

AIDE A L'ARRÊT DU TABAC : BASES THEORIQUES ET MODALITES DE CONDUITE DU SEVRAGE TABAGIQUE, ETUDE DE CAS CLINIQUES

Docteur Jean PERRIOT

Pneumologue - Addictologue

Dispensaire Emile Roux CLAT 63 - CRAMR

perriotjean@gmail.com



DIU de Tabacologie et d'aide au sevrage tabagique
Clermont-Ferrand le 21 Mars 2024



INTRODUCTION

« Le tabagisme est à l'origine d'un comportement de dépendance qui constitue une maladie chronique dont l'évolution est marquée de tentatives d'arrêts et de rechutes et le terme d'une issue fatale 2 fois sur 3 »¹

- Le tabagisme est un enjeu majeur de santé publique (CCLAT 2003; XXIème siècle 1.10⁹ décès ? « *The Tobacco Endgame : Is it possible ?* »²).
- Arrêter de fumer s'accompagne de bénéfices à tout âge (efficacité, complémentarité et rentabilité des stratégies d'aide à l'arrêt du tabac).

PLAN DE L'EXPOSE

- Rappels pour comprendre.
- Moyens d'aide à l'arrêt du tabac.
- Stratégies d'aide à l'arrêt du tabac.
- Synthèse.
- Conclusion.
- Pour en savoir plus.
- Etude de cas cliniques
- Annexes.

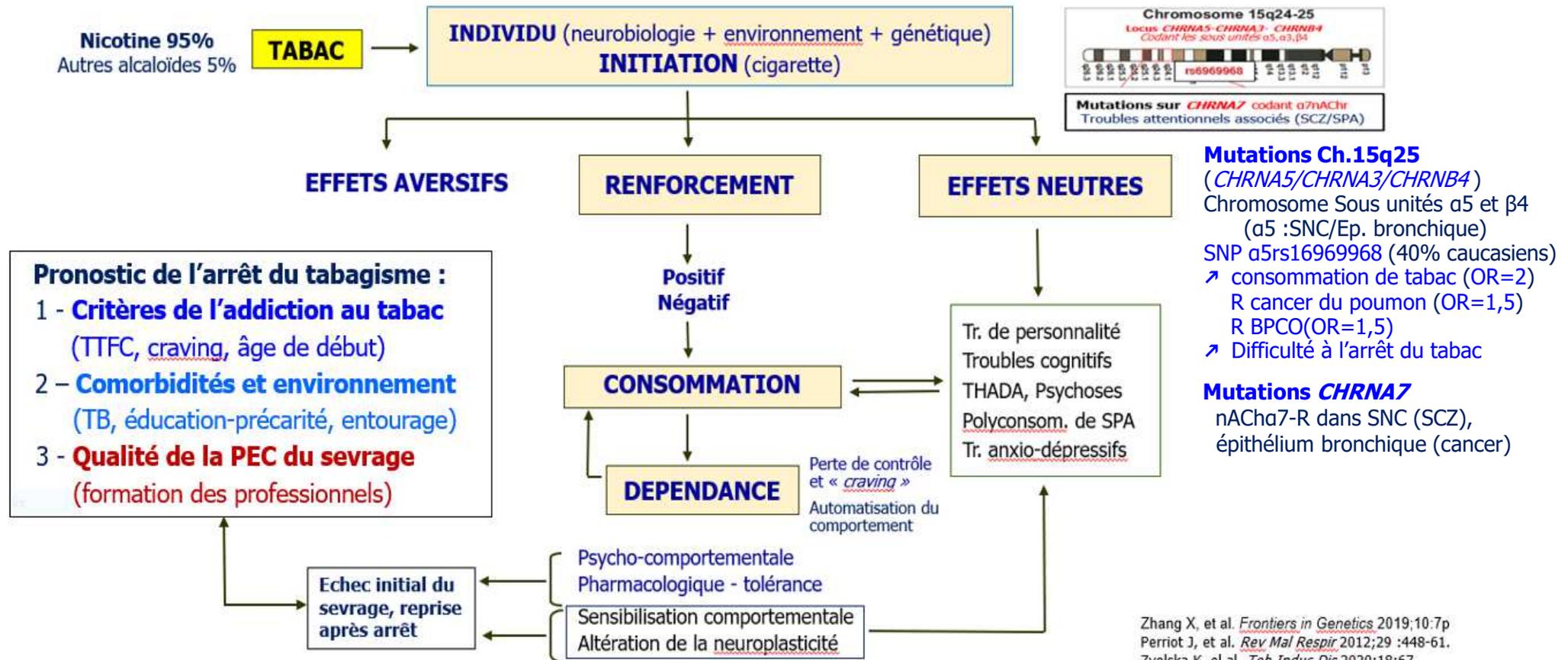


1 Aubin HJ, et al. *Rev Prat* 2012; 62: 347-53.

2 Novotny TE. *PLoS Med* 2015;12:e1001832.

RAPPELS POUR COMPRENDRE

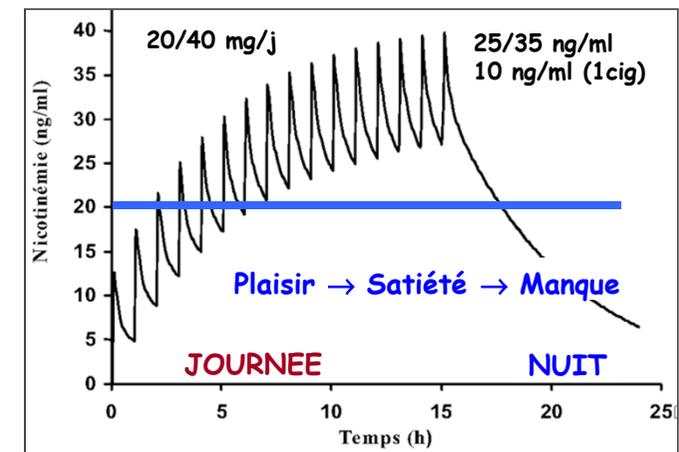
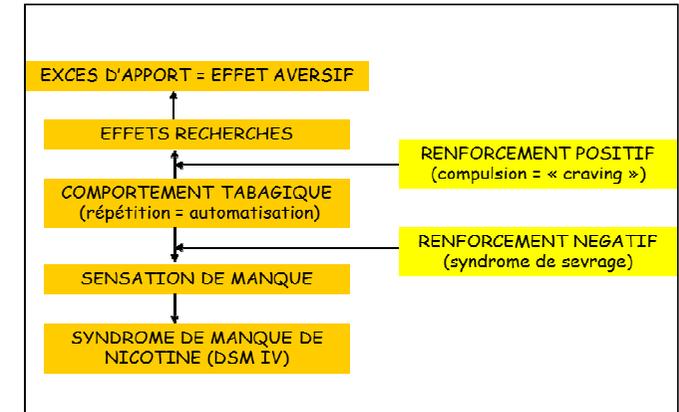
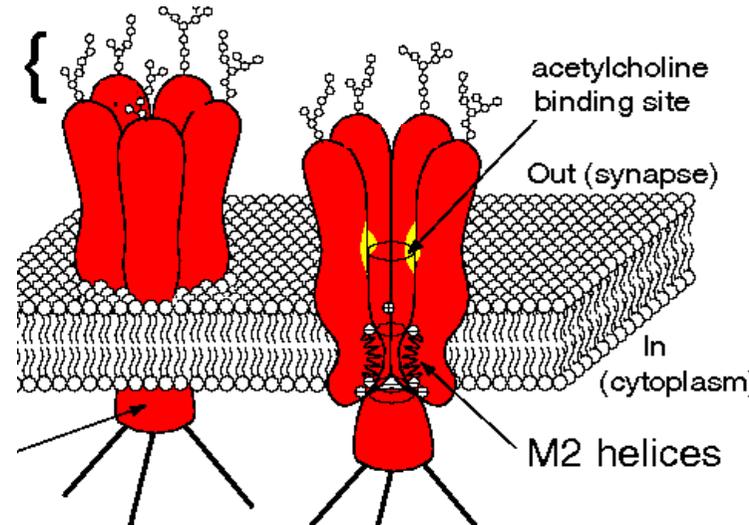
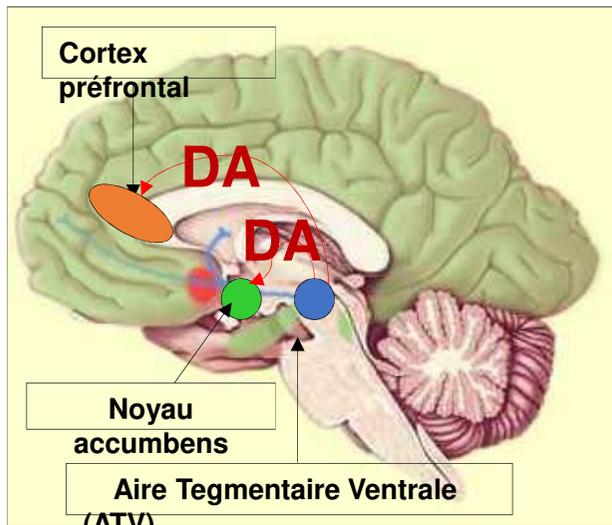
HISTOIRE NATURELLE DU TABAGISME ET DE LA DEPENDANCE AU TABAC



DEPENDANCE AU TABAC : NICOTINE ; nACh-R & DOPAMINE



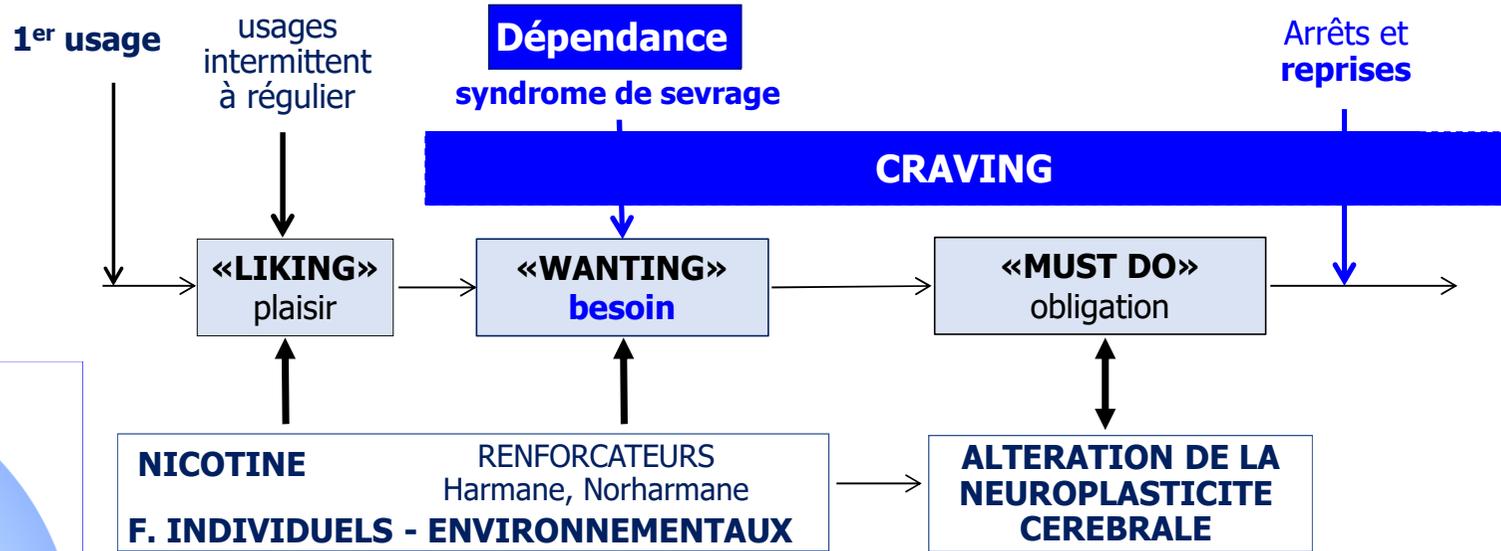
nACh-R : 5 sous-unités
 Nombreux isoformes
 SNC, SNA, cellules, tissus...



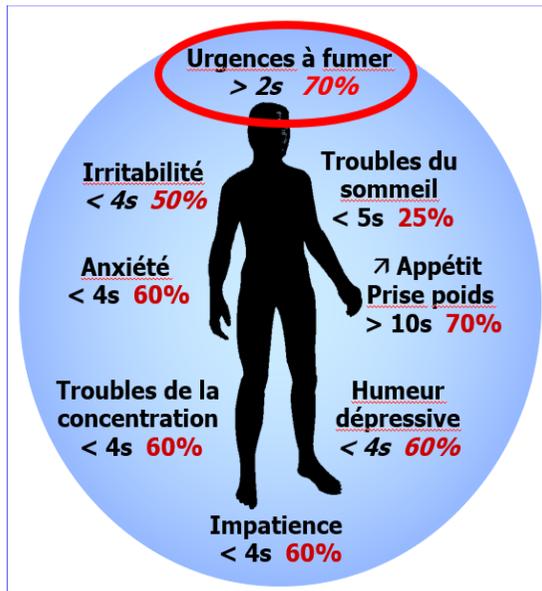
Demi plasmatique de la nicotine
 1-4 h (Métabolisme *CYP 2A6*)
Autres éléments : IMAO (Harmane, Norharmane), Neurones SER, NA, R-CB1

Tabac : comprendre la dépendance pour agir. Inserm, 2004
 Berlin I. Pharmacologie clinique du tabagisme in « *Traité d'addictologie* », M Reynaud et, al. Paris: Editions Lavoisier, 2016.

DEVELOPPEMENT DE L'ADDICTION AU TABAC



Syndrome de sevrage



Modèles de craving : Conditionnement, Cognitif, Motivation, Neurobiologie: «reward» (Dopa/opioïd), «relief » (Gaba/Glu), «obsessive» (5HT). **Plus il est fréquent & intense, moins les chances d'arrêt à long terme sont élevées** (arrêt à M1 : 50%, M6 : 30%, M12 : 20%).

McEwen A, et al. *Manual of smoking Cessation*. Blackwell Publishing, 2008.
 Ekhtiari H, et al. *Prog Brain Res* 2016; 223:115-41
 Skinner MD, et al. *Neurosci Biobehav Rev* 2010;34::606-23

MOYENS D'AIDE A L'ARRÊT DISPONIBLES

MOYENS NON MEDICAMENTEUX ¹⁻³

- **Conseil d'arrêt** (conseil bref ou avec information sur les bénéfices de l'abstinence).
augmentation des arrêts (vs absence d'intervention) : OR = 1,24 (IC95% : 1,16-1,33)
- **Soutien motivationnel** (Renforcer la motivation à l'arrêt lors de chaque rencontre : *DOT*)
5 As/5 Rs « *Relevance, Risks, Rewards, Roadbloks, Repetition* »
- **Thérapies comportementales et cognitives** (modification du comportement)
Participation active du patient, alliance thérapeutique mais « *technicité et temps suffisant* ».
- **Soutien à distance** (smartphone « *QuinTB* ») ⁴

MOYENS MEDICAMENTEUX

Médicaments trop couteux pour être utilisés à large échelle dans les pays émergents ⁵

- **Traitement nicotinique substitutif** (TNS) ⁶
Efficacité (vs. PCB) à 6 mois : RR = 1,55 (IC95% : 1,49 -1,61).
Efficacité TNS-TD+FO (vs. forme simple) : RR = 1,25 (IC95% : 1,15 - 1,36).
- **Bupropion** (le plus utilisé dans les pays émergent de langue anglaise ; bonne tolérance). ⁷
Efficacité (vs. PCB) à 6 mois : OR=1,88 (IC95% :1,60 - 2,06).
- **Varénicline** (le plus efficace en monothérapie ; bien toléré ; n'est plus délivré actuellement). ⁷
Efficacité (vs. PCB) à 6 mois : OR=2,88 (IC95%:2,40-3,47).
- **Cytisine** (agoniste des $\alpha 4\beta 2$ nACh-R option moins couteuse que la varénicline). ⁸

TRAITEMENT NICOTINIQUE SUBSTITUTIF

Prescription par Médecins, IDE, Sage-Femmes,
Chirurgiens-Dentistes, Kinésithérapeutes (2016)

TNS : Premier traitement d'aide à l'arrêt
(Nicotine : acteur principal de la dépendance).

Différentes formes galéniques (absorption
transdermique (TD), buccale (FO), nasale).

Bonne tolérance et sécurité d'emploi.

Efficacité de toutes les formes de TNS :

TNSFO vs. PCB: 1,52 (IC95%:1,32-1,74)

TNSTD vs. PCB : 1,64 (IC95%:1,53 -1,75)

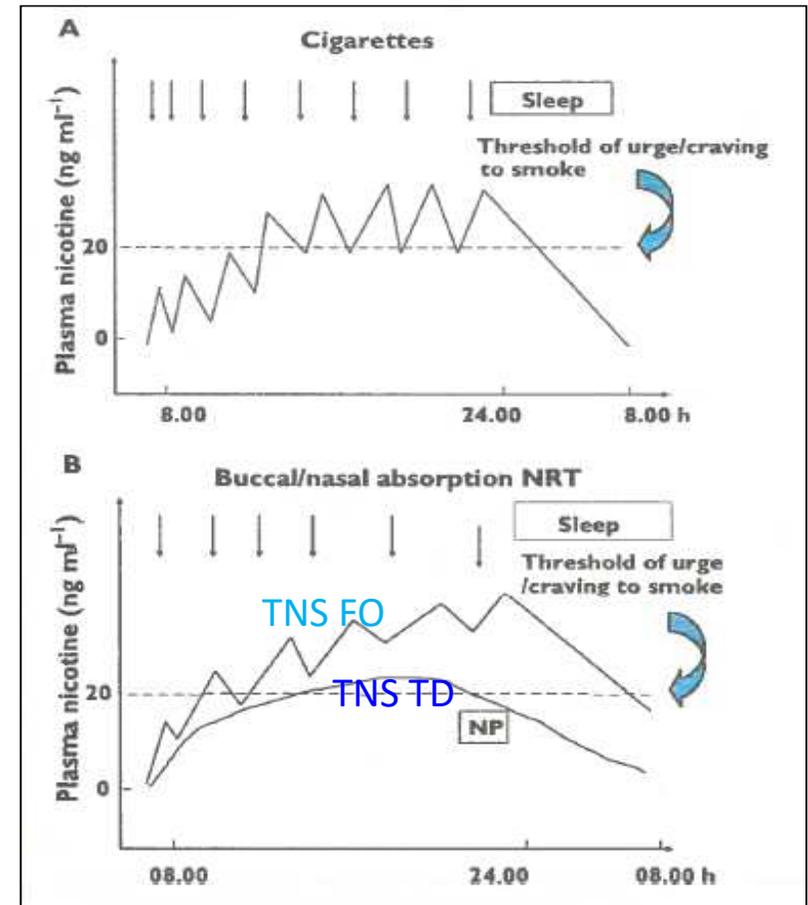
**Combinaison des formes transdermiques
et d'action rapide : résultats améliorés**

TNSTD+FO vs. PCB: 1,83 (IC95%:1,01-3,31)

Autres intérêts :

- Réduction de consommation avant arrêt
- Limitation de la prise de poids sous TNS

Hartmann-Boyce J, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; 5: CD000146.



