

# **AIDE A L'ARRÊT DU TABAC DES FUMEURS DIFFICILES (« *HARD-CORE SMOKERS* »)**

**Docteur Jean PERRIOT**

Dispensaire Emile Roux  
Clermont-Ferrand

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



**DIU de Tabacologie  
Clermont-Ferrand – Mars 2021**

# INTRODUCTION

## 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 apparition de nouveaux usages (JUUL, tabac chauffé).
- Objectif pour 2050 : un monde sans (fumée de) tabac ...
- Persistance de « noyaux durs de fumeurs » qui ne souhaitent pas arrêter de fumer et/ou échouent de façon répétée dans leurs tentatives d'arrêts :  
« **fumeurs difficiles** » ou « **Hard-core smokers** ». Ces gros consommateurs de tabac sont très exposés aux risques induits par leur tabagisme incoercible.
- **Qui sont-ils et quelles interventions d'aide à l'arrêt leur proposer ?**



# DEFINITION DES « FUMEURS DIFFICILES »

## CLASSIFICATION DES FUMEURS

### USA

Current smoker  
Intermittent smoker  
Daily smoker  
Chipper  
Established smoker

### FRANCE

Fumeur  
F. intermittent  
F. quotidien  
Petit fumeur  
F. endurci

Heavy chronic smoker  
Hard-core smoker

Gros fumeur dépendant  
Fumeur irréductible



**FUMEURS DIFFICILES**



## **HARD-CORE SMOKERS (HCS) : DEFINITION**

- 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 (légaux ou non)

## ILS CONSTITUENT UNE POPULATION SPECIFIQUE

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

Variable	Category				
	Hardcore	Heavy	Established	Daily	Current
Gender (male)	<b>58.0 (0.83)</b>	56.9 (0.39)	52.0 (0.34)**	52.1 (0.34)**	52.2 (0.27)**
Age, in years (mean) <sup>a</sup>	<b>45.6 (0.22)</b>	45.3 (0.10)	45.1 (0.09)	45.0 (0.10) *	44.7 (0.08)**
Age category <sup>a</sup>					
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+	<b>9.7 (0.49)</b>	7.6 (0.23)	8.7 (0.19)	8.6 (0.19)	8.7 (0.16)
Race					
White	<b>82.8 (0.64)</b>	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)	<b>71.7 (0.72)</b>	60.0 (0.43)**	59.8 (0.39)**	59.9 (0.36)**	58.1 (0.33)**
Income (<US\$30,000)	<b>51.6 (1.02)</b>	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.

<sup>a</sup>Age is presented as a continuous (mean age per group) and categorical variable.

\**p* < .05; \*\**p* < .0001.



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

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

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.

<sup>a</sup>Age at onset, cigarettes per day, and total years smoked are continuous variables for which group means are presented.

<sup>b</sup>N/A, questions not asked of some-day smokers.

\**p* ≤ .05; \*\**p* ≤ .01; \*\*\**p* ≤ .005; \*\*\*\**p* ≤ .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 <sup>a</sup>	19.0 (0.95)	15.2 (0.53)****	14.4 (0.42)****	14.7 (0.40)****	14.2 (0.38)****
Employer offer quit help <sup>a</sup>	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.

<sup>a</sup>Denominator restricted to those individuals who are currently employed.

\**p* ≤ .05; \*\**p* ≤ .01; \*\*\**p* ≤ .005; \*\*\*\**p* ≤ .0001.



**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 ( $\geq 13$ years)	1.0	1.34 (1.20–1.49)	1.45 (1.32–1.59)
Employed (yes)	1.0	0.96 (0.80–1.17)	0.95 (0.80–1.12)
Income (< US\$30,000)	1.0	0.99 (0.88–1.12)	1.04 (0.92–1.17)
Race/ethnicity (White)	1.0	1.35 (1.20–1.53)	0.63 (0.56–0.72)
Gender (male)	1.0	1.06 (0.96–1.16)	0.88 (0.80–0.96)
Seen doctor in past year (yes)	1.0	1.25 (1.12–1.40)	1.32 (1.19–1.46)
Doctor ever advised to quit (yes)	1.0	1.85 (1.66–2.07)	1.35 (1.22–1.50)
Seen dentist in past year (yes)	1.0	1.32 (1.19–1.46)	1.41 (1.29–1.54)
Dentist ever advised to quit (yes)	1.0	1.26 (1.10–1.43)	1.11 (0.99–1.26)
Work restrictions (yes) <sup>a</sup>	1.0	1.09 (0.92–1.28)	1.14 (0.98–1.33)
Employer offer to help (yes) <sup>a</sup>	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.

