

TABAGISME & SANTÉ MENTALE

Ce qu'il faut **SAVOIR**
Ce qu'il faut **FAIRE**

2^e édition

TABAGISME & SANTÉ MENTALE

Ce qu'il faut **SAVOIR**

Ce qu'il faut **FAIRE**

Directeur de publication : Nicolas Bonnet

Coordination de la première édition : Nicolas Bonnet, Anne-Cécile Cornibert

Coordination de la deuxième édition : Nicolas Bonnet, Marjorie Cadeville, Marianne Hochet

Secrétariat de rédaction : Maria Baraud

TRAVAIL RÉALISÉ GRÂCE AU SOUTIEN FINANCIER DU FONDOS NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS

OBJECTIF

Ce guide entend favoriser la diffusion des bonnes pratiques en tabacologie (*ce qu'il faut savoir – ce qu'il faut faire*) fondées sur les données de la recherche et les savoirs expérientiels, à l'attention des professionnels qui accompagnent les personnes atteintes de troubles en santé mentale.

Ont contribué à sa rédaction :

Adeline Bertsch (DGOS) | Alain Dervaux (centre hospitalier universitaire d'Amiens) | Amandine Quenson (centre psychothérapeutique de Nancy – Laxou) | Anne Pipon-Diakhaté (AFIT&A) | Anne-Laurence Le Faou (Société francophone de tabacologie – AP-HP hôpital européen Georges-Pompidou) | Armelle Crosse (réseau SAOME) | Bruno Mézerette (délégué régional du RESPADD en région Pays de la Loire - EPSM de la Sarthe) | Catherine Bernard (DGOS) | Catherine De Bournonville (centre hospitalier universitaire de Rennes) | Céline Pellegrini (centre hospitalier de Castelluccio) | Charlotte Glémarec (comité de Paris Ligue nationale contre le cancer) | Charlotte Kanski (comité de Paris Ligue nationale contre le cancer) | Christelle Garnier (centre hospitalier de l'Estran) | Christelle Magdelaine (AP-HP hôpital Corentin Celton) | Christine Faivre (hôpital Foch) | Christophe Cutarella (clinique Saint-Barnabé) | Christelle Peybernard (établissement public de santé Barthélemy-Durand) | Claire Brault (Le petit vapoteur) | Clément Picot Ngo (OFDT) | Elise Charlot (centre hospitalier de Castelluccio) | Fatima Thor (AP-HP) | Frédéric Ketterer (OFDT) | Hélène Defay Goetz (centre hospitalier du Rouvray) | Isabelle Hamm (AFIT&A, réseau santé mentale – Bellelay) | Jean-Yves Breurec (administrateur du RESPADD en Normandie - centre hospitalier de l'Estran) | Julien Bouvret (GAFC - centre hospitalier spécialisé Saint-Ylie Jura) | Juliette Lévêque (centre hospitalier universitaire de la Martinique) | Laurence Petri (ARS Hauts de France) | Laurent Fauque (centre hospitalier de Saumur) | Malina Sassady (EPSM du Loiret Georges-Daumezon) | Maria-Josepha Polonio Garcia (EPSM de la Sarthe) | Marie Van Der Schueren (administratrice du RESPADD - centre hospitalier universitaire de Caen Normandie) | Marie-Ange Testelin (administratrice du RESPADD - Hauts de France addictions) | Marion Sylvain (CRES PACA) | Martine Valadié Jeannel (médecin spécialiste de santé publique, addictologue) | Mohammed Kassiss (centre hospitalier de Saumur) | Olivier Smadja (Santé publique France) | Pascale Heredia Rodier (centre hospitalier Gérard Marchant) | Raphaële Goujat (CSAPA d'Orsay) | Romain Lamort (centre hospitalier d'Argenteuil) | Samir Atroun (délégué régional du RESPADD en région Île-de-France - centre hospitalier des 4 villes – Sèvres/Saint-Cloud) | Sandrine Brindejone (AP-HP) | Sophie Darcy (AFIT&A – centre hospitalier intercommunal Robert Ballanger – Aulnay-sous-bois) | Wajdi Mehtelli (AP-HP hôpital Lariboisière) | Yves Morriet (ARS Centre Val-de-Loire)

Citation recommandée

BONNET N, CADEVILLE M, HOCHET M, Tabagisme et santé mentale, Paris, RESPADD, mai 2023, 58 pages.

© Edition Respadd, 2023

www.respadd.org

Pour commander le livret :

commande@respadd.org

Couverture et mise en page : Bernard Artal Graphisme

Impression : mai 2023 – Imprimerie Peau, Berd'huis

Dépôt légal : mars 2020 – Exemple gratuit, ne peut être vendu

ISBN 978-2-9550677-7-2

Sommaire

	Page	Onglet
Préambule	2	
Tabagisme et santé mentale	3	1
1/ Le tabagisme en santé mentale	3	
2/ Les principales pathologies en santé mentale	4	
3/ Les spécificités de la prise en charge du tabagisme en santé mentale	7	
4/ Réglementation	10	
Pharmacologie	13	2
1/ Les interactions pharmacocinétiques	13	
2/ Les interactions pharmacodynamiques	13	
Intervenir – Repérage	16	3
1/ La dépendance au tabac	16	
2/ Le repérage précoce intervention brève motivationnelle en tabacologie	18	
Intervenir – Accompagnement vers le sevrage	22	4
1/ Les différents types d'accompagnement au sevrage tabagique	22	
2/ L'organisation du suivi du fumeur	31	
3/ Les bénéfices de l'arrêt de la consommation de tabac ..	32	
4/ Consommations associées	34	
5/ Promotion de la santé	35	
Évaluation : indicateurs d'efficacité, coût-efficacité ...	36	5
Conséquences sociales et événements indésirables liés au tabac en établissement de santé	37	
Annexes	39	6
1/ Points clés pour la mise en place d'un Lieu de santé sans tabac	39	
2/ Quelques messages clés	39	
3/ Cas cliniques	41	
4/ Les outils du RESPADD	42	

Préambule

Proposer de ne parler que de tabac dans un contexte addictologique globalisant peut sembler daté. Pourtant, la consommation de tabac est à ce titre singulière tant par la place qu'elle occupe dans la société, dans la relation soignant-soigné en psychiatrie, que par le peu de modification de l'état de conscience pour un produit néanmoins hautement addictogène.

Pour rencontrer les consommateurs de tabac en établissement de santé mentale et leur proposer des soins, il convient de composer avec diverses croyances et idées reçues.

Vouloir et pouvoir se distinguent en addictologie, lorsque la seule intention ne permet pas le changement de comportement. Proche de la question de volonté dans le changement, la question de la demande d'aide ou de soin apparaît souvent comme le préalable à l'intervention. Or, une telle sollicitation expresse n'apparaît presque jamais. L'absence de demande explicite pour ne pas proposer des soins fait le lit de la négligence et du défaut d'assistance. Les soignants interviennent principalement sur deux types de sollicitations : les plaintes et demandes des patients, parfois médiées par des tiers, et la représentation que le soignant se fait de la souffrance d'autrui. Il est nécessaire de devancer la demande de soin par un *aller-vers*, en prenant l'initiative de *parler de tabac à des patients qui ne demandent rien*. La question est incongrue en elle-même, car laisserait-on en souffrance quelqu'un qui ne demande pas d'aide, sous prétexte de respecter son intimité, sa liberté ou par humanisme ? Même si l'entretien structuré est inadéquat lors de l'admission, il est indispensable de prendre en charge le syndrome de manque du patient fumeur en lui proposant une substitution le plus tôt possible.

Un entretien immédiat est rarement opportun au moment de l'arrivée à l'hôpital en contexte de crise. Celle-ci peut constituer une situation traumatique dans l'histoire de vie de la personne. L'hospitalisation fait effraction et rupture dans son parcours. La baisse des défenses habituelles contribuera à la formulation de ce qui est rarement exprimé dans un autre contexte. L'intervenant proposera de transformer une contrainte en opportunité d'échange. Oser parler de tabac à celui ou celle qui ne demande rien est un acte soignant à part entière.

L'état de santé n'a rien de spécifique en tabacologie. Il recouvre toujours un état de santé physique, mental et social tel que l'Organisation mondiale de la santé l'a défini. Ici aussi les soins visent à améliorer l'état de santé sur ces différents points sur le modèle biopsychosocial des addictions, que ce soit avant, pendant ou après une hospitalisation.

1 | LE TABAGISME EN SANTÉ MENTALE

En France, la consommation de tabac en population générale connaît une diminution continue depuis la fin du siècle dernier. Les personnes fumeuses atteintes de troubles en santé mentale fument quant à elles toujours autant et connaissent ainsi une espérance de vie réduite de 10 à 20 ans. Le tabagisme figure parmi les premières causes de mortalité prématurée et constitue un marqueur puissant d'inégalités sociales de santé. Cet état de fait justifie, à lui seul, que toute personne fumeuse atteinte de troubles en santé mentale soit accompagnée sans délai vers l'arrêt du tabac.

Les troubles en santé mentale se caractérisent généralement par un ensemble anormal de pensées, de perceptions, d'émotions, de comportements et de relations avec autrui. Parmi ceux-ci figurent ainsi la dépression, les troubles bipolaires, la schizophrénie et autres psychoses, les troubles anxieux, la démence, la déficience intellectuelle et les troubles du neuro-développement, dont l'autisme.

On sait aujourd'hui que les prévalences du tabagisme sont plus élevées dans certains troubles en santé mentale. On sait aussi que le taux de tabagisme augmente avec la sévérité de la pathologie. Les personnes atteintes de troubles en santé mentale fument significativement plus, présentent un degré de dépendance accru et sont ainsi davantage exposées aux risques et dommages associés au tabagisme.

Les études ayant estimé les taux de consommation de tabac par famille de troubles en santé mentale ont évalué des prévalences tabagiques allant jusqu'à 60 % chez les personnes atteintes de psychoses et jusqu'à 70 % chez les personnes accueillies en hospitalisation.

Conséquences du tabagisme des personnes atteintes de troubles en santé mentale :

- espérance de vie de 10 à 20 ans inférieure à la population générale,
- traitements médicamenteux moins efficaces,
- posologie des traitements plus importante,
- effets indésirables des traitements plus nombreux,
- mortalité associée au tabagisme accrue : taux de cancers et pathologies cardiovasculaires des personnes schizophrènes jusqu'à deux fois supérieurs aux taux observés en population générale,
- augmentation du risque de suicide et des troubles anxieux et dépressifs.

2 | LES PRINCIPALES PATHOLOGIES EN SANTÉ MENTALE

Remarque : la survenue d'une pathologie en santé mentale est toujours multifactorielle. Nous n'envisageons ici que l'impact lié au tabagisme

Épisode dépressif majeur (EDM)

Il existe un lien fort (corrélation) entre tabagisme et dépression⁽¹⁾. L'existence d'un tabagisme quotidien, mais aussi occasionnel ou passé à un moindre degré, est associée à un risque significativement plus élevé qu'en population générale de développer un épisode dépressif majeur. Ce risque est plus élevé chez les femmes. Enfin, il existe une association avérée entre tabagisme et risque suicidaire, plus marquée chez les femmes, persistant jusqu'à quatre années après l'arrêt et dose-dépendante (risque de suicide multiplié par deux chez les femmes jusqu'à 25 cigarettes par jour et multiplié par quatre au-delà).

Les troubles dépressifs (vie entière) concernent environ 20 % de la population en France. Le tabagisme actif est plus fréquent parmi les personnes ayant connu un épisode dépressif dans leur vie (37 %) ou dans les douze derniers mois (30 %) que les personnes qui ne présentent pas de troubles dépressifs (22 %). Inversement, on trouve deux fois plus d'antécédents dépressifs chez les fumeurs que chez les non-fumeurs.

Troubles bipolaires

La prévalence du tabagisme est deux à trois fois plus élevée qu'en population générale et les reprises de consommation fréquentes lors des phases dépressives. Plus globalement, une consommation de tabac entraîne une plus grande sévérité des troubles bipolaires et une fréquence accrue des épisodes maniaques et dépressifs⁽²⁾.

Troubles anxieux

Le tabagisme est fréquemment retrouvé chez les sujets souffrant d'une phobie sociale, d'une agoraphobie, d'un trouble panique, d'un trouble anxieux généralisé ou d'un trouble de stress post-traumatique, mais moins fréquent chez les personnes souffrant de troubles obsessionnels compulsifs. Il y a un double lien entre anxiété (qui est un des symptômes de sevrage) et le tabagisme qui augmente le

(1) Dervaux A, Laqueille X. Tabagisme et comorbidités psychiatriques. Presse Med. 2016; 45(12 Pt 1):1133-1140.

(2) Formulés à partir des 20 recommandations formalisées par la conférence d'experts de l'OFT « Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques », janvier 2009.

risque de développer ultérieurement un trouble anxieux. Ce risque décroît avec l'abstinence tabagique⁽³⁾.

Les personnes anxieuses qui perçoivent la cigarette comme un vecteur de lien social peuvent être particulièrement vulnérables à une plus forte dépendance à la nicotine.

Psychoses

Les psychoses, dont la schizophrénie, se caractérisent par une distorsion de la pensée, des perceptions, des émotions, du langage, du sentiment de soi et du comportement.

Troubles schizophréniques

La prévalence du tabagisme chez les personnes présentant des troubles schizophréniques est particulièrement élevée. Leur consommation de cigarettes et leur dépendance à la nicotine sont plus fortes. La fréquence du tabagisme chez les individus présentant des troubles schizophréniques varie de 64 à 93 % selon les études et les pays. On retrouve deux à trois fois plus de fumeurs en moyenne chez les patients souffrant de troubles schizophréniques qu'en population générale.

