quant à elle, est 5 fois supérieure. Parmi ces patients, les plus grands fumeurs sont les personnes atteintes de troubles bipolaires et les psychotiques.

Durant des années, le lobbying de l'industrie cigarettière a diffusé de fausses informations afin de faire croire que les patients psychiatriques ne devaient pas être sevrés. Cela est totalement faux. Cependant, aujourd'hui encore, le milieu médical psychiatrique ne s'occupe que peu ou pas de la question du tabagisme des patients qu'il prend en charge. Est-ce bien éthique?

De même, aujourd'hui encore, nous manquons d'études scientifiques sur les programmes de sevrage adaptés aux patients psychiatriques. L'essentiel de la littérature scientifique spécifique à la prise en charge du sevrage tabagique auprès des malades psychiatriques se résume à quelques «case reports».

Actuellement, la baisse du tabagisme au sein de la population générale associée aux difficultés rencontrées par les patients «psy» pour arrêter leur tabagisme entraîne une forte augmentation de la proportion de patients psychiatriques parmi les fumeurs. Cela augmente donc aussi la probabilité pour chaque médecin généraliste d'en rencontrer et de devoir les aider.

Les raisons de l'usage intensif du tabac par les patients atteints de troubles psychiatriques sont multiples et bien identifiées.





Le tabac exerce un effet de plaisir et de bien-être, recherché par tous les fumeurs mais encore plus par ceux qui rencontrent des difficultés psychiques. Le tabagisme stimule les fonctions cognitives et devient donc une forme d'auto-médication particulièrement auprès des schizophrènes. Le tabac est également un régulateur positif de l'humeur car la nicotine augmente la libération de sérotonine et une autre substance de la fumée exerce un effet IMAO-like. Ces effets expliquent en grande partie l'usage de la cigarette comme auto-médication dans la dépression. Un effet pervers du tabagisme est son effet sur l'anxiété: le tabac diminue l'anxiété perçue durant quelques minutes via une relaxation musculaire et l'exercice respiratoire demandé par «la fume». Mais à long terme, la cigarette augmente le niveau global d'anxiété du fumeur. De plus, le tabac est antalgique. Il exerce aussi un effet anorexigène recherché par de nombreuses fumeuses et qui est aussi à l'origine du plus fort taux de rechute des femmes par rapport aux hommes en cas de sevrage. [TVdS]

D'après l'atelier «Tabac et troubles psychiatriques» du Dr Vincent LUSTYGIER, psychiatre et tabacologue à Brugmann (site Horta) à Laeken

Dépression liée au sevrage tabagique

Le sevrage tabagique s'accompagne d'une sensation dépressive avec dysthymie chez 31% des patients quand ils n'ont pas d'antécédent dépressif. Par contre, s'il existe des antécédents de dépression, c'est 75% des patients qui vont connaître cette réaction dépressive au sevrage. Cette réaction peut augmenter

jusqu'à 30 jours après l'arrêt des habitudes tabagiques puis s'améliore rapidement. Elle est malheureusement à l'origine de multiples rechutes. Les SSRI sont peu efficaces pour contrecarrer ou prévenir cette réaction dépressive qui trouve son origine dans un trouble noradrénergique. La nortriptyline a démontré son utilité tant pour prévenir ce type de réaction que pour l'aide au sevrage, même en l'absence de dépression. L'orateur explique que, dans son expérience personnelle, la mirtazapine, la venlafaxine, la duloxétine et la réboxétine peuvent également être efficaces afin d'aider nos patients confrontés à ce type de réaction dysthymique.