<sup>a</sup>For these models, individuals not currently employed were included and considered not to have contact with work restrictions or employer assistance.

## 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

### Comparison

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<sup>1</sup>

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) <sup>2</sup>	1.69 (1.39-2.07)	1.25 (1.08-1.45)
Contact with healthcare provider, advice to quit in last year <sup>3</sup> (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)

<sup>1</sup>Both models control for current age, education, income, race/ethnicity, age of smoking onset, and total years smoked.

<sup>2</sup>Female hardcore group is referent group for the analyses.

<sup>3</sup>For these models, individuals not currently employed were included and considered to not have contact with work restrictions.

<sup>4</sup>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.



## The Case for Hardening of the Target

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 décroît, 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

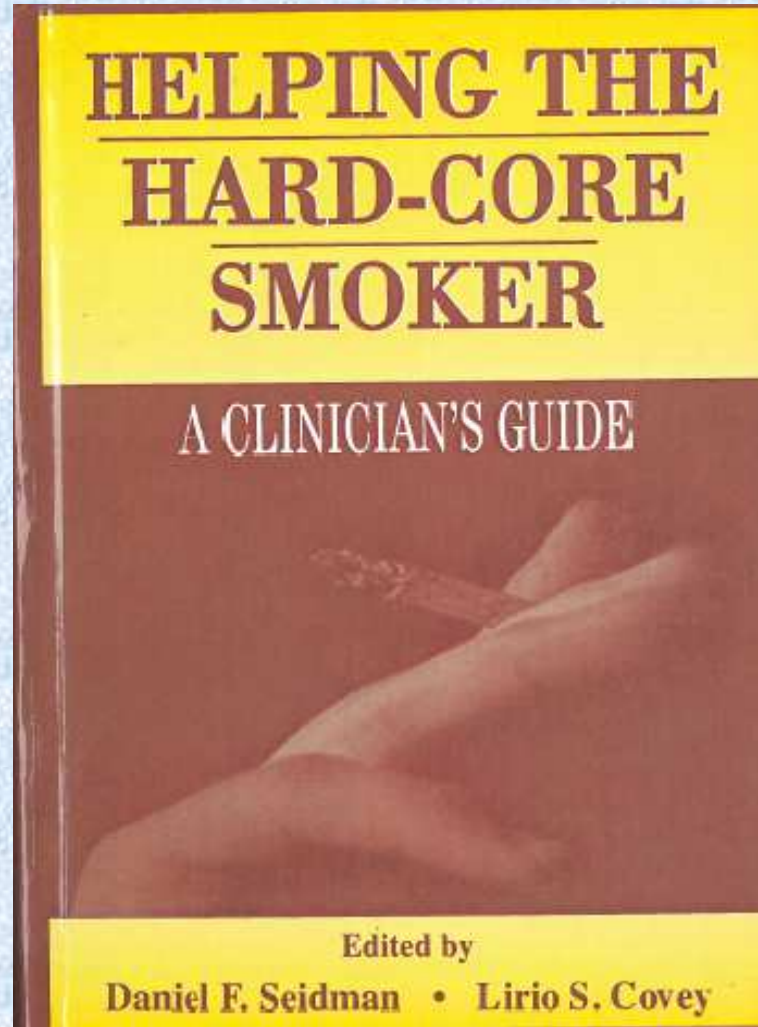


## HCS : 7 DEFINITIONS REPERTORIEES.

AUTEURS	CRITERES
Fagerström (1996)	FTND ( $\geq 6$ )
Emery (2000)	Age $\geq 26$ ans, Tabagisme $\geq 15$ 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 $\geq 18$ 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 $> 24$ h 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 %**

# « FUMEURS DIFFICILES » EN PRATIQUE



Seidman DF, Covey LS. Lawrence Erlbaum Publishers;1999

## UNE DEFINITION SIMPLE

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

## LES CONSULTANTS EN TABACOLOGIE

- 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

Ces patients éprouvent le plus souvent de grandes difficultés à l'arrêt le tabac ... **5 à 20 % des consultants en Tabacologie**



