PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE TABAGIQUE DES FUMEURS DIFFICILES « *Hard-core smokers* »

Docteur Jean PERRIOT

Dispensaire Emile Roux
Clermont-Ferrand

jean.perriot@puy-de-dome.fr

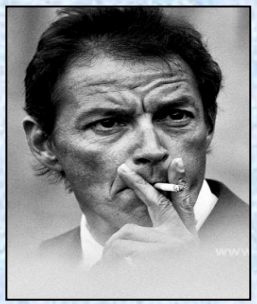
DIU Tabacologie
Clermont-Ferrand – Mars 2019

SEVRAGE TABAGIQUE DES « *HARD-CORE SMOKERS* »

TENDANCES ACTUELLES

- Baisse des ventes de tabac, augmentation du recours aux médicaments d'aide à l'arrêt (remboursement), augmentation de l'utilisation de la e-cigarette et de nouvelles formes (JUUL) apparaissent.
- Persistance de « noyaux durs de fumeurs » qui ne souhaitent pas arrêter de fumer et/ou échouent de façon répétée dans leur tentative d'arrêt : « **fumeurs difficiles** » ou « **Hard-core smokers** ».
- Ces fumeurs gros consommateurs de tabac sont particulièrement aux risques induits par leur tabagisme incoercible.
- Comment définir ces fumeurs et interventions d'aide à l'arrêt leur proposer et quelles est la place des professionnels de santé dans leur prise en charge ?

OBJECTIFS POUR 2050 : UN MONDE SANS (FUMEE DE) TABAC



COMMENT DEFINIR CES « FUMEURS DIFFICILES »

CLASSIFICATION DES FUMEURS

USA	FRANCE
Current smoker	Fumeur
Intermittent smoker	F. intermittent
Daily smoker	F. quotidien
Chipper	Petit fumeur
Established smoker	F. endurci
Heavy chronic smoker	Gros fumeur dépendant
Hard-core smoker	Fumeur irréductible

↓

FUMEURS DIFFICILES

HARD-CORE SMOKERS (HCS) : DEFINITION COMMUNE

- fumeurs d'âge supérieur ou égal à 26 ans
- consommation supérieure ou égale à 15 cig/jour
- tabagisme quotidien depuis 5 ans
- pas de tentative d'arrêt dans l'année précédente
- pas d'intention ni désir d'arrêt dans les 6 mois à venir

DIFFERENTES ENQUETES

- **Emery S, et al**. *Am J Pub Health* 2000 ; 90 (3) : 387-94.
- **Jarvis MA, et al.** *BMJ* 2005 ; 326 : 1361.
- **Augustson EM, et al.** *Nicotine Tob Res* 2004 ; 6(4) : 621-9.
- **Walsh RA, et al**. *Health Promot J Austr* 2006 ; 17(1) : 54-60.
- **MacIntosh H, et al**. *BMC Family Practice* 2006 ; 7 : 24.
- **Augustson EM, et al.** *J Womens Health* 2008 ; 17(7) : 1167-73.
- **Ferketich AK, et al.** *Eur J Cancer* 2009 *;* 18 (2) : 100-5.
- **Tavolacci MP, et al.** *Santé Publique* 2009 ; 21(6) : 583-93.
- **Costa ML, et al.** *Nicotine Tob Res* 2010. 12 (8) : 860-4.
- **Lund M, et al**. *Nicotine Tob Res* 2011 ; 13(11) : 1132-9.
- **Joly B, et al.** *Tob Induc Dis* 2016 ; 14 : 34.

CARACTERISQUES DES HCS (vs autres fumeurs).

PARAMETRES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

- Plus souvent hommes (blancs, non hispaniques aux USA) que femmes
- Niveaux de formation et revenus inférieurs
- Vivant plus souvent seuls et sans activité professionnelle
- Moins souvent limités dans leur consommation (foyer – travail)
- Peu consommateurs de soins médicaux et dentaires

PARAMETRES DE CONSOMMATION TABAGIQUE

- Peu convaincus de la toxicité du tabagisme actif ou passif
- Peu sensibles aux messages de prévention du tabagisme
- Débuts précoces du tabagisme et de la consommation régulière
- Niveaux de consommation et dépendance supérieurs
- Peu convaincus d'être dépendants du tabac
- Plus souvent consommateurs d'autres SPA (légales ou non)

ILS CONSTITUENT UNE POPULATION SPECIFIQUE[1]

[1] **Augustson EM, et al.** *Nicotine Tob Res* 2004 ; 6 (4) : 621-9

Table 2. SUDAAN-adjusted demographic variable percentages and standard errors by smoking group computed using sample and replicate weights.

	Category				
Variable	Hardcore	Heavy	Established	Daily	Current
Gender (male)	**58.0 (0.83)**	56.9 (0.39)	52.0 (0.34)**	52.1 (0.34)**	52.2 (0.27)**
Age, in years (mean)[a]	**45.6 (0.22)**	45.3 (0.10)	45.1 (0.09)	45.0 (0.10) *	44.7 (0.08)**
Age category[a]					
26–44 years	53.4 (0.89)	52.4 (0.48)**	54.0 (0.42)	54.5 (0.42)	55.8 (0.35)
45–64 years	36.8 (0.82)	40.0 (0.51)	37.3 (0.41)	36.7 (0.39)	35.5 (0.33)
64+	**9.7 (0.49)**	7.6 (0.23)	8.7 (0.19)	8.6 (0.19)	8.7 (0.16)
Race					
White	**82.8 (0.64)**	87.8 (0.30)**	79.1 (0.34)**	78.5 (0.34)**	75.5 (0.33)**
Black	10.4 (0.57)	7.2 (0.24)	12.0 (0.27)	12.4 (0.28)	13.5 (0.26)
Asian	3.9 (0.22)	2.8 (0.11)	5.3 (0.14)	5.5 (0.13)	7.1 (0.12)
Hispanic	1.5 (0.35)	1.1 (0.19)	2.2 (0.18)	2.2 (0.18)	2.4 (0.18)
Native American	1.4 (0.22)	1.1 (0.12)	1.4	1.3 (0.10)	1.4 (0.09)
Education (<13 years)	**71.7 (0.72)**	60.0 (0.43)**	59.8 (0.39)**	59.9 (0.36)**	58.1 (0.33)**
Income (<US$30,000)	**51.6 (1.02)**	45.7 (0.43)**	45.0 (0.43)**	45.6 (0.41)**	45.0 (0.37)**

The *p* values, based on SUDAAN-adjusted chi-square or analysis of variance, are for differences between sample weights for hardcore smokers vs. each comparison group comprised of only nonhardcore smokers.
[a]Age is presented as a continuous (mean age per group) and categorical variable.
*$p<.05$; **$p<.0001$.

Augustson EM, et al. *Nicotine Tob Res* 2004 ; 6 (4) : 621-9

Table 3. SUDAAN-adjusted smoking variable percentages and standard errors by smoking group computed using sample and replicate weights.

Variable	Hardcore	Category: Heavy	Established	Daily	Current
Cigarettes per day (mean)[a]	**25.5 (0.16)**	23.8 (0.08)****	18.6 (0.08)****	18.4 (0.08)****	N/A[b]
Age at onset, in years (mean)[a]	**16.9 (0.07)**	17.3 (0.04)****	17.7 (0.04)****	18.0 (0.04)****	18.3 (0.03)****
Total years smoked (mean)[a]	**27.4 (0.22)**	25.8 (0.10)****	25.0 (0.09)****	24.4 (0.09)****	N/A[b]
Smoking status 12 months ago					
Daily	**98.9 (0.15)**	95.6 (0.22)****	92.9 (0.22)****	92.1 (0.24)****	76.8 (0.31)****
Occasional	**0.7 (0.14)**	2.2 (0.12)	4.3 (0.14)	5.0 (0.17)	18.4 (0.30)
Never	**0.4 (0.09)**	2.3 (0.17)	2.8 (0.14)	2.9 (0.14)	4.8 (0.16)
Current use of other tobacco	**43.2 (2.64)**	33.7 (0.91)***	34.6 (0.85)***	34.9** (0.82)	37.4 (0.05)*

The *p* values, based on SUDAAN-adjusted chi-square or analysis of variance, are for differences between sample weights for hardcore smokers vs. each comparison group comprised of only nonhardcore smokers.
[a]Age at onset, cigarettes per day, and total years smoked are continuous variables for which group means are presented.
[b]N/A, questions not asked of some-day smokers.
*$p \leq .05$; **$p \leq .01$; ***$p \leq .005$; ****$p \leq .0001$.

