



# TABAC ET DÉPRESSION : CONDUITE DU SEVRAGE TABAGIQUE DU FUMEUR AVEC TROUBLE DE L'HUMEUR

**Docteur Jean PERRIOT**

Dispensaire Emile Roux – CLAT63  
Clermont-Ferrand (ARA-France)

[perriotjean@gmail.com](mailto:perriotjean@gmail.com)

**Session 3 : Tabac et psychiatrie**



## **Déclarations de liens d'intérêt**

Collaborations pour expertise, essais cliniques, participation à des congrès ou symposium sur invitation avec GSK, Pfizer, Pierre Fabre Medical Care, Novartis, Chiesi, Menarini, AstraZeneca. Les auteur(s) déclarent que ce travail a été réalisé en toute indépendance de l'industrie du tabac et qu'ils n'ont aucun lien d'intérêt avec l'industrie du tabac, de l'alcool et des jeux, ainsi que l'industrie de la cigarette électronique.

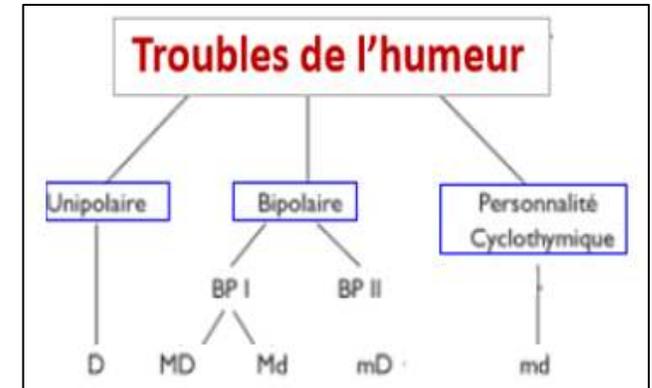
# INTRODUCTION

**TABAGISME : une maladie chronique** dont le cours est marqué de tentatives d'arrêts avec rechutes et d'une issue fatale deux fois sur trois. <sup>1</sup>

## UNE PREVALENCE ÉLEVÉE DU TABAGISME CHEZ LES PATIENTS PRESENTANT DES TROUBLES DE L'HUMEUR. <sup>2-5</sup>

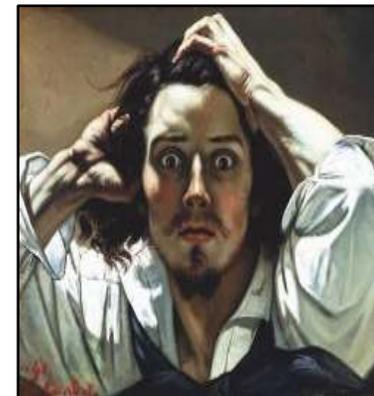
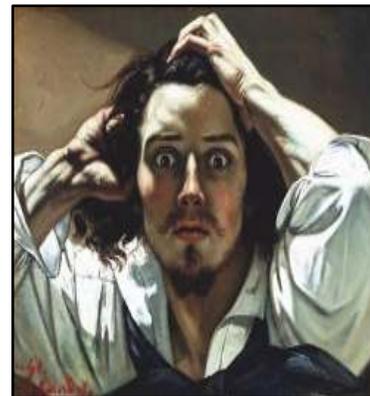
- De fréquentes fortes (co)dépendance et consommation de tabac.
- Une motivation à l'arrêt du tabac et des bénéfices à en attendre.
- Des craintes et des difficultés à l'arrêt du tabac.

## COMMENT PRENDRE EN CHARGE LEUR SEVRAGE TABAGIQUE ?



### PLAN DE L'EXPOSE

Tabagisme et pathologie mentale  
Tabagisme et troubles de l'humeur.  
Arrêt du tabac et troubles de l'humeur.  
Synthèse pour la pratique du sevrage.  
Conclusion (annexes).



<sup>1</sup> Aubin HJ, et al. *BMC Public Health* 2010; 10: 100.

<sup>2</sup> Moore RA, et al. *Int Environ Res Public Health* 2012; 9: 192-2.

<sup>3</sup> Tidev WT, et al. *BMJ* 2015;351:h4065.

<sup>4</sup> Taylor GM, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2021;3:CD013522.

<sup>5</sup> Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques. OFT,2009.

# TABAGISME ET PATHOLOGIE MENTALE

**Prévalence élevée du tabagisme chez les patients souffrant de pathologie mentale**

**Patients atteints de troubles de l'humeur : tabagisme fréquent (mortalité induite).**

Tabagisme et dépression majeure (NESARC) :

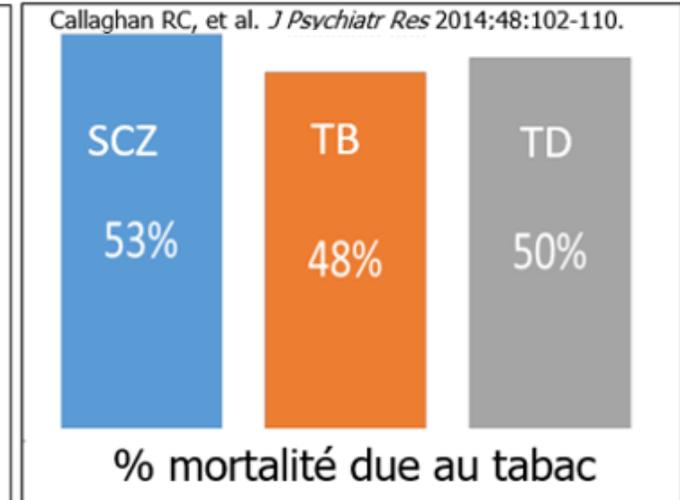
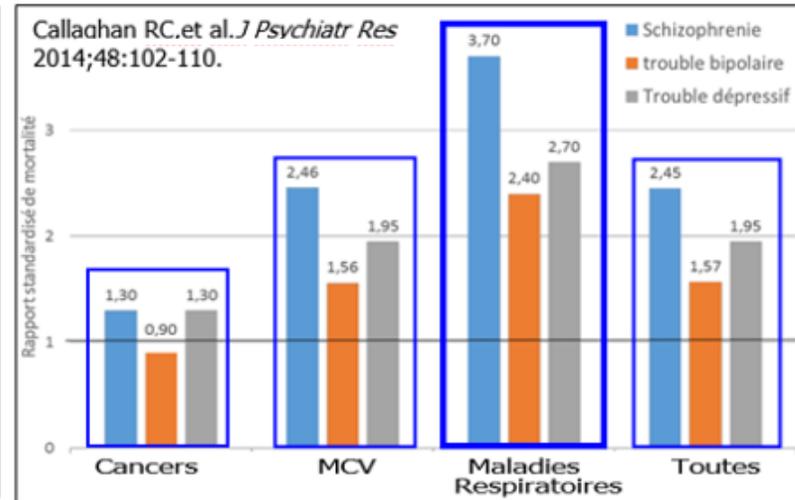
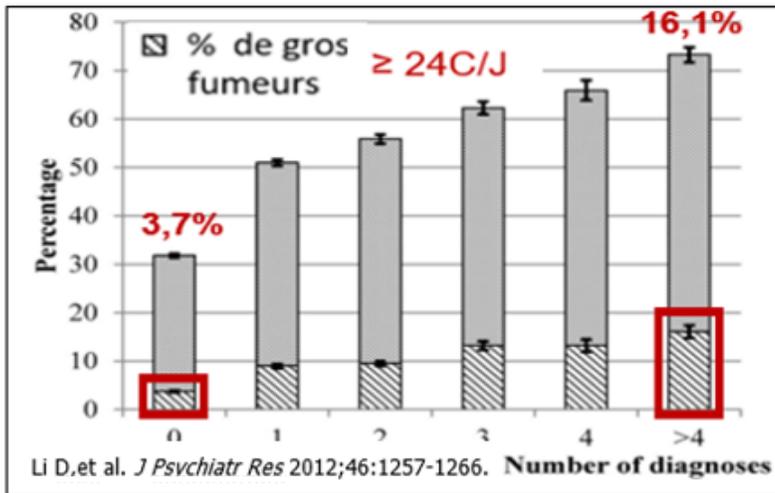
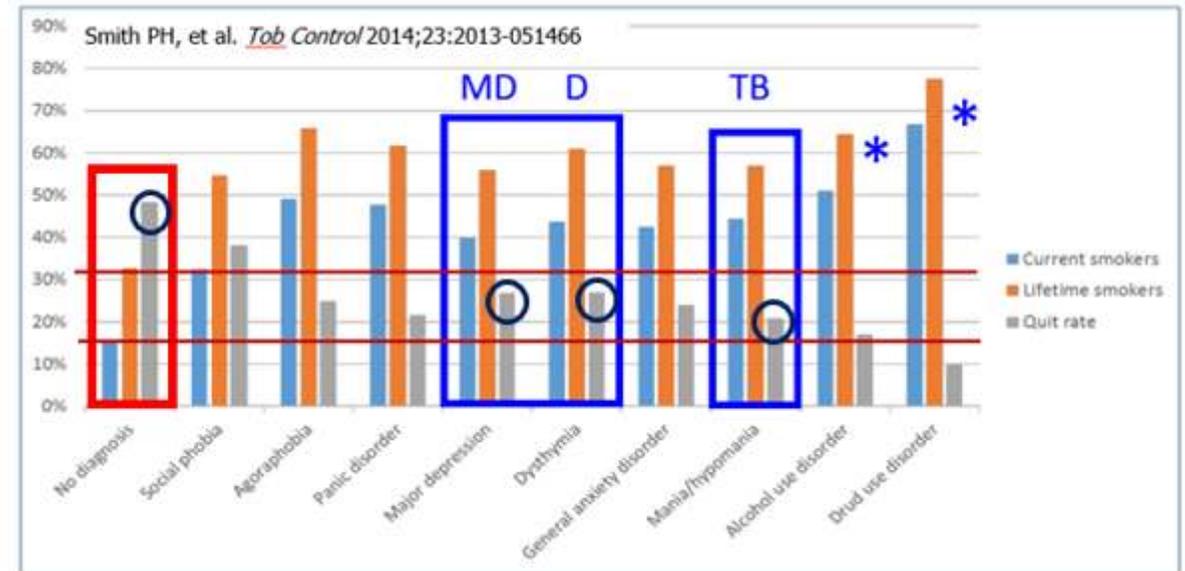
- OR=2,0 (IC95%:1,8-3,4)
- femme, vivre seule, précarité économique

Hasin DS, et al. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:1097-106.

Tabagisme et troubles bipolaires :

- OR=3,5 (IC95%: 3.39-3.54)

Jackson JG, et al. *Bipolar Disord* 2015;17:575-97.



## Prévalence plus élevée du risque de suicide chez le fumeur.

Li D, et al. *J Psychiatr Res* 2012;46:1257-1266.