TNS : MODALITES D'UTILISATION

CHOIX DE LA POSOLOGIE INITIALE (principes) ¹⁻³

1 cigarette délivre ≥ 1 mg de nicotine à substituer par ≥ 1 mg de TNS (Patch) + FO (Ad Lib).

- Pas de déficit de posologie initiale (50% des échecs dans le 1^{er} mois, la moitié dans la 1^{ère} semaine).
- Début de consommation moins de 30 mn après le réveil (Patch 24h + FO ad libitum).

Autres facteurs d'ajustements immédiats ^{2,3}

- CO expiré : marqueur d'intoxication (intensité de l'inhalation vs. $\frac{1}{2}$ vie : 4 h)
- Usage de cigarettes roulées : X 1,5 à 2 la posologie (1 cigarette = 1,5 à 2 mg de TNS patch)
- Usage de joint ou mésusage d'alcool : X 2 à 3 la posologie (1 cigarette = 2 à 3 mg de TNS patch)



AJUSTEMENT DE LA POSOLOGIE ¹⁻³

Le premier ajustement dans la première semaine d'arrêt (J2-J7).

- Objectif : « abstinence (CO Expiré < 7 ppm) sans manque ni craving (EVA ou FTCQ-12) »
- Fixer date de consultation suivante à la fin de chaque contact individuel (+ rappel SMS)

Optimiser le TNS. ⁴⁻⁶

- Respecter l'observance (nb d'heure de port du patch/j) : Arrêt S 12 OR=2,24(IC95% :1,00-5,03)
- Allonger la durée du TNS (6 mois $>$ 3 mois : si TNS $<$ 145J: Rechute HR= 1,44(IC95% :1,18-1,76)

1 Perriot J, et al. *Rev Pneumol Clin*. 2018;74(3):170-180.
2 Udemer M, et al. *Rev Mal Respir* 2010 ; 27(4) : 293-300.

3 Peiffer G, et al. *Réalités cardiologiques* 2015; 307:1-6.
4 Ma P, et al. *Drug Alcohol Depend* 2016;169:64-7.

5 Medioni J, et al. *Addiction* 2005 ; 100 : 247-54.
6 Berlin I, et al. *Addiction* 2011 ; 106 :833-43.

PATCH (absorption transdermique)

Absorption continue

NICORETTE SKIN* /16h (10, 15, 25 mg/j)

NICOPATCHLIB* NICOTINELL* NIQUITIN* ou EG /24h
(7, 14, 21 mg/j)

Sur peau sèche, glabre, changer emplacement chaque jour,
à protéger si se décolle. *à partir de 15 ans.*

Risque d'irritation cutanée (interruption du traitement <5%)

FORMES ORALES (absorption buccale)

Absorption intermédiaire et biodisponibilité faible : 50 %

Gommes (2,4 mg) *à partir de 15 ans.*

Micro-tablettes (2 mg, 4 mg) *à partir de 18 ans.*

Pastilles (1/1,5/2/2,5/4 mg) *à partir de 15 ans.*

15 à 30 mn en bouche, éviter salivation et déglutition
Risque d'irritation, dyspepsie, hoquet; addictif (5-8%)

SPRAY ET INHALEUR (absorption buccale) *

Spray (1mg/bouffée sur muqueuse jugale) à répéter
après 10/30mn, [pic:1mn], *à partir de 18 ans.*

Inhaleur (cartouche 10mg, max 12/jour; bouffées
sublinguales), [gestuelle] *à partir de 18 ans.*

SN : remboursement par AM



* non
remboursé
par l'AM

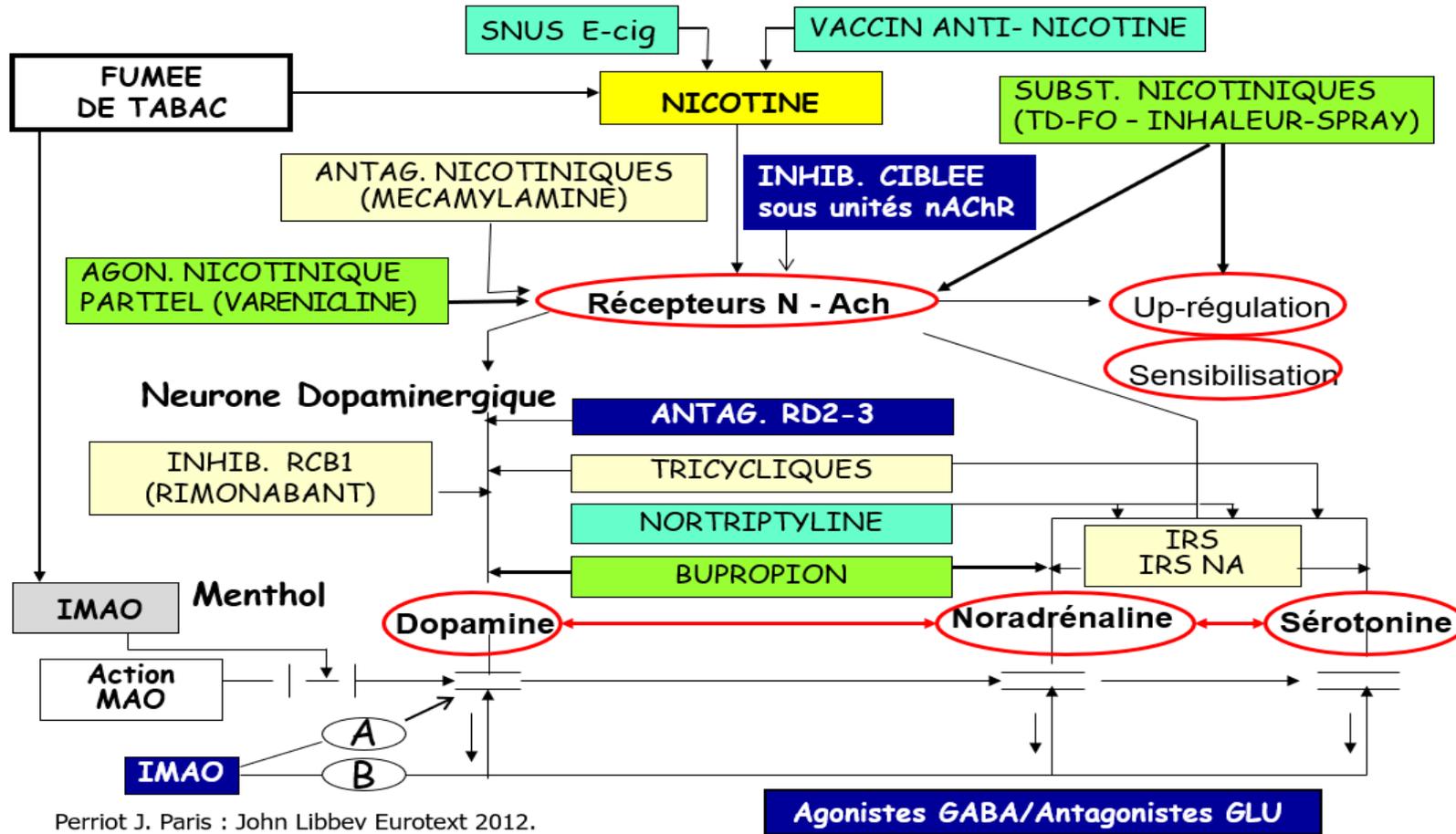
MEDICAMENTS DE PRESCRIPTION

BUPROPION		VARENICLINE
<p>Inhibiteur de la recapture de NE et DA (antagoniste <u>nAChR</u>)</p> <p><u>Bp</u> vs. PCB : 1,88 (IC95%:1,60-2,06)</p> <p>150 mg X 2/J Insomnie, sècheresse buccale Métabolisation CY2B6</p> <p>CI : - prise associée d' IMAO - sevrage alcool et BZD - risques de crises comitiales</p> <p>Etats dépressifs, comportements suicidaires, suicides ?</p> <p>ECR : BP vs. PCB: Pas d'excès de risque d'EIG Psy. (F. psy ou pas vs. PCB - Lancet, 2016)</p>	<p>MODE D'ACTION</p> <p>EFFICACITE</p> <p>TOLERANCE SECURITE D'EMPLOI</p> <p>SUIVI «POST MARKETING »</p>	<p>Agoniste $\alpha 4 \beta 2$ <u>nAChR</u> ($\alpha 7$ R) affinite x 16 (vs Nicotine)</p> <p><u>V</u> vs. PCB : 2,88 (IC95 %:2,40-3,47) Médicament le plus efficace en monothérapie</p> <p>1 mg x 2/J Nausées, vomissements (30 – 40%) Activité onirique, insomnie</p> <p>CI : - aucune - identifier TD avant sevrage tabagique</p> <p>Etats dépressifs, comportements suicidaires, suicides ? 10 essais cliniques « <u>poolés</u> » (N = 5000) : troubles du sommeil (V et B > TNS)</p> <p>Pas d'excès de risque d'EIG Psy. (F. psy ou pas vs. PCB - Lancet, 2016)</p> <p>Risques cardiovasculaires écarté</p>

Tableau de synthèse : Médicaments de l'aide à l'arrêt du tabac (® remboursé AM)

DCI	NOM COMMERCIAL	GOUT	POSOLOGIE	EFFETS SECONDAIRES	CONTRE INDICATIONS
Dispositifs transdermiques Remboursé 65%	NicopatchLib® Nicotinell® Niquitin Clear® Nicorette®		21 mg/24h 14 mg/24h 7 mg/24h 25 mg/16h 15 mg/16h 10 mg/16h	Allergie cutanée, Trouble du sommeil	Non fumeur Non dépendants Intolérance cutanée (timbres)
Gomme (2-4 mg) Remboursé 65%	Nicorette® Nicotinell® Nicoqum (2 mg) ®	Normal, menthe, orange, fruits rouges neutre Menthe, fruits rouges Fruit, Normal	A la demande 2 mg →30/jour 4 mg →15/jour	Irritation buccale , aphtes hoquet, brûlures gastriques potentiel addictif (?)	Parodontite, <u>pesophagite</u> , gastrite, RGO : précautions (idem pour autres TNS FO)
Inhalateur 10 mg	Nicorette inhaleur	Menthol	Idem	Idem	
Tablettes à sucer 1 -2- 4 ®	Nicorette® Microtab®	Normal Menthe, divers	Idem	Idem	
Comprimés à sucer 1,5-2-4 mg®	Niquitin®		Idem	Idem	
Spray buccal EG Remboursé 65%	Nicorette spray Spray EG®	Menthe	30/J (1 mg)	Toux – Irritation buccale	Pas d'association avec autres TNS
Pastilles à sucer 1.5 -2.5 mg	Nicopass®	Menthe ; eucalyptus Régisse menthe	Idem	Idem	
Chlorhydrate de Bupropion Cp 150 mg LP	Zyban LP®		Titration la 1ère semaine et arrêt du tabac dans la seconde, Cp 150 ou 300 mg en deux prises espacées d'au moins huit heures	Fréquence >1/100 trouble du sommeil, sécheresse buccale, céphalées, sensations vertigineuses, troubles digestifs, troubles du goût, éruption cutanée, fièvre Fréquence entre 1/100 et 1/1000 : tachycardies, bouffées vasomotrices, élévation de la PA, anorexie, confusion Fréquence entre 1/1000 et 1/10000 : Crises convulsives, syncopes, réactions d'hypersensibilité général	Insuffisance hépatique sévère, hypersensibilité au bupropion ou excipients, épilepsie (et ATCD) tumeurs cérébrales abaissement du seuil épileptique, psychose maniaco-dépressive, anorexie boulimie, prise d'IMAO, grossesse, allaitement, sevrage alcool ou BZD
Varénicline Cp 0,5 mg et 1 mg Remboursé 65%	Champix®		Titration 1ère semaine (0,5 mg x 3j puis 0,5 mg x 2/j) puis 1 mg x2 (3 mois ± 3 si arrêt à M3)	Nausées légères à l'induction 28 % Céphalées 14 % Troubles du sommeil 15 %	Pas d'interférence médicamenteuse connue Grossesse et allaitement Insuffisance rénale grave

MECANISME D'ACTION DES MEDICAMENTS D'AIDE A L'ARRÊT DU TABAC



MOYENS D'AIDE COMPLEMENTAIRES

CIGARETTE ÉLECTRONIQUE

Bénéfice - risque positif (vs CIG) en usage exclusif

Seconde ligne, absence d'étude chez le fumeur atteint de TB

e-cig (vs TNS) : RR=1,69(IC95%:1,25-2,27) 3 études.

e-cig+nic (vs e-cig-nic): RR=1,71(IC95%:1,00-2,92) 3 études.

e-cig (vs TCC) : RR=2,50(IC95%:1,24-5,04) 4 études.

Dautzenberg B, et al. *Rev Mal Respir* 2017;34:155-64.

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

HCSP : Avis relatif aux bénéfices - risques de la cigarette électronique. 26-11-2021.

ACTIVITÉ PHYSIQUE

Contrôle du craving, de la reprise et des TAD.

Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2016;33:431-443.

Bernard P. *Le Courrier des addictions* 2014;16:14-15.

SOUTIEN À DISTANCE (conseil, quit-lines, observance)

Tabac-Info-Service.fr 3989

Whitaker R, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 10: CD006611.

Matkin W, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 5: CD002850.

STRATEGIES DE GESTION DES CONTINGENCES

Soutien social, nutritionnel, financier.

Notley C, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 7: CD004307.

THÉRAPIES NON CONVENTIONNELLES

Acupuncture, Hypnose, **SCNI** (SMTr et STCC)

White AR, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 1: CD000009.

Barnes J, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 6: CD001008.

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

Electronic cigarettes for smoking cessation (Review) 

Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Lindson N, Bullen C, Begh R, Theodoulou A, Notley C, Rigotti NA, Turner T, Butler AR, Fanshawe TR, Hajek P *Cochrane Database Syst Rev* 2020;10:CD010216.

Practical guidelines on e-cigarettes for practitioners and others health professionals. A French 2016 expert's statement  

Rev Mal Respir 2017; 34 : 155-64.
Recommandations pratiques sur la cigarette pour les médecins et autres professionnels de santé. Recommandations 2016 d'experts français

B. Dautzenberg^{a,*}, M. Adler^b, D. Garelik^c,
J.F. Loubrieu^d, G. Mathern^e, G. Peiffer^f, J. Perriot^g,
R.M. Rouquet^h, A. Schmittⁱ, M. Underner^j, T. Urban^k

Effets de l'activité physique sur le syndrome de sevrage et le craving à l'arrêt du tabac[☆]  

Revue des Maladies Respiratoires (2016) 33, 431-443

Effects of physical activity on tobacco craving for smoking cessation

M. Underner^{a,*}, J. Perriot^b, G. Peiffer^c,
J.-C. Meurice^a

Internet : programmes de soutien personnalisé
Les lignes téléphoniques : Tabac info Service
Applications, Facebook, Twitter
SMS



 **SMTr**

 **STCC**

COMMENT UTILISER L'E-CIGARETTE ?

E-cig : balance bénéfique - risque positive en usage exclusif à court terme (vs. cigarette) et apport dans l'aide à l'arrêt du tabac.

Choisir une e-cigarette de bonne qualité (dernière génération) et e-liquide (norme AFNOR), la résistance est un consommable, la mèche doit être humidifiée.

Obtenir l'effet sensoriel pharyngé optimal et éviter le manque d'apport en nicotine. Des aspirations lentes et une bonne hydratation oro-pharyngée.

Diminuer graduellement l'apport en nicotine le sevrage tabagique obtenu. Possibilité d'associer TNSTD et e-cig.

Utilisation en seconde intention; expliquer le bon usage de l'e-cig au fumeur qui veut l'employer pour arrêter le tabac.

Après arrêt complet du tabac un usage exclusif prolongé de l'e-cig expose l'ex-fumeur aux risques lié au tabagisme passé et à une toxicité (à déterminer mais paraît très (++) inférieure à l'usage de la cigarette, poumon pathologique ?)

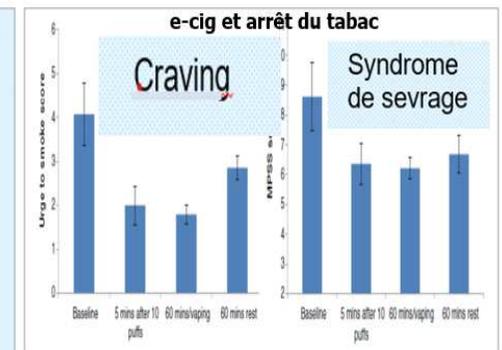
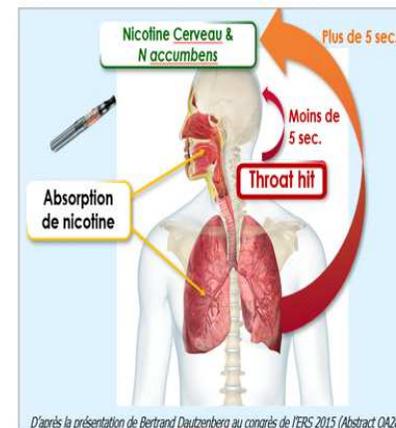
OFFICIAL TEXT — ARTICLE IN ENGLISH AND FRENCH

Practical guidelines on e-cigarettes for practitioners and others health professionals. A French 2016 expert's statement

Dautzenbera B, et al. *Rev Mal Respir* 2017; 34:155-164.

