



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



Année 2017

Thèse N° 058/17

ATTITUDES ET CONNAISSANCES DES MALADES SCHIZOPHRÈNES VIS-À-VIS DU SEVRAGE TABAGIQUE (A PROPOS DE 54 CAS)

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 20/03/2017

PAR

Mme. HAOUAT Houda
Née le 10 Juin 1990 à FES

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Schizophrénie - Tabac - Dépendance - Attitude - Motivation

JURY

M. BENJELLOUN MOHAMED CHAKIB.....	PRESIDENT
Professeur de Pneumo-phtisiologie	
M. RAMMOUZ ISMAIL.....	RAPPORTEUR
Professeur de Psychiatrie	
M. EL BIAZE MOHAMMED.....	} JUGES
Professeur de Pneumo-phtisiologie	
M. AALOUANE RACHID.....	
Professeur agrégé de Psychiatrie	

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	8
INTERET DU SUJET :	10
1ERE PARTIE :	11
RAPPEL SUR LA SCHIZOPHRENIE ET LE TABAGISME.....	11
1. La schizophrénie :	12
1.1. Historique :.....	12
1.2. Définition:	13
1.3. Théorie Neurobiologique :.....	14
1.4. Epidémiologie :.....	15
1.5. Critères diagnostiques : selon (DSM-IVTR) :.....	16
2. TABAC :.....	17
2.1. Données épidémiologiques :.....	17
2.2. Dépendance : neurophysiopathologie :.....	19
2.3. Critères diagnostiques de la dépendance à la nicotine.....	23
2eme partie : La schizophrénie et le tabagisme :.....	25
1. Epidémiologie de la comorbidité tabagisme-schizophrénie:.....	26
2. Les particularités du tabagisme chez les schizophrènes :.....	27
3. Facteurs favorisant le tabagisme chez les malades schizophrènes :.....	28
3.1. Hypothèse de l'automédication :.....	28
3.2. Déterminants génétiques :	29
3.3. Rôle de l'environnement et de la société :	29
4. Neurobiologie : Effet de la nicotine sur la neurophysiopathologie de la schizophrénie :.....	30
5. Effet du tabac sur la symptomatologie psychotique et cognitive :.....	31
5.1. Effets sur les troubles cognitifs :.....	31
5.2. Effet sur la symptomatologie positive et négative :.....	32

6. Tabac et Neuroleptiques :	33
6.1. Interactions médicamenteuses entre les Psychotropes et Tabac :	33
6.2. Effet de la consommation du tabac sur les effets secondaires des neuroleptiques:	34
3eme partie : Le sevrage tabagique chez les schizophrènes :	35
1. Rappel :	36
1.1. Définition du sevrage :	36
1.2. Syndrome du sevrage tabagique :	36
2. Etapes du sevrage tabagique :	38
2.1. Phase d'action	38
2.2. Phase de maintenance	38
3. Moyens thérapeutiques du sevrage tabagique :	39
3.1. Moyens non médicamenteux :	39
3.2. Moyens médicamenteux :	39
a) La substitution nicotinique :	39
b) Bupropion	40
c) Varénicline	40
d) Buspirone	41
4. Difficultés du sevrage tabagique chez les schizophrènes et les malades en psychiatrie :	41
5. Evaluation de la motivation d'un patient à arrêter :	42
6. Tabagisme chez les schizophrènes et les Co-addictions :	43
4EME PARTIE : EFFET DU TABAGISME SUR LA SANTE PHYSIQUE.....	45
1. Le système nerveux central	46
2. Les effets cardiovasculaires :	46
3. Effet sur le système respiratoire :	47

4. Les effets musculaires :.....	47
5. Les effets endocriniens et métaboliques :	47
6. Effet oncologique :.....	48
7. Effet sur l'espérance de vie :.....	48
5EME PARTIE : LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE ANTI-TABAC ET SES MOYENS : .	49
1. Programme « MPOWER » de l'OMS :.....	50
2. Mesures prises pour la prévention et la lutte contre le tabac :	50
2.1. Les campagnes de prévention :	51
2.2. Les mesures de prévention :.....	51
2.3. Avertissements sanitaires sur les produits de tabac (Rôle des étiquettes d'avertissement) :.....	52
6EME PARTIE : NOTRE ETUDE.....	53
1- Introduction :.....	54
2 - Objectifs :.....	54
3- Méthodologie :	55
a. Type de l'étude :	55
b. Lieu de l'étude :.....	55
c. Période de l'étude :	55
d. Critères d'inclusion :.....	55
e. Critères d'exclusion :.....	55
f. Recueil des données et instrument de mesure :.....	55
a) Recueil des données ((Annexe n°1 fiche d'exploitation) :.....	55
b) Instruments de mesure :	56
c) Analyse statistique :.....	58
4- Résultats descriptifs :.....	59
4.1 Nombre de participants à l'étude :.....	59

4.2 Données sociodémographiques	59
4.2.1 Age	59
4.2.2 Sexe.....	60
4.2.3 Situation familiale.....	60
4.2.4 Niveau éducatif.....	60
4.2.5 Profession	60
4.2.6 Le revenu.....	60
4.2.7 Résidence	60
4.2.8 Proches fumeurs	60
4.3 Caractéristiques du trouble schizophrénique chez les patients.....	61
4.3.1 Forme de schizophrénie	61
4.3.2 Durée d'évolution de la maladie	61
4.3.3 Traitement reçu.....	61
4.3.4 Effets secondaires liés au traitement	61
4.4 Evaluation des Comorbidités psychiatriques et somatiques.....	62
4.4.1 Dépression.....	62
4.4.2 Pathologies somatiques.....	62
4.4.3 Antécédents d'usage de drogues	62
4.5 Les caractéristiques de la consommation tabagique dans notre échantillon.....	64
4.5.1 Evaluation de la dépendance avec le test de Fagerström résumée dans le tableau suivant :.....	65
4.5.2 Attitudes des patients vis-à-vis des politiques de santé antitabac	65
4.5.3 Evaluation de la motivation à l'arrêt du tabac :	65
4.6 Echelle CGI (Clinical Global Impression)	67
4.6.1 Résultats CGI sévérité.....	67
4.6.2 Résultats CGI index thérapeutique :.....	67

5-	Résultats analytiques.....	68
5.1	Paramètres sociodémographiques, motivation et degré de dépendance :	68
5.1.1	Situation familiale :	68
5.1.2	Niveau éducatif :	68
5.1.3	Activité professionnelle :	69
5.1.4	Revenu mensuel :	69
5.2	Corrélation entre la motivation pour le sevrage tabagique et le degré de la dépendance :	70
5.3	Relation entre le sentiment d'efficacité personnelle et le degré de motivation :	70
5.4	Paramètres cliniques, thérapeutiques, motivation et degré de dépendance : ...	71
5.4.1	Forme de schizophrénie :	71
5.4.2	Durée d'évolution de la schizophrénie :	71
5.4.3	Traitement par neuroleptiques à action prolongée :	72
5.4.4	Effets secondaires liés au traitement :	72
5.4.5	Existence d'un proche fumeur :	72
5.4.6	Connaissance des risques du tabac :	73
5.4.7	Co-addiction au cannabis :	73
5.4.8	Comorbidité dépressive :	73
6-	Discussion.....	74
6.1	Sexe :	74
6.2	Prévalence de proches fumeurs :	74
6.3	Effet recherché par la consommation du tabac :	75
6.4	Degré de dépendance.....	75
6.5	Degré de motivation :	76

6.6 Stades de changement de la motivation au sevrage tabagique chez les patients schizophrènes :	76
6.7 Attitudes des fumeurs vis-à-vis des étiquettes d'avertissement sur les paquets de cigarettes et les liens avec les connaissances des risques du tabac :	77
6.8 Sentiment d'auto-efficacité ou efficacité personnelle :	79
6.9 Corrélation entre de la motivation et la dépendance tabagique :	79
6.10 Troubles dépressifs et dépendance au tabac :	80
Les limites de l'étude	81
CONCLUSION	82
RESUMES.....	84
ABSTRACT	87
Annexes	90
BIBLIOGRAPHIE	110

INTRODUCTION

La prévalence du tabagisme chez les patients souffrant de la schizophrénie est élevée, elle représente d'environ 70%, contre 30% chez la population générale.

Les patients schizophrènes fument alors plus que la population générale (plus que 20 cigarettes par jour), extraient la nicotine par différentes méthodes, et inhalent la fumée plus profondément ce qui augmente la mortalité et la morbidité chez les patients.

D'autre part le Tabac diminue l'efficacité du traitement neuroleptique chez eux : en effet les constituants du tabac (en particulier les hydrocarbures aromatiques polycycliques) accélèrent le métabolisme de certains médicaments antipsychotiques via le cytochrome p450 diminuant ainsi son effet thérapeutique et met en jeu la stabilité du malade, d'où la nécessité d'ajuster la posologie des neuroleptiques.

Par ailleurs, la consommation du tabac chez les dits malades est en relation avec une automédication contre les effets secondaires du traitement antipsychotique (soulage les effets extrapyramidaux et cognitifs) et contre certains symptômes de la maladie comme l'anxiété, ce qui rend le sevrage plus difficile chez cette population.

INTERET DU SUJET :

La dépendance tabagique chez les schizophrènes représente une comorbidité lourde et problématique de la santé publique d'une part, vue sa fréquence, et son retentissement sur le contrôle des maladies psychotiques en diminuant l'efficacité des psychotropes et causant des rechutes et leur maladie. Et d'une autre part sur la santé physique de ces malades en augmentant la morbidité et la mortalité chez cette population.

L'intérêt de ce travail c'est de mettre en évidence l'impact du tabagisme sur le trouble psychotique et son traitement, d'évaluer les connaissances et les attitudes des malades schizophrènes vis-à-vis du sevrage tabagique en mesurant leur dépendance au tabac et leur motivation à l'arrêt de cette substance.

Pour cela on a reparti le travail à 5 parties :

- La 1ere représente un rappel sur la schizophrénie et ses aspects épidémiologiques cliniques.
- La 2eme partie met en évidence la comorbidité tabagisme schizophrénie, sa fréquence, sa neurobiologie et sa clinique.
- La 3eme partie : consacrée au sevrage tabagique, ses moyens et ses particularités chez le schizophrène
- La 4eme partie concerne les principaux conséquences du tabac du la santé physiques.
- La 5eme partie est faite pour mettre en évidence la politique de prévention et de lutte antitabac de l'OMS.

La 6eme est réservée pour la présentation, l'analyse et la discussion de notre étude.

1ERE PARTIE :

RAPPEL SUR LA

SCHIZOPHRENIE ET LE

TABAGISME

1. La schizophrénie :

1.1. Historique :

- ✚ La schizophrénie est une maladie relativement récente puisque sa conceptualisation remonte à la seconde moitié du XIXe siècle, bien que les symptômes aient été observés depuis bien plus longtemps. Des accusations de sorcellerie, soutenues par l'incompréhension et la crainte, ont pu conduire des schizophrènes vers les bûchers ou d'autres types d'exécutions.
- ✚ Le premier diagnostic de schizophrénie fut établi en 1809 par un médecin français, Philippe PINEL. Par la suite, en 1860, MOREL chercha l'étiologie organique de la pathologie et évoqua le concept de dégénérescence mentale. Ainsi la schizophrénie était une dégradation du cerveau à l'origine des symptômes de la pathologie.
- ✚ En 1895, KRAEPELIN définit la « démence précoce » et c'est donc à cette époque que les premiers symptômes positifs comme les hallucinations sont repérés. Puis HECKER décrit la schizophrénie hébéphrénique où prédomine la symptomatologie dissociative et déficitaire, avec une pauvreté ou une absence du délire exprimé. Par la suite, KAHLBAUM précise la catatonie, comme un défaut de mouvement pointant le déficit psychomoteur.
- ✚ C'est en 1911 que BLEULER propose finalement le terme de schizophrénie qui signifie esprit divisé. Ce médecin met en exergue la dissociation psychique. Par la suite, en 1959, SCHNEIDER tente de spécifier les critères diagnostiques de la schizophrénie et FEIGNHER, entres autres, poursuivra les travaux entrepris.
- ✚ FREUD a traité la schizophrénie par la psychanalyse en la décrivant comme une faiblesse dans le développement du moi. Il précisait que « la caractéristique essentielle de la schizophrénie portait sur les changements dans les relations du patient avec son entourage ».

✚ Ce n'est qu'en 1950 que les neuroleptiques sont découverts. Les molécules ont apporté de grands progrès dans la prise en charge des schizophrènes. En effet jusqu'alors les thérapeutiques n'étaient que très limitées, se réduisant principalement à l'isolement, et aux thérapeutiques physiques (contentions, hydrothérapie)(1)

1.2. Définition:

Le mot schizophrénie vient des mots grecs :

- "skhizein" qui signifie perte de l'unité.
- "phren" qui signifie esprit.

Le résultat de cette perte d'unité psychique est une triple incohérence entre :

- La pensée.
- Les propos.
- Les comportements.(1)

Elle est définie par : un ensemble de troubles où dominant la discordance, l'incohérence verbale, l'ambivalence, les idées délirantes, les hallucinations mal systématisées et de profondes perturbations affectives et instinctuelles.

La schizophrénie est une maladie multifactorielle mettant en jeu des facteurs génétiques, environnementaux, psychologiques, neurobiologiques et sociaux.

1.3. Théorie Neurobiologique :

Les troubles schizophréniques sont rattachés à un dysfonctionnement de la voie dopaminergique méso limbique. Cette théorie, connue sous le nom d'"hypothèse dopaminergique de la schizophrénie", est basée sur le fait que la plupart des substances à propriétés antipsychotiques ont une action sur le système de la dopamine.

L'intérêt s'est également porté sur un autre neurotransmetteur, LE GLUTAMATE, et sur la fonction diminuée d'un type particulier de récepteur au glutamate, le récepteur NMDA. Cette théorie a pour origine l'observation de niveaux anormalement bas de récepteurs de type NMDA dans le cerveau de patients schizophrènes examinés post-mortem, et la découverte que des substances bloquant ce récepteur, comme la phencyclidine ou la kétamine, peuvent mimer chez le sujet sain des symptômes et des troubles cognitifs associés à la maladie.

L'"hypothèse glutamatergique" de la schizophrénie devient actuellement de plus en plus populaire, en particulier du fait de deux observations : d'une part, le système glutamatergique peut agir sur le système dopaminergique, et d'autre part, une fonction glutamatergique réduite a pu être associée à un faible niveau de performance à des tests qui nécessitent le fonctionnement de l'hippocampe et du lobe frontal, dont on sait qu'ils sont impliqués dans la schizophrénie.

On considère également que des processus liés au développement précoce du système nerveux sont importants, en particulier au cours de la grossesse. Certains chercheurs suggèrent que c'est une interaction entre des facteurs environnementaux lors de l'enfance et des facteurs de risque neurobiologiques qui détermine la probabilité de développer la schizophrénie à un âge ultérieur.(2)

1.4. Epidémiologie :

- La schizophrénie existe probablement depuis que l'Homme existe et la description de symptômes y faisant penser est déjà retrouvée dans des textes anciens datant de 2500 ans avant notre ère.
- Dans la population générale, la prévalence de la schizophrénie est estimée à 1% sur la vie entière.
- Chaque année, deux nouveaux cas pour 10 000 habitants apparaissent ce qui représente près de trois millions de sujets atteints et 90 000 nouveaux cas par an en Europe.
- En France, on estime à 600 000 le nombre de schizophrènes. L'espérance de vie de ces patients est en moyenne de 10 ans inférieurs à celle de la population générale. 40% tenteront de mettre fin à leurs jours et 10% décéderont par suicide. C'est une maladie « ubiquitaire », c'est-à-dire présente sous toutes les latitudes et dans toutes les cultures. Le profil symptomatique et psychopathologique présente d'étonnantes similitudes dans tous les pays et apparaît comme indépendant des variations socioculturelles(1).

1.5. Critères diagnostiques : selon (DSM-IVTR) :

Critère A: Symptômes caractéristiques : présence de 2 ou plus des manifestations suivantes pendant au moins 1 mois (ou moins en cas de traitement) :

- ü idées délirantes
- ü hallucinations
- ü discours désorganisé (coq-à-l'âne fréquents ou incohérence)
- ü comportement grossièrement désorganisé Ou catatonique
- ü symptômes négatifs (émoussement affectif, alogie, aboulie)

Critère B: Dysfonctionnement social.

Critère C: Durée > 6 mois (dont critère A > 1 mois)

Critère D: Pas de trouble de l'humeur, ni de trouble schizo-affectif.

Critère E: Pas d'affection médicale générale ni effet iatrogène

Critère F: Pas de trouble d'envahissant du développement et d'antécédent d'autisme. (3)

2. TABAC :

2.1. Donnes épidémiologiques :

Environ 1,1 milliard de personnes fument dans le monde (soit plus d'1/7 de la population mondiale). Pendant que le taux de tabagisme baissait ou déclinait dans les pays développés, la consommation de tabac continue de grimper à un taux d'environ 3,4 % par an dans les pays en développement.

- En France :

En population générale adulte, l'expérimentation du tabac concerne 83 % des hommes et 75 % des femmes. Parmi les 18-75 ans, plus d'un tiers des individus se déclare actuellement fumeur de tabac, soit 29 % de fumeurs quotidiens et 5 d'occasionnels.(4)

D'après l'étude EROPP 2002 (enquête de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies), près de 12 millions de personnes parmi les 18-75 ans sont des fumeurs réguliers (33 % des hommes, 26 % des femmes).

Chez les jeunes de 18-25 ans la prévalence du tabagisme atteint 50 % (50 à 70% chez les sujets en situation de précarité).

Après 25 ans, le pourcentage de fumeurs par classe d'âge (hommes et femmes confondus) est de 37 % chez les 25 -39 ans, 26 % chez les 40-64 ans et 7 % chez les plus de 65 ans.

Le nombre moyen de cigarettes fumées par jour augmente jusqu'à la tranche 40-49 ans pour atteindre 13,3 et 19,5 par jour. Après 60 ans la consommation de tabac devient faible (< 15 %).(5)

- Au Maroc :

La première enquête nationale qui a permis de recueillir des données sur la prévalence du tabagisme chez les adultes a été effectuée en l'an 2000 par le Ministère de la Santé. Elle portait sur les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires et

non spécifiquement sur le tabagisme. Cette enquête portait sur 1802 sujets âgés de 20 ans représentatifs de la population adulte Marocaine au niveau de 100 communes urbaines. La prévalence globale du tabagisme était de 17,2% (34,5% chez les hommes et 0,6% chez les femmes), elle était de 17,9 % en milieu urbain et 16,5% dans le milieu rural. Selon les tranches d'âges, la prévalence la plus importante était retrouvée chez les hommes âgés entre 35 et 44 ans (42,9%). Une autre enquête Marocaine sur la Santé et la Réactivité des Systèmes de Santé

(ENSRS) réalisée en 2003 par le Ministère de la Santé en collaboration avec l'OMS sur un échantillon de 6297 personnes, représentatif de la population Marocaine a montré que la prévalence du tabagisme chez la population adulte Marocaine était de 14,8%. On notait aussi que le tabagisme au Maroc restait un phénomène masculin. En effet près d'un tiers des hommes (32%) étaient fumeurs et que la majorité d'entre eux (29,8%) l'étaient au quotidien. Les femmes, en revanche, n'étaient que marginalement touchées par ce phénomène. Presque la totalité d'entre-elles (99,7%) s'étaient en effet, déclarées non fumeuses. La prévalence du tabagisme était voisine en milieu rural (15,2%) et en milieu urbain (14,5%). Enfin la prévalence la plus importante (21,3%) était retrouvée chez les personnes âgées entre 30 et 44 ans. (06)

Une troisième enquête plus récente, l'enquête nationale «Tabagisme au Maroc: MARTA» a été réalisée en 2006 par le Laboratoire d'Epidémiologie de la Faculté de Médecine de Fès sous l'égide de l'International Union against Tuberculosis and Lung diseases (IUATLD). Elle avait pour objectif l'étude des habitudes et des comportements des sujets fumeurs. Elle a concerné un échantillon représentatif de 9197 personnes âgées entre 15 et 75 ans de l'ensemble des régions du Maroc. Cette étude a montré que la prévalence globale du tabagisme était actuellement au Maroc en augmentation. En effet, elle était de 18 % dans l'ensemble de la population étudiée (14,5 % de fumeurs quotidiens et 3,5 % de fumeurs occasionnels). La prévalence du tabagisme selon le

sexe était de 31,5% chez les hommes et 3,3% chez les femmes. De plus, 41,7% des non-fumeurs avaient été exposés au tabagisme passif. Selon le milieu de résidence, il y avait 18.6% de fumeurs en milieu urbain et 16.9% en milieu rural. (06)

2.2. Dépendance : neurophysiopathologie :

La nicotine est la substance la plus importante du tabac elle représente 93% de la composition de la cigarette. Elle joue un rôle important chez les fumeurs dans le phénomène de « la dépendance ».

