



QUEL SOUTIEN APPORTER AUX FUMEURS IRREDUCTIBLES OU HARD-CORE SMOKERS (HCS) ?

Dr. Jean PERRIOT

Pneumologue, Tabacologue, Addictologue
Institut Rhône - Alpes - Auvergne de Tabacologie
perriotjean@gmail.com



DIU de Tabacologie et d'aide au sevrage tabagique
Clermont-Ferrand le 19 Mars 2026

Je déclare n'avoir aucun lien d'intérêt avec l'industrie du tabac, de l'e-cig, de l'alcool, des jeux ni l'industrie pharmaceutique.



INTRODUCTION

DEFINITION

La prévalence du tabagisme $\searrow$ mais persistance de :

- « *Hard-core smokers* » (ne veulent pas arrêter le tabac).
- « *Heavy chronic smokers* » (échecs répétés du sevrage).

Ce sont des « Fumeurs difficiles »

- Ils ont des difficultés à arrêter le tabac.
- Le praticien a des difficultés à les aider.

Comment dépasser ces difficultés ?

PLAN DE L'EXPOSE

- Position du problème.
- Dépendance au tabac et HCS.
- Caractéristiques des HCS.
- Panorama des HCS.
- Prise en charge du sevrage.
- Réduction de la consommation ou des risques
- Moyens d'aide à l'arrêt.
- Conclusion : que retenir ?
- Illustrations et pour en savoir plus
- Tests d'évaluation utiles.

CLASSIFICATION DES FUMEURS

USA

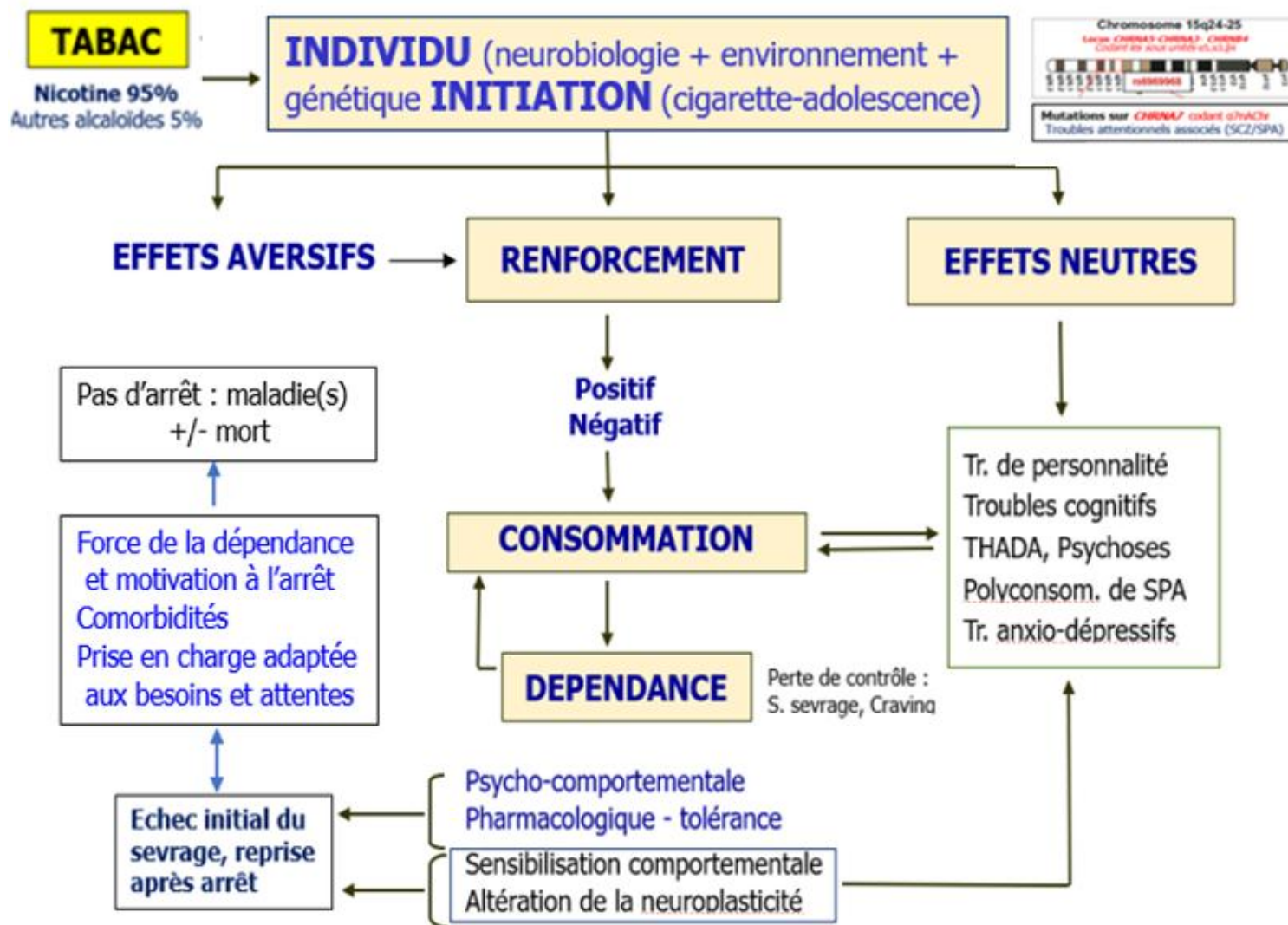
- 1 Current smoker
- 2 Intermittent smoker
- 3 Daily smoker
- 4 Chipper
- 5 Established smoker

FRANCE

- Fumeur (F)
- F. intermittent
- F. quotidien
- Petit fumeur
- F. endurci (confirmé)
-
- 6 Heavy chronic smoker F. Très dépendant
« j'veux bien arrêter mais j'peux point ! »
- 7 Hard-core smoker F. opiniâtre
« j'veux point arrêter et j'peux point ! »
- 6 + 7 des fumeurs difficiles** (HCS).

Seidman DF, Covey LS. Lawrence Erlbaum Publishers, 1999.
Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2010 ; 27(10) : 1150-63.
Perriot J, et al. *Rev Mal Respir* 2012 ; 29 (4) : 448-61.
Lando HA. *Drug Alcohol Rev.* 2006;25(1):5-14.
West R, et al. *Addiction.* 2018 ;113(1):3-4.

RAPPELS DUR LA DEPENDANCE AU TABAC



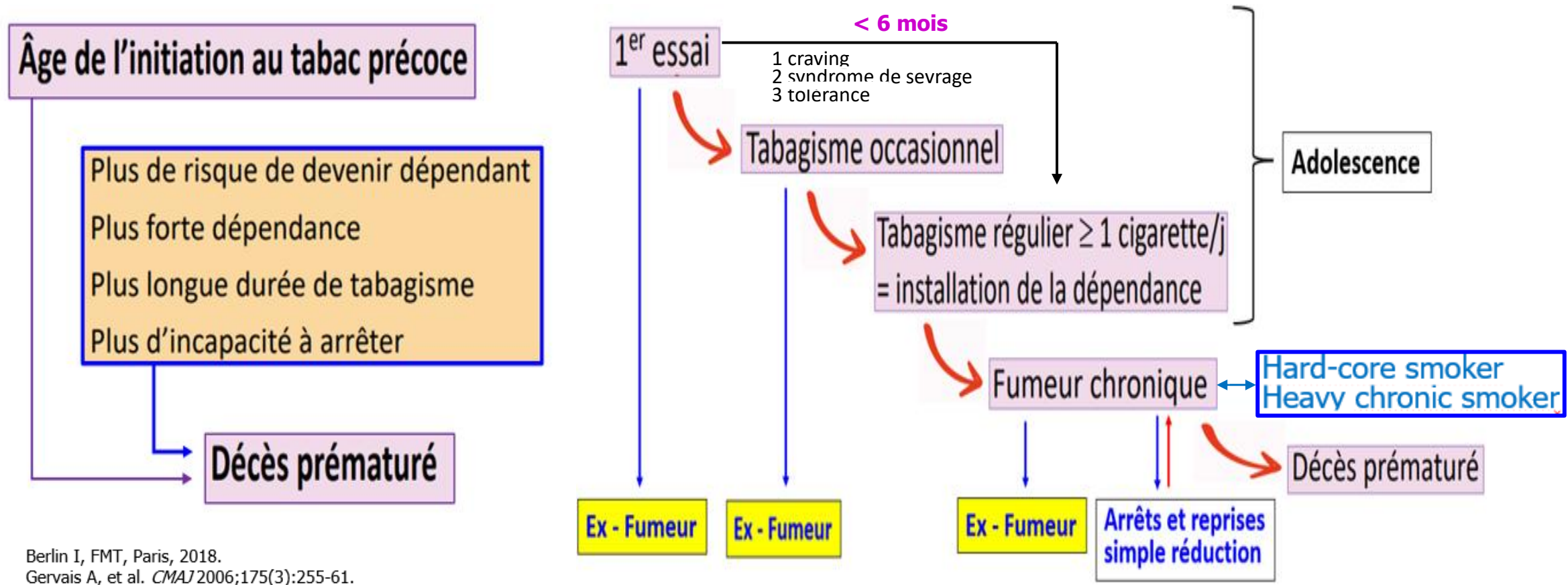
UNE DEPENDANCE COMPOSITE

- **Pharmacologique** (nicotine, β carbolines).
- **Psychologique** (effets psychoactifs, TAD).
- **Comportementale** (réflexe conditionnés).
- **Environnementale** (stimuli du craving).
- **Sensorielle** (goût ...« *Throat-hit* »).
- **Identitaire** (« sans elle je ne suis pas moi »).

Zhang X, et al. *Frontiers in Genetics* 2019;10,7p.
Hughes JR. *Drug Alcohol Depend* 2011; 11(2-3):111-117.
Zvolaska K, et al. *Tob Induc Dis*. 2020 ;18:67.
Lund M, et al. *Nicotine Tob Res*. 2011;13(11):1132-9.
Brown A, et al. *Nicotine Tob Res* 2009 ; 11(8) : 924-32
Warner KE, et al. *Nicotine Tob Res*. 2003; 5(1):37-48.
Jimenez-Ruiz, et al. *Respiration* 2002;69(5):452-5.
Fagerström KO, et al. *Addiction* 2008; 103(5): 841- 45.
Auer R, et al. *N Engl J Med*. 2024 ;390(7):601-610.
Lakoni E, et al. *Swiss Med Wkly* 2024 ;154 : 3583.
Martinez U, et al. *Nicotine Tob Res*. 2020;22(5):764-770.
Jackson SE, *Addiction*. 2021;116(1):1859-1870.
Dawkins L, et al. *Psychopharmacology* 2013;227:377-84.
Yingst J, et al. *Nicotine Tob Res*. 2023;25(3):372-378.
Shiffman S, et al. *Addiction*. 2020;115(10):1924-1931.
Underner M, et al. *Rev Mal Respir*. 2024;41(9):713-714.