Augustson EM, et al. *Nicotine Tob Res* 2004 ; 6 (4) : 621-9

Table 4. SUDAAN-adjusted environmental variable percentages and standard errors by smoking group computed using sample and replicate weights.

Variable	Category				
	Hard-core	Heavy	Established	Daily	Current
Marital status					
Married	**48.7 (0.80)**	55.5 (0.57)****	54.1 (0.46)****	53.4 (0.44)****	52.9 (0.39)***
Widowed	**6.5 (0.43)**	5.0 (0.20)	5.5 (0.16)	5.6 (0.16)	5.7 (0.13)
Divorced/separated	**25.5 (0.71)**	25.1 (0.46)	24.2 (0.39)	24.3 (0.39)	23.5 (0.35)
Never married	**18.3 (0.66)**	14.4 (0.35)	16.1 (0.29)	16.7 (0.29)	17.8 (0.28)
Employment status					
Employed	**66.2 (0.85)**	70.5 (0.39)****	69.7 (0.31)****	69.5 (0.31)****	70.0 (0.30)****
Unemployed	**3.3 (0.34)**	4.3 (0.21)	4.3 (0.16)	4.3 (0.16)	4.3 (0.14)
Other	**30.5 (0.77)**	25.2 (0.38)	26.0 (0.31)	26.2 (0.30)	25.7 (0.28)
Home smoking rules					
Not allowed in house	**9.1 (0.50)**	14.9 (0.38)****	18.2 (0.30)****	18.2 (0.29)****	22.1 (0.30)****
Allowed in some areas	**19.2 (0.70)**	26.3 (0.43)	28.2 (0.37)	28.2 (0.37)	29.9 (0.35)
Allowed in all areas	**71.7 (0.88)**	58.8 (0.46)	53.6 (0.38)	53.6 (0.39)	48.0 (0.34)
Percentage answering "no"					
Work restrictions[a]	**19.0 (0.95)**	15.2 (0.53)****	14.4 (0.42)****	14.7 (0.40)****	14.2 (0.38)****
Employer offer quit help[a]	**90.6 (0.76)**	85.0 (0.44)****	84.9 (0.37)****	85.1 (0.36)****	84.6 (0.34)****
Seen doctor in past year	**35.2 (0.88)**	23.6 (0.37)****	23.9 (0.28)****	24.4 (0.29)****	24.2 (0.26)****
Doctor advised to quit	**39.7 (1.13)**	31.9 (0.53)****	34.6 (0.44)****	35.2 (0.44)****	39.3 (0.43)
If not past year, doctor ever advised to quit	**67.8 (1.00)**	51.4 (0.75)****	56.4 (0.63)****	58.0 (0.62)****	61.9 (0.50)****
Seen dentist in past year	**60.8 (0.90)**	45.2 (0.48)****	45.4 (0.43)****	46.0 (0.40)****	44.8 (0.34)****
Dentist advised to quit	**70.6 (1.10)**	68.2 (0.72)*	68.0 (0.59)*	68.2 (0.57)	70.6 (0.51)
If not past year, dentist ever advised to quit	**91.9 (0.53)**	84.8 (0.37)****	86.5 (0.32)****	87.0 (0.30)****	88.1 (0.23)****

The *p* values, based on SUDAAN-adjusted chi-square or analysis of variance, are for differences between sample weights for hardcore smokers vs. each comparison group comprised of only nonhardcore smokers.
[a]Denominator restricted to those individuals who are currently employed.
*$p \leq .05$; **$p \leq .01$; ***$p \leq .005$; ****$p \leq .0001$.

Augustson EM, et al. *Nicotine Tob Res* 2004 ; 6 (4) : 621-9

Table 5. Odds ratios and 95% confidence intervals based on multiple logistic regression analysis of comparing hardcore smokers vs. current smokers and heavy, chronic smokers.

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

Both models control for current age, age at smoking onset, and total years smoked.
[a]For these models, individuals not currently employed were included and considered not to have contact with work restrictions or employer assistance.

Augustson EM, et al. *Nicotine Tob Res* 2004 ; 6 (4) : 621-9

PREVALENCE DU PHENOMENE « HARD-CORE »

- **Emery S, *et al.*** *Am J Pub Health* 2000 : **5,2%**
  Etude Californienne de 1996 portant sur 18616 fumeurs, taux de réponse : 72,9%
- **Augustson EM, et al.** *Nicotine Tob Res* 2004 : **13,7%** (17,6% des « Established smokers », 25% des « Heavy Chronic smokers »)
  Etude Américaine de 1998-99 portant sur 35568 fumeurs, taux de réponse : 82%
- **Jarvis MA, et al.** *BMJ* 2005 : **16%** (10 % avec les critères US ; **5%** entre 18 et 24 ans et **30%** à partir de 65 ans)
  Etude Britannique entre 1994 et 97 sur 7 766 fumeurs, taux de réponse : 60 %
- **Walsh RA, et al.** *Health Promot J Austr* 2005 : **5,5%**
  Etude Australienne de 2003 sur 1 509 fumeurs, taux de réponse : 74,4 %
- **Augustson EM, et al.** *J Womens Health* 2008 : **9,5%** Femmes HCS
  Etude Américaine de 2003 sur 17 777 fumeurs (vs H-HCS et F-non HCS)
- **Ferketich AK, et al.** *Eur J Cancer* 2009 : **7,9%** Etude Italienne de 2007 sur 3057 fumeurs : HCS H = 9,7 %, F = 6 %... **33,1%** des fumeurs italiens

J Womens Health (Larchmt). 2008 Sep;17(7):1167-73. doi: 10.1089/jwh.2007.0535.

Gender differences among hardcore smokers: an analysis of the tobacco use supplement of the current population survey.

Augustson EM, Barzani D, Rutten LJ, Marcus S.

Tobacco Control Research Branch, National Cancer Institute, Bethesda, Maryland 20892-7337, USA.
augustse@mail.nih.gov

Comparaison

HCS Femmes vs HCS Hommes

HCS Femmes vs autres fumeurs femmes

Table 3.

ORs and 95% CI Based on Two Separate Multiple Logistic Regression Models Comparing Female Hardcore Smokers with Male Hardcore Smokers (Model 1) and with Other Female Smokers (Model 2) on Contact with Sources Supporting Smoking Cessation[a,b]

Variable	*Model 1 Female hardcore smokers vs. male hardcore smokers OR (95% CI)*	*Model 2 Female hardcore smokers vs. female other smokers OR (95% CI)*
Currently married (Yes)	1.06 (0.89–1.26)	1.19 (1.00–1.41)
Contact with work smoking restrictions (Yes)[c]	1.69(1.39-2.07)	1.25(1.08-1.45)
Contact with healthcare provider, advice to quit in last year[d] (Yes)	0.50 (0.42–0.60)	1.39 (1.20–1.61)
Smoking not allowed in home (Yes)	1.45(1.14-1.86)	2.32(1.88-2.88)

[a]Both models control for current age, education, income, race/ethnicity, age of smoking onset, and total years smoked.
[b]Female hardcore group is referent group for the analyses.
[c]For these models, individuals not currently employed were included and considered to not have contact with work restrictions.
[d]For these models, individuals who had not seen a healthcare provider during the last 12 months were included and considered to not have received provider advice to quit in that time frame.