Chez les personnes présentant des troubles schizophréniques, plusieurs études ont mis en évidence le rôle à court terme de la nicotine dans la régulation de certaines altérations neurophysiologiques telles que les déficits de filtrage sensoriel. La normalisation de ces paramètres est liée à la stimulation d'un récepteur nicotinique particulier, le récepteur alpha-7. La prise d'antipsychotiques peut à la fois influencer le profil tabagique des personnes souffrant de schizophrénie et être influencée par le tabagisme. En effet, la fumée générée par la combustion du tabac interagit avec le métabolisme de plusieurs anti-psychotiques. La nicotine peut également atténuer certains effets indésirables liés à la prise de ces médicaments, en particulier la clozapine, l'olanzapine, la chlorpromazine et l'halopéridol. Ces éléments révèlent l'importance des interactions entre la schizophrénie, ses traitements et le tabagisme.

Une méta-analyse⁽⁴⁾, incluant 14 555 personnes fumeuses et 273 162 personnes non-fumeuses, suggère que le tabagisme quotidien est associé à un risque accru de psychoses et à l'apparition plus précoce des troubles psychotiques. Les fumeurs quotidiens psychotiques auraient ainsi vu apparaître leurs troubles en moyenne un an avant les non-fumeurs. Par ailleurs, une entrée précoce dans le tabagisme est

(3) Formulés à partir des 20 recommandations formalisées par la conférence d'experts de l'OFT « Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques », janvier 2009.

(4) Pedro Gurillo, MD, Dr Sameer Jauhar, MRCPsych, Robin M Murray, FRS, James H MacCabe, FRCPsych, Does tobacco use cause psychosis? Systematic review and meta-analysis, *The Lancet Psychiatry*, Volume 2, No. 8, p. 718-725, August 2015.

associée à un risque accru de développer une psychose. Les auteurs ont également souligné que la prévalence tabagique chez les personnes présentant un premier épisode psychotique était trois fois plus élevée que dans le reste de la population.

Les personnes fumeuses souffrant de troubles schizophréniques présentent un taux de mortalité lié à des causes évitables, comme le tabagisme, cinq fois plus élevé qu'en population générale. Le tabac constitue à cet égard la première cause d'excès de mortalité.

Les personnes fumeuses présentant des troubles schizophréniques sont sujettes généralement à une plus forte dépendance à la nicotine que les autres fumeurs et leur taux de succès lors du sevrage tabagique est environ deux fois moins élevé qu'en population générale.

Plusieurs hypothèses ont été proposées pour expliquer la haute prévalence du tabagisme chez les personnes souffrant de schizophrénie. La plupart d'entre elles tendent à décrire le tabagisme comme une forme d'automédication pour traiter certains symptômes de la maladie, particulièrement les symptômes négatifs ou déficitaires. Ces derniers sont caractérisés par le manque de motivation ou d'énergie, la diminution de l'affectivité et le retrait social. Les symptômes positifs comprennent les hallucinations, les idées délirantes et la désorganisation de la pensée ou du comportement. Le tabagisme peut également réduire les effets indésirables (extrapyramidaux et cognitifs) des traitements anti-psychotiques. Le tabagisme influence le fonctionnement physiologique du système nerveux central ce qui explique en grande partie l'implication du tabac dans le développement ou l'entretien des troubles en santé mentale.

3 | LES SPÉCIFICITÉS DE LA PRISE EN CHARGE EN SANTÉ MENTALE

Du fait de symptômes de sevrage plus intenses, de degrés de dépendance plus sévères, l'accompagnement des personnes atteintes de troubles en santé mentale vers l'arrêt du tabac devra être envisagé sur le long terme. Il conviendra :

- d'anticiper les reprises du tabagisme comme possibles,
- de valoriser toutes les tentatives d'arrêt et de réduction du tabagisme⁽⁵⁾.

Le processus de prise en charge du tabagisme nécessite un lien de confiance entre l'équipe soignante et les personnes, un suivi régulier et prolongé et l'utilisation de substituts nicotiques à fortes doses et pour des périodes plus longues qu'en population générale^(6,7). Ainsi, la motivation à l'arrêt est aussi importante qu'en population générale⁽⁸⁾ et les chances de succès réelles, si un accompagnement adapté, individualisé et sur le long terme, est proposé.

i

Ce qu'il faut **SAVOIR**

Concernant les personnes fumeuses atteintes de schizophrénie, l'arrêt du tabac ne s'accompagne ni d'une aggravation de leurs difficultés d'attention, d'apprentissage verbal ou mémoire de travail, ni d'altération de leurs fonctions exécutives.

En comparant deux groupes d'individus, les fumeurs engagés dans une démarche d'arrêt et les fumeurs qui poursuivent leur consommation, sur 10 indicateurs (dont les symptômes dépressifs, les tendances suicidaires, les hospitalisations en santé mentale, les consommations d'alcool et de drogues illicites), plusieurs études ont relevé que les patients en sevrage tabagique ne subissent pas d'aggravation de leurs symptômes.

(5) Helping psychiatric patients to stop smoking, *Harvard Mental Health Letter*, sept 2008.

(6) Psychiatrie et gestion du tabagisme, pistes de réflexion, FARES, 2015.
<http://www.hopitalanstabac.be/images/documents/Psy-gestion-tabac-2015.pdf>

(7) Dervaux A, Laqueille X. Tabagisme et comorbidités psychiatriques. *Presse Med.* 2016; 45(12 Pt 1):1133-1140.

(8) Ruther T. *et al.*, EPA Guidance on tobacco dependence and strategies for smoking cessation in people with mental illness, *European psychiatry*, 29, p. 65-82.

Un nombre croissant de recherches confirme la faisabilité et l'efficacité d'un sevrage tabagique des patients présentant des troubles en santé mentale. Les équipes de terrain doivent être encouragées à mettre en place des dispositifs d'aide au sevrage tabagique afin qu'elles puissent identifier et suppléer aux symptômes de sevrage de leurs patients.

Les patients souffrant de troubles anxieux semblent ressentir plus intensément les symptômes liés au sevrage. Le fait de fumer peut avoir tendance à apaiser l'anxiété de ces patients à court terme. Cependant, à plus long terme, c'est l'inverse que l'on observe : l'anxiété augmente avec le tabagisme et laisse la place à des croyances du type « Je ne peux pas me passer du tabac, sinon mon anxiété augmente ». Chez les patients anxieux ou déprimés qui arrêtent de fumer, on peut observer des difficultés d'attention et d'apprentissage.

Les établissements de santé mentale constituent un espace où la mise en place de la politique Lieu de santé sans tabac sera décisive pour l'amélioration de la qualité de vie des patients et des personnels. Pour mettre en place une stratégie efficace et adaptée, il convient de porter une attention toute spécifique aux parcours de soins des patients.

Une organisation qui traduit une logique de parcours



La stratégie Lieu de santé sans tabac définit une prise en charge systématique et adaptée du tabagisme pour chaque patient hospitalisé et doit être connue et pratiquée par l'ensemble du personnel soignant. Dès son arrivée à l'hôpital, le patient fumeur doit pouvoir bénéficier d'une aide pour changer son comportement et cette démarche doit être similaire pour tous les patients entrant dans l'enceinte de l'établissement, y compris les personnes admises en soins ambulatoires : hospitalisation de jour, activités thérapeutiques à temps partiels ou consultations. Cela signifie qu'il est nécessaire de mettre en œuvre et de proposer aux patients toutes les possibilités pour entamer un sevrage (au moins temporaire le temps du passage à l'hôpital et dans l'idéal, définitif).

L'organisation de la prise en charge doit s'inscrire dans une logique de parcours et le passage à l'hôpital doit être envisagé comme une étape dans les parcours de santé et de vie des patients dans une perspective de promotion de la santé. L'organisation doit notamment s'attacher à penser les articulations avec les autres professionnels et dispositifs de soins en amont et en aval de la prise en charge.

La multiplicité des lieux de soins extra et intra-hospitaliers impactera la transmission des informations nécessaires à la mise en place d'une démarche continue d'accompagnement vers l'arrêt. La coordination des équipes intervenant auprès du patient devra faire l'objet d'une stratégie lisible.

Les hospitalisations sont parfois de longue durée. Celles-ci requièrent une approche intégrée du tabagisme qui prenne en compte le projet de vie du patient.

Les soins délivrés dans le cadre d'hospitalisations sans consentement et les éventuels recours à l'isolement constituent des situations spécifiques dans les prises en charge en établissement de santé mentale. L'usage de substituts nicotiques est fortement recommandé pour limiter le syndrome de manque induit par l'arrêt brutal de la consommation lors de l'isolement.



Ce qu'il faut **SAVOIR**

Le tabac contient de la nicotine, une substance très vite absorbée dans le sang. Dès son entrée dans le cerveau, la nicotine stimule la production de dopamine. Quand le taux de nicotine diminue dans le sang sous un certain niveau propre à chacun, apparaît la sensation de manque. Ce manque génère un stress jusqu'à ce qu'il soit comblé. Ce qui est ressenti au moment où le manque est comblé est perçu, à tort, comme un état d'apaisement. Pour les fumeurs présentant une pathologie en santé mentale, l'association entre la consommation de cigarettes et l'apaisement est encore plus prégnante. Cependant, le réconfort est éphémère et sur le long terme le tabagisme peut amplifier les troubles anxieux.

Les personnes fumeuses présentant une pathologie en santé mentale sont plus dépendantes au tabac. Plus la consommation de tabac est élevée, plus le risque de développer un trouble en santé mentale l'est aussi.

D'autres hypothèses suggèrent une vulnérabilité génétique commune ou encore le fait que le tabac atténue les symptômes associés aux troubles du comportement. Le tabagisme constituerait un moyen d'atténuer les symptômes de dépression, d'anxiété, d'ennui ou de solitude. Une autre explication serait dans le fait que les symptômes de sevrage sont plus intenses pour ces personnes et les arrêts moins nombreux ou plus fragiles, de ce fait. La prévalence élevée du tabagisme en établissement de santé mentale et sa fréquente tolérance par les soignants peut freiner la proposition d'aide au sevrage.

4 | RÉGLEMENTATION

Ce qu'il faut **SAVOIR**

i

CAS GÉNÉRAL

- Les établissements de santé sont soumis à une interdiction totale de fumer (articles L3512-8 et R3512-2 du Code de la santé publique – CSP) (cf. infra).
- Les locaux pour la consommation de tabac ne sont pas autorisés au sein des établissements de santé (article R3512-3 du CSP).
- La signalisation officielle, définie par arrêté du ministère de la Santé, doit être apposée de manière apparente dès l'entrée de l'établissement afin de rappeler cette interdiction. Elle est accompagnée d'un message sanitaire de prévention (article R3512-7 du CSP).
- Le non-respect des dispositions législatives et réglementaires peut avoir des conséquences pénales pour le responsable des lieux (article R3515-3 du CSP).

LIEUX EXTÉRIEURS

- Si l'établissement est destiné à l'accueil des mineurs (services ou hôpitaux pédiatriques, etc.), l'interdiction de fumer s'étend aussi aux espaces à l'air libre (article R3512-2 du CSP).
- Si l'établissement n'est pas destiné à l'accueil des mineurs, fumer n'est pas interdit par la loi à l'extérieur. Toutefois le règlement intérieur de l'établissement peut fixer des règles encadrant la possibilité de fumer à l'extérieur.

CHAMBRES

- En médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), en soins de suite et de réadaptation (SSR) et en établissement de santé mentale : le principe est celui de l'interdiction de fumer, les chambres étant assimilables à des lieux affectés à un usage collectif.
- En unité de soins de longue durée sanitaire (USLD) et dans les établissements médicosociaux avec hébergement gérés par un établissement de santé : **ces lieux sont assimilables à des espaces privés**, et donc en principe pas concernés par l'interdiction légale de fumer ; le règlement intérieur de l'établissement peut néanmoins fixer des règles encadrant la possibilité de fumer dans les chambres en long séjour.

- Pour se prémunir contre le risque incendie, il est recommandé d'adopter l'interdiction formelle de fumer dans les lits.
- Fumer reste interdit dans des chambres partagées entre plusieurs patients (lieux collectifs).
- Le personnel peut faire valoir son droit d'alerte, puis son droit de retrait, s'il estime que sa santé est mise en danger du fait d'être obligé de travailler dans un environnement enfumé.



Ce qu'il faut **FAIRE**

- Un engagement et une politique d'établissement volontaristes.
- La pratique systématique d'une évaluation et d'une prise en charge du tabagisme des personnes atteintes de troubles en santé mentale.

De plus en plus nombreuses, les expériences nationales et internationales montrent que cet accompagnement des patients est réalisable, moyennant une **formation adaptée des professionnels, un engagement fort et efficace de la direction de l'établissement/service et des personnels et un accompagnement individualisé sur le long terme au-delà du temps de l'hospitalisation.**



DATES CLÉS

En 1996, le Réseau hôpital sans tabac (RHST) est créé. Il rappelle que « la persistance du tabagisme à l'hôpital pose le problème de la crédibilité de l'institution et des personnels au regard de leur mission de santé publique ».

En 2006, le décret n°2006-1386 du 15 novembre fixe les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif : tous les lieux fermés et couverts qui accueillent du public ou qui constituent des lieux de travail, les moyens de transports collectifs, les espaces non couverts des écoles, collèges et lycées publics et privés, ainsi que des établissements destinés à l'accueil, à la formation ou à l'hébergement des mineurs.

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a élargi la liste des professionnels de santé pouvant prescrire des traitements nicotiques de substitution (TNS) et autorise, en plus des médecins et des sages-femmes, les médecins du travail, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes à les prescrire. Les sages-femmes bénéficient d'un élargissement de leurs droits de prescription de TNS à l'entourage de la femme enceinte ou accouchée.

L'année 2017 marque le déploiement de la politique *Lieu de santé sans tabac*, qui devient un axe majeur de la lutte contre le tabac du programme national de lutte contre le tabac (PNLT). C'est dans cette dynamique que s'inscrit la réalisation de ce guide.

Le plan national de santé publique-priorité prévention présenté en 2018 introduit le remboursement à 65 % des traitements nicotiques de substitution.

L'année 2023 marque la 2^e édition du programme national de lutte contre le tabac pour les années 2023-2025. L'accompagnement du déploiement de *Lieu de santé sans tabac* en reste une des grandes priorités.



Ce qu'il faut **SAVOIR**

Les interactions médicamenteuses sont des modifications de l'effet d'un médicament dues à une utilisation récente ou concomitante d'un ou de plusieurs autres médicaments, à l'ingestion d'aliments ou à la consommation d'autres composés, drogues ou xénobiotiques.