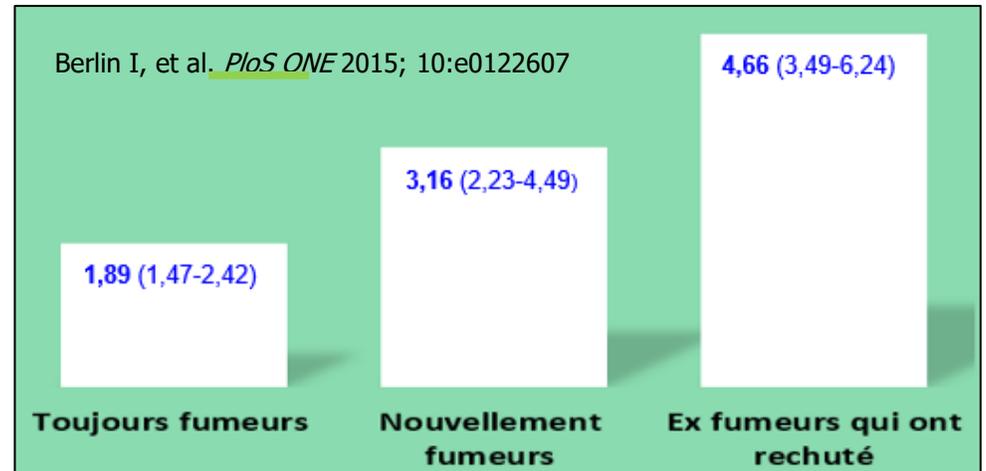
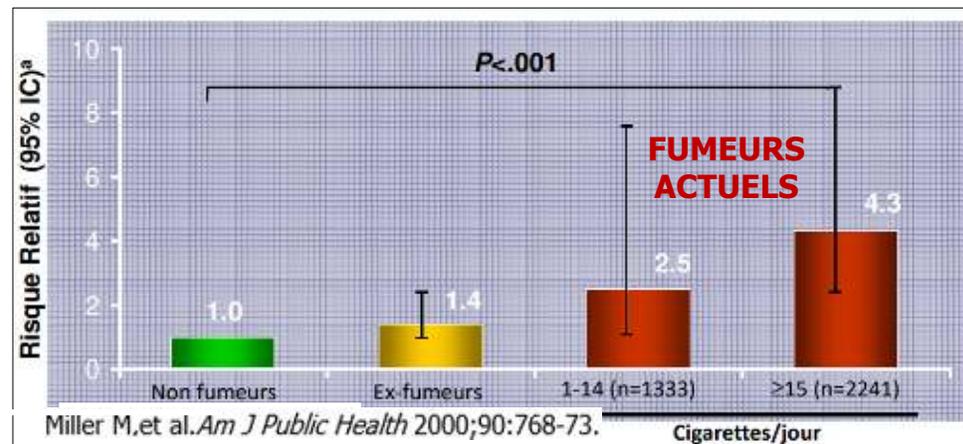
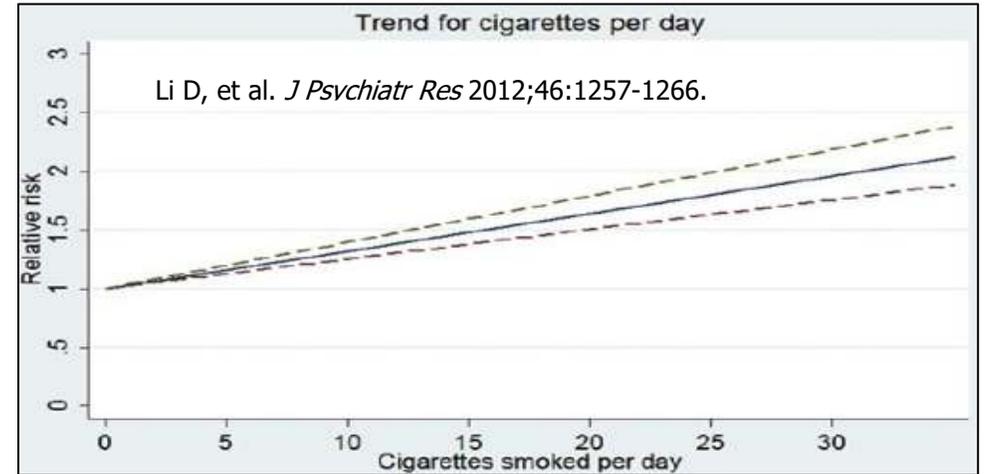
**Le risque est marqué d'une relation dose-réponse**  
 Augmentation du risque de 24% chez le fumeur actif Par tranche de 10 cigarettes : RR=1,24(IC95%:1,20-1,28)

**Diminution après arrêt** sans revenir au niveau du Jamais fumeur.

- Fumeurs actuels : RR=1,81(IC95% :1,50-2,19)
- Anciens Fumeurs: RR=1,28(IC95%:1,00-1,64)

**Usage régulier du tabac après reprise du tabac : accroissement du risque de suicide ?**

Berlin I, et al. *PLoS ONE* 2015; 10:e0122607



# TABAGISME ET TROUBLES DE L'HUMEUR

## RELATION ENTRE TABAGISME ET DEPRESSION

### 1 - Dépression cause de tabagisme ?

Les antécédents dépressifs (sévères) évoluent plus souvent vers le tabagisme quotidien (OR=3,0; IC95%:1,1-8,2) avec dépendance nicotinique. Le tabagisme pourrait limiter (effet stimulant de la nicotine, fonction IMAO des  $\beta$  carbolines : Harmane et Norharmane) les symptômes dépressifs.

Breslau N, et al. *Arch Gen Psych* 1998;55:161-6.  
Picciotto MR, et al. *Neuropharmacology* 2014;76:545-53.

### 2 - Tabagisme cause de dépression ?

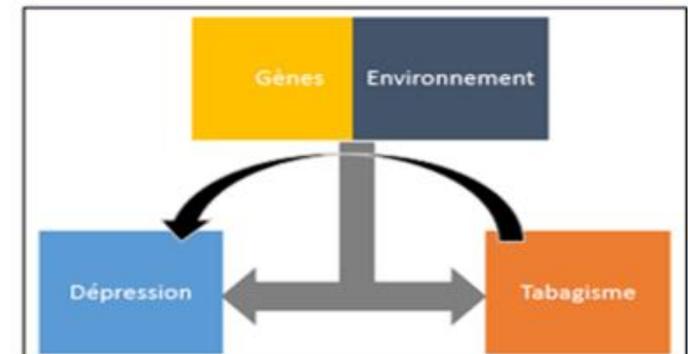
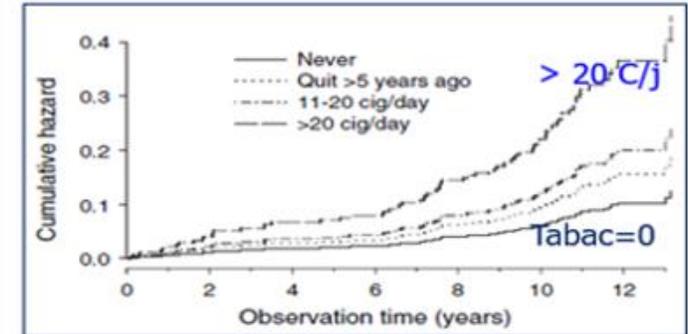
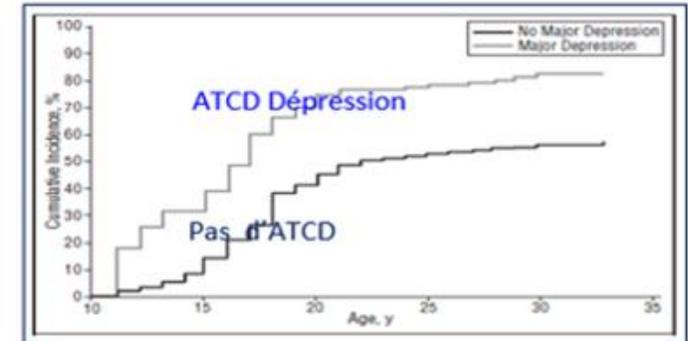
Les fumeurs ont un risque de dépression plus élevé que les non-fumeurs. (HR=4,34; IC95%:1,85-10,18)  
Le tabagisme induit un stress oxydatif et une inflammation systémique affectant le cerveau et les schémas de neurotransmission.

Klunasovr O, et al. *Am J Epidemiol* 2006;163:421-32.  
Hahad O, et al. *Int J Mol Sci* 2021; 22: 7272.

### 3 - Tabagisme et dépression : lien bidirectionnel ?

L'association entre tabagisme et dépression impliquerait des facteurs communs (génétiques, psychologiques, sociaux).

Tsuang MT, et al. *Hum Genet* 2012;131:905-15.  
Leventhal AM, et al. *Psychol Bull* 2015;141(1):176-212  
Aubin HJ, et al. *Neurosci Biobehav Rev* 2012;36:271-84.



## 4 - Maintien du tabagisme chez les fumeurs déprimés ?

### Stress oxydatif et dysfonctionnement neurobiologiques.

Ils expliquent la prévalence élevée du tabagisme chez les patients atteints de dépression et de troubles mentaux et la persistance de l'usage du tabac .

Ziedonis D, et al. *Nicotine Tobacco Res* 2008;10:1691-715.  
Hahad O, et al. *Int. J. Mol. Sci.* 2021; 22: 7272

### Apprentissage, tabagisme et dépression.

#### - Facteurs du tabagisme associé à la dépression

Faible affect positif, affect négatif élevé, déficience cognitive  
(maintien du tabagisme préféré au changement de comportement).

Traiter les états internes indésirables et croyances sur le tabagisme.

#### - Traitement

Pharmacothérapies ( amélioration du fonctionnement cognitif et affectif).

Thérapies cognitivo-comportementales (correction des croyances erronées et renforcement des objectifs personnels du fumeur).

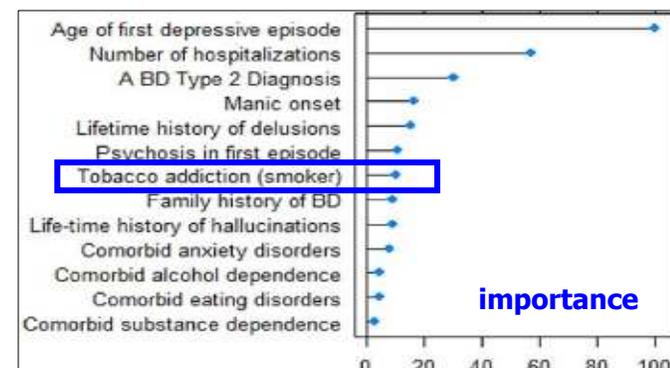
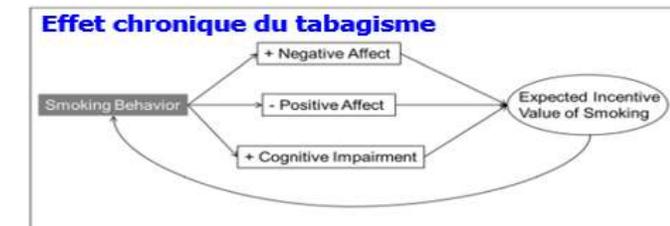
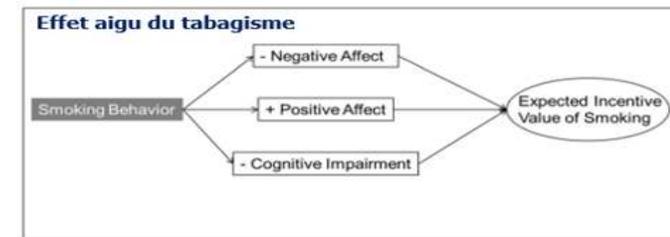
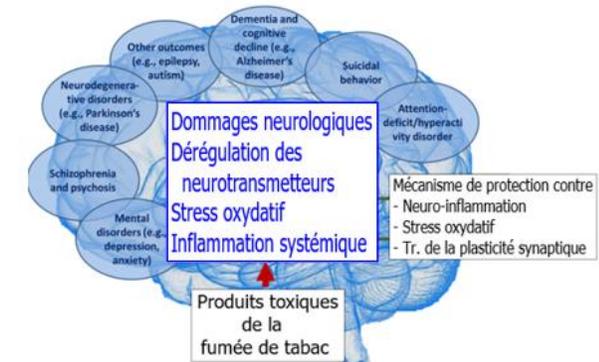
Mathew AR, et al. *Addiction.* 2017;112:401-412.

## 5 - Tabagisme et trouble Bipolaire (TB) ?

Forte co-occurrence entre tabagisme et TB.

Le tabagisme n'est pas le déterminant principal du TB.

Belizario GO, et al. *J Affect Disord* 2019;245:279-82.



# TABAGISME - COMORBIDITES ET TROUBLES DE L'HUMEUR

## Mésusage associé de SPA (tabac, alcool, cannabis...SUD).

Renforcement réciproque des dépendances, co-occurrence de TH.  
Motivation à l'arrêt du tabac et difficultés à arrêter le tabac (craving).

## Maladies respiratoires (MR : BPCO, Cancer, TB, HPL).

Fréquence des TH (& mésusage SPA) sous estimée (30 à 50% des cas).  
Tabagisme : aggravation des MR , difficultés de l'arrêt du tabac.

## Maladies cardiovasculaires (MCV).

Tabagisme et TD = excès de risque d'infarctus myocardique.  
Coronaropathie + TD : moins d'arrêt du tabac ; arrêt améliore les TD.

## Infection par le VIH.

Usage associé de SPA, TH fréquents, précarité sociale.  
Difficulté à l'arrêt du tabac (tabagisme: espérance de vie diminuée).

## Précarité sociale.

TH (TD, TB) fréquents associés à l'usage de SPA.  
Motivation à l'arrêt du tabac présente (PEC sevrage).

## Fumeurs âgés (âge ≥ 60ans).

Tabagisme souvent associé à usage de SPA (excès de risque d'IDM).

## Femmes, Tabac et Dépression.

Femmes : Taux d'arrêt du tabac moins élevée (TH ?).  
Femmes enceintes fumeuses : TAD, us. SPA, Précarité sociale ?

Metrik J. et al. *Drug Alcohol Dep* 2011;119: 194-200.  
Kelly MM, et al. *Nicotine Tob Res* 2013;15:364-75.  
Rodriguez-Cano R. et al. *J Addict Med* 2018;12:119-26.  
Karila L, et al. *Presse Med* 2013; 42:795-805.  
Bowman J, et al. *Drug Alcohol Rev* 2012;31:507-13.

