

PSYCHIATRIE ET GESTION DU TABAGISME

P I S T E S D E R É F L E X I O N

DÉCEMBRE 2009



PRÉAMBULE

Docteur B. GILLAIN,
Chef de service de psychiatrie, Clinique St Pierre Ottignies

Un des problèmes majeurs de la psychiatrie et des soins psychiatriques est le phénomène de la stigmatisation. Cette dernière se caractérise par un blâme des personnes concernées qui, par voie de conséquence, se sentent plus ou moins exclues, atteintes dans leur appartenance et développent alors un sentiment de honte.

Aujourd'hui, la question du tabac et de sa consommation dans les lieux publics est à l'avant-plan. En limiter la consommation aux espaces privés pour réduire, voire annuler le tabagisme passif, peut être considéré comme une avancée en terme de santé publique. Développer des stratégies pour permettre d'appliquer cette règle générale aux institutions de soins psychiatriques est une façon d'agir au niveau de ce problème qu'est la stigmatisation en ne faisant pas de différence entre les milieux.

Néanmoins, ce que la clinique et les études nous démontrent, c'est que la consommation de tabac est bien supérieure chez les patients atteints de troubles psychiques. Dès lors, comment proposer des soins accessibles aux patients psychiatriques sans pour autant les soumettre à des contraintes telles que ces derniers ne soient plus accessibles. On peut considérer donc que l'idée d'un hôpital sans tabac en psychiatrie est un atout et en même temps un «caillou dans la chaussure».

Les patients atteints de troubles psychiatriques cumulent des facteurs de risque négatifs en terme de mortalité et de morbidité : sédentarité, surpoids, troubles métaboliques (diabète, excès de triglycérides et cholestérol), tabac. Une action visant à promouvoir, avec un accompagnement spécifique et adapté, la cessation tabagique chez le patient atteint de trouble psychiatrique est certainement un facteur pouvant permettre l'amélioration de son espérance et de sa qualité de vie.

Le défi est bien sûr d'y arriver en soutenant par ailleurs le respect de la liberté individuelle et en particulier dans le cadre d'hospitalisations où la contrainte s'exerce. Indépendamment même des hospitalisations sous contrainte, la maladie en tant que telle représente une contrainte suffisante que pour ne pas en rajouter à l'excès. Néanmoins, il est possible d'obtenir des résultats probants en terme de cessation tabagique au bénéfice des patients. Cela nécessite engagement, formation, mise à disposition des traitements de substitution, un coût acceptable, voire gratuitement.

SOMMAIRE

Introduction	2
1ère partie : Réseau des hôpitaux sans Tabac	3
2ème partie : Colloque du 13 novembre 2009 «gestion du tabagisme en psychiatrie gageure ou évidence»	8
3ème partie : Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques – recommandations françaises	13
Conclusions	32

INTRODUCTION

Jacques DUMONT,

Coordinateur du Réseau belge francophone des Hôpitaux sans tabac, FARES asbl

Cette publication a pour objectif de susciter la réflexion par rapport à la gestion du tabagisme en milieu hospitalier psychiatrique. L'intérêt pour les institutions psychiatriques en particulier s'intègre dans le travail réalisé depuis 2005 par le FARES asbl dans le cadre du «réseau des hôpitaux sans tabac». Ce réseau vise à créer des dynamiques et des échanges entre les institutions hospitalières afin qu'elles développent des démarches intégrées de gestion du tabagisme. La réflexion spécifique focalisée sur les institutions psychiatriques prend appui sur la conférence française d'experts «Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques» réalisée en 2008 par l'Office français de prévention du tabagisme (OFT) et la Fédération française de psychiatrie (FFP).

Dans la problématique de la gestion du tabagisme en milieu psychiatrique deux axes sont intimement liés, d'une part, l'aspect clinique concernant l'impact du tabagisme ou de son arrêt sur le patient psychiatrique et, d'autre part, les aspects de gestion de ce tabagisme au niveau de l'institution hospitalière.

Ce document comporte trois parties :

- la présentation du Réseau belge francophone des Hôpitaux sans tabac et des dynamiques qu'il met en place
- trois communications issues de la matinée de rencontre organisée le 13 novembre 2009 dans les locaux du Service Public Fédéral «Santé Publique» à Bruxelles
- le résumé de la conférence française d'experts «Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques» réalisée en 2008 par l'Office français de prévention du tabagisme (OFT) et la Fédération française de psychiatrie (FFP).

RÉSEAU DES HÔPITAUX SANS TABAC

- **Réseau belge francophone des Hôpitaux sans tabac** a pour objectifs de stimuler le développement de démarches de gestion du tabagisme à l'intérieur des hôpitaux membres, et aussi dans la mesure du possible, de sensibiliser les autres institutions à cette problématique. La charpente du travail développé par ce réseau demeure le code européen repris ci-dessous dans sa dernière version (2008). Il est particulièrement important de souligner qu'un hôpital sans tabac se doit de travailler sur les 4 axes déclinés dans cette charte à savoir, les patients, les membres du personnel, les visiteurs et l'environnement.

Code Européen des Établissements de Santé sans Tabac

1. Mobiliser les décideurs, mettre en place un comité de prévention et refuser tout sponsoring de l'industrie du tabac.
2. Définir une stratégie et coordonner les actions. Informer tous les personnels, patients et public.
3. Mettre en place un plan de formation des personnels et les former à l'abandon du fumeur.
4. Prévoir l'aide au sevrage, organiser la prise en charge adaptée et le suivi du fumeur y compris après son séjour à l'hôpital.
5. Organiser l'interdiction de fumer dans l'enceinte de l'hôpital. Si des zones fumeurs persistent, elles doivent être clairement indiquées.
6. Adopter une signalétique et un affichage appropriés. Supprimer toute incitation au tabagisme : cendriers, vente du tabac.
7. Développer des politiques de gestion des ressources humaines afin de protéger et promouvoir la santé au travail de tous les personnels hospitaliers.
8. Promouvoir les actions de promotion de la santé en dehors de l'hôpital.
9. Renouveler les campagnes d'information. Assurer la continuité et se doter des moyens d'évaluation (assurance qualité, accréditation..)
10. Convaincre d'abord, contraindre si besoin. Être persévérant !

- Il est important de préciser qu'un hôpital qui adhère au réseau des hôpitaux sans tabac développe des stratégies de gestion du tabagisme, mais ne se doit pas d'être un espace totalement sans tabac. Des fumeurs peuvent subsister.
- Les institutions sont stimulées par un auto-audit complété chaque année permettant de mesurer l'évolution de la dynamique de chaque institution.
- Le réseau est coordonné par le FARES asbl. Toutes informations et illustrations des démarches mises en place est disponible sur le site www.hopitalsanstabac.be
- Le Réseau belge francophone des Hôpitaux sans tabac est constitué de 30 hôpitaux ou groupes hospitaliers répartis sur 51 sites au total. Il est intégré dans le réseau européen qui compte plus de 1200 hôpitaux.

- Au niveau du réseau francophone belge des réunions, colloques ou formations sont organisées périodiquement afin de favoriser les échanges et la construction d'une culture commune. Les collaborations avec les Centres d'Aide aux Fumeurs, les tabacologues, et les structures de médecine générale sont également stimulées.
- Le réseau met à la disposition des institutions des outils pour favoriser les démarches de gestion du tabac (affiches, dépliants, bics, posters,...).

Page d'accueil | Actualités | Archives | Chartes | Membres | Adhésion | Contact

Rechercher...

Bienvenue sur le site Hôpital sans tabac

A l'initiative du Pr Bertrand Dautenberg (France), le réseau européen des Hôpitaux sans Tabac a pu voir le jour.

L'objectif de ce réseau est de promouvoir l'application de la Charte européenne Hôpital Sans Tabac au sein des cliniques et hôpitaux. Cela implique de créer une dynamique locale autour du tabagisme à trois niveaux :

- l'implication de la direction, des services et des partenaires sociaux
- sensibiliser les professionnels de santé à la prise en charge du tabagisme
- sensibiliser les patients à l'importance d'arrêter de fumer ou se prémunir contre les méfaits du tabac

Le réseau francophone belge est coordonné par le FAREB, par l'intermédiaire de Jacques Duront. Il dispose aussi d'un forum dédié à ses activités et pour permettre aux membres de s'échanger des informations sur ce thème.

Vous pouvez également consulter le réseau néerlandophone.

Voici quelques documents à télécharger, qui nous trouvent intéressants :

Référentiel pour une maternité sans tabac
[consulté le 23 janvier 2006]

Conclusions de la première conférence d'experts sur le tabagisme péri-opératoire en France [consulté le 23 janvier 2006]

Le Réseau belge des Hôpitaux sans Tabac est soutenu par le Service Public Fédéral Santé Publique.





DÉMARCHES DU RÉSEAU FRANCOPHONE BELGE DES HÔPITAUX SANS TABAC VERS LES INSTITUTIONS PSYCHIATRIQUES

Le travail du Réseau sur la problématique de la gestion du tabagisme dans les institutions psychiatriques a débuté en 2008-2009. Ce milieu constitue un «noyau difficile» en terme de tabagisme et ce pour plusieurs raisons.

- La prévalence du tabagisme parmi les patients psychiatriques est plus élevée que dans la population générale. Elle peut aller de 40 à 80 % suivant le type de pathologie (les chiffres les plus élevés s'observant dans le cadre des troubles schizophréniques).
- Une revue de Derek (2007) soulignait, à l'intérieur des spécialités médicales, la plus forte prévalence du tabagisme parmi les psychiatres. On observe la même tendance pour le personnel infirmier psychiatrique. Une enquête par questionnaires réalisée en 2008 par le FARES dans le cadre du Réseau belge francophone des Hôpitaux sans tabac montrait une prévalence de 35.5 % de fumeurs occasionnels ou quotidiens parmi le personnel de deux institutions psychiatriques alors que la prévalence tous hôpitaux confondus était de 25 %.
- Même si de nombreuses institutions ont réalisé un travail important afin de respecter les lois relatives à l'interdiction de fumer tant sur les lieux de travail que dans les lieux publics, il persiste des lieux dans les institutions psychiatriques où l'on fume.
- Les fausses croyances, mais aussi certaines réalités relatives au rôle psycho-actif que peut jouer la nicotine justifient d'ouvrir le débat sur ce sujet.
- La cigarette constitue encore, même si c'est très particulier, une monnaie d'échange entre soigné et soignant, même si cette pratique tend à disparaître.

L'objectif d'un hôpital sans tabac dans le contexte psychiatrique est avant tout de supprimer tout tabagisme passif et d'arriver à une gestion stricte du tabagisme, le tout à travers une approche respectueuse de chaque individu. L'ensemble de la démarche d'hôpital psychiatrique sans tabac nécessite un temps de réflexion et d'intégration de cette problématique. Cela est lié à plusieurs facteurs :

- l'idée est très neuve, presque «révolutionnaire» de s'intéresser à cette problématique, car la représentation principale qui circule dans le milieu psychiatrique est qu'il ne faut pas «empêcher de fumer un patient avec une pathologie psychiatrique»
- les chiffres disponibles relatifs à la prévalence du tabagisme parmi le personnel montrent un taux plus élevé parmi le personnel travaillant en milieu psychiatrique, ce qui pourrait expliquer les difficultés à s'intéresser au tabagisme des patients fumeurs de la part de soignants eux-mêmes fumeurs.