Une interaction médicamenteuse peut augmenter ou diminuer les effets de l'une ou des deux molécules impliquées. Les interactions cliniquement significatives sont souvent prévisibles et habituellement indésirables. Des effets indésirables ou un échec thérapeutique peuvent en découler.

1 | LES INTERACTIONS PHARMACOCINÉTIQUES

La pharmacocinétique, décrite parfois comme l'action de l'organisme sur un médicament, se réfère au devenir du médicament, depuis son entrée jusqu'à sa sortie de l'organisme, l'évolution en fonction du temps de son absorption, sa biodisponibilité, sa distribution, son métabolisme, et son excrétion : la pharmacocinétique d'un médicament détermine le début, la durée et l'intensité de son effet.

Dans les interactions pharmacocinétiques, un produit modifie habituellement l'absorption, la distribution, la liaison aux protéines, le métabolisme ou l'élimination d'un autre. Ainsi, la quantité et la persistance de la molécule disponible au niveau des récepteurs sont modifiées. Les interactions pharmacocinétiques modifient donc l'amplitude et la durée de l'effet, mais pas sa nature.

2 | LES INTERACTIONS PHARMACODYNAMIQUES

La pharmacodynamie, décrite comme l'action d'un médicament sur l'organisme, touche la liaison à des récepteurs, les effets de cette liaison et les interactions chimiques.

Dans les interactions pharmacodynamiques, un produit modifie la sensibilité ou la réponse tissulaire à un autre en déclenchant un effet identique (agoniste) ou un effet inhibiteur (antagoniste). Ces effets apparaissent habituellement au niveau du récepteur, mais peuvent également être au niveau intracellulaire.

Le professionnel de santé doit connaître tous les médicaments pris par son patient, y compris ceux prescrits par d'autres médecins, ainsi que les médicaments en vente libre, les produits à base de plantes, les compléments alimentaires et les drogues consommées, dont le tabac et l'alcool.

Implication en pharmacologie



Les hydrocarbures polycycliques issus de la combustion du tabac exercent une action inductrice enzymatique sur les cytochromes hépatiques, accélérant le métabolisme des antipsychotiques, d'où la nécessité d'augmenter les posologies des antipsychotiques et par là, les risques d'effets indésirables (en particulier dyskinésies tardives).

Le tabagisme entraîne ainsi des changements dans les paramètres pharmacocinétiques de plusieurs antipsychotiques, en augmentant la vitesse à laquelle ils sont métabolisés.

Les neuroleptiques olanzapine ou clozapine sont plus fortement dégradés chez les fumeurs avec des concentrations sériques pouvant diminuer jusqu'à 40 % par rapport aux non-fumeurs. À l'inverse, on retrouve deux fois plus de clozapine chez les ex-fumeurs n'ayant pas eu d'ajustement posologique avec même une aggravation des effets secondaires chez certaines personnes.

La chlorpromazine est l'antipsychotique le plus prescrit pour ses propriétés sédatives. La somnolence est majorée chez le non-fumeur, les effets sont moindres chez le fumeur. Des problèmes de surdosage peuvent apparaître chez les personnes traitées débutant une démarche de sevrage tabagique.

Les antidépresseurs tricycliques tels que l'imipramine, la nortriptyline et l'amitriptyline sont des antihistaminiques métabolisés par les cytochromes P450 CYP 2D6 dont l'activité est induite par le monoxyde de carbone. Pour une dose identique d'imipramine, le fumeur présente un état d'équilibre sanguin à 160 ng/ml contre 290 ng/ml chez le non-fumeur. Le métabolisme de l'imipramine augmente au contact de la fumée de cigarette avec une demi-vie plus courte chez les fumeurs.

La fluvoxamine est un antidépresseur. Il présente chez les fumeurs une concentration maximale plus basse, avec une augmentation de 25 % environ de son métabolisme. L'efficacité thérapeutique et la demi-vie de la molécule ne sont pas modifiées quant à elles. Il convient cependant de surveiller l'apparition éventuelle d'effets non voulus et d'ajuster la posologie en fonction.

L'activation sympathique induite par la nicotine atténue l'effet sédatif des benzodiazépines et la somnolence est plus importante chez les non-fumeurs que chez les fumeurs.



Ce qu'il faut FAIRE

Le tableau ci-dessous permet d'adapter la prise en charge et le suivi en fonction des traitements en cours, au moment du sevrage tabagique. Cette information ne remplace pas l'analyse précise de la clinique.

Classe de médicaments ou DCI	Effets du tabac	Actions à entreprendre à l'arrêt du tabac	Actions à entreprendre si reprise du tabac
Antidépresseurs tricycliques	Réduction plasmatique de 25 à 50 %	Suivi rapproché. Anticiper une réduction de la posologie de 10 à 25 % sur une semaine	Suivi rapproché. Considérer qu'il faut reprendre les doses antérieures
Benzodiazépines	Réduction des taux plasmatiques de 0 à 50 %	Accompagnement et suivi rapprochés. Anticiper une réduction de la posologie jusqu'à 25 % en une semaine	Accompagnement et suivi rapprochés avec augmentation des doses
Carbamazépine	Possibilité d'une réduction relative du taux plasmatique de carbamazépine	Mesure des taux plasmatiques	Mesure des taux plasmatiques
Clozapine	Réduction des taux plasmatiques jusqu'à 50 %. Cette réduction des taux plasmatiques peut être d'autant plus élevée si le patient est sous valproate	Dosage plasmatique avant l'arrêt. Diminuer ensuite progressivement la posologie de 25 % sur une semaine et refaire un dosage plasmatique	Dosage plasmatique avant la reprise du tabac. Réaugmenter la dose de clozapine à une dose équivalente à celle antérieure et répéter les dosages plasmatiques
Duloxétine	Les taux plasmatiques peuvent être réduits jusqu'à 50 %	Suivi rapproché. La posologie pourra être diminuée	Considérer une réintroduction du traitement aux doses antérieures
Halopéridol	Réduction plasmatique d'environ 20 %	Suivi rapproché. Réduire la posologie d'environ 10 %.	Represcrire les doses antérieures
Mirtazapine	Effet minimal probable	Suivi	Suivi
Olanzapine	Réduction des taux plasmatiques jusqu'à 50 %	Diminution de la posologie de 25 % et refaire un dosage plasmatique à J+7	Reprendre les doses équivalentes à celles de la période de consommation avec suivi plasmatique

Le repérage et la prise en charge du tabagisme doivent être systématiquement réalisés par tous les professionnels de santé. Ils s'appuient sur la mise en œuvre du conseil minimal d'aide à l'arrêt et la prescription de traitements nicotiques de substitution (TNS).

1 | LA DÉPENDANCE AU TABAC

A | TESTS POUR MESURER LA DÉPENDANCE TABAGIQUE

Il est important de pouvoir évaluer la dépendance tabagique avec des tests validés. Ces tests, bien qu'utiles, ne sont pas obligatoires et doivent s'intégrer dans la pratique usuelle des professionnels.

→ LE TEST DE FAGERSTRÖM SIMPLIFIÉ EN DEUX QUESTIONS (page 45)

Le test de Fagerström simplifié permet d'évaluer le dosage de nicotine nécessaire et d'anticiper les difficultés liées à l'arrêt.

→ LE CIGARETTE DEPENDENCE SCALE (CDS) (pages 46-47)

Le CDS est un autoquestionnaire permettant une prise de conscience et un engagement vers l'arrêt par le simple fait de le remplir. Il peut être mis à disposition dans les salles d'attente, dans les structures hospitalières ou structures médico-sociales, ou remis à la personne en amont/lors d'une consultation ou hospitalisation. Il permet d'ouvrir le dialogue : « je vois que vous avez répondu au questionnaire de dépendance tabagique, que pensez-vous d'en parler ? ».

B | ANALYSEUR DE MONOXYDE DE CARBONE DANS L'AIR EXPIRÉ – CO TESTEUR (cf. figure 1)

Il s'agit d'un examen non invasif, d'utilisation simple et rapide qui permet de mesurer le taux de monoxyde de carbone dans l'air expiré. Il doit être réalisé entre 30 et 90 minutes après la dernière cigarette et permet d'avoir un aperçu de la consommation de tabac sur les 24 dernières heures. Les valeurs sont exprimées en ppm (parties par millions).

Cette mesure peut être utilisée comme un outil motivationnel qui permet d'engager le dialogue sur la consommation de tabac, de valoriser et rendre concrets les réductions ou arrêts de consommation. Elle permet d'informer et de sensibiliser les fumeurs en établissant un lien entre le taux mesuré, l'importance de l'inhalation des cigarettes consommées, ainsi que d'informer les non-fumeurs sur les risques liés au tabagisme passif.

La prise en charge du tabagisme ne nécessite pas obligatoirement l'usage de l'analyseur de CO. C'est un outil supplémentaire, à condition qu'il soit intégrable dans la pratique usuelle du professionnel.



FIGURE 1
Analyseur de monoxyde de carbone
dans l'air expiré – CO testeur

C | PROFILS DE FUMEURS

Il existe différents profils de fumeurs avec des niveaux de dépendance et des niveaux socio-économiques variables.

Certains profils présentent une dépendance particulièrement importante : ce sont les *hardcore smokers* aussi appelés *fumeurs invétérés*.

Les *hardcore smokers* ont une forte consommation de cigarettes et sont très dépendants à la nicotine. Ils présentent souvent une vulnérabilité psychique, un trouble en santé mentale, une précarité socio-économique et un usage d'autres substances psychoactives. Ils ne sont pas déterminés à arrêter de fumer malgré la connaissance des risques encourus ou l'existence d'une pathologie en lien avec le tabac. L'arrêt est vu comme une « privation supplémentaire dans un contexte de vie dégradé. »

Sur ce public, la réduction des risques et des dommages peut être une proposition pertinente et plus acceptable, avec le passage, par exemple, au vaporisateur personnel.

Il est particulièrement important de repérer ces fumeurs pour pouvoir les accompagner et leur proposer une prise en charge spécifique et adaptée à leur profil tabagique. La réduction des consommations peut les préparer à l'arrêt qui doit rester l'objectif prioritaire afin de limiter les risques pour leur santé.

2 | LE REPÉRAGE PRÉCOCE INTERVENTION BRÈVE MOTIVATIONNELLE EN TABACOLOGIE (RPIB)

A | DÉFINITION

Le RPIB est une procédure de prévention visant à repérer un comportement de consommation de substance psychoactive et à entraîner un changement de celui-ci vers une baisse des consommations.

Appliqué à la tabacologie, le RPIB est une méthode de repérage du tabagisme et d'accompagnement vers l'arrêt adaptée au degré de motivation de la personne. Elle a été conçue pour aider les personnes à s'engager dans un changement de comportement car on sait que l'accompagnement par un professionnel permet d'augmenter les chances d'arrêt de 80 % par rapport à un fumeur qui arrête seul.

Le RPIB peut être effectué **par tout professionnel de la relation d'aide formé ou professionnel de santé** et peut être réalisé à tout moment, il n'est jamais trop tard pour le proposer. Le RPIB a fait ses preuves dans de nombreuses études.

Se rappeler que le RPIB se déroule en deux étapes :

- **le repérage** : c'est le recueil des consommations déclarées et l'évaluation des risques grâce à un questionnaire ;
- **l'intervention brève** : elle s'organise sous la forme d'un entretien structuré en 8 étapes :
 - 1 | Proposer et restituer le score du test de repérage
 - 2 | Expliquer le risque tabac
 - 3 | Parler de la consommation
 - 4 | Évaluer l'intérêt de la réduction du point de vue du patient
 - 5 | Exposer des méthodes utilisables pour réduire sa consommation
 - 6 | Proposer des objectifs, laisser le choix
 - 7 | Résumer l'entretien et donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation
 - 8 | Remettre de la documentation

L'intervention brève est rapide, efficace, simple ; orientée vers le changement ; basée sur la science ; efficiente ; structurée ; centrée sur la personne ; accessible et d'inspiration motivationnelle.

Taux d'abstinence après un an (en %) en fonction de l'intervention proposée

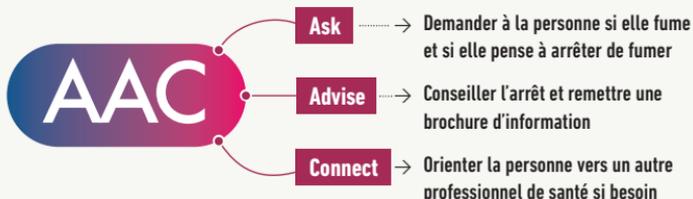
Aucune intervention	10,9
Intervention minimale (moins de 3 min)	13,4
Intervention brève (3 à 10 min)	16,0
Consultation plus approfondie (plus de 10 min)	22,1

Source : Ramseier CA, Bornstein MM, Saxer UP, Klingler K, Walter C. Prévention et sevrage tabagique au cabinet dentaire. Rev Mens Suisse Odontomastol. 2007; 117(3): 267-78.

Les méthodes de réalisation du RPIB

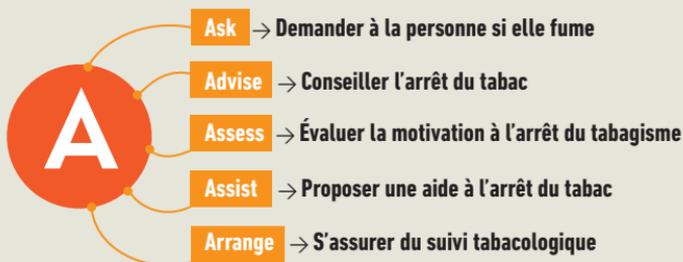
→ La méthode AAC

FIGURE 2 La méthode AAC



→ Pour les professionnels prescripteurs, il est également possible d'utiliser **la méthode des 5 A** ou **la méthode AAT**.

