Dépression et arrêt du tabac

→ **P. DUPONT**
Service d'Addictologie
du Pr Reynaud,
CHU Paul Brousse,
VILLEJUIF.

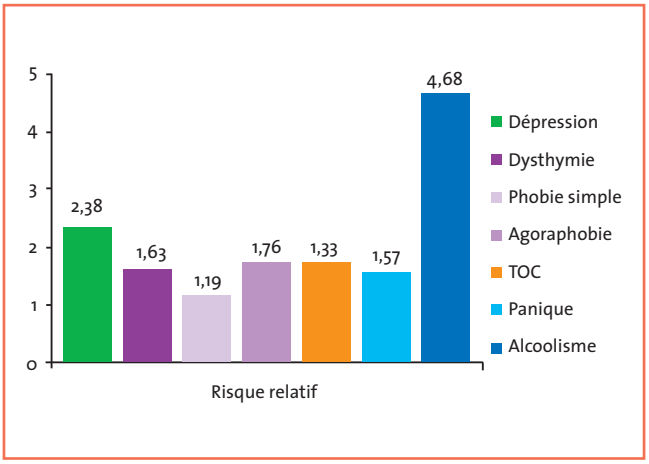

Fig. 1 : Risque relatif de dépendance tabagique pour quelques pathologies psychiatriques. Glassman *et al.*

Les liens entre troubles anxio-dépressifs et addictions sont établis depuis de nombreuses années. A l'initiative de la Fédération Française de Psychiatrie (FFP) et de l'Office Français de prévention du Tabagisme (OFT), une conférence d'experts a permis en 2008 de faire le point sur ce sujet. Glassman *et al.* (1990) ont été parmi les premiers à apporter une preuve de la relation entre tabagisme et trouble dépressif [1], retrouvant une prévalence de la dépression (vie entière) de 2,90 % chez les non-fumeurs et de 6,90 % chez les fumeurs (moyenne pour la population générale : 5,10 %). Le risque relatif (RR) de dépendance tabagique en cas de dépression était dans cette étude de 2,38 et en cas de dysthymie de 1,63 (***fig. 1***).

Ces liaisons entre dépression et tabagisme largement décrites restent cependant complexes : facteurs favorisants, conséquences ou simples co-occurrences ? Breslau a démontré dans une étude portant sur 4 414 personnes âgées de 15 à 54 ans que la préexistence au tabagisme de désordres psychologiques, dont la dépression majeure, augmentait le risque de devenir fumeur régulier et fumeur dépendant. Ce risque augmenté de devenir dépendant au tabac en présence de symptômes dépressif est confirmé dans une étude de suivi pendant 2 ans 1/2 chez 113 adolescents par Karp. Steuber, quant à lui, suggère, en 2006, chez 14 634 adolescents, que la prévalence de la dépression augmente après l'initiation au tabagisme. Enfin, plusieurs études ont démontré le lien entre dépression, sérotonine et usage du tabac. L'hypothèse actuelle la plus probable est donc celle de facteurs de risques communs qui prédisposeraient à la fois au tabagisme et à la dépression et qui seraient d'ordre génétique et/ou psychologiques et environnementaux [2].

Plusieurs études ont relevé le lien existant entre tabagisme et tentative de suicide. Dans une enquête de la DRASS de Bretagne, l'*odds ratio* d'être fumeur quand l'individu a fait une TS est de 2,8. Binder a fait du tabagisme un facteur prédictif de la tentative de suicide chez les adolescents à rechercher systématiquement par tous les médecins [2].

Antécédents de dépression : plus de difficultés à l'arrêt ?

L'existence d'un antécédent dépressif chez le sujet fumeur doit toujours être recherchée. En effet, plusieurs études ont retrouvé cet antécédent comme élément prédictif d'échec de l'arrêt. Glassman [1] a trouvé une

moins grande fréquence d'ex-fumeurs chez les personnes avec des antécédents de dépression (14 % *vs* 28 %). Cependant, une méta-analyse de 2003 [3] sur 11 études prospectives n'a pas retrouvé de différence quant à la fréquence des arrêts du tabac entre les fumeurs ayant un antécédent de dépression et ceux qui en étaient dépourvus.

Malgré tout, par prudence, les tabacologues recherchent cet antécédent de façon systématique et renforcent leur surveillance s'il existe [4]. **Un antécédent de dépression lors d'un arrêt antérieur du tabac doit inciter à la prudence et, selon notre expérience, à demander l'avis d'un tabacologue et/ou d'un psychiatre.**

Troubles de l'humeur à l'arrêt du tabac

L'humeur dépressive fait partie des troubles ressentis lors de l'arrêt (DSM IV) avec l'insomnie, l'irritabilité, la frustration, la colère, l'anxiété, les difficultés de concentration, l'augmentation de l'appétit, la prise de poids, la fébrilité et la diminution du rythme cardiaque. En général, ces symptômes surviennent les premiers jours de l'arrêt et disparaissent rapidement en quelques semaines, seuls ou avec un traitement d'aide à l'arrêt du tabac bien conduit [4].

Il est nécessaire de ne pas confondre ces symptômes avec un vrai syndrome dépressif secondaire à l'arrêt du tabac survenant plutôt après le premier mois d'arrêt et qui doit être considéré comme un réel épisode dépressif majeur (EDM) et traité comme tel, la présence de troubles anxieux et dépressifs constituant un facteur d'échec d'arrêt et/ou de reprise du tabagisme [4, 5]. La surveillance du moral pendant l'arrêt est donc indispensable, le médecin pouvant s'aider de tests comme le test HAD (*Hospital Anxiety Depression scale*) à 14 items qui, sans faire le diagnostic d'EDM, dépiste un trouble actuel et pousse à une recherche plus approfondie [4].