- La molécule de la nicotine :

La nicotine est un des alcaloïdes principaux présents dans la feuille de tabac (10-20 mg /g de tabac). Il s'agit d'une amine tertiaire constituée d'un cycle pyrrolidinique. Sa structure est analogue à celle de l'acétylcholine, et lui permet par sa structure rigide de se fixer sur les récepteurs nicotiques de l'acétylcholine, mais ne lui permet pas de se conformer sur les récepteurs muscariniques. Il s'agit d'un 'acétylcholinomimétique' direct. L'isomère lévogyre de la nicotine, présent dans la feuille de tabac, a une affinité pour le récepteur nicotinique de 10 à 50 fois supérieure à celle de l'isomère dextrogyre. Les récepteurs nicotiques sont des protéines transmembranaires pentamériques formant un canal ionique (perméables au sodium ou calcium). Les sous-unités formant la structure pentamérique sont composées au niveau des systèmes nerveux central et périphériques des isoformes α ($\alpha 2$ à $\alpha 10$), β ($\beta 2$ à $\beta 4$), γ , δ et ϵ . Au niveau du système nerveux central, il s'agit généralement de 2 sous-unités α associées à 3 sous-unités β . L'association la plus fréquente est celle composée de 2 $\alpha 4$ et 3 $\beta 2$. L'association monomérique $\alpha 7$ joue aussi un rôle important. La nicotine exerce particulièrement ses effets sur les systèmes nerveux, cardio-vasculaires, musculo-squelettique et endocriniens.(1)

- Mécanisme de la dépendance :

En effet La nicotine imite l'action du neurotransmetteur, ' l'acétylcholine', et se fixe sur un type particulier de ses récepteurs appelé justement « récepteur nicotinique ».

Que ce soit l'acétylcholine ou la nicotine qui se fixe sur ce récepteur, celui-ci se comporte de la même façon : il change d'abord de conformation, ce qui ouvre le canal ionique qui lui est associé pendant quelques millisecondes ; celui-ci laisse entrer des ions sodium qui vont dépolariser la membrane et exciter le neurone. Puis, le canal se referme et le récepteur nicotinique devient transitoirement réfractaire à tout neurotransmetteur. C'est cet état de « désensibilisation » qui va être artificiellement allongé par l'exposition continue à la nicotine.

La dépendance au tabac, qui se développe très rapidement par la suite, vient du fait que les récepteurs nicotiniques sont présents sur les neurones de l'aire segmentale ventrale qui projettent leurs terminaisons dans le noyau accumbens. Les stimulations nicotiniques répétées chez les fumeurs augmentent donc la libération de dopamine dans le noyau accumbens. Cependant, le fumeur chronique maintient, entre chaque cigarette, une concentration de nicotine suffisante pour désactiver les récepteurs et pour ralentir leur renouvellement. D'où la tolérance et la réduction du plaisir ressenti.

Après une brève période d'abstinence (une nuit de sommeil par exemple) la concentration basale de nicotine redescend et permet à une partie des récepteurs de retrouver leur sensibilité. Le retour de tous ces récepteurs à un état fonctionnel hausse la neurotransmission cholinergique à un niveau anormal affectant l'ensemble des voies cholinergiques du cerveau. Le fumeur éprouve alors de l'agitation et de l'inconfort qui le conduit à fumer une nouvelle cigarette.

Une autre substance encore mal identifiée de la fumée du tabac inhibe la monoamine oxydase B (MAO B), une enzyme chargée de dégrader la dopamine recapturée. D'où une concentration plus élevée de dopamine dans le circuit de la récompense qui contribue aussi à la dépendance du fumeur.

L'activation des récepteurs cholinergiques nicotiques génère également des effets sur d'autres neurotransmetteurs comme la noradrénaline, les bêta-endorphines et le GABA (acide gamma-aminobutyrique) le niveau de ces dernières montent en flèche, et ses concentrations augmentent. La nicotine a également un impact sur les systèmes complexes de la sérotonine. (7)

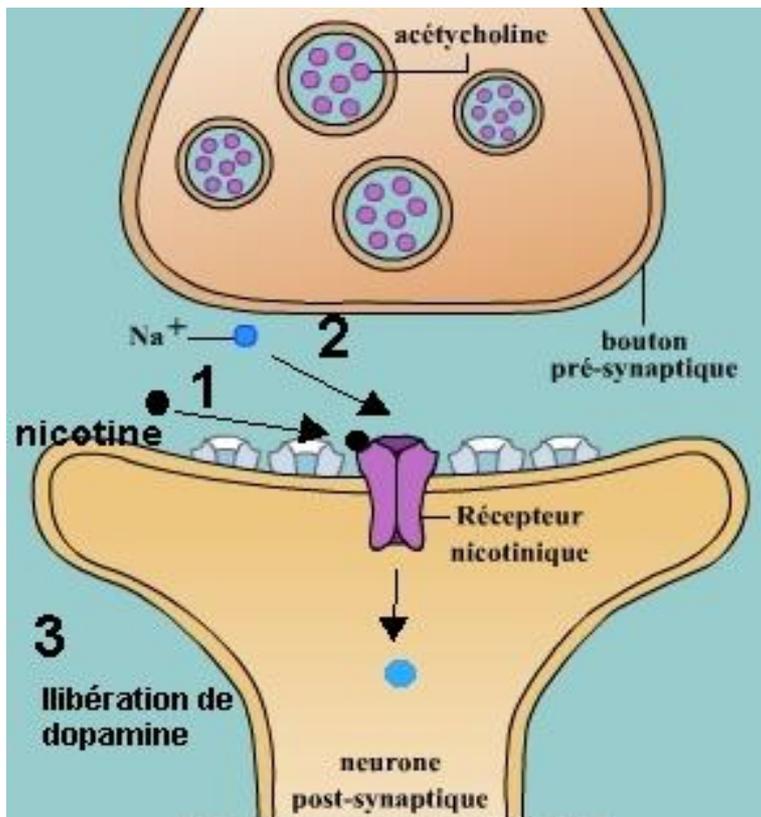


Figure 1: la fixation de la nicotine et ouverture des canaux sensibles à l'acétylcholine

(7)

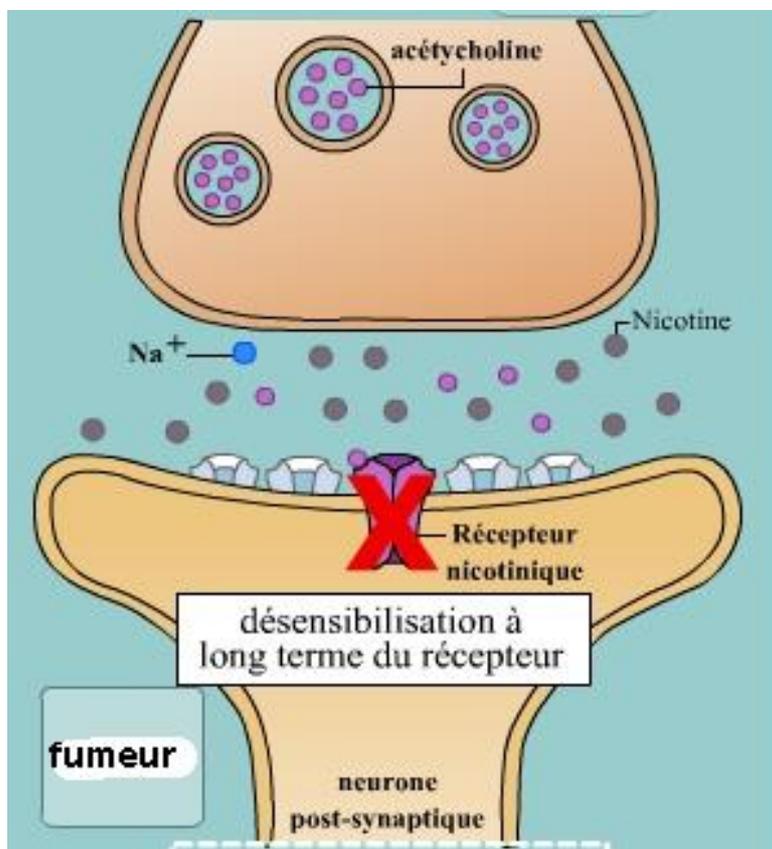


Figure 2: la désensibilisation à long terme chez les anciens fumeurs (7)

2.3. Critères diagnostiques de la dépendance à la nicotine

- Selon CIM-10 :

Le diagnostic de dépendance au tabac peut être posé lors de la présence simultanée de trois (ou plus) des manifestations suivantes, pendant un mois continu :

1. Une forte envie ou désir impérieux de consommer du tabac.
2. Perte de contrôle sur la consommation, tentatives infructueuses / souhait permanent de réduire ou contrôler sa consommation tabagique.
3. Présence des symptômes de manque physique lors de la réduction ou de l'arrêt de la consommation de tabac.
4. Développement d'une tolérance.
5. Abandon des centres d'intérêt ou de divertissements en faveur de la consommation de tabac.
6. Maintien de la consommation malgré les méfaits du tabagisme.)

§ Selon DSMIV : (La classification américaine des troubles psychiatriques (Diagnostic and statistical classification of mental disease)

Les critères qui permettent de poser le diagnostic sont la présence d'au moins trois des items suivants pendant une période de temps d'au moins un an :

1. la tolérance, c'est-à-dire la nécessité d'augmenter les doses pour obtenir le même effet -
2. ou son corollaire : la diminution des effets ressentis - pour une même dose de nicotine absorbée,
3. la présence d'un syndrome de sevrage lors de l'arrêt,
4. un désir persistant d'arrêter la consommation du produit ou des échecs répétés à s'arrêter,
5. une période de temps importante passée à se procurer le produit, à utiliser le produit ou à se remettre des effets du produit,

6. des activités sont abandonnées pour poursuivre l'usage du produit,
7. la consommation est poursuivie en dépit de conséquences négatives sur la santé.(9)

Un autre instrument de mesure de la dépendance nicotinique est le questionnaire de Fagerström. Ce questionnaire évalue essentiellement la dépendance physique à la nicotine. La version la plus récente est le test de Fagerström pour la dépendance à la nicotine. Ce questionnaire dérive du " questionnaire de tolérance " initial proposé par Fagerström en 1978. Son utilisation est recommandée pour évaluer la dépendance car le résultat est un élément indispensable pour le choix du traitement. Il est composé de six questions dont les scores sont additionnés, ce qui permet d'obtenir un résultat compris entre 0 et 10.(9)

2eme partie :

La schizophrénie et le

tabagisme :

1. Epidémiologie de la comorbidité tabagisme-schizophrénie :

La fréquence de la consommation du tabac est plus élevée chez la population atteinte de la schizophrénie par rapport à la population générale. Par effet dans une méta-analyse de 42 études sur la consommation de tabac dans des populations de patients schizophrènes, la fréquence de la consommation de tabac variait entre 55 et 95 % sur la vie entière 22 % des fumeurs ont des troubles psychiatriques contre 12 % des non-fumeurs.(10)

.Cette méta-analyse a porté sur 7 593 patients schizophrènes de 20 pays, dont 1 812 patients hospitalisés (13 études), 4 515 patients suivis en ambulatoire (25 études) et 1 266 patients inclus dans quatre études d'évaluation mixtes, intra et extrahospitalière.

Des études réalisées en France, notamment celles menées par Poirier sur des patients souffrant de troubles psychiatriques, hospitalisés ou non, démontrent que 66 % des schizophrènes sont fumeurs

Les patients schizophrènes fument beaucoup, en moyenne 22 à 27 cigarettes par jour ,12 à 46 % d'entre eux fument plus de 30 cigarettes par jour, contre 6 à 29 % dans des populations contrôles.

Dans une étude française récente, l'âge moyen des patients schizophrènes non-fumeurs était plus élevé que celui des fumeurs (38 ans contre 32 ans. (11)

D'autres études ont retrouvé que la fréquence de la consommation de tabac était plus élevée chez les sujets les plus jeunes et les plus âgés ,90% de ces patients ont commencé à fumer avant le début des troubles psychotiques.

La schizophrénie semble accroître le risque de devenir fumeur, voire fumeur dépendant et la consommation de tabac est de 71 % chez les hommes schizophrènes et de 44 % chez les femmes.

Les fumeurs schizophréniques extraient plus de nicotine de chaque cigarette fumée par différentes techniques d'inhalation comme « serrer le filtre » avec les lèvres ou les doigts, garder l'inhalation profondément plus longtemps, fumer la cigarette jusqu'au mégot et prendre plus de bouffées sur chaque cigarette et ont de ce fait des taux sanguins de nicotine ou de cotinine sanguine ainsi que des concentrations urinaires de cotinine plus élevées à consommation de tabac équivalente .

La dépendance tabagique, évaluée par l'échelle de Fagerström, est sévère dans cette population, avec un score moyen de 6 à 7 selon les études.(11)

2. Les particularités du tabagisme chez les schizophrènes :

Sont regroupées par la combinaison de trois facteurs :

- la difficulté du sevrage tabagique est majorée par la présence de la maladie ;
- la schizophrénie peut elle-même favoriser la dépendance chez les patients ayant commencé à fumer après le début des symptômes ;
- l'âge de début du tabagisme est plus précoce, dès l'adolescence chez les patients schizophrènes que dans la population générale.

L'hospitalisation (surtout de longue durée) constitue un facteur d'augmentation du tabagisme.(11)

3. Facteurs favorisant le tabagisme chez les malades schizophrènes :

Deux hypothèses sont discutées :

3.1. Hypothèse de l'automédication :

On pensait autrefois que les patients schizophrènes fumaient surtout par ennui ou en raison de l'absence de conditions de vie stimulantes, plusieurs auteurs pensent que la consommation de tabac était une forme d'automédication, en particulier des symptômes cognitifs de la schizophrénie, en favorisant la transmission glutamatergique et dopaminergique au niveau du cortex préfrontal.

Le tabac atténuerait certains effets indésirables extra pyramidaux et cognitifs induits par les neuroleptiques. Ainsi, Mc Evoy a montré que l'instauration d'un traitement par halopéridol est suivie d'une augmentation de la consommation de tabac. Néanmoins, d'autres ont souligné que la consommation de tabac débutait dans 90 % des cas avant l'instauration des traitements médicamenteux.

Pour Dalack, les patients schizophrènes auraient un déficit primaire en récepteurs nicotinergiques ; la nicotine aurait ainsi une action, par sa stimulation des processus attentionnels, sur les symptômes négatifs de la maladie, reliés à une hypoactivité du système dopaminergique dans le cortex préfrontal.(11)

Les traitements par des antipsychotiques de première génération se compliquent souvent de symptômes extrapyramidaux (syndrome parkinsonien, dystonies, dyskinésie), ce qui est parfois le cas avec les antipsychotiques de deuxième génération. Ces symptômes sont liés à un blocage des récepteurs dopaminergiques dans le striatum. La nicotine, qui active la libération de dopamine dans le striatum, est théoriquement susceptible de contrer en partie ces effets extrapyramidaux des antipsychotiques. (11)

3.2. Déterminants génétiques :

Chez les schizophrènes, on note existence d'anomalies des processus attentionnels, (altération de l'onde P50 - potentiels évoqués auditifs). La nicotine, (gomme ou cigarette), permet une normalisation du déficit de l'onde P50 chez les patients schizophrènes.

Cet effet pourrait être médié par une interaction de la nicotine sur les récepteurs nicotiques au niveau du système GABA.

Ces anomalies de l'onde P50 pourraient être liées aux anomalies au niveau du chromosome 15q14 qui contient également le gène codant pour le récepteur nicotinique $\alpha 7$.(12)

3.3. Rôle de l'environnement et de la société :

La prévalence des fumeurs schizophrènes diffère d'une société à une autre .Il est moins répandu chez les schizophrènes dans certains pays comme l'Inde par exemple, C'est dû aux coutumes familiales et sociale et aux conditions économiques.(12)

4. Neurobiologie : Effet de la nicotine sur la neurophysiopathologie de la schizophrénie :

La nicotine joue un rôle important chez les fumeurs en modulant la transmission de la dopamine et du glutamate dans le système nerveux central. En activant directement les récepteurs cholinergiques nicotiques situés sur des neurones dopaminergiques, la nicotine augmente la libération et le turnover de dopamine dans le système méso-limbique. Après une utilisation chronique de la nicotine, les récepteurs nicotiques se désensibilisent.

La nicotine peut aussi stimuler les neurones glutamatergiques dans le cortex préfrontal, ce qui a pour effet d'augmenter l'activité de la dopamine et du glutamate dans les ganglions de la base. Certaines composantes de la fumée de tabac peuvent également augmenter l'activité de la dopamine en inhibant la monoamine oxydase de type B, enzyme responsable de sa dégradation. Une diminution de près de 40 % de l'activité de cette enzyme a été notée dans le cerveau de schizophrènes fumeurs. (11)

L'activation des récepteurs cholinergiques du noyau pédonculo-pontin (NPP) par la nicotine augmente le taux de dopamine dans l'ATV, ce qui contribue aux effets renforçateurs de cette substance. L'activation chronique des neurones cholinergiques peut également se traduire par une sur-activation des neurones dopaminergiques et augmenter ainsi les symptômes positifs de la schizophrénie. De plus, l'activation du thalamus, toujours par les mêmes neurones, peut contribuer à la désorganisation de la pensée observée chez les sujets schizophrènes.

Les récepteurs cholinergiques jouent un rôle important dans les fonctions cognitives. Les récepteurs nicotiques alpha-4 bêta-2 seraient impliqués dans l'attention alors que les alpha-7 seraient impliqués dans le traitement d'informations sensorielles.

Un lien entre le récepteur alpha-7 et le déficit sensoriel auditif observé chez les schizophrènes et chez les membres de leur famille immédiate a été établi. Ce déficit est corrigé par l'administration de nicotine.(11)

5. Effet du tabac sur la symptomatologie psychotique et cognitive :

5.1. Effets sur les troubles cognitifs :

De nombreuses études ont montré que la nicotine augmentait transitoirement les capacités cognitives des sujets sains, en particulier l'attention et la mémoire de travail. La consommation de tabac pourrait être une automédication de certains troubles cognitifs liés à la schizophrénie. Plusieurs études ont montré en effet, que la consommation de tabac pouvait améliorer certains troubles cognitifs spécifiques retrouvés chez les patients schizophrènes. Ces améliorations sont indépendantes de l'amélioration des troubles cognitifs induits par le sevrage : la consommation de tabac améliore les symptômes cognitifs de la schizophrénie et pas seulement les altérations cognitives liées au sevrage chez tous les sujets dépendants du tabac, avec ou sans troubles psychotiques. (11)

- la consommation de tabac améliore ainsi les troubles de la mémoire de travail visuo-spatiale et les troubles de l'attention, évalués à l'aide du Continuous Performance Test, retrouvés dans la schizophrénie et qui seraient liés à la fonction dopaminergique au niveau du cortex pré- frontal

- cependant, une étude récente a montré que seuls les troubles de l'attention seraient améliorés par la nicotine, alors que les troubles de la mémoire de travail et de l'apprentissage ne seraient pas influencés par la consommation de tabac. Une autre

étude récente a retrouvé une amélioration de la mémoire à long terme de patients schizophrènes par la nicotine mais sans effet sur la mémoire de travail

- l'administration de nicotine améliore également les troubles du traitement de l'information auditive liés à des déficits du filtrage des perceptions auditives, existant chez les patients schizophrènes et chez environ 50 % des membres de leur famille, en particulier les déficits de l'onde P50 retrouvés sur les potentiels évoqués auditifs.

Les effets de la consommation de tabac sur la cognition restent cependant modestes et également transitoires en raison de la désensibilisation des récepteurs nicotiques induite par la dépendance.(11)

5.2. Effet sur la symptomatologie positive et négative :

Dans l'étude de Paktar, les patients fumeurs ont obtenu des scores de symptomatologie négative à l'échelle PANSS plus élevés que les non-fumeurs. La nicotine pourrait diminuer les symptômes négatifs chez les patients schizophrènes en augmentant la libération de la dopamine dans le cortex préfrontal, à l'instar des antipsychotiques atypiques.(11)

Ziedonis retrouve des scores de symptomatologie négative plus bas et des scores de symptomatologie positive plus élevés chez les fumeurs que les non-fumeurs.

Dans l'étude de Goff, les patients fumeurs obtenaient des scores de symptomatologies négatives et positives plus élevés que les non-fumeurs. (11)

Glassman a souligné les rapports entre consommation de tabac, anxiété et dépression chez les patients non psychotiques. Ces liens n'ont pas été retrouvés chez les patients schizophrènes, sauf dans l'étude de Herran qui retrouve une relation entre niveau d'anxiété et nombre de cigarettes fumées par jour.