PLUSIEURS STRATÉGIES ONT ÉTÉ MISES EN PLACE PAR LE RÉSEAU AFIN D'ATTEINDRE L'OBJECTIF REPRIS CI-DESSUS :

Constitution d'un comité d'experts dont les objectifs principaux sont de valider et d'adapter les recommandations européennes et françaises relatives à la gestion du tabagisme en psychiatrie en général, ainsi que dans les institutions psychiatriques «aigues» ou de long séjour ; de proposer des stratégies d'application ; de valider les outils proposés par le FARES ; de proposer toute initiative utile dans le cadre de ce développement et de favoriser l'implantation de ces démarches.

Diffusion de documents : le code (ou charte) européen général «hôpital sans tabac», les recommandations des réseaux irlandais et danois des hôpitaux sans tabac et surtout la conférence d'experts français de 2008 Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques.

Rencontres/colloque : une première rencontre a eu lieu en juin 2008, une seconde en mai 2009. Elles avaient pour objectif de récolter les réalités et les difficultés du terrain. Un colloque réunissant plus de 100 représentants du secteur hospitalier psychiatrique a été ensuite organisé le 13 novembre 2009.

Enquête : les directions des institutions psychiatriques ont été sollicitées afin de récolter une série d'informations relatives à la gestion du tabagisme dans leur institution. Les résultats de cette enquête seront publiés sous peu.

Diffusion et intégration de deux documents (1,2) produits par le réseau européen (Danemark et Irlande).

Les points principaux ressortant de ces deux documents sont essentiellement :

- Les patients atteints de pathologie psychiatrique **sont très souvent dépendants** voire fortement dépendants à la nicotine.
- La principale cause de décès de ces patients est une pathologie liée au tabagisme.
- De nombreux patients atteints de maladie mentale et dépendants à la nicotine **souhaitent arrêter de fumer** ; parmi ceux qui tentent un arrêt, le niveau de dépendance, plus que la pathologie psychiatrique semble être la source des difficultés à arrêter.
- Les fumeurs atteints de surcroît d'une pathologie psychiatrique ne rapporteraient pas d'aggravation de leur pathologie lors de l'arrêt du tabac.
- L'arrêt du tabac peut amener des **symptômes de dépression** tant chez les patients «sains» que chez ceux avec des antécédents de dépression. Néanmoins, les patients avec antécédents de dépression risquent plus que les autres d'avoir une rechute de dépression lors de l'arrêt du tabac.
- La présence d'une dépression chronique n'est pas une contre-indication à un arrêt du tabagisme, mais demande une surveillance plus grande de la part de l'équipe thérapeutique et un suivi tabacologique plus proche.

1) Smoking cessation in psychiatry : is there sufficient evidence to recommend smoking cessations activities - Network of Health promoting hospitals in Denmark – march 2007.

2) Best practice guidelines to support compliance with national policy in relation to tobacco management in the mental health settings. – Irish HPH Network - November 2006.

- Les psychiatres doivent être avertis de l'importance d'**adapter les traitements médicamenteux** lors d'un arrêt du tabac, car la nicotine affecte le métabolisme de plusieurs médicaments actifs au niveau cérébral.
- Relativement peu d'études sont disponibles concernant l'arrêt du tabac chez des patients avec une problématique psychiatrique.
- L'interdiction de fumer dans les services psychiatriques rencontre une grande résistance de la part des patients et des membres du personnel avant sa mise en place mais, en général, les choses se passent bien après son implantation.
- Dans la grande majorité des cas, il n'y a pas eu d'augmentation de l'agressivité dans les services ayant mis en place une interdiction de fumer. Quelques études rapportent une amélioration de la santé des patients.

Une démarche coordonnée, respectant des étapes est préférable :

1. Implantation d'activités d'aide à l'arrêt du tabac dans toutes les unités où les patients sont «stabilisés» par rapport à leur affection psychiatrique.
2. Débuter avec des initiatives dans les unités ouvertes puis implémenter totalement dans l'unité.
3. Débuter avec des initiatives dans les unités fermées puis implémenter totalement dans l'unité.

Les activités suivantes sont proposées :

1. **L'interdiction de fumer peut et doit être introduite dans le secteur psychiatrique**
 - visibilité et adhésion totale de la direction
 - information totale vers les membres de l'équipe et les patients
 - implanter les interdictions comme convenu malgré les éventuelles résistances
 - multiplier les messages relatifs à l'interdiction
 - des substituts nicotiques doivent être mis à la disposition des patients fortement dépendants à la nicotine
 - les membres des équipes doivent avoir l'opportunité de discuter pratiquement de l'application de ces mesures.
2. **La problématique du tabagisme doit être régulièrement discutée avec les patients psychiatriques en phase stable de leur maladie**
 - le personnel doit être formé afin d'être capable d'aborder ce sujet avec les patients
 - importance d'aborder ce sujet avec les patients sans jugement
 - les entretiens doivent se terminer avec une recommandation claire d'arrêt.
3. **Il devrait être proposé au patient une aide intensive et professionnelle**

Les critères de qualité de ce suivi sont :

 - le patient reçoit soit une aide individuelle, soit une aide en groupe adaptée à ses besoins
 - pour les patients avec une dépendance nicotinique élevée, une aide pharmacologique doit être proposée
 - veiller à adapter les doses d'autres médicaments après l'arrêt du tabagisme
 - être attentif à toute dégradation de l'état psychiatrique ou à l'apparition de symptômes de dépression.

COLLOQUE DU 13 NOVEMBRE 2009 «GESTION DU TABAGISME EN PSYCHIATRIE : GAGEURE OU ÉVIDENCE»

Après deux matinées de travail organisées en mai 2008 et en juin 2009 ayant pour objectif de collecter les réalités du terrain, un colloque exclusivement consacré à la problématique de la gestion du tabac en psychiatrie a été organisé le 13 novembre 2009.

Le programme complet ainsi que les présentations «powerpoint» sont accessibles sur le site déjà mentionné www.hopitalsanstabac.be

Les pages qui suivent reprennent trois interventions issues de cette journée :

APERÇU DE LA JOURNÉE

Professeur Pierre BARTSCH, ULg, past président FARES asbl

Pour une première rencontre entre le réseau des Hôpitaux sans Tabac et les acteurs du milieu psychiatrique hospitalier ce fut un succès inespéré.

En effet, lorsque il a été décidé, dans le cadre de ce réseau, de sortir du cadre des hôpitaux généraux, où tant de choses restent encore à faire, pour aborder le milieu résidentiel psychiatrique, le petit comité organisateur a redouté un manque d'intérêt de la part des acteurs de santé dans l'environnement particulièrement complexe des maladies mentales.

Il est vrai que la décision d'organiser ce colloque a été prise après la publication du rapport d'experts conduit en France à propos du tabagisme en milieu psychiatrique. Non seulement ce document pourra encore servir de référence pour de nombreuses années à venir à tous ceux qui s'intéressent au sujet, mais il a aussi convaincu les promoteurs de cette réunion qu'ils ne se lançaient pas en terra incognita.

On a dit que notre troisième millénaire serait le siècle du cerveau et beaucoup d'indices montrent qu'il en est bien ainsi : la tomodensitométrie, la résonance magnétique nucléaire et surtout la tomographie à émission de positons nous font passer de l'imagerie purement morphologique à l'imagerie fonctionnelle qui nous permet de saisir le métabolisme local du cerveau lors de certaines activités motrices ou intellectuelles.

La psychiatrie qui s'était isolée dans un univers mystérieux où l'esprit s'était séparé du corps a réintégré la neuropsychiatrie et devrait petit à petit à mon sens se réinsérer dans la médecine interne qui, elle-même, ne peut plus se concevoir comme la discipline d'une classe de spécialistes mais qui existe maintenant comme le centre de gravité vers lesquels convergent les spécialistes d'organes.

Les exposés qui ont été délivrés, les discussions fructueuses qui ont suivi ont montré que si la dépendance tabagique a des prolongements neurobiologiques fascinants sur lesquels je reviendrai brièvement plus loin, les conséquences néfastes du tabagisme sur un patient atteint d'une affection psychiatrique ne diffèrent guère des effets délétères reconnus sur la population générale. Il n'y a donc aucune raison pour que le médecin psychiatre reste indifférent à ces pathologies, de même qu'il ne peut négliger, les problèmes métaboliques ou la perte d'aptitude physique chez les patients prenant de façon chronique des médicaments psychotropes.

On ne peut cependant sous-estimer des difficultés particulières sur le plan éthique ou sur le plan pratique rencontrées chez les patients sous contrainte.

Il faudra aussi renoncer à l'utilisation de la cigarette comme élément de troc lors d'une négociation difficile avec un patient !

Si on peut effectuer de grands progrès dans la protection des malades contre le tabagisme passif, il restera probablement illusoire d'éviter le tabagisme actif de certains patients malheureusement au stade avancé d'un état démentiel.

Pour revenir aux aspects plus fondamentaux qui relie de manière particulière la dépendance tabagique et de nombreux états psychiatriques, de grandes avancées sont à prévoir dans la découverte de médicaments agonistes agissant sur les différents récepteurs transmembranaires nicotiques de l'acétylcholine dont la structure moléculaire tridimensionnelle est connue aussi bien à l'état d'ouverture que de fermeture. Il apparaît en effet de plus en plus évident que la nicotine absorbée à travers la fumée du tabac agit comme un antidépresseur particulièrement élu par ceux qui en éprouvent le plus le besoin.

Les acteurs des institutions psychiatriques seront donc à l'avenir de plus en plus impliqués, à la fois, sur les plans humain, clinique et scientifique par les liens très particuliers qui relie la nicotine, malheureusement amenée au cerveau par un vecteur mortel, la fumée, certaines affections psychiatriques et le métabolisme de certains anti-psychotiques.

EXPÉRIENCE D'UN PSYCHIATRE TABACOLOGUE

Dr Vincent LUSTYGIER (CHU Brugmann)

Introduction :

Mon premier contact avec la Tabacologie date de 2001, à l'époque mon chef de service m'avait sollicité pour la rédaction d'un cours sur les liens entre la consommation de Tabac et la Psychiatrie. Rapidement une revue de la littérature attira mon intérêt à la fois sur l'importance et la diversité des effets psychotropes associés à la molécule de nicotine et sur le peu d'articles et d'études disponibles sur l'usage et les traitements spécifiques du tabagisme chez les patients psychiatriques.

De fait, mon expérience personnelle, m'évoquait que malgré une prévalence élevée, le statut tabagique était rarement évoqué chez ces patients.