Peiffer G. et al. *Rev Mal Respir* 2021;38:535-38.  
Udner M. et al. *Rev Mal Respir* 2018;35:604-25  
Peltzer K. et al. *BMC Psychiatry* 2012;12:89.  
Perriot J, et al. *Rev Mal Respir*

Headrick JP, et al. *J Mol Cell Cardiol* 2017;106:14-18.  
Feng L, et al. *Medicine (Baltimore)* 2019;98:e1459.  
Krasieva K. et al. *European Heart Journal* 2021; 42:ehab724-2598.  
Doyle F, et al. *Psychosom Med* 2014;76:44-57.

Benard A. et al. *AIDS Patient Care STDS* 2007;21:458-68.  
Duval X, et al. *Antivir Ther* 2008;13:389-97.  
Helleberg M. et al. *Clin Infect Dis* 2013 ; 56:727-34.  
Choulouk S, et al. *L'Encéphale* 2017;43:110-13.

Harris T, et al. *J Dual Diagn* 2019;15:76-87.  
Merson F. et al: *Rev Mal Respir* 2014;43:691-97.  
Deschenau A. et al. *Rev Mal Respir* 2017;34:44-52.

Roberts B, et al. *Int J Environ Res Public Health* 2013;10:2185-97.  
Sachs-Erichson N. et al. *Aginq Mental Health* 2011;15:132-41.

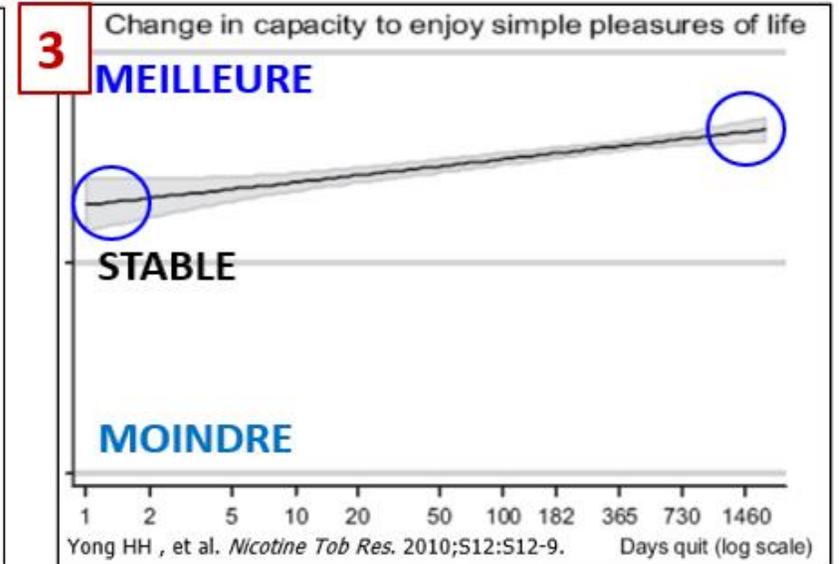
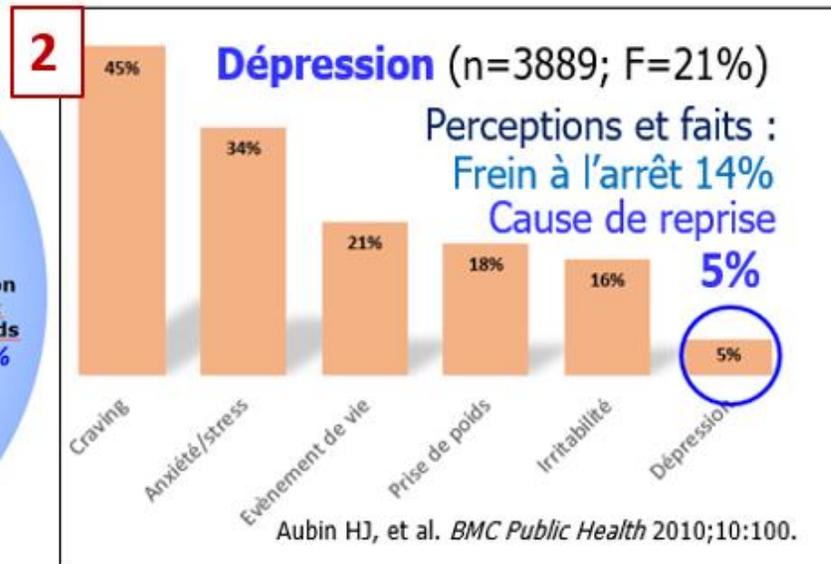
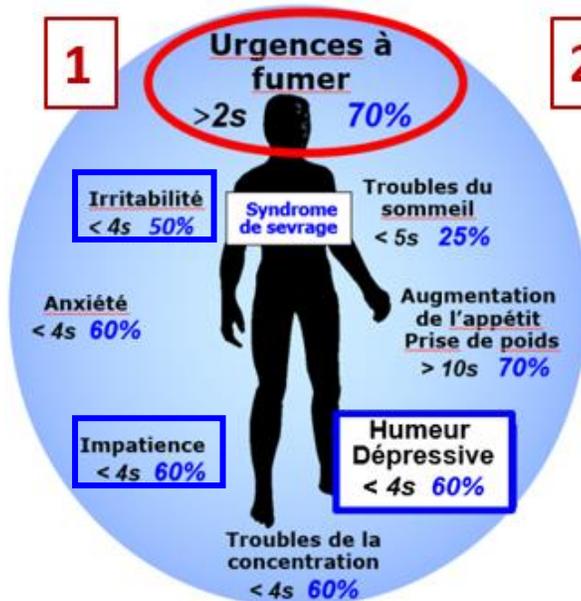
Pano RD. et al. *Exp Clin Psychopharmacol* 2017;25:235-241.  
Komiya M, et al. *Psychiatry Res* 2018;267:154-9.  
Haukka A, et al. *Addict Behav* 2000;25:311-77.  
Blalock JA, et al. *Am J Addict* 2006;15:268-77.  
Dupré F, et al. *J Gynecol Obst Biol Reprod*;2014:691-7.  
Miquez MC. et al. *Int J Public Health* 2019;64:1355-65.

# ARRÊT DU TABAC ET TROUBLES DE L'HUMEUR

## SYNDROME DE SEVRAGE ET DYSTHYMIE.

- 1 - Syndrome de sevrage : possible « humeur maussade, irritabilité et impatience » temporaires ».**  
( < 4 semaines : ni dépression majeure, ni accès maniaque).
- 2 - Les fumeurs redoutent la « dépression à l'arrêt » : rarement un facteur de reprise du tabac.**  
(5% vs 14% : cohorte de 3889 Français dont 21% de fumeurs).
- 3 - Les Ex-Fumeurs « profitent mieux du plaisir à vivre » à l'arrêt du tabac** (ITC : 1449 Ex-Fumeurs).

Corriger les croyances erronées, évaluer l'intensité des symptômes et les antécédents, contrôler le syndrome de sevrage et renforcer les objectifs personnels du patient.



# ARRÊT ET TROUBLE DE L'HUMEUR (TH)

## TH, DEPENDANCE DSM IV, ARRÊT DU TABAC.

- **Prévalence du tabagisme plus élevée** (vs pas de TH).
- **Dépendance au tabac plus élevée** (vs pas de TH).  
 Dépression majeure (DM) OR=3,3(IC95%:3,0-3,7)  
 Dysthymie OR=3,3(IC95%:2,8-4,0)  
 Trouble bipolaire (TB) OR=3,9(IC95%:3,2-4,7)  
 Hypomanie OR=3,5(IC95%:2,7-4,5)

**Comorbités plus fréquentes** (TD x 3, TB x 4, F > H :  
 BPCO, Cardiaques, SUD, dysthyroïdie).

Lasser K, et al. *JAMA* 2000;284:2606-10.

Humer JP. *Rev Med Suisse* 2009;5:1472-5.

Grant BF, et al. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:1107-15

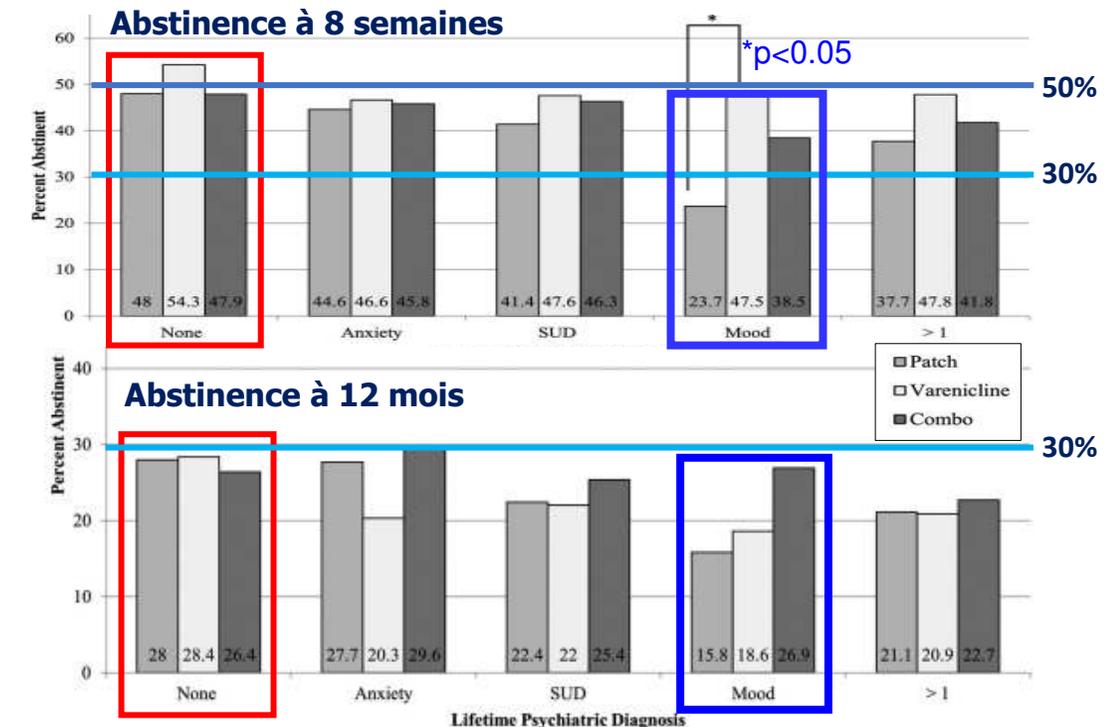
## ESSAI MULTICENTRIQUE (Fumeurs n=1051).

- **Troubles psychiatriques** (DSM IV).
  - **Arrêt tabac : 8S et 6M** (Pharmacothérapie +/- TCC).
  - **TH abstinance plus faible** (vs autres troubles).  
 8S: OR=0,61(IC95%:0,41-0,91)  
 6M: OR=0,69(IC95%:0,43-1,11)
- À 8S efficacité varénicline > TNS pas à 8M (Tt combinés).

Johnson AL, et al. *Drug Alcohol Depend* 2020;207:10796.

**Tableau 1. Prévalence du tabagisme et de l'arrêt du tabac selon le diagnostic**  
 \*Taux d'arrêt du tabac: proportion de fumeurs et ex-fumeurs qui ont cessé de fumer.