En cas d'antécédent dépressif, le médecin doit envisager la prescription d'une petite dose d'antidépresseur afin de prévenir l'apparition de cette dépression liée au sevrage. La prise de l'antidépresseur doit débuter dès avant le sevrage lui-même et sera augmentée en cas d'apparition de symptômes dépressifs au cours du suivi du sevrage. Dans tous les cas, il est impératif de suivre très régulièrement (1X/semaine) ses patients en cours de sevrage tabagique s'ils ont connu des épisodes dépressifs antérieurs. [TVdS]

D'après l'atelier «Tabac et troubles psychiatriques» du Dr Vincent LUSTYGIER, psychiatre et tabacologue à Brugmann (site Horta) à Laeken

Trouble anxieux et arrêt du tabac

Les fumeurs présentant des troubles anxieux peuvent rencontrer des difficultés durant les premières semaines du sevrage tabagique. Il faut éviter de leur prescrire des benzodia-

zépines en raison du risque de dépendance et d'accoutumance. L'expert suggère de faire préparer des gélules de trazodone à la dose de 15 mg. Le patient sera autorisé à utiliser ces gélules en cas d'anxiété importante de 1 à 6 X/24 heures. (TVdS)

D'après l'atelier «Tabac et troubles psychiatriques» du Dr Vincent LUSTYGIER, psychiatre et tabacologue à Brugmann (site Horta) à Laeken

Schizophrénie et tabagisme

La schizophrénie est associée à un fort taux de tabagisme. Non seulement, 60 à 90% des patients schizophrènes sont fumeurs mais ils fument de plus grandes quantités et présentent une plus forte dépendance que les autres fumeurs. Une seule exception, les patients atteints de troubles bipolaires qui, eux, sont encore plus dépendants.

Il n'existe pas de larges études évaluant la meilleure prise en charge du sevrage tabagique auprès des schizophrènes. Toutefois, il existe un consensus d'experts français donnant quelques recommandations. Il faut débiter tout sevrage tabagique à distance d'un épisode aigu. Les troubles cognitifs ralentissent et compliquent les sevrages. Le sevrage avec substituts nicotiques (SN) est recommandé mais si le sevrage est impossible, une réduction de la consommation grâce aux SN est conseillée. L'association de patchs de nicotine et de comprimés à laisser fondre en bouche est plus efficace que l'usage exclusif de patchs. La position de la varénicline dans le sevrage tabagique des patients schizophrènes n'est pas encore connue. Il existe des

données qui démontrent que plus le patient a débuté jeune son tabagisme, plus le sevrage sera difficile, même s'il est très motivé. Dans tous les cas, une approche pluridisciplinaire est plus efficace. En règle générale, médecin, psychologue, diététicienne, kiné respiratoire et sophrologue sont nécessaires pour obtenir un taux d'abstinence de 50%. L'inhalation de fumée de tabac (hydrocarbures aromatiques polycycliques) accélère la métabolisation des antipsychotiques. En cas de sevrage tabagique, il est donc recommandé d'adapter à la baisse (-25%) les doses d'olanzapine et de clozapine. Par contre, il ne faut pas modifier les doses des antidépresseurs, sauf pour la fluvoxamine (-25% aussi). (TVdS)

D'après l'atelier «Tabac et troubles psychiatriques» du Dr Vincent LUSTYGIER, psychiatre et tabacologue à Brugmann (site Horta) à Laeken

Aide au sevrage chez les usagers de cannabis

Les fumeurs de cannabis et les patients psychotiques rencontrent plus de difficultés lors de leurs tentatives d'arrêt du tabac. Une aide médicamenteuse peut leur être proposée sous la forme de gélules de quétiapine dosée à 50 mg et à faire préparer par le pharmacien. Ces gélules sont à utiliser de 1 à 3 fois par jour. (TVdS)

D'après l'atelier «Tabac et troubles psychiatriques» du Dr Vincent LUSTYGIER, psychiatre et tabacologue à Brugmann (site Horta) à Laeken