Rapidement, je me suis retrouvé à donner cours à la formation de la Fares... où, entre temps, je m'étais inscrit comme élève ! L'anecdote n'est pas inutile et permet de comprendre à quel point le sujet restait secondaire pour la profession.

Heureusement, les nouvelles lois sur la gestion du tabagisme sur les lieux publics associées à la gestion du tabagisme passif ont permis de faire avancer la situation et d'ouvrir le débat dans nos services.

Je pense qu'il y a trois axes principaux dans ce débat :

- Comment organiser la gestion de la consommation de tabac dans les services de psychiatrie, en respectant la loi et en évitant que le personnel et les patients non-fumeurs soient exposés au tabagisme passif ?
- Comment sensibiliser le personnel hospitalier et lui permettre d'être informé, puis motivé à aborder cette gestion dans les unités en supplément du travail déjà réalisé dans ces unités ?
- Comment développer une approche spécifique du sevrage tabac adapté à cette population à risque et définir les traitements les plus efficaces dans chaque pathologie ?

Il me semble une nécessité éthique de proposer à ces patients, comme aux autres fumeurs, une aide systématique à l'arrêt, un travail motivationnel adapté en cas de difficulté, et enfin, le traitement le plus efficace possible dans leur situation.

1. La gestion du tabagisme et le réseau hôpital sans tabac

De ce point de vue, l'expérience la plus productive a été la rencontre du réseau européen «Hôpital sans Tabac». En effet, depuis plusieurs années, ce réseau produit des conseils et du matériel nécessaire à l'implémentation d'une démarche constructive et progressive permettant l'installation d'un hôpital sans tabac.

L'hôpital sans tabac étant défini, non seulement, comme un lieu sans tabagisme passif, mais aussi où une démarche structurée permet un abord professionnel du patient fumeur et une aide à l'arrêt systématique.

Le Fares participe activement à la diffusion des informations nécessaires pour adhérer à une démarche hôpital sans tabac (information disponible sur son site).

J'ai constaté avec le comité de prévention-tabac du CHU Brugmann (ce comité est une des recommandations majeures d'une démarche hôpital sans tabac), qu'un petit groupe de personnes motivées pouvait rapidement obtenir des avancées significatives dans la gestion du tabagisme et initier une dynamique interne qui produit des résultats objectifs à moyen et long terme.

Le temps nécessaire à la transformation en profondeur des services est long et le savoir permet d'éviter les découragements.

2. Le travail avec les équipes

Intuitivement, la prévalence du tabagisme parmi le personnel travaillant en psychiatrie est élevée, mais il n'y a pas de chiffre belge.

Parler de la gestion du tabac en institution psychiatrique, c'est confronter certains membres du personnel à leur propre consommation.

Une démarche spécifique à l'adresse des fumeurs du personnel, basée sur une information spontanée et une offre d'aide à l'arrêt offerte par l'hôpital est souhaitable.

La littérature relève que dans les structures de soins où l'interdiction de fumer a été instaurée, on ne relève pas de perturbations majeures, une faible abstinence des patients après la sortie, mais surtout un taux élevé de sevrage dans les équipes.

C'est aussi une des leçons de mon expérience de tabacologue en institution psychiatrique. Après plusieurs séminaires et réunions d'information sur le sujet, j'ai vu arriver, de nombreuses demandes du personnel pour des sevrages tabagiques. L'arrivée de nouveaux tabacologues dans le service a accentué cette tendance.

3. Le travail spécifique avec les patients

La prévalence du tabagisme interpelle, de 54 à 83 % au cours de la vie du patient (Lasser et al, JAMA : 2000) .

La plus grande difficulté de sevrage est aussi notée dans la même étude pour la plupart des pathologies psychiatriques.

La nicotine est une substance «plurifonctionnelle», apportant à son consommateur à la fois plaisir, gestion de l'anxiété, gestion de la tristesse, gestion de la vigilance et de la concentration, gestion de la faim, gestion de la douleur. Chacune de ces dimensions interfère potentiellement avec des symptômes psychiatriques.

Ceci explique probablement la nécessité de programme spécifique adapté à chaque pathologie psychiatrique. Il est probable aussi que les soins traditionnels du sevrage tabac, traditionnellement ambulatoires, soient insuffisants pour une partie de ces patients et que des programmes spécifiques plus intensifs et adaptés devraient voir le jour.

La littérature actuelle reste très pauvre sur l'efficacité de programmes spécifiques et des études sur le sujet sont nécessaires.

Enfin l'interdiction pure et simple de fumer à des patients admis sous contrainte ne me semble pas éthique, bien qu'elle n'empêche pas un travail de gestion du fumage avec ces patients et des propositions d'aide à l'arrêt.

4. Conclusion

Mon expérience de Psychiatre-Tabacologue, me pousse à dire qu'agir est possible et que de l'aide existe. Ce travail implique la motivation et le travail des équipes soignantes. L'approche thérapeutique est possible, difficile et nécessite probablement des programmes spécialisés qu'il reste à valider.

QUELLE RÉALITÉ DANS UNE STRUCTURE DE LONG SÉJOUR ?

Dr Bernard DOR, attaché au C.H.S. l'Accueil à Lierneux, service assuétudes.

Structure de long séjour et Hôpital Psychiatrique où l'on rencontre des pathologies diverses et sévères, la gestion du tabagisme au C.H.S. l'Accueil à Lierneux (plus ou moins 350 lits) pose encore de multiples problèmes malgré le fait que la loi ou les règlements d'ordre intérieur (pour les chambres privées) sont censés régler le problème de tabagisme des patients et des soignants dans les lieux de vie de l'Hôpital.

L'Hôpital est pavillonnaire. Les fumoirs sont le plus souvent des petites terrasses en plein air, avec auvents, adjacentes de chacun des pavillons et communiquant directement avec la salle de séjour de ceux-ci par une porte. Terrasses et salles de séjour ne sont séparées que par de larges baies vitrées.

Le tabagisme, surtout à l'extérieur des pavillons mais aussi dans les pavillons, reste très répandu en milieux psychiatrique lourd.

Dans et autour du pavillon des «jeunes schizophrènes» la consommation de cannabis est endémique malgré des efforts institutionnels importants ; joints au tabac... et tabac tout court. Les approches motivationnelles et d'inspiration cognitivocomportementale (utilisées dans nos départements assuétudes) y sont d'efficacité... illusoire ! Faire le bilan des avantages et des inconvénients de continuer à fumer avec de tels patients nous semble peu pertinent et l'expérience nous le démontre.

Dans les pavillons pour «vieux schizophrènes»... le tabagisme de chacun existe depuis trente voire quarante ans ; tous ces patients sont au stade de Proschaska «pré contemplation». Le tabagisme y paraît indéracinable... la seule ambition est de limiter ce tabagisme hors des pavillons.

Dans les pavillons «assuétudes»... la prévalence du tabagisme atteint au moins 75 % des patients à l'admission ; néanmoins les demandes d'arrêt de tabagisme concomitantes semblent heureusement en augmentation : effet de sensibilisation par nos soignants et/ou sensibilisation préalable par les médecins de famille ? Néanmoins ces demandes d'arrêt du tabac concernent malheureusement trop souvent des patients atteints de zèle –trop peu mûri– en début de cure... souhaitant «tout arrêter» «tout de suite». Chez ces patients là il nous semble qu'il serait plus judicieux et pertinent de travailler d'abord cette motivation avant de passer à l'action. Sans quoi, trop souvent, le tabagisme reprend au bout de quelques jours... Le nombre de sevrages mieux préparés, bien menés est néanmoins, à notre sens, en augmentation dans les pavillons assuétudes (soit 100 lits sur les 400 lits de l'Hôpital).

Au Centre Patrick Dewaere (jeunes «suicidants») la jeunesse relative de la population, l'hyperémotivité, la fréquence des troubles de personnalité type borderline, les situations de crise sont peu propices au dialogue à propos de l'opportunité d'un sevrage tabac et ne sont pas prioritaires au vu du motif de l'admission.

Les mises en observation (nombreuses) et le risque de fugue chez ce type de patients (en «isolement») font que fumer une cigarette ne peut parfois même pas être envisagé sur les terrasses... et doit alors se faire dans les lieux communs où on est sensé ne pas fumer du tout.

Dans les chambres d'isolement (une dizaine à l'hôpital) –soit dans le cadre du début d'une mise en observation judiciaire, soit dans le cadre de situations de crise sans mise observation– la cigarette est malheureusement parfois le seul objet de «transaction» pour apaiser des tensions extrêmes où il s'agit d'éviter des crises clastiques, l'automutilation ou l'hétéro agressivité. La cigarette est parfois... le geste qui sauve !

Le stress en milieu psychiatrique lourd est parfois très vif pour les soignantes ou soignants ; pour «décompresser» ce personnel éprouve parfois le besoin d'aller fumer une bonne petite cigarette... et le seul endroit possible (il n'y a pas de fumoir pour soignants) est la terrasse où l'on retrouve le patient(e)s qui fument. Ces terrasses ne sont séparées que par de larges baies vitrées des salles de séjour. Ce tabagisme est ainsi ostentatoire et contribue peu à la motivation à moins fumer ou à arrêter de fumer des autres patients et soignants.

Beaucoup de nos patients bénéficient d'une distribution de leurs argent de poche par nos assistants sociaux au compte goutte parce que ces patients sont sans ressources financières ou incapables de les gérer ; ce budget tabac est calculé compte tenu du prix du tabac et à raison d'une cigarette par heure, par exemple dans certains cas... et c'est probablement la moins mauvaise des solutions.

En sus des problèmes déjà évoqués, le Grand-Duché de Luxembourg n'étant pas loin, ceux et celles qui sont autorisés à sortir, font des emplettes intéressantes au point de vue pécuniaire !

Ce qui a changé dans l'Hôpital ?

Le tabagisme passif n'existe quasi plus tant pour les patients que les soignants dans les locaux communs et «privés» de l'Hôpital. Le tabagisme du personnel soignant nous semble en faible régression. Le tabagisme des patients n'a probablement pas ou peu évolué favorablement. Les équipes de soins des pavillons assuétudes sont plus motivées à proposer un sevrage tabagique concomitant à celui des assuétudes au cannabis, à l'alcool ou à l'héroïne ou différé selon l'indication. Ce qui mériterait d'être proposé, ce sont les substituts nicotiniques gratuits. Ces substituts ne font actuellement pas partie du formulaire thérapeutique et sont donc à charge du patient. Wellbutrin® et Zyban® ne faisant qu'un, cette aide là à l'arrêt du tabagisme est possible au sein de l'institution. Il n'y a pas jusqu'à présent de tabacologue au sein de l'institution. Le corps médical reste majoritairement composé de fumeurs... et ainsi peu impliqué dans une politique de gestion du tabagisme par l'institution.

En conclusion, le tabagisme passif a disparu de nos pavillons ; le tabagisme sous auvent ou en plein air n'a pas été modifié à ce jour ; les fumoirs improvisés sont par trop ostentatoires ; vu la lourdeur des pathologies psychiatriques la priorité «tabagisme» paraît relative aux yeux de nombre de soignants. Hormis l'application de la loi ou des règlements d'ordre intérieur, trop peu est encore fait pour diminuer réellement le tabagisme avec efficacité.