Une autre étude a comparé l'effet de cigarettes avec nicotine à des cigarettes dénicotinisées chez des schizophrènes après une abstinence de 6 à 12 heures. Les symptômes négatifs ont diminué dans les deux groupes, ce qui amène les auteurs à conclure que l'acte de fumer en lui-même ou les composantes de fumée auraient un rôle à jouer dans cette diminution. En revanche, les taux plasmatiques de nicotine et de cotinine n'étaient pas mesurés dans cette étude et on ne peut pas exclure la contribution d'une concentration résiduelle de nicotine.(11)

6. Tabac et Neuroleptiques :

6.1. Interactions médicamenteuses entre les Psychotropes et Tabac :

Les patients schizophrènes fumeurs reçoivent des doses plus élevées d'antipsychotiques que les patients non-fumeurs. Certains constituants du tabac, en particulier les hydrocarbures aromatiques polycycliques générés par la combustion du tabac, accélèrent le métabolisme des antipsychotiques par la voie du cytochrome P450 CYP1A2.

À travers plusieurs études, on note que la fumée de cigarette, de par son effet inducteur sur les enzymes hépatiques responsables du métabolisme de plusieurs antipsychotiques

Ce qui en conséquence, diminue les taux sanguins, et donc l'efficacité des antipsychotiques métabolisés par cette voie.

Des ajustements de la posologie pour la médication antipsychotique sont donc à prévoir lorsqu'un patient débute ou bien cesse de fumer.(11)

6.2. Effet de la consommation du tabac sur les effets secondaires des neuroleptiques:

Plusieurs études ont montré que la consommation de tabac réduisait les effets secondaires extrapyramidaux des traitements neuroleptiques. Ces effets pourraient être liés à la diminution des taux sanguins de neuroleptiques, à l'augmentation de la transmission dopaminergique sous-corticale et/ou à l'action de la nicotine sur les systèmes gabaergiques et glutaminergiques. Ainsi, la nicotine améliorerait la bradykinésie et la rigidité, et dans une moindre mesure, les tremblements chez les patients schizophrènes traités par halopéridol.

La fréquence des dyskinésies tardives serait plus élevée chez les fumeurs traités par neuroleptiques.

La consommation de tabac accélère également le métabolisme de la plupart des benzodiazépines et de certains antidépresseurs tels que l'imipramine et la clomipramine.(11)

3eme partie :

Le sevrage tabagique chez les schizophrènes :

1. Rappel :

1.1. Définition du sevrage :

C'est un arrêt du tabac évalué un jour donné, c'est une « prévalence instantanée » : aucune bouffée de cigarette ne doit avoir été prise ce jour-là, ce qui ne préjuge en rien d'une prise tabagique dans l'intervalle séparant deux évaluations. Il doit être continu depuis le début de la tentative (pour certains, des prises occasionnelles et rares ne remettent pas en cause la réalité de l'arrêt).(13)

La durée de l'abstinence distingue trois types d'arrêts :

- Ø récent (6 mois),
- Ø persistant (12 mois),
- Ø confirmé (24 mois).

L'évaluation de l'arrêt associe l'interrogatoire et la mesure de marqueurs du tabagisme : taux de monoxyde de carbone dans l'air expiré (COE) et/ou dosage de cotinine dans le sang ou urines, Thiocyanates dans le sang ; les seuils d'abstinence retenus sont : CO expiré \ll 10 ppm, cotinine salivaire ou plasmatique 15 ng/ml, urinaire : 50 ng/ml, Thiocyanates (12) plasmatiques : 78 – 84 mmol/l (13).

1.2. Syndrome du sevrage tabagique :

Il est observé chez les sujets qui fument régulièrement et qui arrêtent ou diminuent brutalement leur consommation. Ce syndrome comprend des troubles de l'humeur avec une humeur instable ou déprimée, une insomnie, de l'irritabilité, de la nervosité, de la colère ou un sentiment de frustration. On observe fréquemment de l'anxiété, des troubles de la concentration. A l'inverse, certains patients sont très actifs et ne peuvent s'arrêter de s'activer à toutes sortes de tâches. On observe une diminution des rythmes cardiaques d'environ 8 battements/min en moyenne et une

augmentation de l'appétit avec une prise de poids moyenne de 2 à 4 kilogrammes. Des pulsions irrésistibles (compulsion) à reprendre une cigarette sont fréquemment observées, ainsi qu'une appétence pour les aliments sucrés. Une augmentation de la toux est courante dans les premiers jours de l'arrêt ainsi qu'une diminution des performances sur des tâches qui demandent une vigilance élevée. Le syndrome de sevrage débute en quelques heures et est le plus intense dans les 24 - 48 heures qui suivent l'arrêt. La plupart des symptômes durent environ quatre semaines, mais les pulsions à fumer et l'irritabilité peuvent persister six mois ou plus. L'intensité du syndrome de sevrage est variable d'un patient à l'autre. Il est plus marqué dans le cas d'une consommation de cigarettes par rapport aux cigares ou à la pipe. Tous ces troubles sont dus en large part au manque de nicotine. Ces symptômes peuvent être considérablement atténués, voire supprimés par un apport de nicotine en quantité suffisante. Certains sujets fument pour supprimer la sensation désagréable qui survient lors du sevrage : c'est le renforcement négatif.(09)

2. Etapas du sevrage tabagique :

Deux étapes successives dans la prise en charge :

Après une phase préparatoire qui préside à la décision d'arrêt du tabagisme et qui peut être précédée d'une période de réduction de la consommation de tabac, avec compensation par apport de substituts nicotiques (SN), deux étapes «opérationnelles » sont expliquées au patient pour le rassurer et lui permettre de doser son effort.

2.1. Phase d'action

Phase de sevrage, sur 3 à 6 mois, avec compensation des dépendances pharmacologique, psychologique et comportementale, ainsi que la prévention ou le traitement des effets secondaires de l'arrêt. (14)

2.2. Phase de maintenance

Son but est l'extinction définitive du tabagisme qui se produit rarement avant le 6e mois d'arrêt ; elle est aidée par la mise en œuvre de stratégies de prévention de la reprise du comportement aberrant.(14)

3. Moyens thérapeutiques du sevrage tabagique :

3.1. Moyens non médicamenteux :

▼ Thérapies comportementales et cognitives : Psychothérapie cognitivo-comportementale.

Ces thérapies, notamment l'entretien motivationnel, présentent l'avantage de permettre une validation scientifique objective. Elles améliorent les résultats du traitement médicamenteux de la prise en charge médicale, agissant notamment sur la dépendance sociale qui fonctionne par des conditionnements acquis.

C'est le traitement de première intention pour la femme enceinte (Conférence de consensus 1999). Elles peuvent être proposées également sans apport médicamenteux et, dans ce cas, ont les mêmes résultats que le traitement médicamenteux mais sans aucun effet secondaire.

Ce moyen reste peu utilisé en pratique.

3.2. Moyens médicamenteux :

a) La substitution nicotinique :

Le traitement de substitution nicotinique, disponible sous forme de dispositifs transdermiques (patchs) ou de gommes à mâcher, consiste à réaliser des apports quotidiens de nicotine à des doses progressivement décroissantes sur plusieurs semaines.

Les taux d'abstinence à 12 semaines après substitution avec des systèmes transdermiques sont cependant plus faibles chez les patients schizophrènes (36-42 %) qu'en population générale (50-70 %).(11)

Les recommandations de l'Afssaps stipulent que la durée totale du traitement de substitution nicotinique lors d'un sevrage tabagique initial doit être comprise entre

6 semaines et 6 mois selon les patients, le réapprentissage d'une vie sans tabac pouvant être plus long chez les patients schizophrènes que chez les sujets sans pathologie psychotique.

Lorsque l'arrêt s'avère impossible, une réduction du risque par diminution progressive du nombre de cigarettes peut être obtenue grâce à l'utilisation ponctuelle de substituts nicotiques oraux (une gomme ou une pastille remplace 1 à 2 cigarettes).

Une étude préliminaire a montré que 42 % des patients schizophrènes résistent aux traitements habituels de la dépendance à la nicotine en spray après 3 mois de traitement.(11)

b) Bupropion

C'est un antidépresseur mixte, inhibiteur de la recapture de la noradrénaline et de la dopamine, de structure amphétamine. Il agit par deux voies neuronales, dopaminergique et sérotoninergique.

Ce produit s'est avéré une thérapeutique adaptée dans le sevrage tabagique, mais avec des résultats modestes et non dénués d'effets secondaires et d'interactions médicamenteuses, il aurait une balance bénéfice-risque défavorable dans le sevrage tabagique.(11)

c) Varénicline

C'est un agoniste partiel des récepteurs de type nicotinique. Ce médicament serait significativement plus efficace que le Bupropion dans l'aide à l'arrêt du tabac, en termes d'abstention complète entre la 9^e et la 12^e semaine de traitement et de réduction du besoin impérieux de fumer. Il n'a pas été étudié chez une population de patients psychotiques et n'a pas été noté, en revanche, d'amélioration du service médical rendu (ASMR).(11)

d) Buspirone

C'est un médicament anxiolytique à délai d'action prolongé, qui module la transmission sérotoninergique cérébrale par un effet agoniste 5HT1a, et dont l'intérêt par rapport aux benzodiazépines est de ne pas présenter de propriétés sédatives ni addictives.

Les résultats du traitement par buspirone, contre placebo, dans le sevrage tabagique ont montré un arrêt du tabac chez 90 % des sujets anxieux sous buspirone contre 50 % sous placebo, et chez 66 % des sujets non anxieux sous buspirone contre 86 % sous placebo. La buspirone n'a donc été efficace que chez les sujets ayant un état anxieux préexistant.(11)

4. Difficultés du sevrage tabagique chez les schizophrènes et les malades en psychiatrie :

Arrêter de fumer est ainsi plus difficile lorsque l'on souffre de troubles psychiatriques. Une étude parue en 2003 a montré que les déprimés et les schizophrènes percevaient plus d'effets positifs et de valeur renforçatrice du tabac. (15)

Les symptômes de sevrage sont plus graves chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques. Plusieurs études ont ainsi montré que les troubles psychiatriques pourraient être exacerbés de façon temporaire par le manque de nicotine. Il semble par exemple exister une altération des fonctions cognitives chez les personnes schizophrènes plus importante que dans la population générale durant la phase de sevrage.

Le taux d'abstinence est également plus bas que dans la population générale. Pour ces raisons, on a longtemps pensé qu'un projet d'arrêt était impossible dans ce

cas. Cette vision des choses étant toujours très répandue, tout comme l'idée que les personnes souffrant de troubles psychiatriques ne sont pas motivées pour arrêter de fumer, la dépendance à la nicotine reste sous-traitée chez les malades mentaux. Pourtant, d'autres études ont confirmé le contraire, dont une réalisée en 2009 au Canada, ont montré que les schizophrènes en particulier étaient intéressés par l'arrêt du tabac. (15)

5. Evaluation de la motivation d'un patient à arrêter :

Il présume que les fumeurs passent par 5 étapes pour arrêter :

- Pré-intention : le sujet fumeur n'a pas encore envisagé d'arrêter.
- Intention : il pense à arrêter mais est encore ambivalent.
- Décision : il prend la décision d'arrêter de fumer et élabore une stratégie d'arrêt.
- Action : il est activement engagé dans le changement : il arrête de fumer.
- Maintien : il a retrouvé sa liberté face à la dépendance mais reconnaît qu'il doit demeurer vigilant pour éviter une rechute.(14)

6. Tabagisme chez les schizophrènes et les Co-addictions :

La fréquence des Co-addictions chez les schizophrènes est plus élevée que dans la population générale. Les influences des substances psycho-actives mises en jeu ne sont pas négligeables, et peuvent grever à la fois le pronostic global et les chances de sevrage.(11)

Par ailleurs, le rapport particulier entre tout type d'addiction et psychose impose de ne pas se limiter à la seule dépendance à la nicotine.

70 % des sujets schizophrènes sont dépendants au tabac et 50 % sont dépendants à l'alcool ou à des drogues illicites. Aux États-Unis, la consommation de cannabis est 5 fois plus élevée chez les schizophrènes que dans la population générale et la consommation de cocaïne 13 fois plus élevée. De plus, cette consommation est plus importante dans la pathologie schizophrénique que dans d'autres troubles mentaux.(11)

Une autre étude américaine, portant sur 231 patients schizophrènes issus d'un échantillon de 18 000 personnes, ne met pas en évidence un lien entre l'abus de substances spécifiques et les symptômes cliniques spécifiques, mais suggère un lien plus global entre l'abus de substances et la discordance affective.(11)

Cette prédisposition globale de l'addiction chez les patients psychotiques se retrouve également dans l'étude de personnalité de Van Ammers portant sur 28 patients schizophrènes, qui met en évidence une corrélation significative entre le trait de personnalité « recherche de sensation » et les consommations actuelles de caféine et nicotine.(11)

Dans une étude récente, 60 % des patients fumeurs réguliers avaient présenté aussi un abus/dépendance d'alcool ou de drogue sur la vie entière, principalement au cannabis, contre 19 % des non-fumeurs. Dans cette même étude, 91 % des patients schizophrènes masculins présentant un abus d'alcool, du cannabis et du tabac contre

62 % des patients sans abus ou dépendance et 75 % des patientes schizophrènes présentant un abus d'alcool, de drogue ou de tabac sur la vie contre 38 % de patientes sans abus ou dépendance.(11)

Plus de la moitié des hommes qui boivent un apéritif tous les jours fument plus de dix cigarettes par jour, contre 35 % pour l'ensemble de la population masculine.

Plusieurs études ont montré une corrélation fortement positive entre ces deux consommations dans la population générale. Ainsi l'alcoolisme serait 10 fois plus fréquent chez les fumeurs que les non-fumeurs, et le tabagisme 2 fois plus fréquent chez les consommateurs d'alcool réguliers que les consommateurs occasionnels.(11)

La consommation de tabac et alcool serait responsable de plus de 20 % de la mortalité globale.

D'après le CreDES, 13 % des patients hospitalisés souffrent d'alcoolisme et 10 % pour qui l'alcoolisme est un facteur de risque, de même le tabagisme est un facteur de risque pour 16 % des hospitalisés et 6 % cumulent les deux risques.(11)

4EME PARTIE :

EFFET DU TABAGISME SUR

LA SANTE PHYSIQUE.

1. Le système nerveux central

La nicotine n'est pas retenue par la barrière hématoencéphalique et se distribue librement dans le cerveau. On retrouve des concentrations élevées de nicotine dans certaines parties du cortex cérébral, le thalamus, l'hippocampe, l'hypothalamus, le mésencéphale et le tronc cérébral. L'activation des récepteurs nicotiques provoque la libération de multiples neurotransmetteurs qui explique certains effets du système nerveux central : l'acétylcholine (amélioration de la mémoire et des fonctions cognitives) ; la noradrénaline (stimulant, anorexie) ; la dopamine (sensation de plaisir et de récompense, anorexie) ; la sérotonine (humeur, anorexie) ; l'acide γ -aminobutyrique (relaxation) ; la glutamine (amélioration de la mémoire et des fonctions cognitives) et la β -endorphine (relaxation).(16)

2. Les effets cardiovasculaires :

La nicotine entraîne à petite dose, par l'intermédiaire du système nerveux sympathique et la libération d'amines vasopressives par les glandes surrénales, une accélération de la fréquence cardiaque, une élévation de la pression artérielle, une augmentation du débit cardiaque, une vasoconstriction périphérique et une vasoconstriction. A fortes doses, on note un effet bradycardisant et une baisse de la pression artérielle (16).

La consommation de tabac augmente en effet les phénomènes inflammatoires, de thrombose, d'oxydation du LDL cholestérol et de stress oxydatif qui augmentent le risque de survenue des coronaropathies et d'infarctus du myocarde. La consommation de tabac augmente également la consommation d'oxygène par le muscle cardiaque.

L'étude CATIE a retrouvé un risque de survenue de maladie coronarienne dans les dix ans de 9,4 % chez les hommes contre 7 % chez les sujets témoins et de 6,3 % chez les femmes contre 4,2 %, cette augmentation du risque coronarien étant pour une grande part liée au tabac.

Le risque cardiovasculaire est aggravé par d'autres facteurs de risque chez les patients schizophrènes, en particulier les troubles de la glycorégulation, les troubles du métabolisme lipidique, l'obésité et la sédentarité qui sont fréquemment retrouvés chez cette population.(11)

3. Effet sur le système respiratoire :

Dans une étude sud-israélienne, la fréquence de la broncho-pneumopathie chronique obstructive chez les malades mentaux sévères est de 22,6 %, celle des bronchites chroniques de 9,71 % contre 6,1 % en population générale et celle de l'emphysème de 7,9 % contre 1,5 % en population générale.(11)

4. Les effets musculaires :

La stimulation des neurones de Renshaw entraîne une myorelaxation au niveau des muscles squelettiques. On note une augmentation du péristaltisme intestinal et, surtout lors des premières cigarettes, des nausées et vomissements. Des doses élevées conduisent à des réductions de tonus, voir des paralysies. (16)

5. Les effets endocriniens et métaboliques :

La nicotine exerce un effet inhibiteur par l'intermédiaire de son activité sympathomimétique sur la lipogenèse et la sécrétion d'insuline, induisant la mobilisation des réserves énergétiques à partir des adipocytes. La sécrétion de l'ACTH, du cortisol et de la prolactine est aussi augmentée.(16)

6. Effet oncologique :

Certaines études, en particulier danoises, ont retrouvé une fréquence des cancers liés au tabac légèrement plus faible chez les patients schizophrènes qu'en population générale, en particulier les cancers pulmonaires, laryngés et buccaux, y compris chez les patients les plus âgés, à l'exception du cancer de l'œsophage plus fréquent chez les patients par rapport aux sujets témoins. (11)

Cependant, en Finlande la fréquence des cancers pulmonaires et des cancers pharyngés est deux fois plus élevée chez les patients schizophrènes qu'en population générale. (11)

L'interdiction totale de fumer dans les structures de soins danoises pourrait expliquer la diminution des cancers chez les patients dans ce pays.(11)

7. Effet sur l'espérance de vie :

La consommation de tabac est un facteur de mortalité prématurée chez les patients schizophrènes.

Aux États-Unis, l'espérance de vie des patients schizophrènes est de 61 ans chez les hommes et de 65 ans chez les femmes contre 76 ans en population générale.

Par rapport à la population générale, la mortalité prématurée chez ces sujets par suicide est dix à 20 fois supérieure. Elle est aussi 6 fois plus élevée suite aux troubles cardio-vasculaires et 5 fois plus élevée par affection respiratoire.(11)

5EME PARTIE :

LA POLITIQUE NATIONALE

DE SANTE ANTI-TABAC ET

SES MOYENS :

1. Programme « MPOWER » de l'OMS :

Le programme « MPOWER » destiné à diminuer la consommation de tabac dans le monde suppose d'appliquer des politiques et des interventions qui ont fait leurs preuves, en se basant sur les données recueillies dans le cadre d'enquêtes effectuées systématiquement pour cibler et affiner leur mise en œuvre, et d'assurer un suivi rigoureux de ces politiques afin d'en apprécier l'impact. Le taux de couverture des interventions doit être élevé : une application partielle ne suffit généralement pas à diminuer la consommation de tabac dans la population. Pour appliquer le programme de politiques « MPOWER », les pays doivent :

- Monitor : Surveiller la consommation de tabac.
- Protect : Protéger la population contre la fumée du tabac.
- Offer : Offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac.
- warn : Mettre en garde contre les dangers du tabagisme.
- Enforce : Faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac et de la promotion.
- Raise : Augmenter les taxes sur les produits du tabac.(17)

2. Mesures prises pour la prévention et la lutte contre le tabac :

La prévention du tabagisme est constituée d'un ensemble de mesures ayant pour objectif d'empêcher les jeunes à toucher à leur première cigarette, de limiter l'accès au tabac, d'interdire la publicité en faveur du tabac et de ses produits, de sensibiliser le public sur les risques de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac, de motiver les tentatives d'arrêt, de faciliter l'arrêt du tabac, de protéger les non-fumeurs. Ces mesures passent par l'interdiction de la publicité, l'interdiction de vente de tabac aux moins de 16 ans, la protection contre la fumée passive notamment dans les lieux publics.

2.1. Les campagnes de prévention :

Elles visent :

- ü à informer la population sur les risques du tabagisme pour la santé,
- ü aider les jeunes et les enfants à résister à la cigarette et,
- ü aider les fumeurs à arrêter de fumer,
- ü responsabiliser les responsables d'entreprises, de restaurants et autres lieux publics sur les risques du tabagisme pour la santé.(18)

2.2. Les mesures de prévention :

Plusieurs mesures ont été mises en place au Luxembourg pour lutter contre le tabagisme tant au niveau publicitaire qu'au niveau de la vente du tabac et de ses produits et des actions de prévention.

Depuis 1989, la législation luxembourgeoise a apporté des restrictions à la publicité en faveur du tabac. En 2006, de nouvelles mesures ont été introduites interdisant toute publicité directe et indirecte en faveur du tabac. Tout parrainage en faveur du tabac ou des produits du tabac est également interdite.

A partir du 1er janvier 2014, une nouvelle loi antitabac généralise l'interdiction de fumer dans les lieux publics.(18)

2.3. Avertissements sanitaires sur les produits de tabac (Rôle des étiquettes d'avertissement) :

Depuis 1990, les fabricants de tabac sont obligés d'apposer des avertissements sanitaires visibles sur les produits de tabac:

- ü Fumer tue.
- ü Fumer provoque le cancer.
- ü Fumer provoque des maladies cardiovasculaires.
- ü Chaque année, le tabagisme fait plus de victimes que les accidents de la route.
- ü Pour être en bonne santé, ne fumez pas.