B. Dautzenberg^{a,*}, M. Adler^b, D. Garelik^c, J.F. Loubrieu^d, G. Mathern^e, G. Peiffer^f, J. Perriot^g, R.M. Rouquet^h, A. Schmittⁱ, M. Underner^j, T. Urban^k

HCSP 2021. Avis relatif aux bénéfices - risques de la cigarette électronique.



Effets sur manque et craving (nicotine/ throat it)

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

STRATEGIES D'AIDE A L'ARRÊT DU TABAC

UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE, INDIVIDUALISEE ET ÉTALÉE DANS LE TEMPS.

ÉVALUATION INITIALE ET BILAN DU TABAGISME

- La dépendance nicotinique (FTCD) et l'usage d'autres SPA.
- Le niveau de motivation (Richmond - balance décisionnelle).
- L'état anxio - dépressif (HAD) et antécédents psychiatriques.

PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE TABAGIQUE

Une intervention structurée en trois étapes :

- Phase de préparation (conseiller et aider l'arrêt : X6 les arrêts).
- Phase de sevrage (arrêt effectif, contrôle des dépendances).
- Phase de suivi (prévention de la reprise).

Un accompagnement individualisé étalé dans le temps :

- Les attentes et besoins du patient (PEC individualisée).
- Une réduction de consommation peut préparer l'arrêt complet.
- Pronostic de l'arrêt : contrôle du manque et accompagnement.

PRISE EN CHARGE DES COMORBIDITES

HAS: Recommandation de bonne pratique, Mai 2014.
 Perriot J, et al. Tabacologie et sevrage tabagique. John Libbey, 2003.
 Aveyard P, et al. *Addiction* 2012;107:1033-73.

TEST D'ÉVALUATION DE LA MOTIVATION
 Richmond RL, et al. *Addiction*, 1993, 88 : 1127-35

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

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

TEST DE DÉPENDANCE A LA NICOTINE (FTCD)

Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ? (< 30mn TNS TD /24h + TNS FO au réveil et post petit déjeuner immédiat)	Moins de 5 minutes 6 à 30 minutes 31 à 60 minutes Après 60 minutes	3 2 1 0
Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?	Oui Non	1 0
Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?	La première Une autre	1 0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? ... Posologie de TNS TD (1cig=1mg de nicotine = 1 mg de TNS ... TNS FO ad Lib)	10 ou moins 11 à 20 21 à 30 31 ou plus	0 1 1 3
Fumez-vous de façon plus rapprochée dans la première heure après le réveil que pendant le reste de la journée ?	Oui Non	1 0
Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?	Oui Non	1 0
TOTAL		

Score 0 à 3 : peu ou pas de dépendance Score 7 à 10 : forte dépendance à la nicotine
 Score 4 à 6 : dépendance à la nicotine Score 9-10 : très forte dépendance

ÉVALUATION DE L'ÉTAT ANXIEUX OU DÉPRESSIF (Test HAD)

Ce questionnaire a pour but de nous aider à mieux percevoir ce que vous ressentez. Lisez chaque question et entourez la réponse qui convient le mieux à ce que vous avez ressenti ces derniers jours. Donnez une réponse rapide - votre réaction immédiate est ce qui convient le mieux à votre état.

A. Je me sens tendu, énervé :	3 - souvent - souvent - souvent - jamais	2 1 0
D. J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent habituellement :	0 - toujours - souvent - quelquefois - jamais	3 2 1 0
A. J'ai une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :	3 - oui, très fréquemment - oui, mais c'est pas trop grave - oui, mais pas trop - pas du tout	2 1 0
D. Je suis fier et sûr de moi devant les autres :	0 - toujours - souvent - quelquefois - jamais	3 2 1 0
A. Je me sens triste, épuisé :	3 - souvent - souvent - souvent - jamais	2 1 0
D. J'ai perdu l'intérêt pour mon apparence :	3 - souvent - souvent - souvent - jamais	2 1 0

Score 0 à 7 : pas de symptômes **Score 8 à 10 : symptômes légers** **Score 11 à 14 : symptômes modérés** **Score 15 à 20 : symptômes sévères**

EVALUATION DE LA SITUATION DU FUMEUR ET DE SON TABAGISME.

Objectifs de la prise en charge

- Poser un diagnostic (situation et ressources du patient, apports du thérapeute).
- Préalable aux décisions thérapeutiques et conditionnant le pronostic (court et long terme).
- Créer l'alliance thérapeutique (relation fumeur-soignant : registre motivationnel, empathie)

Points clés.

- Des informations concrètes (anamnèse, outils divers).
- Prendre en compte les attentes et besoins du patients.
- Notion de « temps utile » (plasticité d'attitude).

Inventaire.

- 1. Situation personnelle du fumeur (prise en charge personnalisée)
- 2. Niveau d'intoxication tabagique (inhalation et exposition au tabagisme passif).
- 3. Histoire du tabagisme (début, tentatives d'arrêts, comorbidités, traitements).
- 4. Aptitude au changement de comportement.
- 5. Dépendance et « craving »

ELEMENTS DE L'INVENTAIRE

1 - Situation personnelle du fumeur (PEC personnalisée).

Age : perception(s) et attitude(s) vis-à-vis du tabagisme évoluent

Niveau de formation (scolaire, universitaire, professionnelle)

Niveau de précarité sociale (revenus, EPICES, CMUc, logement, etc.)

Contexte professionnel (emploi – environnement fumeur ? Retraité ?)

Contexte familial (isolement ? environnement fumeur – soutien ?)

Bien être et qualité de vie (EVA/EVN, SF36, LCSS, VQ11, etc.)

Appartenance à une minorité sexuelle (FTCD élevé, usage SPA, précarité sociale)

Lee JG, et al. *Tobacco Control* 2009 ; 18 : 275-82.

Consommation tabac (minorités sexuelles vs. pop. Hétérosexuelles)

HSF : OR=2,1 (IC 95% : 1,7-2,7) HSH : OR=2,4 (IC 95% : 1,8-3,3)

Autre(s) SUD ? et comorbidité(s)

2 - Niveau d'intoxication tabagique.

Consommation quotidienne (cigarettes/jour)

- **Toxicité** (F *vs.* NF)¹

1-4 C/J : R-DC cardiaque X4, cancer pulmonaire X3, R-DC global X1,5 H-F,
R-coronarien non léthal X2 (F à 6 ans), Consommation > 10 C/J : R-DC précoce + 50%

R-DC cancer bronchique : durée d'exposition – année (x20) > consommation/J (x2)

- **Niveau des dépendance** : physique² (petits fumeurs inférieure *vs* F standards), psychologique, comportementale, composantes gestuelles sensorielles^{3,4} et identitaire⁵

- **Motivation à l'arrêt**⁴ Inférieure chez les petits fumeurs

CO expiré (profondeur et modalités d'inhalation, comorbidités, intoxication CO)^{6,7}

Tabagisme passif (et pollution environnementale)⁸

1 Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2010 ; 27 : 1150-63.

2 Okuyemi KS, et al. *Nicotine Tob Res* 2002 ; 4 : 2S103-12.

3 Gilliard J, et al. *Psychologie et psychométrie* 2000 ; 77-93.

4 Etter JF, et al. *Addiction* 2004 ; 99 : 1342-50.

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

6 Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2010; 27 (4):293-300.

7 Underner M, et al. *Mal Rev Respir* 2020;37(7):376-388.

8 Wirth, N., et al. *Rev Mal Respir* 2009; 26(6): 667-678.

3 - Histoire du tabagisme.

Ancienneté de la consommation (années, PA)

Age de la consommation de tabac (début et du tabagisme quotidien)

Tentatives d'arrêts antérieures (nb \geq 7J, durées, aides apportées, circonstances de reprise : craving ?)

Comorbidités associées :

- **somatiques** Cardiovasculaires (risque cardiovasculaire global)
Bronchopulmonaires (BPCO, mini-spirométrie électronique)
Autres (... interférences avec les médicaments d'aide à l'arrêt ?)
- **usages de SPA** Alcool (clinique, antécédents, DETA, AUDIT C)
Cannabis (clinique, antécédents, CAST)
Autres SPA (cocaïne, etc.)
Troubles du comportement alimentaire (SCOFF)
- **psychiatriques** Clinique, antécédents personnels et familiaux
HAD et BDI, Angst, MNPI, Akiskal-Hantouche

Traitements médicamenteux associés

QUESTIONNAIRES EN ANNEXE
www.iraat.fr

4 - Evaluation de « l'aptitude au changement de comportement ».

Notions classiques.

- **Le fumeur est-il en accord avec sa consommation** (considération : Alcool > tabac)?¹
- **Evaluation de la « motivation - réussite » de l'arrêt du tabac ?**²
Test de Richmond (0-10)² ou Test Q-MAT (0-20)³

Exploration de l'ambivalence face au changement.

- **Motivation** (conscience des risques pour sa santé à fumer et confiance en soi pour arrêter de fumer)⁴
- **Evaluation de la balance décisionnelle**⁵

Autres paramètres^{6,8}

- **Motif d'arrêt** (haut et bas grades)
- **Maturation de la décision d'arrêt**
- **Circonstances de la décision** (« notion de climat »)
- « **Delay Discounting** » et « relation au temps »
- **Identité Fumeur** (corrélation entre forte identité, dépendance élevée, faible confiance en sa capacité d'arrêt)

1 Prochaska JO, et al. *Am Psychol* 1992 ; 42 : 1102-14.

2 Richmond RL, et al. *Addiction* 1993 ; 88 : 1127-35.

3 Aubin HJ, et al. *Alcoologie et addictologie* 2004 ; 26 : 311-16.

4 Rollnick S, et al. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 1995 ; 23 : 325-34.

5 Guichenez Ph. Traiter l'addiction au tabac. Dunod, 2017.

6 Perriot J. *Rev Mal Respir* 2006;23:3S85-3S105.

7 Apostolidis T, et al. *Revue Européenne de psychologie appliquée*. 2004;54: 207-217.

8 Dupont P, et al. *Am J Addict* 2015;24:07-12.

5 - Evaluation de la dépendance et du craving.

Dépendance.

- **Test de Fagerström** (6 ou 2 questions)^{1,2}

Délai entre réveil et 1^{ère} cigarette, nombre de cigarettes fumées chaque jour

Time to first cigarette in the morning (TTFC) : indicateur de dépendance, craving, résultat du sevrage, risque de cancer bronchique^{2,3}

- **Hooked on Nicotine Checklist (HONC)** : Adolescent et adulte⁴

Evaluation de la dépendance et du craving

Craving.

- **EVA/EVN** (craving instantané ou latent)

- **French Tobacco Craving Questionnaire 12 items (FTCQ-12)**⁵

Plus il est intense et répété moins la probabilité de l'arrêt à long terme est élevée

Caractère tenace (95% des reprises du tabagisme)

1 Heatherton TF, et al. *Br J Addict* 1991;86:119-27.

2 Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2012 ; 29 : 462-74.

3 Muscat JE, et al. *Cancer* 2011 ; 117 : 5377-82.

4 Di Franza JR, et al. *Tob Control* 2009 ; 11 : 228-35.

5 Berlin I, et al. *Eur Addict Res* 2005 ; 11 : 62-8.

SYNTHESE DES INFORMATIONS ISSUES DU BILAN INITIAL

Age	Consommation C/J	Paquets-Années (durée)
Bien-être (/10)	Situation personnelle professionnelle précarité (EPICES) (N. Educatif)	Désir d'arrêter (/10) Confiance en soi (/10)
Comorbidités Somatiques	Motifs de l'arrêt (Bénéfices)	Usage de SPA Alcool (DETA,AUDIT) Cannabis (CAST) Autres (cocaïne...)
Comorbidités Psychiatriques	Craintes (Freins)	Marqueurs du tabagisme COE (cotinine)
Age du tabagisme (1^{ère} C/T. Quot./Dep)	Dépendance FTCD (MNWS) Craving FTCQ (TTFC)	Tentatives d'arrêts (Nb/durée/dernière)
Traitements actuels (suivi médical ?)	Motivation-Décision Richmond (Prochaska) Attentes du patient	Indicateurs état psychologique HAD D A BDI Angst Akiskal-Hantouche

PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE TABAGIQUE (CHRONOLOGIE).

1 - AVANT L'ARRÊT PROPREMENT DIT.

CONSEILLER L'ARRÊT, ACCROÎTRE LA MOTIVATION ET PRENDRE EN CHARGE^{1,2,8}

- Expliquer les modalités de prise en charge, ses étapes (baliser), et prendre en compte les attentes.
- Répondre à ses questions, souligner sa disponibilité vis-à-vis de lui (rassurer).
- Renforcer l'atteinte de ses objectifs personnels (responsabiliser).

PHARMACOTHERAPIE

- RÉDUCTION DE CONSOMMATION AVEC MÉDICAMENTS D'AIDE À L'ARRÊT

TNS (vs PCB, arrêt M6)³ OR=2,06 (IC95% : 1,34-3,15)

Varénicline (vs PCB, arrêt S2-S24)⁴ OR=4,02 (IC95% : 2,94-5,50) ; $p < 0,0001$

La réduction de consommation n'est jamais une fin en soi (objectif : arrêt complet)

- PRÉ-TRAITEMENT AVANT LE DÉBUT DE L'ARRÊT

TNS (2-4 S préTOD vs PCB, arrêt M6)⁵ OR=2,17 (IC95% : 1,46-3,22)

(4S pré TQD vs PCB puis TNS Standard 3mois)⁶ Réduction du craving à M1-M6

Varénicline (4 S pré TQD vs PCB, arrêt à M3)⁷ Varénicline 47,2 % vs PCB 20,8 % ; $p = 0,005$

¹ Aveyard P, et al. *Addiction* 2012;107:1033-73.

² Aubin HJ, et al. *Comment arrêter de fumer ?* Odile Jacob, 2003.

³ Moore D, et al. *BMJ* 2009;338:b1024

⁴ Ebbert JO, et al. *JAMA* 2015 . 313:687-97.

⁵ Shiffman S, et al. *Addiction* 2004;99:557-63.

⁶ Hajek P. *Addiction* 2018 Jul 31; doi: 10.1111/add.14401

⁷ Hajek P, et al. *Arch Intern Med* 2011;171:770-7

⁸ P Guichenez. *Traiter l'addiction au tabac*. Dunod, 2017.

2 - PHASE D'ARRET DU TABAC.

TOUJOURS

Accompagnement comportemental et cognitif (TCC) ¹
Prise en charge des comorbidités, observance, partenariats

PHARMACOTHERAPIES ²

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 43).
Cytisine : RR = 2,21; IC 95 % : 1,66 - 2,97 (7 ECR, n=3 848).
TNS(TD+FO) : RC = 1,93 ; IC 95 % : 1,61- 2,34.
TSN (TD) : RC = 1,37 ; IC 95% : 1,20-1,56 (105 ECR, n=3731).
TNS (FO) : RC = 1,41 ; IC 95 % : 1,29 -1,55 (120 ECR, n=31 756).
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).

COMBINAISONS THERAPEUTIQUES

TCC + pharmacothérapie (vs. pharmacothérapie) RR=1,15 ³ à 1,83 ⁴
Varénicline +TNS (M3) ⁵ OR=1,50(IC95%:1,14-1,97)
Varenicline + Bupropion (M6) ⁶ RR=1,23(IC95%:1,01-1,30)

1 Guichenez P. « Soigner les addictions par les TCC » de P. Graziani et L. Romo. 2^{ème} édition. Pratiques en psychothérapie, Paris : Elsevier Masson, 2023, 453p.

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

3 Fiore MC, et al. *Treating Tobacco Use and Dependence.*2008

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

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

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

3 - ASSURER LE MAINTIEN DE L'ABSTINENCE

CONTRÔLE DU CRAVING

+ il est intense et répété, - la probabilité d'arrêt est élevée (mesure régulière : FTCQ-QSU)

- **Médicaments d'aide à l'arrêt** (Varenicline >TNS/B)
- **TCC, autres** (A. physique, SCNI ...)

Jackson SE, et al. *Addiction* 2019;114:797-97.
 Samalin L, et al. *Rev F Psy Psychol Méd* 2010 ; XVI : 38-43.
 Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2016;33:431-443.

TCC : PREVENIR ET GERER LA REPRISE

Elaborer des stratégies de contrôle du risque de « reprise »
 Méditation de pleine conscience, réalité virtuelle.

HJ Aubin, et al. *Comment arrêter de fumer ?* Odile Jacob, 2003
 P Guichenez. *Traiter l'addiction au tabac.* Dunod,2017.
 Hone-Blanchet A, et al. *Front Hum Neurosci.* 2014;8:844.

OBSERVANCE DU TRAITEMENT ET ETP

Renforcer l'observance (ETP) et le suivi (à distance)

Hollands GJ, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2015, 2: CD009164.
 Galera O, et al. *Rev Pneumol Clin* 2018;74 :221-225.