ARRÊT DU TABAC CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS D'AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES RECOMMANDATIONS FRANÇAISES

La base de notre travail pour cette année a été le texte de la conférence d'experts réalisée à Paris en novembre 2008 dont l'organisation a été mise en place par l' Office français de prévention du Tabagisme (OFT) la Fédération Française de Psychiatrie (FFP), la Fédération Française d'Addictologie (FFA), la Société Française de Tabacologie (SFT) et le Réseau hôpital sans tabac - Prévenir les addictions (RHST-A) avec le soutien de la Direction Générale de la Santé.

Les résultats de cette conférence d'experts ont été publiés sous forme de texte court, texte long et les 20 points principaux. La deuxième partie de cette publication reprend le texte long.

D'autre part un ouvrage complet de 224 pages est disponible auprès de l'Office Français de lutte contre le Tabagisme (www.oft-asso.fr).

Deux axes sous-tendaient la réflexion mise en place au cours de cette rencontre d'experts. Le premier concernait **les aspects cliniques du tabagisme en lien avec les affections psychiatriques** et l'autre **les aspects de gestion en milieu hospitalier**. Dans le cadre du développement du Réseau des hôpitaux psychiatriques sans tabac, nous sommes avant tout intéressés et mandatés dans le cadre des aspects de gestion, néanmoins les aspects cliniques y sont intimement liés et il nous semblait indispensable de les diffuser également.

Le groupe d'experts mentionné plus haut dans le texte se permet de formuler quelques remarques en regard des conclusions de la conférence d'experts français.

- Certaines déclarations apparaissent quelque peu «angéliques» et, concrètement, l'application de l'interdiction de fumer **n'est pas si simple**. Cela a d'ailleurs été confirmé par le Dr Michel lors du colloque du 13 novembre 2009.
- Importance de promouvoir un **dialogue avec le personnel** de ces services/départements afin d'obtenir sa **collaboration** dans la promotion d'un milieu psychiatrique sans tabac.
- Il existe un intérêt certain, sans stigmatiser les membres du personnel fumeurs, de les aider à arrêter de fumer.
- La mise à disposition de substituts nicotiques constitue un corollaire indispensable à l'implantation d'une gestion du tabagisme en milieu hospitalier ; le milieu psychiatrique à fortiori n'échappe pas à cette règle. Il est important d'**organiser l'approvisionnement et la mise à disposition de différentes formes de substituts** (timbres transdermiques «patches», formes orales,...) tant afin de soulager au plus vite des patients en enfermement que ceux qui sont amenés à diminuer leur consommation, voire, à envisager un arrêt du tabac volontaire. Il est donc indispensable de **sensibiliser également les pharmaciens hospitaliers** afin qu'ils soient conscients des implications, des tenants et aboutissants de l'engagement de l'institution et de la nécessité de la disponibilité permanente des substituts nicotiques.
- La réduction du tabagisme constitue une opportunité intéressante comme étape vers un arrêt éventuel. **Les substituts nicotiques sont indispensables si l'on souhaite éviter une fume compensatoire** (fait de fumer différemment, entre autres en «tirant» plus fort afin d'obtenir une même dose de nicotine que celle que l'on atteignait en fumant plus) . Cette réduction diminue les risques pour chaque patient et est susceptible de diminuer sensiblement le tabagisme passif.
- **Les trois paliers de sensibilisation, d'information et de formation du personnel sont indispensables** afin de diffuser des messages, des stratégies et des procédures claires. L'ensemble des personnels soignants (infirmiers, éducateurs, psychologues,...) de même que le corps médical devraient bénéficier de stratégies identiques tout en étant complémentaires et spécifiques à chaque catégorie professionnelle.

- **Les protocoles devraient pouvoir être construits de manière commune avec les équipes** afin de répondre aux spécificités de leurs patientèles, de même que d'être en adéquation avec les autres procédures institutionnelles. Les commissions médico-pharmaceutiques des différentes institutions devraient être sollicitées afin d'obtenir l'introduction des substituts nicotiques dans les formulaires thérapeutiques
- Même si la pharmacologie de la dépendance au tabac ne peut sans doute pas se réduire à la seule nicotine, le rôle de celle-ci est indiscutable. Et en plus de l'aspect pharmacologique, l'approche cognitivo-comportementale est indispensable et a démontré son efficacité. La collaboration avec des tabacologues trouve ici toute sa place.
- Au-delà des règles, il est également important d'axer la réflexion sur le rôle que peut avoir la cigarette comme «facilitateur» de la relation soigné-soignant, rôle qu'elle devrait raisonnablement perdre.
- L'arrêt forcé, tel que proposé en France et dans d'autres pays dans les institutions hospitalières y compris psychiatriques, nous semble poser un problème éthique dans les hospitalisations sous contrainte non choisies par le patient. **Nous préférons un travail basé sur la motivation et une proposition automatique mais non obligatoire de substituts nicotiques.**
- Peu d'études concernent l'utilisation de substituts nicotiques auprès de patients avec une problématique psychiatrique, ce qui est souligné par un niveau d'évidence inférieur. Néanmoins, la pratique clinique en milieu psychiatrique semble privilégier et conseiller ce type de traitement.
- S'il est vrai que le tabagisme, comme les co-addictions, représente un coût considérable pour les patients aux conditions psycho-sociales difficiles, la patientèle psychiatrique présentant plus que les autres ce type de problème, la démarche d'arrêt peut représenter spécifiquement pour celle-ci un problème de coût. Les bénéfices à moyen terme sont parfois difficiles à mettre en balance avec les coûts immédiats et les difficultés vécues à l'arrêt. Le remboursement des consultations d'aide à l'arrêt devrait faciliter les choses, mais le coût de certains traitements demeure prohibitif.

Jacques DUMONT avec l'aide du comité d'experts mis en place par le FARES asbl :
Pr Paul LINKOWSKI, Dr Vincent LUYSTIGIER, Dr Bernard DOR, Dr Benoit GILLAIN,
Pr Pierre BARTSCH

ARRÊT DU TABAC CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS D'AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES*

RECOMMANDATIONS FRANÇAISES

PROMOTEURS

OFT | Office français de prévention du tabagisme

FFP | Fédération française de psychiatrie

COPROMOTEURS

FFA | Fédération française d'addictologie

SFT | Société française de tabacologie

RHST-A | Réseau hôpital sans tabac - Prévenir les addictions

Avec le soutien de la Direction générale de la santé

Le tabagisme est une des premières causes de mortalité des sujets atteints d'affections psychiatriques. Ce risque justifie que tout fumeur soit pris en charge sans délai pour l'arrêt du tabac, ou, à défaut, pour la réduction du tabagisme.

La norme sociale du fumeur et la place du tabac dans la vie sociale ont beaucoup changé en France au 1^{er} février 2007 avec l'entrée en vigueur de l'interdiction de fumer dans les locaux clos et couverts, incluant les services de psychiatrie.

La Fédération française de psychiatrie (FFP) et l'Office français de prévention du tabagisme (OFT) ont conduit une conférence d'experts sur l'arrêt du tabac des patients atteints d'affections psychiatriques afin de donner les meilleures recommandations du moment sur la prise en charge des patients fumeurs et sur l'arrêt du tabac pour les malades atteints d'affections psychiatriques. Ces recommandations sont en premier lieu destinées aux professionnels de santé du milieu psychiatrique, mais bon nombre d'entre elles sont pertinentes pour la médecine générale et les autres professionnels de santé, ainsi que pour certaines pour les décideurs politiques.

Beaucoup de ces recommandations sont classées E (avis d'experts) car les données de la littérature sont défailtantes soulignant la nécessité de conduire de nouvelles recherches.

Les textes supports des recommandations doivent être publiés. Le texte long des recommandations, le texte court et les 20 points clés de la conférence sont disponibles pour diffusion à condition de reproduire les textes dans leur intégralité.

* Texte intégral

À CÔTÉ DES EFFETS PHARMACOLOGIQUES DE LA NICOTINE, QUELLES SONT LES COMPOSANTES PSYCHOACTIVES DE L'ACTE DE FUMER ?

1.1 QUELLES SONT LES COMPOSANTES PSYCHOCOMPORTEMENTALES DE L'ACTE DE FUMER RELEVANT DU DOMAINE PHYSIOLOGIQUE ?

1.1.1 Les mouvements respiratoires amples de l'acte de fumer induisent-ils une relaxation, une meilleure concentration, une sensation de détente ?

La fréquence et l'ampleur de la ventilation sont modifiées lors de la prise d'une cigarette, mais cette variation n'est pas univoque (niveau de preuve : E).

Une ventilation courte constituée de petites inspirations rapides, avec bouffées fréquentes est habituellement la conséquence d'un état d'anxiété (E).

Une ventilation lente et profonde avec bouffées amples et apnée prolongée en fin d'inspiration, mimant les techniques de relaxation peut être naturelle ou acquise comme un moyen de gérer l'anxiété (E).

Il n'y a pas de données qui montrent que cette ventilation profonde permet une meilleure concentration (E).

1.1.2 Quelle importance peuvent avoir les mouvements respiratoires amples de l'acte de fumer dans les troubles anxieux, les troubles de l'humeur et les psychoses ?

Aucune donnée de la littérature ne permet d'établir que la pratique de mouvements respiratoires amples, associés ou non à l'acte de fumer, améliore l'évolution des troubles anxieux, des troubles de l'humeur et des psychoses (E).

1.2 QUELLES SONT LES COMPOSANTES PSYCHO-COMPORTEMENTALES DE L'ACTE DE FUMER RELEVANT DU DOMAINE PSYCHOPATHOLOGIQUE ?

1.2.1 L'acte de fumer peut-il contribuer à l'affirmation de soi ?

Chez le sujet sain l'acte de fumer, comme l'acte de refuser de fumer, peut être associé à l'affirmation de soi ; la contribution varie avec la norme sociale du groupe (E).

La relation de causalité n'étant pas établie, on ne peut affirmer que l'acte de fumer contribue à l'affirmation de soi (E).

1.2.2 Quelle importance peut avoir l'affirmation de soi de l'acte de fumer au cours des troubles anxieux, des troubles de l'humeur ?

Aucune donnée de la littérature ne permet d'établir que l'acte de fumer contribue à l'affirmation de soi chez les sujets présentant des troubles anxieux ou des troubles de l'humeur (E).

1.3 QUELLES SONT LES COMPOSANTES PSYCHO-COMPORTEMENTALES DE L'ACTE DE FUMER RELEVANT DU DOMAINE SOCIOLOGIQUE ?

1.3.1 En quoi l'acte de fumer peut-il améliorer les capacités relationnelles ?

L'acte de fumer est lié à la norme du groupe social (C).

Selon la norme sociale du groupe, l'acte de fumer peut jouer un rôle favorisant ou repoussant (D).

Selon la norme sociale du groupe, l'acte de fumer peut aussi bien être un outil d'amélioration que de dégradation des capacités relationnelles (E).