Outre ces avertissements de base, les paquets de cigarettes doivent mentionner un avertissement complémentaire:

- ü Les fumeurs meurent prématurément.
- ü Fumer bouche les artères et provoque des crises cardiaques et des attaques cérébrales.
- ü Fumer provoque le cancer mortel du poumon.
- ü Fumer pendant la grossesse nuit à la santé de votre enfant.
- ü Protégez vos enfants: ne leur faites pas respirer votre fumée.
- ü Votre médecin ou votre pharmacien peut vous aider à arrêter de fumer.
- ü Fumer crée une forte dépendance, ne commencez pas.
- ü Arrêter de fumer réduit les risques de maladies cardiaques et pulmonaires.
- ü Fumer peut entraîner une mort lente et douloureuse.
- ü Faites-vous aider pour arrêter de fumer.
- ü Fumer peut diminuer l'afflux sanguin et provoque l'impuissance.
- ü Fumer provoque un vieillissement de la peau.
- ü Fumer peut nuire aux spermatozoïdes et réduit la fertilité.
- ü La fumée contient du benzène, des nitrosamines, du formaldéhyde et du cyanure d'hydrogène.(18)

6EME PARTIE :

NOTRE ETUDE

1 - Introduction :

Il s'agit d'une étude transversale faite à l'hôpital universitaire Ibn Hassan de Fès de la santé mentale et des maladies psychiatriques, sur une période de six mois.

54 patients ont répondu aux critères d'inclusion de cette étude ont été recruté en fin d'hospitalisation.

2 - Objectifs :

Cette étude a pour objectif principal d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs du tabagisme chez les patients souffrants de trouble schizophrénique, et d'évaluer les connaissances de ces malades vis-à-vis du sevrage tabagique et leur motivation.

Les objectifs spécifiques consistent à :

- A. Etudier et évaluer la prévalence de la consommation tabagique chez les patients schizophrènes de notre échantillon.
- B. Evaluer le degré de la dépendance à la nicotine chez les schizophrènes tabagiques.
- C. Etudier les facteurs déterminants sociodémographiques, pathologiques et taxiques interviennent dans le sevrage tabagique.
- D. Evaluer l'attitude et les connaissances des malades schizophrènes vis-à-vis du sevrage tabagique.
- E. Evaluer la motivation de ces malades au sevrage du tabac.

3- Méthodologie :

a. Type de l'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive et analytique.

b. Lieu de l'étude :

Hôpital IBN el Hassan de la santé mentale et les maladies psychiatrique de Fès.

c. Période de l'étude :

Notre étude est une étude transversale étalée sur six mois allant du Mars 2016 au septembre 2016

d. Critères d'inclusion :

Patients souffrant d'une schizophrénie, tabagique, stabilisés, recrutés en fin d'hospitalisation, répondant aux critères DSM IV diagnostic de schizophrénie, âge adulte > 18 ans.

e. Critères d'exclusion :

- ✚ Age des patients moins de 18 ans et Plus de 60 ans.
- ✚ Patients non stabilisés : richement délirants, hallucinés ou très dissociés.
- ✚ Patients non coopérants.

f. Recueil des données et instrument de mesure :

a) Recueil des données ((Annexe n°1 fiche d'exploitation) :

- ✚ Données sociodémographiques et personnels du patient.
- ✚ Données sur le trouble psychotique (la forme de la schizophrénie, durée d'évolution, le traitement antipsychotique, et les effets secondaires thérapeutiques chez chaque patient).
- ✚ Evaluation des comorbidités sur le patient : score CDSS (The Calgary depression rating scale schizophrenia) et les antécédents somatiques.
- ✚ Antécédents d'usage d'autres substances, leur durée de consommation et la quantité consommée par semaine, et l'évaluation de la dépendance par le test de MINI substances.

- ✚ Le comportement tabagique du patient : durée de consommation, la quantité de cigarettes consommée, présence d'un proche fumeur ou non, le nombre de tentative de sevrage, durée de sevrage la plus longue, le traitement utilisé pour le sevrage, présence d'un aide médical pour sevrage, le type de traitement utilisé, évaluer les connaissances des moyens thérapeutiques du sevrage, avis et réactions des patients vis-à-vis des politiques de santé anti-tabac.
- ✚ Evaluation de la motivation du patient à l'arrêt du tabac en évaluant son stade de décision et en mesurant le test de Richmond.
- ✚ Evaluation du sentiment d'efficacité lors de l'arrêt.
- ✚ Evaluer la sévérité du trouble par le score CGI sévérité et CGI index thérapeutique.
- ✚ Les résultats du bilan toxicologique du patient.

b) Instruments de mesure :

L'entretien psychiatrique a été fait par le médecin responsable de l'étude en se basant sur un questionnaire et les échelles d'évaluation suivantes :

ü Echelle de CDSS (The Calgary Depression Scale for Schizophrenia): (Annexe n°2)

Construit pour mesurer la dépression indépendamment de la symptomatologie négative et des effets secondaires extrapyramidaux associés à la schizophrénie. L'outil comprend neuf items (humeur dépressive, désespoir, autodépréciation, idées de référence à thème de culpabilité, culpabilité pathologique, dépression matinale, éveil précoce, idées de suicide et dépression observée), cotés sur une échelle de 0 à 4.

Une valeur seuil du score >3 a été fixé pour séparer les patients atteints de schizophrénie avec dépression de ceux sans dépression, avec une sensibilité de 100% et une spécificité avoisinant les 70%.

ü Evaluation de la motivation à l'arrêt du tabac :

Le premier moyen utilisé était de préciser le stade motivationnel qui correspond à chaque patient dans son processus de changement à l'aide du modèle descriptif des changements de comportement développé par Prochaska et Diclemente. Chaque patient devait répondre à la question suivante : « Envisagez-vous d'arrêter de fumer ? », et c'est en fonction de sa réponse que son stade de changement a été déduit. Soit le stade de pré-intention, stade de l'intention ou le stage de décision.

Deuxième moyen : test de Richmond : qui correspond à une échelle coté de 0 à 10 qui permet d'apprécier la motivation au sevrage tabagique (Annexe n°4).

ü L'échelle clinical global impression (CGI) : (19) (Annexe n°5)

Elle donne une idée générale et valide de l'état du patient et renseigne sur le rapport bénéfice/risque du traitement utilisé. Elle comporte trois parties. La première (CGIS) : permet d'évaluer le niveau de gravité de la maladie par une cotation allant de un à sept

La deuxième, (CGI-I) permet d'apprécier l'amélioration globale de l'état du patient au moyen de sept degrés (1 : très fortement amélioré à 7 : très fortement aggravé).

La troisième (index thérapeutique) croise les données relatives à l'efficacité et à la survenue d'effets indésirables.

ü Echelle de Fagerström (Annexe n°3) :

Le questionnaire de Fagerström permet d'évaluer le degré de dépendance tabagique.

Ce test comprend six items, le 1er et le 4ème sont notés de 0 à 3 .Le 2ème, 3ème

5ème et 6ème sont notés de 0 à 1. Chaque note correspond à une réponse appropriée.

La note globale varie entre 0 à 10, établissant plusieurs degrés de dépendance.

Cette note est interprétée de la façon suivante :

- De 0 à 2 : le sujet n'est pas dépendant à la nicotine.
- De 3 à 4 : le sujet est faiblement dépendant à la nicotine.
- De 5 à 6 : le sujet est moyennement dépendant.
- De 7 à 10 : le sujet est fortement ou très fortement dépendant à la nicotine.

ü Sentiment d'auto-efficacité ou efficacité personnelle :

Le sentiment d'efficacité personnelle ("self-efficacy") est un concept développé par le psychologue Albert Bandura. Il désigne les croyances d'une personne sur sa capacité d'atteindre des buts ou de faire face à différentes situations. Ce sentiment constitue un déterminant important de la motivation à agir et de la persévérance vers des buts car le niveau d'effort investi est en fonction des résultats attendus. Ce paramètre a été évalué dans notre contexte en rapport avec le degré de conviction qu'a le patient pour réussir son éventuel prochain sevrage tabagique et le maintien de l'abstinence à long terme. Pour ce fait chaque patient devait répondre à la question suivante : « Si vous arrêtiez de fumer dès aujourd'hui, à combien estimeriez-vous vos chances de réussite ? », en utilisant une échelle analogique allant de 0 à 10 :

0 : signifie : « Je suis tout à fait sûr(e) que je n'y arriverai pas »

10 : signifie : « Je suis tout à fait sûr(e) que je réussirai »

c) Analyse statistique :

L'analyse statistique a été effectuée par le logiciel SPSS 20 qui nous a permis d'obtenir les résultats descriptifs et de faire une analyse uni variée (test de Khi2, comparaison de moyennes : ANOVA un facteur) ainsi que de réaliser des analyses de corrélation de Pearson. La significativité des résultats était conditionnée par un $P < 0,05$.

4- Résultats descriptifs :

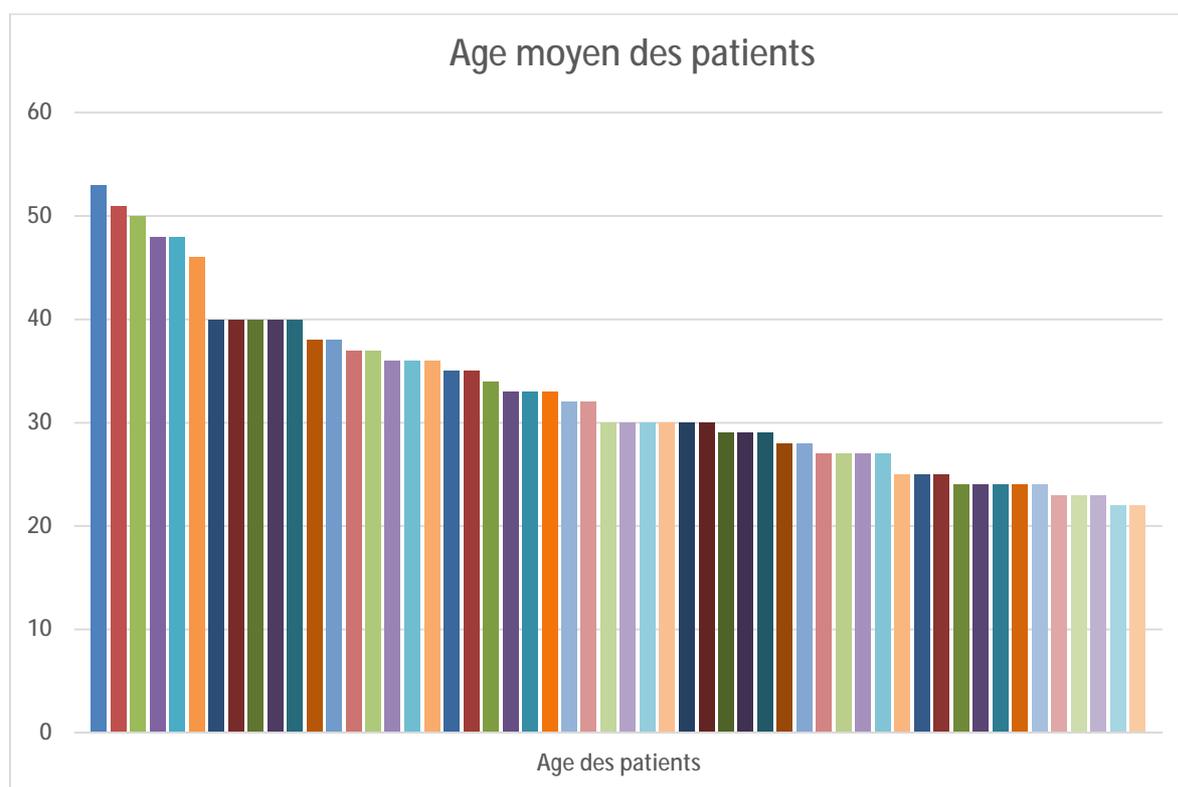
4.1 Nombre de participants à l'étude :

Durant la période de l'étude s'étalant du Mars 2016 au septembre 2016, 54 patients schizophrènes ont été recruté après avoir remplis les critères d'inclusion de l'étude.

4.2 Données sociodémographiques

4.2.1 Age

L'âge moyen de nos patients était de 33 ans, avec un minimum de 22 ans et un maximum de 53 ans.



Graphique n°1 : Age des patients

4.2.2 Sexe

Notre échantillon était fait uniquement de patients de sexe masculin car au cours de la période de recrutement, seul des patients hommes remplissaient les critères d'inclusion dans l'étude.

4.2.3 Situation familiale

La majorité des patients étaient célibataires (78%), 13% mariés et 9% divorcés.

4.2.4 Niveau éducatif

Environ 56% des patients avaient un niveau scolaire primaire et 35% avaient un niveau scolaire secondaire.

4.2.5 Profession

Environ 43% de notre échantillon était sans profession alors que 55% avaient une activité professionnelle irrégulière.

4.2.6 Le revenu

Un revenu mensuel < 2000dh était présent chez 74% de nos patients, alors qu'il était compris entre 2000 et 5000dh chez uniquement 26% de nos patients.

4.2.7 Résidence

Les patients vivaient en famille dans 85% des cas, et principalement dans le milieu urbain (83%).

4.2.8 Proches fumeurs

Un proche fumeur, au moins, était retrouvé chez 63% des patients.

4.3 Caractéristiques du trouble schizophrénique chez les patients

4.3.1 Forme de schizophrénie

La forme paranoïde était largement prédominante chez 81% des patients suivie par la forme désorganisée avec 13% et 6% présentant la forme résiduelle.

4.3.2 Durée d'évolution de la maladie

La durée moyenne d'évolution de la schizophrénie chez nos patients était de 9 ans avec un écart type de 7,7 ans.

4.3.3 Traitement reçu

La quasi-totalité des patients (96,3%) recevaient un traitement par neuroleptiques classiques, avec 60% qui étaient sous NAP (neuroleptiques à action prolongée).

Tous les patients, à l'exception d'un seul, étaient sous bithérapie voire trithérapie neuroleptique.

4.3.4 Effets secondaires liés au traitement

Les effets secondaires cholinergiques étaient les plus fréquents chez 55% des patients, alors que seuls 3,7% avaient des dyskinésies aiguës, et 9,3% avaient des dyskinésies tardives.

4.4 Evaluation des Comorbidités psychiatriques et somatiques

4.4.1 Dépression

Le taux de patients présentant une dépression dans notre échantillon était de 15%.

4.4.2 Pathologies somatiques

Seulement 7,4% de nos patients présentaient des complications liées au tabac et qui étaient de nature respiratoires.

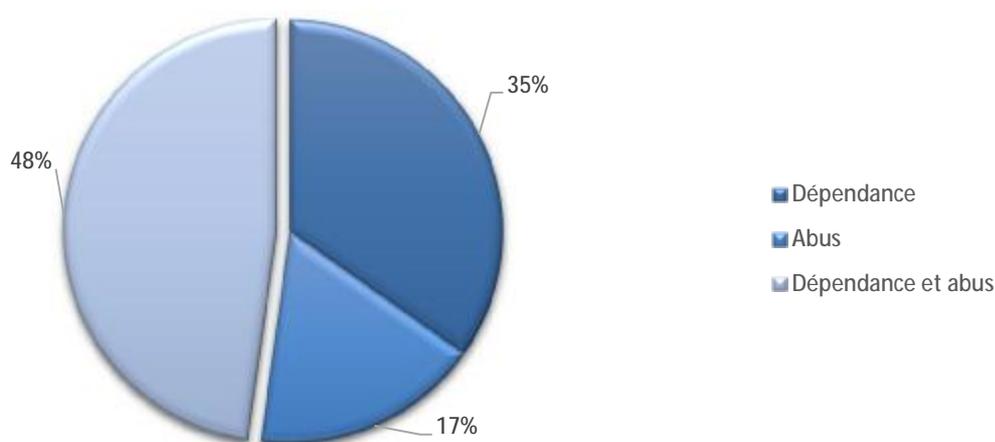
4.4.3 Antécédents d'usage de drogues

a) Cannabis :

Les trois quarts des patients de notre échantillon ont rapporté un usage continu de cannabis, mais le bilan est revenu positif chez uniquement 55% des malades. Les résultats du MINI substance concernant le cannabis ont été résumés dans le tableau et graphique suivants :

Tableau n°1 : Résultats MINI cannabis

Résultats MINI cannabis	Nombre	Pourcentage
Dépendance	8	14,8
Abus	4	7,4
Dépendance et abus	11	20,4
Rien	31	57,4



Graphique n°2 : Résultats MINI cannabis

b) Alcool :

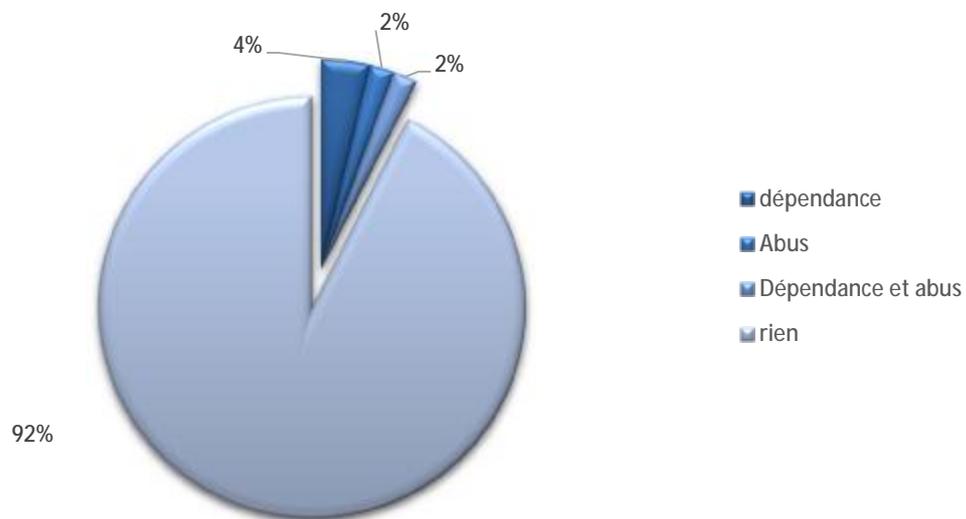
Nos patients ont rapporté une consommation d'alcool dans 11% des cas, et selon les résultats du MINI : 1,9% présentaient une dépendance et 3,7% avaient une notion d'abus.

c) Colle sniffée :

La consommation de colle sniffée a été retrouvée chez 11% des malades. Les résultats du MINI sont représentés dans le tableau suivant :

Tableau n°2 : Résultats MINI de colle sniffée

Résultats MINI colle sniffée		nombre	Pourcentage
	dépendance	2	3,7
	Abus	1	1,9
	Dépendance et abus	1	1,9
Rien		50	92,6



Graphique n°3 : Résultats de colle sniffée

Autres drogues

Un seul patient a rapporté la consommation d'héroïne. Cependant, son bilan biologique est revenu négatif.

Le dosage était positif par rapport aux Amphétamines chez 9,3% des patients, et chez 3,7% pour la morphine.

4.5 Les caractéristiques de la consommation tabagique dans notre échantillon

L'étude des caractéristiques de la consommation tabagique dans notre échantillon a révélé que la durée moyenne de la consommation tabagique était de 15 ans, quant à la quantité moyenne de tabac consommée, elle était de 15 cigarettes/jour.

L'étude a également révélé que 85% des patients avaient une certaine connaissance des risques de santé liés au tabac, alors que 15% d'entre eux n'en avaient aucune.

Le nombre de tentative de sevrage était de 4 en moyenne. Mais aucun patient n'a rapporté une supervision médicale au cours de ses tentatives de sevrage ni l'usage d'aucun moyen thérapeutique.

La durée la plus longue de sevrage était en moyenne de 3 mois, et uniquement 13% des patients de notre étude connaissaient l'existence de moyens thérapeutiques aidant pour le sevrage tabagique.