CONTROLLER L'ENSEMBLE DES COMORBIDITES

Partenariat dans leur prise en charge

Vorspan F, et al. *Front Psychiatry* 2022;13:975674.
 Perriot J, et al. *Rev Mal Respir* 2012 ; 29 (4) : 448-451

FRENCH TOBACCO CRAVING QUESTIONNAIRE (FTCQ-12)

PAS DU TOUT D'ACCORD → TOUT A FAIT D'ACCORD

1 - Une cigarette maintenant n'aurait pas un bon goût.	7	6	5	4	3	2	1
2 - S'il y avait une cigarette ici, devant moi, il serait très difficile de ne pas la fumer.	1	2	3	4	5	6	7
3 - Si je fumais maintenant, je pourrais réfléchir plus clairement.	1	2	3	4	5	6	7
4 - Fumer une cigarette ne serait pas agréable.	7	6	5	4	3	2	1
5 - Je ferais n'importe quoi pour une cigarette là maintenant.	1	2	3	4	5	6	7
6 - Je me sentirais moins fatigué(e) si je fumais là, tout de suite.	1	2	3	4	5	6	7
7 - Je fumerais dès que j'en aurai l'occasion.	1	2	3	4	5	6	7
8 - Je ne serais pas capable de contrôler combien je fumerais si j'avais des cigarettes.	1	2	3	4	5	6	7
9 - Si j'avais une cigarette allumée en main, je ne la fumerais probablement pas.	7	6	5	4	3	2	1
10 - Si je fumais, je me sentirais moins déprimé(e).	1	2	3	4	5	6	7
11 - Il me serait facile de laisser passer l'occasion de fumer.	7	6	5	4	3	2	1
12 - Je pourrais mieux maîtriser les choses si je pouvais fumer maintenant.	1	2	3	4	5	6	7

TOTAL =

Berlin I, et al. *Eur Addict Res* 2005;11: 62-8

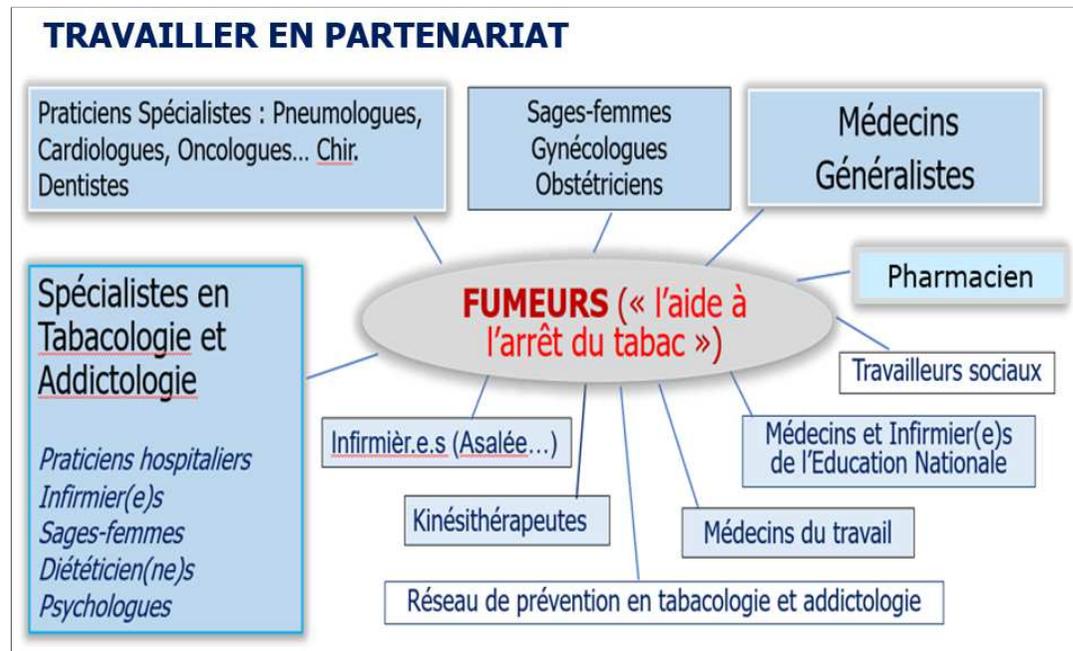
Dimensions explorées :
Emotionnalité : soulagement du manque et des affects négatifs
Attente : des effets positifs du tabac
Compulsion : perte de contrôle de la consommation
Anticipation : envisager de fumer pour connaître les effets positifs

MINNESOTA WITHDRAWAL NICOTINE SCALE
 Hugues J, et al. *Tob Control* 1998; 7:92-3.

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

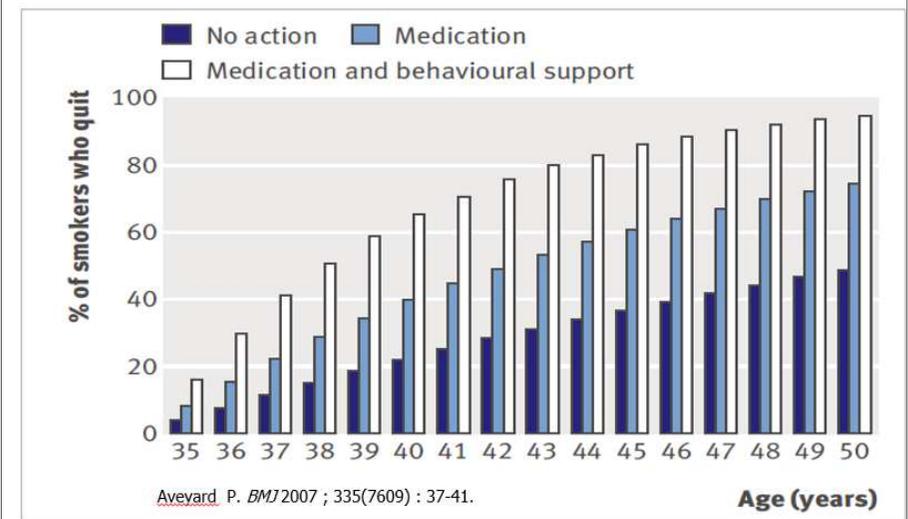
	Non présent	Léger	Modeste	Modéré	Sévère
1. En colère, irritable, frustrée	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2. Anxieuse, nerveuse	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>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

NE PAS OUBLIER



Perriot J, Schmitt A, Llorca, P. M. Optimiser la prise en charge du sevrage tabagique. *Alcoologie et addictologie*. 2005; 27(3), 201-209.

REPETITION DES TENTATIVES D'ARRET



PRISE EN CHARGE RESIDENTIELLE

OR = 3,58 (IC95%: 2,61-4,89)

Hays JT, et al. *Mayo Clinic Proc* 2011 ; 86(3) : 203-9

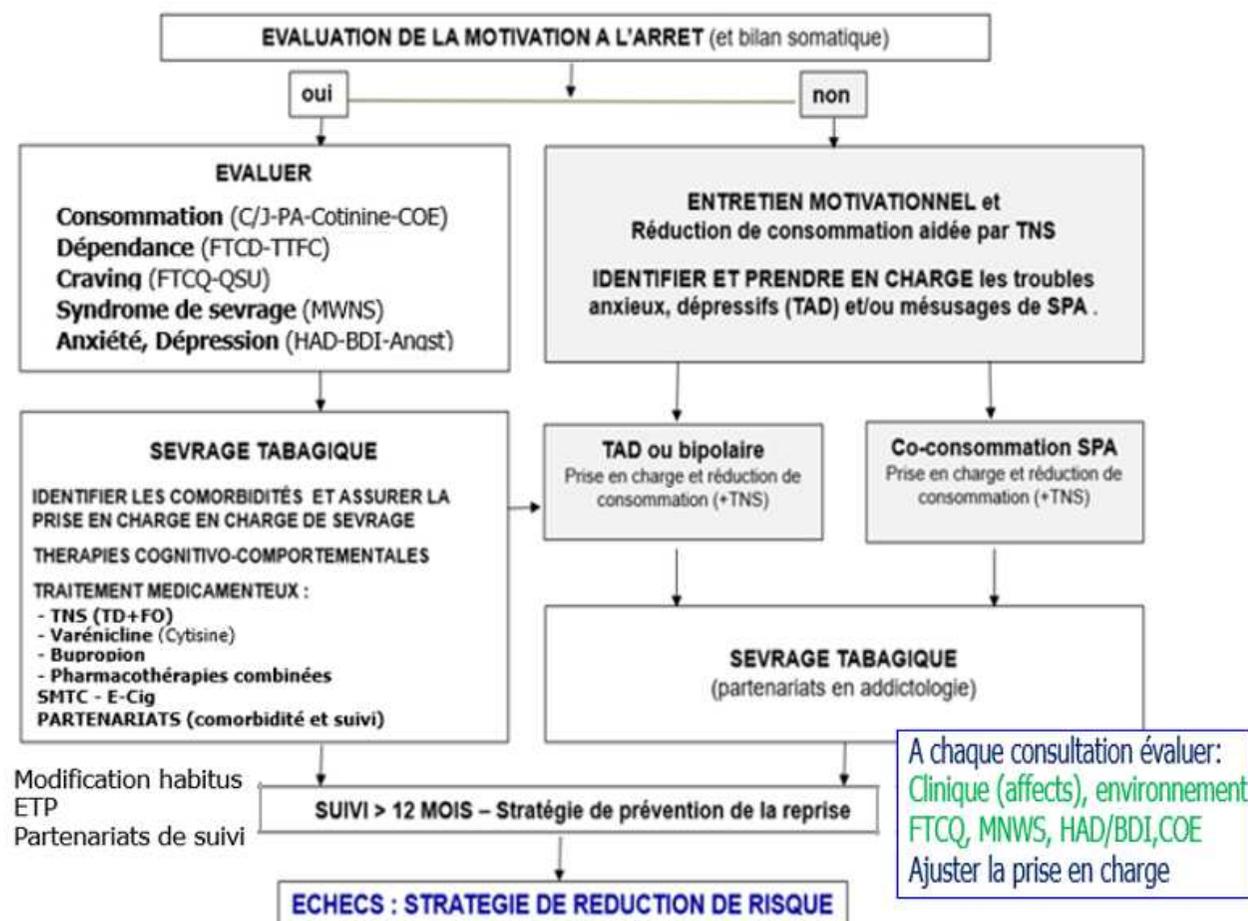
SOUTIEN A DISTANCE (net/tel)

OR = 2,16 (IC95%: 1,77-2,62)

Ace C, et al. *PLoS Med* 2013 ; 10(1) e1001362

SYNTHESE

DECISION ET PRISE EN CHARGE



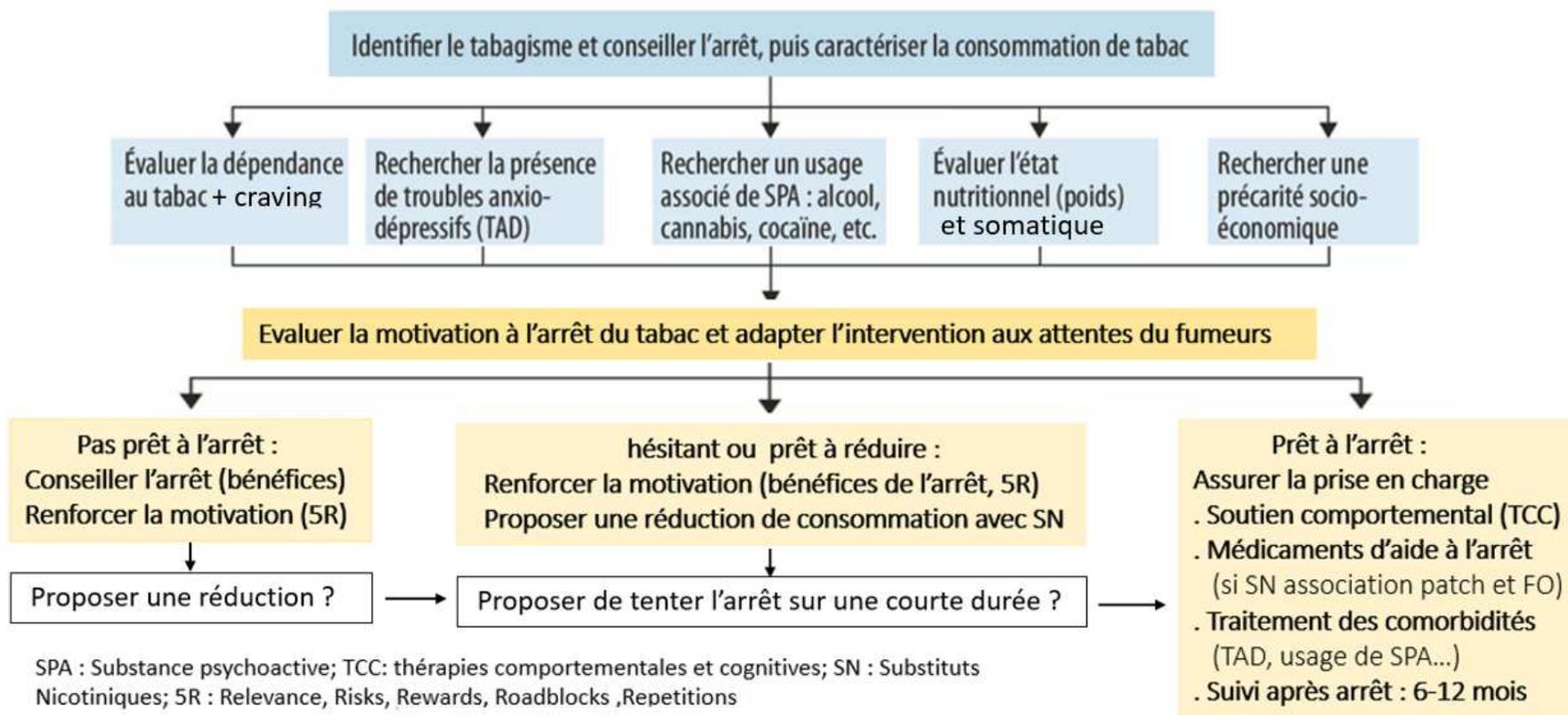

 Disponible en ligne sur
[SciVerse ScienceDirect](http://www.sciencedirect.com)
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com

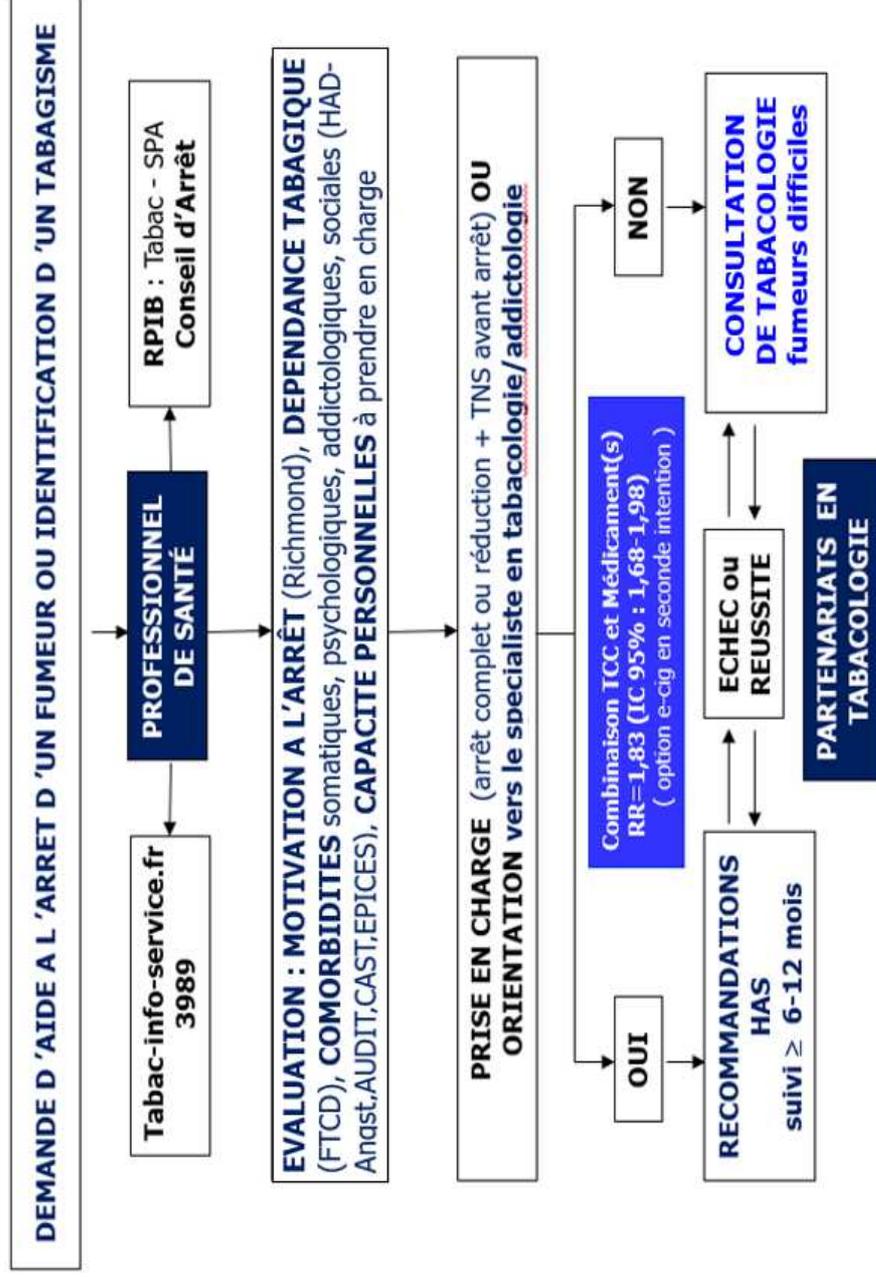


R Revue des Maladies Respiratoires (2012) 29, 462–474
Les tests d'évaluation de la dépendance tabagique
 Tests for evaluating tobacco dependence
 M. Underner^{a,*}, J. Le Houezec^{b,c}, J. Perriot^d,
 G. Peiffer^e

SYNTHESE : STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE TABAGIQUE



PLACE DES PROFESSIONNELS



DISCUSSION

1 - MOTIVATION, DEPENDANCE ET ARRÊT

Etude UK (n=8864, F adultes) TNS vs. Bupropion (8S)+TCC

Motivation : score (détermination: 1-5 + importance: 1-4).

Dépendance : FTND, HSI, Critères non HSI du FTND.

OR arrêt (M 1-6-12) : **la dépendance est un indicateur des chances d'arrêt, pas la motivation** (indicateur de qualité de la décision d'arrêt).

Ussher M, et al. *Addict Behav* 2016;53:175-180.

2 - ARRÊT AVEC OU SANS PREPARATION ?

Etude UK (n=918, F adultes : arrêts non planifiés vs. planifiés)

Résultats des tentatives d'arrêt non planifiées:

Arrêt à 6 mois : OR=2,6 (IC95% :1,9-3,6)

(tension motivationnelle, f. environnementaux déclencheurs).

Induire une stratégies d'arrêt et accompagner l'arrêt.

West R, et al. *BMJ* 2006;332 (7539):458-460.

Adjusted ^a multiple regressions	Time of smoking abstinence assessment (dependent variable)		
	OR95% - M1	OR95% - M6	OR95% - M12
FTCD	0.84 (0.78-0.89) p < 0.001***	0.83 (0.76-0.90) p < 0.001**	0.83 (0.74-0.92) p < 0.001**
HSI	0.78 (0.71-0.86) p < 0.001***	0.79 (0.69-0.90) p < 0.001**	0.81 (0.69-0.96) p = 0.013*
Non-HSI items from FTCD	0.77 (0.68-0.87) p < 0.001***	0.73 (0.62-0.86) p < 0.001***	0.68 (0.55-0.84) p < 0.001**
Motivation to quit	1.02 (0.95-1.09) p = 0.673	0.98 (0.89-1.08) p = 0.636	0.95 (0.84-1.07) p = 0.398

“Catastrophic” pathways to smoking cessation: findings from national survey

Robert West, Taj Sohal

BMJ 2006; 332(7539) :458-460.