HISTOIRE NATURELLE DU TABAGISME



NICOTINE ET DOPAMINE

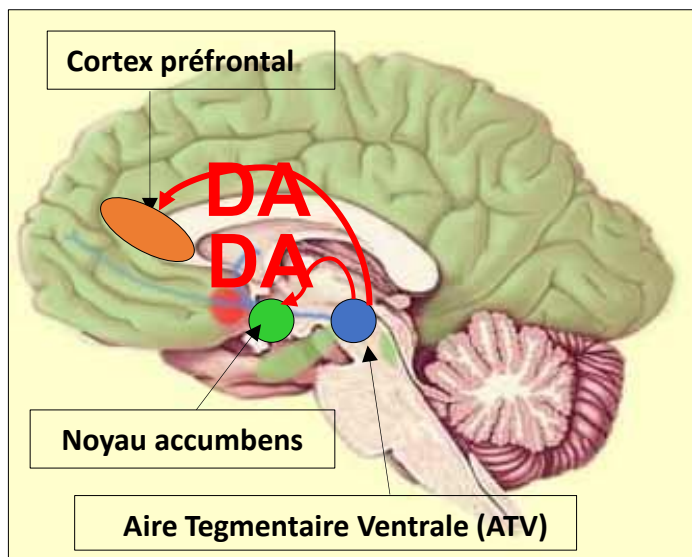
nicotine

nicotine

nACh-R

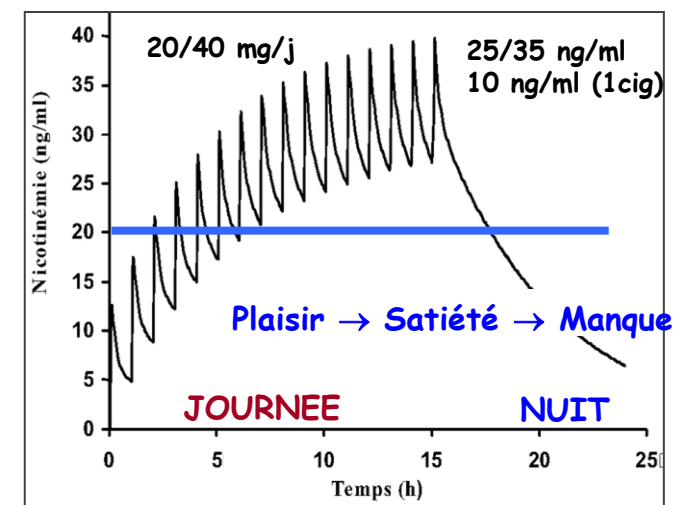
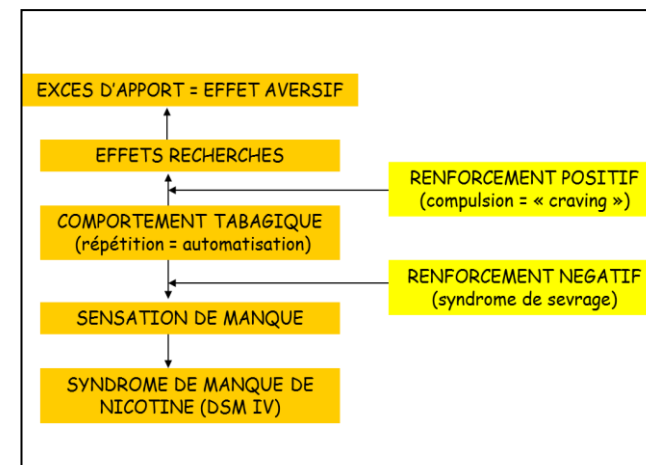
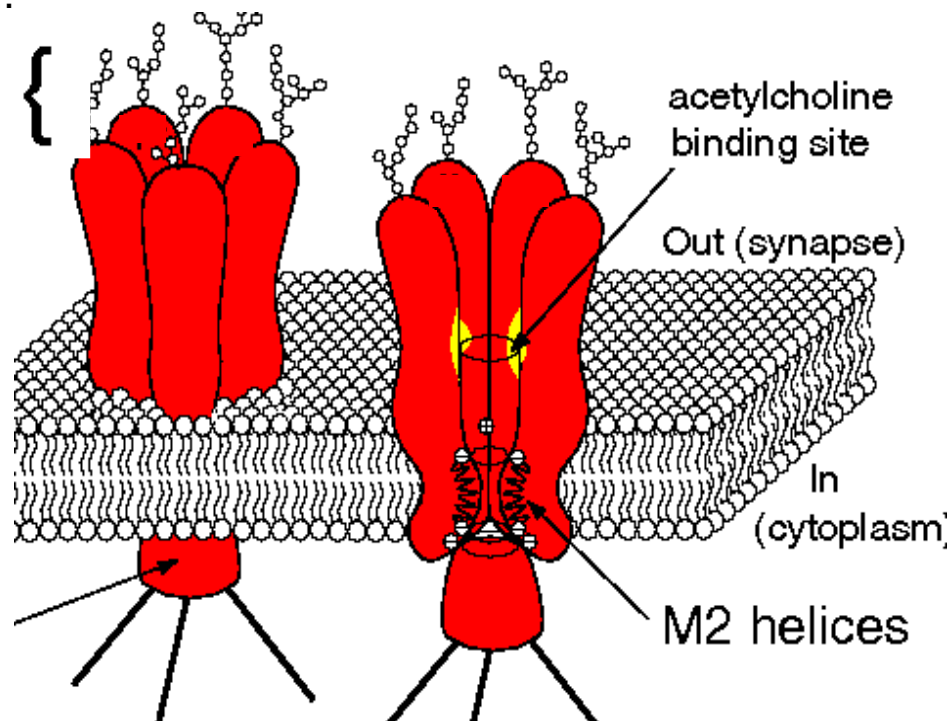
nACh-R (5 sous-unités), Nx isoformes sur le SNC, le SNA, les cellules et tissus ...

Nicotine : molécule de petite taille



LIBERATION DE DOPAMINE (DA)

(NICOTINE + Renforçateurs)



Demi plasmatique de la nicotine
1-4 h (Métabolisme CYP 2A6)

EVALUATION DE LA DEPENDANCE AU TABAC

A maladaptative pattern of substance use leading to clinically significant impairment or distress, as manifested by 2 (or more) of the following, occurring within a 12-month period.

- 1 - Recurrent substance use resulting in a failure to fulfill major obligations at work, school, or home
- 2 - Recurrent substance use in situation in which it is physically hazardous
- 3 - Continued substance use despite having persistent or recurrent social or interpersonal problems caused or exacerbated by the effects of the substance
- 4 - **Tolerance**
- 5 - **Withdrawal**
- 6 - Substance is often taken in larger amounts or over longer period than intended
- 7 - **Persistent desire or unsuccessful effort to cut down or control substance use**
- 8 - A great deal of time is spent in activities necessary to obtain, use the substance or recover of its effects
- 9 - Important social, occupational or recreational activities given up or reduced because of substance use
- 10 - **The substance use is continued despite knowledge of having a persistent or recurrent physical or psychological problem that is likely to have been caused or exacerbated by the substance**
- 11 - **Craving or a strong desire or urge to use a specific substance**

Test de dépendance à la cigarette (FTCD)

Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Moins de 5 minutes	3
	6 à 30 minutes.....	2
	31 à 60 minutes.....	1
	Après 60 minutes.....	0
Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?	Oui.....	1
	Non.....	0
Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?	La première.....	1
	Une autre.....	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	10 ou moins.....	0
	11 à 20.....	1
	21 à 30.....	2
	31 ou plus.....	3
Fumez-vous de façon plus rapprochée dans la première heure après le réveil que pendant le reste de la journée ?	Oui.....	1
	Non.....	0
Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?	Oui.....	1
	Non.....	0
Score TOTAL =		

Moderate : 2 à 3 critères positifs

Severe : ≥ 4 critères positifs

DSM-5 : diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5^e édition, Washington D.C. American Psychiatric Association, 2013
Heatherton TF, et al. *Br J Addict.* 1991;86(9):1119-27.

Score questionnaire (6 questions)

0-3 : peu de dépendance

4-6 : dépendance moyenne

7-10 : forte, très forte dépendance

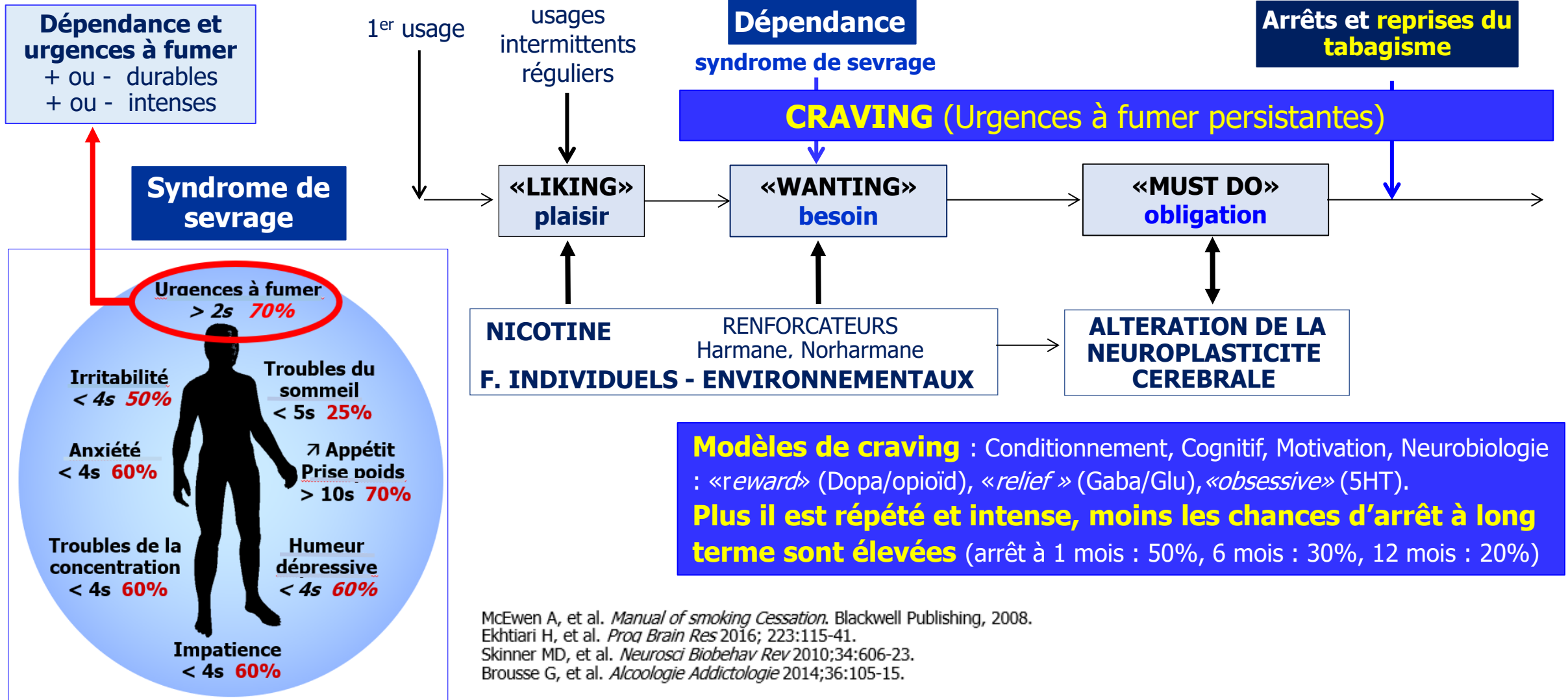
Score questionnaire (2 questions)

0-2 : peu de dépendance

3-4 : dépendance moyenne

4-6 : forte, très forte dépendance

DEPENDANCE ET CRAVING



CARACTERISTIQUES DES HCS

DONNEES DE LA LITTERATURE

Fumeurs d'âge $\geq$ à 25 ans.
 Consommation $\geq$ 15 cigarettes/jour.
 Tabagisme quotidien depuis 5 ans.
 Pas d'arrêt dans l'année précédente.
 Pas d'intention d'arrêt dans les 6 mois.