4.5.1 Evaluation de la dépendance avec le test de Fagerström résumée dans le tableau suivant :

Tableau n°3 : Evaluation de la dépendance

Degré de dépendance	pourcentages
Pas de dépendance	7,4%
Dépendance faible	14,8%
Dépendance moyenne	44,4%
Dépendance forte	33,4%

4.5.2 Attitudes des patients vis-à-vis des politiques de santé antitabac

Les avis et réactions des patients vis-à-vis de certaines politiques de santé antitabac comme par exemple les étiquettes d'avertissement sur les paquets de cigarettes ont été comme suit :

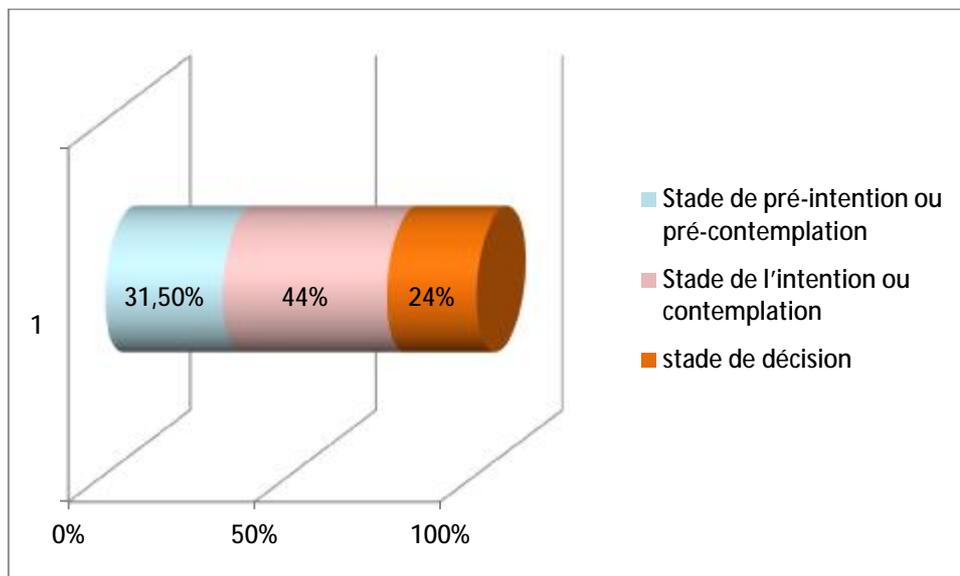
La majeure partie des patients (88,9%) de notre échantillon lisaient les étiquettes d'avertissement, mais un nombre plus restreint d'entre eux (72,2%) réagissaient en pensant aux dangers sur la santé suite à cette lecture. Le nombre de patients qui devaient plus susceptibles de cesser de fumer après avoir lu ces étiquettes était encore plus réduit avec 35%, et environ 5,6% seulement qui renonçaient à fumer une cigarette après avoir lu les étiquettes d'avertissement. Cependant, environ 15% de nos patients ont évité de regarder les étiquettes d'avertissement au cours du mois précédent l'étude

4.5.3 Evaluation de la motivation à l'arrêt du tabac :

Les patients qui étaient au stade de pré-intention ou pré-contemplation avoisinaient les 32% après avoir précisé que le tabac ne représentait pas un problème pour eux et qu'ils n'envisageaient pas au moment de l'étude d'arrêter de fumer.

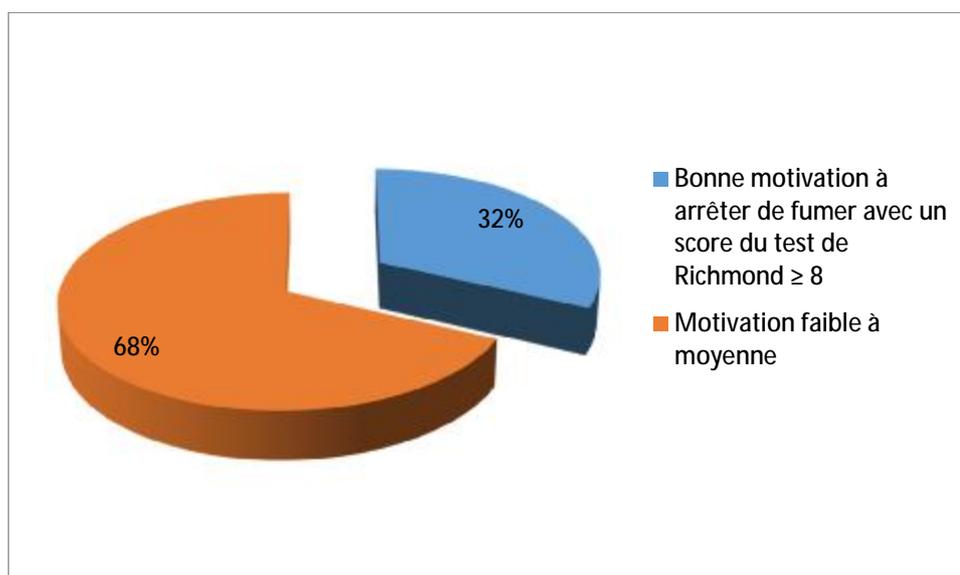
les patients au stade de l'intention ou contemplation étaient 44%, après avoir manifesté leur conscience du problème et l'intérêt d'arrêter le tabac sans pour autant décider de s'engager dans le processus du sevrage.

Environ le quart des patients (24%) se trouvaient au stade de décision et ont exprimé ainsi leur souhait d'entamer immédiatement un sevrage tabagique.



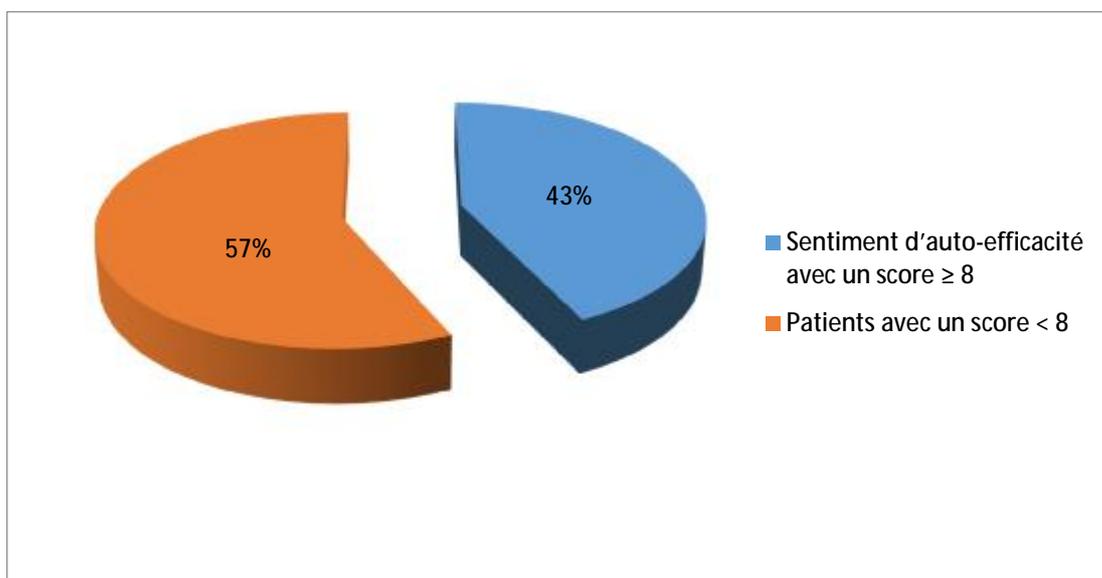
Graphique n°4 : Evaluation de la motivation au sevrage

Le Test de Richmond a montré que seul 32% des patients avaient une bonne motivation à arrêter de fumer avec un score du test de Richmond ≥ 8 , alors que la majorité des schizophrènes fumeurs (68%) avaient une motivation faible à moyenne.



Graphique n°5 : Résultats du Test de Richmond

L'évaluation du sentiment d'efficacité personnelle vis-à-vis d'un éventuel sevrage tabagique chez nos patients a objectivé un bon sentiment d'auto-efficacité chez 43% avec un score ≥ 8 sur une échelle analogique graduée jusqu'à 10.



Graphique n°6 : Résultats du test de l'évaluation et de l'auto-efficacité

4.6 Echelle CGI (Clinical Global Impression)

4.6.1 Résultats CGI sévérité

Sur cette échelle mesurant de la gravité du trouble mental actuel du patient environ 41% de nos patients étaient manifestement malades et ont eu un score de 5, et 30% étaient légèrement malades avec un score de 3.

4.6.2 Résultats CGI index thérapeutique :

Nos patients présentant un effet thérapeutique important sans effets secondaires liés au traitement étaient de l'ordre de 13%, alors que chez 50% des patients l'efficacité thérapeutique n'était que modérée avec des effets secondaires absents chez 20%, présents mais sans interférence significative avec le fonctionnement du patient chez 13%, présents avec interférence significative avec le fonctionnement du patient chez environ 17% des malades.

5- Résultats analytiques

5.1 Paramètres sociodémographiques, motivation et degré de dépendance :

5.1.1 Situation familiale :

Tableau n°4 : Corrélation entre la situation familiale des patients avec leur motivation a sevrer et leur dépendance au tabac

Situation familiale		Non marié	marié	P
Motivation (Richmond)	bonne	31,5%	0,0%	0,055
	Moyenne à faible	55,6%	13,0%	
Dépendance (Fagerström)	forte	27,8%	5,6%	0,081
	moyenne	40,7%	3,7%	
	faible	14,8%	0,0%	
	Pas de dépendance	3,7%	3,7%	

5.1.2 Niveau éducatif :

Tableau n°5 : Corrélation entre le niveau éducatif des patients avec leur motivation a sevrer et leur dépendance

Niveau éducatif		Nul ou bas	intermédiaire	supérieur	P
Motivation (Richmond)	bonne	14,8%	16,7%	0,0%	0,16
	Moyenne à faible	48,1%	18,5%	1,9%	
Dépendance (Fagerström)	forte	24,1%	9,3%	0,0%	0,831
	moyenne	25,9%	16,7%	1,9%	
	faible	7,4%	7,4%	0,0%	
	Pas de dépendance	5,6%	1,9%	0,0%	

5.1.3 Activité professionnelle :

Tableau n°6 : corrélation entre l'activité professionnelle des patients avec leur motivation au sevrage et leur dépendance au tabac

Activité professionnelle		présente	absente	P
Motivation (Richmond)	bonne	16,7%	14,8%	0,65
	Moyenne à faible	40,7%	27,8%	
Dépendance (Fagerström)	Forte	25,9%	7,4%	0,104
	Moyenne	20,4%	24,1%	
	Faible	9,3%	5,6%	
	Pas de dépendance	1,9%	5,6%	

5.1.4 Revenu mensuel :

Tableau n°7 : corrélation entre le revenu mensuel et la motivation des patients à sevrer et leur dépendance

Revenu mensuel		<2000dh	2000-5000dh	P
Motivation (Richmond)	bonne	24,1%	7,4%	0,79
	Moyenne à faible	50,0%	18,5%	
Dépendance (Fagerström)	Forte	20,4%	13,0%	0,448
	Moyenne	35,2%	9,3%	
	Faible	13,0%	1,9%	
	Pas de dépendance	5,6%	1,9%	

5.2 Corrélation entre la motivation pour le sevrage tabagique et le degré de la dépendance :

Le test de corrélation a montré une relation très significative entre le degré de dépendance à la nicotine et la motivation pour le sevrage tabagique avec un $P=0,01$. en effet, une forte dépendance au tabac implique une faible motivation pour le sevrage.

5.3 Relation entre le sentiment d'efficacité personnelle et le degré de motivation :

Grace au test de corrélation ces deux variables se sont révélées très significativement liées en évoluant dans le même sens ($p=0,00$). en d'autres termes, plus la motivation est bonne, plus le sentiment d'efficacité pour réussir le sevrage et rester abstinent est important, et vice versa.

Ci-dessous, le tableau récapitulatif des résultats analytiques montrant la répartition des patients en fonction de leur degré de dépendance, degré de motivation et autres paramètres sociodémographique, clinique et thérapeutiques :

5.4 Paramètres cliniques, thérapeutiques, motivation et degré de dépendance :

5.4.1 Forme de schizophrénie :

Tableau n°8 : Corrélation entre la forme de la Schizophrénie avec la motivation des patients au sevrage tabagique et leur dépendance

forme Schizophrénie		paranoïde	désorganisée	résiduelle	P
Motivation (Richmond)	bonne	25,9%	3,7%	1,9%	0,98
	Moyenne à faible	55,6%	9,3%	3,7%	
Dépendance (Fagerström)	Forte	27,8%	3,7%	1,9%	0,665
	Moyenne	33,3%	9,3%	1,9%	
	Faible	13,0%	0,0%	1,9%	
	Pas de dépendance	7,4%	0,0%	0,0%	

5.4.2 Durée d'évolution de la schizophrénie :

Tableau n°9 : Corrélation entre Durée d'évolution de la schizophrénie avec la motivation et la dépendance

Durée d'évolution de la schizophrénie		<6 ans	6-10 ans	11-20 ans	>20 ans	P
Motivation (Richmond)	bonne	16,7%	9,3%	5,6%	0,0%	0,43
	Moyenne à faible	24,1%	20,4%	18,5%	5,6%	
Dépendance (Fagerström)	Forte	18,5%	9,3%	3,7%	1,9%	0,23
	Moyenne	9,3%	13,0%	18,5%	3,7%	
	Faible	9,3%	3,7%	1,9%	0,0%	
	Pas de dépendance	3,7%	3,7%	0,0%	0,0%	

5.4.3 Traitement par neuroleptiques à action prolongée :

Tableau n°9 : Corrélations entre l'existence d'un traitement par NAP avec la motivation et la dépendance

NAP		NON	OUI	P
Motivation (Richmond)	bonne	13,0%	18,5%	0,97
	Moyenne à faible	27,8%	40,7%	
Dépendance (Fagerström)	Forte	13,0%	20,4%	0,976
	Moyenne	18,5%	25,9%	
	Faible	5,6%	9,3%	
	Pas de dépendance	3,7%	3,7%	

5.4.4 Effets secondaires liés au traitement :

Tableau n°10 : Corrélations entre l'existence d'effets secondaires liés au traitement avec la motivation des malades à sevrer et leur dépendance au tabac

Effets secondaires		NON	OUI	P
Motivation (Richmond)	Bonne	18,5%	13,0%	0,07
	Moyenne à faible	22,2%	46,3%	
Dépendance (Fagerström)	Forte	11,1%	22,2%	0,635
	Moyenne	22,2%	22,2%	
	Faible	5,6%	9,3%	
	Pas de dépendance	1,9%	5,6%	

5.4.5 Existence d'un proche fumeur :

Tableau n°11 : Corrélations entre l'existence d'un proche fumeur avec la motivation et la dépendance

Proche Fumeur		aucun	père	frères	P
Motivation (Richmond)	Bonne	13,0%	13,0%	5,6%	0,14
	Moyenne à faible	24,1%	14,8%	29,6%	
Dépendance (Fagerström)	Forte	11,1%	9,3%	13,0%	0,436
	Moyenne	18,5%	11,1%	14,8%	
	Faible	1,9%	7,4%	5,6%	
	Pas de dépendance	5,6%	0,0%	1,9%	

5.4.6 Connaissance des risques du tabac :

Tableau n°12 : corrélation entre les connaissances du risque du tabac et la motivation des patients au sevrage et leur dépendance au tabac

Connaissance des risques		NON	OUI	P
Motivation (Richmond)	bonne	3,7%	27,8%	0,70
	Moyenne à faible	11,1%	57,4%	
Dépendance (Fagerström)	Forte	3,7%	29,6%	0,891
	Moyenne	7,4%	37,0%	
	Faible	1,9%	13,0%	
	Pas de dépendance	1,9%	5,6%	

5.4.7 Co-addiction au cannabis :

Tableau n°13 : corrélation entre la consommation du cannabis et la motivation des patients au sevrage et leur dépendance au tabac

Cannabis		NON	OUI	P
Motivation (Richmond)	bonne	9,3%	22,2%	0,69
	Moyenne à faible	16,7%	51,9%	
Dépendance (Fagerström)	Forte	7,4%	25,9%	0,528
	Moyenne	13,0%	31,5%	
	Faible	1,9%	13,0%	
	Pas de dépendance	3,7%	3,7%	

5.4.8 Comorbidité dépressive :

Tableau n°14 : Corrélation entre la présence d'une dépression avec la motivation des malades à sevrer et leur dépendance

dépression		NON	OUI	P
Motivation (Richmond)	Bonne	27,8%	3,7%	0,92
	Moyenne à faible	61,1%	7,4%	
Dépendance (Fagerström)	Forte	27,8%	5,6%	0,737
	Moyenne	40,7%	3,7%	
	Faible	13,0%	1,9%	
	Pas de dépendance	7,4%	0,0%	

6- Discussion

Une petite discussion montrant la faisabilité du travail et les difficultés de sa réalisation et une impression générale sur les résultats

6.1 Sexe :

De Leo et Diaz FJ ont montré dans une méta analyse que la consommation de tabac est plus fréquente chez les hommes schizophrènes que chez les femmes : 71% et 44 %, respectivement (20).dans notre étude, malheureusement seul les patients de sexe masculin ont été recruté pour des raisons d'éligibilité comme expliqué précédemment.

Cette différence pourrait être expliquée par des facteurs socio-culturels qui font que le tabagisme est moins répandu chez les femmes au Maroc.

Nous rappelons qu'en population générale Marocaine, la prévalence globale du tabagisme est de 17,2% (34,5% chez les hommes et 0,6% chez les femmes).

6.2 Prévalence de proches fumeurs :

Dans les familles de patients atteints de schizophrénie, la fréquence des fumeurs est plus élevée parmi les parents des patients schizophrènes fumeurs que les patients schizophrènes non-fumeurs. En effet, 83,3% des patients schizophrènes fumeurs dans l'étude de Lyons et al. avaient un parent fumeur (21), alors que dans notre échantillon 63% des patients avaient au moins un proche fumeur.

L'utilisation de la nicotine semble être influencée par la vulnérabilité familiale à la schizophrénie, et non seulement par le trouble schizophrénique en soi(21).

6.3 Effet recherché par la consommation du tabac :

On croyait autrefois que les patients schizophrènes fumaient surtout par ennui ou en raison de l'absence de conditions de vie stimulantes. d'autres auteurs pensent que la consommation de tabac avait un but d'automédication, pour lutter contre des symptômes cognitifs de la schizophrénie, en favorisant la transmission glutamatergique et dopaminergique au niveau du cortex préfrontal (22,23) d'autre part, Le tabac atténuerait certains effets indésirables extra pyramidaux et cognitifs induits par les neuroleptiques(24). Ainsi, Mc Evoy a montré que l'instauration d'un traitement par halopéridol est suivie d'une augmentation de la consommation de tabac (25). Néanmoins, d'auteurs ont souligné que la consommation de tabac débutait dans 90 % des cas avant l'instauration des traitements médicamenteux (11).

Dans notre étude, malgré la fréquence élevée des effets secondaires liés au traitement neuroleptique, notamment cholinergiques, nous n'avons pas trouvé une corrélation significative entre la présence d'effets secondaires et la dépendance tabagique, cette dernière étant plutôt dépendante, selon certains auteurs par l'influence de facteurs génétiques de vulnérabilité communs à la dépendance au tabac et à la schizophrénie(26,27) .

6.4 Degré de dépendance

la dépendance tabagique, évaluée par l'échelle de Fagerström est élevée chez les schizophrènes, selon plusieurs études, avec un score moyen de six à sept (28,29), quant à notre étude, elle aussi, a trouvé que 78% des patients de notre échantillon avaient une dépendance variant entre moyenne et forte avec un score allant de 5 à 10.

Cependant, La validité de l'échelle de Fagerström chez les patients schizophrènes a cependant été récemment mise en doute par certains auteurs, cette

échelle pouvant sous-estimer la dépendance tabagique dans cette population. Les patients répondent en effet différemment aux items de l'échelle de Fagerström par rapport aux sujets issus de la population générale(29).

6.5 Degré de motivation :

Notre étude a montré que seul 32% des schizophrènes de notre échantillon avaient une bonne motivation alors que 68% avaient une motivation faible ou moyenne. un pourcentage similaire a été retrouvé par Aguilar MC, et al dans son étude sur 250 patients schizophrènes, en effet, 20 à 40 % des malades ont déclaré vouloir arrêter de fumer (30).Cependant une étude suisse a montré que la motivation à l'arrêt du tabac des patients schizophrènes était comparable à celle des sujets contrôles (31).

6.6 Stades de changement de la motivation au sevrage tabagique chez les patients schizophrènes :

La majorité de nos patients étaient dans des stades de changement assez avancés, par rapport à leur motivation au sevrage tabagique avec 44% des patients qui étaient au stade de contemplation et Environ le quart des patients (24%) qui se trouvaient au stade de préparation, tandis que l'étude suédoise menée par ETTER M, MOHR S, GARIN C et al a trouvé que 79% des patients de leur échantillon qui se trouvaient au stade de précontemplation, 18% au stade de contemplation, et 3% uniquement au stade de préparation. cette répartition des stades de changement était par ailleurs similaire chez les patients atteints de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif et l'échantillon de la population générale (74%, 22% et 4% respectivement) (31).

6.7 Attitudes des fumeurs vis-à-vis des étiquettes d'avertissement sur les paquets de cigarettes et les liens avec les connaissances des risques du tabac :

Dans une étude menée en Malaisie sur 1919 fumeurs en 2008, un nombre significatif de participants croyaient qu'ils étaient plus susceptibles de cesser de fumer ou de renoncer à prendre une cigarette lorsqu'ils étaient sur le point de fumer à cause des étiquettes d'avertissement(32).

Les constatations dans notre échantillon fait de patients schizophrènes étaient différentes, le nombre de patients qui devenaient plus susceptibles de cesser de fumer après avoir lu ces étiquettes étant plus réduit à 35%, et environ 5,6% seulement qui renonçaient à fumer une cigarette après avoir lu les étiquettes d'avertissement.