3 - ACCROITRE ET RENFORCER LA MOTIVATION

Patient motivé à l'arrêt du tabac : engager la stratégie d'aide à l'arrêt du tabac (traitement ajusté sur niveau de dépendance).

Patient peu motivé à l'arrêt du tabac : accroître la motivation (perception d'une menace à fumer et confiance en soi pour arrêter) afin d'engager une stratégie d'arrêt du tabac.

West R. *BMJ* 2004;328:338-339.

Fumeur dépressif (des affects positifs bas et négatifs élevé + déficience cognitive) : corriger les croyances erronées, renforcer les objectifs personnels (+ pharmacothérapie d'aide à l'arrêt).

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

4 - ACCOMPAGNER LE FUMEUR LORS DE L'ARRÊT

Induire une stratégie d'arrêt : prenant en compte attente, besoins du fumeur et contrôlant le syndrome de sevrage.

Suivi (nb Cs > 8) et arrêt à M6 : OR=1,7 (IC95% :1,3-2,2)

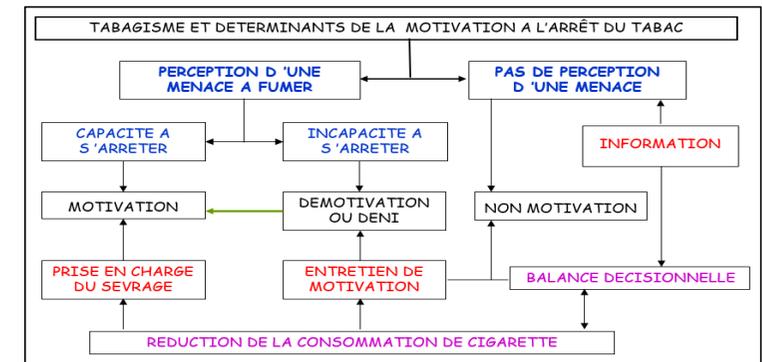
Intervenants (prof. différentes) : OR=2,5(IC95% :1,9-3,4)

PEC et suivi renforcé (post IDM): 44% d'arrêts à M6

Suivi téléphonique et arrêt : RR=1,25(IC95% :1,1-1,3)

West R. *BMJ* 2004;328:338-9.

		Motivation	
		Low	High
Dependance	Low	<ul style="list-style-type: none"> Unlikely to stop but could do so without help Primary intervention goal is to increase motivation 	<ul style="list-style-type: none"> Likely to stop with minimal help Primary intervention goal is to trigger a quit attempt
	High	<ul style="list-style-type: none"> Unlikely to stop Primary intervention goal is initially to increase motivation to make smoker receptive to treatment for dependence 	<ul style="list-style-type: none"> Unlikely to stop without help but would benefit from treatment Primary intervention goal is to engage smoker in treatment



Smoking cessation effectiveness in smokers with COPD and asthma under real life conditions 

Gratziou Ch, et al. *Respir Med* 2014;577-83

Fiore MC, et al. Treating Tobacco Use and Dependence. 2000, 2008 update.
 Reid RD, et al. *Can J Cardiol* 2006;22:775-80.
 Matkin W, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;5:CD002850.

5 - LE FUMEUR DIFFICILE (« *Hard-Core smoker* »)

Des fumeurs en difficulté pour arrêter le tabac

(motivé ou non à l'arrêt mais en échecs lors du sevrage) ¹⁻³

- Fumeurs malades du tabagisme persistant à fumer.
- Consommation > 20 c/j et/ou FTND > 7.
- Fumeurs avec pathologie psychiatrique ou SUD.
- Forte « identité fumeur » (sans « elle » je ne suis rien)

Prévalence estimée : 5 à 15% des fumeurs (définition ?).

Fumeurs fortement dépendant : 20 % (Woody).

L'essentiel des consultants en tabacologie

- Fortes dépendance (TTFC) et consommation.
- Pathologie psychiatrique fréquente (TAD, SCZ).
- Co-consommation de SPA (actuelle, passée).
- Pathologie somatique chronique (BPCO, AOMI, HIV, diabète...)
- Précarité socio-économique (bas niveau de formation).
- Femmes enceintes en échec dans l'arrêt.
- Echec répétés par déficit d'aide à l'arrêt du tabac.

PEC d'aide à l'arrêt renforcée

(TCC + pharmacothérapies combinées + soutien...)¹⁻⁵

Stratégie de réduction des risques ? ^{6,7}



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

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

⁶ Martinet Y, et al. *Rev Mal Respir* 2006;26(4 Suppl):13S109-13S118.

⁷ Le Houezec J, et al. *Expert Opin Pharmacother* 2013;14(14):1959-67.

PANORAMA DES FUMEURS DIFFICILES

FUMEURS AVEC USAGE ASSOCIÉ DE SPA.

- Renforcement réciproque de la dépendances à chaque SPA (tabac-alcool), fréquentes comorbidités associées.
- Souvent motivés à l'arrêt du tabac (sevrage est plus difficile : craving élevé) mais pas d'un arrêt simultané des SPA.
- Arrêt simultané des SPA (favorisant le maintien de l'abstinence tabagique) ou non (réduction préalable du tabac).

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

- Fortes dépendances et consommations, risques de complications somatiques et de mortalité induite.
- L'arrêt du tabac améliore la santé mentale (TAD, stress, bien-être psychologique...et réduit le risque suicidaire).
- Patients motivés à l'arrêt mais arrêt + difficile (bonne tolérance des pharmacothérapies mais faible observance).

FUMEURS ATTEINTS DE PATHOLOGIES SOMATIQUES CHRONIQUES .

- BPCO...: dépendance forte, motivation à l'arrêt faible, TAD fréquents. TCC+pharmacothérapies, réhabilitation respiratoire.
- Inf. VIH : tabagisme = ↘espérance de vie, TAD, précarité sociale, usage SPA (PEC globale avec TCC et Varénicline).
- Cardiopathies : excès de risque d'IDM (Tr. Dépressifs : surrisque tabagisme et IDM ; AOMI +/-diabète = BPCO...).

FEMMES ENCEINTES FUMEUSES.

- Tabagisme persistant (l'arrêt du tabac n'est pas inclus dans le projet de grossesse).
- Forte dépendance au tabac (et autres SPA) TAD, précarité sociale, faible observance du TNS.
- PEC globale (TCC, TNS, stratégies de gestion des contingences).

FRÉQUENTE ASSOCIATION D'UNE PRÉCARITÉ SOCIALE

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;29:448-1.

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

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.
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.
Feng L, et al. *Medicine (Baltimore)* 2019;98:e1459.
Krasieva K, et al. *Prev Med* 2022;163:107177.
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.
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. *Aging Mental Health* 2011;15:132-41.

Pang RD, et al. *Exp Clin Psychopharmacol* 2017;25:235-241.
Komiya 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.
Miguez MC, et al. *Int J Public Health* 2019;64:1355-65.

6 - ARRÊT OU REDUCTION DE LA CONSOMMATION DE TABAC ?

L'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.

L'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.

L'arrêt allonge l'espérance de vie (cancer pulmonaire).

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

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

L'arrêt améliore la santé mentale (anxiété, dépression...)

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

MAIS le patient ne ressent ces bénéfices qu'une fois l'arrêt obtenu !

- La réduction de consommation (+TNS ou Varénicline) peut préparer l'arrêt du tabac (suivi)
- L'E-Cig en usage exclusif peut réduire les risques du tabagisme (opinions sur l'E-Cig fluctuantes)

UK - Jackson SE, et al. *JAMA Network Open* 2024;7(2):e240582. (juin 2023 : aussi nocif : 33,7 % (IC95 % : 31,4 %-36,1 %).

France - Kumulus Vape (BVA). Tabac plus toxique que E-cig : 53% (Février 2024).

HCSP : Avis relatif aux bénéfices - risques de la cigarette électronique, 26-11-2021. Prudence (effets à courts et long terme).

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

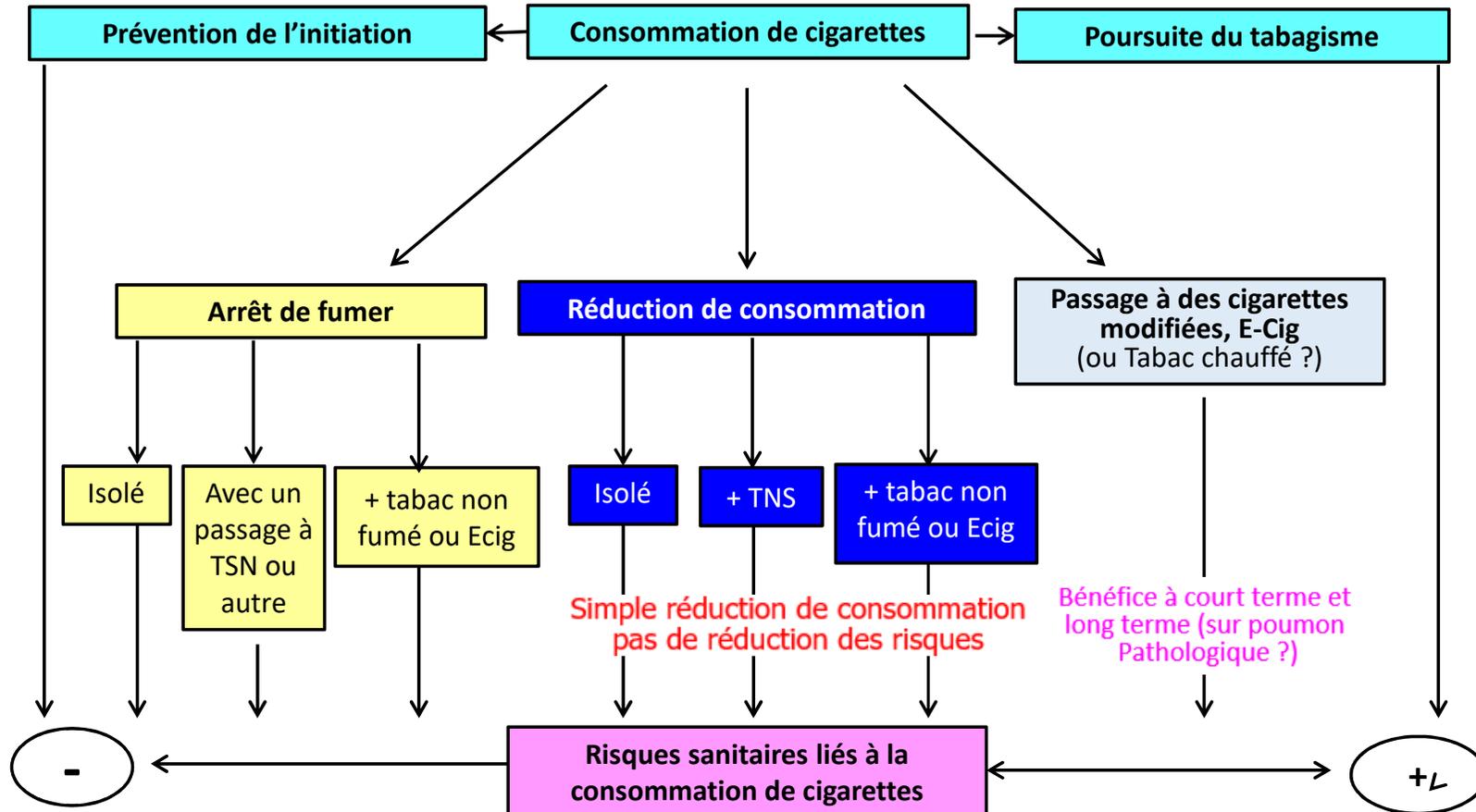
Référence: pas de réduction	Risque relatif	IC 95%
Mortalité toute cause	0.92	0.85-1.01
Risque cardiovasculaire	0.93	0.84-1.03
Cancer du poumon	0.81	0.74-0.88
Cancer lié au tabac	0.95	0.88-1.02

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.

7 - STRATEGIE DE REDUCTION DES RISQUES ?



Modifié d'après Martinet Y, et al. *Rev Mal Respir* 2006 ; 26 : 13S109-13S118.

CONCLUSION

Le tabac est une substance très addictive et le tabagisme une maladie chronique.

Induire une stratégie d'arrêt : conseil d'arrêt associé au rappel des bénéfices de l'abstinence et à une proposition de prise en charge (penser RPIB : alcool-tabac-cannabis).

Aide à l'arrêt du tabac : combiner traitements médicamenteux (observance) et TCC (activité physique, suivi à distance) après bilan initial du tabagisme (prise en charge globale, personnalisée, étalée dans le temps avec prévention de la reprise)... moyens complémentaires.

Seul l'arrêt réduit les risques liés au tabagisme pas la simple réduction de la consommation (possible étape préparatoire à l'arrêt complet + TNS, accompagnée par professionnel).

L'e-cig en usage exclusif est moins toxique à court terme que la cigarette (peut aider l'arrêt du tabac du fumeur motivé à l'utiliser : expliquer l'utilisation, seconde intention ou choix du patient ?).

Partenariats dans l'intervention d'aide à l'arrêt (fumeurs difficiles : combinaisons thérapeutiques, prises en charge des comorbidités somatiques, suivi prolongé avec observance thérapeutique).

« Traitement substitutif... le médicament c'est d'abord celui qui le donne » (M. Auriacombe *Le Courrier des addictions*, 2002)

Remerciements à : G. Peiffer, M. Underner, P. Arvers, A. Schmitt, V. Boute-Makota, G. Brousse

POUR EN SAVOIR PLUS

HAS. Recommandation de Bonne Pratique : Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien dans l'abstinence en premier recours. Oct, 2014.

Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Agency for Healthcare Research and Quality, 2008 update.

Interventions for Tobacco Cessation in Adults, Including Pregnant Persons Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force Agency for Healthcare Research and Quality, Jan 2021.

Initiating Pharmacologic Treatment in Tobacco-dependent Adults. An official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. *Am J Respir Crit Care Med.* 2020; 202:e5-e31.

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

Wirth N, Perriot J, Stoebner A, et al. Tabagisme in « *La pneumologie fondée sur les preuves, sous l'égide de la SPLF, coordination S. Marchand-Adam* ». 5e Ed; Editions Margaux Orange, 2017.

Underner M, Perriot J, Peiffer G, et al. Effets de l'activité physique sur le syndrome de sevrage et le craving à l'arrêt du tabac. *Rev Mal Respir* 2016; 33(6):431-443.

Hollands, Gareth J, Farley A, et al. Interventions to increase adherence to medications for tobacco dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;8(8):CD00914.

Berlin I, Maman K, Thomas D. Livre blanc. Rôle du pharmacien d'officine dans l'initiation et l'accompagnement du fumeur dans son parcours de sevrage tabagique. Novartis Santé Familiale SAS,2014.

George TP. *Medication treatments for nicotine dependence*. CRC Press, 2006.

Perriot J. La conduite de l'aide au sevrage tabagique. *Rev Mal Respir* 2006; 23(Suppl1):3S85-3S105.

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). *Rev Mal Respir* 2014;31(7):641-5.

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

HCSP. Avis relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique ou e-cigarette étendus en population générale. Paris,2021.

Lindson N, Theodoulou A, Ordóñez-Mena JM, Fanshawe TR, et al. Pharmacological and electronic cigarette interventions for smoking cessation in adults: component network meta-analyses. *Cochrane Database Syst Rev.* 2023 ;9(9):CD015226.

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.

Perriot J, Llorca PM, Boussiron D, et al. *Tabacologie et sevrage tabagique*. John Libbey Eurotext, 2003.

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.

Merson F, Perriot J. Social deprivation and time perception, the impact on smoking cessation. *Sante Publique* 2011;23(5):359-70.

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.

ETUDE DE CAS CLINIQUES

CAS CLINIQUE 1

Un jeune homme de 16 ans (classe terminale) vous demande de l'aide pour arrêter de fumer. Il est accompagné par ses parents qui s'inquiètent de le voir tousser, lui qui "ne fumait pas mais faisait beaucoup du sport avant... et qui fume trop, désormais".

Il a commencé à fumer il y a 2 ans et fume maintenant 5 à 7 cigarettes chaque jour, parfois plus à l'occasion des "3^{ème} mi-temps du rugby"...Son tabagisme cumulé est de 1 PA, il n'a jamais tenté de s'arrêter.

Le bilan initial a montré :

- Indice de FAGERSTROM : **2 (/10)**
- Indice de RICHMOND : **4 (/10)**
- Indice HAD versant dépression : **7** ; versant anxiété : **8**
- Il a fumé depuis le réveil 2 cigarettes ; il est 11 h (dernière il y a 3h) COE : **20** ppm

Evaluez le niveau de dépendance, de motivation à l'arrêt du tabac, les freins et bénéfices de l'arrêt du tabac et le pronostic de la tentative à cet instant du bilan initial. Attitude induite ?

Vous manque-t-il des données ? Cannabis-Alcool, "Bien-être et plaisir à vivre", motivation et confiance en soi... balance décisionnelle, antécédents (...qualité du sommeil), scolarité.

CAS CLINIQUE 2

Une femme de 40 ans, professeur d'anglais préparant le concours de l'agrégation (l'écrit a lieu dans moins de 3 mois) vous demande de l'aide dans sa 1ère tentative d'arrêt de son tabagisme.

Elle veut cesser de fumer car elle sent que fumer la rend nerveuse, la gêne pour s'endormir ; elle tousse et présente une pesanteur du thorax la nuit. Son sommeil est morcellé non réparateur (des difficultés à l'endormissement ; elle se couche vers minuit et se lève dès 6h du matin).