Hommes > femmes (à discuter !).
 Niveaux de formation, revenus bas
 Vivant souvent seuls, pas d'activité.
 Limités dans l'usage (foyer/W).
 Peu de soins médicaux/dentaires.

Peu convaincus de la toxicité du tabac.
 Peu sensibles à la prévention du tabac.
 Tabagisme précoce et usage régulier.
 Consommation et dépendance élevées.
 Peu convaincus d'être dépendants.
 Souvent consommateurs d'autres SPA.

Variable	Hard-Core smokers	Heavy chronic smokers	Current smokers
Currently married (yes)	1.0	1.13 (1.02–1.24)	1.08 (1.00–1.18)
Education ($\geq$ 13 years)	1.0	1.34 (1.20–1.49)	1.45 (1.32–1.59)
Employed (yes)	1.0	0.96 (0.80–1.17)	0.95 (0.80–1.12)
Income (< US\$30,000)	1.0	0.99 (0.88–1.12)	1.04 (0.92–1.17)
Race/ethnicity (White)	1.0	1.35 (1.20–1.53)	0.63 (0.56–0.72)
Gender (male)	1.0	1.06 (0.96–1.16)	0.88 (0.80–0.96)
Seen doctor in past year (yes)	1.0	1.25 (1.12–1.40)	1.32 (1.19–1.46)
Doctor ever advised to quit (yes)	1.0	1.85 (1.66–2.07)	1.35 (1.22–1.50)
Seen dentist in past year (yes)	1.0	1.32 (1.19–1.46)	1.41 (1.29–1.54)
Dentist ever advised to quit (yes)	1.0	1.26 (1.10–1.43)	1.11 (0.99–1.26)
Work restrictions (yes) ^a	1.0	1.09 (0.92–1.28)	1.14 (0.98–1.33)
Employer offer to help (yes) ^a	1.0	1.41 (1.14–1.73)	1.42 (1.15–1.74)
Home restrictions			
Not allowed in any area	1.0	1.70 (1.47–1.97)	2.92 (2.51–3.40)
Allowed in some areas	1.0	1.45 (1.28–1.64)	1.99 (1.76–2.25)

Costa ML, et al. Hardcore definitions and their application to population-based sample of smokers. *Nicotine Tob Res* 2010 ;12(8):860-4.
 Ontario Tobacco Survey (2005-08 ; n=4 130), prévalence pour 7 définitions des HCS.
Prévalence : 0,03 % à 13,77 % ! (spécificité ou difficulté à l'arrêt ?).

NAITRE OU DEVENIR HCS ?

Emery S, et al. *Am J Pub Health* 2000 **5,2%**

Etude Californienne de 1996 portant sur 18616 fumeurs, taux de réponse : 72,9%

Augustson EM, et al. *Nicotine Tob Res* 2004 **13,7%** (17,6% des « Established smokers », 25% des « Heavy Chronic smokers »)

Etude Américaine de 1998-99 portant sur 35568 fumeurs, taux de réponse : 82 %

Jarvis MA, et al. *BMJ* 2005 **16%** (10 % avec les critères US ; **5%** entre 18 et 24 ans et **30%** à partir de 65 ans)

Etude Britannique entre 1994 et 97 sur 7 766 fumeurs, taux de réponse : 60 %

Walsh RA, et al. *Health Promot J Austr* 2005 **5,5%**

Etude Australienne de 2003 sur 1 509 fumeurs, taux de réponse : 74,4 %

Augustson EM, et al. *J Womens Health* 2008 **9,5%** Femmes HCS

Etude Américaine de 2003 sur 17 777 fumeurs (vs H-HCS et F-non HCS)

Ferketich AK, et al. *Eur J Cancer* 2009 **7,9%** Etude Italienne de 2007 sur 3057 fumeurs : HCS H = 9,7 %, F = 6 %... **33,1%** des fumeurs italiens

PANORAMA DES « HCS »

FUMEURS AVEC USAGE ASSOCIÉ DE SPA.

- **Renforcement réciproque de la dépendances à chaque SPA** (comorbidités somatiques associées et mortalité).
- **Souvent motivés à l'arrêt du tabac mais pas à un arrêt simultané des SPA** (hôpital vs. ambul. ; choix du patient !).

FUMEURS ATTEINTS DE PATHOLOGIE(S) PSYCHIATRIQUE(S).

- **Fortes dépendances et consommations** (nature du Tr. Psychiatrique, complications somatiques !)
- **L'arrêt du tabac améliore la santé mentale et somatique** (motivation présente, arrêt + difficile, bonne tolérance Tt).

FUMEURS ATTEINTS DE PATHOLOGIE(S) SOMATIQUE(S) CHRONIQUE(S).

- **BPCO, Diabète** : dépendance forte, motivation à l'arrêt +/-, TAD et SPA, TCC + pharmacothérapies, ETP/réhabilitation.
- **Inf. VIH** : tabagisme (prévalence x 2 vs. Pop. gen.), $\searrow$ espérance de vie (-12 ans), TAD, précarité sociale, usage de SPA.
- **Cardiopathies** : $\nearrow$ risque d'IDM (Tr. Dépressifs : $\nearrow$ prévalence du tabagisme et risque d'IDM ; AOMI +/- diabète = BPCO...).

FEMMES (ENCEINTES) FUMEUSES.

- **Tabagisme persistant : 20%** (arrêt pas dans le projet de grossesse, précarité sociale, Tr. Ψ , SPA, difficulté de l'arrêt).
- **PEC globale** (TCC (+/-) TNS : faible observance, stratégies de gestion des contingences, soutien social).

FUMEURS EN SITUATION DE PRECARITE SOCIALE.

- **Freins** (mauvaise expérience de la tentative, Tr. Ψ , Usage de SPA, Tr. Perspective temporelle, déficit d'aide à l'arrêt).
- **PEC globale, objectifs à moyen terme** (« teachable moment », TCC+TNS, Stratégies de gestion des contingences).

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.

Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques. OFT, 2009.

Taylor GM, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2021;3:CD013522.

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

Perriot J, et al. *Rev Mal Respir* 2012;29:448-61.

Jiménez-Ruiz CA, et al. *Eur Respir J* 2015;46:61-7.

Thomas D. *Rev Mal Respir* 2019;36:527-37.

Mercié P, et al. *Lancet HIV* 2018;5:e126-e135.

Peiffer G, et al. *Rev Mal Respir*. 2023 ;40(6):520-530.

Underner M, et al. *Encephale*. 2019 ;45(4):345-356.

Dupré F, et al. *J Gynecol Obst Biol Reprod* 2014; 43:691-7.

Grané G, et al. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2020;49:101847.

Berlin I, et al. *BMJ*. 2021;375:e065217.

Merson F, et al. *Rev Mal Respir* 2014;43:691-97.

Merson F, et al. *Rev Med Liège*. 2012 ;67(10):536-42

Descenau A, et al. *Rev Mal Respir*. 2017 ;34(1):44-52.

COMORBIDITES SOMATIQUES.

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 (avec ou sans grossesse).

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.
Kellv MM. et al. *Nicotine Tob Res* 2013;15:364-75.
Rodríguez-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.
Underner M. et al. *Rev Mal Respir* 2018;35:604-25
Peltzer K, et al. *BMC Psychiatry* 2012;12:89.
Perriot J, et al. *Rev Pneumol Clin* 2018;74:170-80.

Headrick JP, et al. *J Mol Cell Cardiol* 2017;106:14-18.
Fena L. et al. *Medicine (Baltimore)* 2019;98:e1459.
Krasieva K, et al. *Prev Med* 2022;163:107177.
Dovle 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.
Hellebera M. et al. *Clin Infect Dis* 2013 ; 56:727-34.
Choulika 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. *Asian Mental Health* 2011;15:132-41.

Pana RD. et al. *Exp Clin Psychopharmacol* 2017;25:235-241.
Komiyama M, et al. *Psychiatry Res* 2018;267:154-9.
Haukkala 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.

COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES.

TABAGISME ET SUICIDE.

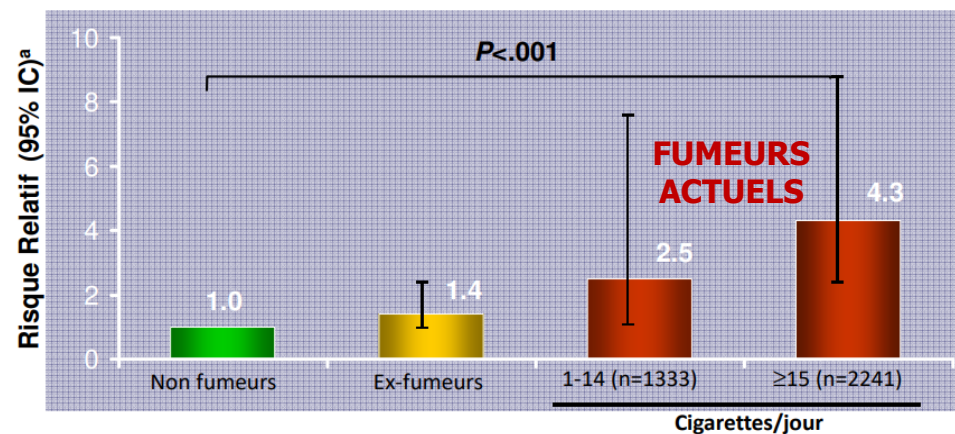
Le risque est marqué d'une relation dose-réponse
Augmentation du risque de 24% chez le fumeur actif Par tranche de 10 cigarettes : $RR=1,24(IC95\%:1,20-1,28)$

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

Diminution du risque après arrêt sans retour au niveau du Jamais Fumeur.

- Fumeurs actuels : $RR=1,81(IC95\% :1,50-2,19)$
- Anciens Fumeurs: $RR=1,28(IC95\%:1,00-1,64)$
- Accroissement du risque après reprise du tabac ?
 $RR=4,66(IC95\%:3,49-6,24)$ vs. Fumeurs ($RR=1,89$)

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



Miller M, et al. *Am J Public Health* 2000;90:768-73.

TABAGISME ET PATHOLOGIE MENTALE.

Troubles de l'humeur

Tabagisme et dépression majeure (NESARC) :

- $OR=2,0 (IC95\%:1,8-3,4)$: isolement, femme, précarité

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

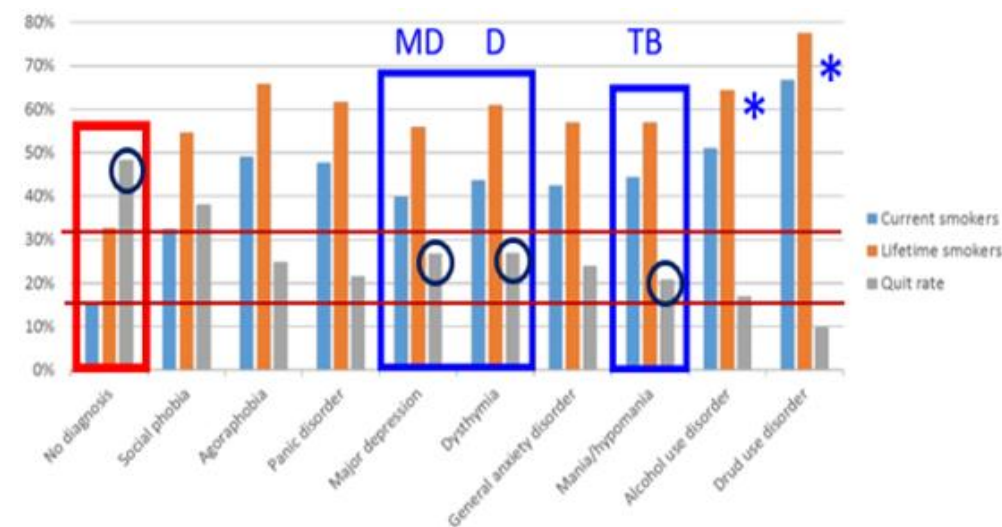
Tabagisme et troubles bipolaires :

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

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

Autres Troubles (TAG, PTS, SCZ...)