FIGURE 3 La méthode des 5 A



Le RPIB peut être résumé en appliquant la méthode des **5 A** : **Ask** (demander si la personne fume et si elle pense à arrêter de fumer), **Advise** (conseiller l'arrêt), **Assess** (évaluer la dépendance et la motivation à l'arrêt), **Assist** (aider, soutenir par des traitements appropriés et un accompagnement) et **Arrange** (assurer le suivi ou orienter).

FIGURE 4 La méthode AAT



B | ABORD DE LA PERSONNE FUMEUSE

Pour favoriser l'entrée en relation et l'alliance thérapeutique avec le fumeur et permettre un échange, il est indispensable :

- ▶ d'adopter une attitude bienveillante,
- ▶ d'adopter une attitude non directive et non jugeante,
- ▶ d'exprimer son empathie,
- ▶ de poser des questions ouvertes,
- ▶ d'éviter le discours magistral et le jargon médical,
- ▶ d'affirmer sa disponibilité,
- ▶ de laisser parler la personne et de l'aider à verbaliser sa façon de percevoir sa problématique en prenant en compte son savoir expérientiel.

Le dialogue sera d'autant plus efficace en évitant :

- ▶ la confrontation,
- ▶ de se mettre en position supérieure, magistrale, moralisatrice,
- ▶ de nier la compétence pratique et l'autonomie de la personne,
- ▶ de donner un cours, de vouloir être exhaustif,
- ▶ de poser des questions par curiosité.

La généralisation de ce repérage nécessite la mobilisation de l'ensemble des professionnels de santé qui doivent être formés et reconnus comme légitimes à agir. Cela sous-entend également le développement d'une culture de prévention chez l'ensemble des professionnels et étudiants en santé, une formation de ces derniers au repérage précoce et à l'intervention brève motivationnelle en tabacologie et une valorisation financière des actes liés à la tabacologie, que ce soit à l'hôpital ou en médecine de ville.

En abordant la question du tabac de manière systématique, les professionnels de santé peuvent aider une part importante des fumeurs à arrêter définitivement.



Chaque professionnel doit systématiquement aborder la question de la consommation tabagique :

- « Vous arrive-t-il de fumer ? »
- Si oui : « Avec votre accord, je vous propose d'évaluer votre dépendance ».

Pour évaluer la dépendance tabagique du fumeur, il est indispensable d'utiliser des tests validés, comme le test de Fagerström simplifié (cf. page 45) en deux questions ou le *Cigarette dependence scale* pour une évaluation complète (cf. pages 46-47).

Le score obtenu au questionnaire proposé est restitué à la personne afin d'engager la discussion. Cette dernière sera adaptée selon le niveau de dépendance de la personne. Les conséquences potentielles de la consommation de tabac ne sont pas en lien avec le niveau de dépendance : une dépendance modérée peut amener aux mêmes complications qu'une dépendance forte. Le RPIB sera conduit selon la méthode proposée dans le livret du RESPADD « Guide de l'intervenant » et illustré sur l'affiche présentant l'algorithme décisionnel page 57.

La substitution nicotinique est à proposer systématiquement à tous les patients hospitalisés établissement de santé mentale comme une aide dans le contexte d'hospitalisation (isolement et service fermé notamment) et non comme une « obligation » au sevrage.

Tabac à chauffer



Les nouveaux tabacs à chauffer sont élaborés pour maintenir un niveau élevé de dépendance à la nicotine chez le fumeur. Les données disponibles montrent que les tabacs chauffés libèrent autant de substances toxiques que les tabacs traditionnels fumés.

Les tabacs chauffés doivent être soumis aux mêmes règles que celles des produits du tabac fumé afin de protéger les non-fumeurs et ex-fumeurs.

Le marché de la nicotine et du tabac s'est beaucoup diversifié. Les produits de tabac chauffé induisent une pyrolyse et une combustion incomplète avec une température de chauffe pouvant atteindre les 330 degrés favorisant le dégagement de composés toxiques. Cette nouvelle manière de fumer comporte ainsi des risques pour la santé.

Intervenir – Accompagnement vers le sevrage

La prise en charge du tabagisme dans les lieux de santé doit être une priorité : le syndrome de manque constitue une souffrance pour la personne fumeuse et doit être systématiquement traité. Tous les lieux de santé sont des lieux privilégiés et propices à la prise en charge du tabagisme.

Les symptômes de sevrage peuvent être plus sévères chez les patients présentant des troubles en santé mentale. La reprise du tabac n'est pas rare et est une étape vers l'arrêt.

L'ensemble de ces conditions peut conduire à privilégier une approche souple et progressive pour un accompagnement visant une réduction du tabagisme lorsque l'arrêt immédiat de la consommation de tabac s'avère difficile. Cette réduction de la consommation peut renforcer le sentiment d'efficacité personnelle. Elle peut être facilitée par l'utilisation de substituts nicotiniques transdermiques et/ou oraux (gomme, comprimé, inhalateur, spray buccal) et/ou vaporisateur personnel.

1 | DIFFÉRENTS TYPES D'ACCOMPAGNEMENT AU SEVRAGE TABAGIQUE

Il est souvent nécessaire d'associer les médicaments d'aide au sevrage à des thérapies non médicamenteuses, des soins de support, des groupes de psychoéducation au tabac, des thérapies cognitivo-comportementales en fonction des besoins de la personne afin de prévenir et/ou limiter les reprises de consommation.

A | LES TRAITEMENTS NICOTINIQUES DE SUBSTITUTION (TNS)

Les TNS sont les traitements médicamenteux de première intention et peuvent être prescrits dans une stratégie d'arrêt immédiat.

Ils doivent être prescrits par des professionnels habilités afin d'être remboursés.

Différentes formes de substituts nicotiniques sont disponibles : formes transdermiques et formes orales. Il est important de proposer ces différentes formes aux personnes et de leur laisser le choix. Des idées reçues circulent sur les TNS et la dangerosité de la nicotine : il est important d'avoir un discours bienveillant en rassurant la personne sur ces médicaments et **leur rapport bénéfice/risque favorable**.

Il n'y a **pas de contre-indication associée à l'utilisation des TNS, mais un certain nombre de précautions d'emploi liées aux interactions médicamenteuses avec les médicaments prescrits dans le cadre de pathologies en santé mentale.** Le dosage des TNS doit être adapté aux besoins de la personne. Pour cela il est important d'évaluer l'efficacité de leur utilisation et leurs effets.

La posologie devra être adaptée et augmentée si la personne fume des cigarettes roulées.

Les TNS sont également accessibles sans ordonnance en pharmacie d'officine.

L'ensemble des TNS, leur mode d'emploi et les conseils d'utilisation sont décrits dans le guide « Premiers gestes en tabacologie » disponible auprès du RESPADD.

Ce qu'il faut **FAIRE**

DOSE INITIALE MINIMALE DE NICOTINE EN FONCTION DU NOMBRE DE CIGARETTES FUMÉES PAR JOUR : PATCHS EN MG / FORMES ORALES (FO)				
Nombre de cigarettes/jour	< 10 cig./j	11-20 cig./j	21-30 cig./j	> 30 cig./j
Dosage minimal en nicotine sur la base de 1 cigarette = au moins 1 mg nicotine	7 ou 14 (ou 10) / FO	21 (ou 15) / FO	21 + 14 (ou 25) / FO	21 + 21 (ou 15 + 15) / FO

FIGURE 5 | Posologie des TNS selon le nombre de cigarettes fumées

En cas de consommation de cigarettes roulées ou de joints, prévoir une augmentation des doses.

- 1 cigarette roulée = 4 mg de nicotine
- 1 joint de résine ou herbe de cannabis = 5 à 6 mg de nicotine

Se rappeler, particulièrement en service de santé mentale où les fumeurs ont tendance à « tirer » intensément sur les cigarettes, qu'une cigarette industrielle peut dégager jusqu'à 10 mg de nicotine.

Ce qu'il faut FAIRE



- Rassurer les personnes sur l'utilisation des substituts nicotiques pendant le traitement de leur pathologie.
- Rassurer sur l'absence de risque à fumer avec un TNS en cas de besoin impérieux.
- Rappeler que ce sont les produits de la combustion du tabac qui sont délétères pour la santé, notamment en termes de cancers, maladies cardio-respiratoires, etc.
- Mentionner la possibilité d'accompagnement à distance avec le site www.tabac-info-service.fr et le numéro 3989.

→ LES SYMPTÔMES DU SOUS-DOSAGE

Ce qu'il faut SAVOIR



- Ils sont fréquents.
- Ils peuvent se traduire par des craving, de la nervosité, de l'irritabilité, de la frustration, de la colère, des fringales, des troubles du sommeil et de la concentration, une impression de souffrance profonde, etc.
- Ils sont à l'origine de reprises de consommation.



Ce qu'il faut FAIRE

- Rassurer le fumeur.
- Réajuster la posologie : ne pas hésiter à associer formes transdermiques et formes orales.
- Rechercher avec la personne des stratégies pour maîtriser ses envies fortes de fumer.
- Anticiper les situations à risque en préparant une réponse adaptée (appeler un ami, sortir de la pièce, respirer profondément, etc.).

→ LES SYMPTÔMES DU SURDOSAGE

Ce qu'il faut **SAVOIR**



- Ils sont rares et sans gravité.
- Ils peuvent se traduire par des nausées, vomissements, palpitations, céphalées, bouche pâteuse, insomnie sévère, diarrhée, etc.



Ce qu'il faut **FAIRE**

- Rassurer le fumeur.
- Réévaluer la consommation de tabac associée.
- Réduire ou arrêter les substituts nicotiques la nuit.

Hospitalisation et mise à disposition de TNS



- L'aide à l'arrêt du tabac doit être proposée systématiquement aux personnes afin d'éviter le manque généré par l'arrêt ou la diminution de la consommation de tabac induit par l'hospitalisation.
- La mise à disposition des substituts nicotiques doit être réalisée dans tous les services.

B | LA VARÉNICLINE

C'est un traitement de seconde intention, uniquement disponible sur prescription médicale et après avis d'un psychiatre.

C | ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

L'entretien motivationnel (EM) est défini comme « un style de communication collaboratif et centré sur un objectif de changement, avec une attention particulière au langage. Il est conçu pour renforcer la motivation d'une personne et son engagement en faveur d'un objectif spécifique en faisant émerger et en explorant ses propres raisons de changer dans une atmosphère de non-jugement et d'altruisme ».

Des informations complémentaires sur la pratique et les formations à l'EM sont disponibles sur le site de l'Association francophone de diffusion de l'entretien motivationnel (AFDEM) : afdem.org.

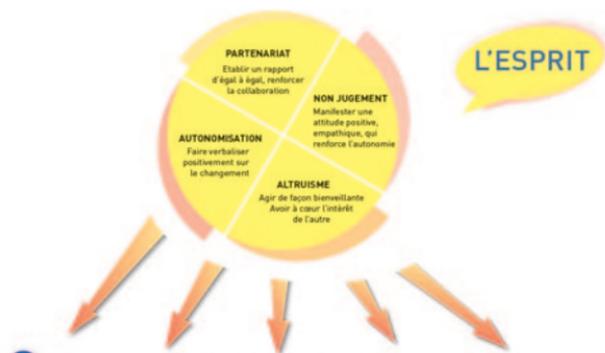


Ce qu'il faut FAIRE

- Poser des questions ouvertes qui favorisent l'échange.
- Pratiquer l'écoute active par la reformulation qui permet d'éviter tout jugement ou interprétation :
→ *Si je comprends bien... Vous avez le sentiment que... Ce qui paraît important pour vous c'est...*
- Valoriser la démarche entreprise ainsi que les expériences antérieures même en cas de reprise de consommation :
→ *Vous avez déjà réussi un précédent sevrage : qu'avez-vous appris de cette expérience ?*
- Prendre en compte les représentations et les attentes :
→ *En quoi le tabac est soutenant pour vous ? Qu'est-ce qui vous pose problème dans la situation actuelle ? Qu'est-ce que pourrait apporter selon vous un arrêt du tabac ? Que craignez-vous en arrêtant de fumer ?*

L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

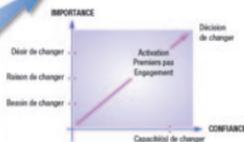
Aider les personnes à engager le changement



Utiliser ces compétences pour faciliter LES 4 MISSIONS



LE DISCOURS-CHANGEMENT



AFDEM - Réseau de Prévention des Addictions - LSPS - International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services



D | LES THÉRAPIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES (TCC)

Les TCC sont des thérapies habituellement brèves, structurées et validées scientifiquement. Elles sont ciblées sur un ou des comportements problématiques, avec pour objectif de les modifier ou les remplacer par d'autres plus adaptés. Chaque comportement est appris en lien avec une pensée et une émotion, influencé par l'environnement. Ce comportement est renforcé par les sensations agréables qu'il procure ou les ressentis désagréables à éviter. Ainsi, lors de l'apprentissage du comportement « fumer », l'environnement (l'entourage, les milieux festifs, etc.), les sensations perçues de bien-être ou de plaisir créent des stimuli agréables par rapport au tabac : on parle de renforcement positif du comportement. Par ailleurs, le fort potentiel addictif du tabac crée rapidement le manque et le sujet fume pour éviter la sensation désagréable du manque : on parle alors de renforcement négatif. Ces renforcements vont entraîner une persistance du comportement, des conduites d'évitement et des pensées automatiques dysfonctionnelles.

Des informations complémentaires sur la pratique, les formations et la liste des professionnels formés aux TCC sont disponibles sur le site de l'Association française de thérapie comportementale et cognitive (AFTCC) : www.aftcc.org.

E | PSYCHOÉDUCATION

La psychoéducation est une méthode pédagogique permettant à la personne de comprendre sa pathologie et sa prise en charge, de la rendre active dans la gestion de cette dernière au quotidien en développant des compétences et en renforçant son empowerment.

La littérature scientifique met en avant les effets positifs de la psychoéducation dans le traitement de la dépendance en donnant aux personnes les moyens d'agir grâce à une éducation solide et robuste.

Elle regroupe trois composantes :

- ▶ **pédagogique** : en communiquant sur les difficultés rencontrées et aides associées,
- ▶ **psychologique** : en apportant du soutien à la personne quand elle est face à des difficultés afin de l'aider à mieux les accepter,
- ▶ **cognitive et comportementale** : en donnant des outils pour aider la personne à gérer ses pensées, émotions, comportements.