Actuellement, elle fume 25 cigarettes/jour et a commencé à fumer à l'âge 18 ans (14 PA)

Elle a fumé ce jour 10 cigarettes (la dernière il y a 30 mn) ; il est 11 h ; CO expiré : **45** ppm

Le bilan initial a montré :

- Indice de FAGERSTROM : **7 (/10)** TTFC : **5** mn
- Indice de RICHMOND : **8 (/10)** FTCQ : **50** MNWS : **25**
- Indice HAD versant dépression : **6** ; versant anxiété : **11**

Evaluez le niveau de dépendance et de motivation ainsi que le pronostic de la tentative à cet instant du bilan initial. Attitude induite ?

Vous manque-t-il des données ? Cannabis-Alcool (1 joint + 1 Whisky au coucher) ; 1 EDM (lors de la préparation du CAPES il y a 4 ans) ; motivation et confiance en soi (balance décisionnelle), ATCD (asthme mais arrêt du traitement de fond depuis 1 an).

CAS CLINIQUE 3

Madame Pascale B, âgée de 45 ans, divorcée, mère d'une fille de 17 ans, vous consulte car elle désire arrêter le tabac « Je veux changer de vie et me régénérer ». Cette femme très mince, élégante, légèrement logorrhéique est cadre supérieure dans l'industrie pharmaceutique; elle voyage dans le monde entier et pratique assidument le sport en salle.

Elle vous dit avoir commencé à fumer à HEC et ajoute-t-elle « pas que du tabac... ». Elle fume 25 cigarettes par jour, et dès le réveil. Quand on lui demande les raisons de son divorce, elle explique qu'elle n'a pas vraiment compris ce qui s'est passé... « c'est la vie... soupir ! » Elle dit que son mari a beaucoup souffert de leur divorce mais ils sont restés proches « il veille sur moi comme sur une enfant ; tout de même j'ai 45 ans et beaucoup de responsabilités ! ».

Elle nous apprend qu'elle a déjà été hospitalisée en psychiatrie en raison d'une tentative de suicide dont la raison lui paraît maintenant futile (rupture sentimentale, troubles du sommeil, perte de poids). A l'époque elle présentait des troubles du comportement sexuel (multiples partenaires) avec placements boursiers inconséquents. Au cours de la narration des révélations concernant sa vie privée, la patiente paraît très nerveuse, croisant et décroisant ses jambes.

Lors de son hospitalisation les psychiatres lui avaient prescrit des « médicaments » qu'elle dit avoir vite interrompu « je n'avais pas envie de me droguer avec cette chimie qui m'aurait finalement rendu dépendante ! »

Il lui arrive de consommer de la cocaïne découverte avec l'alcool à HEC, ! « Dans les coups de cafards, c'est très efficace Docteur, si vous n'avez pas essayé, je vous le conseille : un petit « rail », une cigarette, un whisky ou deux et hop ! cela va beaucoup mieux ! ». Parfois le soir, elle ajoute un « joint » pour se détendre avant de se coucher !

Elle dit son besoin d'aide pour arrêter ce tabac qui la fatigue et implore « aidez moi, mon très cher Docteur ». Elle présente une importante toux chronique sans dyspnée, un léger hippocratisme digital, IMC=18, température = 36,5°.

Questions 1 :

Quelle est votre première impression clinique ?

Quelles seraient vos difficultés de prise en charge du sevrage tabagique ?

Vous manque-t-il des données pour prendre en charge cette patiente ?

Consommation quotidienne 25 cig./jour, cumulée=25 PA, FTCD=9, COE=39 ppm (10 cig. ce jour, la dernière il y a 2h). Richmond=6, tentatives d'arrêts = 8 (la plus longue 2 jours, il y a 2 ans). HAD: A=11 D=11; BDI=14; FTCQ=58/84; MWNS=38/60; Angst=16; Oncle (frère de sa mère) est décédé par suicide ; sa mère est dépressive (suivie en psychiatrie).

Questions 2 :

Quel diagnostic psychiatrique évoquez vous ? mènerez vous d'autres investigations ?

Comment aborderiez vous cette patiente et quelles informations lui donneriez vous ?

Quelle serait votre stratégie de prise en charge de cette patiente ?

Vous avez fait pratiquer RP - TDM thoracique voici les résultats, qu'en pensez vous ?



Cancer bronchique (LSD - endoscopie histologie : ADK).

Penser au cancer bronchique chez la fumeuse (tabagisme avec exposition précoce et ancienne, polyconsommation de SPA : cannabis, clinique (toux chronique, hippocratisme digital, état dépressif...), IMC faible, THS, exposition professionnelle aux carcinogènes...).

Pronostic (précocité du diagnostic et extension, type histologique et aspects génétiques, état général et comorbidité, traitement, dépistage ? **arrêt du tabac** : doublement de l'espérance de vie (cancer non métastaté), meilleure tolérance des traitements du cancer, amélioration de la qualité de vie).

Schveidert D, et al. *Neoplasma* 2016 ; 63:504-9.

Bae JM. *Epidemiol Health* 2015 ; 37:e2015047.

Ruppert AM, et al. *Rev Mal Respir* 2013 ; 30 (8) : 696-705.

Udner M, et al. *Rev Mal Respir* 2020 ; 37 (9) : 722-734.

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

Peiffer G, et al. *Rev Mal Respir* 2020 ; 37 (9) : 722-734

Stücker I, et al. *BMC Public Health* 2017 ; 17 (1) : 324.

Pradere P, et al. *Rev Mal Respir* 2022 ; 39 (8) : 708-718.

CAS CLINIQUE 4

PREMIERE CONSULTATION (Bilan de situation)

Histoire clinique.

Un patient fumeur de 45 ans (30 cig. manufacturées /jour; 40 paquets-années) vous consulte après sa sortie de centre de réhabilitation respiratoire faisant suite à une hospitalisation (USI) pour exacerbation de BPCO. « Je veux arrêter de fumer, j'en comprends l'urgence mais j'ai besoin de votre aide ».

Il présente une BPCO III (LABA-LAMA-GCI,SABA/prévention des infections) avec un DNID (Metformine), une dyslipidémie (Pravastatine et aspirine en prévention CV-Iaire), absence d'activité physique=0 (IMC=27).

Il est suivi en psychiatrie pour SCZ diagnostiquée à l'âge de 18 ans (épisode délirant dans un contexte de dépressions récurrentes avec mésusage d'alcool et de cannabis). Son traitement associe Olanzapine 15mg, Sertraline 25mg, Alprazolam 0,25 mg si besoin. La SCZ est bien contrôlée (avec humeur stable, pas d'idée suicidaire ni ATCD de TS, pas d'usage d'alcool et cannabis occasionnel (1 joint /mois « si stress ++ »)

Situation du tabagisme lors du bilan initial (il est 18h).

Il a déjà fumé 20 cigarettes (dernière il y a 1 heure (« joint : stress avant consultation »), CO expiré 45 ppm. Test Fagerström (FTCD6): 10/10 (TTFC : 5mn), Test de Richmond (Motivation à l'arrêt): 8/10, Bien-être: 7/10 Test HAD (Anxiété-Dépression): A=7, D=6, Test BDI (dépression): 4 , Test de Angst (hypomanie): 5/20. Tentatives d'arrêts : 3 échecs (2 spontanées, 1 avec e-cig 6mg de nicotine : simple réduction de 5-6 cig/j).

QUELLE EST LA SITUATION DU PATIENT ET QU'ELLE PRISE EN CHARGE LUI PROPOSER ?

Situation du patient ?

« fumeur difficile ».

- Forte consommation (30cig/j) et dépendance (FTCD=10) ; difficultés à l'arrêt du tabac (3 échecs)
- Pathologies associées (BPCO...SCZ et usage occasionnel de cannabis)
- MAIS motivé à l'arrêt du tabac et conscient de l'urgence du sevrage (BPCO III séjour USI: risque de décès : 22% à 1 an et 50% à 4 ans).

Quelle prise en charge lui proposeriez vous ?

Sevrage tabagique.

- Le patient est motivé pour l'arrêt du tabac (c'est le choix qu'il exprime).
- Cette décision est justifiée (urgence de l'arrêt, pas de bénéfice à la simple réduction).
- Arrêt du tabac et du cannabis (usage de cannabis : risque de reprise du tabagisme ?).

Jimenez-Ruiz CA, et al. *Eur Respir J* 2015 ; 46 (1) : 61-7.
Peiffer G, et al. *Rev Pneumol Clin* 2018 ;74(3):133-144.
Rothnie KJ, et al. *Am J Respir Care* 2018;198(4):464-71.
Ho TW , et al. *PLoS One* 2014;9:e114866.

Underner M, et al. *Encephale* 2019 ; 45 (6) : 345-5.
Dervaux A, et al. *Encephale* 2007 ; 33 (4 Pt 1) : 29-32.
Berlin I *Alcoologie Addictologie* 2017;39(2):128-137.
Perriot L, et al. *Rev Med Liege* 2021 ; 7 (1) : 31-35.

Que pensez de certains résultats ?

- TTFC 5 mn ?

Très forte dépendance avec craving matinal (pronostic de l'arrêt à 12 mois)

Baker TB, et al. *Nicotine Tob Res* 2007 ; 9 (Suppl 4) : S555-70.

- CO expiré : 45 ppm ?

Inhalation récente de fumée (cannabis ? Fumeur actif ?).

Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2010 ; 27 (4) : 293-300.

- Influence de la dépendance et la motivation à l'arrêt sur l'arrêt du tabac ?

Motivation : indicateur de la qualité de la décision d'arrêt
Dépendance : indicateur de l'arrêt à 6 mois

Ussher M, et al. *Addict Behav* 2016;53:175-180.

- Déterminants de l'arrêt du tabac ?

Force de la dépendance (âge de début du tabagisme) et du craving.

Précarité sociale (niveau de formation).

Niveau de motivation à l'arrêt.

Existence ou non de TAD et/ou de SUD.

Pharmacothérapie d'aide à l'arrêt.

Tabac : comprendre la dépendance pour agir. Inserm, 2004

DEUXIEME CONSULTATION (J7 : 7^{ème} de la tentative d'arrêt)

La SN a été assurée par 2 patchs 21mg/24h (42mg) + pastilles à sucer à 2,5 mg (Ad. Libitum). Il fume 12 cig./j et ressent l'envie de fumer associée à une irritabilité et des difficultés de concentration (en dépit de l'utilisation de 10 pastilles/j + 2 patchs). Il veut toujours fermement arrêter de fumer !

Les paramètres de suivi montrent (il est 17h, il a fumé sa dernière cig. 1h avant la Cs, Pas de cannabis.

- Clinique : sommeil et humeur: RAS, TA et FC stables (vs. bilan initial), transit digestif (stable).
- Tests : HAD A=7, D=6 (stable), FTCQ: 50 (vs. 40) MNWS: 50 (vs. 30), COE: 25ppm (vs. 45)

Faut-il ajuster la pharmacothérapie, si oui sur quels critères vous fondez vous et le cas échéant et quels ajustements proposez vous ?

- Posologie des SN ? Ajouter patch 21mg
- Traitement à visée psychiatrique ? Non (SCZ & Humeur stables)
- Apport de thérapeutiques complémentaires ? Activité physique, gestion des situations de prise de tabac (évitement, comportement substitutif), relaxation... adaptés aux besoins et choix du patient.

Underner M, et al. *Rev Med Liege* 2021;74 (1) : 23-27.

Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2016 ; 33 : 431-443.

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

Guichenez P. Traiter l'addiction au tabac par les TCC. Dunod,2017.

Quelle(s) pharmacothérapie(s) proposer pour le sevrage tabagique ?

Selon l'HAS 2014 ¹

- En 1^{ère} intention substituts nicotiniques : SN (remboursés AM) avec soutien psychologique.
SN vs. PCB (arrêt ≥ 6 mois) ² OR=1,55(IC95%:1,49-1,61) **Patch+FO** OR=1,25(IC95%:1,15-1,36)
- En 2^{ème} intention varénicline : V (remboursé AM non disponible) ou bupropion : B (non remboursé AM).
V vs. PCB (arrêt ≥ 6 mois) ³ OR=2,88(IC95%:2,40-3,87) **B vs. PCB** OR=1,88(IC95%:1,60-2,60)

Selon l'ATS 2020 ⁴

- Privilégier varénicline (vs. substituts nicotiniques et bupropion) dans toutes les situations
- Rappel : V** CI grossesse **B** CI absolue : Epilepsie et antécédents ou risque, CI: grossesse

Quelles sont les règles d'optimisation du traitement par SN ? ^{1,5-7}

Quelle choix posologique initial en SN serait le votre ?

Quand feriez vous le premier ajustement posologique ?

1 HAS. Recommandation de bonne pratique. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours ; 2014.

2 Hartmann-Boyce J, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; 5: CD000146.

3 Cahill K, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;5:CD009329.

4 Leone FT, et al. *Am J Respir Crit Care Med* 2020; 202:e5-e3.

5 Wirth N, et al. "Tabagisme." *La pneumologie fondée sur les preuves, 5ème édition ; Paris, 2017 ; 2015.*

6 Perriot J, et al. *Alcoologie et addictologie*. 2013 ; 35 (1): 25-32.

TROISIEME CONSULTATION (J21).

La SN a été assurée par 3 patchs 21mg/24h (63mg) + pastilles à sucer à 2,5 mg (Ad. Libitum). Il fume occasionnellement mais ne ressent pas d'envie de fumer et utilise 5 à 10 pastilles par jour. Il a repris la marche et la rééducation respiratoire avec son kinésithérapeute, il respire mieux et a perdu 2 kg. **Il souhaiterait pouvoir ré-utiliser sa e-cig et diminuer rapidement l'apport de SN .**

Ce jour il n'a pas fumé. Paramètres de surveillance clinique stables: sommeil RAS, Bien-être 8/10
CO expiré 8 ppm FTCQ: 30 (vs. 50), MWNS: 30 (vs. 50), aucune prise de cannabis en 3 semaines

Que pensez vous de

- La situation du patient ? « manque » contrôlé (SN adaptée) craving occasionnel.
- Son désir de diminuer la SN ? La diminution doit être très lente (paliers de 1-2 mois de 7 mg/patch) à partir d'une abstinence stable.
- Sa demande d'utiliser l'e-cig ? Licite en complément du TNS (arrêt du tabac)
En expliquant les modalités de bonne utilisation.
- **Quel suivi ultérieur proposer ?** Tous les mois (et à la demande) suivi \geq 12 mois avec implication de MG, psychiatre, pneumologue, TIS 3989

Conseil d'utilisation de l'e-cig

Vérifier que l'achat des produits (e-cig, e-liq) a été réalisé en boutique spécialisée qu'ils répondent aux normes AFNOR et CE (conformité européenne) et de leur bon fonctionnement.

Ne pas utiliser d'e-liquide contenant du THC ou du CBD et/ou toute substance huileuse (risque de complications pulmonaires graves). L'e-cig et les flacons d'e-liq sont utilisés tels qu'ils sont vendus en boutique (respecter les conseils d'utilisation). La résistance est un « consommable » (à changer).

Le réservoir doit toujours contenir du e-liquide et la mèche doit toujours être imbibée d'e-liquide afin d'éviter la production de substances très toxiques.

Proposer de reprendre son usage avec la teneur en nicotine du e-liq (6-8mg/ml) qui avait permis une réduction de 6 cig./jour et obtenir l'effet sensoriel pharyngé optimal. Conseiller des aspirations lentes et une bonne hydratation oro-pharyngée. L'e-cig doit être utilisée en usage exclusif (ne pas fumer).

SEPTIÈME CONSULTATION (J180).

Patient abstinent depuis 2 mois (SN patch 21mg/24h, e-cig 6mg/ml : COE 5ppm, Bien-être : 7/10, FTCQ=16, MNWS =20, HAD A=6 D=6), il présente une toux tenace + fébricule (37,8°) et une perte de poids de 5kg depuis 1 mois.

Attitude ?

Conseil d'utilisation de l'e-cig

Vérifier que l'achat des produit (e-cig, e-liq) a été réalisé en boutique spécialisée qu'ils répondent aux normes AFNOR et CE (conformité européenne) et de leur bon fonctionnement.

Ne pas utiliser d'e-liquide contenant du THC ou du CBD et/ou toute substance huileuse (risque de complications pulmonaires graves). L'e-cig et les flacons d'e-liq sont utilisés tels qu'ils sont vendus en boutique (respecter les conseils d'utilisation). La résistance est un « consommable » (à changer).

Le réservoir doit toujours contenir du e-liquide et la mèche doit toujours être imbibée d'e-liquide afin d'éviter la production de substance très toxiques.

Proposer de reprendre son usage avec la teneur en nicotine du e-liq (6-8mg/ml) qui avait permis une réduction de 6 cig./jour et obtenir l'effet sensoriel pharyngé optimal. Conseiller des aspirations lentes et une bonne hydratation oro-pharyngée. L'e-cig doit être utilisée en usage exclusif (ne pas fumer).

SEPTIÈME CONSULTATION (J180).

Patient abstinent depuis 2 mois (SN patch 21mg/24h, e-cig 6mg/ml : COE 5ppm, Bien-être : 7/10, FTCQ=16, MNWS =20, HAD A=6 D=6), il présente une toux tenace + fébricule (37,8°) et une perte de poids de 5kg depuis 1 mois.

Attitude ?

RP et TDM thorax réalisés.

Quel diagnostic évoquez vous ? Attitude ?

Hospitalisation, isolement, confirmation diagnostic (bactériologie), traitement TB + enquête d'entourage.

Tuberculose BP (Fumeur vs. Non Fumeur).

Clinique : toux, dyspnée, BMI \searrow (retard diagnostic).

Observance du traitement \searrow (risque DC, récurrence TB).

RP-TDM : At. bilatérales, excavées, infiltrats, miliaires.

Bactériologie : EM+, cultures+ (MDR TB, IT entourage)

Sevrage tabagique (UAL, CH & CLAT : TM et ITL).

Amélioration des chances de guérison sans récurrence.

Meilleure observance du traitement antituberculeux.

Limitation du risque ou de l'importance des séquelles.

Durée d'hospitalisation plus courte.

Place de l'E-Cig ?

Racil H, et al. *Presse Med* 2010 ; 39 : e25.

Udner M, et al. *Presse Med* 2012 ; 41 : 1171-81.

Gupta AK, et al. *Respir Med* 2021; 176 : 1062-33.