Smith PH, et al. *Tob Control* 2014;23:2013-051466.



SEVRAGE TABAGIQUE DES HCS

STRATEGIE THERAPEUTIQUE

ABORD DU FUMEUR.

L'essentiel des consultants en tabacologie¹⁻³

- Fumeurs malades du tabagisme persistant à fumer.
- Consommation > 20 c/j et/ou FTND > 7.
- Fumeurs avec pathologie psychiatrique ou SUD.
- Forte « identité fumeur ».

Prévalence estimée : 5 à 20% des fumeurs.

PRISE EN CHARGE.

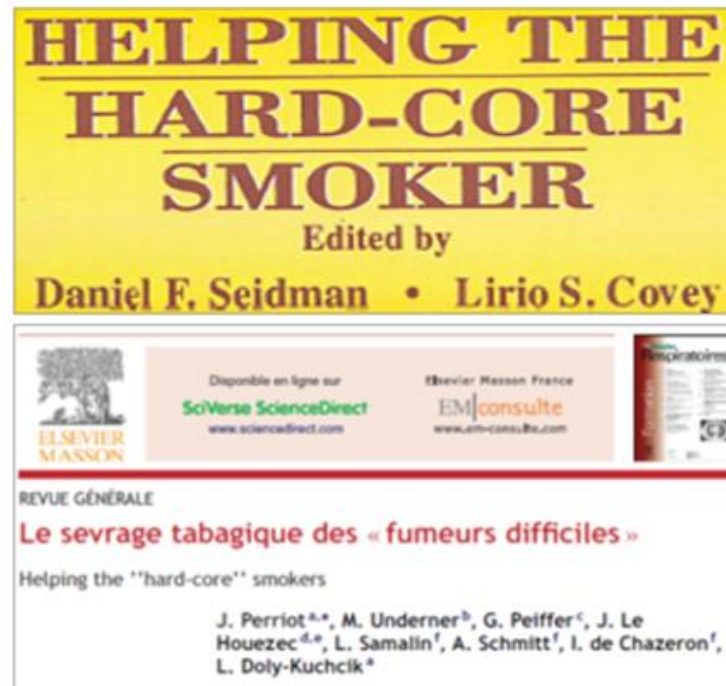
Bilan initial pour convenir de la prise en charge

- Alliance thérapeutique : Échange : attentes et explications.
- Evaluation : Dépendance, comorbidités, motivation à l'arrêt.
- Expériences et attentes du patient : Balisage de l'arrêt.

Stratégie d'aide à l'arrêt

- Arrêt immédiat ou réduction initiale (TCC + TNS, Prequit).^{1,8}
- Stratégie de réduction des risque ou arrêt (E-Cig. +/- TNS)^{9,11}.
- PEC des comorbidités (++)^{1,8}.

Prévenir la reprise par un suivi prolongé^{1,2,6-8}



¹ Seidman DF, Covey LS. Lawrence Erlbaum Publishers, 1999.

² Perriot J, et al. *Rev Mal Respir* 2012;29(4):448-61.

³ Dupont P, et al. *Am J Addict* 2015;24(7):607-12.

⁴ Gonzales D, et al. *JAMA* 2006;296:47-55.

⁵ Petit B, et al. *Addiction* 2022;117(11):268-79.

⁶ Underner M, et al. *Rev Pneumol Clin* 2018;74(4):205-14.

⁷ Guichenez P, et al. *Rev Mal Respir* 2019 ;36(5):600-609.

⁸ Peiffer G, et al. *Rev Infirm.* 2024;73(301):32-34.

⁹ Martinet Y, et al. *Rev Mal Respir* 2006;26(4 Suppl):13S109-13S118

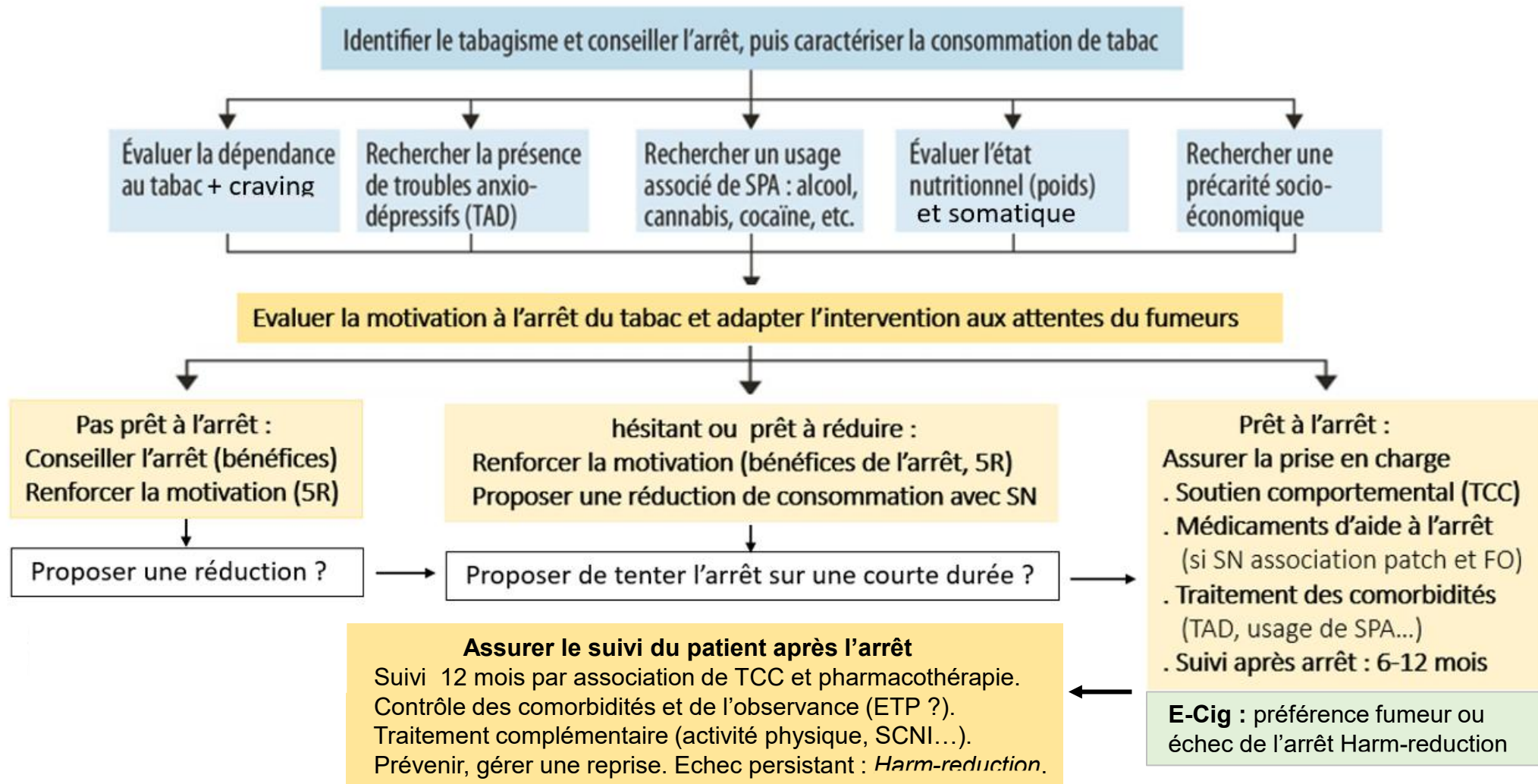
¹⁰ Le Houezec J, et al. *Expert Opin Pharmacother* 2013;14(14):1959-67.

¹¹ Dawkins L, et al. *Psychopharmacology* 2013;227:377-84.

¹² Woodward E. et al *Psychol Med.* 2019 ;49(2):345-346.

¹³ Livingstone-Banks J, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;(10):CD003999

BILAN DU TABAGISME ET DECISIONS THERAPEUTIQUES



MOYENS DE L'AIDE A L'ARRET

ACCOMPAGNEMENT COMPORTEMENTAL ET COGNITIF¹⁻³

Un cours spécifique aborde les stratégies non médicamenteuses.

TCC seule (vs. PCB) OR = 1,25 à 1,80.

TCC + Pharmacothérapie (vs. TCC) : RR 1,83 (IC à 95 % : 1,68-1,98)⁴

PHARMACOTHÉRAPIES⁵

Bénéfices (données probantes de haute certitude (Médicament vs. PCB)

E-cig. (nicotine) : RC = 2,37 ; IC 95 % : 1,73 - 3,24 (16 ECR, n=3 828).

Varénicline : RC = 2,33 ; IC 95 % : 2,02 - 2,68 (67 ECR, n=16 430).

Cytisine : RR = 2,21 ; IC 95 % : 1,66 - 2,97 (7 ECR, n=3 848).

TSN (TD) : RC = 1,37 ; IC 95% : 1,20 - 1,56 (105 ECR, n=3 731).

TNS (FO) : RC = 1,41 ; IC 95 % : 1,29 - 1,55 (120 ECR, n=31 756).

TNS(TD+FO) : RC = 1,93 ; IC 95 % : 1,61 - 2,34 (+25% vs. FO ou TD).

TNS réduc<arrêt : OR = 1,14 ; IC 95 % : 1,00 - 1,29 (111 ECR, n=33 156)

Bupropion : OR = 1,43 ; IC 95 % : 1,26 - 1,62 (71 ECR, n=14 759).

Nortriptyline : RC = 1,35 ; IC 95 % : 1,02 - 1,81 (10 ECR, n=1 290)

EIG : 3% (arrêt du traitement lors de l'essai: médicament ?)

COMBINAISONS THERAPEUTIQUES

Varénicline (V)+TNS (M3/6 vs. V.) OR=1,50(IC95%:1,14-1,97)^{6,7}

Varenicline (V)+Bupropion (M6 vs. V) RR=1,23(IC95%:1,01-1,30)^{6,8,9}

Psilocybine+TCC vs. TNS TD+TCC (M6) OR= 6,12 (IC95%:1,99-23,26) ; p=0,003¹⁰

1 Guichenez P. *Soigner les addictions par les TCC*. Dunod, 2017.

2 Guichenez P. et al *Rev Mal Respir* 2019 ;36(5):600-609.

3 Fiore M, et al. *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*. US Department of Health and Human Services

4 Stead LF, et al. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;3:CD001007..

Dispositif médical de soutien numérique :

Quitoxil® <https://quitoxil.fr/>



5 Lindson N, et al. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;9(9): CD015226.

6 Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2021;38:706-720.