Par ailleurs, le pourcentage de patients qui réagissaient en pensant aux méfaits du tabac sur la santé suite à la lecture de ces étiquettes était significativement élevé (72,2%) dans notre étude. Un résultat similaire a été retrouvé dans une l'étude malaisienne où plus de 75% des participants à l'étude avaient remarqué et lu ou regardé de près les étiquettes. Les réactions aux avertissements étaient relativement fréquentes avec 72,3% qui ont rapporté que les avertissements les incitaient à penser aux risques pour la santé du tabac(32).

En effet, le rôle devenu incontestable de ce moyen de sensibilisation a été confirmé par plusieurs études qui l'on relié au niveau de connaissances des risques du tabac sur la santé. C'est le cas en l'occurrence de l'étude menée par Hammond et ses collègues en 2005 dans 4 pays des États-Unis, du Canada, du Royaume-Uni et d'Australie, où les connaissances des fumeurs sur les risques de tabac ont été évaluées. Cette étude a montré que les fumeurs qui ont remarqué les avertissements avaient un niveau beaucoup plus élevé que d'autres des connaissances sur les risques pour la santé du tabac. Par exemple, au Canada, où les avertissements sur les paquets

de cigarettes incluent des informations sur les risques liés au tabac, les fumeurs étaient 2,68 fois plus susceptibles de reconnaître que le tabagisme est une cause de morbidité comparativement aux fumeurs des trois autres pays(33).

Autres réactions face à ces étiquettes d'avertissement ont été rapporté dans l'étude de Ahmed I et al, comme éviter de les regarder ou les lire, cette attitude a été adoptée par une minorité de 19,1%. De même, environ 15% de nos patients ont réagi de la façon vis-à-vis de ces moyens de sensibilisation au cours du mois précédent de notre étude(32).

Les résultats de l'étude iranienne ont montré que bien que la plupart des participants appuient le placement d'étiquettes d'avertissement graphiques sur les paquets de cigarettes, seulement un tiers d'entre eux utilisent ces paquets et la majorité d'entre eux ne sont pas disposés à utiliser des paquets de cigarettes avec l'étiquetage graphique(34).

6.8 Sentiment d'auto-efficacité ou efficacité personnelle :

Une bonne efficacité personnelle vis-à-vis d'un éventuel sevrage tabagique chez nos patients était présente chez seulement 43% des patients, ce résultat étant en accord avec le pourcentage assez bas des patients présentant une bonne motivation dans notre échantillon, car, comme précédemment expliqué, c'est deux paramètres sont significativement corrélés et proportionnels .

Ce paramètre a été nettement plus élevé chez les fumeurs en population générale comme en témoigne les résultats de l'étude menée en Malaisie où 62% des participants avaient un bon sentiment d'efficacité personnelle à l'égard du sevrage tabagique. En outre, selon cette même étude, les réponses cognitives et comportementales face aux avertissements sur la santé étaient des prédicteurs significatifs des intentions de cesser de fumer et de l'auto-efficacité : Ceux qui pensaient être plus susceptibles de cesser de fumer (OR = 2,35) et ceux qui ont renoncé à fumer une cigarette (OR = 2,18) à cause des étiquettes d'avertissement étaient presque deux fois plus susceptibles d'avoir une auto-efficacité élevée(32).

6.9 Corrélation entre de la motivation et la dépendance tabagique :

Contrairement au résultat retrouvé dans notre étude indiquant clairement une relation significative et inversement proportionnelle entre la motivation des patients et leur degré de dépendance au tabac, l'étude réalisée par Ussher M et al sur 864 fumeurs a trouvé une relation moins évidente entre ces deux variables. en effet, la dépendance à la cigarette, mesurée par le test de Fagerström semblait prédire de façon significative l'abstinence tabagique à court et à moyen terme alors que le degré de motivation à arrêter ne le prédirait pas(35).

6.10 Troubles dépressifs et dépendance au tabac :

Peu d'étude se sont intéressées à l'impact d'une comorbidité dépressive ou anxieuse sur le degré de dépendance tabagique. notre travail a essayé d'évaluer l'influence de cette comorbidité chez les patients schizophrènes mais les résultats n'étaient pas significatifs, cela pourrait être lié au pourcentage assez réduit de patients qui souffrait de dépression dans notre échantillon (15%) par rapport aux autres études (cf. tableau), avec surtout des formes légère et donc peu handicapante, le questionnaire validé uniquement en langue arabe classique avec le faible niveau éducatif de nos patients, par ailleurs, un échantillon plus large serait nécessaire pour mettre en évidence cette relation en particulier dans population.

Une étude a été réalisée sur 299 participants atteints ou non d'une maladie pulmonaire obstructive chronique au le nord de la Suède(36) a trouvé que les scores de l'échelle de Fagerström les plus élevés étaient associés d'une façon significative à une comorbidité anxieuse et ou dépressive dans les deux groupes. D'où l'intérêt de la prise en charge de tout trouble de l'humeur associé en parallèle au sevrage tabagique.

Tableau n°15 : Incidence de la prévalence de la dépression secondaire dans la schizophrénie

étude	Nombre de patients de l'étude	Pourcentage de patients déprimés
Harrow et al (37)	54	37%
Muller and Wetze (38)	132	42%
Hafner et al (39)	232	83%

limites de l'étude

Cette étude présente certaines limites. L'échantillon a concerné des patients hommes hospitalisés après leur stabilisation, ce qui pourrait limiter ainsi la généralisation des résultats à d'autres sous-populations, par ex. Les femmes et les patients ambulatoires. Compte tenu de la nature de l'échantillon, la fiabilité des réponses est inconnue bien que nous nous efforcions d'exclure les sujets cliniquement instables. Enfin, la taille de l'échantillon était une restriction à la performance d'analyses plus interrogatives impliquant, par exemple, les relations entre les diagnostics psychiatriques et le tabagisme / cessation. Une plus longue période d'observation aurait certainement permis d'obtenir une plus grande taille de l'échantillon, ainsi que l'inclusion de patients de sexe féminin, mais en raison des critères d'inclusion de l'étude, des restrictions logistiques et institutionnelles, la collecte des données était limitée à 6 mois.

CONCLUSION

Cette étude s'inscrit dans la perspective de la lutte contre le tabagisme, chez une population particulièrement vulnérable, qui doit s'intensifier à l'échelle nationale.

Notre avons mis en évidence l'intérêt de rechercher les différents facteurs susceptibles d'influencer la motivation de cesser de fumer chez les patients schizophrènes. Par ailleurs ce travail a permis également de mettre en exergue : l'impact des différentes politiques et programmes de sensibilisation vis-à-vis des risque du tabac pour la santé, la nécessité d'une aide pour le sevrage tabagique au profit des malades mentaux surtout dans les milieux hospitaliers, et le rôle du choix thérapeutique qui doit viser la limitation des effets secondaires en optant pour des antipsychotiques atypiques.

Les psychiatres, qui prennent en charge la grande majorité de ces patients, doivent donc s'impliquer activement dans ce domaine. Sachant que, en dépit de progrès importants dans le traitement du tabagisme, les taux d'arrêts définitifs restent encore faibles.

RESUMES

RESUME

L'objectif de ce travail est d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du tabagisme chez les patients schizophrènes, et d'évaluer les connaissances et les attitudes de ces malades vis-à-vis du sevrage tabagique en mesurant leur dépendance au tabac et leur motivation à l'arrêt de cette substance.

Au début de notre travail, on a présenté un rappel sur la schizophrénie et le tabagisme. Ensuite on a mis au point la comorbidité « tabac-schizophrénie » et ses paramètres épidémiologiques et neurobiologiques. D'autre part on a éclairci les particularités du sevrage tabagique chez les schizophrènes, puis les conséquences du tabac sur la santé physique, et finalement la politique de santé anti-tabac mondiale.

Ce travail est une étude transversale étalée sur une période de 6 mois incluant 54 patients souffrant de la schizophrénie, recrutés en fin de leur hospitalisation à l'hôpital IBN HASSAN, après stabilisation leurs troubles psychotiques.

L'étude a rapporté les résultats suivants :

L'Age moyen des patients est de 33 ans. 83% d'entre eux étaient d'origine urbaine. La schizophrénie paranoïde est la forme prédominante (81%), et sur une durée d'évolution moyenne de 9 ans. Sur le plan clinique, 41% de nos patients étaient manifestement atteints de symptômes psychotiques évidents (contre 30% qui étaient légèrement atteints). Le taux des patients présentant une dépression dans notre échantillon ne dépassent pas 15%, alors que 7,4% de ces malades présentant des complications somatiques de leur tabagisme. Les effets secondaires cholinergiques étaient les plus fréquents chez 55% des patients, (3,7% avaient des dyskinésies aiguës, et 9,3% avaient des dyskinésies tardives).

Sur le plan toxicologique 74% des patients de notre échantillon ont rapporté un usage continu de cannabis, 11% de nos patients ont révélé une consommation

d'alcool, et idem pour les consommateurs de la colle sniffée. Seul un patient qui a rapporté la consommation de l'héroïne.

La durée moyenne de consommation du tabac chez nos malades était de 15 ans, et la quantité moyenne est à l'ordre de 15 cigarettes par jour. 85% de ces patients avaient une certaine connaissance des risques de santé liés au tabac. Le nombre moyen des tentatives de sevrage était de 4 fois sans recours à une supervision médicale, la durée la plus longue de la période du sevrage ne dépassait pas 3 mois. En ce qui concerne la dépendance le tiers de nos malades avait une forte dépendance et uniquement 13% connaissaient l'existence de moyens thérapeutiques aidant au sevrage tabagique. Environ le quart des patients (24%) se trouvaient au stade de décision du sevrage tabagique et 32% des patients avait une bonne motivation pour le sevrage.

En comparant les patients ayant une forte dépendance avec ceux qui ont une faible dépendance, les premiers ont une faible motivation pour sevrer. D'une autre part, les patients qui ont une bonne motivation pour le sevrage ont un fort sentiment d'auto-efficacité pour le réussir et rester abstinent de façon significative. D'ailleurs notre étude n'a pas montré un impact ou un effet de la dépression sur le degré de la dépendance.

Le travail a montré également le rôle important des moyens de sensibilisation de la politique anti-tabac (72,2% réagissent en lisant les étiquettes d'avertissement et en pensant aux méfaits du tabac).

Mots clés :

Schizophrénie- Tabac - dépendance – Attitude - motivation

ABSTRACT

The objective of this work is to study the epidemiological, clinical and therapeutic aspects of smoking in schizophrenic patients and to evaluate their knowledge and attitudes towards smoking cessation by measuring their dependence on tobacco and their motivation for discontinuing this substance.

At the beginning of our work, a reminder was given about schizophrenia and smoking. Subsequently, the comorbidity "tobacco-schizophrenia" and its epidemiological and neurobiological parameters were developed. On the other hand, we have clarified the peculiarities of smoking cessation in schizophrenics, then the consequences of tobacco on physical health, and finally the global anti-tobacco health policy.

This work is a cross-sectional study spread over a period of 6 months including 54 patients suffering from schizophrenia, recruited at the end of their hospitalization at IBN HASSAN, after stabilizing their psychotic disorders.

The study reported the following results:

The average age of patients is 33 years. 83% of them were of urban origin. Paranoid schizophrenia is the predominant form (81%), and over an average duration of 9 years. On the clinical side, 41% of our patients had obvious psychotic symptoms (compared to 30% who were slightly affected). The rate of patients with depression in our sample does not exceed 15%, while 7.4% of these patients present somatic complications of their smoking. Cholinergic side effects were the most frequent in 55% of patients, (3.7% had acute dyskinesias and 9.3% had late dyskinesias).

From a toxicological point of view, 74% of the patients in our sample reported continuous use of cannabis, 11% of our patients revealed alcohol consumption, and idem for sniffers. Only one patient who reported the consumption of heroin.

The average duration of tobacco use in our patients was 15 years, and the average quantity is about 15 cigarettes per day. 85% of these patients had some knowledge of tobacco-related health risks. The average number of weaning attempts was 4 times without medical supervision, the longest duration of the weaning period did not exceed 3 months. As regards addiction, one-third of our patients were highly dependent and only 13% knew of the existence of therapeutic means helping with smoking cessation. Approximately one-quarter (24%) of patients were in the decision-making stage of smoking cessation and 32% of patients had a good motivation for withdrawal.

By comparing patients with high dependency with those with low dependency, the former have a low motivation to wean. On the other hand, patients who have a good motivation for weaning have a strong sense of self-efficacy to succeed and remain sobering significantly. Moreover our study did not show an impact or effect of depression on the degree of dependence.

The work also showed the important role of the means of awareness of the anti-tobacco policy (72.2% react by reading the warning labels and thinking about the harmful effects of tobacco).

Keywords :

Schizophrenia- Tobacco - Dependence - Attitude - Motivation

مطبق

الهدف من هذا العمل هو دراسة ظواهر التدخين بالتدخين، العلاجية للمضيق للصوم التي يسمو قوة موافقه ولاء المضيق في الاقلاع عن التدخين ذلك عن طريق قلة ما نهل من التدخين مدى غبتهم وشهوة افعهم في الاقلاع. وفي اعينهم لنا قد من هذا للتوسط الى مفعول الصوامل التدخين، ثم خطر قنا الى الاغلال مشترك للتدخين-صام" ملل ناديه الواليفة زيولوجية. من جانب آخر تم توضيح خطيرا للاقلاع عن التدخين في صوامل صام، ثم اقبلوا التدخين على الصدة البدنية وأخيرا المديلة للصدايقال لميكاف فحالة تبغ.

هذا العمل هو دراسة مستعدة خلال فترة أشبه ما في ذلك 54 موطبا لصام تمجد نيهم في نهاية العلاج بعد تقو ل حالتهام صالحة في مستشفى ابن الحسن لصحة لدية والمطرا بل كنفدية. و ذكرت الر لدية الى نتائج تالية:

تدبين أن متوسط العمر هو 33 عا ما. وأن 83% منهم من أصل الحضري. صام بل انويا هو الشكى المسائل لنعان (81%)، خلال فترة تطور معدل 9 دنوك للذين. 41% من مضائق تصد نيهم الى نهم يعانون من أعضها نيه و طدة (مقالي 30% من الصابدين بالنعان بدرجة متوسطة). معدل المضيق الذين يعانون من لاكتئاب في وقتنا صلي الى 15% و 7.4% من هؤلاء المضيق يعانون من ضاعفت جدية من جر الط التدخين. وكافتالا اللجان باليكوليدية لثلا لثلا أك تشديو عافي 55% من المضيق (3.7% كان لديهم مخلا الحركة لحدة، وكان 9.3% لالحركة متأخر).

ع الى مستوى للتهلاك مخر ليع للملدموم 74% من المضيق مونا بالهتهاللم متو صل من قنبالحشش بديت الر لدية أن 11% من مضائق مونا بتهلاك الكحول، نجد نفرالندبة بخصوصيتها لكي ملاحظالا هتدشقة و ذكر ان موطبو احد ليتها لك مخزلها يويين.

كان متوسط مضائق التدخين بين مضائقنا 15 عا مباحو الي معدل 15 سجلة في اليوم. وكان 85% من هؤلاء المضيق لهه اية بمخاطر الصدايق موطبا تبغ. وقد يرك ذلك أن متوسط عدم محو لانتالا قلاع عن التدخين لم تعدى 4 موطبا ميعهم موانون اللجوء الى إشفلبي، وأطول مدة لا قلاع لمتجوز 3 أشهر. ثلث مضائقنا كان لهه ما كابير او كانت 13% فقط من مضائقنا ع ليع لم بوجود علاجات ووسائل مسعدة لى الاقلاع عن التدخين. وكان نحو اليربع المضيق (24%) فيوجد لة لقر عن الاقلاع عن التدخين، تدبين أن 32% من المضيق لهم فجل يد اللاقلاع.

تلمت مقل نقرين المضيق الذين يدبهم مان شديا لتبغ الأهي مانا تدبيرلأنهج موعه الأولى لم يكن لدها فم للتعداد كبر للاقلاع. من جانب آخر ظهر أن المضيق الذين يدبهم فجل يد لا فطام ملديهم شعور قوي مللك قلاعة تديته لى النجلا بقاء ممتنعين بشكى بيرو. وعلاوة لى ذلك لم تظهر لمدنا أئنا ثيلاكتئاب لى شدة لإد مان أظهر العمل أئنا مية وسالى التحديس لم يلد محل بالتدخين (نجد 72.2% من المضيق الذين يرهتجديون خلاق اءتهم لى لم صاقل كذير ية لم موجودة لى لتبغ تفك يوهم في صوامل التدخين).

الكلمة الأساسية: صام للتبغ الاغلام لى موافقه لفع

ANNEXES

1-Annexe 1 : Fiche d'exploitation :DateQuestionnaire**Données sociodémographiques et personnels**

- ~ nom : _____ IP : _____ Age : _____
- ~ Sexe : masculin féminin
- ~ Situation familiale : célibataire m (e) div (e) Veuf
- ~ Niveau éducatif : analphabète primaire collège lycée
Universitaire
- ~ Activité professionnelle ou scolaire : Présente absente irrégulière
- ~ Revenu mensuel : <2000dh 2000dh-5000dh 5000dh
- ~ Résidence : seul en famille

Évaluation des comorbidités :

- ~ Score CDSS :
- ~ ATCD somatiques
- respiratoires : oui non
 - cardio-vasculaires : oui non
 - néoplasiques : oui non
 - endocriniennes : oui non
 - neurologiques : oui non

Données sur le trouble psychotique

- ~ Forme de la schizophrénie : paranoïde désorganisée
résiduelle indiffciée
- ~ Durée d'évolution (en année): _____
- ~ Traitements antipsychotiques : NLC NLA
- ~ NAP : oui non
- ~ Monothérapie : oui non
- ~ Les effets secondaires thérapeutiques :

ATCD Dyskinésies aiguës : oui non Dyskinésies tardives : oui non Syndrome parkinsonien : oui non

Effets anticholinergiques : sécheresse buccale, constipation, troubles mictionnels, troubles de l'accommodation visuelle : oui

Antécédents d'usage de drogues : oui  **lesquelles :** **non**

Cannabis **durée de consommation :** **quantité actuelle :**

Autre: **durée de consommation :** **quantité actuelle :**

Usage de tabac :

~ Durée de consommation (en année) :

~ Quantité :

~ Proches fumeurs : mère père fratrie

~ Connaissances des risques de santé liés au tabac : oui non

~ Nombre de Tentatives sevrage antérieurs :

~ Durée de la période la plus longue de sevrage :

~ avec l'aide d'un médecin : oui non

~ traitements utilisé : patch gomme médicaments

 moyens non médicamenteux (EM, counseling, psychottt)

~ Evaluation Dépendance : résultat du Test de Fagerström

~ Connaissance des moyens thérapeutiques du sevrage tabagique :

• Patch : oui non

• Gomme : oui non

• Médicaments : oui non

• moyens non médicamenteux : oui non

~ Avis et réactions vis-à-vis des politiques de santé antitabac (par exemple les étiquettes d'avertissement sur les paquets de cigarettes) :

§ lire ou regarder de près les étiquettes d'avertissement : oui non

§ penser aux risques sanitaires du tabagisme en raison des étiquettes d'avertissement : oui

non

§ devenir plus susceptible de cesser de fumer en raison des étiquettes d'avertissement" : oui

non

§ éviter de regarder les étiquettes au cours du mois dernier : oui

§ arrêter d'avoir une cigarette quand il s'agit de fumer à cause des étiquettes :

oui non

~ Évaluation de la motivation à l'arrêt :

1. préciser le stade où se situe le patient dans son processus de changement à l'aide du modèle descriptif des changements de comportements développé par Prochaska et Diclemente : Interroger le patient : « Envisagez-vous d'arrêter de fumer ? »

- « NON. » Le tabac ne représente pas un problème pour le patient : stade de pré-intention :
- « OUI mais ... » ou « OUI peut-être plus tard » ou « NON mais ça serait bien », etc..: stade de l'intention. :
- « OUI maintenant » : stade de la décision :

2. Test de Richmond : score : interprétation :

~ Évaluation du sentiment d'efficacité : échelle analogique

Si vous arrêtiez de fumer dès aujourd'hui, à combien estimeriez-vous vos chances de réussite
?Placez-vous sur une échelle de 1 à 10

- 0 signifie : « Je suis tout à fait sûr(e) que je n'y arriverai pas »
- 10 signifie : « Je suis tout à fait sûr(e) que je réussirai »

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Résultat de l'échelle analogique :

Résultat du bilan toxicologique :

Résultats MINI substances :

Résultats de CGI

2-Annexe 2 : Score CDSS (Calgary depression rating scale schizophrenia)**اختبار كالجاري للاكتئاب في مرض الفصام****إعداد**

د مصطفى عبد المنعم عمرو
إستاد مشارك الطب النفسي
كلية الطب – جامعة الملك فيصل

د خالد سلام
إستاد مشارك العلوم العصبية
كلية الطب – جامعة الملك فيصل

اختبار كالجاري للاكتئاب في مرض الفصام

الشخص الذي يجري المقابلة : اطرح السؤال الأول كما هو مكتوب. استخدم أدوات التحقق حسب تقديرك . يشير الإطار الزمني إلى الأسبوعين الأخيرين ما لم ينص على غير ذلك .
ملاحظه : يستند العنصر الأخير (رقم ٩) على الملاحظات الكلية للمقابلة.