1.3.2 La nouvelle réglementation interdisant de fumer dans les lieux clos et couverts et favorisant le regroupement des fumeurs dans les seuls lieux autorisés, change-t-elle l'impact de l'acte de fumer sur les capacités relationnelles ?

En modifiant la norme sociale, les interdictions de fumer suppriment de plus en plus à l'acte de fumer son caractère intégratif, et valorise l'acte de ne pas fumer (D).

Le regroupement des fumeurs aux portes des établissements crée, comme d'autres événements, des réseaux relationnels différents (E).

L'interdiction de fumer dans les services de psychiatrie favorise la création de nouveaux réseaux relationnels, en particulier entre fumeurs et non-fumeurs (D).

1.3.3 Quelle est l'importance de l'acte de fumer sur les relations malade / malade, soignant / malade dans les établissements psychiatriques ?

Historiquement le tabac avait été utilisé par les soignants comme un outil relationnel avec les patients sans qu'un effet bénéfique n'ait jamais été démontré (B).

Les relations patients / patients concernant le tabac sont plus souvent sources de conflits que d'apaisement (D).

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).

1.3.4 Quelle est l'importance de l'acte de fumer sur les capacités relationnelles au cours des troubles anxieux, des troubles de l'humeur et des psychoses ?

Aucune donnée de la littérature ne montre que l'acte de fumer a, sur les capacités relationnelles, une importance différente chez les patients souffrant de troubles anxieux et de troubles de l'humeur que celle qu'elle a dans la population générale (E).

L'influence de l'acte de fumer sur les capacités relationnelles dépend essentiellement de la norme sociale du groupe (E).

Chez les patients atteints de troubles psychotiques l'acte de fumer est habituellement détaché de référence au relationnel. L'acte de fumer pourrait être une tentative d'établissement d'une relation (E).

TABAGISME ET TROUBLES ANXIEUX

2.1 QUELLES SONT LES RELATIONS ÉPIDÉMIOLOGIQUES ENTRE LE TABAGISME ET TROUBLES ANXIEUX ?

2.1.1 Quelle est l'incidence de la comorbidité du tabagisme et des troubles anxieux ?

La grande variabilité des résultats en fonction des populations étudiées et de leurs âges, d'études ponctuelles ou portant sur la «vie entière» ne permet pas de donner un chiffre précis de comorbidité du tabagisme et des troubles anxieux (E).

La prévalence du tabagisme est globalement augmentée chez les sujets souffrant d'un trouble anxieux (C), à l'exception des sujets souffrant d'un trouble obsessionnel compulsif (C).

2.1.2 Le tabagisme induit-il les troubles anxieux ou les troubles anxieux induisent-ils le tabagisme ?

Deux enquêtes prospectives et 4 études transversales ont montré que le tabagisme ou la dépendance tabagique étaient associés à un risque de développer certains troubles anxieux comme l'agoraphobie, le trouble panique ou le trouble anxieux généralisé (C).

Inversement, ces études ont montré que les troubles anxieux ne sont pas associés à une augmentation du risque de développer une dépendance tabagique (C).

Une étude longitudinale a montré que, contrairement aux troubles anxieux, la phobie sociale était associée à une augmentation du risque de développer une dépendance tabagique (D).

2.1.3 Quelle est l'évolution des troubles anxieux lors de l'arrêt du tabac et de sa reprise ?

Le niveau d'anxiété augmente au cours des deux semaines suivant le sevrage tabagique (A).

Le niveau d'anxiété après un mois de sevrage diminue à un niveau plus faible qu'avant l'arrêt du tabac (C).

Le niveau d'anxiété augmente en cas de rechute du tabagisme (C).

2.2 QUELS SONT LES MÉCANISMES PHYSIOPATHOLOGIQUES DE L'INTERACTION TABAGISME / ANXIÉTÉ ?

2.2.1 Comment les composants du tabac peuvent-ils interagir avec les différents troubles anxieux d'un point de vue neurobiologique ?

Globalement les performances cognitives des fumeurs sont inférieures à celles des non fumeurs (D).

Il n'existe pas de données sur l'effet cognitif du tabac chez les sujets souffrant de troubles anxieux (E).

2.2.2 Comment l'acte de fumer peut-il interagir avec les différents troubles anxieux d'un point de vue physiologique (relaxation / concentration) ?

Une respiration ample produite par l'acte de fumer pourrait permettre chez certains patients anxieux de se concentrer sur l'événement présent et contrôler leur syndrome anxieux (E).

2.2.3 Comment le tabagisme et l'arrêt du tabac peuvent-ils interagir avec les anomalies neuropsychologiques des différents troubles anxieux selon l'approche cognitive et comportementale ?

Le fait de fumer calme l'anxiété sociale et permettrait de se sentir plus à l'aise avec les autres (E).

Inversement le syndrome de sevrage tabagique est plus intense quand existe un trouble anxieux (D).

Le fait de fumer calme ce syndrome anxieux et devient un renforçateur très puissant (E). 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, correspondant à l'installation de croyances (cognitions) concernant l'impossibilité de se passer de tabac (E).

2.2.4 Comment le tabagisme et l'arrêt du tabac peuvent-ils interagir avec les anomalies neuropsychologiques des différents troubles anxieux ?

Si le fait de fumer calme l'anxiété sociale, il ne semble pas y avoir de répercussion neuropsychologique objective particulière (E).

À l'inverse l'état de sevrage tabagique induit un état d'anxiété et de dépression, plus volontiers perceptible chez les sujets de sexe masculin (D) avec des conséquences neuropsychologiques négatives sur l'attention et l'apprentissage verbal ou visuo-spatial (E).

2.2.5 Quelles sont les conséquences du tabagisme et de l'arrêt du tabac sur les différents troubles anxieux d'un point de vue neurobiologique ?

Il n'existe pas de données sur l'effet cognitif du tabac chez les sujets souffrant de troubles anxieux (E).

2.2.6 Quelles sont les conséquences du tabagisme et de l'arrêt du tabac sur les différents troubles anxieux d'un point de vue psychanalytique ?

Du point de vue psychanalytique, le tabagisme correspond à un essai de stabilisation, une tentative du sujet souffrant de troubles anxieux pour s'éprouver lui-même dans un acte supposé lui donner du plaisir en se sentant maître de ses mouvements et puissant par le fait de manipuler un objet dangereux et agressif, en allumant le feu (E).

2.3 QUELLES MODIFICATIONS INDUIT LE TABAGISME SUR LES DONNÉES D'IMAGERIE FONCTIONNELLE DES TROUBLES ANXIEUX ?

Il n'y a pas actuellement de données d'imagerie fonctionnelle sur le tabagisme dans les troubles anxieux.

2.4 QUELLES MODIFICATIONS INDUIT LE TABAGISME SUR LA COGNITION AU COURS DES TROUBLES ANXIEUX ?

Il n'y a pas de données qui montrent que les effets du tabac sur la cognition au cours des troubles anxieux soient différents de ceux observés chez les sujets sans troubles anxieux (E).

2.5 EXISTE-T-IL DES ÉLÉMENTS DE VULNÉRABILITÉ GÉNÉTIQUE COMMUNS AU TABAGISME ET AUX ÉTATS ANXIEUX ?

Il n'existe qu'une faible association entre tabagisme et troubles anxieux dans les études familiales (B).

Il n'existe pas d'association génétique définitivement démontrée entre tabagisme et troubles anxieux (E).

2.6 QUEL EST L'IMPACT DU TABAGISME ET DE SON ARRÊT SUR LE MÉTABOLISME DES TRAITEMENTS DES TROUBLES ANXIEUX ?

2.6.1 Quel est l'impact des composés de la fumée du tabac sur le métabolisme des traitements des troubles anxieux ?

Seule une interaction pharmacocinétique est décrite avec certaines benzodiazépines, notamment l'alprazolam et le diazépam, entraînant une possible diminution de la concentration plasmatique par induction du cytochrome CYP450 1A2 (D).

Les conséquences cliniques de ces interactions pharmacocinétiques restent contradictoires (E).

2.6.2 Quel est l'impact de l'arrêt du tabagisme sur le métabolisme des traitements des troubles anxieux ?

Le métabolisme des anxiolytiques étant peu perturbé par les composés de la fumée du tabac, l'arrêt du tabagisme n'aura pas de répercussion sur l'efficacité des anxiolytiques (D).

2.6.3 Faut-il en pratique adapter le traitement des troubles anxieux en cas d'arrêt du tabagisme avec et sans traitement médicamenteux ?

La posologie des médicaments des troubles anxieux n'a pas en pratique à être modifiée chez les adultes à l'arrêt du tabagisme (E).

2.7 COMMENT CONDUIRE L'ARRÊT DU TABAC CHEZ UN SUJET AYANT DES TROUBLES ANXIEUX ?

2.7.1 Quel est le meilleur moment (à distance d'un épisode aigu ou lors d'une hospitalisation pour acutisation) pour initier l'arrêt du tabac chez un malade atteint de troubles anxieux ?

Les données manquent dans la littérature sur un éventuel impact de l'anxiété sur la réussite d'un projet d'arrêt du tabac (E).

L'hospitalisation pour acutisation d'un trouble anxieux n'est pas un obstacle à la mise en oeuvre d'une tentative d'arrêt du tabac, ou, à défaut, de réduction du tabagisme, idéalement sous substitution nicotinique (E).

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 (E).

2.7.2 Quelle équipe (tabacologue ou psychiatre) doit assurer la prise en charge de l'arrêt du tabac chez un malade atteint de troubles anxieux ?

Les psychiatres, au même titre que les médecins de soins primaires devraient être capables de proposer un traitement de la dépendance tabagique à tout patient fumeur (E).

Les professionnels de la psychiatrie seront d'autant plus efficaces qu'ils auront été formés (A).

Il n'y a pas d'obstacle à ce qu'un tabacologue prenne en charge un patient anxieux, mais une action concertée organisée est idéale (E).

Comme en population générale, une prise en charge psychothérapeutique cognitivo-comportementale est recommandée (A).

2.7.3 Quelles sont les spécificités de la prise en charge de l'arrêt du tabac chez les patients anxieux sans coaddiction ?

Les fumeurs souffrant de troubles anxieux ont un syndrome de sevrage tabagique en moyenne plus intense que les fumeurs sans trouble psychiatrique (D).

Les symptômes de sevrage peuvent être amendés par certains antidépresseurs inhibiteurs de la sérotonine qui constituent le traitement de fond des patients anxieux (C).

Les troubles anxieux ne sont pas une contre-indication des traitements pharmacologiques de la dépendance tabagique (C).

2.7.4 Quelles sont les spécificités de la prise en charge de l'arrêt du tabac chez les patients anxieux ayant une coaddiction ?

La consommation excessive d'alcool est une précaution d'emploi du bupropion (E). Le sevrage en cours d'alcool ou de benzodiazépines est une contre-indication du bupropion (E).

La consommation d'alcool augmente la fréquence et l'intensité du craving de tabac et peut précipiter une rechute tabagique (C).