7 Kogelenberg CF, et al. *JAMA*. 2014 ; 312(2):155-61.

8 Chang PH, et al. *BMC Public Health* 2015;15:689.

9 Zhong Z, et al. *Compr Psychiatry* 2019;95:152125.

10 Johnson MW, et al. *JAMA Netw Open* 2026;9:e26072.

MOYENS COMPLEMENTAIRES

CIGARETTE ÉLECTRONIQUE.

Balance bénéfice/risque positive en usage exclusif à court terme, si souhaité par le patient.
Expliquer l'usage, matériel de bonne qualité.
Renouveler les consommables (résistance)
e-cig.+ nic. (vs e-cig-nic.): $RR=1,71(IC95\%:1,00-2,92)$
e-cig (vs TCC) : $RR=2,50(IC95\%:1,24-5,04)$
Choix du patient ! Et échec du sevrage (2^{ème} intention).
Risques ou pas ? (tabagisme ancien, pathologie ?)

ACTIVITÉ PHYSIQUE (modification habitus)

Contrôle du craving, des TAD et de la reprise.

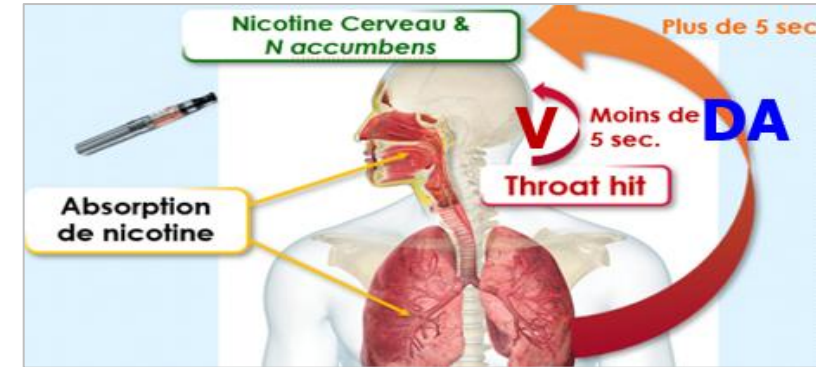
SOUTIEN À DISTANCE (quit-line)

OR=2,16 (IC 95%:1,77-2,62).

STIMULATION CÉRÉBRALE NON-INVASIVE

- . Réduction du craving.
- . Amélioration des capacités cognitives.
- . Arrêt du tabac (Méta-analyse : 7 études) :
M6 vs PCB : $OR=2,15 (IC95\%:1,18-2,30)$

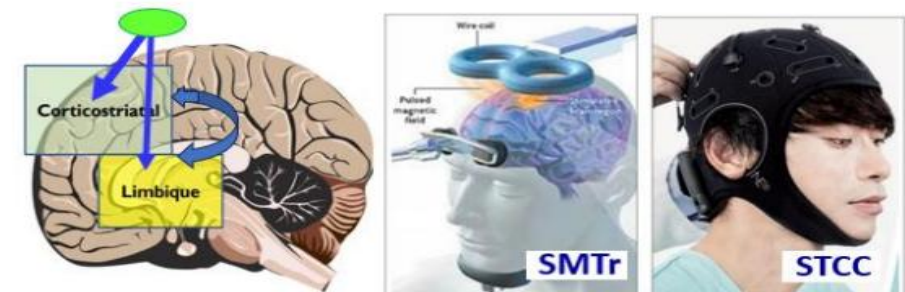
Lindson N. et al. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023 ;9:CD015226.
Hartmann-Bovce J. et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;10:CD010216.
Dautzenbera B. et al. *Rev Mal Respir* 2017;34:155-64.
HCSP : Avis relatif aux bénéfices - risques de la cigarette électronique (2021).



Dupont P, et al. *Rev Mal Respir*. 2025;42(1):9-37.

Underner M. et al. *Rev Mal Respir* 2016;33:431-443.
Bernard P. *Le Courrier des addictions* 2014;16:14-15.

Whitakker R. et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 10: CD006611
Matkin w, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 5: CD002850.



Petit B, et al. *Addiction* 2022 ; 117(11) :268-2779.

REDUCTION DE LA CONSOMMATION OU DES RISQUES

BENEFICES A L'ARRÊT PAS A LA REDUCTION DE CONSOMMATION

Arrêt : réduit la morbi-mortalité cardio-vasculaire.

- Mortalité totale après IDM (-36%).
- Risque de récurrence après un IDM (-32%).
- Complications post-chirurgie cardiaque.

Thomas D. *Presse Med* 2013;42:1819-27.

Arrêt : réduit l'impact de la BPCO.

- Déclin du VEMS (et meilleure qualité de vie).
- Risque d'exacerbations et de décès.

Jiménez-Ruiz CA, et al. *Eur Respir J* 2015 ; 46 : 61-7.

Arrêt : allonge l'espérance de vie (cancer pulmonaire).

- CBNPC : RR=2,94 (IC95% : 1,15-7,54)
 - CBPC : RR=1,86 (IC95% : 1,33-2,59)
- (Arrêt vs. poursuite du tabagisme)

Parsons A, et al. *BMJ* 2010 ; 340 : b 5569.

Arrêt : améliore la santé mentale.

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

Mais bénéfiques une fois l'arrêt obtenu !

- Réduction préparatoire à l'arrêt (+ TNS ou Varénicline).

La simple réduction du tabac ne réduit pas la mortalité liée au tabagisme

Référence: pas de réduction	Risque relatif	IC 95%
Mortalité toute cause	0.92	0.85–1.01
Risque cardiovasculaire	0.93	0.84–1.03
Cancer du poumon	0.81	0.74-0.88
Cancer lié au tabac	0.95	0.88-1.02

Meta-analyse (14 études; suivi 5 à 17 ans) ;
comparaison Réducteurs (consommation <50%) vs Fumeurs²

Berlin I. *Alcoologie et Addictologie* 2017; 39:107S -11S.

Lee PN. *Revue Toxicol Pharmacol* 2013; 372 - 81.

Moore D, et al. *BMJ* 2009 ; 338 : b1024.

Ebbert JO, et al. *JAMA* 2015 ; 313 : 687-97.

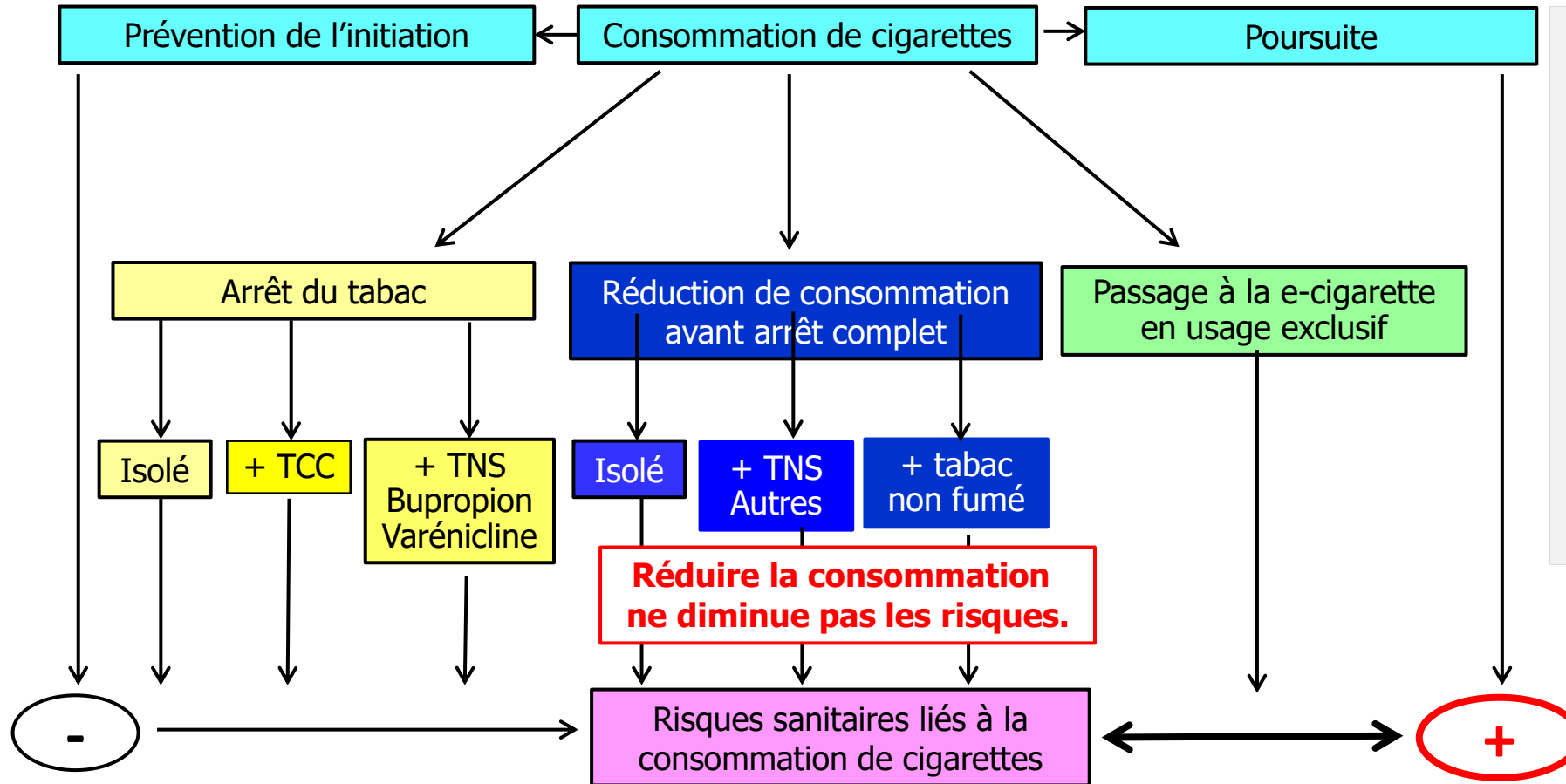
Hartmann-Boyce J, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;10:CD010216.

Hajek P, et al. *N Engl J Med* 2019;380(7):629-637.

Polosa R, et al. *Respir Res* 2016;17:166.

STRATEGIE DE REDUCTION DES RISQUES ?

Patient dans l'incapacité d'arrêt du tabac « Fumeurs difficiles » (seconde intention).



Ne pas confondre **réduction de consommation** et **réduction des risques**

Stratégie de réduction des risques en France :

E-Cig en usage exclusif.
(moins toxique que la cigarette à court terme ... à long terme ?).

ni HTP (tabac + toxiques)
ni snus (tabac + toxiques)

DISCUSSION

Naitre ou devenir HCS ?	Nature du phénomène ?	Quelles solutions ?
On nait HCS. - Génétique et épigénétique . Dépendance au tabac. . Tr. Cognitifs et psychoaffectifs. . Début précoce du tabagisme. - Socio-environnementaux. . Précarité socio-économique. . Entourage (pro/anti - tabac). . Environnement (fumeur, fumée). On devient HCS. - Lutte contre le tabac (↗ HCS) ? - Usage de tabac (↗ dépendance) ? - Autres déterminants ? Recherche en Tabacologie.	Dans les faits. - Prévalence du tabagisme ↘ celle des HCS n'augmente pas. . Lutte contre le tabac efficace. . Dépendance à la nicotine stable. - Prévalence - difficultés d'arrêt + élevées pour certains. . Path. mentales (+ somatiques chroniques). . Poly-consommateurs de SPA. . Précarité socio-économique. - Désir d'arrêt des fumeurs ↗ . Dénormalisation du tabagisme . Renforcement de l'aide à l'arrêt. Recherche en Tabacologie.	Préconisations actuelles. - Interventions combinées. . Lutte contre le tabac (CCLAT). . Prévention (jeunes) . Aide à l'arrêt du tabac. - Implication des professionnels - Moyens d'aide disponibles - Organisation des soins. - PEC renforcés pour les HCS. - Réduction des risques. . E-Cigarette. (autres moyens ?). - Politique santé publique. - Soutien aux pays émergents . 70% des fumeurs (monde). Recherche en tabacologie.
Que voulons nous : un monde sans tabac, sans nicotine, sans tabac combusté ni nicotine ?		