١- الاكتئاب : كيف تصف مزاجك على مدى الأسبوعين الماضيين ؟
هل كنت مرحا على نحو معقول أو مغرقا في الاكتئاب تعاني من تدني معنوياتك في الآونة الأخيرة؟
كم مرة قمت بـ (أضف كلماتك الخاصة) في اليوم؟/ طوال اليوم؟ خلال الأسبوعين الماضيين

- | | |
|---|---|
| ٠ | لا يوجد |
| ١ | بسيط يظهر بعض الحزن أو التثبيط عند السؤال |
| ٢ | متوسط يظهر مزاجا مكتئبا بصورة واضحة ومستمرة لأكثر من نصف الوقت يوميا على مدى الأسبوعين الماضيين |
| ٣ | شديد يظهر مزاجا اكتئابيا بصورة واضحة ومستمرة لأكثر من نصف الوقت يوميا وبشكل يعيق النشاط الحركي والاجتماعي |

٢- اليأس : كيف تنظر إلى مستقبلك ؟ هل ترى أيّ مستقبل لنفسك ؟ هل بدت الحياة لك حالكة ودون أمل؟ هل وصلت إلى مرحلة الاستسلام، أم أن هناك ما يدعوك إلى الاستمرار بالمحاولة؟

- ٠. لا يوجد
- ١. بسيط: شعر باليأس أحيانا على مدار الأسبوعين الماضيين مع وجود بعض الأمل في المستقبل
- ٢. متوسط : أظهر شعورا مستمرا باليأس بصوره معتدلة على مدار الأسبوع الماضي . ويمكن إقناعه بإمكانية سير الأمور على نحو أفضل
- ٣. شديد : أظهر إحساسا مستمرا ومقلقا باليأس

٣- تدنى تقدير الذات : ما رأيك في نفسك مقارنة بالآخرين ؟

هل تشعر بأنك أفضل من الآخرين، أو أقل منهم، أو مساو لهم ؟
هل تشعر بأنك دون غيرك أو بأنك عديم القيمة؟

- ٠. لا يوجد
- ١. بسيط : يشعر بالدونية ولكن لا يصل الى مرحلة الإحساس بانعدام القيمة
- ٢. متوسط : يشعر بانعدام القيمة ، ولكن في أقل من ٥٠ ٪ من الوقت.
- ٣. شديد: يشعر بانعدام القيمة لأكثر من ٥٠ ٪ من الوقت. وقد يصعب حمله على الاعتراف بذلك

٤- أفكار الذنب الأشاريه :

هل تشعر بأن هناك من يُحملك مسؤولية خطأ ما، أو أنك موضع اتهام ظلما وعدوانا؟ (استبعد أسباب اللوم أو الاتهام المقبولة. استبعد ضلالات الذنب)

- ٠. لا يوجد
- ١. بسيط : يشعر باللوم، لكنه لا يشعر بالاتهام في أقل من ٥٠ ٪ من الوقت.
- ٢. متوسط : يشعر باللوم الدائم و/أو الاتهام من حين لآخر
- ٣. شديد : يراوده شعور دائم بالاتهام، ولا يعترف بذلك عند مواجهته

٥- . الشعور بالذنب المرضى: هل تميل الى توجيه اللوم لنفسك على الهفوات البسيطة التي قد تكون صدرت عنك في الماضي؟ هل تعتقد أنها اشياء تستحق منك هذا الاهتمام؟

- ٠. لا يوجد
- ١. بسيط : يشعر في بعض الأحيان بالذنب المفرط تجاه هفوات بسيطة ولكن في أقل من ٥٠ ٪ من الوقت.
- ٢. متوسط : يشعر عادة بالذنب تجاه أفعال قام بها في الماضي، لكنه يبالغ في أهميتها (في أكثر من ٥٠ ٪ من الوقت)
- ٣. شديد : يشعر عادة أنه المسئول عن كل ما حدث من أخطاء حتى وإن لم يكن خطاه .

- ٦- . الأكتئاب الصباحي: عندما شعرت بالأكتئاب في الأسبوعين الماضيين هل لاحظت أنه يزيد في وقت معين من اليوم ؟
- ٠ . لا يوجد : لا يوجد اكتئاب.
- ١ . بسيط : يوجد اكتئاب دون اختلاف على مدى النهار
- ٢ . متوسط : يزيد الاكتئاب بصورة تلقائية في الصباح
- ٣ . شديد : يزيد الاكتئاب في الصباح بصورة واضحة ويكون مصحوبا بخلل وظيفي ولكن يميل إلى التحسن في المساء
- ٧- - الاستيقاظ المبكر: هل تستيقظ مبكرا في الصباح على غير عاداتك ؟ كم مرة في الاسبوع يحدث هذا؟
- ٠ . لا وجود لحالات الاستيقاظ المبكر.
- ١ . بسيط : يستيقظ أحيانا (إلى مرتين أسبوعيا) قبل ساعة أو أكثر من الموعد المعتاد
- ٢ . متوسط : غالبا ما يستيقظ في وقت مبكر (تصل إلى ٥ مرات أسبوعيا) قبل ساعة أو أكثر من الموعد المعتاد
- ٣ . شديد : يستيقظ يوميا قبل ساعة أو أكثر من الموعد المعتاد.
- ٨- - الانتحار . هل شعرت بأن الحياة لا تستحق أن تعيشها ؟ هل فكرت ولو لمرة أن تنهى حياتك ؟ هل حاولت ذلك فعلا ؟
- ٠ . لا يوجد
- ١ . بسيط : تراوده أفكار متكررة بأن الموت أفضل له، أو يفكر بالانتحار من حين لآخر.
- ٢ . متوسط : فكر جديا في الانتحار بخطة لذلك، لكنه لم يقدم على تنفيذها.
- ٣ . شديد : نفذ محاولة انتحار لإنهاء حياته (فشلت المحاولة لاكتشافها بالصدفة أو لعدم استخدام وسائل فاعلة)
- ٩- أأكتئاب الملاحظ :
- اعتمادا على ملاحظات الفاحص خلال المقابلة. يمكن أن يُستخدم السؤال (هل تشعر برغبة في البكاء؟) في أوقات مناسبة خلال المقابلة للحصول على معلومات مفيدة لهذه الملاحظة.
- ٠ . لا يوجد :
- ١ . بسيط : يبدو الشخص حزينا وكنيبا خلال المقابلة حتى في أوقات النقاش غير المرتبط بالموضوع
- ٢ . متوسط: يبدو الشخص حزينا وكنيبا خلال المقابلة مع صوت رتيب وعين دامعة أحيانا.
- ٣ . شديد: يشعر الشخص بالاختناق وعدم القدرة على الكلام عند الحديث عن موضوعات محزنة، ويكون ذلك مصحوبا بتنهدات عميقة متكررة والبكاء علانية، أو يجد نفسه في حالة من البؤس العميق إذا كان الفاحص متأكدا من وجود ذلك.

3-Annexe 3 : Test de Fagestrom

ÉVALUATION DE LA DÉPENDANCE CHIMIQUE À LA NICOTINE : QUESTIONNAIRE DE FAGERSTRÖM

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 premières minutes	3
	Entre 6 et 30 minutes	2
	Entre 31 et 60 minutes	1
	Après 60 minutes	0
Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	Oui	1
	Non	0
À quelle cigarette de la journée renoncerez-vous le plus difficilement ?	La première le matin	1
	N'importe quelle autre	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?	Oui	1
	Non	0
Fumez-vous lorsque vous êtes malade, au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	Oui	1
	Non	0
Total		

SCORE DE 0 À 2 :

Le sujet n'est pas dépendant à la nicotine. Il peut arrêter de fumer sans avoir recours à des substituts nicotiques. Si toutefois le sujet redoute l'arrêt, vous pouvez lui apporter des conseils utiles de type comportementaux (jeter les cendriers, boire un verre d'eau...). Vous pouvez également lui conseiller d'appeler Tabac Info Service au 39 89.

SCORE DE 3 À 4 :

Le sujet est faiblement dépendant à la nicotine. Il peut arrêter de fumer sans avoir recours à un substitut nicotinique. En cas de manque ou de difficultés passagères (irritabilité, manque, envie très forte...) vous pouvez éventuellement lui conseiller de prendre un substitut nicotinique par voie orale (comprimé à sucer, gomme à mâcher, comprimé sublingual...). Si le sujet redoute l'arrêt, vous pouvez lui conseiller d'appeler Tabac Info Service au 39 89 pour recevoir des conseils et du soutien.

SCORE DE 5 À 6 :

Le sujet est moyennement dépendant. L'utilisation des traitements pharmacologiques de substitution nicotinique va augmenter ses chances de réussite. Vos conseils seront utiles pour l'aider à choisir la galénique la plus adaptée à son cas.

SCORE DE 7 À 10 :

Le sujet est fortement ou très fortement dépendant à la nicotine. L'utilisation de traitements pharmacologiques est recommandée (traitement nicotinique de substitution ou bupropion LP ou varenicline). Ce traitement doit être utilisé à dose suffisante et adaptée. En cas de difficulté, orienter le patient vers une consultation spécialisée.

4-Annexe 4 : Test de Richmond

ÉVALUATION DE LA MOTIVATION : TEST DE RICHMOND R ET AL

Aimeriez-vous arrêter de fumer si vous pouviez le faire facilement ?	Oui	0
	Non	1
Avez-vous réellement envie de cesser de fumer ?	Pas du tout	0
	Un peu	1
	Moyennement	2
	Beaucoup	3
Pensez-vous réussir à cesser de fumer dans les 2 semaines à venir ?	Non	0
	Peut-être	1
	Vraisemblablement	2
	Certainement	3
Pensez-vous être un ex-fumeur dans 6 mois ?	Non	0
	Peut-être	1
	Vraisemblablement	2
	Certainement	3
Total		

Richmond RI, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following interventions to stop smoking by general practitioners. *Addiction* 1993; 88 : 1127-35

SCORE ≥ 8 :
Bonne motivation.

SCORE 6-8 :
Motivation moyenne. Un soutien motivationnel peut être utile pour valoriser et augmenter les côtés positifs de l'arrêt.

SCORE ≤ 5 :
Motivation faible qui nécessite une aide motivationnelle et un soutien avant de démarrer le sevrage.

5-Annexe 5 : L'échelle clinical global impression (CGI)

CGI -sévérité

Mesure de la gravité du trouble mental actuel du patient

0. Non évaluée
1. Normal, pas du tout malade
2. A la limite
3. Légèrement malade
4. Modérément malade
5. Manifestement malade
6. Gravement malade
7. Parmi les patients les plus malades

CGI-index thérapeutique

Mesure combinée de l'effet clinique principal et des effets secondaires. A noter que ce système pondère plus fortement l'effet thérapeutique que l'effet secondaire.

Effets secondaires	Effet thérapeutique			Nul ou aggravé
	Important	Modéré	Minime	
Aucun	1	5	9	13
Sans interférence significative avec le fonctionnement	2	6	10	14

6-Annexe 6 : Test MINI Substance

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CAS(ES) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

J. DEPENDANCE ALCOOLIQUE / ABUS D'ALCOOL

J1 خلال 12 شهر الأخيرة . وانش وقع لك أنك شربت 3 مرات أو أكثر في مدة أقل من 3 ساعات ما كيجادل قرحة دبال الروج (أو 3 دبال الكيسان دبال الويسكي) ؟

→
NON OUI 1

J2 خلال 12 شهر الأخيرة :

a وانش كان حصك تشرب أكثر دبال الشراب باش توصل لنفس المذبول اني حبيت به قبل NON OUI

b ملي كنتقص من الشراب , وانش بدوا يديك كيتزعدوا أو عرفت أو حبيت نفسك مغفلو ؟ NON OUI

أو وانش وقع ليك أنك شربت باش تجمب هد الأعراض أو باش تحب « gueule de Bois »
التمر!

COTER OUI SI OUI A L'UN OU L'AUTRE

c في الوقت اللي كنت كنتشرب فيه , وانش كنت كنتشرب أكثر من الكمية اللي كنت معول تشرب ؟ NON OUI

d وانش حاولات تجسر أو تنص من الشراب و ما قدرتش ؟ NON OUI

e في الأيام اللي كنت كنتشرب فيها وانش كنت كنتضعب بزاف دبال الوقت باش تلقى الشراب , باش تشريه أو باش تسجي من المذبول دياله ؟ NON OUI

f وانش نقصت من نشاطاتك (موايات, عمل يومي), وانش كنت كنتضحي وقت أقل مع الآخرين لأنك كنت كنتشرب. NON OUI

g وانش بقيت كنتشرب و اخ عرفت أن الشراب كيجيب لك مشاكل صحية أو نفسية ؟ NON OUI

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN J2 ?

NON OUI

DEPENDANCE
ALCOOLIQUE
ACTUEL

LE PATIENT: PRESENTE-T-IL UNE DEPENDANCE ALCOOLIQUE ?

→
NON OUI

J3 خلال 12 أشهر الأخيرة :

e وانش وقع لك أن كنت شارب , مسكران , أو متسن أكثر من مرة خلال ممارسة نواحياتك في الخدمة/المدرسة, أو في الدار . وانش خدشي سبب لك شي مشاكل ؟ NON OUI

NE COTER OUI QUE SI CELA A CAUSE DES PROBLEMES

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S). ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

- b وانش وقع لك أنك كنت شارب في حالات التي جسدياً كنت معرض فيها لخطر ، مثلاً سابق سيطرة ، ركب على مرطور ، كسعمل شي آله خطورة أو ركب فلوكة أو باعلو ؟ NON OUI
- c واثر وقت شي مشاكل مع العدالة ، أو ليويس بسبب الشراب مثلاً تشديت أو حكموا عليك ؟ NON OUI
- d وانش بنيت كنتشرب واندا أنت عارف أن الشراب سبب لك مشاكل مع عائتك أو في المحيط ديالك NON OUI

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN J3 ?

NON OUI

**ABUS D'ALCOOL
ACTUEL**

➔: ALLEZ DIRECTEMENT LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

K. TROUBLES LIES A UNE SUBSTANCE (NON ALCOOLIQUE)

K1 دأبا غادتي نوربك /نقرا عنبك واحد لاشخا دبال اسماء مخدرات نو دواء
 (MONTRER LA CARTE DE SUBSTANCES/LIRE LA CARTE DE SUBSTANCES)
 و هالاب منك تقولي واش خلال 12 شهر الأخيرة , وقع لك أنك غادتي واحد من هذا المواد
 أكثر من مرة , باش تطلع , نفس براسك أسمن , أو تغير مراحك ؟

NON OUI

ENTOUREZ CHAQUE PRODUIT CONSOMME :

Stimulants : amphétamines, « speed », Ritaline, pilules coupe-faim.

Cocaïne : cocaïne, « coke », crack, « speedball ».

Opiacés : héroïne, morphine, opium, méthadone, codéine, méripidine, fentanyl.

Hallucinogènes : L.S.D., « acide », mescaline, PCP, « angel dust », « champignons », ecstasy.

Solvants volatiles : « colle », éther.

Cannabinoïdes : haschisch, « hasch », THC, cannabis, « herbe », « shit ».

Sédatifs : Valium, Xanax, Témesta, Halcion, Lexomil, secobarbital, « barbi ».

Divers : Anabolisants, Stéroïdes, « poppers ». Prenez-vous d'autres substances ?

SPECIFIER LA (OU LES) SUBSTANCE(S) LES PLUS CONSOMMEE(S) :

SPECIFIER CE QUI SERA EXPLORÉ CI DESSOUS :

• SI CONSOMMATION DE PLUSIEURS SUBSTANCES (EN MEME TEMPS OU SEQUENTIELLEMENT) :

• CHAQUE SUBSTANCE OU CLASSE DE SUBSTANCES SEPARÉMENT

• UNIQUEMENT LA SUBSTANCE (OU CLASSE DE SUBSTANCES) LA PLUS CONSOMMÉE

• SI SEULEMENT UNE SUBSTANCE (OU CLASSE DE SUBSTANCES) CONSOMMÉE :

• UNIQUEMENT UNE SUBSTANCE (OU CLASSE DE SUBSTANCES)

K2 بالتسبة
 [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCE SÉLECTIONNÉE]
 لاستعمالك خلال 12 شهر الأخيرة :

A واش لاحظت أنك تحتاج تتنفس كميات أكبر باش تنفس بنفس المقيول التي حسيت من قبل
 NON OUI

b ملي كنت كتتنفس كتتنفس الاستعمال واش شحرت بأعراض الانسحاب (الام, ترعاد, صدقة, عياء, كرش, احساس بالقيء, عرق, نقات القلب كثيرة, صعوبة في التناس, أو ...)
 حرة, مؤرر, أو مكعب) ؟ واش حاديت شي حاجة اخرى بالتر وتيرة بل وريض أو باش نفس
 بنفس أسمن ؟

NON OUI

(SYMPTOMES DE SEVRAGE)

COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE

c واش لاحظت في أغلب الأحيان أنك, ملي كتبتا تأخذ هذا المادة , كتأخذ أكثر من التي كتبت عوارل ؟
 NON OUI

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES. ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

- d واش جابوات تقننر أو تخبس ولكنك ما قدرتيش ؟ NON OUI
- e في الأيام التي كنتعمل فيها مدا المادة واش كنت كنتقضي براف ديال الوقت (أكثر من 2 ساعات) باش تحصل , تستعملها و تقي من انه هول ديالها أو كتفكر فيها NON OUI
- f وراش بقصت من نشاطاتك اليومية (في الخدمة , في هواناتك) أو مع الناس الأخرين بسبب استعمالك للمخدر ؟ NON OUI
- g واش بقيت كنتعمل المادة (Nommer la substance ou la classe de substance sélectionnée) وراش بقيت لك مشاكل صحية أو نفسانية NON OUI

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN K2 ?

SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) :

NON	OUI
DEPENDANCE à une (des) SUBSTANCE(S) ACTUEL	

LE PATIENT PRESENTE-T-IL UNE DEPENDANCE POUR LA(LES) SUBSTANCE(S) CONSOMMER(S) ?

→
NON OUI

K3 خلال 12 شهور الأخيرة :

- a واش كنت , أكثر من مرة (Nommer la substance ou la classe de substances sélectionnée) مخدر أو ميود , خلال ممارستك لواجباتك في الخدمة/المدرسة في الدار , واش وقعت لك شي مشاكل بسبب ؟ NON OUI

NE COTER OUI QUE SI CELA A CAUSE DES PROBLEMES

- b واش كنت تحت المنعول ديال (Nommer la substance ou la classe de substance sélectionnée) في حالات التي يمكن تكون مبرحش فيها الخطر جسديا , مثلا سايك سيارة , راكب على موطور , تستعمل شي الة خطرة , أو في دارك ... ؟ NON OUI

- c واش عسر وقع لك شي مشكل مع العدالة بسبب استعمالك للمخدر , مثلا تشايت , أو حكموا عنيك ؟ (Nommer la substance ou la classe de substance sélectionnée) NON OUI

- d واش بقيت كنتعمل المادة (Nommer la substance ou la classe de substance sélectionnée) وراش كنتسبب لك مشاكل مع عائلتك أو مع ناس آخرين NON OUI

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN K3 ?

SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) :

NON	OUI
ABUS DE SUBSTANCE(S) ACTUEL	

L. TROUBLES PSYCHOTIQUES

POUR TOUTES LES QUESTIONS DE CE MODULE, EN CAS DE RÉPONSE POSITIVE DEMANDER UN EXEMPLE.

NE COTER OUI QUE SI LES EXEMPLES MONTRENT CLAIEMENT UNE DISTORSION DE LA PENSÉE ET / OU DE LA PERCEPTION OU S'ILS SONT CULTURELLEMENT INAPPROPRIÉS.

AVANT DE COTER, ÉVALUER LE CARACTÈRE « BIZARRE » DES RÉPONSES.

IDEES DELIRANTES BIZARRES : LE CONTENU EST MANIFESTEMENT ABSURDE, INVRAISEMBLABLE, ET NE PEUT ÊTRE BASÉ SUR DES EXPÉRIENCES HABITUELLES DE LA VIE.

HALLUCINATIONS BIZARRES : VOIX QUI FONT DES COMMENTAIRES SUR LES PENSÉES OU LES ACTES DU PATIENT OU PLUSIEURS VOIX QUI PARLENT ENTRE ELLES.