Elle a pour objectif d'améliorer la qualité de vie des personnes grâce à différents éléments :

- ▶ transmission d'information,
- ▶ compréhension du processus de rétablissement,
- ▶ déstigmatisation,
- ▶ utilisation d'un langage simple,
- ▶ prise en compte des troubles cognitifs.

Elle peut se présenter sous la forme d'une intervention psychothérapeutique permettant de l'informer ainsi que ses proches sur sa pathologie. Elle peut également permettre d'échanger avec d'autres personnes grâce à des groupes de psychoéducation sur leurs idées reçues et la gestion au quotidien de leur pathologie. Elle leur permet aussi de modifier leurs réactions et comportements et vise le renforcement du partenariat entre la personne et les professionnels de santé.

La formation des professionnels à l'utilisation de cette technique est donc importante pour accompagner les personnes dans la compréhension de leur addiction au tabac et dans la mise en place de solutions pour pouvoir s'en libérer. Elle permet aussi à certaines personnes de devenir patient-expert par l'intermédiaire d'une formation spécifique.

F | VAPORISATEUR PERSONNEL (VP)

Ce qu'il faut SAVOIR



- Il est préférable d'employer les termes « vape »/vapotage/vaporisateur personnel au lieu du terme « cigarette électronique » qui fait perdurer l'amalgame avec le tabac.
- Il est important de préciser qu'il n'est pas reconnu comme un produit de santé.
- La proposition de TNS doit rester le traitement de première intention.
- Les vaporisateurs personnels sont nettement moins nocifs pour la santé que les cigarettes. Ils ne contiennent ni ne brûlent de tabac, ce qui signifie qu'ils ne produisent pas de monoxyde de carbone ni de goudrons. Le Royal College of Physicians évalue que le VP dégage 95 % de substances toxiques en moins que le tabac fumé.
- Ces produits, ou leurs émissions, peuvent contenir des substances toxiques ou potentiellement toxiques et leurs effets sur la santé à long terme sont insuffisamment connus.
- De nombreuses études suggèrent que, pour les fumeurs, les produits du vapotage pourraient être moins nocifs que les cigarettes combustibles. Toutefois, ce bénéfice en termes de santé est annulé dès lors qu'il y a une consommation simultanée de produits du tabac avec des produits de vapotage.
- Afin de limiter la production de gaz irritants aldéhyde, formaldéhyde et acroléine, il est recommandé de limiter la puissance du dispositif à 14 watts.

Pour le vaporisateur personnel, les e-liquides présentent une concentration maximale de 19,6 mg/ml. Il est recommandé d'utiliser une concentration de 1 mg/ml par cigarette consommée par jour, soit un e-liquide à 19,6 mg/ml pour une consommation de tabac équivalente à 20 cigarettes/jour.

Le dosage en nicotine nécessaire chez les patients présentant des troubles psychiques est très souvent plus élevé (risque de sous-dosage plus grand). Il est recommandé d'associer différentes formes de nicotine et de ré-évaluer cette posologie à t + 24 h.

En cas de consommation habituelle de cigarettes roulées, le besoin en nicotine pourra être plus important.



À RETENIR

- Cesser complètement de fumer constitue la démarche principale et la plus efficace pour améliorer et protéger sa santé.
- Le suivi par un professionnel de santé dans une démarche d'arrêt du tabac augmente considérablement les chances de réussir son sevrage.
- Dans une démarche de sevrage tabagique (arrêt total du tabac), les traitements médicamenteux de première intention sont les traitements nicotiniques de substitution, qui ont fait la preuve de leur efficacité et de leur innocuité chez tous les publics à partir de 15 ans, y compris chez les femmes enceintes.
- En tant que produit libre d'accès pour les adultes, les produits du vapotage peuvent être utilisés, par choix individuel, en dehors ou en complément d'une prise en charge pour arrêter de fumer dans le cadre du système de soin.
- Pour un fumeur, l'avantage de recourir à un produit du vapotage lors de l'arrêt complet du tabac est de réduire son exposition aux nombreuses substances toxiques et cancérigènes de la fumée de tabac.
- La consommation simultanée de produits du tabac et de produits du vapotage n'est pas associée à une diminution des risques pour la santé ; en conséquence, le vapo-fumage est déconseillé.



Ce qu'il faut **SAVOIR**

LA PRISE DE POIDS

- La question de la prise de poids lors de l'arrêt de la consommation de tabac est récurrente et constitue un frein à l'arrêt. Il est important de souligner que **tous les patients ne prennent pas obligatoirement du poids à l'arrêt.**
- Une substitution nicotinique bien adaptée et l'exercice physique régulier peuvent permettre de contrôler la prise de poids. À l'arrêt, la prise de poids est en moyenne de 1 kg par mois dans les trois premiers mois. Ensuite, l'augmentation ralentit et le poids se stabilise à 1 an (+ 4,7 kg).
- Après un an d'abstinence et sans aucun traitement médicamenteux, parmi les ex-fumeurs 16 % perdent du poids, 37 % prennent moins de 5 kg, 34 % prennent 5 à 10 kg et 13 % prennent plus de 10 kg.
- Pour aider la personne à limiter sa prise de poids, vous pouvez l'orienter vers le site internet Tabac Info Service où une série d'entretiens avec un-e diététicien-ne est possible et/ou lui transmettre les coordonnées d'un professionnel de santé.

2 | L'ORGANISATION DU SUIVI DU FUMEUR

Il est indispensable en cours de sevrage et peut être réalisé par :

- le relais avec le médecin traitant via les lettres de liaison ;
- le réseau spécifique d'aide au sevrage : consultations de tabacologie, d'addictologie, Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ;
- l'accompagnement téléphonique par un tabacologue de Tabac Info Service au 39 89 (service gratuit + prix d'un appel), du lundi au samedi, de 8h00 à 20h00 ;
- les applications sur smartphone, notamment Tabac Info Service et Stop-tabac qui permettent un e-coaching personnalisé selon la situation des fumeurs ;
- les groupes Facebook « Moi(s) sans tabac », « Je ne fume plus ».



Travail de liaison

La tabacologie et l'addictologie de liaison peuvent dérouter par leurs caractéristiques : absence de demande explicite et de rendez-vous programmé.

L'intervention de soin ou de prendre soin est tout à fait réalisable en l'absence de demande. L'intervenant en tabacologie et addictologie de liaison doit travailler avec tous les soignants, intra-ou extra-hospitaliers, tout en s'habituant à réaliser un compte rendu de chaque rencontre dans le dossier du patient. Les sujets abordés dans un entretien, parfois unique, doivent être limités. L'accompagnement du fumeur sur le long terme vers le sevrage pourra se poursuivre de façon cohérente et complémentaire avec d'autres intervenants dans le cadre d'un parcours coordonné. Dans cette temporalité, il est difficile d'évaluer son intervention car le patient peut être vu une seule fois.

Le travail de liaison doit être réalisé sur la base d'objectifs explicites s'intégrant dans une évaluation plus globale de la prise en charge du tabagisme dans l'établissement.

3 | LES BÉNÉFICES DE L'ARRÊT DE LA CONSOMMATION DE TABAC

Les sont importants en termes de mortalité comme de morbidité pour l'ensemble des maladies liées au tabac. Quels que soient la pathologie et l'âge, l'arrêt du tabac permet d'obtenir des bénéfices mesurables pour la santé.

Les bénéfices à court terme de l'arrêt du tabac sont nombreux :

- **20 minutes après la dernière cigarette** : la pression sanguine et les pulsations cardiaques qui étaient modifiées à chaque cigarette fumée, ne sont plus perturbées ;
- **8 heures après la dernière cigarette** : la quantité de monoxyde de carbone dans le sang, diminue de moitié. L'oxygénation des cellules redevient normale ;
- **24 heures après la dernière cigarette** : les poumons commencent à éliminer le mucus et les résidus de fumée ;
- **48 heures après la dernière cigarette** : les terminaisons nerveuses gustatives commencent à fonctionner normalement. Le goût et l'odorat s'améliorent ;
- **72 heures après la dernière cigarette** : les bronches commencent à se relâcher, on se sent plus énergique et moins essoufflé à l'effort ;
- **2 semaines après la dernière cigarette** : le risque d'infarctus a commencé à diminuer car la coagulation s'est normalisée ;
- **3 mois après la dernière cigarette** : la toux et la fatigue diminuent. On récupère du souffle. On marche plus facilement.

Les bénéfices à long terme de l'arrêt du tabac sont majeurs tant en ce qui concerne la diminution du risque d'infarctus et de cancer que le gain d'espérance de vie.

Le risque cardiovasculaire (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral) disparaît presque totalement pour les fumeurs ayant arrêté très tôt, en particulier avant 30 ans.

Pour les fumeurs qui arrêtent plus tardivement, il y a toujours un bénéfice majeur sur ce type de complication quel que soit l'âge de l'arrêt, y compris chez les personnes de plus de 70 ans.

Arrêter le plus tôt possible est très important pour éviter le risque de cancer et de maladies cardiovasculaires.

Arrêter de fumer permet une diminution des troubles anxieux et dépressifs et une amélioration de la qualité de vie.

L'espérance de vie se normalise d'autant plus que l'arrêt aura été précoce.

D'après la brochure « Pourquoi arrêter de fumer ? » de Santé publique France



À RETENIR

- **1 an après l'arrêt** : le risque de survenue d'un AVC rejoint celui d'un non-fumeur.
- **5 ans après l'arrêt** : les risques de survenue de cancer du poumon diminuent presque de moitié.
- **15 ans après l'arrêt** : l'espérance de vie redevient identique à celle des personnes n'ayant jamais fumé.

4 | CONSOMMATIONS ASSOCIÉES

A | L'ALCOOL

L'alcool et le tabac sont très souvent consommés ensemble et de façon dose-dépendante. Chez les personnes dépendantes à l'alcool, la consommation de cigarettes et le degré de dépendance tabagique sont plus élevés. L'interaction des effets pharmacologiques de la nicotine et de faibles doses d'alcool jouent un rôle important dans leur utilisation simultanée et suggèrent des rôles de renforcement et une tolérance croisée dans le développement et le maintien de la dépendance à l'alcool et à la nicotine.

Plusieurs études confortent l'existence d'une corrélation entre arrêt du tabac et abstinence à d'autres substances. À l'inverse, la poursuite du tabac est quant à elle associée à de moins bons résultats des traitements d'aide au sevrage des autres consommations. Concernant la consommation d'alcool, des études suggèrent qu'à 12 mois, les patients en sevrage alcool qui arrêtaient de fumer présentent moins de risque de dépendance à l'alcool et présentent significativement plus de jours d'abstinence que les fumeurs non-abstinents.

Pour évaluer la consommation d'alcool, les professionnels de santé peuvent mettre le questionnaire AUDIT à disposition des patients.

B | LE CANNABIS

Consommation de tabac et consommation de cannabis sont très fréquemment associées chez les personnes atteintes de troubles en santé mentale et plus particulièrement de schizophrénie.

La consommation de cannabis des patients en établissement de santé mentale aggrave leur évolution : hospitalisations plus fréquentes, tentatives de suicide plus nombreuses, moindre observance thérapeutique et isolement social. La corrélation entre usage de cannabis et troubles psychotiques soulève des questionnements cliniques et thérapeutiques spécifiques. 24 % des personnes atteintes de troubles bipolaires consommeraient du cannabis, consommation associée à l'usage de tabac, d'alcool et d'autres substances.

Les dernières données scientifiques font état d'une prévalence de l'abus ou de la dépendance au cannabis dans les services de santé mentale particulièrement élevée chez les patients schizophrènes, entre 13 % et 42 % sur vie entière.

Les troubles de la santé mentale sont souvent accompagnés de consommations de substances psychoactives. Il est probable que les personnes concernées adoptent ce comportement en grande partie pour le soulagement qu'elles leur procurent ou simplement la sensation d'euphorie ou l'apaisement, mais également pour se traiter. La complexité de la santé mentale ne permet pas de trouver de relations causales directes.

Le tabagisme semble accroître le risque de dépendance à d'autres substances tandis que son arrêt augmente les chances de sevrage des autres consommations. Ainsi, le sevrage tabagique est associé à une augmentation de 25 % des chances d'abstinence à long terme des autres substances.

Pour évaluer la consommation de cannabis, les professionnels de santé peuvent mettre le questionnaire CUDIT à disposition des patients.

Lors de la prescription de traitements nicotiques de substitution, se rappeler qu'un joint de cannabis peut entraîner l'absorption de 6 mg de nicotine.

C | LES AUTRES DROGUES

Les patients présentant des troubles en santé mentale peuvent consommer d'autres drogues. L'évaluation de leur consommation peut être facilitée par la mise à disposition du questionnaire DUDIT.

5 | PROMOTION DE LA SANTÉ

Une croyance ancrée est que l'arrêt du tabac pourrait aggraver les symptômes des personnes souffrant d'un trouble psychique. Les dernières données scientifiques suggèrent, à l'inverse, que les niveaux de stress, de dépression et d'anxiété sont plus bas après l'arrêt du tabac, tant en population générale que parmi les personnes présentant des troubles en santé mentale. De plus, l'arrêt du tabac engendre une réévaluation des traitements avec la diminution de certains antipsychotiques. C'est notamment le cas pour la clozapine (cf. partie pharmacocinétique).

En plus des effets bénéfiques de l'arrêt du tabac pour toute personne, l'arrêt du tabac pour une personne atteinte de troubles en santé mentale peut constituer une composante forte de son rétablissement. Le rétablissement ne signifie pas guérison clinique ou disparition des symptômes mais la possibilité de « redonner un sens à sa vie à travers des activités et un mode de vie satisfaisant pour la personne ». Autrement dit, l'arrêt du tabac peut constituer un des jalons du rétablissement. Le seul fait de réduire sa consommation de tabac, c'est gagner en confiance et reprendre du pouvoir sur sa vie.