Diagnostic	Fumeurs (%)	Taux d'arrêt du tabac (%)*
Pas de trouble psychique	22,5	42,5
Troubles de l'humeur		
• Dépression majeure	36,6	38,1
• Dysthymie	37,8	37
• Trouble bipolaire	68,8	16,6
Trouble psychotique	49,4	27,2



# ARRÊT ET ANTECEDENT DE DEPRESSION

**Méta-analyse** (42 études ; arrêt à 6 mois: 39 et.).  
Modalités d'aide à l'arrêt variées, pas varénicline.  
Antécédents de dépression (clinique/éch. 2 items)

**Moins d'arrêts si antécédents de dépression**  
à 3 mois :  $OR=0,83(IC95\%:0,72-0,95)$   $p=0009$   
à 6 mois :  $OR=0,82(IC95\%:0,67-0,97)$   $p=0,023$

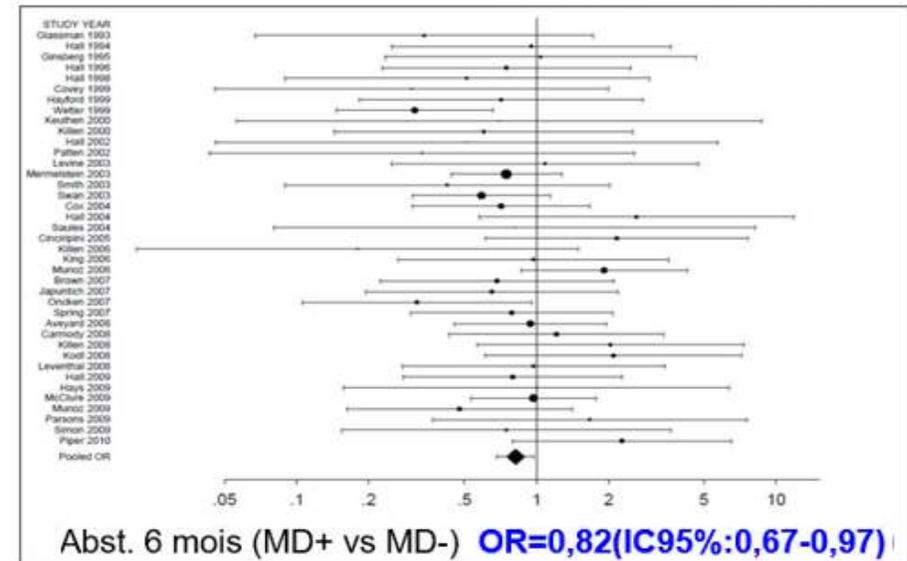
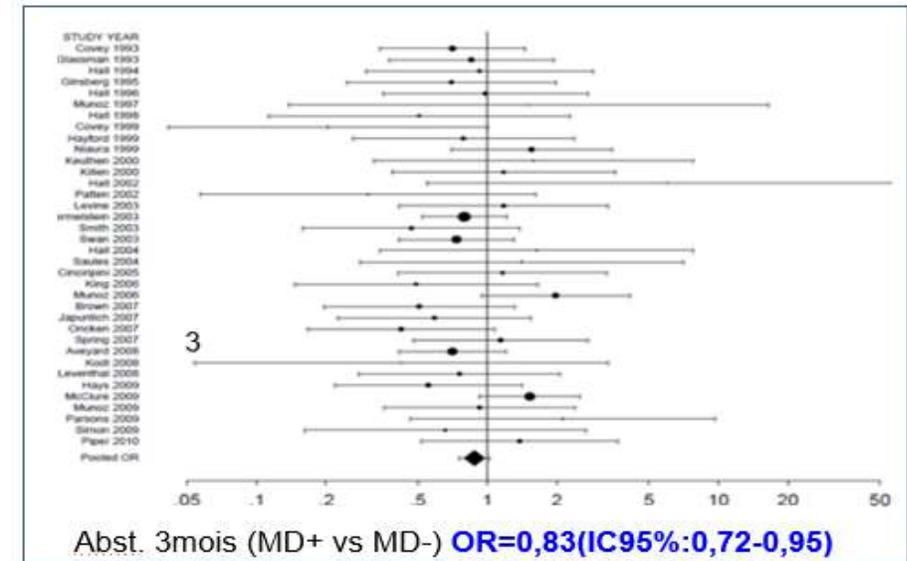
## Impact du traitement ?

à 3 mois : TCC (FF vs AA) : + 40% d'arrêt  
à 6 mois : Pharmacothérapies (> 12 S) :  $OR=1,48$   
Pharmacothérapie + A-dep. :  $OR=3,25$

## Attitude pratique ?

Traitement > 12 Semaines  
(TNS, Bupropion, varénicline)  
Intérêt des antidépresseurs ?

Hitsman B, et al. *Addiction* 2013;108:294-306.



## EFFETS DE L'ARRÊT DU TABAC

**Essai sur 133 Fumeurs avec antécédents de dépression majeure.**

Comparaison Sertraline vs Placebo.  
Mesure de la dépression (HDRS), et abstinence

**Abstinentes : amélioration HDRS (PCB & Sertraline)**

Poursuite : détérioration HDRS (+ Idées suicidaire)

Sertraline : impact sur HDRS mais pas sur l'arrêt

Maintien de la tentative : détérioration de l'humeur  
**(Place des Antidépresseurs ?)**

Berlin I, et al. *Nicotine Tob Res* 2010;13:146-150.

## Méta-analyse évaluant l'impact de l'arrêt du tabac sur la santé mentale.

(26 études, 4 Tr. Psychiatriques (TP), suivi-m : 6 mois)

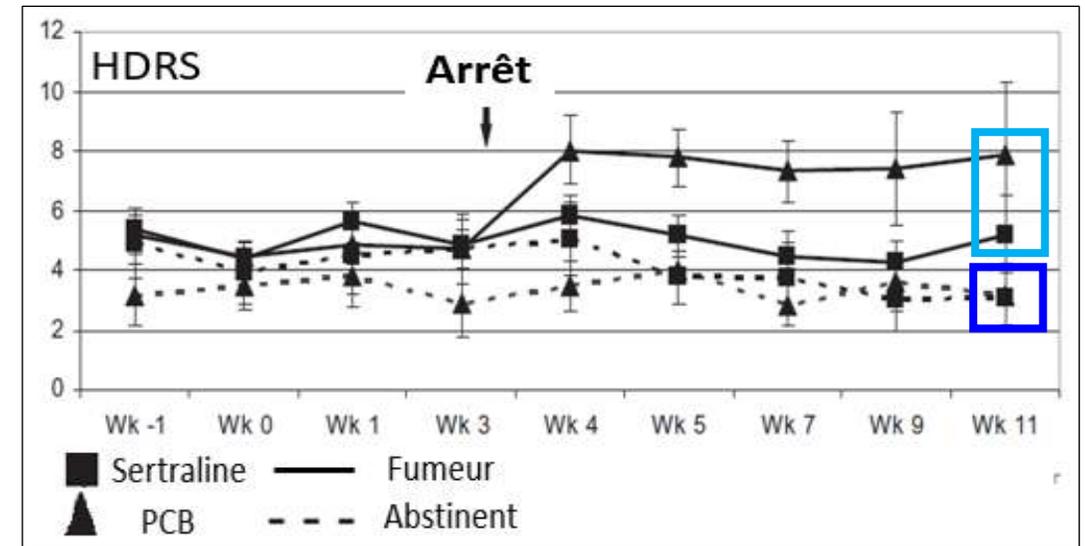
**L'arrêt du tabac (vs poursuite)** est associé à :

- une réduction de dépression, anxiété, stress, A-D.
- une amélioration des affects positifs, OdVP.

**Résultats similaires chez les F avec TP**

(dépression, A-D, OdVP).

Taylor G, et al. *BMJ* 2014;348: g1151.



Effets de l'arrêt sur la santé mentale

Outcome	No of studies included	No of studies excluded	Effect estimate	Original effect estimate
Anxiety	4	0	-0.37 (-0.70 to -0.03)	-0.37 (-0.70 to -0.03)
Depression	9	1	-0.29 (-0.42 to -0.15)	-0.25 (-0.37 to -0.12)
Mixed anxiety and depression (A-D)	4	1	-0.36 (-0.58 to -0.14)	-0.31 (-0.47 to -0.14)
Psychological quality of life (OdVP)	4	4	0.17 (-0.02 to 0.35)	0.22 (0.09 to 0.36)
Positive affect	1	2	0.68 (0.24 to 1.12)	0.40 (0.09 to 0.71)
Stress	2	1	-0.23 (-0.39 to -0.07)	-0.27 (-0.40 to -0.13)

Qualité des preuves (NOS) : 20 haute, 6 moyenne ou faible

# EFFICACITE DES MOYENS DE SEVRAGE

## INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES.

### Ensemble composite (dont TCC).

Dépression actuelle (12 ét.) : RR=1,47(IC95%:1,13-1,92)

Antécédent TDM (13 ét.) : RR=1,41(IC95%:1,13-1,41)

van der Meer RM, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 2:CD006102.

### Méta-analyse de Segades-Villa et al. (2017)

Arrêt à 3 mois (10 études) et 6 mois (11 études).

3 mois (10 ét.) : RR=1,05(IC95%:0,90-1,24)

6 mois (11 ét.) : RR=1,01(IC95%:0,87-1,17)

Segades-Villa R. et al. *PLoS ONE* 2017;12:e18849.

### TCC + Gestion des contingences (175 à 300 €) ?

TCC+GC>TCC : TD légers (OR=3,60), modérés (OR=2,65)

Gonzalez-Roz A, et al. *Drug Alcohol Depend* 2021;225:108808.

Ashcroft R, et al. *Can J Psychiatry* 2014;59:385-99.

Warke I, et al. *Swiss Med Wkly* 2014;14:s13991.

### Mindfulness (bénéfice ?)

Lotfalian S. et al. *Psychol Addict Behav* 2020; 34 :351-9.

### Intérêt des TCC chez les fumeurs dépressifs

Seules ou associées au médicaments d'aide à l'arrêt. p

Guichenez P. et al. Conférence d'experts. Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques, OFT,2009.

Figure 3. Forest plot of comparison: 1 Psychosocial mood management versus control for smokers with current depression. Abstinence at six months or greater follow-up.

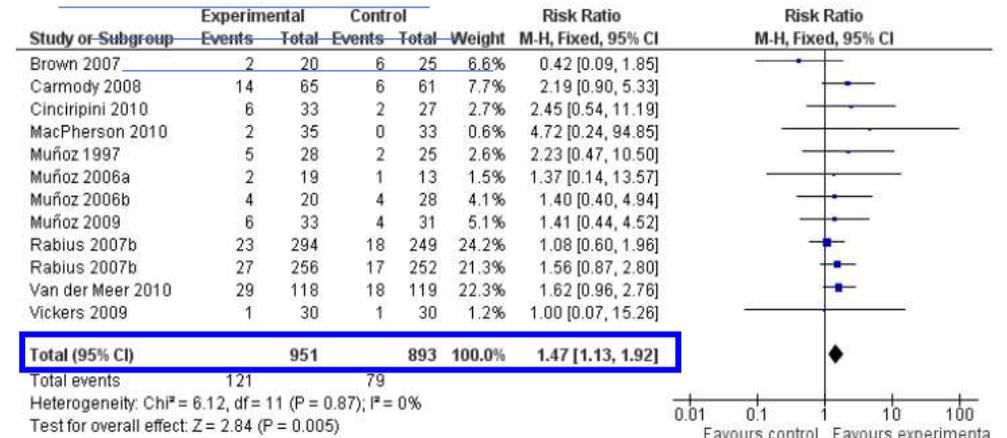
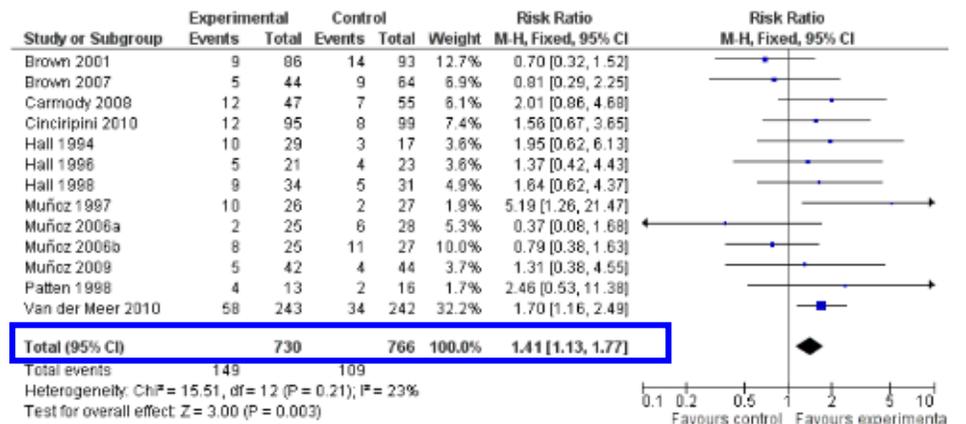


Figure 4. Forest plot of comparison: 2 Psychosocial mood management versus control for smokers with past depression. Abstinence at six months or greater follow-up.



# SUBSTITUTION NICOTINIQUE (TNS)

## Peu d'étude chez les fumeurs avec un état dépressif (pas de méta-analyse).

Hartmann-Boyce J, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; 5: CD000146.  
Gierisch JM, et al. *J Gen Intern Med* 2012 ; 27:51-60.

## Un essai clinique évalue le bénéfice de TNS + TCC (vs conseil d'arrêt + auto-assistance)

322 fumeurs (H=163 - F=159) avec état dépressif (PRIME-ID)

- Groupe expérimental (GE) : TCC 6 séances/8 semaines + TNS ajusté sur la consommation (C/J: 8/6 semaines).
- Groupe témoin (GT) : conseil d'arrêt + auto-assistance).

Évaluation de l'arrêt (et tentatives d'arrêts) à 3,6,12,18 mois.

Taux d'arrêt plus élevé dans le GE (vs GT) à chaque étape.  
- OR=2,51(IC95%:1,24-5,05).

Hall SM, et al. *Am J Public Health*. 2006;96: 1808-14.