HCS : 7 DEFINITIONS REPERTORIEES.

AUTEURS	CRITERES
Fagerström (1996)	FTND (≥ 6)
Emery (2000)	Age ≥ 26 ans, Tabagisme ≥ 15 c/jour Consommation quotidienne depuis 5 ans Pas de tentative d'arrêt dans les 12 mois précédents Pas d'intention ni désir d'arrêt dans les 6 prochains mois
Jarvis (2003)	Critères Emery (2000) Age ≥ 18 ans
Warner (2003)	Consommation quotidienne depuis 5 ans au moins Fumeur informé et conscient des dangers du tabac Confronté à la désapprobation sociale du tabagisme Incapable de vouloir ou savoir s'arrêter (échecs répétés)
Augustson (2004)	Critères Emery (2000) Pas de tentative d'arrêt antérieure
MacIntosh (2006)	Critères Emery (2000) Pas d'intention ni de désir d'arrêt dans le mois suivant Pas d'arrêt de durée > 24h dans l'année précédente
Lund (2011)	Fumeurs quotidiens depuis 5 ans Pas de tentative d'arrêt dans les 12 derniers mois Pas d'intention d'arrêt dans les 6 prochains mois.

Costa ML, et al. « Hardcore » definitions and their application to a population-based sample of smokers. *Nicotine Tob Res* 2010 ; 12(8) : 860-4

Ontario Tobacco Survey (2005-2008 ; N=4 130) **HCS = 0,03 % à 13,77 %**

NOTION DE « FUMEURS DIFFICILES »

Revue des Maladies Respiratoires (2012) 29, 448—461

Disponible en ligne sur SciVerse ScienceDirect www.sciencedirect.com

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

REVUE GÉNÉRALE

Le sevrage tabagique des « fumeurs difficiles »

Helping the ''hard-core'' smokers

J. Perriot[a,*], M. Underner[b], G. Peiffer[c], J. Le Houezec[d,e], L. Samalin[f], A. Schmitt[f], I. de Chazeron[f], L. Doly-Kuchcik[a]

[a] Dispensaire Émile-Roux, centre de lutte antituberculeux (CLAT 63), centre de tabacologie, 11, rue Vaucanson, 63100 Clermont-Ferrand, France
[b] Unité de tabacologie, service de pneumologie, CHU de Poitiers, 86021 Poitiers, France
[c] Unité de tabacologie, service de pneumologie, CHR de Metz-Thionville, 57038 Metz, France
[d] Santé publique, 35000 Rennes, France
[e] Université de Nottingham, Nottingham, Royaume-Uni
[f] Service de psychiatrie-addictologie, CMP B, CHU de Clermont-Ferrand, 63000 Clermont-Ferrand, France

Reçu le 14 juin 2011 ; accepté le 21 septembre 2011
Disponible sur Internet le 22 mars 2012

MOTS CLÉS
Dépendance tabagique ;
Fumeurs invétérés ;
Sevrage tabagique ;
Envie compulsive ;
Syndrome de sevrage

Résumé Les spécialistes en tabacologie sont fréquemment confrontés à des fumeurs en grande difficulté pour s'arrêter de fumer, qu'ils soient motivés à le faire ou qu'ils y soient contraints pour des raisons sanitaires, économiques ou réglementaires. Ces fumeurs constituent une population hétérogène, mais ils ont en commun une forte dépendance au tabac et une importante consommation de cigarettes. Ils sont exposés aux conséquences morbides induites par leur incoercible tabagisme. Ils cumulent souvent d'autres facteurs défavorables à la réussite de la tentative de sevrage : troubles anxiodépressifs, co-consommations de substances psychoactives, précarité socioéconomique. Ils constituent une cible prioritaire des consultations spécialisées d'aide à l'arrêt du tabagisme. Ces dernières doivent optimiser et diversifier leurs propositions d'aide afin d'améliorer leurs interventions. Cette synthèse décrit ces consommateurs très dépendants en échec dans l'arrêt du tabagisme et présente les traitements médicamenteux et combinaisons thérapeutiques susceptibles d'aider le praticien dans la prise en charge de ces « fumeurs difficiles ».
© 2012 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS
Tobacco dependence;

Summary Smoking cessation specialists are frequently confronted with smokers who have great difficulty in stopping smoking, and who are either motivated to stop or are forced to stop for health, economic or statutory reasons. These smokers are composed of a mixed population

UNE DEFINITION SIMPLE[1]

- Fumeurs malades de leur tabagisme mais persistant à fumer
- Consommation > 20c/j et/ou FTND > 7
- Fumeurs avec pathologie psychiatrique

LES CONSULTANTS EN TABACOLOGIE[2]

- Fortes dépendance (TTFC) et consommation
- Faible motivation à l'arrêt
- Pathologie psychiatrique fréquente (TAD)
- Coconsommation de SPA (actuelle ou passée)
- Pathologie somatique associée (BPCO, etc.)
- Précarité socio économique fréquente
- Niveau de formation souvent peu élevé

5 à16% des consultants en Tabacologie « HARDENING HYPOTHESIS »

[1] Seidman DF, Covey LS. Lawrence Erlbaum Publishers;1999

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

The **C**ase for **H**ardening of the **T**arget

John R. Hughes

http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/15/monograph15-front.pdf

Nait-on Hard-core ou le devient-on ?

Dans une population de fumeurs ; les moins dépendants (FTND) **arrêtent de fumer avant ceux dont la dépendance est élevée**

Hughes JR. *J Consult Clin Psychol* 1993 ; 61(5) : 751-60

Quand la prévalence du tabagisme décroit, il y a saillance des fumeurs les plus dépendants et en difficulté pour s'arrêter

Warner KE, et al**.** *Nicotine Tob Res* 2003 ; 5(1) : 37-48

Fagerström KO, et al.*Addiction* 2008 ; 103 : 841-45

Irvin JE, et al. *Nicotine Tob Res* 2003 ; 5(1) : 27-35

Autres facteurs rendant l'arrêt du tabagisme difficile

Facteurs cognitifs, affectifs, environnementaux

Chaiton MO, et al. *Addict. Behav* 2007 ; 32(5) : 1031-42

Association d'une pathologie mentale

Lasser K, et al. *JAMA* 2000 ; 284(80) : 2606-10

Déficits socio-économiques et comportements de santé inadaptés

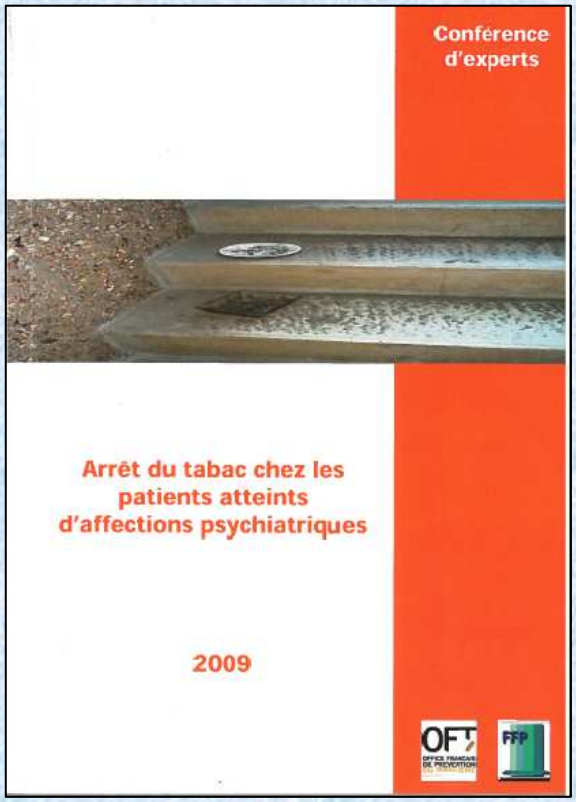
Haukkala A, et al. *Scand J Public Health* 2001 ; 29(3) : 226-32

AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES

Prévalence supérieure du tabagisme dans la population psychiatrique[1]
Risque suicidaire associé au tabagisme (prop. nb cig/J)[2]

[1] Lasser KE, et al. *JAMA* 2000 ; 284 : 2606-10

[2] Li Z, et al. *J Psychiatr Res* 2013 ; 47 : 8-14



[3] Conférence d'experts. OFT, 2009

CORRELATION BI-DIRECTIONNELLE ENTRE TABAGISME ET DEPRESSION[3]

CATEGORIE DES FUMEURS DIFFICILES[3]

- sévérité du syndrome de sevrage
- taux d'arrêt inférieur
- reprises après arrêt plus fréquentes (vs autres F)

FUMEURS SCHIZOPHRENES (vs autres F)

- consommation supérieure OR=3,1 (2,4-3,8)[4]
- dépendance élevée (FTND)
- mésusage de SPA plus fréquent (x 2 à 20)[5]
- BPCO plus fréquentes[6]
- Mortalité cardiaque (x6) ou respiratoire (x5)[3]
- précarité psychologique et socio-économique[7]

[4] De Léon J, et al. *Schizophr Res* 2005 ; 76 : 135-57
[5] Mackowick KM, et al. *Schizophr Res* 2012 ; 139 : 194-200
[6] Hsu JH, et al. *Psychosomatics* 2013 ; 54 : 345-51
[7] Laukkanen M, et al. *J Addict Dis* 2008 ; 27 : 69-79

CO-CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (SPA)

Smoking cessation among Australian methadone clients: Prevalence, characteristics and a need for action

Bowman J, et al. *Drug Alcohol Rev* 2012 ; 31(4): 507-13

103 patients sous méthadone (New South Wales, Australie). Situation tabagique :

84% F;80% F Dep;précarité sociale; 50% prêt à l'arrêt ; HCS : 33,8%

Consommation de tabac et trouble lié à l'usage de substances illicites : que devrions-nous faire ?

Karila L, et al. *Presse Med* 2013 ; 42(5) : 795-805

Coprévalence des dépendances au tabac et/ou à l'alcool et/ou au cannabis (80%)

PROPOSITIONS THERAPEUTIQUES

- **repérage du tabagisme**
- **offre d'aide systématiquement à l'arrêt**
- **formation des équipes au sevrage**
- **combinaison des approches thérapeutiques**
- **stratégies de réduction de risque**

TABAGISME ET BRONCHO-PNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE (BPCO)

CLINICAL YEAR IN REVIEW

Smoking cessation and COPD

Tonnesen P. *Eur Respir Rev* 2012 ; 22 : 37-43

BPCO légères **fumeurs 54% - 77%**
BPCO sévères **fumeurs 38% - 51%**

FUMEURS BPCO vs Fumeurs non BPCO

Consommation et dépendance supérieure	Jimenez-Ruiz C, et al. *Chest* 2001 ; 119 : 1395-70
Précarité sociale plus marquée	Prescott E, et al. *Eur Respir* J 2003 ; 21 : 821-6
Fréquence des troubles anxio-dépressifs	Ninot G, et al. *Rev Mal Respir* 2011 ; 28 : 739-45
Anxiété et dépression (échec du sevrage)	Wagena EJ, et al. *Psychosom Med* 2004 ; 66 ; 729-34
Consommation associée de SPA x2 ou 3	Patten SB, et al. *Psychosomatics* 2007 ; 48 : 496-501

SEVRAGE médicaments d'aide + interventions comportementales + écoute du patient

Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2010 ; 27 : 1150-1163
Perriot J, et al. *Rev Pneumol Clin* 2018 ; 74;170-180
Peiffer G, et al. *Rev Pneumol Clin* 2018;74 :375-390

REDUCTION DE LA CONSOMMATION – HARM REDUCTION

Anthonisen NR, et al. *JAMA* 1994 ; 272 : 1497-1505
Anthonisen NR, et al. *Ann Intern Med* 2005 ; 142 : 233-39
Calverley P, et al. *N Engl J med* 2007 ; 356 : 775-89
Polosa R, et al. Respir Rs 2016;17:166

PRECARITE SOCIALE

Pauvreté, instabilité dans le présent, insécurité face à l'avenir

Revue des Maladies Respiratoires (2014) 31, 916—936

Disponible en ligne sur ScienceDirect www.sciencedirect.com

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

REVUE GÉNÉRALE

Sevrage tabagique des fumeurs en situation de précarité sociale

Smoking cessation and social deprivation

F. Merson[a,*,b], J. Perriot[a], M. Underner[c], G. Peiffer[d], N. Fieulaine[b]

[a] Dispensaire Emile-Roux, centre d'aide à l'arrêt du tabagisme, centre de lutte antituberculeuse (CLAT 63), 11, rue Vaucanson, 63100 Clermont-Ferrand, France
[b] Laboratoire GRePS, institut de psychologie, université de Lyon-2, 69676 Bron, France
[c] Service de pneumologie, unité de tabacologie, centre de lutte antituberculeuse (CLAT 86), CHU de Poitiers, 86021 Poitiers, France
[d] Service de pneumologie, unité de tabacologie, CHR de Metz-Thionville, 57038 Metz, France

Reçu le 6 septembre 2013 ; accepté le 28 décembre 2013
Disponible sur Internet le 11 mars 2014

MOTS CLÉS
Inégalités sociales ;
Sevrage tabagique ;
Accès aux soins ;
Tabagisme ;
Dépendance nicotinique

Résumé Le tabagisme est un enjeu majeur de santé publique ; un fumeur sur deux qui poursuit sa consommation de tabac toute sa vie décédera d'une maladie en lien avec cet usage. En France, il est chaque année responsable de plus de 70 000 décès. Le bénéfice de l'arrêt du tabac se manifeste par une diminution de la mortalité ou de la morbidité induites par sa consommation. Les données récentes relèvent une augmentation de la prévalence du tabagisme dans les catégories socioéconomiques les plus défavorisées. L'amélioration de la lutte contre le tabagisme passe par une meilleure compréhension des déterminants du tabagisme au sein de ces populations. Ils sont aussi facteurs d'échecs du sevrage lors de la tentative d'arrêt. Cette revue générale précise les différents facteurs socioéconomiques et éducationnels impliqués dans la consommation de tabac ou le résultat de la tentative d'arrêt, en se basant sur les données de la littérature internationale. Son objectif est de proposer des voies d'optimisation de la prise en charge de l'aide à l'arrêt du tabagisme des publics socialement défavorisés.
© 2014 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS
Social inequalities;
Smoking cessation;

Summary Smoking is a major of public health policy issue; one in two lifelong smokers will die from a disease related to tobacco use. In France, smoking is responsible for more than 70,000 deaths every year. The benefits linked to stopping smoking include reduced mortality and morbidity related to the use of tobacco. Recent data show an increase in the prevalence of

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : frederic.merson@cg63.fr (F. Merson).

0761-8425/$ – see front matter © 2014 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
http://dx.doi.org/10.1016/j.rmr.2013.12.004

FUMEURS PRECAIRES (vs non précaires)

Intentions comportementales d'arrêts inférieures
Reid JL, etal. *Nicotine Tob Res* 2010;12:S20-S33

Niveau de dépendance nicotinique supérieur
Siapush M, etal. *Tob Control* 2006;15:iii71-iii75

Intensité du craving plus élevé
Nordgren LF, etal. *Health Psychol* 2008;27:722

Faible sentiment d'auto efficacité
Businelle MS, etal. *Health Psychol* 2010;29:262

Décision d'arrêt fragile, troubles de la temporalité
Merson F, etal. *Santé Publique* 2011;23:359-70

Troubles anxiodépressifs, co-consommations SPA
Lagrue G, etal. *L'Encéphale* 2004;30:500-1

Expériences passées d'arrêts plus mauvaises
Hiscock R, etal. *Ann NY Acad Sci* 2012;1248:107-2

STRATEGIE D'ARRET « SUR MESURE »
Merson F, etal. *Med Liège* 2015;70 : 44-8
Deschenau A, et al. *Rev Mal Respir* 2017;34:44-52

FUMEURS INFECTES PAR LE VIH

Living with HIV, antiretroviral treatment experience and tobacco smoking : result from a multisite cross sectional study.