Tabagisme de la grossesse

En Belgique, 22 à 25% des femmes enceintes fument. Les effets toxiques sur la mère et son enfant sont liés à la nicotine et ses effets vasoconstricteurs mais surtout au monoxyde de carbone (CO) et son énorme affinité pour l'hémoglobine (Hb). Le CO présente une affinité pour l'Hb 250 fois supérieure à celle de l'oxygène. Mais en plus, son affinité pour l'Hb fœtale est bien supérieure à celle pour l'Hb maternelle. De ce fait, la majorité du CO inhalé par la maman se retrouve fixée à l'Hb de l'enfant. Les effets sur la femme et sur l'enfant sont majeurs. Une fumeuse devra attendre 3 à 4 fois plus de temps pour tomber enceinte, augmentera de 25% son risque d'avortement au 1er trimestre et doublera son risque d'hématome rétroplacentaire, son risque de prématurité, de dysmaturité et le risque de mortalité. Les risques de placenta prévia, de malformations (surtout cardiaques et fentes labio-palatines), de petit poids de naissance et de troubles du SNC sont aussi significativement augmentés. Pour l'enfant né d'une mère fumeuse, les risques perdurent avec 4 fois plus d'infections des voies respiratoires (bronchites, bronchiolites, otites moyennes), un risque accru d'asthme, de certaines tumeurs pédiatriques, d'hyperactivité, d'arriération mentale idiopathique, de réduction des performances cognitives et aussi de mort subite. (TvdS)

D'après l'atelier «Tabac et grossesse» du Dr Véronique GODDING, pneumo-pédiatre et tabacologue à Saint-Luc, Woluwé.

Faut-il arrêter de fumer durant la grossesse?

La réponse est évidemment affirmative, bien que de nombreuses femmes croient encore le contraire. De plus, la période de la grossesse est un bon moment pour tenter un arrêt car la motivation de la future maman est excellente. Les études confirment d'ailleurs que la grossesse est la période de la vie durant laquelle la probabilité d'arrêter définitivement le tabac est la meilleure. Aux USA, 50% des femmes enceintes et fumeuses tentent d'arrêter le tabac. Durant la grossesse, jusqu'à 80% des fumeuses diminuent leur consommation. Plus de 10% (jusqu'à 16% parfois) des femmes enceintes arrêtent de fumer, 1/3 stoppe d'elles-mêmes et 2/3 avec une aide. Malheureusement, dans l'année qui suit l'accouchement plus de 50% des femmes ayant stoppé le tabac reprennent leurs habitudes tabagiques.

La grossesse est un moment clé de la vie d'une femme au cours duquel il faut favoriser l'arrêt. Chacun des intervenants médicaux (gynécologue, médecin traitant, sage-femme) doit en parler avec la patiente et lui adresser des messages positifs vis-à-vis d'une démarche d'arrêt. En effet, un arrêt durant la grossesse, quel qu'en soit le moment, diminue les risques présents de manière très significative. (TvdS)

D'après l'atelier «Tabac et grossesse» du Dr Véronique GODDING, pneumo-pédiatre et tabacologue à Saint-Luc, Woluwé.

Comment sensibiliser sans culpabiliser?

Toujours demander à une femme enceinte si elle fume et idéalement mesurer à l'aide d'un détecteur de CO la quantité de monoxyde de carbone dans l'air expiré. Cette mesure permet une prise de conscience immédiate comme le fait une mesure de tension artérielle chez un hypertendu. L'impact est important auprès des patientes. De plus, cette mesure permet de détecter les patientes qui n'osent pas avouer qu'elles fument enceintes (25% des cas) et n'ont alors personne à qui parler de leur tabagisme et/ou de leur sentiment de culpabilité.

Il est nécessaire d'informer les patientes car plusieurs études démontrent que leurs connaissances sont partielles voire erronées. Il est utile de donner une information sur les effets et les risques pour l'enfant, les bénéfices d'un arrêt durant la grossesse et l'existence de professionnels de santé qui peuvent réellement aider en cas de difficultés. Ces professionnels peuvent être le médecin traitant ou le tabacologue. Ne pas hésiter à répéter les messages clés lors de chaque rencontre ultérieure avec la patiente. Dans le cadre de la diminution des risques pour l'enfant, le médecin peut même proposer à la patiente de faire l'effort d'un arrêt juste le temps de sa grossesse et de reprendre après l'accouchement si elle le désire (ce qui est la règle dans 50 à 80% des cas).