**Etude EAGLES montre la supériorité du TNS (21mg vs PCB) dans l'arrêt des fumeurs avec tr. psychiatriques.**  
(efficacité similaire au bupropion et inférieure à la varénicline)

Anthenelli RM, et al. *Lancet* 2016;387(10037):2507-20

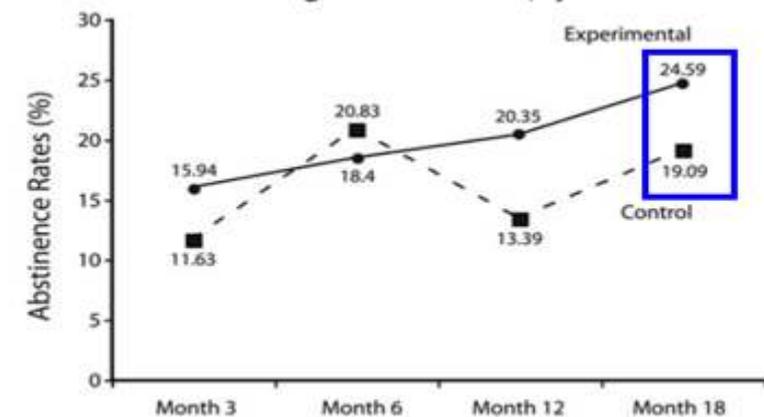
**TABLE 1—Continuous Baseline Variables by Smoking Cessation Treatment Condition: A Randomized Clinical Trial Among Depressed Patients in Mental Health Treatment**

	Brief Contact Control, Mean (SD)	Staged Care Intervention, Mean (SD)
No. participants	159	163
Age, y	42.2 (12.8)	41.5 (12.4)
Age first tried cigarettes, y	14.8 (3.8)	14.8 (4.4)
Age began smoking regularly, y	17.1 (4.4)	18.0 (6.1)
Fagerström Test for Nicotine Dependence Total Score	4.2 (2.6)	3.8 (2.4)
Beck Depression Inventory score <sup>a</sup>	21.4 (10.9)	20.6 (11.7) <sup>a</sup>
Expired air carbon monoxide concentration (ppm) <sup>b</sup>	15.2 (10.2)	15.5 (9.9)
Prior quit attempts, no.	6.2 (15.6)	5.0 (10.0)
Usual no. cigarettes smoked per day	15.3 (10.3)	15.8 (10.0)

<sup>a</sup>Score of 21 indicates moderate depression, in a 4-part categorization scheme: minimal, mild, moderate, and severe.<sup>13</sup>

<sup>b</sup>Verified by expired air carbon monoxide at  $\leq 10$  ppm. *Am J Public Health*. 2006;96: 1808-14.

**FIGURE 2—Smoking abstinence rates, by treatment condition.**



Hall SM, et al. *Am J Public Health*. 2006;96: 1808-14.

## BUPROPION

Dépression actuelle : Méta-analyse sur 6 études (2 avec association de TNS) :

RR=1,37(IC95%:0,83-2,27) NS

Antécédents de dépression (5 étude dont 1 avec association de TNS) :

RR=2,04(IC95%:1,31-3,18)

van der Meer RM, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 2:CD006102.

## ANTIDEPRESSEURS

Méta-analyse sur trois études (Bupropion vs PCB, Nortriptyline vs PCB, Sertraline vs PCB).

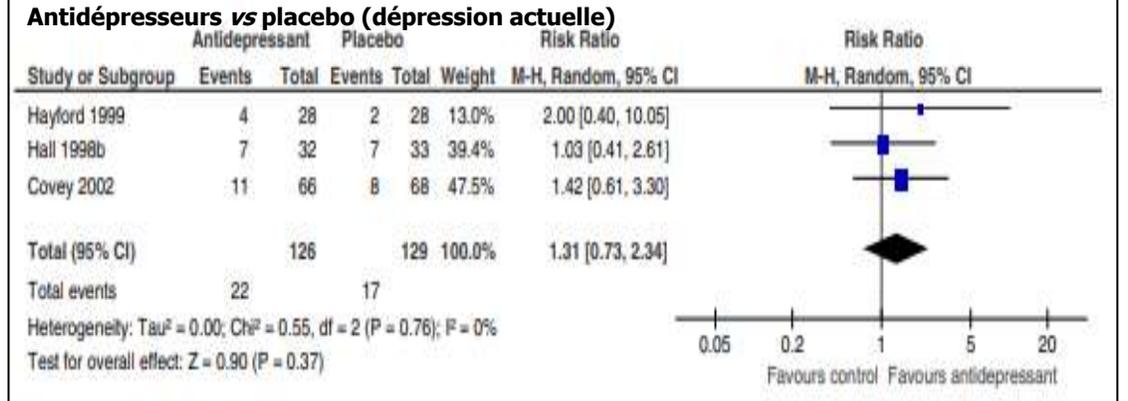
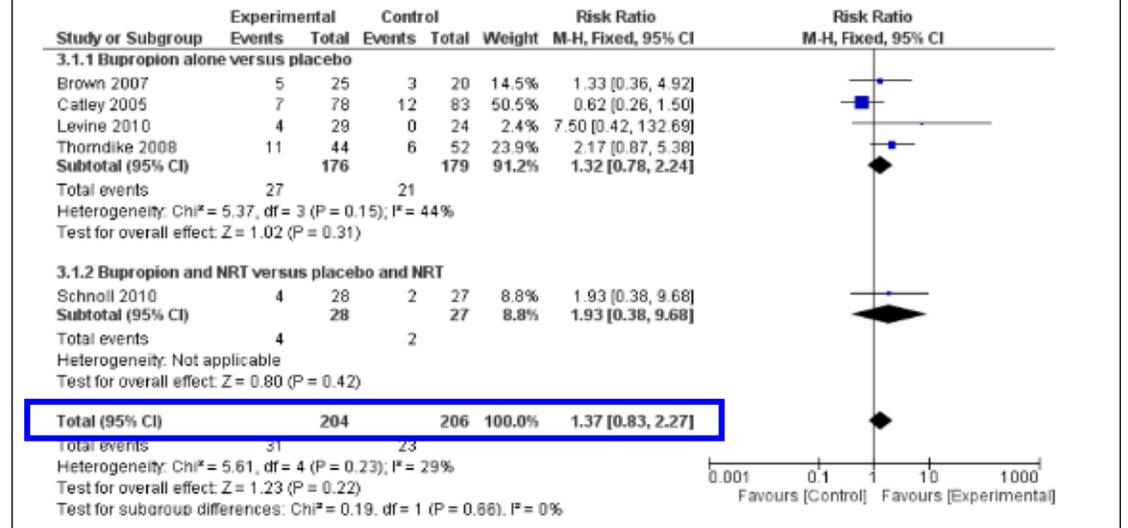
RR=1,31(IC95%:0,73-2,34) NS

Gierisch JM, et al. *J Gen Intern Med* 2012 ; 27:51-60.

Meilleur gestion du stress (IRS : inhib. nACh-R et contrôle de la stimulation Glutamatergique) ?

Arias HR, et al. *Molécules* 2021;26:2149.

Figure 5. Forest plot of comparison: 3 Bupropion versus placebo for current depression. Abstinence at six months or greater follow-up



# VARENICLINE

## Etude Varénicline (vs PCB) et TD.

- des Fumeurs avec TD traité (>2 mois)
- ou des Antécédents de TDM (< 2 ans)

38 centres (8 pays) ; 525 fumeurs.  
Varénicline (12 semaines) vs PCB.

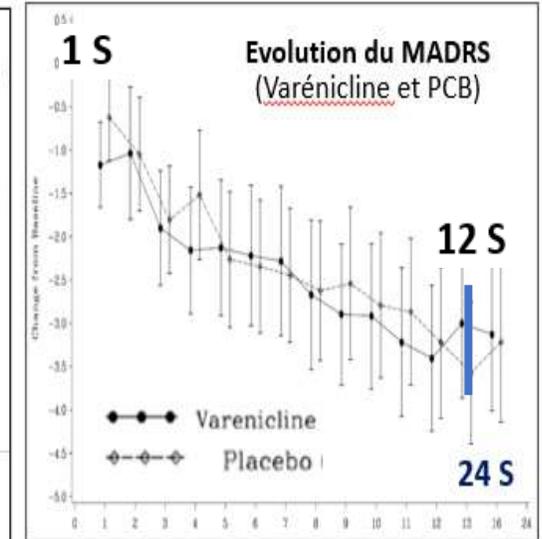
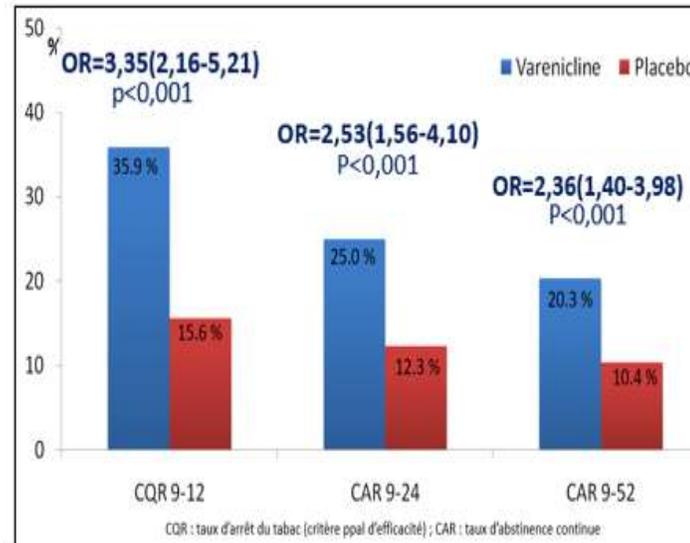
### Bénéfices de la varénicline.

OR(S9-12)=3,35(IC95%:2,16-5,21)

### Diminution MADRS chez les fumeurs.

Groupe Varénicline et PCB

Anthenelli RM, et al. *Ann Intern Med* 2013;159:390-40.



## Etude EAGLES : 2 cohortes de fumeurs.

avec Tr. Psychiatriques vs sans Troubles  
Varénicline (V) TNS 21mg Bupropion (B) PCB :  
12 Semaines de traitement

EI graves pas de différences significative  
entre pharmacothérapie(s) et PCB

Abstinence : Pharmacothérapies > PCB  
V (OR=3,61) > B (OR=1,75)=TNS 21mg (OR=1,68)

Anthenelli RM, et al. *Lancet* 2016;387:2507-20.

Non-psychiatric cohort* (n=3984)					Psychiatric cohort* (n=4074)				
COHORTE NON PSYCHIATRIQUE	Varénicline	Bupropion	Patch à la nicotine	Placebo	COHORTE PSYCHIATRIQUE	Varénicline	Bupropion	Patch à la nicotine	Placebo
Événements indésirables NPS combinés (%)	1,3% (n/N = 13990)	2,2% (n/N = 22969)	2,5% (n/N = 251006)	2,4% (n/N = 24999)	Événements indésirables NPS combinés (%)	6,5% (n/N = 671028)	6,7% (n/N = 681017)	5,2% (n/N = 531016)	4,9% (n/N = 501015)
Différence de risque versus placebo (IC 95%)	-1,28 (-2,40 ; -0,16)	-0,08 (-1,37 ; 1,21) NS**	-0,21 (-1,54 ; 1,12) NS**		Différence de risque versus placebo (IC 95%)	1,59 (-0,42 ; 3,59) NS**	1,78 (-0,24 ; 3,81) NS**	0,37 (-1,53 ; 2,26) NS**	

## INTERVENTIONS COMBINEES.

52 études (TCC + Pharmacothérapie) :  
 Recrutement hospitalier (43 ét.) RR=1,97(IC95%:1,79-2,18).  
 ou Communautaire (8 ét.) RR=1,53(IC95%:1,33-1,76).

Stead LF, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;3:CD008286.

## ACTIVITE PHYSIQUE.

133 Fumeurs dépressifs (DM, HAD-D>10) cohorte n=1119.  
 Sevrage tabagique (TCC + Pharmacothérapie) : suivi 3 ans.  
 Abstinence (F + activité physique régulière : APR+ vs APR -)  
 APR+ : protection de la reprise RR=0,54(IC95%:0,34-0,85).

Bernard P, et al. *Am J Addict* 2012;00:1-8.

## CIGARETTE ELECTRONIQUE (E-CiG).

*Canadian Community Health Survey* (2015-16, H+F=52 956).  
 - 3,1% de vapoteurs (nombre de répondeur: n=35 683).  
 - TD : usage de CIG (F > H) et E-CIG (E-CIG + > E-CIG -).  
 - TD : « dual-use » 11,5%(IC95%:10,4-12,7%).

Outil d'aide à l'arrêt du tabac dans le sevrage (gestion du *craving* ou du stress ? TD et SUD ? Usage exclusif !).

Dahal R, et al. *Can J Psychiatry* 2020;65:512-14.