Il est vraisemblable que le sevrage tabagique aura plus de chances de succès après l'arrêt de l'alcool chez les personnes alcoolo-dépendantes (E).

Tabagisme et troubles de l'humeur (états dépressifs, troubles unipolaires, troubles bipolaires).

TABAGISME ET TROUBLES DE L'HUMEUR (ÉTATS DÉPRESSIFS, TROUBLES UNIPOLAIRES, TROUBLES BIPOLAIRES)

3.1 QUELLES SONT LES RELATIONS ÉPIDÉMIOLOGIQUES ENTRE LE TABAGISME ET LES TROUBLES DE L'HUMEUR ?

3.1.1 Quelle est l'incidence de la coexistence du tabagisme et des troubles de l'humeur ?

De nombreuses études épidémiologiques montrent une forte association entre tabagisme et pathologies psychiatriques, notamment en ce qui concerne les troubles de l'humeur (A).

Une étude «vie entière» montre que les fumeurs ont par rapport aux non-fumeurs un OR de 2,4-2,6 d'avoir eu dans leur vie un état dépressif (B).

Une étude sur des sujets souffrant de trouble bipolaire montre qu'ils sont, ou ont été, plus souvent fumeurs (OR de 3,5-3,9) (B).

Une étude de cohorte d'adolescents montre que le tabagisme est associé à un doublement du risque d'état dépressif (B).

La symptomatologie dépressive est plus sévère chez les sujets les plus dépendants du tabac (C).

Il n'existe pas d'élément montrant qu'un état dépressif augmenterait le taux de tabagisme (D).

Les fumeurs souffrant de troubles de l'humeur consommeraient 2 fois plus de tabac que ce qui est consommé par les fumeurs de la population générale (E).

3.1.2 Le tabagisme induit-il des troubles de l'humeur et/ou les troubles de l'humeur induisent-ils le tabagisme ?

Selon une étude prospective, le tabagisme peut précéder des états dépressifs et des troubles unipolaires (B).

Il y existe un lien entre états dépressifs, troubles unipolaires et l'intensité du tabagisme (A).

L'augmentation de l'intensité du tabagisme chez les patients atteints de troubles de l'humeur pourrait être liée à une utilisation autothérapeutique du tabac (E).

Les données de la littérature sont discordantes sur l'effet des troubles de l'humeur en ce qui concerne l'initiation au tabagisme (E).

3.1.3 Quelle est l'évolution des troubles de l'humeur lors de l'arrêt du tabac et de sa reprise ?

L'humeur dépressive est un des symptômes du sevrage tabagique (A).

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 des antécédents dépressifs sont les plus exposés à la décompensation du trouble de l'humeur, à l'arrêt du tabac (D).

Aucune étude ne met en évidence d'aggravation des troubles bipolaires à l'arrêt du tabac (E).

De nombreuses données montrent que la reprise du tabagisme a des effets négatifs sur l'évolution du trouble bipolaire et surtout sur l'efficacité de son traitement (D).

3.1.4 Comment en pratique mesurer le risque suicidaire ou de virage maniaque chez un fumeur atteint de troubles de l'humeur et au cours de l'arrêt de son tabagisme ?

L'intensité du tabagisme et la sévérité de la dépression sont des facteurs prédictifs importants et indépendants de passage à l'acte suicidaire. Ils apparaissent dans l'ordre d'importance juste après la présence d'antécédents de tentatives de suicide (A).

Pour mesurer le risque de décompensation suicidaire ou de virage maniaque à l'arrêt du tabac chez un fumeur qui souffre de ces troubles, le praticien pourra s'aider d'outils psychométriques spécifiques comme l'Echelle de désespoir de Beck (E).

Pour détecter un éventuel virage maniaque, outre la recherche des symptômes de la manie elle-même, le praticien devra s'informer des traitements pris par son patient (certains médicaments étant susceptibles de favoriser l'induction d'un virage maniaque) (E).

3.2 QUELS SONT LES MÉCANISMES PHYSIOPATHOLOGIQUES DE L'INTERACTION TABAGISME / TROUBLE DE L'HUMEUR ?

3.2.1 Comment les composants du tabac peuvent-ils interagir avec les différents troubles de l'humeur d'un point de vue neurobiologique ?

Les liens entre tabagisme et troubles de l'humeur peuvent être abordés sur le plan neurobiologique par plusieurs voies, parmi lesquelles les interactions entre composants du tabac et systèmes sérotoninergiques et l'action neurobiologique des antidépresseurs utilisés dans l'arrêt du tabagisme avec intervention potentielle des IMAO contenus dans le tabac (E).

La nicotine agit fortement sur les systèmes sérotoninergiques, ce qui pourrait expliquer en grande partie les liens entre le tabagisme et la dépression (E).

D'autres composants du tabac comme les harmanes interviendraient en exerçant des inhibitions sur les systèmes sérotoninergiques, analogues à celles qui sont exercées par certains antidépresseurs (E).

La consommation chronique de tabac aurait des effets négatifs sur l'humeur (E).

Bien que le tabagisme soit associé significativement au risque suicidaire, ces données s'opposent au fait que les fumeurs témoignent de l'amélioration de leur humeur quand ils fument, et que le tabac et la fumée contiennent des substances aux propriétés antidépressives (E).

3.2.2 Comment l'acte de fumer peut-il interagir avec les différents troubles de l'humeur d'un point de vue physiologique (relaxation / concentration) ?

L'acte de fumer produit des effets physiologiques contradictoires au cours des troubles de l'humeur pouvant faciliter à la fois la concentration et la relaxation, mais les effets sont très dépendants du contexte social où se déroule l'acte de fumer (E).

3.2.3 Quelles sont les anomalies neuropsychologiques liées au tabac dans les troubles de l'humeur : avis du comportementaliste ?

Il n'existe pas de données sur les effets cognitifs du tabac chez les sujets souffrant de troubles de l'humeur (E).

3.2.4 Comment le tabagisme peut-il interagir avec les anomalies neuropsychologiques des différents troubles de l'humeur d'un point de vue psychanalytique ?

Il n'existe pas de données dans la littérature permettant d'établir du point de vue psychanalytique une interaction entre tabagisme et troubles de l'humeur, même si elle est possible (E).

3.2.5 Quelles sont les conséquences de l'arrêt du tabac sur les troubles de l'humeur d'un point de vue comportemental ?

Du point de vue des thérapies comportementales, la synchronie considère le tabagisme comme une auto médication efficace du trouble dépressif et l'arrêt du tabac comme un risque d'aggravation (C).

L'aggravation du syndrome dépressif ou la survenue de rechutes au moment du sevrage en tabac devra être prise en compte comme un facteur de reprise du tabac et de maintien de la toxicomanie (C).

3.2.6 Quelles sont les conséquences de l'arrêt du tabac sur les différents troubles de l'humeur d'un point de vue psychanalytique ?

Il n'existe pas de données dans la littérature permettant d'établir du point de vue psychanalytique en faveur d'une interaction entre tabagisme et troubles de l'humeur (E).

3.3 QUELLES MODIFICATIONS INDUIT LE TABAGISME SUR LES DONNÉES D'IMAGERIE FONCTIONNELLE DES TROUBLES DE L'HUMEUR ?

La seule étude d'imagerie fonctionnelle disponible montre une inhibition des MAO chez les fumeurs, ce qui peut suggérer indirectement une influence sur l'humeur (E).

3.4 QUELLES MODIFICATIONS INDUIT LE TABAGISME SUR LA COGNITION AU COURS DES TROUBLES DE L'HUMEUR ?

Il n'existe pas de données spécifiques sur l'interaction tabagisme et cognition au cours des troubles de l'humeur (E).

3.5 EXISTE-T-IL DES ÉLÉMENTS DE VULNÉRABILITÉ GÉNÉTIQUE COMMUNS AU TABAGISME ET AUX TROUBLES DE L'HUMEUR ?

Il existe une association génétique entre tabagisme et troubles de l'humeur (C).

3.6 QUEL EST L'IMPACT DU TABAGISME ET DE SON TRAITEMENT SUR LE MÉTABOLISME DES TRAITEMENTS DES TROUBLES DE L'HUMEUR ?

3.6.1 Quel est l'impact des composants du tabac sur le métabolisme des traitements des troubles de l'humeur ?

Plusieurs études montrent une concentration à l'équilibre plus basse d'amitriptyline, de nortriptyline et d'imipramine chez les fumeurs que les non-fumeurs (D).

Cette baisse est probablement expliquée par l'induction des cytochromes hépatiques et des glucuronyl transférases par les hydrocarbures poly aromatiques (D).

Compte-tenu des marges thérapeutiques assez larges de ces traitements, les conséquences cliniques sont insignifiantes (E).

La fluvoxamine (IRS), est un substrat du cytochrome CYP1A2. En cas de tabagisme, le métabolisme sera augmenté par induction de ce cytochrome et la concentration plasmatique sera diminuée (32 %) (B).

Aucune interaction pharmacocinétique ou pharmacodynamique n'est décrite avec les autres inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et/ou de la noradrénaline, ni avec le bupropion, ni avec les autres traitements des troubles de l'humeur ou les thymorégulateurs (sels de lithium, carbamazépine, acide valproïque) (D).

L'olanzapine est métabolisée par le CYP1A2. Du fait de l'induction de ce cytochrome par la fumée du tabac, il existe une diminution des concentrations plasmatiques d'olanzapine, chez les fumeurs (B).

Certains auteurs préconisent d'augmenter les posologies d'olanzapine d'un facteur 1,5 chez les fumeurs par rapport aux non-fumeurs, en deux à quatre semaines, pour obtenir une efficacité équivalente (E).

Il peut être également proposé dans les cas difficiles, quand cela est possible, de réaliser des dosages plasmatiques afin d'ajuster au mieux la posologie (E).

3.6.2 Quel est l'impact de l'arrêt du tabagisme sur le métabolisme des traitements des troubles de l'humeur ?

L'arrêt du tabac n'a que peu ou pas d'impact sur le métabolisme des antidépresseurs tricycliques étant donné les marges thérapeutiques larges de ces médicaments (C).

A l'arrêt du tabagisme, seul le métabolisme de la fluvoxamine pourrait être modifié car l'induction du cytochrome CYP1A2 se dissipe progressivement dès la première semaine d'arrêt du tabac (E).

3.6.3 Faut-il en pratique adapter le traitement des troubles de l'humeur en cas d'arrêt du tabac avec et sans traitement médicamenteux ?

Seule la fluvoxamine peut, en théorie nécessiter une diminution de 10 % de la posologie dès le quatrième jour d'arrêt du tabac (E).

Etant donné les nombreuses variations inter et intra-individuelles décrites lors des interactions médicamenteuses, il est préférable, quand cela est possible de réaliser des dosages plasmatiques des molécules dégradées par la voie métabolique du CYP1A2, afin d'optimiser l'efficacité thérapeutique des médicaments des troubles de l'humeur lors de l'arrêt du tabac (E).