La prévalence beaucoup plus importante des pathologies cardiovasculaires chez les patients présentant des troubles en santé mentale, plus particulièrement lors d'association avec certains traitements psychotropes, justifie d'autant plus l'arrêt du tabac. Tendre vers une diminution de la prévalence des maladies respiratoires et cardiovasculaires associées au tabagisme sera déterminant dans l'amélioration de la qualité de vie et la diminution du risque de mortalité prématurée de ces patients.

Évaluation : indicateurs d'efficacité, coût-efficacité

Ce qu'il faut **SAVOIR**



Distribuer les cigarettes au compte-gouttes, les allumer, gérer les conflits entre patients, les accompagner et aller les chercher dans les zones fumeurs, éliminer les déchets et odeurs liés au tabagisme : tout ce temps-là est du temps soustrait aux soins et à l'accompagnement du patient. On estime à 4 heures le temps consacré chaque jour à la gestion du tabagisme des patients en établissement de santé mentale. Si une politique d'accompagnement des patients vers le sevrage est mise en place dans l'établissement, ce temps clinique sera mis à profit pour encourager les patients à arrêter de fumer et les accompagner en ce sens.

Les patients hospitalisés en unité de soins en santé mentale et soumis à l'interdiction de fumer sans proposition de prise en charge de leur dépendance, reprendront le tabac, pour 75 % d'entre eux, dès leur premier jour de sortie. La totalité redeviendra fumeuse à trois mois. Ceci n'est pas sans conséquence sur l'évolution de la pathologie en santé mentale et sur l'efficacité des traitements médicamenteux mis en place : la reprise du tabac entraînera une diminution des taux plasmatiques de certains médicaments et surtout celle-ci augmentera le risque de ré-hospitalisation. On a ainsi observé que les personnes présentant des troubles schizophréniques fumeuses sont plus souvent (re)hospitalisées que les personnes non-fumeuses.



Ce qu'il faut **FAIRE**

Un projet bien pensé et bien planifié : formation de personnes ressources, sensibilisation et mise à niveau des connaissances de l'équipe, mise en place de protocoles de prise en charge par type de pathologie et par profil tabagique, répartition des rôles, etc., permet aux équipes qui en font l'expérience d'accorder un temps raisonnable à la question du tabac, pour chaque patient, en début d'hospitalisation et d'instaurer un traitement nicotinique de substitution d'autant plus si la personne soignée ne peut pas sortir de son unité d'hospitalisation.



Conséquences sociales et événements indésirables liés au tabac en établissement de santé

LE TABAGISME AUX ENTRÉES DES BÂTIMENTS DE L'HÔPITAL

Au sein de l'hôpital, les entrées des bâtiments sont devenues des endroits où les patients et/ou les personnels se regroupent pour fumer. Les établissements ont pu installer près des portes d'entrées des éteignoirs à cigarettes qui servent de cendrier, cependant de nombreux mégots se retrouvent sur les trottoirs. Ce phénomène est une source d'insatisfaction chez de nombreux patients et visiteurs et décredibilise l'établissement comme lieu de soins en donnant une image altérée du fait du rideau de fumée qui entoure les entrées et des déchets qui jonchent le sol.

LE TABAGISME EN BLOUSE BLANCHE

La prévalence du tabagisme chez les personnels hospitaliers est variable d'un établissement à un autre mais constitue une difficulté régulièrement énoncée dans l'organisation du temps de travail. La plupart du temps, le personnel habillé en tenue de travail se retrouve à l'extérieur pour fumer, parfois aux mêmes endroits que les patients. Des études ont montré que ces comportements avaient un impact négatif sur la qualité des soins perçue par les usagers de l'établissement.

LE RISQUE INCENDIE

À l'hôpital, un incendie peut avoir des conséquences dramatiques en raison de la présence constante de nombreuses personnes (patients, personnels et visiteurs). La cigarette peut en être à l'origine : patients qui s'endorment en fumant, mégots mal éteints, et plus rarement des actes volontaires.

TABAGISME ET FUGUES

Le tabac reste un facteur de fugues ou de sorties inappropriées, particulièrement au sein des établissements de santé mentale. Les patients peuvent quitter l'hôpital pour se réapprovisionner en ville, sans au préalable demander l'autorisation aux personnels.

HYGIÈNE ET PROPRETÉ

Au-delà de la gêne qu'il occasionne lorsqu'il se concentre à l'entrée des bâtiments, le tabagisme est souvent source d'une dégradation de la propreté générale des espaces extérieurs. Même si des cendriers sont mis à disposition des fumeurs, de très nombreux mégots sont écrasés et jetés au sol ou sur les pelouses. La gestion des cendriers et le ramassage des mégots constituent un coût non négligeable pour les établissements.

Ce qu'il faut SAVOIR



Ne pas prendre en charge la dépendance tabagique expose les patients, le personnel et les visiteurs à certains risques.

Les hôpitaux et services de santé mentale qui autorisent le tabac voient immanquablement un phénomène de tabagisme passif s'installer. Ainsi, patients, visiteurs et personnels sont exposés plus ou moins fréquemment à la fumée environnante. Or, on sait maintenant que le **tabagisme passif** entraîne des effets sur le système cardiovasculaire, augmente les risques d'accident coronarien et de cancer du poumon. Il n'y a pas de seuil sans risque. Toute personne exposée à la fumée de tabac expose sa propre santé sans compter les inconvénients au niveau du confort quotidien (odeurs, irritations des yeux, du nez, de la gorge). Les appareils de ventilation, de purification d'air ou d'extraction quels qu'ils soient, ne peuvent efficacement protéger les personnes de ces différents risques.



À propos du concept de santé mentale

La santé mentale est une composante de la santé de chacun d'entre nous. Nous avons tous une santé mentale qui varie tout au long de la vie. Ses déterminants sont individuels, sociaux et environnementaux. On peut éprouver un bien-être élevé et vivre avec des troubles psychiques comme on peut éprouver un mal-être profond sans souffrir de troubles psychiques.



Source : *Psychom* d'après Keyes (2002)

1 | POINTS CLÉS POUR LA MISE EN PLACE D'UN LIEU DE SANTÉ MENTALE SANS TABAC

- Interdire la consommation de tabac dans les lieux fermés et limiter les consommations à des zones balisées à l'extérieur (tant pour les patients que pour les personnels et les visiteurs).
- Mettre en place une signalisation claire et cohérente sur la politique en matière de gestion du tabagisme au sein du service/établissement afin qu'il n'y ait pas d'ambiguïté tant pour les patients, que pour les personnels et les visiteurs.
- Ouvrir le dialogue autour de la question du tabagisme lors de l'admission, en optant pour une approche individualisée, bienveillante et motivationnelle : évaluer systématiquement le statut tabagique des patients et leur motivation à arrêter de fumer via des outils évalués, adaptés et recommandés : *Cigarette dependence scale*, échelle de motivation, test de Fagerström, mesure du taux de monoxyde de carbone expiré, etc.
- Proposer une démarche structurée d'aide à l'arrêt pour les patients désireux d'entamer un sevrage tabagique.
- Proposer des substituts nicotiques à toutes les personnes fumeuses et veiller à ce que la continuité des démarches mises en place lors de l'hospitalisation soit assurée au moment de la sortie.
- Favoriser l'arrêt du tabac du personnel et sensibiliser chacun à la notion d'exemplarité au cœur de la démarche Lieu de santé sans tabac. **En cas de consommation conjointe avec les patients, il est indispensable de s'engager dans un travail de réflexion sur cette pratique et dégager des pistes alternatives rapidement.**

2 | QUELQUES MESSAGES CLÉS ⁽⁹⁾

- Les maladies associées au tabac constituent l'une des principales causes de décès chez les personnes atteintes d'une pathologie en santé mentale.
- L'environnement des personnes atteintes de pathologies en santé mentale, leurs conditions de vie, leurs fragilités économique et/ou sociale peuvent impacter l'arrêt du tabac et la réduction du tabagisme. Ce sont des vecteurs d'inégalités sociales de santé sur lesquels il faut pouvoir agir pour maximiser les chances d'un sevrage pérenne.

(9) Formulés à partir des 20 recommandations formalisées par la conférence d'experts de l'OFT « Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques », janvier 2009.

- La prévalence tabagique et l'intensité des consommations de tabac des personnes atteintes de pathologies en santé mentale sont associées à une mortalité précoce et accrue chez ces personnes, liée à des maladies respiratoires et cardiovasculaires.
- Les personnes fumeuses atteintes d'une pathologie en santé mentale consomment plus de tabac que les personnes fumeuses sans pathologie en santé mentale.
- Consommer du tabac augmente le risque de dépression tandis que la dépression constitue un facteur de risque de tabagisme.
- Le tabac peut être consommé chez les personnes atteintes d'une pathologie en santé mentale pour ses effets perçus d'auto-contrôle et d'autorégulation des altérations cognitives liées aux pathologies en santé mentale.
- Les personnes fumeuses atteintes de troubles en santé mentale voient leurs doses de médicaments majorées du fait de leur tabagisme car celui-ci altère le métabolisme de plusieurs substances antipsychotiques.
- Le sevrage tabagique est accessible aux personnes atteintes de pathologies en santé mentale et maximisé si l'accompagnement et la substitution proposés sont adaptés et menés dans la durée.
- Au moment de l'hospitalisation, repérer le tabagisme des patients pendant l'entretien d'entrée permet d'évaluer le degré de dépendance au tabac, la motivation à la réduction et/ou à l'arrêt, l'ambivalence et la mise en place sans délai d'un traitement nicotinique de substitution.
- Les effets du tabagisme sur la santé des personnes atteintes d'un trouble en santé mentale justifient et nécessitent un accompagnement coordonné par le personnel soignant (psychiatre, IDE, tabacologue, addictologue, psychologue, éducateur, kinésithérapeute, etc.). À cet effet, des recommandations de délivrance de traitements de substitution doivent être mis à disposition des équipes soignantes et éducatives.
- Comme en population générale, les traitements nicotiques de substitution sont bien tolérés, réduisent l'envie de fumer ainsi que les symptômes de sevrage et augmentent les tentatives d'arrêt du tabac. Il ne faut pas craindre une substitution sur le long terme pour maximiser la pérennisation de l'arrêt du tabac.
- Le recours au vaporisateur personnel constitue un outil de réduction des risques que l'équipe doit être en capacité d'expliquer comme tel et d'accompagner dans une démarche de sevrage tabagique.
- Comme en population générale, la varénicline constitue un traitement pharmacologique efficace de deuxième intention pour les personnes fumeuses atteintes de troubles en santé mentale qui souhaitent arrêter de fumer.
- Le bupropion est contre-indiqué chez les personnes atteintes de troubles bipolaires, de dépendance à l'alcool, d'anorexie et chez les personnes utilisant des médicaments épiléptogènes.

3 | CAS CLINIQUES

Mme H., 29 ans, adressée à la maternité vers la consultation de psychiatrie par la sage-femme tabacologue. Actuellement en démarche de fécondation *in vitro* (FIV), un arrêt du tabac lui a été recommandé. On note aussi de nombreuses tentatives d'arrêts avec prise de poids, antécédent de compulsions alimentaires sur fond de cyclothymie.

Un encouragement à l'arrêt du tabac est proposé avec présentation des stratégies d'aides à l'arrêt possibles : proposition d'un accompagnement pluridisciplinaire avec diététicien, tabacologue, équipe de psychiatrie pour traitement des comorbidités psychiatriques. Une thérapie cognitivo-comportementale sera instaurée afin de traiter les distorsions cognitives. Compte tenu de la crainte associée à une prise de poids issue d'un arrêt du tabac, la maîtrise du poids doit être une composante majeure du programme tabagique (contrôler poids et IMC). Dans ce contexte, une substitution nicotinique est prescrite pour pallier le manque de nicotine et limiter l'ouverture de l'appétit et les fringales afin de maîtriser au mieux les prises compulsives alimentaires.

Mme J., 58 ans, a arrêté de fumer pendant 7 mois avec un sevrage mis en place à sa demande lors d'une hospitalisation en établissement de santé mentale. Elle a bénéficié d'un accompagnement en consultation de tabacologie pendant 4 mois, avec une consultation tous les 15 jours puis mensuellement associée à l'utilisation de patches, substituts oraux et a souhaité maximiser ses chances d'arrêt avec une vapoteuse. Pendant son hospitalisation, elle avait bénéficié d'un bilan somatique de son tabagisme, d'un bilan cardio-pulmonaire et biologique, qui a révélé une broncho pneumopathie chronique obstructive avec emphysème débutant.

4 ans plus tard, à l'occasion d'un épisode de transition de vie, sa retraite, elle reprend le tabac. Un suivi ambulatoire addictologique et psychiatrique lui est alors proposé pour l'accompagner dans cette période qu'elle ressent comme anxiogène. Une substitution nicotinique lui est à nouveau proposée avec 2 patches par jour. Elle fume aujourd'hui 2 à 3 cigarettes tout en utilisant sa vapoteuse. La posologie de son traitement antipsychotique a été ré-augmentée en conséquence.

M. D., 35 ans, souffre de troubles bipolaires depuis 10 ans. Il a fait une tentative de suicide à 30 ans lors d'un accès maniaque. Il fume 40 cigarettes/jour depuis l'âge de 20 ans. Il n'a jamais essayé d'arrêter de fumer. Test de Fagerström = 10, CDS = 47. Sa dépendance psychologique est forte. Il ressent le plaisir du geste, pense mieux gérer son stress avec la cigarette.

M. R., 40 ans, est sans profession. Il souffre de schizophrénie depuis 10 ans. Il est actuellement suivi en hôpital de jour pour équilibrer son traitement. Il fume 60 cigarettes/jour depuis ses 17 ans. Test de Fagerström = 10, CDS = 45, Q-mat = 14. Il a déjà tenté 4 fois d'arrêter de fumer seul sans substitution nicotinique associées à une reprise rapide en quelques jours. Il veut arrêter de fumer. Ses motivations sont la santé et l'argent. Sa crainte principale est la rechute du fait d'angoisses trop fortes.

Quelle conduite tenir dans ces situations ?