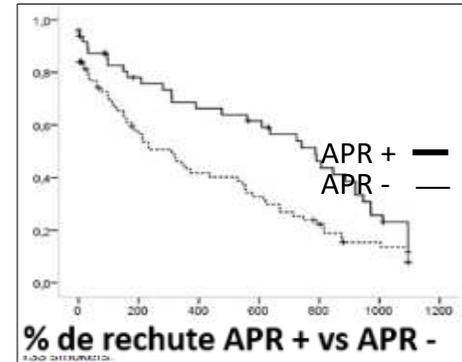
Pham R, et al. *J Affect Disord* 2020;260:646-52.

Schlam TR, et al. *Nicotine Tob Res* 2020;22:58-65.

## SOUTIEN A DISTANCE ?

Shah A, et al. *J Med Internet Res* 2020;22:e16255.

## Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation (Review)



	Termination of abstinence		
	RR	95% CI	p
Physical activity	0.54	0.34-0.85	.008
Attempts to quit	0.59	0.35-0.97	.03
Prescription of anxiolytics	0.33	0.14-0.80	.01
Prescription of antidepressants	0.44	0.25-0.77	.005
Alcohol-use disorders	1.77	0.95-3.29	.06
Education level	0.80	0.64-0.99	.04

**Table 1.** Smoking Status and Depressive Symptoms<sup>a</sup> in the Canadian Household Population.

Smoking Status	Depressive Symptoms % (95% CI)	Adjusted OR <sup>b</sup> (95% CI)
<b>Smoking<sup>c</sup></b>		
Never smoking	5.49 (5.00 to 5.98)	Reference
Currently smoking	12.50 (11.28 to 13.73)	2.95 (2.53 to 3.44)
Former smoking	5.77 (5.10 to 6.43)	1.46 (1.23 to 1.72)
<b>E-cigarette use<sup>d</sup></b>		
No	6.56 (6.07 to 7.05)	Reference
Yes	14.69 (11.18 to 18.20)	2.46 (1.82 to 3.33)
<b>Former smokers by e-cigarette use status</b>		
E-cigarettes not used <sup>e</sup>	5.55 (4.88 to 6.20)	1.41 (1.19 to 1.68)
E-cigarettes used <sup>e</sup>	16.10 (9.14 to 23.06)	4.19 (2.47 to 7.11)

# ASPECTS PRATIQUES (AIDE A L'ARRÊT DU TABAC)

## UNE INTERVENTION D'AIDE EN PLUSIEURS ETAPES.

### BILAN INITIAL

- 1 - **Données sur le tabagisme** : anamnèse et indicateurs (FTCD, MNWS, FTCQ, Richmond).
- 2 - **Identifier les troubles de l'humeur** (actuel ou antécédent), **nature et sévérité** (+ risque suicidaire)
- 3 - **Comorbidités** : somatiques (BPCO...), usages associés de SPA (AUDIT, CAST...), sociales (EPICES).
- 4 - **Environnement et arrêt du tabac** : soutiens et partenariats.

### INDUIRE L'ARRÊT DU TABAC

- 1 - **Conforter la décision d'arrêt** : expliquer ses bénéfices, les étapes de la prise en charge
- 2 - **Ecouter le patient** : prendre en compte ses souhaits, attentes et répondre à ses « craintes ».
- 3 - **Aide à l'arrêt du tabac** : Pharmacothérapies et TCC (+/- réduction préalable, E-cig ?).
- 4 - **Aide complémentaires** : activité physique, « coping », soutien à distance...

### ASSURER L'ACCOMPAGNEMENT DE L'ARRÊT

- 1 - **Phase aiguë d'un TH** : évaluer les attentes du fumeur, plutôt réduction de la consommation puis arrêt.
- 2 - **TH contrôlé** : arrêt du tabac (TCC et Pharmacothérapie), renforcement des objectifs personnels du patient.
- 3 - **Antécédent de TDM-TB** (A-TDM, A-TB) : arrêt du tabac par TCC et pharmacothérapie (A-TDM : bupropion ou varénicline > TNS ? A-TB : Varénicline ou TNSTD+FO), **contrôle du TH et des comorbidités** dont SUD.
- 4 - **Suivi** : ajustements thérapeutiques (Clinique, MNWS, FTCQ, HAD-BDI), observance, symptômes du TH (psychotropes ? Avis psychiatrique) **activité physique, place pour E-CIG ... Partenariats** entre professionnels.

## POINTS D'ATTENTION DANS LA PRISE EN CHARGE

Smoking cessation for people with severe mental illness (SCIMITAR+): a pragmatic randomised controlled trial Gilbody S, et al. *Lancet Psychiatry* 2019;6:379-90.

Fumeurs +TM (sevrage renforcé vs standard) M12 : arrêt 6%  
**Faible observance : pharmacothérapies et suivi (40-70%).**  
**Renforcer l'observance des traitements médicamenteux**

	Intervention group (n=265)			Control group (n=261)		
	Used medication	Did not use medication	Missing data	Used medication	Did not use medication	Missing data
Patch	90 (34%)	128 (48%)	47 (18%)	52 (20%)	171 (66%)	38 (15%)
Gum	28 (11%)	190 (72%)	47 (18%)	16 (6%)	207 (79%)	38 (15%)
Lozenge	29 (11%)	190 (72%)	46 (17%)	15 (6%)	209 (80%)	37 (14%)
Microtab	2 (1%)	215 (81%)	48 (18%)	0	223 (85%)	38 (15%)
Inhalator	34 (13%)	183 (69%)	48 (18%)	13 (5%)	211 (81%)	37 (14%)
Nasal spray	11 (4%)	206 (78%)	48 (18%)	2 (1%)	221 (85%)	38 (15%)
Mouth spray	37 (14%)	180 (68%)	48 (18%)	18 (7%)	205 (79%)	38 (15%)
Varenidine*	7 (3%)	149 (56%)	109 (41%)	7 (3%)	153 (59%)	101 (39%)
E-cigarette	95 (36%)	116 (44%)	54 (20%)	102 (39%)	101 (39%)	58 (22%)

Sadness, but not all negative emotions, heightens addictive substance use

*PNAS* 2020;117:943-49

Charles A. Dorison<sup>a,1</sup>, Ke Wang<sup>a</sup>, Vaughan W. Rees<sup>b</sup>, Ichiro Kawachi<sup>b</sup>, Keith M. M. Ericson<sup>c</sup>, and Jennifer S. Lerner<sup>a,d</sup>

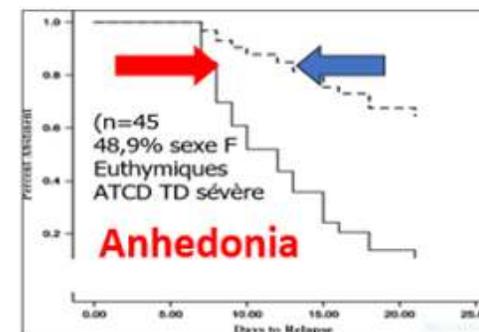
**Tristesse** (émotion négative) ↗ **dépendance au tabac et reprise** ; étude sur 20 ans (n=10 000).  
**Repérer, prévenir, prendre en charge** (bilan initial et suivi).



Effects of anhedonia on days to relapse among smokers with a history of depression: a brief report

Jessica Cook<sup>1</sup>, Bonnie Spring, Dennis McChargue, Neal Doran *Nicotine Tob Res* 2010;12:978-82

Survenue d'une **anhédonie** dans le mois après : risque de reprise).  
**Identifier une anhédonie et prendre en charge.**



# CONCLUSION

Le tabagisme est la première cause évitable de mortalité, l'arrêt complet du tabac réduit le risque de mortalité. **Aider les fumeurs atteints de troubles de l'humeur (TH) lors de la tentative d'arrêt du tabac** (excès de risque de morbi-mortalité en lien avec leur tabagisme).

- Les fumeurs souffrant de TH ont **de plus grandes difficultés à arrêter le tabac** (vs fumeurs sans TH) mais ils ne sont **pas moins motivés à cet arrêt**.
- Ils présentent des **niveaux de dépendance au tabac plus élevés** (vs fumeurs sans TH) et des **comorbidités** (dont SUD) **plus fréquentes**.
- **La prise en charge personnalisée de leur tentative d'arrêt facilite leur abstinence** ce qui justifie leur accompagnement.
- Elle repose sur **l'association de stratégies psycho-sociales et de pharmacothérapies d'aide à l'arrêt du tabac**.
- **L'arrêt du tabac améliore** tout à la fois **la santé mentale** des patients, **leur qualité de vie** et leur **adhérence à une prise en charge psychiatrique**.

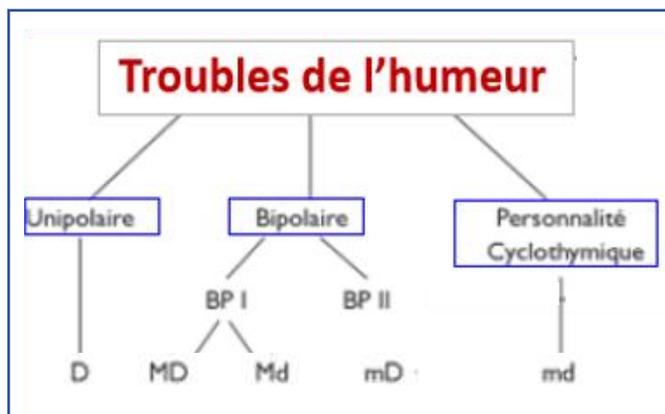
**Merci pour votre attention.**

Remerciements à :

G Peiffer, M Underner, M Malécot, A Schmitt,  
V Boute-Makota, G Brousse, PM Llorca



## TROUBLES DE L'HUMEUR (TH) : DEPRESSION ET BIPOLARITE



### · Troubles « unipolaires »

Episodes répétés de dépression majeure et grave (même type, pas d'accès maniaque); espacées d'un temps variable ; les épisodes s'aggravent et se prolongent.

#### Symptômes d'un épisode dépressif caractérisé

Au moins 2 symptômes principaux :

- humeur dépressive ;
- perte d'intérêt, abattement ;
- perte d'énergie, augmentation de la fatigabilité.

Durée ≥ 2 semaines  
Déresse significative  
Changement fonctionnel

Au moins 2 des autres symptômes :

- concentration et attention réduite ;
- diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi ;
- sentiment de culpabilité et d'inutilité ;
- perspectives négatives et pessimistes pour le futur ;
- idées et comportement suicidaires ;
- troubles du sommeil ;
- perte d'appétit.

### Troubles bipolaires (DSM5)

1,5-5% (pop générale) DCx2 RSx16

**Trouble bipolaire I** : Le patient présente au minimum un épisode maniaque (épisodes dépressifs majeurs sont caractéristiques mais non nécessaires au diagnostic). **M: M Md MD**

**Trouble bipolaire II** : Au minimum un épisode hypomaniaque et un épisode dépressif majeur sont nécessaires au diagnostic. **HD: Dm**

**Trouble cyclothymique** : Périodes hypomaniaques et dépressives sans remplir les critères d'hypomanie ou de dépression majeure et durant au moins 2 ans. **mD md (non BP I-II)**

**Autres troubles bipolaire et connexes spécifiés** : Troubles similaires au trouble BP sans remplir les critères de BP I, BP II ou cyclothymie (durée ou gravité insuffisantes).

- Episodes hypomaniaques et trouble dépressif majeur de courte durée.
- Episodes hypomaniaques et insuffisance des symptômes et trouble dépressif majeur.
- Episode hypomaniaque sans trouble dépressif majeur.
- Cyclothymie de courte durée.

**Troubles bipolaire et connexes non spécifiés** : Symptômes ne remplissant pas complètement les critères pour les catégories précédentes.

**Trouble bipolaire et connexe induit par la consommation de drogue.**

**Trouble bipolaire et connexe lié à un autre état de santé.**

**Ni SPA, Ni Path.**

### Annexes : Echelles et indicateurs pour l'identification des TH et des SUD associés.

Bourgeois JP, et al. Troubles bipolaires. Editions Lavoisier, 2014.  
DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Elsevier Masson, 2015.  
Reynaud M , et al. *Traité d'Addictologie*. Lavoisier, 2016.