3.7 COMMENT CONDUIRE L'ARRÊT DU TABAC CHEZ UN SUJET ATTEINT DE TROUBLES DE L'HUMEUR ?

3.7.1 Quel est le meilleur moment pour initier l'arrêt du tabac chez un patient atteint de troubles de l'humeur : à distance d'un épisode aigu ou lors d'une hospitalisation pour acutisation ?

Chez les malades atteints de troubles de l'humeur, l'arrêt du tabac est de préférence envisagé à distance des épisodes aigus (E), mais toute fenêtre motivationnelle devrait être exploitée pour l'arrêt du tabac.

Si l'arrêt ne peut-être obtenu en phase aiguë, une réduction du tabagisme sous substitution nicotinique est cependant souhaitable, en particulier quand existent des pathologies associées liées au tabagisme (E).

3.7.2 Quelle équipe (tabacologue et/ou psychiatre) doit assurer la prise en charge de l'arrêt du tabac chez un malade atteint de troubles de l'humeur ?

Si le psychiatre ne prend pas en charge les deux maladies, la prise en charge coordonnée de l'arrêt du tabac par le tabacologue et du trouble de l'humeur par le psychiatre est recommandée (E).

Une prise en charge psychothérapeutique cognitivo-comportementale est particulièrement recommandée (E).

3.7.3 Quelles sont les spécificités de la prise en charge de l'arrêt du tabac chez les patients atteints de troubles de l'humeur sans coaddiction ?

La varénicline est, selon les métaanalyses disponibles, le médicament qui, en monothérapie, apparaît le plus efficace pour le sevrage tabagique en population générale (A).

Le bupropion est contre-indiqué, notamment chez les patients souffrant de trouble bipolaire et utilisateurs de médicaments épileptogènes (cf Afssaps).

Pour les raisons ci-dessus et en raison de l'absence d'études suffisantes avec la varénicline et le bupropion chez les patients anxieux, des recherches sont nécessaires avant de pouvoir éventuellement recommander ces médicaments chez ces patients (E).

La prise en charge médicamenteuse est principalement basée sur les substituts nicotiques chez les patients atteints de troubles de l'humeur (E).

3.7.4 Quelles sont les spécificités de la prise en charge de l'arrêt du tabac chez les patients atteints de troubles de l'humeur ayant une coaddiction ?

Les traitements des troubles de l'humeur chez les patients ayant d'autres addictions justifient un plan global de prise en charge (E).

TABAGISME ET SCHIZOPHRÉNIE (ET AUTRES PSYCHOSES)

4.1 QUELLES SONT LES RELATIONS ÉPIDÉMIOLOGIQUES ENTRE LE TABAGISME ET LES PSYCHOSES ?

4.1.1 Quelle est l'incidence de la coexistence du tabagisme de la schizophrénie et des autres psychoses ?

Il existe une très forte proportion de tabagiques chez les patients schizophrènes (A).

La proportion de tabagisme est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (A).

Une métaanalyse de 42 études a retrouvé 62 % de fumeurs avec un OR de 5,3 de tabagiques actuels (IC : 4,9-5,6) par rapport à la population générale (B).

Une métaanalyse sur 9 études de consommation de tabac «vie entière» a retrouvé 69 % de fumeurs avec un OR de 3,1 (IC : 2,4-3,8) par rapport à la population générale (B).

Les patients schizophrènes s'arrêtent peu de fumer et restent fumeurs à l'âge mur, expliquant les faibles taux d'ex-fumeurs par rapport à la population générale et l'absence de baisse du taux de tabagisme dans cette population depuis 20 ans (B).

Le nombre de cigarettes fumées par jour par les patients schizophrènes est environ le double de celui de la population générale (B).

Les consommations tabagiques élevées expliquent probablement que la mortalité cardiovasculaire des patients schizophrènes soit 6 fois plus importante qu'en population générale et la mortalité respiratoire 5 fois plus importante (C).

4.1.2 Le tabagisme induit-il la schizophrénie et/ou la schizophrénie induit-elle le tabagisme ?

La schizophrénie induit un excès de tabagisme (A).

Le mécanisme le plus plausible du tabagisme chez les patients schizophrènes est l'automédication en particulier des troubles cognitifs (E).

Contrairement à la consommation de cannabis, le tabagisme n'apparaît pas associé à un excès de schizophrénie, en effet deux études de cohortes donnent des tendances contradictoires pour le tabac (D).

4.1.3 Quelle est l'évolution de la symptomatologie psychotique lors de l'arrêt du tabac et de sa reprise ?

Bien que les études restent de petites tailles, plus de 15 études concordantes ne montrent pas d'évolution de la symptomatologie psychotique lors de l'arrêt du tabac (D).

Comme en population générale, les symptômes du sevrage sont présents à l'arrêt du tabac chez les patients schizophrènes (D).

Il semble exister une altération des fonctions cognitives chez les patients schizophrènes plus importantes qu'en population générale durant la phase d'arrêt du tabac (D).

Une étude montre que l'administration de nicotine transdermique, en dose unique et dans des conditions expérimentales, améliorerait certaines fonctions cognitives chez le sujet schizophrène non-fumeur (B).

4.1.4 Comment, en pratique, évaluer le risque de décompensation délirante, violente ou suicidaire chez un fumeur atteint de schizophrénie et en cours d'arrêt du tabac ?

Il n'y a pas d'évaluation supplémentaire de la symptomatologie de la schizophrénie à conduire du fait d'un projet de sevrage tabagique (E).

L'existence de troubles tels que l'agitation, l'anxiété, la dépression, les conduites suicidaires survenant avec le bupropion et la varénicline impose une vigilance particulière chez ces patients comme en population générale (E).

La substitution nicotinique ou le bupropion sont efficaces lors du sevrage tabagique chez le schizophrène (C).

4.2 QUELS SONT LES MÉCANISMES PHYSIOPATHOLOGIQUES DE L'INTERACTION TABAGISME / PSYCHOSES ?

4.2.1 Comment les composants du tabac peuvent-ils interagir avec les différentes psychoses d'un point de vue neurobiologique ?

Les effets du tabac et la physiopathologie de la schizophrénie se croisent à deux niveaux sur le plan biologique : dopaminergique (autour de l'hypothèse de l'automédication) et nicotinique $\alpha 4$ - $\beta 2$ et $\alpha 7$ (avec les interactions sur les fonctions cognitives) (E).

Nicotine et psychose impliquent toutes deux le métabolisme glutamatergique (D).

Aucune de ces interactions tabac / schizophrénie n'est définitivement prouvée, même si il est probablement intéressant de stimuler les récepteurs nicotiques $\alpha 7$ chez les sujets schizophrènes (D).

4.2.2 Comment l'acte de fumer peut-il interagir avec les différentes psychoses d'un point de vue physiologique (relaxation / concentration) ?

L'initiation de la dépendance commence avec l'activation des récepteurs nicotiques (A).

La dépendance est la conséquence d'une réorganisation de nombreux systèmes qui concernent plusieurs structures cérébrales impliquées dans les expériences de plaisir, la mémoire, le stress et les émotions (C).

Le rôle respectif du pouvoir addictif de la nicotine et des changements neuroadaptatifs profonds que produit l'usage chronique de tabac est mal connu (E).

Les interactions entre la nicotine et ces systèmes neurophysiologiques sont encore incomplètement comprises. Mais leur découverte progressive permet de mettre en évidence autant de cibles possibles pour de nouvelles interventions thérapeutiques (E).

4.2.3 Comment le tabagisme ou l'arrêt du tabac peuvent-ils interagir avec les anomalies neuropsychologiques des différentes psychoses d'un point de vue comportemental ?

La nicotine apportée par la cigarette ou des substituts nicotiques améliore certains tests d'attention, de temps de réaction, de mémoire verbale et de visualisation spatiale chez le patient schizophrène (C). L'arrêt de l'apport de nicotine les détériore (C).

La poursuite de la nicotine par substituts pourrait être recommandée à l'arrêt du tabac (E), mais les données des effets à long terme de la nicotine sur la cognition manquent, justifiant de conduire des recherches sur les troubles cognitifs du sevrage (E).

En pratique clinique chez le patient schizophrène sevré en tabac, la prévention de la rechute tabagique est un objectif prioritaire (E).

4.2.4 Quelles sont les conséquences de l'arrêt du tabagisme sur les différentes psychoses d'un point de vue neurobiologique ?

Les explications neurobiologiques de ces effets restent à explorer (E).

4.3 QUELLES MODIFICATIONS INDUIT LE TABAGISME SUR LES DONNÉES D'IMAGERIE FONCTIONNELLE DES PSYCHOSES ?

Il n'y a pas actuellement de donnée spécifique au tabac dans les études d'imagerie fonctionnelle dans les psychoses (E).

La seule étude disponible est indirectement liée et concerne les récepteurs dopaminergiques (C).

4.4 QUELLES MODIFICATIONS INDUIT LE TABAGISME SUR LA COGNITION AU COURS DES PSYCHOSES ?

La nicotine pourrait compenser un déficit physiologique du système de neurotransmission cholinergique dans cette pathologie (C).

L'absorption de nicotine modifie la dynamique de régulation des récepteurs nicotiniques et leur sensibilité (A).

Ces deux mécanismes entraineraient une légère amélioration des performances attentionnelles et visuospatiales lors de l'absorption de nicotine (B).

4.5 EXISTE-T-IL DES ÉLÉMENTS DE VULNÉRABILITÉ GÉNÉTIQUE COMMUNS AU TABAGISME ET AUX PSYCHOSES ?

Il n'existe pas de données établissant cette vulnérabilité génétique commune entre tabagisme et psychoses (E).

4.6 QUEL EST L'IMPACT DU TABAGISME ET DE SON TRAITEMENT SUR LE MÉTABOLISME DES TRAITEMENTS DES PSYCHOSES ?

4.6.1 Quel est l'impact des composants du tabac sur le métabolisme des traitements des psychoses ?

La clozapine et l'olanzapine sont métabolisées par le cytochrome CYP1A2. Du fait de l'induction de ce cytochrome par la fumée du tabac, il existe une diminution des concentrations plasmatiques de ces molécules chez les fumeurs (B).

Certains auteurs préconisent d'augmenter les posologies de clozapine et d'olanzapine d'un facteur 1,5 chez les fumeurs par rapport aux non-fumeurs en deux à quatre semaines pour obtenir une efficacité équivalente (E).

Il est proposé, dans les cas difficiles, quand cela est possible, de réaliser des dosages plasmatiques afin d'ajuster au mieux la posologie de clozapine ou d'olanzapine (E).

Les composants du tabac ne semblent pas affecter le métabolisme des autres antipsychotiques, comme la risperidone et l'aripiprazole (D).

Avec les neuroleptiques classiques, des interactions pharmacocinétiques ont été décrites avec la chlorpromazine et l'halopéridol, entraînant une diminution des concentrations plasmatiques nécessitant parfois une adaptation de la posologie si les effets cliniques sont insuffisants (D).