- Évaluer le niveau de dépendance physique.
- Évaluer le niveau de dépendance psychologique et comportementale.
- Évaluer la motivation à l'arrêt et la confiance en soi.
- Définir les objectifs : « Je vous propose de réfléchir avec vous à des objectifs que vous pourriez fixer et aux différentes aides qui existent afin de protéger votre santé ».
- Présenter les différentes stratégies d'arrêt et/ou de réduction de la consommation : proposer un traitement nicotinique de substitution, informer sur les alternatives au tabac fumé et les autres aides mises à disposition (Tabac info service, Stop-tabac) ; donner des conseils hygiéno-diététiques.
- Accompagner vers l'arrêt et/ou la réduction de la consommation en définissant les stratégies spécifiques adaptées à la personne (exemple : quantifier les cigarettes fumées), les manières de suivre la progression (carnet de bord, calendrier) et de faire face aux situations à haut risque (exemple : quand l'entourage fume, quand une situation perçue comme angoissante est à prévoir, etc.).

4 | LES OUTILS DU RESPADD

Différents documents sont téléchargeables sur le site du RESPADD

• | DES QUESTIONNAIRES

- Test de Fagerstrom simplifié : page 45
- Cigarette dependence scale (CDS) : pages 46-47
- Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) : pages 48-49
- Cannabis Use Disorder Identification Test (CUDIT) : pages 50-51
- Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) : pages 52-53
- Motivation à l'arrêt du tabac (Q-MAT) : page 54

• | DES AIDES À LA PRATIQUE

- Ordonnance simplifiée



→ Fiche repérage précoce intervention brève motivationnelle



→ Journal des consommations déclarées du fumeur : page 55

→ Courrier de liaison : page 56

• **DES AFFICHES**

→ Repérer la consommation de tabac et adapter son intervention : page 57

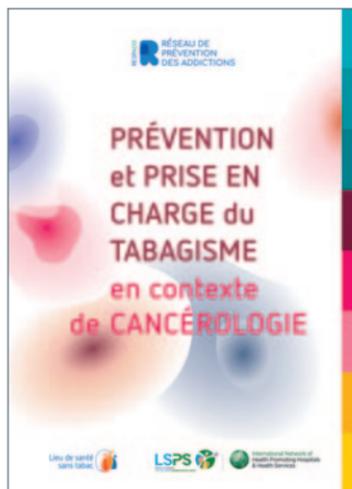
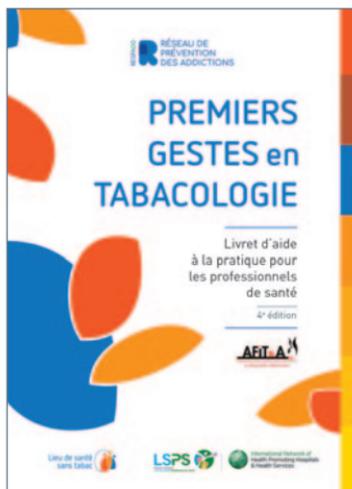
→ Environnement sans tabac : page 58

→ Charte Lieu de santé sans tabac : page 59



• | DES GUIDES ET LIVRETS

- Guide « Premiers gestes en tabacologie »
- Guide « Prévention et prise en charge du tabagisme en contexte de cancérologie »
- Guide « Prévention du tabagisme et accompagnement au sevrage chez la femme »
- Livret « Accompagner l'arrêt de tabac avec succès »



TEST DE FAGERSTRÖM SIMPLIFIÉ

Le test de Fagerström permet l'évaluation de la dépendance du sujet à la cigarette et de définir l'intensité de cette dépendance.

Test initialement en 6 questions, il existe une version simplifiée en 2 questions, aisément utilisable sans support au lit du patient. Le test de Fagerström donne une classification qui va de l'absence de dépendance à une dépendance forte.

TEST DE FAGERSTRÖM SIMPLIFIÉ EN DEUX QUESTIONS

1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

- 10 ou moins0
- 11 à 20 1
- 21 à 302
- 31 ou plus3

2. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

- Moins de 5 minutes3
- 6 à 30 minutes2
- 31 à 60 minutes 1
- Après plus d'1 heure0

Interprétation des résultats :

- **0-1** : pas de dépendance
 - **2-3** : dépendance modérée
 - **4-5-6** : dépendance forte
-

TESTEZ VOTRE DÉPENDANCE À LA CIGARETTE

Cigarette Dependence Scale

IMPORTANT Veuillez répondre à toutes les questions

Points

Indiquez par un chiffre entre 0 et 100 quel est votre degré de dépendance des cigarettes : 0 = je ne suis absolument pas dépendant(e) des cigarettes 100 = je suis extrêmement dépendant(e) des cigarettes	0-20	1	...
	21-40	2	
	41-60	3	
	61-80	4	
	81-100	5	
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	0-5 cig/jour	1	...
	6-10	2	
	11-20	3	
	21-29	4	
	30 et +	5	
D'habitude, combien de temps (en minutes) après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	0-5 min	5	...
	6-15	4	
	16-30	3	
	31-60	2	
	61 et +	1	
Pour vous, arrêter définitivement de fumer serait :	Impossible	5	...
	Très difficile	4	
	Plutôt difficile	3	
	Plutôt facile	2	
	Très facile	1	
Veuillez indiquer si vous êtes d'accord avec les affirmations suivantes :			SOUS-TOTAL 1 (ST1) ...
Après quelques heures passées sans fumer, je ressens le besoin irrésistible de fumer.	Pas du tout d'accord	1	...
	Plutôt pas d'accord	2	
	Plus ou moins d'accord	3	
	Plutôt d'accord	4	
	Tout à fait d'accord	5	
Je suis stressé(e) à l'idée de manquer de cigarettes.	Pas du tout d'accord	1	...
	Plutôt pas d'accord	2	
	Plus ou moins d'accord	3	
	Plutôt d'accord	4	
	Tout à fait d'accord	5	
Avant de sortir, je m'assure toujours que j'ai des cigarettes sur moi.	Pas du tout d'accord	1	...
	Plutôt pas d'accord	2	
	Plus ou moins d'accord	3	
	Plutôt d'accord	4	
	Tout à fait d'accord	5	
			SOUS-TOTAL 2 (ST2) ...

Veuillez indiquer si vous êtes d'accord avec les affirmations suivantes :

		Points
Je suis prisonnier(ère) des cigarettes.	Pas du tout d'accord	1
	Plutôt pas d'accord	2
	Plus ou moins d'accord	3
	Plutôt d'accord	4
	Tout à fait d'accord	5
Je fume trop.	Pas du tout d'accord	1
	Plutôt pas d'accord	2
	Plus ou moins d'accord	3
	Plutôt d'accord	4
	Tout à fait d'accord	5
Il m'arrive de tout laisser tomber pour aller chercher des cigarettes.	Pas du tout d'accord	1
	Plutôt pas d'accord	2
	Plus ou moins d'accord	3
	Plutôt d'accord	4
	Tout à fait d'accord	5
Je fume tout le temps.	Pas du tout d'accord	1
	Plutôt pas d'accord	2
	Plus ou moins d'accord	3
	Plutôt d'accord	4
	Tout à fait d'accord	5
Je fume malgré les risques que cela entraîne pour ma santé.	Pas du tout d'accord	1
	Plutôt pas d'accord	2
	Plus ou moins d'accord	3
	Plutôt d'accord	4
	Tout à fait d'accord	5
		Sous-total 3 (ST3)
		...

Total des points des 12 rubriques

ST1 + ST2 + ST3 =

Interprétation des résultats

Jusqu'à 24 points	Dépendance modérée
Entre 25 et 44 points	Dépendance intermédiaire
45 points et plus	Dépendance forte

Pour en savoir plus ou trouver une aide :

→ Site internet tabac-info-service.fr

→  Application mobile
Tabac info service

À télécharger gratuitement sur :



→ Numéro de téléphone gratuit : 3989

Tabac info service :

un coaching adapté à vos besoins

L'ecoaching gratuit Tabac info service

offre un accompagnement 100 %

personnalisé adapté à vos motivations,
vos inquiétudes et vos habitudes de vie.

Le CDS a été développé à l'Institut de santé globale de la faculté de médecine de l'université de Genève. © 2016 Stop-tabac.ch

Retrouvez ce questionnaire en ligne sur www.respadd.org

ALCOHOL USE DISORDER IDENTIFICATION TEST (AUDIT)

→ EN 10 QUESTIONS vous pouvez évaluer par vous-même le risque lié à votre consommation d'alcool

→ LE QUESTIONNAIRE AUDIT A ÉTÉ CRÉÉ PAR L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ POUR TOUS LES ADULTES DE PLUS DE 18 ANS (cochez une réponse par ligne)

SCORE DE LA LIGNE

Dans cette colonne, les réponses valent :

→ 0 → 1 → 2 → 3 → 4

1] À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

jamais 1 fois par mois ou moins 2 à 4 fois par mois 2 à 3 fois par semaine 4 fois ou plus par semaine

2] Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

un ou deux trois ou quatre cinq ou six sept à neuf dix ou plus

3] Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?

jamais moins d'une fois par mois une fois par mois une fois par semaine chaque jour ou presque

4] Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?

jamais moins d'une fois par mois une fois par mois une fois par semaine chaque jour ou presque

5] Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?

jamais moins d'une fois par mois une fois par mois une fois par semaine chaque jour ou presque

6] Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?

jamais moins d'une fois par mois une fois par mois une fois par semaine chaque jour ou presque

Un verre standard
ou une **unité d'alcool**
correspond à



Pré-mix
À 5°-25cl



Bière
À 5°-25cl



Champagne
À 12°-10cl



Vin
À 12°-10cl



Port
À 4°-2,5cl



Whisky
À 45°-2,5cl



Vodka
À 45°-2,5cl



Bière forte
À 8,6°-50cl



3 Bières
À 5°-25cl

SCORE DE LA LIGNE

Dans cette colonne, les réponses valent :

0 → 1 → 2 → 3 → 4

7] Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?

jamais moins d'une fois une fois une fois chaque jour
par mois par mois par semaine ou presque

8] Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?

jamais moins d'une fois une fois une fois chaque jour
par mois par mois par semaine ou presque

9] Vous êtes-vous blessé(e) ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?

non oui mais pas dans oui au cours des
les douze derniers mois douze derniers mois

10] Est-ce qu'un ami ou un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?

non oui mais pas dans oui au cours des
les douze derniers mois douze derniers mois

→ **CALCULEZ VOTRE NIVEAU DE RISQUE**
en additionnant les scores
de chaque ligne →

Date : / /



CANNABIS USE DISORDER IDENTIFICATION TEST - REVISED - version française (CUDIT-R-Fr)

Avez-vous consommé du cannabis au cours des 6 derniers mois ?

OUI

NON

Si OUI, répondez aux questions suivantes relatives à votre consommation de cannabis en entourant la réponse qui correspond le plus à votre consommation **au cours des 6 derniers mois**. Veuillez répondre à toutes les questions.

Points

1 À quelle fréquence consommez-vous du cannabis ?

Jamais	≤ 1 fois/mois	2 à 4 fois/mois	2 à 3 fois/semaine	≥ 4 fois/semaine
0	1	2	3	4

...

2 Combien d'heures êtes-vous « défoncé » un jour typique où vous consommez du cannabis ?

< 1 heure	1 ou 2 heures	3 ou 4 heures	5 ou 6 heures	7 heures ou plus
0	1	2	3	4

...

3 Au cours des 6 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de fumer du cannabis une fois que vous aviez commencé ?

Jamais	< 1 fois/mois	Environ 1 fois/mois	Environ 1 fois/semaine	Tous les jours ou presque
0	1	2	3	4

...

4 Au cours des 6 derniers mois, combien de fois votre consommation de cannabis vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?

Jamais	< 1 fois/mois	Environ 1 fois/mois	Environ 1 fois/semaine	Tous les jours ou presque
0	1	2	3	4

...

SOUS-TOTAL 1 (ST1)

...

Points

5. Au cours des 6 derniers mois, combien de fois avez-vous passé une grande partie de votre temps à chercher à vous procurer ou à consommer du cannabis, ou à vous remettre des effets du cannabis ?

Jamais	< 1 fois/mois	Environ 1 fois/mois	Environ 1 fois/semaine	Tous les jours ou presque
0	1	2	3	4

...

6. Au cours des 6 derniers mois, combien de fois avez-vous éprouvé des problèmes de mémoire ou de concentration après avoir fumé du cannabis ?

Jamais	< 1 fois/mois	Environ 1 fois/mois	Environ 1 fois/semaine	Tous les jours ou presque
0	1	2	3	4

...

7. À quelle fréquence consommez-vous du cannabis dans des situations qui pourraient entraîner un danger, par exemple conduire un véhicule, utiliser une machine, ou s'occuper d'enfants ?

Jamais	< 1 fois/mois	Environ 1 fois/mois	Environ 1 fois/semaine	Tous les jours ou presque
0	1	2	3	4

...

8. Avez-vous déjà envisagé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis ?

Jamais	Oui, mais pas au cours des 6 derniers mois	Oui, au cours des 6 derniers mois
0	2	4

...

Validation du CUDIT-R-Fr en français : Lapeque A, Berger-Vergiat A, Larrieu A, Arigaud L, Fener C, Adamson S, Laprivote V, Rolland B. Validation of the French version of the Cannabis Use Disorder Identification Test-Revised and comparison with the Cannabis Abuse Screening Test for screening cannabis use disorder in a psychiatric sample. Drug Alcohol Rev. 2021 doi: 10.1111/dar.13298

Validation de CUDIT-R en anglais : Adamson SJ, Kay-Lambkin FJ, Baker AL, Lewin TJ, Thornton L, Kelly BJ, Sellman JD. An Improved Brief Measure of Cannabis Misuse: The Cannabis Use Disorders Identification Test - Revised (CUDIT-R). Drug Alcohol Depend. 2010;110:137-43.

SOUS-TOTAL 2 (ST2)

...

Total des points des 8 questions.

ST1 + ST2 =

...

Vos réponses au questionnaire CUDIT-R-Fr

De 8 à 10 points

Votre consommation de cannabis peut être problématique. N'hésitez pas à demander conseil au professionnel de votre choix.

