

Conférence d'Experts 2008

« Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques »:

Le tabagisme est une des premières causes évitables de mortalité des adultes atteints d'affections psychiatriques.

- QS1 : Les composantes psychoactives de l'acte de fumer:
 - L'interdiction de fumer dans les services de psychiatrie favorise la **création de nouveaux réseaux relationnels**, en particulier entre fumeurs et non-fumeurs.
 - La nouvelle réglementation non fumeur des établissements psychiatriques a profondément modifié les relations soignants /patients liées au tabac (E). L'interdiction de fumer a **diminué les sources de conflit** (E).

- QS2 : Tabagisme et troubles anxieux:

- La **prévalence** du tabagisme est globalement **augmentée chez les sujets souffrant d'un trouble anxieux (C)**, à l'exception des sujets souffrant d'un TOC .
- Le tabagisme ou la dépendance tabagique sont associés à un **risque accru de développer certains troubles anxieux** comme l'agoraphobie, le trouble panique ou le trouble anxieux généralisé.
- **Le niveau d'anxiété augmente au cours des deux semaines suivant le sevrage tabagique (A)**, puis **diminue après un mois à un niveau plus faible qu'avant l'arrêt (C)** pour **augmenter à nouveau en cas de rechute du tabagisme (C)**.
- Le **syndrome de sevrage tabagique est plus intense** quand existe un trouble anxieux (D).
- L'anxiété et le stress sont calmés à court terme par le fait de fumer, mais rapidement une **boucle rétroactive d'aggravation de l'anxiété se met en place**.
- À l'inverse, l'état de sevrage tabagique peut induire un état d'anxiété et de dépression.

- QS2 : Tabagisme et troubles anxieux:

- Toute fenêtre d'opportunité motivationnelle devrait être exploitée pour l'arrêt du tabac, y compris chez les personnes anxieuses, que ce soit à distance d'un épisode aigu ou lors d'une hospitalisation pour acutisation.
- Les psychiatres, au même titre que les médecins de soins primaires, devraient être capables de proposer un traitement de la dépendance tabagique (E).
- **Les professionnels de la psychiatrie seront d'autant plus efficaces qu'ils auront été formés (A).** Ils sont d'autant plus efficaces qu'ils sont eux-mêmes non fumeurs (D).
- Il n'y a pas d'obstacle à ce qu'un tabacologue prenne en charge un patient anxieux, mais une action concertée organisée avec le psychiatre est idéale (E).
- **Les fumeurs souffrant de troubles anxieux ont un syndrome de sevrage tabagique en moyenne plus intense**

- QS3 : Tabagisme et troubles de l'humeur (états dépressifs, troubles unipolaires, troubles bipolaires, dysthymie):
 - Il est démontré une co-relation bidirectionnelle entre le tabagisme et la dépression : **tabagisme et dépendance à la nicotine augmentent la probabilité de dépression et la dépression augmente la probabilité de tabagisme et la dépendance à la nicotine.**
 - En population générale, **fumer augmente le risque suicidaire** (idées suicidaires, tentatives de suicide et suicides) (A). Le tabagisme augmente le risque suicidaire **qu'il y ait ou non trouble dépressif (B)**
 - Le tabagisme **augmente la probabilité de survenue de troubles bipolaires et réduit l'efficacité de leurs traitements.**
 - Plusieurs études, bien que de qualité variable, suggèrent que l'arrêt du tabac augmente le risque de faire un épisode dépressif (E). Les **fumeurs ayant eu des antécédents dépressifs sont les plus exposés (D).**
 - Aucune étude ne met en évidence d'aggravation des troubles bipolaires à l'arrêt du tabac.