La nicotine pourrait avoir un effet protecteur sur le syndrome parkinsonien induit par les neuroleptiques, par son influence sur la fonction dopaminergique, et sur la diminution de la sédation et sur l'hypotension orthostatique provoquée par les traitements des psychoses, par stimulation du système nerveux sympathique (E).

4.6.2 Quel est l'impact de l'arrêt du tabac sur le métabolisme des traitements des psychoses ?

Des concentrations plasmatiques triples de chlorpromazine ont été décrites chez des patients ayant arrêté de fumer par rapport aux dosages effectués avant l'arrêt du tabac (E).

En cas d'arrêt du tabac, l'induction du CYP 1A2 disparaît en quelques jours à quelques semaines entraînant un risque de surdosage pour les antipsychotiques dégradés par cette enzyme, en particulier la clozapine, médicament à marge thérapeutique étroite (D).

L'arrêt du tabagisme n'a aucun effet sur le métabolisme et l'efficacité de la risperidone et de l'aripiprazole (C).

4.6.3 Faut-il en pratique adapter le traitement des psychoses en cas d'arrêt du tabagisme avec et sans traitement médicamenteux ?

Il est préférable d'instaurer une surveillance clinique et biologique des patients sous olanzapine ou clozapine dès la première semaine d'arrêt et de diminuer les posologies de ces deux antipsychotiques d'un facteur de 1,5 en deux à quatre semaines (D).

Il peut s'avérer nécessaire de diminuer les posologies d'halopéridol ou de chlorpromazine à l'arrêt du tabac (E).

Les dosages sanguins de ces médicaments antipsychotiques sont à envisager à l'arrêt du tabac, quand cela est possible, afin d'ajuster au mieux la posologie (D).

4.7 COMMENT CONDUIRE L'ARRÊT DU TABAC CHEZ UN SUJET ATTEINT DE PSYCHOSE ?

4.7.1 Quel est le meilleur moment pour initier l'arrêt du tabac chez un malade atteint de psychose : à distance d'un épisode aigu ou lors d'une hospitalisation pour acutisation ?

L'arrêt du tabac est facilité lorsqu'il s'organise à distance de toute épisode aigu (E).

En cas d'épisode aigu, et du fait de l'interdiction de fumer dans les locaux, l'hospitalisation est 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'organiser la prise en charge thérapeutique nécessaire à la sortie (E).

4.7.2 Quelle équipe (tabacologue et/ou psychiatre) doit assurer la prise en charge de l'arrêt du tabac chez un malade atteint de psychose ?

Le psychiatre doit être impliqué dans cet arrêt ou à défaut dans la réduction du tabagisme (E). Le psychiatre peut soit conduire seul, soit confier le patient à un tabacologue ; une coordination est alors nécessaire (E).

4.7.3 Quelles sont les spécificités de la prise en charge de l'arrêt du tabac chez les patients atteints de psychose sans coaddiction ?

Les troubles cognitifs rendent plus complexe et ralentissent le sevrage tabagique (E).

La réduction du tabagisme sous substitution nicotinique est recommandée chez le patient schizophrène, comme chez tout fumeur dépendant, qui ne peut ou ne veut dans l'instant arrêter de fumer (E).

4.7.4 Quelles sont les spécificités de la prise en charge de l'arrêt du tabac chez les patients atteints de psychose ayant une coaddiction ?

Les symptômes de sevrage de nicotine sont plus intenses chez les schizophrènes avec poly-addiction que chez les schizophrènes seulement tabagiques (E).

L'arrêt du tabac est rendu encore plus difficile en l'absence de prise en charge psycho-sociale chez ces patients schizophrènes, surtout s'ils sont désocialisés (E).

Si le patient schizophrène est mis en chambre thérapeutique, une substitution nicotinique à doses adaptées est recommandée (E).

Quelles sont les spécificités de l'arrêt et/ou de l'abstinence tabagique dans les unités psychiatriques fermées ou ouvertes ?

QUELLES SONT LES SPÉCIFICITÉS DE L'ARRÊT ET/OU DE L'ABSTINENCE TABAGIQUE DANS LES UNITÉS PSYCHIATRIQUES FERMÉES OU OUVERTES ?

5.1 QUELLES SONT LES DIFFICULTÉS DE L'ARRÊT DU TABAC DANS LES UNITÉS PSYCHIATRIQUES FERMÉES OU OUVERTES ?

5.1.1 Quel est le bilan des expériences des hôpitaux psychiatriques ayant dû faire face à l'interdiction totale de fumer dans les locaux ?

Le passage des hôpitaux psychiatriques au statut «non fumeur» 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 consommation de substituts nicotiques a beaucoup augmenté avec l'interdiction de fumer et reste de façon durable à un taux élevé (D).

La réduction du tabagisme sous substitution nicotinique est une aide importante à la gestion des fumeurs hospitalisés en service de psychiatrie fermé (E).

5.1.2 Quel est le bilan de l'interdiction totale de fumer pour les services de psychiatrie ?

L'interdiction de fumer dans les locaux clos et couverts est globalement bien appliquée dans les hôpitaux psychiatriques (D).

Cette application a posé moins de problèmes qu'anticipés, même si elle nécessite encore une vigilance (E).

5.1.3 Comment éviter les incidents liés à l'interdiction de fumer dans les services de psychiatrie ?

L'interdiction de fumer est d'autant plus simple à appliquer que l'interdiction est claire, que le personnel est informé, et observant lui-même de l'interdiction, et qu'il en connaît les objectifs sanitaires (E).

Un approvisionnement et une disponibilité suffisants en substituts nicotiques sous formes transdermique et orale permettent une substitution sans délai de tous les fumeurs entrant en service de psychiatrie fermé (E).

La mise en place de protocoles de délivrance des substituts nicotiques pour les personnels soignants est recommandée car elle permet une prise en charge précoce et systématique en attendant la prescription médicale (E).

Un affichage clair de l'interdiction sur les documents du service est utile (E).

5.1.4 Comment gérer en pratique la suppression des «bénéfices» de l'acte de fumer tels que facilitation de la relation patients / personnels soignants, récompense, exutoire de l'enfermement, possibilité éventuelle de sortir du périmètre habituel ?

Une bonne substitution nicotinique réduit le «bénéfice de fumer» qui n'est, pour une part, qu'une compensation d'un manque de nicotine (E).

L'annonce de règles claires et précises d'interdiction de fumer dans les locaux, respectées de tous (soignants et soignés) et la mise en application de ces règles sont l'occasion pour le personnel soignant d'expliquer ces règles et leurs objectifs (E).

5.2 L'ARRÊT DU TABAC FORCÉ AVEC SUBSTITUTION LORS D'UNE HOSPITALISATION EN MILIEU FERMÉ, MODIFIE-T-IL LA CONSOMMATION DE TABAC À LONG TERME ?

Si l'arrêt forcé en milieu hospitalier est bien accepté, les conséquences sur l'arrêt à long terme du tabac sont faibles en absence de prise en charge adaptée à la sortie des unités de psychiatrie (D).

En l'absence de prise en charge, la plupart des patients reprennent leur tabagisme à la sortie des unités de psychiatrie (D).

L'intérêt d'un arrêt définitif du tabac doit cependant être systématiquement souligné, et la recherche sur l'arrêt du tabac des patients atteints de maladies psychiatriques doit être développée (E).

En 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). Ces données sont probablement identiques chez les patients atteints d'affections psychiatriques (E).

L'existence de coaddictions, de mauvaises conditions sociales, tout comme l'absence de prise en charge financière des traitements compliquent l'arrêt du tabac et la réduction du tabagisme (E). Une prise en compte spécifique de ces facteurs est justifiée (E).

ORGANISATION DE LA CONFÉRENCE

CONSEIL SCIENTIFIQUE

Pr Jean-François ALLILAIRE
Dr Renaud DE BEAUREPAIRE
Pr Philippe JEAMMET
Dr Marie-France POIRIER
Pr Michel REYNAUD
Pr Jean-Luc VENISSE

COMITÉ DE RELECTURE

Dr Dominique WALTER
Gilles HENO
Anne DIAKHATE
Amélie HURBAULT
Monique OSMAN

COMITÉ DES EXPERTS

Pr Henri-Jean AUBIN
Dr Isabelle AMADO
Dr Renaud DE BEAUREPAIRE
Dr Amine BENYAMINA
Michel BOETLANDER
Isabelle CLAUZEL
Charly CUNGI
Dr Alain DERVAUX
Dr Patrick DUPONT
Jean François ETTER
Dr Muriel GAUDONEIX-TAÏEB
Dr Philippe GUICHENEZ
Dr Philippe GORWOOD
Sylvie GRANON
Dr Mustapha KANIT
Dr Laurent KARILLA
Dr Laurent MICHEL
Jacques LEHOUEZEC
Odile LESOURNE
Dr Yann LESTRAT
Dr Marie-France POIRIER
Dr Gérard PEIFFER

COMITÉ D'ORGANISATION

Pr Bertrand DAUTZENBERG
Dr Joëlle VISIER
Dr Aline MOREAU
Dr Patrick DUPONT
Joseph OSMAN

CONTRIBUTION BIBLIOGRAPHIQUE ET ÉDITORIALE

Dr Yann LESTRAT
Dr Julie ROBLIN

ASSISTANCE ADMINISTRATIVE ET ÉDITORIALE

Monique OSMAN

CONCLUSIONS

Ce document a pour objectif d'ouvrir la réflexion sur une problématique difficile et dont l'intérêt est assez jeune.

Les pistes de travail et de réflexion nous semblent multiples. Des efforts de diffusion, d'échanges, de recherches semblent indispensables si l'on souhaite approfondir la réflexion et surtout l'action.

Vu les dégâts indiscutables que peut provoquer le tabagisme, il est certainement important de développer de multiples stratégies pour éradiquer ses effets. Néanmoins dans l'approche du patient psychiatrique, il est nécessaire d'entendre la place que peut occuper son tabagisme afin de l'aider au mieux si une motivation à l'arrêt ce manifeste.

Cette publication devrait constituer la première d'une série d'autres consacrées à la gestion du tabagisme en milieu hospitalier, tous secteurs confondus...

Les étapes suivantes prévues par le FARES asbl dans le cadre du réseau des hôpitaux sans tabac sont essentiellement : l'organisation de séminaires internes dans chaque institution, la diffusion de documents de communication (affiches, dépliants,...), l'organisation de formations à l'entretien motivationnel en lien avec la psychiatrie. Etant à l'origine de la formation en tabacologie, le FARES se doit également de favoriser la formation de soignants dans cette discipline.

Nous espérons que chacun aura pu trouver dans ses pages une source de réflexion pour faire progresser la gestion du tabagisme en milieu psychiatrique.

COLOPHON

Coordination de la rédaction : Jacques Dumont

Éditeur responsable : Jean-Paul Van Vooren

Mise en page : Nathalie da Costa Maya, CDCS asbl

Photos :

Décembre 2009

CONTACTS

Jacques Dumont

Chargé de projet FARES asbl

Tél.: 02 518 18 67

Courriel : jaques.dumont@fares.be