Au-delà de 10 points

Il est possible que vous présentiez un trouble important de l'usage de cannabis. Celui-ci peut être psychologique si vous ressentez un besoin de consommer malgré les inconvénients de cette consommation et/ou physique si la diminution ou l'arrêt de votre consommation entraîne des signes de "manque". N'hésitez pas à faire appel à un professionnel de santé ou consultez les ressources ci-dessous.

Drogues info service : 0 800 23 13 13 - De 8h à 2h, 7 jours sur 7.

Écoute cannabis : 0 980 980 940 - De 8h à 2h, 7 jours sur 7.

Appels anonymes et gratuits depuis un poste fixe.

www.drogues-info-service.fr

Retrouvez ce questionnaire en ligne sur www.respadd.org

DRUG USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST ODIT



Voici quelques questions au sujet des drogues.

Veillez répondre aussi correctement et honnêtement que possible en indiquant quelle réponse est la bonne pour vous.

Points

11 À quelle fréquence consommez-vous des drogues autres que l'alcool et le tabac ?

Jamais	≤ 1 fois/mois	2 à 4 fois/mois	2 à 3 fois/semaine	≥ 4 fois/semaine
0	1	2	3	4

...

12 Consommez-vous plus d'un type de drogue à une même occasion ?

Jamais	≤ 1 fois/mois	2 à 4 fois/mois	2 à 3 fois/semaine	≥ 4 fois/semaine
0	1	2	3	4

...

13 Combien de fois prenez-vous des drogues dans une journée typique où vous en consommez ?

0 fois	1 ou 2 fois	3 ou 4 fois	5 ou 6 fois	7 fois ou plus
0	1	2	3	4

...

14 À quelle fréquence êtes-vous sous l'emprise de drogues ?

Jamais	< 1 fois/mois	Chaque mois	Chaque semaine	Chaque jour ou presque
0	1	2	3	4

...

15 Au cours de la dernière année, avez-vous senti que votre usage de drogues était si forte que vous ne pouviez y résister ?

Jamais	< 1 fois/mois	Chaque mois	Chaque semaine	Chaque jour ou presque
0	1	2	3	4

...

16 Avez-vous, dans la dernière année, été incapable d'arrêter de prendre des drogues après avoir commencé ?

Jamais	< 1 fois/mois	Chaque mois	Chaque semaine	Chaque jour ou presque
0	1	2	3	4

...

SOUS-TOTAL 1 (ST1)

...

11A Quelle fréquence au cours de la dernière année avez-vous pris des drogues pour essayer de faire quelque chose que vous auriez dû faire ?					Poins
Jamais	< 1 fois/mois	Chaque mois	Chaque semaine	Chaque jour ou presque	<input type="text"/>
0	1	2	3	4	...
11B Quelle fréquence au cours de la dernière année avez-vous eu besoin de prendre une drogue le matin avant une forte consommation de drogues le soir précédent ?					
Jamais	< 1 fois/mois	Chaque mois	Chaque semaine	Chaque jour ou presque	<input type="text"/>
0	1	2	3	4	...
11C Quelle fréquence au cours de la dernière année avez-vous eu des sentiments de culpabilité ou mauvaise conscience parce que vous avez consommé des drogues ?					
Jamais	< 1 fois/mois	Chaque mois	Chaque semaine	Chaque jour ou presque	<input type="text"/>
0	1	2	3	4	...
11D Est-ce que vous ou une autre personne avez été blessé(e) intentionnellement ou physiquement parce que vous consommez des drogues ?					
Non	Oui, mais pas au cours de la dernière année		Oui, au cours de la dernière année		<input type="text"/>
0	2		4		...
11E Est-ce qu'un membre de votre famille, un ami, un collègue, une infirmière ou une autre personne s'est inquiété de votre consommation de drogues ou vous a dit que vous devriez arrêter d'en consommer ?					
Non	Oui, mais pas au cours de la dernière année		Oui, au cours de la dernière année		<input type="text"/>
0	2		4		...
Total des points des 11 questions :			ST1 + ST2 = <input type="text"/>		SOUS-TOTAL 2 (ST2) <input type="text"/>

Vos réponses au questionnaire DUDIT

De 0 à 1 pour une femme ou de 0 à 5 pour un homme	Votre consommation de drogues ne devrait pas provoquer de risque pour votre santé. N'hésitez pas à demander conseil à votre professionnel de santé si votre situation change : prise d'un traitement, maladie chronique, grossesse...
De 2 à 25 pour une femme ou de 6 à 25 pour un homme	Votre consommation de drogues comporte vraisemblablement des risques pour votre santé, même si actuellement vous ne souffrez de rien. N'hésitez pas à demander conseil au professionnel de votre choix.
Au-delà de 25	Il est possible que vous soyez dépendant de drogues. Cette dépendance peut être psychologique si vous ressentez un besoin de consommer malgré les inconvénients de cette consommation et/ou physique si la diminution ou l'arrêt de votre consommation entraîne des signes de « manque ». N'hésitez pas à faire appel à un professionnel de santé ou consultez le site Internet ci-dessous.

Drogues info service : 0 800 23 13 13 - De 8h à 2h, 7 jours sur 7.
Appels anonymes et gratuits - www.drogues-info-service.fr

Retrouvez ce questionnaire en ligne sur www.respadd.org

TEST Q-MAT

Le Q-Mat est un auto-questionnaire simple qui permet d'évaluer rapidement la motivation du fumeur à arrêter sa consommation de tabac. Un score inférieur à 6 indique une motivation insuffisante (faibles chances de réussite du sevrage), de 7 à 12 une motivation moyenne et au-dessus de 12 une bonne ou très bonne motivation.

▶ 1. PENSEZ-VOUS QUE DANS 6 MOIS

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

▶ 2. AVEZ-VOUS ACTUELLEMENT ENVIE D'ARRÊTER DE FUMER ?

Pas du tout	0
Un peu	1
Beaucoup	2
Enormément	3

▶ 3. PENSEZ-VOUS QUE DANS 4 SEMAINES

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

▶ 4. VOUS ARRIVE-T-IL DE NE PAS ÊTRE CONTENT(E) DE FUMER ?

Jamais	0
Quelque fois	1
Souvent	2
Très souvent	3

INTERPRÉTATION : motivation à réussir le sevrage tabagique

- ▶ Moins de 6 points ▶ Motivation insuffisante
- ▶ 6 à 12 points ▶ Motivation moyenne
- ▶ Plus de 12 points ▶ Bonne ou très bonne motivation

LE JOURNAL DES CONSOMMATIONS DÉCLARÉES DU FUMEUR

1. Imprimer le journal
2. Le conserver avec soi
3. À chaque cigarette, le remplir
4. Le soir, le relire et faire le point
5. Recommencer le lendemain et pendant plusieurs jours

Cigarette n°	Heure	Lieu, activité, personnes présentes	Humeur ou raison*	Comment renoncer à cette cigarette	Importance de la cigarette**
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

* *Humeur : neutre, inquiet(ète), stressé(e), en colère, déprimé(e), détendu(e), fatigué(e), s'ennuie.*

** *très importante, importante, pas très importante.*

COURRIER DE LIAISON



Date

Hôpital et service

Bonjour,

Intégrée à sa prise en charge hospitalière, votre patient-e a bénéficié d'une intervention d'aide au sevrage tabagique. Nous souhaitons vous transmettre les informations nécessaires à la poursuite de cette démarche.

Il/elle a reçu les informations concernant les bénéfices de l'arrêt du tabac, l'utilisation des traitements nicotiniques de substitution et l'importance de poursuivre cette démarche. Voici notre évaluation :

Il/elle fume :

- cigarettes manufacturées :/jour
- cigarettes roulées :/jour
- cigarillos/cigares :/jour
- chicha : Oui Non

Sa dépendance nicotine est :

- modérée intermédiaire forte

Il/elle est motivé-e pour débiter un sevrage tabagique :

- sans traitement
- avec un traitement nicotinique de substitution (ordonnance remise au patient)
- avec un traitement par varénicline (ordonnance remise au patient)
- autre : préciser :

Il/elle nécessite d'être accompagné-e par un-e professionnel-le de santé pour augmenter ses chances de succès.

Je vous remercie de bien vouloir prendre le relais du suivi afin d'évaluer et renouveler le traitement si besoin. De plus, le/la patient-e a été informé-e de la possibilité de trouver une consultation de tabacologie à proximité de chez lui sur le site « Tabac-info-service ».

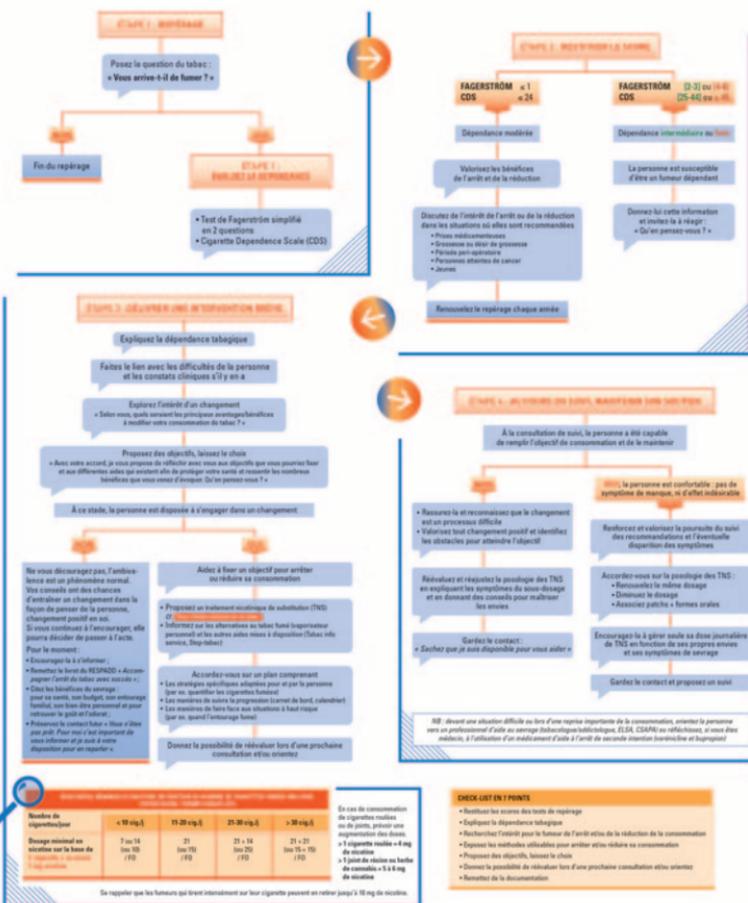
Bien cordialement,

Nom du/de la professionnel-le de santé

AFFICHE « REPÉRER LA CONSOMMATION DE TABAC ET ADAPTER SON INTERVENTION »



Repérer la consommation de tabac et adapter son intervention



Lieu de santé sans tabac

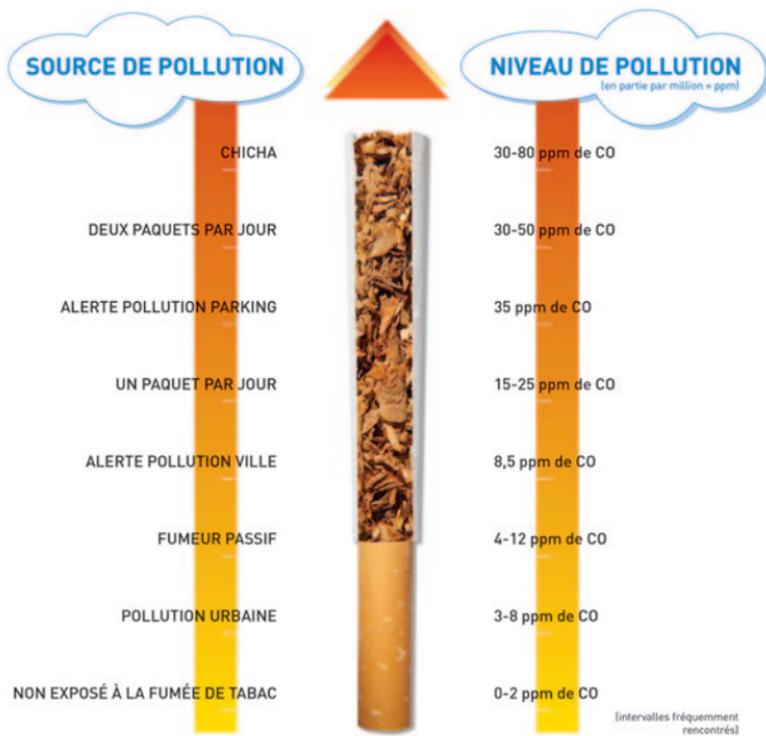
RESEAU DE PREVENTION DES ADDICTIONS

LSPS

International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services

ENVIRONNEMENT SANS TABAC

☉ La mesure du monoxyde de carbone (CO) expiré témoigne de la pollution de l'organisme par la fumée du tabac.



Cigarette industrielle, pipe, cigarette roulée, chicha, cigare, ...
La forme n'y change rien : **LE TABAC EST TOXIQUE POUR LE FUMEUR ET CEUX QUI L'ENTOURENT.**



CHARTRE

Lieu de santé sans tabac

- 1 Mobiliser les décideurs. Sensibiliser tous les personnels. Informer les usagers.
- 2 Mettre en place un comité de prévention du tabagisme. Définir une stratégie et coordonner les actions.
- 3 Mettre en place un plan de formation des personnels et les former à l'abord du fumeur.
- 4 Prévoir l'aide au sevrage, organiser la prise en charge adaptée et le suivi du fumeur dépendant.
- 5 Faire accepter et respecter la réglementation en vigueur.
- 6 Installer, maintenir et actualiser la signalétique obligatoire et non obligatoire.
- 7 Protéger et promouvoir la santé au travail de tous les personnels hospitaliers.
- 8 Multiplier les initiatives pour devenir Lieu de santé promoteur de santé
- 9 Assurer la continuité des actions et se doter des moyens d'évaluation.
- 10 Informer, convaincre et être persévérant !

RESPA ADD

RESPADD

Réseau de prévention des addictions

contact@respadd.org

www.respadd.org