- QS3 : Tabagisme et troubles de l'humeur (états dépressifs, troubles unipolaires, troubles bipolaires, dysthymie):
 - Chez les malades atteints de troubles de l'humeur, **l'arrêt du tabac est de préférence envisagé à distance des épisodes aigus (E)**. En phase aiguë une **réduction du tabagisme sous substitution nicotinique** est, à défaut d'arrêt, systématiquement envisagé, en particulier quand existent des pathologies associées liées au tabagisme.
 - **Le traitement du trouble de l'humeur sera équilibré avant l'arrêt du tabac .**

- QS4 : Tabagisme et schizophrénie (et autres psychoses):

- Il existe une très forte proportion de tabagiques chez les patients schizophrènes (A), en particulier chez les hommes . **Ils fument environ deux fois plus de cigarettes par jour que les fumeurs en population générale.**
- La consommation de tabac élevée explique probablement que la **mortalité cardio-vasculaire des patients souffrant de schizophrénie est 6 fois plus importante** qu'en population générale et la **mortalité respiratoire 5 fois plus importante.**
- Le mécanisme le plus plausible du tabagisme chez le schizophrène est l'**automédication (E)**, en particulier **des troubles cognitifs (E)**. Le tabagisme n'apparaît pas associé à un excès de schizophrénie et **plus de 15 études concordantes ne montrent pas d'évolution de la symptomatologie psychotique lors de l'arrêt du tabac.**

- QS4 : Tabagisme et schizophrénie (et autres psychoses):
 - L'hospitalisation pour épisode aigu, du fait de l'interdiction de fumer dans les locaux, peut être l'occasion d'une **substitution nicotinique à doses adaptées avec arrêt total ou réduction importante du tabagisme (E)**. Si un arrêt ou une réduction est obtenue lors de l'hospitalisation on s'efforcera **d'apporter la substitution nécessaire à la sortie et de faire adhérer à un projet d'arrêt**.
 - Le psychiatre doit être impliqué dans cet arrêt ou réduction du tabagisme qu'il peut soit conduire seul soit conduire avec un tabacologue. Une coordination est alors nécessaire.
 - La réduction du tabagisme est recommandée chez le schizophrène, comme chez tout fumeur dépendant, qui ne peut ou ne veut pour l'instant arrêter de fumer (E).
 - Si le patient est mis en chambre d'isolement, une **substitution nicotinique à doses adaptées** est recommandée.

- QS5 : Spécificité de l'arrêt et/ou de l'abstinence tabagique dans les unités psychiatriques:

- Le passage des hôpitaux psychiatriques au statut « non fumeurs », selon la législation, s'est révélé faisable, et a amélioré plus qu'aggravé les relations dans les établissements (D).
- Le statut tabagique et le comportement du personnel fumeur vis-à-vis de l'interdiction ont été un élément déterminant du passage des unités au statut non fumeur (E).
- La réduction du tabagisme sous substitution nicotinique est une aide importante à la gestion des fumeurs hospitalisés en service de psychiatrie fermé (E).
- L'interdiction de fumer est d'autant plus simple à appliquer que l'interdiction est claire, que le personnel est informé, formé et observant lui-même à l'interdiction et qu'il connaît les objectifs sanitaires de cette interdiction (E).
- Cette application a posé moins de problèmes qu'anticipé, même si elle nécessite une vigilance (E).
- Un **affichage clair de l'interdiction sur les documents du service** est utile.
- L'annonce de règles claires, précises et respectées de tous (soignants et soignés) et la mise en application de ces règles est l'occasion pour le personnel soignant, mais aussi pour certains patients de leur expliquer ces règles et leur objectif

- QS5 : Spécificité de l'arrêt et/ou de l'abstinence tabagique dans les unités psychiatriques:
 - Un approvisionnement et une disponibilité suffisante en substituts nicotiques sous formes transdermiques et orales permettent une substitution de tous les entrants fumeurs.
 - La mise en place de **protocoles de délivrance des substituts nicotiques par les personnels soignants**, permet une prise en charge précoce et systématique en attendant la prescription médicale.
 - Si l'arrêt forcé en milieu hospitalier est bien accepté, les conséquences sur l'arrêt à long terme du tabac sont faibles en l'absence de prise en charge adaptée à la sortie (D). L'intérêt d'un arrêt définitif doit cependant être systématiquement souligné (E).
 - Comme dans la population générale, la **prescription de nicotine associée à une réduction du tabagisme est bien tolérée (A), réduit l'envie de fumer (A), réduit le syndrome de sevrage (A) et augmente la probabilité d'une décision d'arrêt (B)**.