Duval X, et al. EVIT Study Group. *Antivir Ther* 2008;13(3):389-97

81 U spé. 583 patients (fumeurs 43%)
Facteurs associés au tabagisme
Mésus. d'alcool **OR = 2,50** (IC95% : 1,20-5,23)
Us. SPA illicites **OR = 2,43** (IC95% : 1,41-4,19)
Rupt. Famille **OR = 1,81** (IC95%: 1,16-2,85)
50% sous psychotropes;
Corrélation entre FTND et subst. opiacée

PRISE DE CONSCIENCE DE L'IMPORTANCE DE L'ARRÊT DU TABAC

Arret du tabac : retour à une espérance de vie du Non Fumeur non VIH

Nahvi S et al. *AIDS Educ Prev* 2009; 21:14-27.
Helleberg M, et al. *Clin Infect Dis* 2013;56:727-34
Lifson AR, et al. *Am J Public Health* 2010;100:1896-1203

RECOMMANDATIONS SUR L'ARRET DU TABAC DU PATENT VIH +

USA *Clinical Guidelines Smoking cessation in HIV infected Patient*, NYSDH AIDS Inst 2009
France *Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH.* CNS/ARNS, 2018
Pharmacothérapies (TNS, Varénicline)… Suivi addictologique, psychiatrique et social

FUMEURS MOINS OBSERVANTS, TAD, USAGE DE SPA, PRÉCARITÉ SOCIALE

King RM, et al. *AIDS Patient Care STDS* 2012; 26:479-85

ARRETER DE FUMER DEMEURE DIFFICILE POUR DE NOMBREUX FUMEURS

DEFICIT DE PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES

Conférence de consensus. Grossesse et tabac.*J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2005 ; 34 (5 Spec 1) : 3S1-S480

Coleman T, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2015 ; 12 : CD 010078

Coleman T, et al. *N Engl J Med* 2012 ; 366 : 808-9 (SNAP trial)

Berlin I, et al. *BMJ* 2014 ; 348 : g 1622 (SNIPP)

Vaz LR, er al. *Nicotine Tob Res* 2016;18:1952-9

DEFICIT DE SOUTIEN AU FUMEUR LORS DU SEVRAGE

Raupach T, West R, Brown J. *Nicotine Tob Res* 2013 ; 15(3) : 748-9

ADDICTION AU TABAC : MALADIE CHRONIQUE (DSM5)

Steinberg MD, et al. *Ann Intern Med* 2008 ; 148(7) : 554-6

SUBSTANCE USE DISORDER DSM-5

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

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

Moderate : 2 à 3 critereria positive

Severe : 4 or more critereria positive

STRATEGIES DE PRISE EN CHARGE

XXIème siècle : 1milliars de morts dus au tabagisme dans le monde

2012 : 6.10^6 décès **2030** : 8.10^6 décès

Pays émergents : 80% des décès

Chine : $1,2.10^6$ décès/an en 2030

35% consommation du tabac mondial

Convention cadre de lutte contre le tabagisme CCLT (OMS 2003)

Diminuer la consommation du tabac et l'exposition des populations à la fumée par réduction de l'offre et de la demande

Mesures diverses (dont article 14)

Politiques de lutte nationales : France

Mesures fiscales. Avertissements sanitaires
Interdiction de fumer dans les lieux publics
Interdiction de publicité/promotion des tabacs
Remboursement des traitements d'aide à l'arrêt du tabac

PNRT (2014-2019)

Efficacité de ces mesures pour les Hard - core smokers ?

Nicotine Tob Res. 2011 Nov;13(11):1132-9. doi: 10.1093/ntr/ntr166. Epub 2011 Aug 17.

Hardcore smokers in Norway 1996-2009.

Lund M, Lund KE, Kvaavik E.

Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research, Centrum, Oslo, Norway. ml@sirus.no

Norvège 1996-2009

Prévalence tabagisme 16/24 ans: 30→15%

Prévalence HCS 30 → 23%

Table 2.

Crude *OR* and *AOR* with 95% *CI* for Being a Daily Hardcore Smoker by Survey Year, Gender, Age, Education, and Snus Use

Predictor variables	Daily hardcore smoker vs. all other smokers		
	n/N	*OR* (95% *CI*)	*AOR* (95% *CI*)
Gender			
Female	736/2,591	1.00	1.00 (ref.)
Male	811/2,675	1.10 (0.97–1.24)	1.16 (1.02–1.31)
Age group, years			
Age group, years	432/1,941	1.00	1.00
39–52	552/1,916	1.41 (1.22–1.64)	1.39 (1.19–1.61)
53–74	563/1,409	2.33 (2.00–2.70)	2.21 (1.89–2.58)
Educ 53-74		2.33 (2.00-2.70)	
Education level	204/1,100	1.00	1.00 (ref.)
Low	1,317/4,051	2.12 (1.79–2.50)	2.01 (1.70–2.38)
Use s Low occasionally		2.12 (1.79-2.50)	
Use snus daily or occasionally		1.00	1.00
Yes	68/397	0.47 (0.36–0.62)	0.54 (0.40–
Surv Yes		0.47 (0.36-0.62)	
Survey year 97	326/1,000	1.00	1.00 (re
1998/1999	316/861	1.20 (0.99–1.45)	1.25 (1.02–
2000/2001	244/788	0.93 (0.76–1.13)	0.92 (0.75–
2002/2003	235/820	0.83 (0.70–1.02)	0.81 (0.66–1.00)
2004/2005	140/662	0.55 (0.44–0.70)	0.55 (0.43–0.70)
2004/2005	165/623	0.55 (0.44-0.70)	0.71 (0.57–0.89)
2006/2007	121/512	0.75 (0.60-0.93	0.59 (0.40–0.72)
Survey 2008/2009		0.64 (0.50-0.82)	
		0.90 (0.88-0.93)	

Note. Daily and occasional smokers aged 25–74 years; $N = 5{,}266$. *AOR* = adjusted odds ratio; *OR* = odds ratio; *n* = number of hardcore smokers in each category; *N* = total number in the category.

Hard-core smokers

Age supérieur

Niveau de formation inférieur

Moins utilisateurs de snus

Prévalence diminue depuis 2003

« Normative influences are one of the mechanisms through which comprehensive smoke-free legislation influences quit intentions »

Brown A, et al. *Nicotine Tob Res* 2009 ;11: 924-32

TRAITEMENTS D'AIDE POUR « FUMEURS DIFFICILES » ?