Hughes JR. *J Consult Clin Psychol* 1993 ; 61(5) : 751-60.
 Warner KE, et al. *Nicotine Tob Res* 2003 ; 5(1) : 37-48.
 Schuck K, et al. *J Psychopharmacol.* 2013;27(6):533-40
 Fagerström K *Addiction* 2008 ; 103 : 841-45.

Karila L, et al. *Presse Med* 2013; 42:795-805.
 Perriot J, et al. *Rev Mal Respir* 2012;29:448-61.
 Merson F, et al. *Rev Med Liege.* 2012 ;67(10):536-42.
 Lakioni E, et al. *Swiss Med Wkly* 2024; 154:3583.

Tavolacci MP, et al. *Santé Publique* 2009 ; 21(6) : 583-93.
 Lund M. et al. *Nicotine Tob Res* 2011 : 13(11) : 1132-9.
 Joly B, et al. *Tob Induc Dis* 2016 ; 14 : 34.
 Huang HW, et al. *Asian Pac Isl Nurs J.* 2020;5(2):55-62.

CONCLUSION

STRATEGIE THERAPEUTIQUE.

- . Alliance Thérapeutique.
- . Evaluer les difficultés (patient, entourage...).
- . Attentes et besoins du fumeur.
- . Décision du type d'intervention.

SEVRAGE TABAGIQUE.

- . Expliquer la PEC.
- . Arrêt du tabac (TCC + Pharmacothérapie).
- . PEC des comorbidités.
- . suivi de longue durée + prévention de la reprise.

ECHEC DE LA TENTATIVE.

- . Identifier les causes et rassurer le patient.
- . Ne pas se décourager
- . Reprendre ou différer un nouvel arrêt.
- . Stratégie de réduction des risques.

Remerciements.

G. Brousse, M. Rude-Bache, M. Marbois Clermont-Ferrand.

G. Peiffer - Metz et P. Arvers - Grenoble

RESEARCH ARTICLE

Success rates in smoking cessation:
Psychological preparation plays a critical role
and interacts with other factors such as
psychoactive substances

PLoS One. 2017;12(10):e0184800.

Bertrand Joly¹, Jean Perriot², Philippe d'Athis¹, Emmanuel Chazard³, Georges Brousse⁴,
Catherine Quantin^{1,5,6*}

LE SEVRAGE TABAGIQUE DES FUMEURS TRÈS DÉPENDANTS

J. PERRIOT (1), G. MATHERN (2), E. ANDRÉ (2), A. SCHMITT (3), F. MERSON (1), G. BROUSSE (3),
Rev Med Liege. 2013;68(5-6):256-61. M. UNDERNER (4)

RESEARCH

Open Access

Smoking cessation attempts: is it useful to
treat hard core smokers?  *Tob Induc Dis.* 2016;14:34.

B. Joly¹, P. D'Athis¹, L. Gerbaud², J. Hazart², J. Perriot³ and C. Quantin^{1,4,5*}

RESEARCH

Open Access

Smoking cessation attempts: is it useful to treat hard core smokers?



Tob Ind Dis 2016; 14:34.

B. Joly¹, P. D'Athis¹, L. Gerbaud², J. Hazart², J. Perriot³ and C. Quantin^{1,4,5*}

Table 1 Proportions of the two sub-populations according to the different binary variables

Binary variables	Other smokers	HCS	P
Sex (proportion of men)	47.3 %	57.5 %	0,006
History of depression	34.4 %	34.7 %	0,92
Current depression	34.8	46.6	0,001
Current depression with history of depression	19.7 %	26 %	0,03
Current anxiety	36.7 %	42 %	0,14
Previous attempt	98.4 %	0 %	<0,001
Other psychoactive substance	25.7 %	41.1 %	<0,001
Cardiac diseases, pulmonary and ENT	50.6 %	55.3 %	0,21
Nicotine substitution	88.7 %	87.7 %	0,67
Smoking cessation Success	56.5 %	45.2 %	0,002
Treatment with serotonin reuptake inhibitors	50.7 %	51.6 %	0,81
Treatment with varenicline	5.5 %	7.7 %	0,18
Treatment with bupropion	14 %	9.6 %	0,08
Age (proportion of 45 years and under)	51.2 %	48.9 %	0,53

1296 F vs. 217 HCS

Table 2 Means of the two sub-populations according to the different quantitative variables

Quantitative variables mean (SD)	Other smokers	HCS	P
Age	45.6 (10.6)	45.9 (11.1)	0.73
Fagerstrom score	7.2 (2.1)	8 (1.7)	<0,001
Daily consumption of cigarettes	24.2 (10.7)	28.1 (11.6)	<0,001
Number of pack years	29.7 (18)	33.9 (19.7)	0,002
Number of previous cessation attempts	2.8 (2.8)	0 (0)	<0,001
Demaria and Grimaldi test	11.7 (3.1)	11 (3.1)	0.003
Initial dose of nicotine in the replacement therapy	26.2 (12.1)	29.6 (14.1)	<0,001
Duration of the nicotine replacement therapy (weeks)	14.6 (15.6)	28.1 (17.5)	0,008
Duration of treatment with serotonin reuptake inhibitors (weeks)	6.7 (5.1)	7 (4.1)	0.7
Duration of treatment with Bupropion (weeks)	3.1 (1.2)	3.5 (1.6)	0.12
Duration of treatment with Varenicline (weeks)	5 (2)	5.3 (2)	0.6
Weight gain (kilograms)	4.1 (3.8)	3.9 (2.9)	0.52

TNS TD
FO Ad Lib.

M6 →

Sevrage tabagique. Fumeurs standards vs. Fumeurs BPCO vs. HCS (n=3395) Etude rétrospective 1999 - 2020

Perriot J, Marchandise F, Valette, C, Rude-Bache M, Dallard L, Laimed, Chapot E. *Revue des Maladies Respiratoires Actualités* 2023; 15(1): 157-158.

	(1) Fumeurs standards		(2) Fumeurs avec BPCO		(2) vs. (1) p value	(3) Fumeurs difficiles		(3) vs. (1) p value
Caractéristiques des fumeurs	n=2650	(77,8%)	n=745	(22,2%)		n=219	(8,3%)	
Age (années)	36	(± 11,2)	45	(± 12)	0,001	48	(±10)	< 0,001
Sex-ratio	0,85		1,85		0,001	2,1		< 0,001
Consommation (C/J)	20,1	(± 13)	20,2	(±10,2)	NS	21	(±10,2)	NS
FTCD	6,8	(± 1,1)	7,1	(± 1,2)	< 0,05	7,2	(±12)	< 0,05
Arrêts antérieurs (nb)	3	(± 2)	2,3	(± 1,5)	NS	0	(0%)	0,001
Antécédents cardiovasculaires (%)	541	(20,6%)	199	(26,9%)	< 0,05	65	(25,6%)	< 0,05
Présence de BPCO (%)	21	(7,9%)	745	(100%)	0,001	151	(68,9%)	< 0,001
Autres pathologies	430	(16,2%)	745	(100%)	0,001	210	(95,8%)	0,001
Dépression HAD – D>10 (%)	526	(19,8%)	211	(28,3%)	0,001	81	(36,9%)	0,001
Anxiété HAD – A>10 (%)	540	(20,4%)	220	(29,5%)	0,001	87	(39,7%)	0,001
Mésusage de SPA (%)	477	(18%)	158	(21,5%)	NS	91	(41,5%)	0,001
Mini-sociaux – EPICES >30 (%)	400	(15,3%)	180	(28,7%)	0,001	95	(43,9%)	0,001
Score de Richmond <7 (%)	283	(10,7%)	112	(15%)	< 0,05	180	(82,2%)	0,001
Prise en charge du sevrage								
Soutien motivationnel (%)	2050	(100%)	745	(100%)	-	219	(100%)	
ETP-BPCO (%)	-		130	(17,4%)	-	30	(13,6%)	NS
TNS-TD + FO ad.lib. (%)	2143	(80,8%)	501	(67,5%)	0,001	141	(64,3%)	NS
Varénicline ±TNS (%)	385	(14,5%)	204	(27,4%)	0,001	65	(29,6%)	0,001
Bupropion ± TNS (%)	172	(6,4%)	40	(5,4%)	NS	13	(5,9%)	0,001
Durée pharmacothérapie (sem.)	12,3	(± 6)	13,2	(± 5,2)	NS	19,8	(±10)	NS
Antidépresseurs – IRS (%)	562	(21,5%)	212	(28,5%)	< 0,05	79	(36%)	0,001
Résultat du sevrage								
Arrêt au 6 ^{ème} mois	950	(35,8%)	221	(29,6%)	< 0,05	56	(25,4%)	< 0,05
Perception d'aide à l'arrêt	2013	(75,9%)	588	(78,9%)	NS	156	(71,2%)	NS