# FUMEUR AVEC UN TH : IDENTIFIER ET MESURER CE TROUBLE.

## REPERER ET MESURER UN TROUBLE DEPRESSIF (TD)

### **Hospital anxiety depression scale (HAD)**

Ziamond AS, et al. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1971;67:361-70

### **Beck Depressive Inventory (BDI-13)**

Richter P, et al. *Psychopathologia* 1998;31:160-168

### **MADRS, HDRS, CES-D, EPDS**

## IDENTIFIER UN TROUBLE BIPOLAIRE (TB)

**Clinique : critères de diagnostic** (état actuel et antécédents personnels et familiaux)

**Echelles et algorithmes** (AFSSAPS, ANGST... tempéraments affectifs)

## IDENTIFIER ET EVALUER LE RISQUE SUICIDAIRE

**Clinique** (situation actuelle et antécédents)

**Echelles et algorithmes : Mini International Neuropsychiatric Interview**

French Version (1998); HAS, 2005

**Echelle d'évaluation du risque suicidaire**

Ducher JL , et al. *L'Encéphale* 2006 ; 32 : 738-45

## FUMEUR AVEC UN TH : IDENTIFIER ET EVALUER UN USAGE DE SPA.

### Repérage en toute occasion CHEZ LE FUMEUR

**Anamnèse, Clinique** (usage, imprégnation, conséquences), **Questionnaires** :

- . **ASI** (*Addiction Severity Index*): Evaluation globale de l'usage et ses conséquences.
- . **Alcool**: DETA- CAGE, AUDIT
- . **Cannabis**: CAST, ADOSPA, ALAC
- . **Tabac**: FTND, MINI FTND, HONK, MWNS, FTCQ

### Marqueurs d'imprégnation – dépendance

- . **Alcool**: CDT (spécifique, sensibilité corrélée à la consommation)
- . **Cannabis**: Cannabinoïdes (**urines** : qualitatif ; **plasma** : quantitatif)
- . **Tabac**: COE, cotinine (plasma, urine, salive)

**Rechercher le mésusage de médicament: ou autre SPA (cocaïne...), d'un TCA (SCOFF)**  
**et évaluer les niveaux de précarité sociale (EPICES) et souffrance psychologique (K6)**

## Episode maniaque ou hypomaniaque (DSM5)

**A. Un épisode maniaque** correspond délimitée d'élévation de l'humeur ou humeur expansive ou irritable ou augmentation d'activité/énergie orientée vers un but (durée ≥ 7J, toute la journée, tous les jours (ou moins si une hospitalisation) .

**B. Durant l'épisode (changement du comportement habituel, au moins 3 des symptômes suivants (4 si humeur est seulement irritable) :**

- Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.
- Réduction du besoin de sommeil.
- Plus grande communicabilité ou le désir de parler constamment.
- Fuite des idées ou sensations que les pensées défilent.
- Distractibilité (par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants).
- Augmentation de l'activité orientée vers un but ou agitation psychomotrice.
- Engagement excessif dans les activités agréables (à potentiel de dommages).
- Les symptômes ne répondent pas aux critères d'un épisode mixte.

**C. Altération du fonctionnement pouvant nécessiter l'hospitalisation** pour prévenir des dommages, ou s'il existe des caractéristiques psychotiques.

**D. Les symptômes ne sont dus à une substance ou d'une maladie.**

Critères A à D constituent un épisode maniaque (≥ 1 épisode : BP type I).

**A. Un épisode d'hypomanie** correspond à une période délimitée d'élévation de l'humeur avec augmentation de l'activité ou énergie (durée ≥ 4J, tout le jour) .

**B. Durant l'épisode (changement du comportement habituel) au moins 3 des symptômes suivant (4 humeur est seulement irritable) :**

- Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.
- Réduction du besoin de sommeil.
- Plus grande communicabilité ou le désir de parler constamment.
- Fuite des idées ou sensations de pensées qui défilent.
- Distractibilité (l'attention attirée par des stimuli extérieurs insignifiants)
- Augmentation de l'activité orientée vers un but ou agitation psychomotrice.
- Engagement excessif dans les activités agréables (potentiel de dommages).

L'épisode est associé sans équivoque à un fonctionnement inhabituel chez l'individu (perturbation de l'humeur perceptibles par autrui).

**C. La perturbation de l'humeur n'altère pas les activités et les relations, pour nécessiter l'hospitalisation.** (psychotique : l'épisode est maniaque).

**D. Les symptômes ne sont pas dus aux effets de substance** (SPA, médicament).

## Questionnaire d'Hypomanie de ANGST

Veuillez sélectionner pour chaque question une réponse basée sur ce que vous avez ressenti pour une durée d'une semaine.

1- Moins d'heures de sommeil.	VRAI	FAUX
2- Davantage d'énergie et de résistance physique.	VRAI	FAUX
3- Davantage de confiance en soi.	VRAI	FAUX
4- Davantage de plaisir à faire plus de travail.	VRAI	FAUX
5- Davantage d'activités sociales (plus d'appels téléphoniques, plus de visites etc.).	VRAI	FAUX
6- Plus de déplacements et voyages ; davantage d'imprudences au volant.	VRAI	FAUX
7- Dépenses d'argent excessives.	VRAI	FAUX
8- Comportement déraisonnable dans les affaires.	VRAI	FAUX
9- Surcroît d'activité (y compris au travail).	VRAI	FAUX
10- Davantage de projets et d'idées créatives.	VRAI	FAUX
11- Moins de timidité, moins d'inhibition.	VRAI	FAUX
12- Plus bavard que d'habitude.	VRAI	FAUX
13- Plus d'impatience ou d'irritabilité que d'habitude.	VRAI	FAUX
14- Attention facilement distraite.	VRAI	FAUX
15- Augmentation des pulsions sexuelles.	VRAI	FAUX
16- Augmentation de la consommation de café et de cigarettes.	VRAI	FAUX
17- Augmentation de la consommation d'alcool.	VRAI	FAUX
18- Exagérément optimiste, voire euphorique.	VRAI	FAUX
19- Augmentation du rire (farces, plaisanteries, jeux de mots, calembours)	VRAI	FAUX
20- Rapidité de la pensée, idées soudaines, calembours.	VRAI	FAUX

**Score total ≥ 10 : possible épisode hypomaniaque (DSM5)**

# REPERER ET MESURER UN TROUBLE DEPRESSIF (TD)

## Hospital anxiety depression scale (HAD)

Zigmond AS, et al. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1971;67:361-70

<p><b>1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La plupart du temps 3</li> <li>- Souvent 2</li> <li>- De temps en temps 1</li> <li>- Jamais 0</li> </ul>	<p><b>9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jamais 0</li> <li>- Parfois 1</li> <li>- Assez souvent 2</li> <li>- Très souvent 3</li> </ul>
<p><b>2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui, tout autant 0</li> <li>- Pas autant 1</li> <li>- Un peu seulement 2</li> <li>- Presque plus 3</li> </ul>	<p><b>10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plus du tout 3</li> <li>- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2</li> <li>- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1</li> <li>- J'y prête autant d'attention que par le passé 0</li> </ul>
<p><b>3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui, très nettement 3</li> <li>- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2</li> <li>- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1</li> <li>- Pas du tout 0</li> </ul>	<p><b>11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui, c'est tout à fait le cas 3</li> <li>- Un peu 2</li> <li>- Pas tellement 1</li> <li>- Pas du tout 0</li> </ul>
<p><b>4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autant que par le passé 0</li> <li>- Plus autant qu'avant 1</li> <li>- Vraiment moins qu'avant 2</li> <li>- Plus du tout 3</li> </ul>	<p><b>12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autant qu'avant 0</li> <li>- Un peu moins qu'avant 1</li> <li>- Bien moins qu'avant 2</li> <li>- Presque jamais 3</li> </ul>
<p><b>5. Je me fais du souci</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Très souvent 3</li> <li>- Assez souvent 2</li> <li>- Occasionnellement 1</li> <li>- Très occasionnellement 0</li> </ul>	<p><b>13. J'éprouve des sensations soudaines de panique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vraiment très souvent 3</li> <li>- Assez souvent 2</li> <li>- Pas très souvent 1</li> <li>- Jamais 0</li> </ul>
<p><b>6. Je suis de bonne humeur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jamais 3</li> <li>- Rarement 2</li> <li>- Assez souvent 1</li> <li>- La plupart du temps 0</li> </ul>	<p><b>14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Souvent 0</li> <li>- Parfois 1</li> <li>- Rarement 2</li> <li>- Très rarement 3</li> </ul>
<p><b>7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui, quoi qu'il arrive 0</li> <li>- Oui, en général 1</li> <li>- Rarement 2</li> <li>- Jamais 3</li> </ul>	<p><b>A optimal &gt;8 D optimal &gt;8 A+D&gt;20 dépression majeure</b></p>
<p><b>8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presque toujours 3</li> <li>- Très souvent 2</li> <li>- Parfois 1</li> <li>- Jamais 0</li> </ul>	

## Beck Depressive Inventory (BDI-13)

Richter P, et al. *Psychopathology* 1998;31:160-168

<p><b>A. Je ne me sens pas triste</b> 0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Je me sens cafardeux ou triste 1</li> <li>Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas à en sortir 2</li> <li>Je suis triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter 3</li> </ul>	<p><b>H. Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens</b> 0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois 1</li> <li>J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai peu de sentiments pour eux 2</li> <li>J'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement 3</li> </ul>
<p><b>B. Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir</b> 0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir 1</li> <li>Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer 2</li> <li>Je sens qu'il n'y a aucun motif d'espérer 3</li> </ul>	<p><b>I. Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume</b> 0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision 1</li> <li>J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions 2</li> <li>Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision 3</li> </ul>
<p><b>C. Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie</b> 0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens 1</li> <li>Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échec 2</li> <li>J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari ou ma femme, mes enfants) 3</li> </ul>	<p><b>J. Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant</b> 0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux 1</li> <li>J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me paraît disgracieux 2</li> <li>J'ai l'impression d'être laid et repoussant 3</li> </ul>
<p><b>D. Je ne me sens pas particulièrement insatisfait</b> 0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances 1</li> <li>Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit 2</li> <li>Je suis mécontent de tout 3</li> </ul>	<p><b>K. Je travaille aussi facilement qu'auparavant</b> 0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose 1</li> <li>Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit 2</li> <li>Je suis incapable de faire le moindre travail 3</li> </ul>
<p><b>E. Je ne me sens pas coupable</b> 0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps 1</li> <li>Je me sens coupable 2</li> <li>Je me juge mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien 3</li> </ul>	<p><b>L. Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude</b> 0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Je suis fatigué plus facilement que d'habitude 1</li> <li>Faire quoi que ce soit me fatigue 2</li> <li>Je suis incapable de faire le moindre travail 3</li> </ul>
<p><b>F. Je ne suis pas déçu par moi-même</b> 0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Je suis déçu par moi-même 1</li> <li>Je me dégoûte moi-même 2</li> <li>Je me hais 3</li> </ul>	<p><b>M. Mon appétit est toujours aussi bon</b> 0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude 1</li> <li>Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant 2</li> <li>Je n'ai plus du tout d'appétit 3</li> </ul>
<p><b>G. Je ne pense pas à me faire du mal</b> 0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Je pense que la mort me libérerait 1</li> <li>J'ai des plans précis pour me suicider 2</li> <li>Si je pouvais, je me tuerais 3</li> </ul>	<p><b>0-4 : pas de dépression</b>  <b>4-7 : dépression légère</b>  <b>8-15 : dépression modérée ;</b>  <b>16 et plus : dépression sévère.</b></p>