TRAITEMENTS ACTUELS

TNS, Varénicline, Bupropion, IMAO,
Nortriptyline, vaccin antinicotine, Anti R. D2D3
Thérapies cognitivo-comportementales
Stratégies de réduction des dommages

VOIES D'OPTIMISATION

Formes galéniques nouvelles de TNS
Islam N, et al. *Drug Discov Ther* 2012 ;6:123-32

Combinaison des médicaments du sevrage
Peiffer G. CPLF. Lille, 2013

Progrès en pharmacogénétique
Bloom AJ, et al. *Pharmacogenet Genomics* 2013

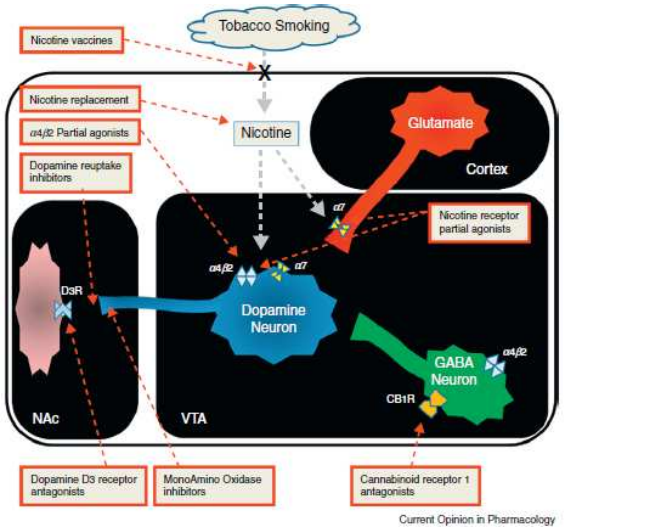
Traitement personnalisé (phénotype fumeur)
Minas M, et al. *J Subst Abuse Treat* 2013;44:288-94

Sevrage : traitement de longue durée
Joseph AM, et al. *Arch Intern Med* 2011;171:1894-900

Réduction vers l'arrêt
Lindson-Hawley N, et al. *JAMA* 2013;310:91-2

Réduction de risque (Snus, e-cig)
Mc Neil A, et al. *J Psychopharmacol* 2013;27:13-8

PERSPECTIVES THERAPEUTIQUES



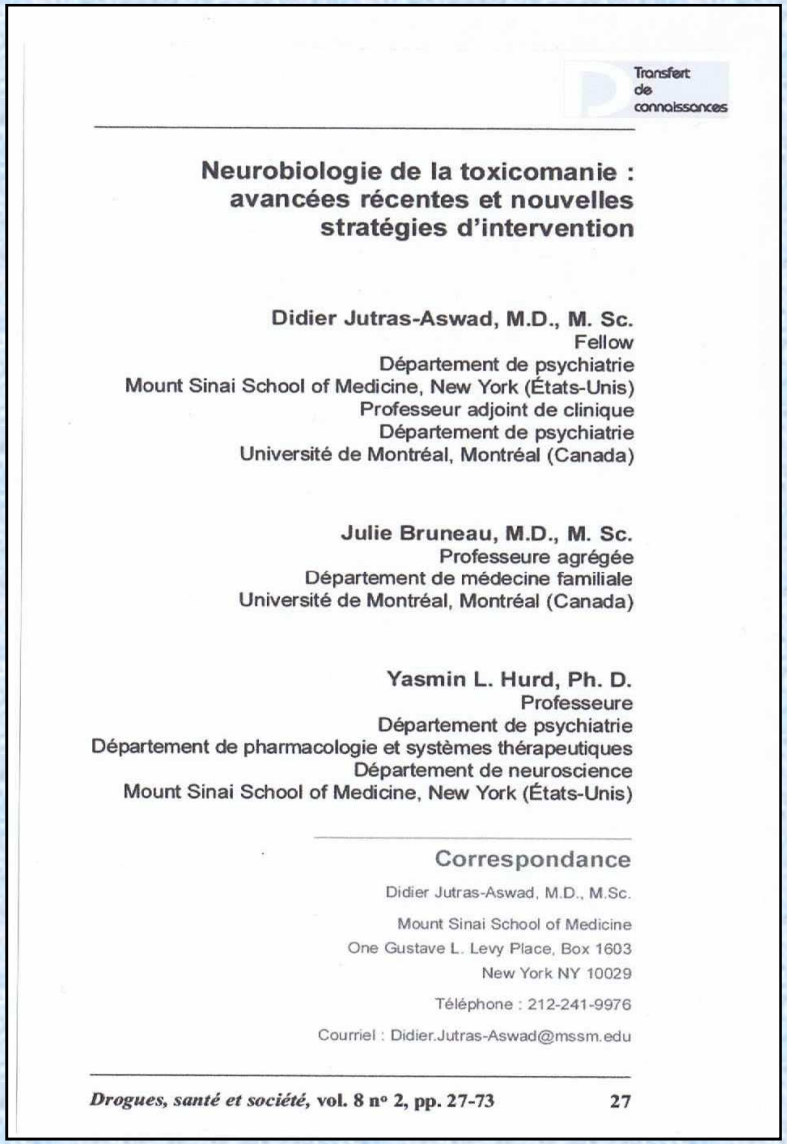
Caponnetto P, et al. *Current Opin Pharmacol* 2012;12:229-37

Stimulation cérébrale (r TMS)
Wing VC, et al. *Brain Stimul* 2013;6:221-30

Impact sur les NACh R centraux
Changeux JP. *Nat Rev Neurosci* 2010;11:389-401

Traitement spécifique du *craving* ?

TRAITEMENT DU CRAVING ?



Transfert de connaissances

Neurobiologie de la toxicomanie : avancées récentes et nouvelles stratégies d'intervention

Didier Jutras-Aswad, M.D., M. Sc.
Fellow
Département de psychiatrie
Mount Sinai School of Medicine, New York (États-Unis)
Professeur adjoint de clinique
Département de psychiatrie
Université de Montréal, Montréal (Canada)

Julie Bruneau, M.D., M. Sc.
Professeure agrégée
Département de médecine familiale
Université de Montréal, Montréal (Canada)

Yasmin L. Hurd, Ph. D.
Professeure
Département de psychiatrie
Département de pharmacologie et systèmes thérapeutiques
Département de neuroscience
Mount Sinai School of Medicine, New York (États-Unis)

Correspondance

Didier Jutras-Aswad, M.D., M.Sc.

Mount Sinai School of Medicine
One Gustave L. Levy Place, Box 1603
New York NY 10029

Téléphone : 212-241-9976

Courriel : Didier.Jutras-Aswad@mssm.edu

Drogues, santé et société, vol. 8 nº 2, pp. 27-73

« désir impérieux de consommer une drogue conditionnée par une envie quasi-instinctuelle d'en profiter sans délai »
(souvent à l'origine de reprise du tabagisme)

Craving dans la rechute et traitement

Berlin I, et al. *Drug Alcohol depend* 2013;132(3):513-20
Wray JM, et al. *Nicotine Tob Res* 2013;15:1167-82
Brousse G, et al. *Alcoologie Addictologie* 2014 ; 36 : 105-15
Samalin L, et al. *RFPPM* 2010; XVI:38-43

« Le craving n'est pas le manque »
(Charles Nicolas A, 1998) **et bien d'avantage que l'urgence à fumer…**