		دأبا غادي نسلك على بعض الحالات الغير معتادة اللي كيتكبر تكون عند بعض الناس		
		BIZARRE		
L1 a	واش عمرك شعرت أن شي حد كيتجسس عليك أو كيتلمز عليك أو كيتناول بأذيتك	NON	OUI	OUI
b	Si oui : واش دأبا كتشعر بنفس الشيء	NON	OUI	OUI → L6a
L2 a	واش عمرك شعرت أن شي حد تكتن كثيرا أفكارك أو قادر يسمع أفكارك أو أنت يمكن لك تقرأ في أفكار شي واحد أو تسمع أفكار شي حد	NON		OUI
b	Si oui : واش دأبا كتشعر نفس الشيء	NON		OUI → L6a
L3 a	واش عمرك ظنيت أن شي حد أوشى قوة خارجية تدخل في رأسك أفكار ماشي ديلك , أو جعلتك تصرف بطريقة غير معتادة , واش عمرك بحيث أنك مسكون	NON		OUI
b	Si oui : واش تظن دأبا نفس الشيء	NON		OUI → L6a
L4 a	واش عمرك ظنيت أن شي حد كيتوجه مباشرة ليك عبر الهاتف , الراديو أو شي حد اللي ما كتعرفش شخصيا كيوشم بك بصفة خاصة	NON	OUI	OUI
b	Si oui : واش كتظن دأبا نفس الشيء؟	NON	OUI	OUI → L6a
L5 a	واش عائلتك أو صحابك عمرهم اعتبروا أن أفكارك غريبة أو غير معتادة , وما كيتشكوش معك فيها	NON	OUI	OUI
NE COTER OUI QUE SI LE PATIENT PRÉSENTE CLAIEMENT DES IDEES DELIRANTES HYPOCHONDRIQUES OU DE POSSESSION, DE CULPABILITE, DE RUINE, DE GRANDEUR OU D'AUTRES NON EXPLORÉES PAR LES QUESTIONS				
L1 A L1				
b	Si oui : واش كيعتبروا دأبا أن أفكارك غريبة	NON	OUI	OUI
L6 a	واش عمرك سمعت شي حد ايج اللي الناس الآخريين ما قدرينش يسمعوها (مثلا أصوات)	NON	OUI	OUI
b	COTER SI OUI « BIZARRE » UNIQUEMENT SI LE PATIENT RÉPOND OUI À LA QUESTION : واش عندك الأصوات كتعلق على أفكارك , أفعالك أو كنت كتسمع 2 أو بزاف الأصوات كيتحاوروا بيتهم ؟	NON	OUI	OUI → L8b
a	Si oui : واش وقع لك هذ الشيء خلال الشهر الأخير			

- L/a واث عمرك وأنت فابق شفت شي عيالات أو شفت شي أشياء اللي الناس الاخرين ما قادرينش يشفوها
NON OUI
- b COTER OUI SI CES VISIONS SONT CULTURELLEMENT INAPPROPRIÉES
Si oui واث شفت هذه الأشياء خلال الشهر الأخير
NON OUI

OBSERVATION DE L'INTERVIEWER :

- L8 b ACTUELLEMENT, LE PATIENT PRESENTE-T-IL UN DISCOURS CLAIREMENT INCOHERENT OU DESORGANISÉ, OU UNE PERTE NETTE DES ASSOCIATIONS ?
NON OUI
- L9 b ACTUELLEMENT, LE PATIENT PRESENTE-T-IL UN COMPORTEMENT NETTEMENT DESORGANISÉ OU CATATONIQUE ?
NON OUI
- L10b DES SYMPTÔMES NÉGATIFS TYPIQUEMENT SCHIZOPHÉNIQUES (AFFECT ABRAÏÉ, PAUVRETE DU DISCOURS / ALOGIE, MANQUE D'ÉNERGIE OU D'INTÉRÊT POUR DÉBUTER OU MENER À BIEN DES ACTIVITÉS / AVOLITION) SONT-ILS AU PREMIER PLAN AU COURS DE L'ENTRETIEN ?
NON OUI

L11 DE L1 A L10, Y A-T-IL AU MOINS

- UNE QUESTION « b » COTÉE OUI BIZARRE
OU
DEUX QUESTIONS « b » COTÉES OUI (NON BIZARRE) ?

NON	OUI
SYNDROME PSYCHOTIQUE ACTUEL	

L12 DE L1 A L7, Y A-T-IL AU MOINS

- UNE QUESTION « a » COTÉE OUI BIZARRE
OU
DEUX QUESTIONS « a » COTÉES OUI (NON BIZARRE) ?
(VÉRIFIER QUE LES 2 SYMPTÔMES SONT SURVENUS EN MÊME TEMPS)
OU
L11 EST-ELLE COTÉE OUI ?

NON	OUI
SYNDROME PSYCHOTIQUE VIE ENTIÈRE	

L13a SI L11 EST COTÉE OUI OU S'IL Y A AU MOINS UN OUI DE L1 A L7

- LE PATIENT PRÉSENTE-T-IL
UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR (ACTUEL OU PASSÉ)
OU UN ÉPISODE MANIAQUE (ACTUEL OU PASSÉ) ?

→
NON OUI

b SI L13a EST COTÉE OUI :

- قلت لي أن وقعت فترة (أو فترات) اللي كنت فيها مكتب/ناشط بزاف/ أو متوتر بزاف واث الأفكار أو الشعور اللي حدرنا عليها بحال (Citer le symptôme coté oui de L1 à L7)
وقعوا لك غير في هذ الفترات اللي كنت فيها مكتب/ناشط بزاف/متوتر بزاف ؟

NON OUI 18

L13b EST-ELLE COTÉE OUI ?

NON	OUI
TROUBLE DE L'HUMEUR AVEC CARACTÉRISTIQUES PSYCHOTIQUES ACTUEL	

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

M. ANOREXIE MENTALE

M1 a شحال الطول دبالك cm

b خلال ثلاثة أشهر الأخيرة شحال كان أقل وزن دبالك kg

c LE POIDS DU PATIENT EST-IL INFÉRIEUR AU SEUIL CRITIQUE INDICÉ POUR SA Taille VOIR TABLEAU DE CORRESPONDANCE EN BAS DE PAGE →
NON OUI

M2 خلال ثلاثة الأشهر الأخيرة
ولاش رفضت تزيد الوزن دبالك , وغم أن الوزن دبالك كان ناقص ؟ →
NON OUI

M3 ولام كنت كتخاف تزيد في الوزن أو كنتخاف تفلان بزاف ؟ →
NON OUI

M4 a ولام كنت كتخس أنك غليظ بزاف أو كنتظن أن جزء من الجسم دبالك غليظ بزاف ؟ NON OUI

b ولام الرأي والتقدير (الاعتبار) دبالك لنفسك كانوا كيتأثروا بدرجة كبيرة بالوزن أو الشكل دبال الجسم دبالك NON OUI

c ولام كنتي كنتظن أن الوزن دبالك طبيعي أو زايد NON OUI

M5 Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN M4 ? →
NON OUI

M6 Pour les femmes seulement : خلال 3 أشهر أشهر الأخيرة , ولام العادة الشهرية توقفت عليك بالرغم أنما كان خاصتها يحي (بلا متكون حالة حمل) →
NON OUI

POUR LES FEMMES : M5 ET M6 SONT-ELLES COTEES OUI ?
POUR LES HOMMES : M5 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI
ANOREXIE MENTALE
ACTUEL

TABLEAU DE CORRESPONDANCE TAILLE - SEUIL DE POIDS CRITIQUE (SANS CHAUSSURE, SANS VETEMENT)

TAILLE (cm)	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
Femmes	37	38	39	41	43	45	47	50	52	54	57
POIDS (kg)											
Hommes	41	43	45	47	49	51	52	54	56	58	61

(15% DE REDUCTION PAR RAPPORT AU POIDS NORMAL)

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

N. BOULIMIE

- N1 خلال 3 أشهر الأخيرة ، ولس وقعت لك نوبات دبال الإفراط في الماكلة اللي خلالها كليتي كميات كبيرة بزاف دبال الماكلة في مدة زمنية قصيرة أي أقل من 2 ساعات
→ NON OUI
- N2 ولس هاذ النوبات دبال الإفراط في الماكلة وقع ليك على الأقل 2 مرات في الأسبوع خلال 3 أشهر الأخيرة
→ NON OUI
- N3 أثناء هذا النوبات دبال الإفراط في الماكلة ولس كان عندك الاحساس بأنك ما فادرس تحبس من الماكلة أو ما فادرس تتحكم في كمية الماكلة اللي كتأخذ
→ NON OUI
- N4 ولس متزيدش في الوزن بعد هذا النوبات دبال الماكلة ولس كتعمل بعض الحوايج مثلا ترد (تقيا) عمدا تستعمل ربييم قاصح ، تقوم بتركات رياضية بكثرة ، تأخذ مسهين جهر للبول أو دوا كسد الشهية ولس الرأي والتقدير دبال تفسك كيتأثروا بدرجة كبيرة بالوزن والشكل ديسال الجسم دبالك
→ NON OUI
- N5
NON OUI
- N6 LE PATIENT PRESENTE-T-IL UNE ANOREXIE MENTALE ?
NON OUI
- Si N6 = NON, PASSER A N8
- N7 ولس هذا النوبات دبال الإفراط في الأكل كيجبو دائما على الوزن دبالك كيكون أقل من ... كيلو ؟
NON OUI

REPRENDRE LE POIDS CRITIQUE DU PATIENT DANS LE TABLE DU MODULE ANOREXIE MENTALE UN FONCTION DE SA TAILLE , OU POIDS

N8 N5 EST-ELLE COTEE OUI ET N7 COTEE NON (OU NON-COTEE) ?

NON OUI

**BOULIMIE
ACTUEL**

N7 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI

**ANOREXIE MENTALE
Binge-eating / Purging type
ACTUEL**

→ : ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AU X) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

O. ANXIETE GENERALISEE

O1	<p>خلال 6 شهور الأخيرة وانش حسيت بنفسك متخوف ، أو بالك مشغول ، أو متوتر أكثر من اللازم على أشياء تتعلق بحياتك ديال كل نهار ، في الجامعة ، المدرسة ، في الدار ، ولا على عاقلك أو لاحظت أنك كمشغول على الصغيرة والكبيرة ؟</p> <p>NE PAS COTER OUI si L'ANXIETE SE RESUME A UN TYPE D'ANXIETE DEJA EXPLORÉ PRECEDEMENT COMME LA PEUR D'AVOIR UNE ATTAQUE DE PANIQUE (TROUBLE PANIQUE), D'ETRECONTAMINE (TOC), DE PRENDRE DU POINS (ANOREXIE MENTALE) ETC....</p>	<p>→ NON OUI</p>
b	<p>وان هذه التخوفات كانت مرطرة أعلية الأيام ؟</p>	<p>→ NON OUI</p>
O2	<p>وانش صعب عريت تغلب على هذه التصفقات ، أو وانش متحبيش تركيز على الأشياء التي كدير</p> <p>De O3a A O3c, COTER NON LES SYMPTOMES SURVENANT UNIQUEMENT DANS LE CALME DES TROUBLES EXPLORÉS PRECEDEMENT</p>	<p>→ NON OUI</p>
O3	<p>خلال 6 أشهر الأخيرة على كنت كمشغول بنفسك متخوف أو متقلق بزاف وانش كنت :</p> <p>a حسيت بنفسك بلا راحة مزير في فستك أعصابك متوترين ؟</p> <p>b حريت بفضلك مزيرين ؟</p> <p>c حسيت بنفسك عيان ضعيف، أو كنت كتجيا دغيا ؟</p> <p>d لقيت صعوبة في التركيز أو عقلك كيتجيس ؟</p> <p>e حسيت بنفسك متوتر (ت) أكثر من اللازم ؟</p> <p>f عندك صعوبة في التعليل (صعوبة يافز تعين) كتفتق وسط الليل، كتفتق بكرتي في الصباح، أو كتعس بزاف</p>	<p>NON OUI NON OUI NON OUI NON OUI NON OUI NON OUI</p>

Y-A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN O3 ?

NON OUI
ANXIETE GENERALISEE
ACTUEL

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

P. TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE (option)

P1	قبل من السن ديهال 15 عام واش :	NON	OUI
a	كنت كتكاسي المدرسة بزاف أو مكيتاش في داركم	NON	OUI
b	ككذب بزاف , كتغش , كتقولب عباد الله أو كسرق	NON	OUI
c	كعدى على الناس , كتهددهم أو كستفزههم	NON	OUI
d	تعمدني لمرس أو تشعل العافية	NON	OUI
e	تعمدني تعذب الحيوانات أو الناس	NON	OUI
f	بززت على شي حد بمارس معاك الجنس	NON	OUI
Y A-IL AU MOINS 2 OUI EN P1 ?		→	
		NON	OUI
NE PAS COTER OUI LES REPNSES CI-DESSOUS, SI LES COMPORTEMENTS SONT UNIQUEMENT PRESENTES DANS DES CONTEXTES POLITIQUES OU RELIGIEUX.			

P2	علي كان عندك 15 عام واش ؟	NON	OUI
a	كانوا عندك تصرفات اللي الناس كتبان لهم ما فيها شي روح مسؤولة مثلا ما ترد الدينون اللي عليك , تصرف بلا متحتم أو ما تخدمش بصفة متعمدة.	NON	OUI
b	قتت بأشياء غير قانونية (واخا متشفتيش) مثلا تدمر ممتلكات الغير , تسرق , تبيع المحذوات أو قمت بخرابة	NON	OUI
c	أغلب الأحيان كنت عنيف جسديا , حتى مع الزوجة (الزوج) ديالك أو مع أولادك	NON	OUI
d	أغلب الأحيان كذبت أو قولت الناس بلش تأخذ الفلوس أو من أحل المنفعة أو كذبت غير بلش تضحك	NON	OUI
e	عرضت الناس للأخطار بلا ما تديها فيهم	NON	OUI
f	ما شعرتيش بتأنيب ضميرك بعدما كذبت , جرحت تعديتي أو سرتت أو دمرت الممتلكات ديهال شي واحد	NON	OUI
Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN P2 ?			

NON OUI

**TROUBLE DE LA
PERSONNALITE
ANTISOCIALE
VIE ENTIERE**

BIBLIOGRAPHIE

1. Schneider, François. Schizophrénie, ses traitements et leur évolution. Thèse de doctorat. Hôpital ravenelle, université Henri Poincaré - Nancy 1, 2009, page 12.
2. Brakine Zineb. La schizophrénie et observance thérapeutique. Thèse de doctorat en médecine. Hôpital Ibn Hassan de la santé mentale. Faculté de médecine et de pharmacie de Fès. Page 12,13.
3. Julien Daniel, Guelfi et, Marc-Antoine. Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux DSM-IV TR. American psychiatric association. Traduit en 2005. Page.
4. François Beck, Romain Guignard, Jean-Baptiste Richard, Marie-Line Tovar, Stanislas Spilka. Les niveaux d'usage de drogues en France 2010, Exploitation des données du Baromètre santé 2010 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte. Observatoire des drogues et des toxicomanies. Page 3.
5. Edwin, Rouff. Tabagisme et sevrage tabagique en prévention secondaire des syndromes coronariens aigus. Médecine générale. Creteil (Paris XII). 2011, page 7,8.
6. Nejari Chakib, Benjelloun MC, EL Rhazi K, Tachfouti N, slama k, Estimation de la mortalité attribué au tabac au Maroc. Santé publique et épidémiologie. Université de Bordeaux, 2014. page 47,48.
7. Jeanne Clement, Antoine Bressy, Anthony Fumat. Dépendance physique. TPE tabagisme.
8. Haute autorité de sante, Critères d'usage nocif et de dépendance à une substance psychoactive et au tabac selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'OMS, CIM-10. Octobre 2010, page1, 2.

9. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non-médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Mai 2003. Page 12,13.
10. Dervaux, A. Laqueille, X. Tabac et schizophrénie : aspects épidémiologiques et cliniques. L'Encéphale, sciences directes.2007.p300
11. Hajbi Mathieu, Tahri Siham. « Comorbidité - schizophrénie - tabagisme : caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques », L'information psychiatrique, 2/2010 (Volume 86).
12. Samalin, L. Comorbidités tabagisme -maladie mentale .Tabagisme et psychose. Université Clermont-Ferrand. Mars 2013.
13. Perriot, J. La conduite de l'aide au sevrage tabagique. Revue des Maladies respiratoires dispensaire Émile Roux, Clermont-Ferrand. Février 2006.
14. Fontaine, Arielle. Sevrage tabagique : des outils pour repérer et accompagner les patients. Webzine de la Haute Autorité de Santé. Avril 2016.
15. Spring B, Pingitore R, Mc Charge DE (2003) Reward value of cigarette smoking for comparably heavy smoking schizophrenic, depressed, and nonpatient smokers. Am J Psychiatry 160(2):316-22
16. Emmel, Eric. Quels moyens et méthodes non-pharmacologiques dispose le médecin généraliste en consultation de sevrage tabagique. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de médecine de Nancy.2011.Page :18, 19.
17. Bibliothèque de L'organisation mondiale de la sante. Programme MPOWER, certaine conception de lutte anti-tabac. 2008, page10.
18. Ministère de la sante. Grand-Duché de Luxembourg. Prévention et lutte anti-tabac, politique de lutte anti-tabac, plans d'action. Version 2009.

19. de Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res.* 15 juill 2005;76(2-3):135-57.
20. Lyons MJ, Bar JL, Kremen WS, Toomey R, Eisen SA, Goldberg J, et al. Nicotine and familial vulnerability to schizophrenia: A discordant twin study. *J Abnorm Psychol.* 2002;111(4):687-93.
21. Adler LE, Olincy A, Waldo M, Harris JG, Griffith J, Stevens K, et al. Schizophrenia, sensory gating, and nicotinic receptors. *Schizophr Bull.* 1998;24(2):189-202.
22. Ripoll N, Bronnec M, Bourin M. Nicotinic receptors and schizophrenia. *Curr Med Res Opin.* juill 2004;20(7):1057-74.
23. Desai HD, Seabolt J, Jann MW. Smoking in patients receiving psychotropic medications: a pharmacokinetic perspective. *CNS Drugs.* 2001;15(6):469-94.
24. Myers CS, Robles O, Kakoyannis AN, Sherr JD, Avila MT, Blaxton TA, et al. Nicotine improves delayed recognition in schizophrenic patients. *Psychopharmacology (Berl).* juill 2004;174(3):334-40.
25. Brust JC. Aspects neurologiques de l'addiction. In: Elsevier-Masson, éditeur. *Aspects neurologiques de l'addiction.* Paris; 2007. p. 273-87.
26. Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, Casey DE. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J.* déc 2005;150(6):1115-21.
27. de Leon J, Dadvand M, Canuso C, White AO, Stanilla JK, Simpson GM. Schizophrenia and smoking: an epidemiological survey in a state hospital. *Am J Psychiatry.* mars 1995;152(3):453-5.
28. Steinberg ML, Williams JM, Steinberg HR, Krejci JA, Ziedonis DM. Applicability of the Fagerström Test for Nicotine Dependence in smokers with schizophrenia. *Addict Behav.* janv 2005;30(1):49-59.

29. Aguilar MC, Gurpegui M, Diaz FJ, de Leon J. Nicotine dependence and symptoms in schizophrenia: naturalistic study of complex interactions. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* mars 2005;186:215-21.
30. Etter M, Mohr S, Garin C, Etter J-F. Stages of change in smokers with schizophrenia or schizoaffective disorder and in the general population. *Schizophr Bull.* 2004;30(2):459-68.
31. Fathelrahman AI, Omar M, Awang R, Borland R, Fong GT, Hammond D, et al. Smokers' responses toward cigarette pack warning labels in predicting quit intention, stage of change, and self-efficacy. *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob.* mars 2009;11(3):248-53.
32. Hammond D, Fong GT, McNeill A, Borland R, Cummings KM. Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control.* juin 2006;15(Suppl 3):iii19-iii25.
33. Abdolahinia A, Maadani MR, Radmand G. Pictorial Warning Labels and Quit Intention in Smokers Presenting to a Smoking Cessation Clinic. 2010;9(4):48-52.
34. Ussher M, Kakar G, Hajek P, West R. Dependence and motivation to stop smoking as predictors of success of a quit attempt among smokers seeking help to quit. *Addict Behav.* févr 2016;53:175-80.
35. Lindberg A, Niska B, Stridsman C, Eklund B-M, Eriksson B, Hedman L. Low nicotine dependence and high self-efficacy can predict smoking cessation independent of the presence of chronic obstructive pulmonary disease: a three year follow up of a population-based study. *Tob Induc Dis.* 2015;13(1):27.
36. Harrow M, Yonan CA, Sands JR, Marengo J. Depression in schizophrenia: are neuroleptics, akinesia, or anhedonia involved? *Schizophr Bull.* 1994; 20(2):327-38.

37. Dimensionality of depression in acute schizophrenia: a methodological study using the Bech-Rafaelsen Melancholia Scale (BRMES). - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 19 févr. 2017]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9844953>
38. Braga RJ, Mendlowicz MV, Marrocos RP, Figueira IL. Anxiety disorders in outpatients with schizophrenia: prevalence and impact on the subjective quality of life. J Psychiatr RES. 1 juill. 2005;39(4):409-14.