

LES **20** MESSAGES CLÉS

Janvier 2009

1. Les maladies liées au tabac sont une des principales causes de décès chez les adultes souffrant d'affections psychiatriques (**niveau de preuve : A**).
2. Les fumeurs avec des troubles psychiatriques consomment plus de tabac que les fumeurs sans troubles psychiatriques (**A**). Une prévalence de tabagisme plus élevée que dans la population générale a été démontrée pour les troubles anxieux (à l'exception des TOC), les troubles de l'humeur (deux à trois fois plus d'antécédents de dépression chez les fumeurs ; états dépressifs et troubles bipolaires sont associés à une consommation quotidienne de tabac élevée), la dépression et la schizophrénie avec un OR 5,5 (IC 4,9-5,6) pour l'association schizophrénie tabagisme actuel (**A**).
3. 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 (**A**).
4. 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**).
5. Le tabagisme augmente la probabilité de survenue de troubles bipolaires et réduit l'efficacité de leurs traitements (**B**).
6. Il existe des facteurs génétiques communs prédisposant au tabagisme et aux troubles de l'humeur (**A**).
7. La prévalence élevée et la forte intensité du tabagisme chez les patients atteints de troubles psychotiques expliquent que ces patients aient six fois plus de mortalité par maladies cardio-vasculaires et cinq fois plus de mortalité respiratoire (**B**).
8. Les cigarettes sont utilisées par certains patients atteints de troubles psychiatriques comme un moyen de contrôler les émotions, l'humeur et les troubles cognitifs. L'administration aiguë de nicotine améliore à court terme les performances cognitives, en particulier chez les patients atteints de schizophrénie (**A**).
9. Les symptômes de sevrage du tabac sont généralement plus graves chez les patients atteints de troubles psychiatriques (**B**). Par exemple, chez les patients atteints de troubles de l'anxiété, l'anxiété augmente au cours des deux premières semaines du sevrage (**A**), puis diminue progressivement dans les quatre semaines suivantes (**C**).
10. L'interdiction de fumer dans les services de psychiatrie a changé la représentation sociale de tabac dans cet environnement. Le concept d'unités psychiatriques non-fumeur est accepté par les patients et les professionnels de santé. Son application produit plus d'effets positifs que effets négatifs (**E**).
11. Selon la norme sociale du groupe, l'acte de fumer peut augmenter ou diminuer les capacités relationnels. Les rapports sociaux sont modifiés chez les patients souffrant de troubles psychotiques. La relation entre les patients est plus souvent dégradée qu'améliorée par l'acte de fumer (**E**).
12. Les spécificités du tabagisme des patients atteints d'affections psychiatriques justifient un accompagnement médicalisé et coordonné du sevrage tabagique par le psychiatre, le tabacologue et/ou les autres soignants (médecin traitant, psychologue, infirmière...) (**E**). Des protocoles de délivrance des substituts nicotiniques doivent être mis à la disposition des équipes soignantes (**E**).
13. Chez les patients 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 cependant souhaitable (**E**).
14. Chez ces patients, comme dans la population générale, la prescription de nicotine conduisant à une réduction de plus de 50 % du tabagisme est bien tolérée, réduit l'envie de fumer, réduit les symptômes liés au sevrage et augmente la probabilité d'une décision d'arrêt (**B**).
15. La substitution nicotinique, utilisée durant les séjours hospitaliers pour arrêter temporairement ou réduire le tabagisme, est efficace. Elle doit cependant être prescrite dès l'admission, à posologie suffisante et réajustée par les soignants en fonction des signes de manque (**E**).
16. La varénicline est, selon les méta-analyses disponibles, le médicament qui, en monothérapie, apparaît le plus efficace pour le sevrage tabagique en population générale (**A**).
17. Le bupropion est contre-indiqué, notamment chez les patients souffrant de trouble bipolaire, d'alcoolisme, d'anorexie et utilisateurs de médicaments épiléptogènes (cf. Afssaps).
18. Pour les raisons ci-dessus, et en raison de l'absence d'études suffisantes avec varénicline et bupropion chez les patients psychiatriques, des recherches sont nécessaires avant de pouvoir éventuellement recommander ces médicaments chez certains patients atteints de troubles psychiatriques (**E**).
19. Il n'existe pas d'interactions médicamenteuses cliniquement importantes entre les substituts nicotiniques ou la varénicline et les différents médicaments psychotropes (**C**). Les interactions avec le bupropion sont répertoriées par l'Afssaps.
20. L'existence de co-addictions, 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**).

Avec le soutien de la Direction générale de la Santé