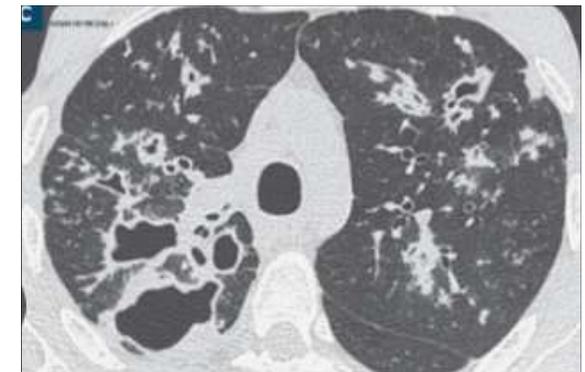
Fekih L, et al. *Rev Med Liege* 2010 ; 65 : 152-5.

Kombila UD, et al. *Rev Mal Respir* 2018 ; 35 : 538-545.

Wang EY, et al. *Int J Tuberc Lung Dis* 2020 ; 24 : 170-75.

Perriot J, et al. *Rev Pneumol Clin* 2018; 74 : 391-9.

Perriot J, et al. *Rev Med Liege*. 2020 ;75:100-104.



TROISIEME CONSULTATION (J21).

La SN a été assurée par 3 patchs 21mg/24h (63mg) + pastilles à sucer à 2,5 mg (Ad. Libitum). Il fume occasionnellement mais ne ressent pas d'envie de fumer et utilise 5 à 10 pastilles par jour. Il a repris la marche et la rééducation respiratoire avec son kinésithérapeute, il respire mieux et a perdu 2 kg. **Il souhaiterait pouvoir ré-utiliser sa e-cig et diminuer rapidement l'apport de SN .**

Ce jour il n'a pas fumé. Paramètres de surveillance clinique stables: sommeil RAS, Bien-être 8/10
CO expiré 8 ppm FTCQ: 30 (vs. 50), MWNS: 30 (vs. 50), aucune prise de cannabis en 3 semaines

Que pensez vous de

- La situation du patient ? « manque » contrôlé (SN adaptée) craving occasionnel.
- Son désir de diminuer la SN ? La diminution doit être très lente (paliers de 1-2 mois de 7 mg/patch) à partir d'une abstinence stable.
- Sa demande d'utiliser l'e-cig ? Licite en complément du traitement SN (arrêt du tabac)
En expliquant les modalités de bonne utilisation.
- **Quel suivi ultérieur proposer ?** Tous les mois (et à la demande) suivi \geq 12 mois avec implication de MG, psychiatre, pneumologue, TIS 3989

Conseil d'utilisation de l'e-cig

Vérifier que l'achat des produits (e-cig, e-liq) a été réalisé en boutique spécialisée qu'ils répondent aux normes AFNOR et CE (conformité européenne) et de leur bon fonctionnement.

Ne pas utiliser d'e-liquide contenant du THC ou du CBD et/ou toute substance huileuse (risque de complications pulmonaires graves). L'e-cig et les flacons d'e-liq sont utilisés tels qu'ils sont vendus en boutique (respecter les conseils d'utilisation). La résistance est un « consommable » (à changer).

Le réservoir doit toujours contenir du e-liquide et la mèche doit toujours être imbibée d'e-liquide afin d'éviter la production de substances très toxiques.

Proposer de reprendre son usage avec la teneur en nicotine du e-liq (6-8mg/ml) qui avait permis une réduction de 6 cig./jour et obtenir l'effet sensoriel pharyngé optimal. Conseiller des aspirations lentes et une bonne hydratation oro-pharyngée. L'e-cig doit être utilisée en usage exclusif (ne pas fumer).

SEPTIÈME CONSULTATION (J180).

Patient abstinent depuis 2 mois (SN patch 21mg/24h, e-cig 6mg/ml : COE 5ppm, Bien-être : 7/10, FTCQ=16, MNWS =20, HAD A=6 D=6), il présente une toux tenace + fébricule (37,8°) et une perte de poids de 5kg depuis 1 mois.

Attitude ?

RP et TDM thorax réalisés.

Quel diagnostic évoquez vous ? Attitude ?

Hospitalisation, isolement, confirmation diagnostic (bactériologie), traitement TB + enquête d'entourage.

Tuberculose BP (Fumeur vs. Non Fumeur).

Clinique : toux, dyspnée, BMI \searrow (retard diagnostic).

Observance du traitement \searrow (risque DC, récurrence TB).

RP-TDM : At. bilatérales, excavées, infiltrats, miliaires.

Bactériologie : EM+, cultures+ (MDR TB, IT entourage)

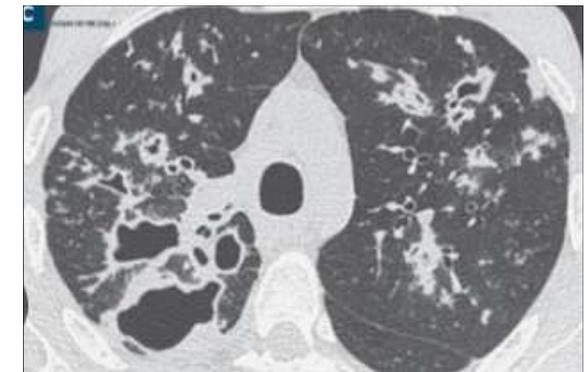
Sevrage tabagique (UAL, CH & CLAT : TM et ITL).

Amélioration des chances de guérison sans récurrence.

Meilleure observance du traitement antituberculeux.

Limitation du risque ou de l'importance des séquelles.

Durée d'hospitalisation plus courte.



Racil H, et al. *Presse Med* 2010 ; 39 : e25.

Underner M, et al. *Presse Med* 2012 ; 41 : 1171-81.

Gupta AK, et al. *Respir Med* 2021; 176 : 106233.

Fekih L, et al. *Rev Med Liege* 2010 ; 65 : 152-5.

Kombila UD, et al. *Rev Mal Respir* 2018 ; 35 : 538-545.

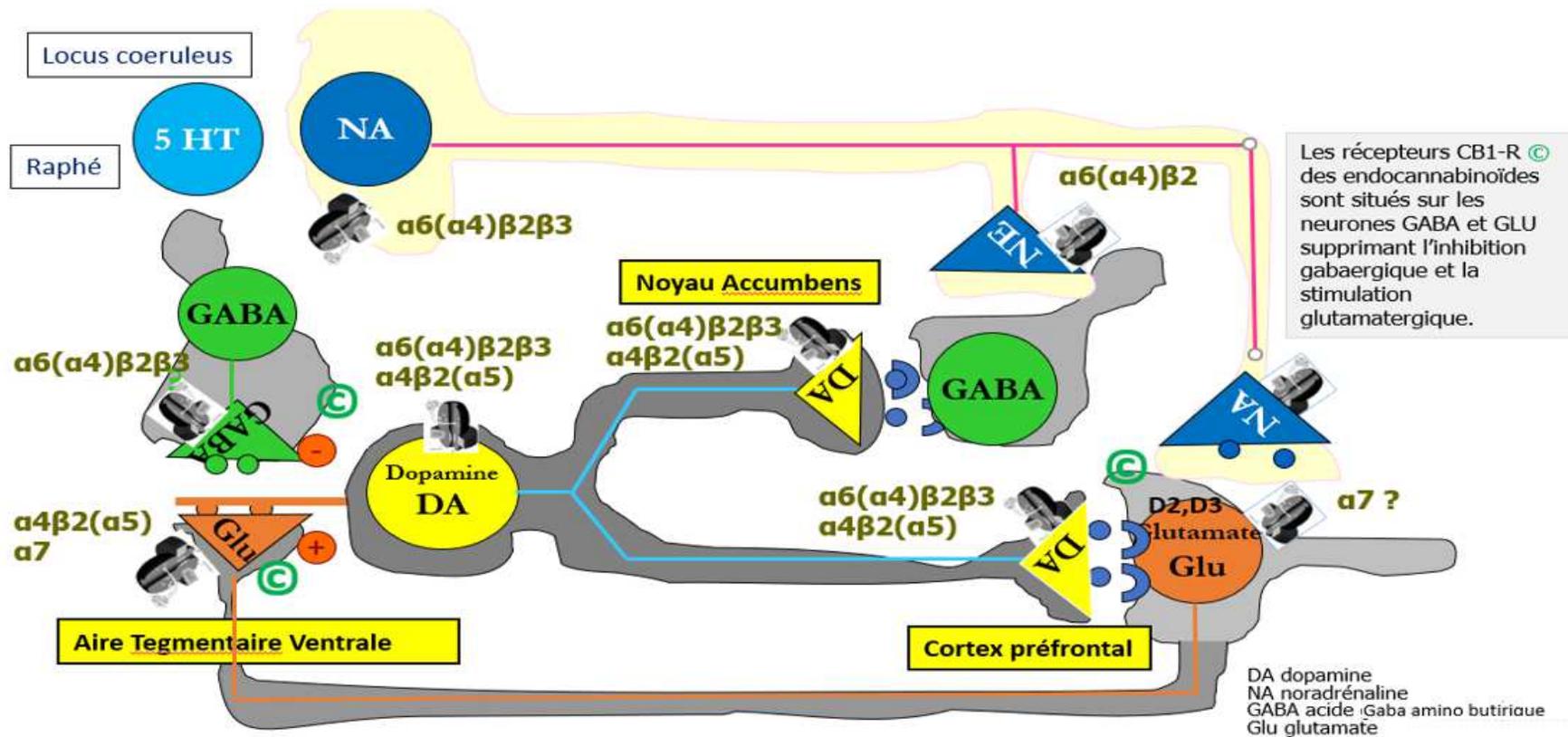
Wang EY, et al. *Int J Tuberc Lung Dis* 2020 ; 24 : 170-75.

Perriot J, et al. *Rev Pneumol Clin* 2018; 74 : 391-9.

Perriot J, et al. *Rev Med Liege*. 2020 ;75:100-104.

ANNEXES

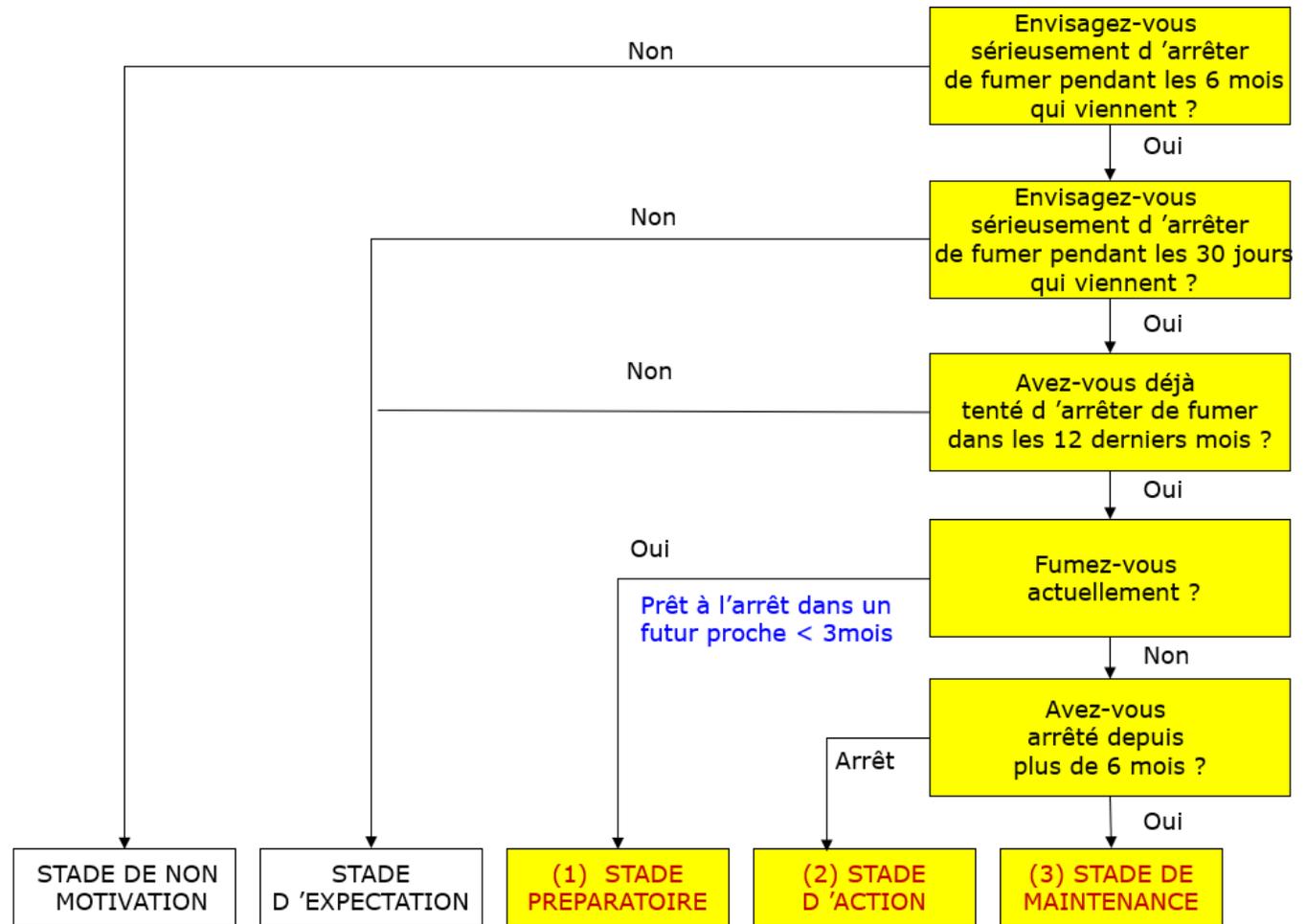
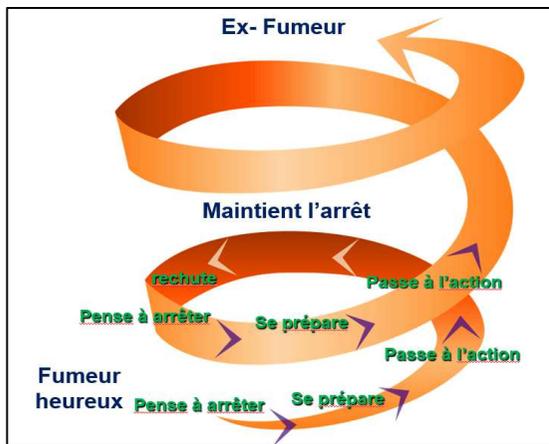
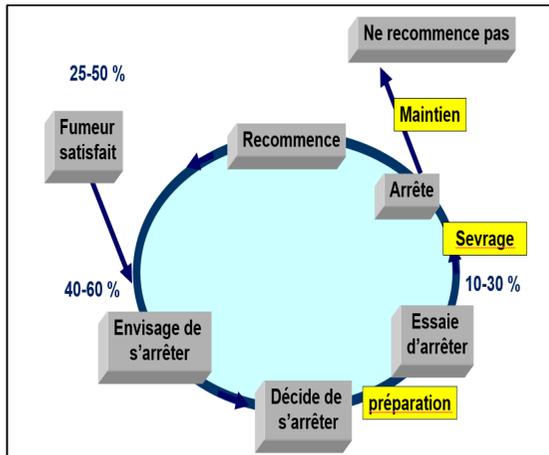
SYSTEME HEDONIQUE et nACh-R



Tabac. Comprendre la dépendance pour agir. INSERM, 2004.

Faure P, et al. In « Traité d'Addictologie » M Reynaud, et al. Paris; Editions Lavoisier, 2016.

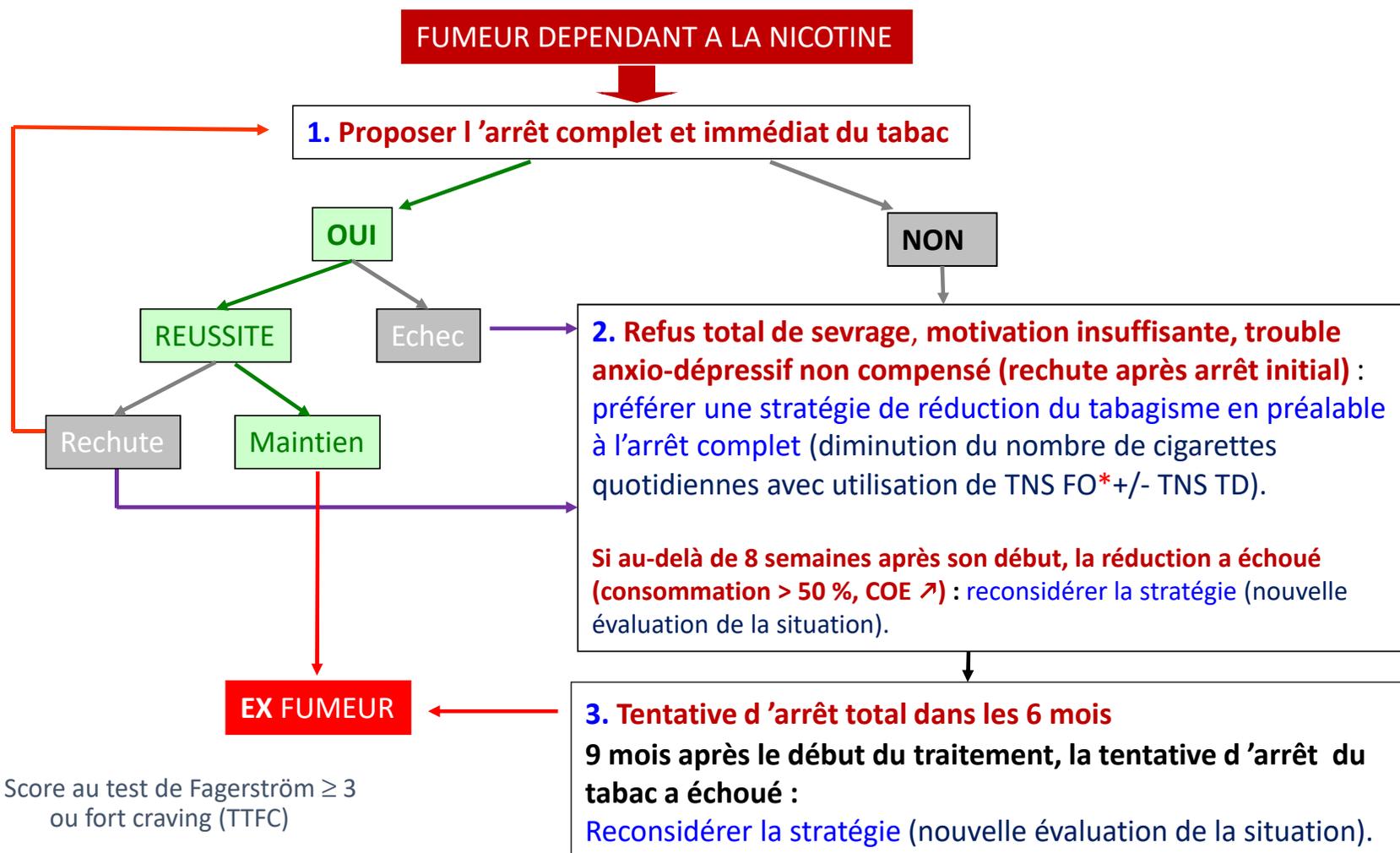
STADES DE PRÉPARATION À L'ARRÊT DU TABAC



Prochaska J, Di Clemente C. *Am Psychologist* 1999,47:1102

Motiver à la réduction Aider l'arrêt du tabac Prévenir la reprise

RÉDUCTION DE LA CONSOMMATION (AVEC TNS) AVANT ARRÊT DU TABAC



Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève RPIB

ALCOOL, CANNABIS, TABAC CHEZ L'ADULTE



TEST D 'EVALUATION DE LA MOTIVATION

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

TEST DE 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		

Questionnaire en 6 questions (résultats)
 Score 0 à 3 : peu de dépendance nicotinique
 Score 4 à 6 : dépendance à la nicotine
 Score 7 à 10 : forte dépendance à la nicotine

Questionnaire en 2 questions (résultats)
 Score 0 à 2 : peu de dépendance nicotinique
 Score 2 à 4 : dépendance à la nicotine
 Score 4 à 6 : forte dépendance à la nicotine

Questionnaire en deux questions :
 1 Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?
 2 Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

TEST HONC (Hooked* on Nicotine Checklist)

(Adolescents et adultes : 2 réponses positives: dépendance)

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

Craving

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

Craving

Nombre de oui : _____

- Une réponse positive à un seul item suffit à indiquer une perte d'autonomie liée à la consommation de tabac.
- Plus le total des réponses positives est élevé, pour le résultat du test fait évoquer une perte d'autonomie et donc une dépendance.
- Un score égal ou supérieur à 7 indique un niveau de forte dépendance.