M6



POUR EN SAVOIR PLUS

- Seidman DF, Covey LS. *Helping the Hard-core smoker*. Lawrence Erlbaum Publishers, 1999.
- Emery S, Gilpin EA, Ake C et al. Characterizing and identifying "hard-core" smokers: implications for further reducing smoking prevalence. *Am J Pub Health* 2000 ; 90 (3) : 387-94.
- Augustson EM, Marcus S. Use of the current population survey to characterize subpopulations of continued smokers: a national perspective on The "hardcore" smoker phenomenon. *Nicotine Tob Res* 2004 ; 6(4) : 621-9.
- Perriot J. L'aide à l'arrêt du tabagisme des fumeurs irréductibles. *Le Courrier des Addictions* 2010 ; 12 (1) : 15-17.
- Perriot J, Underner M, Peiffer G, et al. Helping the « hard-core smokers ». *Rev Mal Respir* 2012 ; 29 (4) : 448-451.
- Joly B, D'Athis P, Gerbaud L, et al. Smoking cessation attempts: is it useful to treat hard core smokers ? *Tob Ind Dis* 2016 ; 14:34.
- Jiménez-Ruiz CA, Andreas S, Lewis KE, et al. Statement on smoking cessation in COPD and other pulmonary diseases and in smokers with comorbidities who find it difficult to quit. *Eur Respir J* 2015 ; 46 (1) : 61-79.
- Perriot J, Mathern G, André E, et al. Le sevrage tabagique des fumeurs très dépendants. *Rev Med Liege* 2013 ; 68 (5-6) : 256-61.
- Buchanan T, Magee CA, V See H, et al. Tobacco harm reduction: are smokers becoming more hardcore. *J Public Health Policy*. 2020;41(3):286-302.
- Joly B, Perriot J, d'Athis P, et al. Success rates in smoking cessation: Psychological preparation plays a critical role and interacts with other factors such as psychoactive substances. *PLoS One*. 2017 ; 12 (10) : e0184800.
- Vorspan F, Brousse G, Van Den Brinck W. Editorial: Dual disorders (addictive and concomitant psychiatric disorders) : Mechanisms and treatment. *Front Psychiatry* 2022;13:975674.
- Perriot J, Underner M, Peiffer G, Arvers P. Smoking cessation in smokers with pulmonary Langerhans cell histiocytosis: considerations from the management of ten patients. *Rev Mal Respir* 2021 ; 38 (2) : 157-163.
- Underner M, Le Houezec J, Perriot J, Peiffer G. Tests for evaluating tobacco dependence. *Rev Mal Respir* 2012 ; 29 (4) : 462-74.
- Dautzenberg B, Adler M, Garelik D, et al. Office français de prévention du tabagisme. Adaptations to the management of smoking cessation with the arrival of e-cigarette ? (OFT) 2014. *Rev Mal Respir* 2014;31(7):641-5.
- Perriot J. Helping the Hard-Core Smokers Suffering from Pulmonary diseases. *Journal of respiratory medicine*. 2017;1:e101.
- Auer R, Schoeni A, Humair JP, Jacot-Sadowski I, Berlin I, Stuber MJ, et al. Electronic Nicotine-Delivery Systems for Smoking Cessation. *N Engl J Med*. 2024 ;390(7) :601-610
- Grundinger N, Andreas M, Lohner V, Schneider S, Mons U, et al. From Smoking to Vaping: The Motivation for E-Cigarette Use at the Neurobiological Level - An fMRI Study. *Nicotine Tob Res*. 2024 Nov 21;ntae273. doi: 10.1093/ntr/ntae273. Epub ahead of print.
- Liakoni E, Christen SE, Benowitz NL. E-cigarettes, Synthetic nicotine, Heated-tobacco and smokeless nicotine delivery products : the nicotine landscape beyond combustible cigarettes. *Swiss Med Wkly* 2024 ;154 : 3583.
- Merson F, Perriot J. Impact de la précarité et de la perspective temporelle sur le sevrage tabagique *Presse Med*. 2012 ;41(2):e43-51.

Aubin HJ, Luquiens A, Berlin I. Pharmacotherapy for smoking cessation: pharmacological principles and clinical Practice. *Br J Clin Pharmacol*. 2014;77(2):334-36.

Hays JT, Ebbert JO. Adverse effects and tolerability of medications for the treatment of tobacco use and Dependence. *Drugs* 2010;70(18):237-72.

Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, et al. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; 5: CD000146.

Stead LF, Koilpillail P, Fanshawe TR, et al. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;3:CD008286.

Cahill K, Stevens S, Perera R, et al. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;5:CD009329.

Underner M, Perriot J, Peiffer G, et al. Combinations of pharmacological treatments in smoking cessation. A Systématique review. *Rev Mal Respir* 2021;38(7):706-720.

Howes S, Hartmann-Boyce J, Livingstone-Banks J, et al. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;4(4) :CD000031.

Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Lindson N, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;10:CD010216.

Dautzenberg B, Adler M, Garelik D, et al. Office français de prévention du tabagisme. Adaptations to the management of smoking cessation with the arrival of e-cigarette ? (OFT)2014. *Rev Mal Respir* 2014;31(7):641-5.

Berlin I, Jacob N, Coudert M, et al. Adjustment of nicotine replacement therapies according to saliva cotinine concentration: the ADONIS* trial-a randomized study in smokers with medical comorbidities. *Addiction* 2011 ;106 (4) :833-43.

Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, et al. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(5): CD006103.

Perriot J, Underner M, Brousse G. Effets indésirables des médicaments d'aide à l'arrêt du tabac. *Alcoolologie et Addictologie* 2013; 35 (1) : 25-32.

Underner M, Le Houezec J, Perriot J, Peiffer G. Tests for evaluating tobacco dependence. *Rev Mal Respir* 2012 ;29 (4) : 462-74.

TP George, et al. *Medication treatments for nicotine dependence*. Palo Alto : Taylor & Francis ,2006.

Perriot J, et al . *Tabacologie et sevrage tabagique*. Montrouge : John Libbey Eurotext ,2003.

Guichenez P, Underner M, Perriot J. Behavioral and cognitive therapies in smoking cessation: What tools for the pulmonologist?. *Rev Mal Respir*. 2019 ;36(5):600-609.

Underner M, Perriot J, Peiffer G. From reducing tobacco consumption to stopping completely, what accompaniment?. *Rev Infirm*. 2019 ;68(256):40-2.

Underner M, Peiffer G, Perriot J, et al. Is reduction of tobacco consumption associated with reduced risk of cardiovascular and pulmonary mortality and morbidity? *Rev Pneumol Clin*. 2018 ;74(3):188-195.

Peiffer G, Masson M, Perriot J, et al. The shared educational assessment in the smoking cessation process. *Rev Infirm*. 2024;73(301):32-34.

Johnson MW, Naudé GP, Hendricks PS, et al. Psilocybin or Nicotine Patch for Smoking Cessation: A Pilot Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2026 Mar 2 ;9(3):e260972.

TEST D'ÉVALUATION DE LA MOTIVATION A L'ARRET

Aimeriez-vous arrêter de fumer	Non	0
	Oui	1
Avez-vous réellement envie de cesser de fumer	Pas du tout	0
	Un peu	1
	Moyennement	2
	Beaucoup	3
Pensez-vous cesser de fumer dans les 4 semaines à venir	Non	0
	Peut-être	1
	Vraisemblablement	2
	Certainement	3
Pensez-vous être ex-fumeur dans les 6 mois	Non	0
	Peut-être	1
	Vraisemblablement	2
	Certainement	3

0-6 motivation faible ou moyenne **7-9** bonne motivation **10** très bonne motivation

DEPENDANCE A LA CIGARETTE (FTCD)

Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Moins de 5 minutes 3 6 à 30 minutes..... 2 31 à 60 minutes..... 1 Après 60 minutes..... 0
Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?	Oui..... 1 Non..... 0
Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?	La première..... 1 Une autre..... 0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	10 ou moins..... 0 11 à 20..... 1 21 à 30..... 2 31 ou plus..... 3
Fumez-vous de façon plus rapprochée dans la première heure après le réveil que pendant le reste de la journée ?	Oui..... 1 Non..... 0
Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?	Oui..... 1 Non..... 0
	TOTAL

Score questionnaire (6 questions)
0-3 : peu de dépendance
4-6 : dépendance moyenne
7-10: forte, très forte dépendance

Score questionnaire (2 questions)
0-2 : peu de dépendance
3-4 : dépendance moyenne
4-6 : forte, très forte dépendance

TEST HONC (Hooked* on Nicotine Checklist)

Le Hooked on Nicotine Checklist (HONC) est un test dont l'objectif est de mettre en évidence la perte de contrôle vis-à-vis de la consommation de tabac.

Cet outil est particulièrement adapté aux jeunes fumeurs.

La cotation se fait de 1 à 10 par les réponses oui-non.

Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer mais vous ne pouviez pas ?	☐ Oui ☐ Non
Fumez-vous actuellement parce que c'est vraiment difficile d'arrêter ?	☐ Oui ☐ Non
Avez-vous déjà pensé que vous fumez parce que vous êtes dépendant(e) du tabac ?	☐ Oui ☐ Non
Avez-vous déjà eu des envies impérieuses de fumer ?	☐ Oui ☐ Non
Avez-vous déjà senti que vous aviez vraiment eu besoin d'une cigarette ?	☐ Oui ☐ Non
Est-ce difficile de ne pas fumer aux endroits où c'est interdit ? (ex le lycée)	☐ Oui ☐ Non

Quand vous essayez d'arrêter – ou quand vous n'avez pas fumé depuis un certain temps...

Avez-vous trouvé difficile de vous concentrer sur votre travail parce que vous ne pouviez pas fumer ?	☐ Oui ☐ Non
Avez-vous été plus irritable parce que vous ne pouviez pas fumer ?	☐ Oui ☐ Non
Avez-vous senti un besoin urgent, une envie impérieuse de fumer ?	☐ Oui ☐ Non
Vous êtes-vous senti(e) nerveux(se), incapable de rester tranquille, ou angoissé(e) parce que vous ne pouviez pas fumer ?	☐ Oui ☐ Non
Vous êtes-vous senti(e) triste ou déprimé(e) parce que vous ne pouviez pas fumer ?	☐ Oui ☐ Non

Nombre de oui : _____

Adolescents et adultes : 2 réponses positives: dépendance

*Hooked = accro, dépendant.

Craving

Craving

MINNESOTA NICOTINE WITHDRAWAL SCALE (MWNS)

Veuillez indiquer ce que vous avez ressenti dans les 24 dernières heures en cochant dans la case correspondante chaque symptôme listé ci-dessous.

Syndrome de sevrage

	Non présent	Léger	Modeste	Modéré	Sévère
1. En colère, irritable, frustrée	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
2. Anxieuse, nerveuse	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
3. Humeur dépressive, tristesse	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
4. Envie de fumer	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
5. Difficulté de concentration	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
6. Appétit augmenté, faim ou prise de poids	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
7. Insomnie, problèmes de sommeil, réveils la nuit	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
8. Fébrilité (difficulté à rester en place, rester assise, debout ou même allongée)	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
9. Impatience	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
10. Constipation	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
11. Vertiges	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
12. Toux	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
13. Cauchemars	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
14. Nausées	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
15. Douleur à la gorge	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

BRIEF QUESTIONNAIRE OF SMOKING URGES (QSU 10)

Article
1. J'ai envie d'une cigarette en ce moment
2. Rien ne serait mieux que de fumer une cigarette maintenant
3. Si c'était possible, je fumerais probablement maintenant
4. Je pourrais mieux contrôler les choses maintenant si je pouvais fumer
5. Tout ce que je veux en ce moment, c'est une cigarette
6. J'ai envie d'une cigarette
7. Une cigarette aurait bon goût en ce moment
8. Je ferais presque n'importe quoi pour une cigarette en ce moment
9. Fumer me rendrait moins déprimé
10. Je vais fumer dès que possible

TOTAL = **Plus le score est élevé
plus le craving est intense.**

CRITERES DIAGNOSTIC D'UN EPISODE DEPRESSIF CARACTERISE (HAS, Octobre 2017).

Les symptômes d'un épisode dépressif caractérisé doivent :

- être présents durant une période minimum de 2 semaines, et chacun d'entre eux à un degré de sévérité certain, presque tous les jours ;
- avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur (professionnel, social, familial) ;
- induire une détresse significative.

Les symptômes d'un épisode dépressif caractérisé doivent :

- être présents durant une période minimum de 2 semaines, et chacun d'entre eux à un degré de sévérité certain, presque tous les jours ;
- avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur (professionnel, social, familial) ;
- induire une détresse significative.

Symptômes d'un épisode dépressif caractérisé

Au moins 2 symptômes principaux :

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

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.

Un épisode dépressif caractérisé peut également se manifester par des expressions somatiques (ex. : algies et plaintes fonctionnelles diverses et répétées) et des troubles de la sexualité.