**MADRS, HDRS, CES-D, EPDS...**

# IDENTIFIER UN TROUBLE BIPOLAIRE (TB)

## Clinique (état actuel et antécédents personnels et familiaux)

### Diagnostic d'un épisode maniaque (AFSSAPS)

EPISODE (hypo-) maniaque																		
1) a	Avez-vous déjà eu une période où vous vous sentiez tellement exalté(e) ou plein(e) d'énergie que cela vous a posé des problèmes ou que des personnes de votre entourage ont pensé que vous n'étiez pas dans votre état habituel ? <i>Ne pas perdre en compte les périodes survenant uniquement sous l'effet de drogues ou d'alcool. Si le patient ne comprend pas le sens d'exalté ou plein d'énergie, expliquer comme suit : Par exalté ou plein d'énergie, je veux dire être excessivement actif, excité, extrêmement motivé ou créatif ou extrêmement impulsif.</i> Si oui	Non	Oui	1														
b	Vous sentez-vous, en ce moment, exalté(e) ou plein(e) d'énergie ?	Non	Oui	2														
2) a	Avez-vous déjà eu une période où vous vous sentiez tellement irritable que vous en arriviez à insulter les gens, à hurler, voire à vous battre avec des personnes extérieures à votre famille ? <i>Ne pas perdre en compte les périodes survenant uniquement sous l'effet de drogues ou d'alcool.</i> Si oui	Non	Oui	3														
b	Vous vous sentez-vous excessivement irritable en ce moment ? <i>1-a ou 2-b sont-elles cotées OUI ?</i>	Non	Oui	4														
3)	Si 1-b ou 2-b = oui : explorer seulement l'épisode actuel Si 1-b et 2-b = non : explorer l'épisode le plus grave  Lorsque vous vous sentiez exalté(e), plein(e) d'énergie/irritable :																	
a	Aviez-vous le sentiment que vous auriez pu faire des choses dont les autres seraient incapables, ou que vous étiez quelqu'un de particulièrement important ?	Non	Oui	5														
b	Aviez-vous moins besoin de sommeil que d'habitude (vous sentiez-vous reposé(e) après seulement quelques heures de sommeil ?)	Non	Oui	6														
c	Parliez-vous sans arrêt ou si vite que les gens avaient du mal à vous comprendre	Non	Oui	7														
d	Vos pensées défilaient-elles si vite dans votre tête que vous ne pouviez pas bien les suivre ?	Non	Oui	8														
e	Etiez-vous si facilement distrait(e) que la moindre interruption vous faisait perdre le fil de ce que vous faisiez ou pensiez ?	Non	Oui	9														
f	Etiez-vous tellement actif(ve) ou aviez-vous une telle activité physique que les autres s'inquiétaient pour vous ?	Non	Oui	10														
g	Aviez-vous tellement envie de faire des choses qui vous paraissaient agréables ou tentantes que vous aviez tendance à en oublier les risques ou les difficultés qu'elles auraient pu entraîner (faire des achats inconsidérés, conduire imprudemment, avoir une activité sexuelle inhabituelle) ?	Non	Oui	11														
	Y a-t-il au moins trois Oui en 3) ou quatre si 1-a = Non (épisode passé) ou 1-b = Non (épisode actuel) ?	Non	Oui															
4)	Les problèmes dont nous venons de parler ont-ils déjà persisté pendant au moins une semaine et ont-ils entraîné des difficultés à la maison, au travail, à l'école ou dans vos relations avec les autres ou avez-vous été hospitalisé(e) à cause de ces problèmes ? Coter Oui, si Oui à l'un ou l'autre	Non	Oui	12														
	4) est-elle cotée Non ?	<table border="1"> <tr> <td>Episode hypomaniaque</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Actuel</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Passé</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Non</td> <td>Oui</td> </tr> <tr> <td>Episode hypomaniaque</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Actuel</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Passé</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			Episode hypomaniaque		Actuel	<input type="checkbox"/>	Passé	<input type="checkbox"/>	Non	Oui	Episode hypomaniaque		Actuel	<input type="checkbox"/>	Passé	<input type="checkbox"/>
Episode hypomaniaque																		
Actuel	<input type="checkbox"/>																	
Passé	<input type="checkbox"/>																	
Non	Oui																	
Episode hypomaniaque																		
Actuel	<input type="checkbox"/>																	
Passé	<input type="checkbox"/>																	
	Si oui, spécifier si l'épisode exploré est actuel ou passé																	
	4) est-elle cotée Oui ?																	
	Si oui, spécifier si l'épisode exploré est actuel ou passé																	

### Identifier un TB devant un état dépressif ?

<b>Sémiologie de l'Épisode Dépressif</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Humeur réactive</li> <li><input type="checkbox"/> Attitude pseudo-hystérique</li> <li><input type="checkbox"/> Demande d'aide excessive</li> <li><input type="checkbox"/> Trop de plaintes somatiques</li> <li><input type="checkbox"/> Hypersomnie et/ou hyperphagie</li> <li><input type="checkbox"/> Sentiments excessifs de culpabilité</li> <li><input type="checkbox"/> Tension intérieure (agitation psychique)</li> <li><input type="checkbox"/> Colère ou irritabilité excessives</li> <li><input type="checkbox"/> Jalousie ou paranoïa excessives</li> <li><input type="checkbox"/> Attention difficile (patient distrait)</li> <li><input type="checkbox"/> Pensées rapides</li> <li><input type="checkbox"/> Idées suicidaires, obsédantes</li> <li><input type="checkbox"/> Obsessions agressives, sexuelles</li> <li><input type="checkbox"/> Libido augmentée</li> <li><input type="checkbox"/> Éléments psychotiques (délires, hallucinations)</li> <li><input type="checkbox"/> Aggravation nocturne des symptômes</li> </ul>	
<b>Évolution et complications</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Début précoce de l'épisode dépressif majeur (&lt; 26 ans)</li> <li><input type="checkbox"/> Survenue de l'épisode dépressif majeur en post-partum</li> <li><input type="checkbox"/> Récurrence dépressive importante</li> <li><input type="checkbox"/> 4 épisodes thymiques ou plus par an (cycles rapides)</li> <li><input type="checkbox"/> Tentatives de suicide graves ou récurrents</li> <li><input type="checkbox"/> Consommation excessive de substances (ou dépendance)</li> </ul>	
<b>Biographie et histoire familiale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Biographie « orageuse »</li> <li><input type="checkbox"/> Sensibilité excessive au rejet (ou à l'abandon)</li> <li><input type="checkbox"/> Humeur labile persistante</li> <li><input type="checkbox"/> Traits cyclothymiques (« des Hauts et des Bas »)</li> <li><input type="checkbox"/> Histoire familiale de Trouble Bipolaire ou de suicide</li> </ul>	
<b>Réactivité au traitement antidépresseur</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Rémission ultrarapide de l'épisode dépressif majeur</li> <li><input type="checkbox"/> Virage hypomaniaque</li> <li><input type="checkbox"/> Insomnie rebelle aux hypnotiques</li> <li><input type="checkbox"/> Aggravation paradoxale avec agitation</li> <li><input type="checkbox"/> Survenue de pulsions suicidaires</li> <li><input type="checkbox"/> Résistance à plus de 2 essais de traitement d'antidépresseurs à dose efficace et durée suffisante</li> </ul>	

Plusieurs OUI : réaliser test de dépistage des hypomanie de Angst.

# TEMPÉRAMENTS AFFECTIFS : PRÉ-MORBIDES DES Tr. MANIACO-DÉPRESSIFS ?

Les tempéraments constituent la base biologique de la personnalité.

Les dérèglements tempéramentaux, représentent des formes infracliniques des troubles de l'humeur ou des voies développementales, conduisant à des troubles thymiques majeurs.

La connaissance et l'identification et la prise en considération des principaux tempéraments affectifs permettent d'établir le diagnostic de formes atténuées de troubles bipolaires, et détermine le choix de moyens pharmacologiques adaptés.

Hantouche EG, et al. *L'Encéphale* 2002; 23:21-28.  
 Akiskal HS, et al. *J Affect Disorders* 2005; 85 : 231-239.  
 Masmoudi J, et al. *Soins psychiatrie* 2008; 29:43-46.  
 Akiskal HS, et al, *J Affect Disord* 2003; 73:49-57.  
 Vasquez GH, et al. *J Affect Disord* 2012; 139: 18-22.  
 Guelfi JD, et al. *Les personnalités pathologiques*. Paris: Lavoisier,2013.

**Questionnaire Tempérament CYCLOHYMIQUE**

Veillez répondre en cochant les cases "Oui" ou "Non" à la question suivante :

**QUELS SONT LES ÉLÉMENTS CARACTÉRISTIQUES DE VOTRE ÉTAT D'HUMEUR HABITUEL ?**

- Je me sens souvent
- J'ai des changements
- Mes sentiments "entre les deux"
- Mes capacités (confus)
- Je prends grand plaisir
- J'ai tendance à
- J'ai l'habitude de
- Mon humeur change
- Parfois je me sens paresseux
- Des fois, je réveille avec
- On m'a fait remarquer
- Ma confiance en moi
- D'un jour à l'autre
- Je ressens toute
- Mon besoin de
- Je peux ressentir
- Je suis souvent
- J'ai parfois
- Je suis tombé

**Questionnaire Tempérament DÉPRESSIF**

Veillez répondre en cochant les cases "Oui" ou "Non" à la question suivante :

**QUELS SONT LES ÉLÉMENTS CARACTÉRISTIQUES DE VOTRE ÉTAT D'HUMEUR HABITUEL ?**

- Je suis habituellement
- Je me considère
- La vie est pour moi
- Je pense que le
- Je suis le genre
- Je suis souvent
- J'ai tendance à
- Mon rythme est
- Je suis le genre
- Je parle peu et
- Je répugne à
- Je me sens mal
- Je suis facilement
- Je suis le genre
- Je suis par nature
- Je suis quelque
- Il est naturel
- Je suis le genre
- Mon intérêt pour
- Je suis d'habitude

**Questionnaire Tempérament HYPERTHYMIQUE**

Veillez répondre en cochant les cases "Oui" ou "Non" à la question suivante :

**QUELS SONT LES ÉLÉMENTS CARACTÉRISTIQUES DE VOTRE ÉTAT D'HUMEUR HABITUEL ?**

- Je suis habituellement
- La vie est une fête
- J'adore raconter
- Je suis le genre de
- J'ai pleinement
- Mes idées sont
- Je suis toujours
- Je suis plein d'énergie
- Je suis doué pour
- Je suis prêt à
- Une fois que j'ai
- Je suis très à l'aise
- Je recherche
- Je suis par nature
- On me dit que
- J'ai de l'intérêt
- J'estime avoir
- J'aime être
- Je me mets
- Mon appétit
- Je me contente

**Questionnaire Tempérament IRRITABLE**

Veillez répondre en cochant les cases "Oui" ou "Non" à la question suivante :

**QUELS SONT LES ÉLÉMENTS CARACTÉRISTIQUES DE VOTRE ÉTAT D'HUMEUR HABITUEL ?**

	OUI	NON
1) Je suis une personne grincheuse (irritable)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Je suis en permanence d'humeur insatisfaite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Je me plains beaucoup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Je suis assez critique vis-à-vis des autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Je me sens souvent à bout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Je me sens souvent remonté(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Je me sens mû(e) par une agitation désagréable que je n'arrive pas à comprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Je m'emporte souvent au point de tout rebuter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Quand je suis contrarié(e), je peux me bagarrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Les autres me disent que j'explose pour rien (sans qu'on me provoque)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Quand je suis en colère, je peux casser ou frapper quelqu'un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) J'aime taquiner les autres, même ceux que je connais à peine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Mon humour « mordant » m'a causé des ennuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Je peux être si furieux(se) au point de blesser quelqu'un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Je suis tellement jaloux(se) de mon conjoint (ou amoureux) que je n'arrive pas à tolérer ce sentiment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Je suis connu pour jurer beaucoup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) On m'a dit que je devenais violent(e) après quelques verres d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Je suis assez sceptique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Je peux être révolutionnaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Ma pulsion sexuelle est souvent si intense qu'elle devient vraiment pénible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) (Femmes seulement) : J'ai des crises incontrôlables de colère juste avant mes règles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total : ....		

# IDENTIFIER ET EVALUER LE RISQUE SUICIDAIRE

**Clinique** (situation actuelle et antécédents) et **moyens d'aide** (diagnostic et évaluation)

## Mini International Neuropsychiatric Interview

French Version (1998); HAS, 2005

**Au cours du mois écoulé, avez-vous :**

C1 : Pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaité être mort(e) ? NON OUI **1**

C2 : Voulu vous faire mal ? NON OUI **2**

**C3** : Pensé vous suicider ? NON OUI **3**

**C4** : Établi la façon dont vous pourriez vous suicider ? NON OUI **4**

**C5** : Fait une tentative de suicide ? NON OUI **5**

**Au cours de votre vie,**

**C6** : Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ? NON OUI **6**

Y a-t-il au moins **UN** oui ci-dessus ? NON OUI

Si oui, spécifier le niveau du risque suicidaire comme ci-dessous :

**C1 ou C2 ou C3 = OUI** → Risque suicidaire actuel **LÉGER**

**C3 ou (C2 + C6) = OUI** → Risque suicidaire actuel **MOYEN**

**C4 ou C5 ou (C3 + C6) = OUI** → Risque suicidaire actuel **ÉLEVÉ**

1 ou 2 ou 6 = OUI : léger  
 3 ou (2+6) = OUI : moyen  
 4 ou 5 ou (3+6) = OUI : élevé

## Echelle d'évaluation du risque suicidaire

Ducher JL , et al. *L'Encéphale* 2006 ; 32 : 738-45

<b>0</b>	Pas d'idées de mort	Ne pense pas plus à la mort qu'habituellement
<b>1</b>		Pense plus à la mort qu'habituellement
<b>2</b>	Idées de mort	Pense souvent à la mort
<b>3</b>		A quelques idées de suicide
<b>4</b>	Idées de suicide	A assez souvent des idées de suicide
<b>5</b>		Pense très souvent au suicide et parfois ne voudrait plus exister
<b>6</b>	Désir passif de mourir	Désire mourir ou plutôt être mort
<b>7</b>		Désir de mort très fort, mais retenu par quelque chose (être cher...)
<b>8</b>	Volonté active de mourir	Veut mettre fin à ses jours
<b>9</b>		Sait comment il veut mettre fin à ses jours
<b>10</b>	Début de passage à l'acte	A déjà préparé son suicide ou a commencé de passer à l'acte

# ALGORITHME POUR L'AIDE À L'ARRÊT DU TABAC DES FUMEURS AVEC TH ?