La plupart des études montrent que les affects négatifs augmentent lors du sevrage tabagique. Cependant, d'autres auteurs ont observé au contraire une diminution de ces affects, ce que nous constatons également en pratique courante [6].

A titre d'exemple, nous rapportons le cas de Monsieur C., 45 ans, qui était venu consulter dans le cadre d'une démarche personnelle début 2007. Son moral lors du bilan initial était bas (coté à 3 avec un HAD-A (anxiété) à 17 et HAD-D (dépression) à 13 [le test est dit positif à partir de 9 points pour chaque partie]). Pendant la première année de suivi, alors qu'il fumait toujours, son test HAD-D est resté anormal et stable entre 12 et 15. Il arrête de fumer 1 an après la première consultation. Alors que rien de significatif ne change dans sa vie, à partir du jour de l'arrêt et pendant l'année de suivi, son moral s'est amélioré. Il le cotait à 5, 1 semaine après l'arrêt, pour atteindre progressivement 8 sur 10, le test HAD-D s'est normalisé pour finir à 1 seul point.

POINTS **FORTS**

Le tabagisme, un facteur prédictif de la tentative de suicide chez les adolescents à rechercher systématiquement par tous les médecins.

L'existence d'un antécédent de dépression lors d'un arrêt antérieur du tabac doit inciter à la prudence et à demander l'avis d'un tabacologue et/ou d'un psychiatre.

L'humeur dépressive, symptôme de sevrage en nicotine, ne doit pas être confondue avec un épisode dépressif majeur survenant à l'arrêt du tabac.

Il est conseillé d'initier le sevrage tabagique chez les patients atteints de troubles de l'humeur lorsqu'ils en font la demande et qu'ils sont équilibrés sur le plan thymique.

Conduite à tenir

D'après les recommandations de l'Association Américaine de Psychiatrie, le meilleur moment pour qu'un patient ayant des troubles thymiques arrête de fumer est lorsqu'il en fait la demande. De bon sens, un patient capable de formuler, élaborer et investir un projet d'avenir serait dans une phase euthymique de la maladie. Dans l'état actuel de nos connaissances, il n'existe pas de contre-indications formelles, ni de délai fixe suite à un épisode dépressif pour débuter un sevrage [6]. **Il est donc conseillé d'initier le sevrage tabagique chez les patients atteints de troubles de l'humeur lorsqu'ils en font la demande et qu'ils sont équilibrés sur le plan thymique** [5, 6].

Dans une méta-analyse de 37 études dans la population générale, l'*American Medical Association* a constaté que les interventions qui procuraient des meilleurs résultats en termes d'abstinence étaient celles qui impliquaient des

cliniciens provenant de deux disciplines ou plus. Nous pouvons donc conclure qu'**une prise en charge multidisciplinaire** (psychiatrie et tabacologie) serait plus efficace qu'une prise en charge par une équipe seule.

Plusieurs études ont montré que les psychothérapies classiques (conseil bref, thérapies cognitives et comportementales, entretien motivationnel) et les pharmacothérapies (substituts nicotiniques, bupropion [Zyban]) sont efficaces pour arrêter de fumer chez les patients dépressifs [6]. Dans l'état actuel des connaissances, seule la varénicline (Champix) n'est pas conseillée en cas de dépression caractérisée sévère (Afssaps, juillet 2008).

Conclusion

Les liens entre tabagisme et dépression sont importants. Répondant vraisemblablement à des facteurs de vulnérabilité génétiques, psychologiques et comportementaux communs, tout patient souhaitant arrêter de fumer doit être surveillé d'un point de vue thymique, surtout s'il vient demander de l'aide [4].

L'existence d'un antécédent de dépression lors d'un arrêt antérieur du tabac doit inciter à la prudence et nécessite une orientation vers une consultation spécialisée en tabacologie, mais ne contre-indique pas l'arrêt du tabac. Un épisode dépressif majeur présent au début du sevrage ou survenant pendant l'arrêt doit être systématiquement recherché. Sa prise en charge doit, d'après notre expérience, être présentée comme faisant partie intégrante de l'aide à l'arrêt afin de ne pas aggraver le moral du patient qui souhaite arrêter de fumer. Déconseiller l'arrêt du tabac à cause d'une dépression renforce chez beaucoup l'idée qu'ils sont incapables de réussir quoi que ce soit et aggrave leur dépression.

Bibliographie

1. Glassman AH, Helzer JE, Covey LS *et al.* Smoking, smoking cessation, and major depression. *JAMA*, 1990 Sep 26 ; 264 : 1546-9.
2. Dupont P, Reynaud M. Adolescents et tabac. *EMC Psychiatrie*, 2007, 37 213 B-35.
3. Hitsman B, Borrelli B, McChargue DE *et al.* History of depression and smoking cessation outcome : a meta-analysis. *J Consult Clin Psy*, 2003 ; 71.4 : 657-63.
4. Lagrue G, Dupont P, Fakhfakh R. Troubles anxieux et dépressifs dans la dépendance tabagique : *L'encéphale*, 2002 ; 28 : 374-7.
5. Afssaps, recommandations de bonnes pratiques dans l'aide à l'arrêt du tabac, Argumentaire, Paris, 2003. **www.afssaps.fr/content/download/3949/39046/version/3/file/tabarg-2.pdf**
6. Benyamina A. Conduite de l'arrêt du tabac chez un patient atteint de troubles de l'humeur. *In :* sous la direction de Moreau A, Dupont P, Dautzenberg B. Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques. Ed OFT Entreprise, Paris 2009, 226 pages, 124-128.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflit d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.