

### 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

## Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques

### 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 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 LEHOUZEC

ODILE LESOURNE  
DR YANN LESTRAT  
DR MARIE-FRANCE POIRIER  
DR GÉRARD PEIFFER

#### COMITÉ DE RELECTURE

DR DOMINIQUE WALTER  
GILLES HENO  
ANNE DIAKHATE  
AMÉLIE HURBAULT  
MONIQUE OSMAN

#### 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

**L**e 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<sup>er</sup> 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 défaillantes 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.

## 1 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).

## 2 Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques

Recommandations ► Texte long



## 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 œuvre 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 alcoolodépendantes (E).



## 3 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).

Étant 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 épiléptogènes (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 nicotiniques 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).

## 4 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 des ces interactions tabac/schizophrénie n'est définitivement prouvée, même si il est probablement intéressant de stimuler les récepteurs nicotiniques  $\alpha 7$  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 nicotiniques (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 nicotiniques 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 entraîneraient 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).

## 5 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 nicotiniques 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 nicotiniques 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 nicotiniques 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).

#### ► Office français de prévention du tabagisme

66 boulevard Saint-Michel  
75006 Paris

[www.ofp-asso.fr](http://www.ofp-asso.fr)

[b.dautzenberg@ofp-asso.fr](mailto:b.dautzenberg@ofp-asso.fr)

Tél. +33 (0)1 43 25 19 65

Fax +33 (0)1 43 25 18 27

#### ► Fédération française de psychiatrie

Hôpital Sainte Anne

Bât. B

1 rue Cabanis

75014 Paris

<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr>

[ffp@internet-medical.com](mailto:ffp@internet-medical.com)

Tél. +33 (0)1 48 04 73 41

Fax +33 (0)1 48 04 73 15

#### ► Société française de tabacologie

c/o Princeps Editions

64 avenue du Général de Gaulle

92130 Issy-les-Moulineaux

<http://societe-francaise-de-tabacologie.com>

Tél. : 33 (0)1 46 38 24 14

#### ► Fédération française d'addictologie

20 rue Saint-Fiacre

75002 Paris

[www.addictologie.org](http://www.addictologie.org)

Tél. : 33 (0)1 41 41 98 01

#### ► Réseau Hôpital sans tabac Prévenir les pratiques addictives

Hôpital Broussais

102 rue Didot

75014 Paris

[www.hopitalsanstabac.org](http://www.hopitalsanstabac.org)

Tél. : 33 (0)1 40 44 50 26