*Hooked = accro, dépendant.

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).

DÉPENDANCE PSYCHO-COMPORTEMENTALE (QCT 2 GILLIARD)

	0 Pas du tout	1 Plutôt non	2 Plutôt oui	3 Tout à fait	
1 - Je fume automatiquement, sans même y penser.					D
2 - Je fume pour faire comme les autres.					S
3 - Je fume quand je suis anxieux(se), préoccupé(e), inquiet(e).					A
4 - Le plaisir de fumer commence avec les gestes que je fais pour allumer ma cigarette.					H
5 - Dès que je ne fume pas, j'en suis très conscient et je ne peux pas contrôler le désir de fumer.					D
6 - Je fume quand je suis avec d'autres fumeurs pour me faire accepter par eux.					S
7 - Je fume quand je me sens triste, déprimé(e).					A
8 - Je prends plaisir à allumer et à tenir une cigarette.					H
9 - Quand je n'ai pas pu fumer depuis un moment, j'ai vraiment une envie irrésistible d'une cigarette.					D
10 - Je fume pour en imposer aux autres.					S
11 - Fumer me calme, me détend, me décontracte.					A
12 - J'aime manipuler une cigarette.					H
13 - Je prends une cigarette sans savoir pourquoi, sans m'en rendre compte.					D
14 - Je fume quand je fais une pause.					S
15 - Je fume quand je suis en colère.					A
16 - Tirer sur une cigarette est relaxant.					H
17 - Je fume par habitude.					D
18 - Je fume pour avoir plus confiance en moi.					S
19 - J'allume une cigarette lorsque je suis tracassé(e).					A

	0 Pas du tout	1 Plutôt non	2 Plutôt oui	3 Tout à fait	
20 - J'ai du plaisir à regarder les volutes de fumée.					H
21 - Lorsque je n'ai plus de cigarette, il faut absolument que je m'en procure.					D
22 - Je fume pour me donner une certaine contenance.					S
23 - Je fume chaque fois que je suis mal à l'aise.					A
24 - Je trouve beaucoup de plaisir dans l'acte de fumer.					H
25 - Je fume dans les moments d'attente.					D
26 - Je fume pour me donner du courage.					S
27 - Je fume quand je me sens seul(e) pour me tenir compagnie.					A
28 - Quand je me relaxe, j'ai du plaisir à fumer.					H

RÉSULTAT :

Faites la somme des D puis des S, puis des A et enfin des H, vous obtenez 4 totaux sur 21.

DÉPENDANCE : 1+5+9+13+17+21+25

DIMENSION SOCIALE : 2+6+10+14+18+22+26

RÉGULATION DES AFFECTS NÉGATIFS : 3+7+11+15+19+23+27

RECHERCHE DE PLAISIR : 4+8+12+16+20+24+28

D - DÉPENDANCE : TOTAL = . . /21

S - DIMENSION SOCIALE : TOTAL = . . /21

A - RÉGULATION DES AFFECTS NÉGATIFS : TOTAL = . . /21

H - HÉDONISME/GESTE : TOTAL = . . /21

ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES EFFETS DES CIGARETTES

<p>Evaluez, les bouffées de la cigarette que vous venez de fumer et répondez aux questions suivantes en cochant une des réponses possibles (<i>Cigarette Evaluation Scale</i>)</p> <p style="margin-left: 40px;">Pas du tout = 1 ; Très peu = 2 ; Légèrement = 3 ; Modérément = 4</p> <p style="margin-left: 40px;">Beaucoup = 5 ; Enormément = 6 ; Extrêmement = 7</p>							
	1	2	3	4	5	6	7
1. A quel point avez-vous aimé les bouffées de cette cigarette ?							
2. Les bouffées de cette cigarette étaient-elles satisfaisantes ?							
3. Le contenu en nicotine des bouffées était-il élevé ?							
4. Les bouffées de cette cigarette étaient-elles comparables à celles de votre cigarette habituelle ?							
En utilisant la même échelle, déterminez l'impact des bouffées du fumée dans les régions suivantes (<i>Sensory Questionnaire</i>)							
5. Sur la langue ?							
6. Dans le nez ?							
7. Dans la gorge ?							
8. Dans la trachée ?							
9. Dans la poitrine ?							

Diapositive
M. Underner

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 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2. Anxieuse, nerveuse	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3. Humeur dépressive, tristesse	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4. Envie de fumer	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5. Difficulté de concentration	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
6. Appétit augmenté, faim ou prise de poids	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7. Insomnie, problèmes de sommeil, réveils la nuit	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
8. Fébrilité (difficulté à rester en place, rester assise, debout ou même allongée)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
9. Impatience	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10. Constipation	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
11. Vertiges	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
12. Toux	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
13. Cauchemars	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
14. Nausées	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
15. Douleur à la gorge	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Hugues J, et al. *Tob Control* 1998; 7:92-3.

(Hughes & Hatsukami 1986 et mise à jour 2014 :
http://www.uvm.edu/~hbp/minnesota/minnesota/2012/Self_2012.pdf)

FRENCH TOBACCO CRAVING QUESTIONNAIRE (FTCQ-12)



1 - Une cigarette maintenant n'aurait pas un bon goût.	7	6	5	4	3	2	1
2 - S'il y avait une cigarette ici, devant moi, il serait très difficile de ne pas la fumer.	1	2	3	4	5	6	7
3 - Si je fumais maintenant, je pourrais réfléchir plus clairement.	1	2	3	4	5	6	7
4 - Fumer une cigarette ne serait pas agréable.	7	6	5	4	3	2	1
5 - Je ferais n'importe quoi pour une cigarette là maintenant.	1	2	3	4	5	6	7
6 - Je me sentirais moins fatigué(e) si je fumais là, tout de suite.	1	2	3	4	5	6	7
7 - Je fumerais dès que j'en aurai l'occasion.	1	2	3	4	5	6	7
8 - Je ne serais pas capable de contrôler combien je fumerais si j'avais des cigarettes.	1	2	3	4	5	6	7
9 - Si j'avais une cigarette allumée en main, je ne la fumerais probablement pas.	7	6	5	4	3	2	1
10 - Si je fumais, je me sentirais moins déprimé(e).	1	2	3	4	5	6	7
11 - Il me serait facile de laisser passer l'occasion de fumer.	7	6	5	4	3	2	1
12 - Je pourrais mieux maîtriser les choses si je pouvais fumer maintenant.	1	2	3	4	5	6	7

Dimensions explorées :

Emotionnalité : soulagement du manque et des affects négatifs

Attente : des effets positifs du tabac

Compulsion : perte de contrôle de la consommation

Anticipation : envisager de fumer pour connaître les effets positifs

TOTAL =

+ le score est élevé + 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 : <ul style="list-style-type: none">■ humeur dépressive ;■ perte d'intérêt, abattement ;■ perte d'énergie, augmentation de la fatigabilité.	Au moins 2 des autres symptômes : <ul style="list-style-type: none">■ 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.

HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (Test HAD)

Ce questionnaire a pour but de nous aider à mieux percevoir ce que vous ressentez. Lisez chaque question et entourez la réponse qui convient le mieux à ce que vous avez ressenti ces derniers jours. Donnez une réponse rapide : votre réaction immédiate est celle qui convient le mieux à votre état.

A. Je me sens tendu, énervé : -la plupart du temps 3 -souvent 2 -de temps en temps 1 -jamais 0	D. Je me sens gai et de bonne humeur : -jamais 3 -rarement 2 -assez souvent 1 -la plupart du temps 0	A. J'ai la bougeotte et je ne tiens pas en place : -oui, c'est tout à fait le cas 3 -un peu 2 -pas tellement 1 -pas du tout 0
D. J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent habituellement : -oui, toujours 0 -pas autant 1 -de plus en plus rarement 2 -presque plus du tout 3	A. Je peux rester tranquillement assis au repos et me sentir détendu : -jamais 3 -rarement 2 -oui, en général 1 -oui toujours 0	D. Je me réjouis à l'avance de faire certaines choses : -comme d'habitude 0 -plutôt moins qu'avant 1 -beaucoup moins qu'avant 2 -pas du tout 3
A. J'ai une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver : -oui, très nettement 3 -oui, mais c'est pas trop grave 2 -un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1 -pas du tout 0	D. Je me sens ralenti : -presque tout le temps 3 -très souvent 2 -quelquefois 1 -jamais 0	A. J'éprouve des sensations soudaines de panique : -très souvent 3 -assez souvent 2 -rarement 1 -jamais 0
D. Je sais rire et voir le côté amusant des choses -toujours autant 0 -plutôt moins 1 -nettement moins 2 -plus du tout 3	A. J'éprouve des sensations de peur et comme une boule dans la gorge : -très souvent 3 -assez souvent 2 -parfois 1 -jamais 0	D. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou un bon programme radio ou télévision : -souvent 0 -parfois 1 -rarement 2 -presque jamais 3
A. Je me fais du souci : -très souvent 3 -assez souvent 2 -occasionnellement 1 -très occasionnellement 0	D. J'ai perdu l'intérêt pour mon apparence : -totalelement 3 -je n'y fais plus attention 2 -je n'y fais plus assez attention 1 -j'y fais attention comme d'habitude 0	L'échelle HAD a été mise au point et validée pour fournir aux médecins non psychiatres un test de dépistage des troubles psychologiques les plus communs : anxiété et dépression. Elle permet d'identifier l'existence d'une symptomatologie et d'en évaluer la sévérité. La note de 12 constitue un seuil limite pour l'anxiété, celle de 8 pour la dépression. Le score global (A+2) = 13 pour les état dépressifs mineurs et 19 pour les états dépressifs majeurs.

Zigmond AS, et al. Acta Psychiatr. Scand; 1983 ; 67 : 361-370.

REPERER ET MESURER UN TROUBLE DEPRESSIF (TD)

Hospital anxiety depression scale (HAD)

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

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

Beck Depressive Inventory (BDI-13)

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

<p>A. Je ne me sens pas triste 0 Je me sens cafardeux ou triste 1 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas à en sortir 2 Je suis triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter 3</p>	<p>H. Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens 0 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois 1 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai peu de sentiments pour eux 2 J'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement 3</p>
<p>B. Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir 0 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir 1 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer 2 Je sens qu'il n'y a aucun motif d'espérer 3</p>	<p>I. Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume 0 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision 1 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions 2 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision 3</p>
<p>C. Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie 0 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens 1 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échec 2 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</p>	<p>J. Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant 0 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux 1 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me paraît disgracieux 2 J'ai l'impression d'être laid et repoussant 3</p>
<p>D. Je ne me sens pas particulièrement insatisfait 0 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances 1 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit 2 Je suis mécontent de tout 3</p>	<p>K. Je travaille aussi facilement qu'auparavant 0 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose 1 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit 2 Je suis incapable de faire le moindre travail 3</p>
<p>E. Je ne me sens pas coupable 0 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps 1 Je me sens coupable 2 Je me juge mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien 3</p>	<p>L. Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude 0 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude 1 Faire quoi que ce soit me fatigue 2 Je suis incapable de faire le moindre travail 3</p>
<p>F. Je ne suis pas déçu par moi-même 0 Je suis déçu par moi-même 1 Je me dégoûte moi-même 2 Je me hais 3</p>	<p>M. Mon appétit est toujours aussi bon 0 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude 1 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant 2 Je n'ai plus du tout d'appétit 3</p>
<p>G. Je ne pense pas à me faire du mal 0 Je pense que la mort me libérerait 1 J'ai des plans précis pour me suicider 2 Si je pouvais, je me tuerais 3</p>	<p>0-4 : pas de dépression 4-7 : dépression légère 8-15 : dépression modérée ; 16 et plus : dépression sévère.</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 ? 1-a ou 2-b sont-elles cotées OUI ?	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	Étiez-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	Étiez-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) ? 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	11
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 ?			
	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			

Episode hypomaniaque	
Actuel	<input type="checkbox"/>
Passé	<input type="checkbox"/>
Non	Oui
Episode hypomaniaque	
Actuel	<input type="checkbox"/>
Passé	<input type="checkbox"/>

Identifier un TB devant un état dépressif ?

Sémiologie de l'Épisode Dépressif <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Humeur réactive <input type="checkbox"/> Attitude pseudo-hystérique <input type="checkbox"/> Demande d'aide excessive <input type="checkbox"/> Trop de plaintes somatiques <input type="checkbox"/> Hypersomnie et/ou hyperphagie <input type="checkbox"/> Sentiments excessifs de culpabilité <input type="checkbox"/> Tension intérieure (agitation psychique) <input type="checkbox"/> Colère ou irritabilité excessives <input type="checkbox"/> Jalousie ou paranoïa excessives <input type="checkbox"/> Attention difficile (patient distrait) <input type="checkbox"/> Pensées rapides <input type="checkbox"/> Idées suicidaires, obsédantes <input type="checkbox"/> Obsessions agressives, sexuelles <input type="checkbox"/> Libido augmentée <input type="checkbox"/> Éléments psychotiques (délire, hallucinations) <input type="checkbox"/> Aggravation nocturne des symptômes 	<p>Au moins 2 items positifs</p> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Évolution et complications <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Début précoce de l'épisode dépressif majeur (< 26 ans) <input type="checkbox"/> Survenue de l'épisode dépressif majeur en post-partum <input type="checkbox"/> Récurrence dépressive importante <input type="checkbox"/> 4 épisodes thymiques ou plus par an (cycles rapides) <input type="checkbox"/> Tentatives de suicide graves ou récurrents <input type="checkbox"/> Consommation excessive de substances (ou dépendance) 		<p>Au moins 1 item positif</p> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Biographie et histoire familiale <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Biographie « orageuse » <input type="checkbox"/> Sensibilité excessive au rejet (ou à l'abandon) <input type="checkbox"/> Humeur labile persistante <input type="checkbox"/> Traits cyclothymiques (« des Hauts et des Bas ») <input type="checkbox"/> Histoire familiale de Trouble Bipolaire ou de suicide 		<p>Au moins 1 item positif</p> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Réactivité au traitement antidépresseur <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Rémission ultrarapide de l'épisode dépressif majeur <input type="checkbox"/> Virage hypomaniaque <input type="checkbox"/> Insomnie rebelle aux hypnotiques <input type="checkbox"/> Aggravation paradoxale avec agitation <input type="checkbox"/> Survenue de pulsions suicidaires <input type="checkbox"/> Résistance à plus de 2 essais de traitement d'antidépresseurs à dose efficace et durée suffisante 		<p>Au moins 1 item positif</p> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

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

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

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

QUESTIONNAIRE AUDIT USAGE NOCIF D'ALCOOL ET DEPENDANCE

	0	1	2	3	4	score de la ligne
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool?	jamais	une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	au moins 4 fois par semaine	
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus	
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou plus lors d'une occasion particulière	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
9. Avez-vous été blessé par quelqu'un d'autre, ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu?	non		oui mais pas au cours de l'année écoulée		oui au cours de l'année	
10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez?	non		oui mais pas au cours de l'année écoulée		oui au cours de l'année	
total						

- Un total supérieur à 9 évoque une consommation nocive d'alcool
- **Un total supérieur à 13 évoque une dépendance à l'alcool**

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 ?
3 « OUI » : alcoolo-dépendance

Ne pas dépasser 2 UA/J 5J/sem
Maximum de 3UA en 1fois
Conduite auto : 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, crise d'angoisse, mauvais résultat à l'école...) ?

Risque faible < 2

Risque modéré ≥ 2

Risque élevé ≥ 3

Usage quotidien

Usage régulier ≥ 10/mois

Usage répété < 10/mois

Usage occasionnel

Expérimentation

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**)

ZIMBARDO TIME PERSPECTIVE INVENTORY (ZTPI)

Evaluez 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 »

	<i>Ne me correspond pas du tout</i>			<i>Me correspond tout à fait</i>	
	1	2	3	4	5
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 leur passé, présent et futur
 - Passé positif ou négatif,
 - Présent fataliste ou hédoniste.
 - Futur

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.

DÉTECTION DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE (TCA-TEST RAPIDE 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).