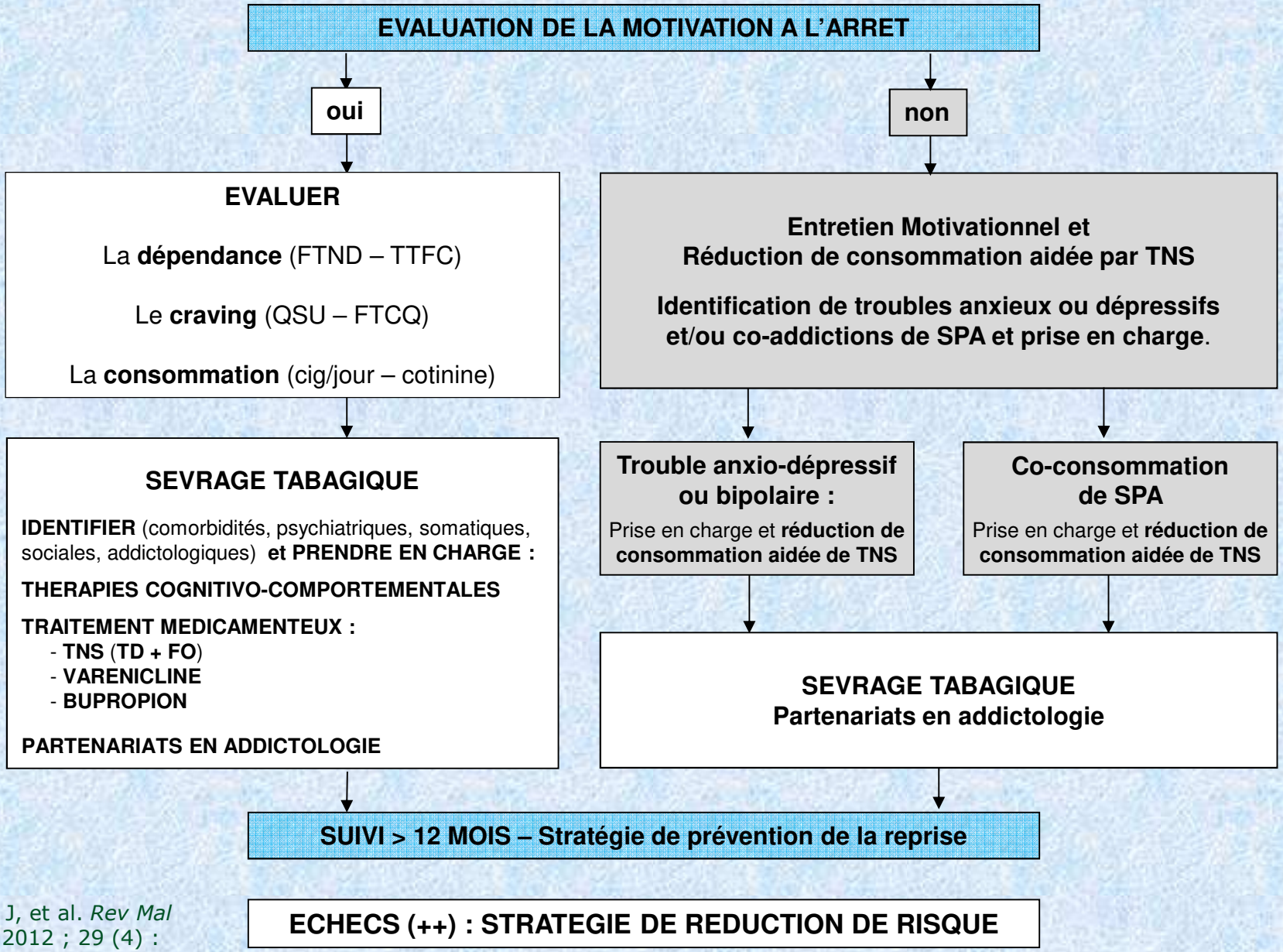
Craving : mieux le définir et le mesurer.

Mieux comprendre son ou ses mécanisme(s).

Addiction au tabac : maladie chronique

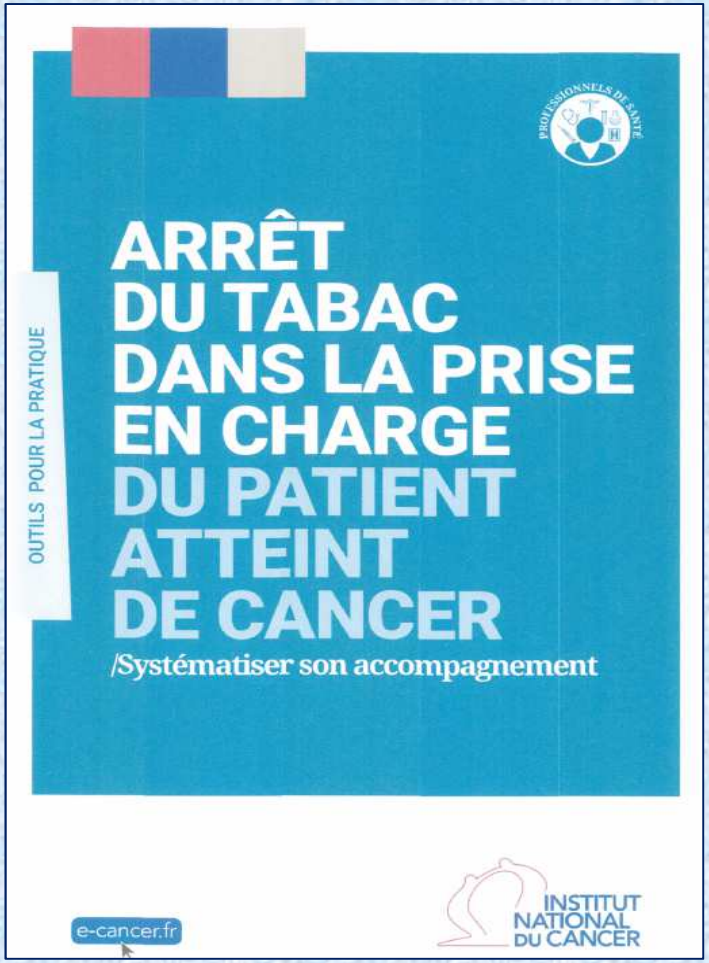
- Recherche de traitement d'aide à l'arrêt
- thérapeutiques spécifiques du craving ?
- usage du TNS au long cours ?
- stratégie de réduction de risque ?