REPERER ET MESURER UN TROUBLE DEPRESSIF (TD)

Hospital anxiety depression scale (HAD)

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

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e) - La plupart du temps 3 - Souvent 2 - De temps en temps 1 - Jamais 0	9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué - Jamais 0 - Parfois 1 - Assez souvent 2 - Très souvent 3
2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois - Oui, tout autant 0 - Pas autant 1 - Un peu seulement 2 - Presque plus 3	10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence - Plus du tout 3 - Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2 - Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1 - J'y prête autant d'attention que par le passé 0
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver - Oui, très nettement 3 - Oui, mais ce n'est pas trop grave 2 - Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1 - Pas du tout 0	11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place - Oui, c'est tout à fait le cas 3 - Un peu 2 - Pas tellement 1 - Pas du tout 0
4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses - Autant que par le passé 0 - Plus autant qu'avant 1 - Vraiment moins qu'avant 2 - Plus du tout 3	12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses - Autant qu'avant 0 - Un peu moins qu'avant 1 - Bien moins qu'avant 2 - Presque jamais 3
5. Je me fais du souci - Très souvent 3 - Assez souvent 2 - Occasionnellement 1 - Très occasionnellement 0	13. J'éprouve des sensations soudaines de panique - Vraiment très souvent 3 - Assez souvent 2 - Pas très souvent 1 - Jamais 0
6. Je suis de bonne humeur - Jamais 3 - Rarement 2 - Assez souvent 1 - La plupart du temps 0	14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision - Souvent 0 - Parfois 1 - Rarement 2 - Très rarement 3
7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) - Oui, quoi qu'il arrive 0 - Oui, en général 1 - Rarement 2 - Jamais 3	
8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti - Presque toujours 3 - Très souvent 2 - Parfois 1 - Jamais 0	

A optimal >8 D optimal >8
A+D>20 dépression majeure

Beck Depressive Inventory (BDI-13)

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

A. Je ne me sens pas triste Je me sens cafardeux ou triste Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas à en sortir Je suis triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter	0 1 2 3	H. Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai peu de sentiments pour eux J'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement	0 1 2 3
B. Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer Je sens qu'il n'y a aucun motif d'espérer	0 1 2 3	I. Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision	0 1 2 3
C. Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échec 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)	0 1 2 3	J. Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me paraît disgracieux J'ai l'impression d'être laid et repoussant	0 1 2 3
D. Je ne me sens pas particulièrement insatisfait Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit Je suis mécontent de tout	0 1 2 3	K. Je travaille aussi facilement qu'auparavant Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit Je suis incapable de faire le moindre travail	0 1 2 3
E. Je ne me sens pas coupable Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps Je me sens coupable Je me juge mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien	0 1 2 3	L. Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude Je suis fatigué plus facilement que d'habitude Faire quoi que ce soit me fatigue Je suis incapable de faire le moindre travail	0 1 2 3
F. Je ne suis pas déçu par moi-même Je suis déçu par moi-même Je me dégoûte moi-même Je me hais	0 1 2 3	M. Mon appétit est toujours aussi bon Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant Je n'ai plus du tout d'appétit	0 1 2 3
G. Je ne pense pas à me faire du mal Je pense que la mort me libérerait J'ai des plans précis pour me suicider Si je pouvais, je me tuerais	0 1 2 3		

0-4 : pas de dépression
4-7 : dépression légère
8-15 : dépression modérée ;
16 et plus : dépression sévère.

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

IDENTIFIER UN TROUBLE BIPOLAIRE ET UN RISQUE SUICIDAIRE

IDENTIFIER UN TROUBLE BIPOLAIRE DEVANT UN ÉPISODE DÉPRESSIF ? (Plusieurs OUI : évoquer TB).

Sémiologie de l'Épisode Dépressif ☐ Humeur réactive ☐ Attitude pseudo-hystérique ☐ Demande d'aide excessive ☐ Trop de plaintes somatiques ☐ Hypersomnie et/ou hyperphagie ☐ Sentiments excessifs de culpabilité ☐ Tension intérieure (agitation psychique) ☐ Colère ou irritabilité excessives ☐ Jalousie ou paranoïa excessives ☐ Attention difficile (patient distrait) ☐ Pensées rapides ☐ Idées suicidaires, obsédantes ☐ Obsessions agressives, sexuelles ☐ Libido augmentée ☐ Éléments psychotiques (délire, hallucinations) ☐ Aggravation nocturne des symptômes	Au moins 2 items positifs ☐ oui ☐ non
Évolution et complications ☐ Début précoce de l'épisode dépressif majeur (< 26 ans) ☐ Survenue de l'épisode dépressif majeur en post-partum ☐ Récurrence dépressive importante ☐ 4 épisodes thymiques ou plus par an (cycles rapides) ☐ Tentatives de suicide graves ou récurrents ☐ Consommation excessive de substances (ou dépendance)	Au moins 1 item positif ☐ oui ☐ non
Biographie et histoire familiale ☐ Biographie « orageuse » ☐ Sensibilité excessive au rejet (ou à l'abandon) ☐ Humeur labile persistante ☐ Traits cyclothymiques (« des Hauts et des Bas ») ☐ Histoire familiale de Trouble Bipolaire ou de suicide	Au moins 1 item positif ☐ oui ☐ non
Réactivité au traitement antidépresseur ☐ Rémission ultrarapide de l'épisode dépressif majeur ☐ Virage hypomaniaque ☐ Insomnie rebelle aux hypnotiques ☐ Aggravation paradoxale avec agitation ☐ Survenue de pulsions suicidaires ☐ Résistance à plus de 2 essais de traitement d'antidépresseurs à dose efficace et durée suffisante	Au moins 1 item positif ☐ oui ☐ non

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

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

Un score total de 10 est indicatif d'un possible d'épisode hypomaniaque.

Détection des troubles du comportement alimentaire (TCA-test rapide de Scoff)

- 1- Vous êtes vous déjà fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien « l'estomac plein »
- 2- Craignez-vous d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?
- 3- Avez-vous récemment perdu plus de 6 kilos en moins de trois mois ?
- 4- Pensez-vous que vous êtes trop gros(se) alors que les autres vous considèrent comme trop mince ?
- 5- Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie ?

2 réponses positives ou plus révèlent un possible trouble du comportement alimentaire (consulter un professionnel de la santé).

Luck AJ, et al. *BMJ* 2002; 325: 755-6.

Garcia FD, et al. *Clin Nutr.* 2011; 30 (2):178-181.

EVALUER UN USAGE ASSOCIÉ D'ALCOOL ET/OU DE CANNABIS

QUESTIONNAIRE CAGE - DETA

Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation d'alcool ?	OUI	NON
Votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation ?	OUI	NON
Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?	OUI	NON
Avez-vous besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?	OUI	NON

2 « OUI » : problème avec l'alcool ?

Ne pas dépasser 2 UA/J 5J/semaine, Maximum de 3UA en 1fois
Conduite automobile : zéro alcool,

TEST CAST (Cannabis Abuse Screening Test)

Avez-vous déjà fumé du cannabis **avant midi** ?
Avez-vous déjà fumé du cannabis **lorsque vous étiez seul(e)** ?
Avez-vous déjà eu **des problèmes de mémoire** à cause de votre consommation de cannabis ?
Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez **réduire** votre consommation sans y arriver ?
Avez-vous déjà essayé de **réduire** ou d'**arrêter** votre consommation de cannabis **sans y arriver** ?
Avez-vous déjà eu des **problèmes** à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, Angoisse, mauvais résultat à l'école...) ?

Risque faible < 2 **modéré** ≥ 2 **élevé** ≥ 3

Consommation quotidienne de tabac et cannabis (Joints),
Arrêt du tabac difficile (Tabac et cannabis).
Conduite automobile : zéro cannabis.

SMOKERS IDENTITY SCALE (SIS)

TABLE 1. Smoker's Identity Scale (SIS) questionnaire

I feel like smoking characterizes me as a person.

I can't begin to imagine myself without cigarettes in my life.

I think others couldn't imagine me without cigarettes in my life.

I am afraid if I don't smoke, I won't be the same.

If I quit smoking, I will have to give up a part of myself.

Smoking is a part of me.

This is an self-rated questionnaire using a 4 point Likert scale (Completely disagree, somewhat disagree, somewhat agree, completely agree).

EVALUER LE NIVEAU DE PRECARITE SOCIALE (EPICES)

Les 11 questions du score Epices >30,14 : précarité; > 60 : grande précarité		
N° Questions	Oui	Non
1 Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2 Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3 Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4 Êtes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5 Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6 Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7 Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8 Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9 Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	-9,47	0
10 En cas de difficultés, il y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47	0
11 En cas de difficultés, il y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
Constante	75,14	
Calcul du score : chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.		

ZIMBARDO TIME PERSPECTIVE INVENTORY (ZTPI)

Évaluez par une note de 1 à 5 les phrases suivantes : 1 « Ne s'applique pas du tout à moi » et 5 « S'applique tout à fait à moi »

	Ne me correspond pas du tout			Me correspond tout à fait	
1. Les images, les odeurs et les sons familiers de mon enfance me rappellent souvent des souvenirs merveilleux.	1	2	3	4	5
2. Penser à mon futur me rend triste.	1	2	3	4	5
3. Je pense souvent à ce que j'aurais dû faire autrement dans ma vie.	1	2	3	4	5
4. Le fait de penser à mon passé me donne du plaisir.	1	2	3	4	5
5. Quand je dois réaliser quelque chose, je me fixe des buts et j'envisage les moyens précis pour les atteindre.	1	2	3	4	5
6. Puisque ce qui doit arriver arrivera, peu importe vraiment ce que je fais.	1	2	3	4	5
7. Les souvenirs heureux des bons moments me viennent facilement à l'esprit.	1	2	3	4	5
8. J'ai souvent l'impression que je ne pourrai pas respecter mes engagements.	1	2	3	4	5
9. C'est important de mettre de l'excitation dans ma vie.	1	2	3	4	5
10. Je n'ai plus aucun plaisir à faire des choses si je dois penser aux objectifs, aux conséquences et aux résultats.	1	2	3	4	5
11. Se préoccuper de l'avenir n'a aucun sens puisque de toute façon je ne peux rien y faire.	1	2	3	4	5
12. Je fais aboutir mes projets à temps en progressant étape par étape.	1	2	3	4	5
13. La nuit, je réfléchis souvent aux défis du lendemain.	1	2	3	4	5
14. Je prends des risques pour mettre de l'excitation dans ma vie.	1	2	3	4	5
15. Je suis capable de résister aux tentations quand je sais qu'il y a du travail à faire.	1	2	3	4	5
16. Le futur contient beaucoup trop de décisions ennuyeuses auxquelles je n'ai pas envie de penser.	1	2	3	4	5
17. Je me trouve toujours entraîné par l'excitation du moment.	1	2	3	4	5
18. Je pense aux mauvaises choses qui me sont arrivées dans le passé.	1	2	3	4	5
19. Je pense aux bonnes choses que j'ai ratées dans ma vie.	1	2	3	4	5
20. Je pense souvent que je n'ai pas le temps de faire tout ce que j'avais prévu dans la journée.	1	2	3	4	5
21. Habituellement, je ne sais pas si je vais être en mesure d'atteindre mes objectifs dans la vie.	1	2	3	4	5
22. Si j'ai une décision à prendre rapidement, j'ai souvent peur que cette décision soit mauvaise.	1	2	3	4	5
23. Je me sens stressé lorsque je ne peux terminer à temps ce que j'ai à faire.	1	2	3	4	5

Rapport des individus avec passé, présent et futur.

- Passé positif,
- Passé négatif,
- Présent fataliste
- Présent hédoniste.
- Futur