Si la patiente est prête à tenter un arrêt, il faut l'encourager, l'accompagner et si des difficultés sont prévisibles, ne pas hésiter à la confier à un tabacologue de proximité qui pourra lui consacrer beaucoup de temps pour l'aider. La

liste des tabacologues reconnus est disponible sur le site www.tabac.ssmg.be.

Il faut prévoir des difficultés chez les femmes:

- dont le conjoint est fumeur ;
- en situation de précarité ;
- avec une charge de travail importante ;
- ayant un niveau d'étude faible ;
- souffrant de dépression ou d'anxiété ;
- victimes de violence (actuelle ou passée) ;
- ayant des co-dépendances (alcool ...) ;
- avec une grossesse non désirée. (TvdS)

D'après l'atelier «Tabac et grossesse» du Dr Véronique GODDING, pneumo-pédiatre et tabacologue à Saint-Luc, Woluwé.

Que proposer à une fumeuse enceinte?

Les interventions et accompagnements multiplient par 4 les chances d'un sevrage durant la grossesse par rapport à un conseil minimal. Notons d'emblée, pour déculpabiliser les soignants, que 60% des femmes n'iront pas au-delà d'un premier rendez-vous d'aide au sevrage ! En effet, toutes ne sont pas prêtes, même en cas de grossesse.

Certaines molécules sont formellement contre-indiquées en cas de grossesse: bupropion, varénicline et nortriptyline. Les interventions efficaces combinent un soutien cognitivo-comportemental avec une substitution nicotinique discontinue et un suivi régulier. Adapter la dose de substitution aux besoins réels de la patiente nécessite un dosage de cotinine urinaire avant arrêt et après substitution. La SN comportera des patchs de journée (patch de 16H ou patch de 24H à enlever au coucher)





ainsi que des gommes ou des tablettes en cas de besoin. (TvdS)

D'après l'exposé oral du Dr Pierre NYS, médecin généraliste et tabacologue à Bruxelles et l'atelier «Tabac et grossesse» du Dr Véronique GODDING.

Entretien motivationnel

Tout entretien motivationnel commence par la recherche d'une ambivalence chez nos patients fumeurs. Celle-ci est une sorte de lutte interne entre le souhait de changer ses habitudes et celui de les maintenir, ce qui pose problème. C'est un phénomène normal que le patient doit résoudre pour aller vers le changement. Le fumeur satisfait ne doit pas nous faire perdre trop d'énergie au risque de nous épuiser. Le but est de l'amener au stade de patient ambivalent et ensuite «prêt au changement». Dans le cycle de la motivation de Prochaska et di Clemente, la reprise du tabac n'est pas un échec et fait partie du processus d'arrêt en tant que tel. Le soignant doit veiller à ne pas tomber dans le piège d'une approche trop directive ; ce qui amènerait de

la résistance (hostilité, passivité, déni, minimisme, défaitisme). Résistance qui ne sera que renforcée si le médecin est dans un monologue ou donne des «recettes» de réussite. Deux moyens mémo-techniques ont été proposés pour nous aider. Le premier décrit du principe des 4 E ; Eviter le réflexe correcteur, Explorer et comprendre les motivations propres du patient, Ecouter avec empathie et Encourager l'espoir et l'optimisme du patient. Le second décrit la méthode OUVER ; utiliser des questions ouvertes, valoriser le patient, avoir une écoute réflexive et résumer la consultation. Un outil papier peut également être proposé. Il s'agit de la balance décisionnelle. Le soignant interroge le patient sur les avantages et inconvénients de continuer et d'arrêter de fumer.

L'entretien motivationnel est donc un style d'entretien directif et centré sur le patient, utilisé pour l'aider à trouver ses propres motivations au changement tout en explorant son ambivalence. (AB)

D'après l'exposé de Mme Valérie Hubens et du Dr Séverine Kerckx de l'organisation Promo santé et médecine générale.