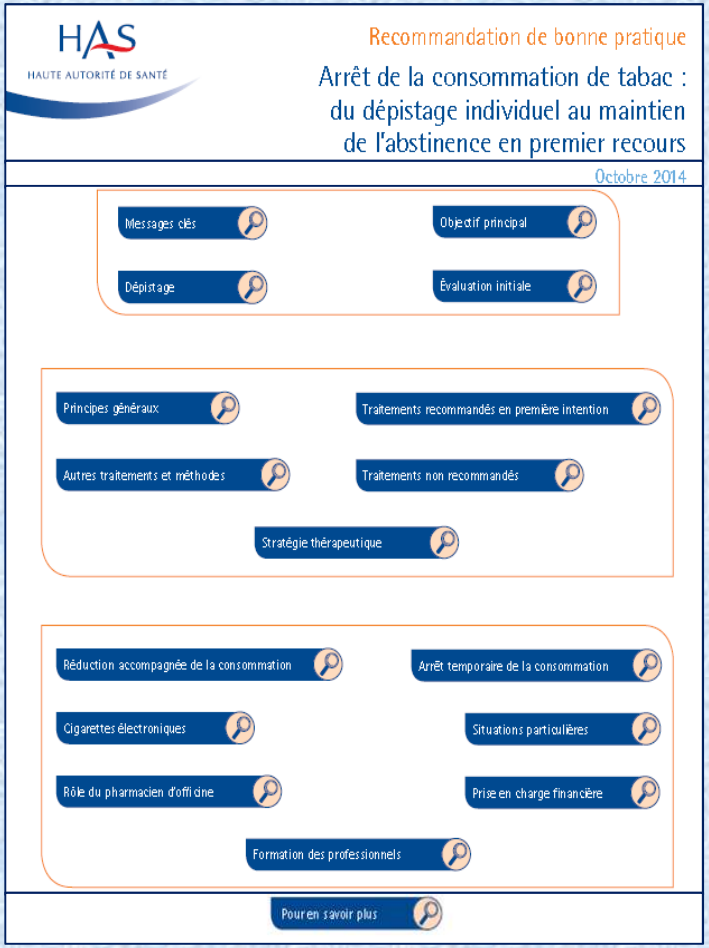
CONDUITE DE LA PRISE EN CHARGE



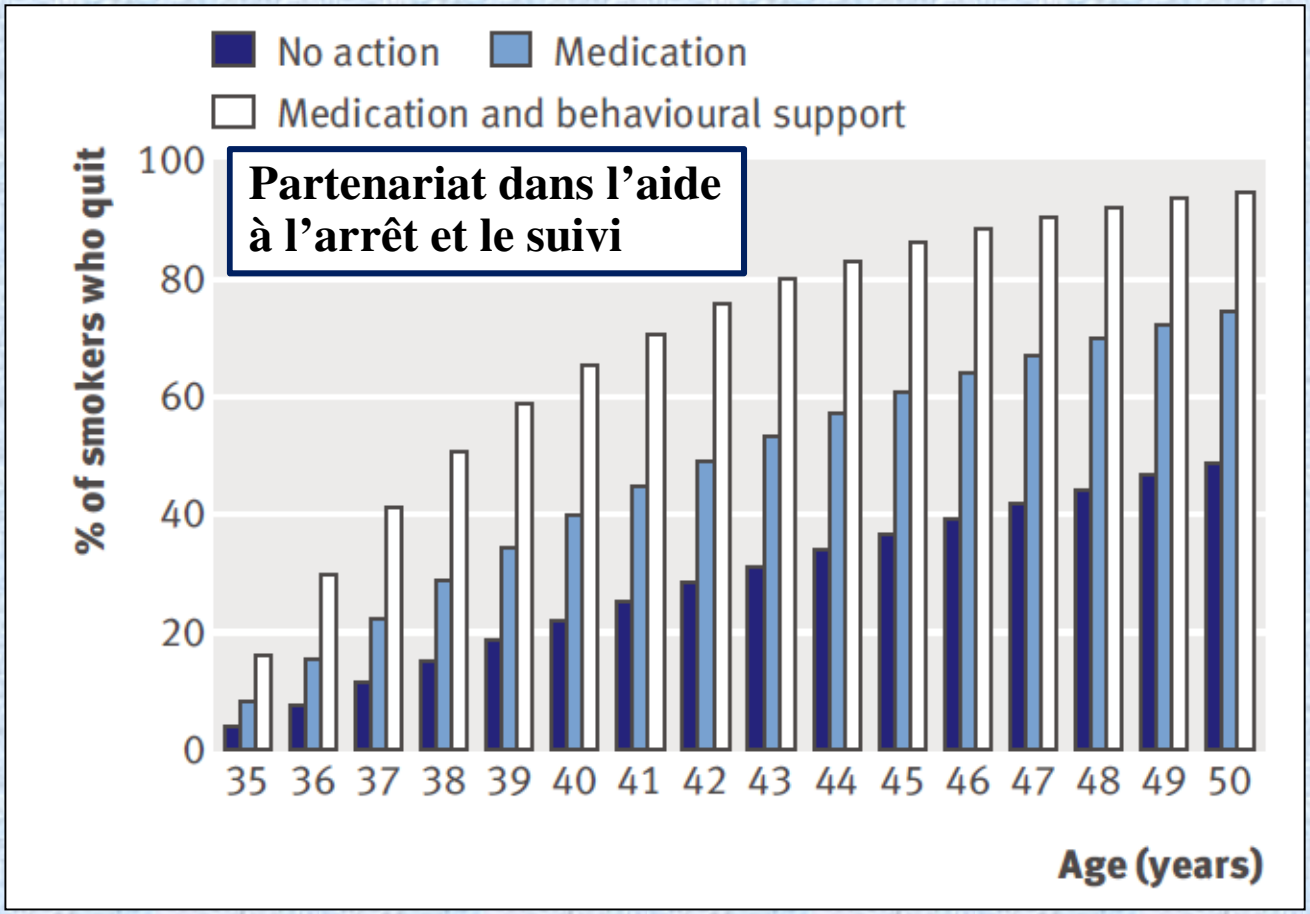
Perriot J, et al. *Rev Mal Respir* 2012 ; 29 (4) : 448-61.

GUIDES D'INTERVENTION POUR LES PRATICIENS





ASSURER L'AIDE OPTIMALE A CHAQUE TENTATIVE D'ARRET



PRISE EN CHARGE RESIDENTIELLE
OR = 3,58 (IC 95% : 2,61-4,89)
Hays JT, et al. *Mayo Clinic Proc 2011 ; 86(3) : 203-9*

SOUTIEN A DISTANCE
Internet – SMS : OR = 2,16 (IC 95% : 1,77-2,62)
Ace C, et al. *PloS Med* 2013 ; 10(1) e1001362

CONCLUSION

L'addiction au tabac est une maladie chronique

Les fumeurs difficiles en sont une parfaite illustration

L'optimisation de leur prise en charge relève:

Du renforcement de la politique de contrôle du tabac (CCLT/PRNT)

De la formation et de la mobilisation des acteurs ainsi que de l'organisation des soins en addictologie

Du développement de la recherche en tabacologie (mécanismes de l'addiction dont ceux régissant le craving et de la mise sur le marché de nouveaux médicaments d'aide à l'arrêt du tabac)

De l'élaboration de programmes spécifiques (information, prévention et sevrage) **pour certaines populations de fumeurs difficiles** (personnes en situations de précarité sociales, etc..).

Au recours le cas échéant à des stratégies de réduction des risques (e-cigarette) **en précisant leurs limites.**

CAS CLINIQUE

Madame Pascale B, âgée de 40 ans, divorcée, mère d'une fille de 15 ans, vient vous consulter car elle envisage d'arrêter de fumer.

Il s'agit d'une femme élégante, raffinée, extrêmement séduisante. Son corps est svelte et son esprit est brillant. Elle s'exprime facilement. Très volubile elle est presque logorrhéique. Elle est actuellement cadre supérieur dans l'industrie pharmaceutique (recherche et développement). Elle voyage beaucoup dans le monde entier.

Elle vous dit avoir commencé à fumer à HEC et ajoute-t-elle avec un sourire
« pas que du tabac… ». Elle fume environ 25 cigarettes par jour, dès le réveil avant de déjeuner. Quand on lui demande les raisons de son divorce, elle se trouble, rougit et explique qu'elle n'a jamais vraiment compris ce qui s'est passé… Et puis la vie, soupir !!

Elle nous apprend qu'elle a déjà été hospitalisée en psychiatrie en raison d'une tentative de suicide dont la raison lui paraît maintenant tellement futile (rupture sentimentale), de troubles du sommeil. A l'époque elle présentait des troubles du comportement de nature sexuelle (multiples partenaires), avec placements boursiers inconséquents.

Les Psychiatres lui ont alors prescrit des «médicaments» qu'elle dit avoir pris un certain temps mais qu'elle a vite interrompu « je n'avais pas envie de les prendre et puis qu'est ce qui me prouve que ces messieurs les psychiatres avaient raison de me les donner leurs médicaments ».

Elle dit que son mari a beaucoup souffert du retentissement familial de son attitude d'alors: il a demandé le divorce. Au cours de la narration des révélations biographiques, de sa vie privée, la patiente est agitée, nerveuse, avec un tic du visage, croisant et décroisant fréquemment ses longues jambes. Devant ses réactions nous changeons de sujet et abordons les motivations de son souhait d'arrêter le tabac.

Elle nous explique qu'elle veut changer de vie. Elle nous apprend qu'au cours de soirées, il lui arrive de consommer de la cocaïne, sous forme de « rail ». Depuis ses études à HEC, elle nous dit avoir découvert les effets de l'alcoolisation sur ses coups de cafards : « un whisky ou deux (ou davantage), cela passe et même cela va beaucoup mieux», dit-elle. Elle vous confie que pour elle, la cigarette est un excitant psychique. Parfois, le soir elle fume « un joint ou deux » pour se détendre avant de se coucher.

Pourtant elle vous exprime combien elle a particulièrement besoin de vous pour arrêter de fumer ; et vous fixe longuement de son regard profond…

Questions :

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 ?

Consommation quotidienne 25 cig/jour, cumulée 25 PAN, Fagerström : 9, COE = 39 ppm (10 cig ce jour, la dernière il y a 2h). Richmond = 6, tentatives d'arrêts passées : 8 (le plus long 2 jours, le dernier il y a 2 ans). HAD : A = 10 D = 8; BDI = 13 ; Test de Angst = 16

Questions :

Quel diagnostic psychiatrique évoquez vous ? Quels éléments du bilan biologiques demandez vous ?

Proposez une stratégie de sevrage tabagique ? Médicaments contre indiqués ?

Questionnaire d'Hypomanie de ANGST

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

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

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