# FUMEURS ET AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES

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

<sup>1</sup> Lasser KE, et al. *JAMA* 2000 ; 284 : 2606-10

<sup>2</sup> Li Z, et al. *J Psychiatr Res* 2013 ; 47 : 8-14



<sup>3</sup> Conférence d'experts. OFT, 2009

## CORRELATION BI-DIRECTIONNELLE ENTRE TABAGISME ET DEPRESSION<sup>3</sup>

### CATEGORIE DES FUMEURS DIFFICILES<sup>3</sup>

- 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)<sup>4</sup>
- dépendance élevée (FTND)
- mésusage de SPA plus fréquent (x 2 à 20)<sup>5</sup>
- BPCO plus fréquentes<sup>6</sup>
- Mortalité cardiaque (x6) ou respiratoire (x5)<sup>3</sup>
- précarité psychologique et socio-économique<sup>7</sup>

<sup>4</sup> De Léon J, et al. *Schizophr Res* 2005 ; 76 : 135-57

<sup>5</sup> Mackowick KM, et al. *Schizophr Res* 2012 ; 139 : 194-200

<sup>6</sup> Hsu JH, et al. *Psychosomatics* 2013 ; 54 : 345-51

<sup>7</sup> Laukkanen M, et al. *J Addict Dis* 2008 ; 27 : 69-79

## FUMEURS CO-CONSOMMATEURS D'AUTRES 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 :  
F:84%, 80%: forte dépendance, 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

80% : Coprévalence des dépendances au tabac et/ou à l'alcool et/ou au cannabis.  
**Formation des équipes, propositions diversifiées d'aide à l'arrêt.**

**CONSOMMATION DE TABAC ET DE CANNABIS :**

**EFFETS TOXIQUES ET PRISE EN CHARGE DE L'ARRÊT**

• Capture rectangulaire *Rev Med Liège* 2021;76(1):31-35

PERRIOT J (1), PEIFFER G (2), UNDERNER M (3)

**Propositions thérapeutiques :**

Repérage de la double consommation

Bilan des comportements d'usage

Offre d'aide à l'arrêt (TNS+TCC) et suivi

Combinaison thérapeutiques



## FUMEURS AVEC BPCO (ou autre pathologie respiratoire chronique).

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

Précarité sociale plus marquée

Fréquence des troubles anxio-dépressifs

Anxiété et dépression (échec du sevrage)

Consommation associée de SPA x2 ou 3

Jimenez-Ruiz C, et al. *Chest* 2001 ; 119 : 1395-70

Prescott E, et al. *Eur Respir J* 2003 ; 21 : 821-6

Ninot G, et al. *Rev Mal Respir* 2011 ; 28 : 739-45

Wagena EJ, et al. *Psychosom Med* 2004 ; 66 ; 729-34

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



# FUMEURS ET PRECARITE SOCIALE

## Précarité : instabilité dans le présent et 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

 ELSEVIER MASSON

REVUE GÉNÉRALE

**Sevrage tabagique des fumeurs en situation de précarité sociale**

Smoking cessation and social deprivation

F. Merson<sup>a,\*,b</sup>, J. Perriot<sup>a</sup>, M. Underner<sup>c</sup>,  
G. Peiffer<sup>d</sup>, N. Fieulaine<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Dispensaire Emile-Roux, centre d'aide à l'arrêt du tabagisme, centre de lutte antituberculeuse (CLAT 63), 11, rue Vaucanson, 63100 Clermont-Ferrand, France  
<sup>b</sup> Laboratoire GREPS, Institut de psychologie, université de Lyon-2, 69676 Bron, France  
<sup>c</sup> Service de pneumologie, unité de tabacologie, centre de lutte antituberculeuse (CLAT 86), CHU de Poitiers, 86021 Poitiers, France  
<sup>d</sup> 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

**KEYWORDS**  
Social inequalities;  
Smoking cessation;

**Résumé** Le tabagisme est un enjeu majeur de santé publique ; un fumeur sur deux qui poursuit sa consommation de tabac toute sa vie décèdera 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.

**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@csg63.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, et al. *Nicotine Tob Res* 2010; 12: S20-S33

#### Niveau de dépendance nicotinique supérieur

Siapush M, et al. *Tob Control* 2006; 15: iii71-iii75

#### Intensité du craving plus élevé

Nordgren LF, et al. *Health Psychol* 2008; 27: 722

#### Faible sentiment d'auto efficacité

Businelle MS, et al. *Health Psychol* 2010; 29: 262

#### Décision d'arrêt fragile, troubles de la temporalité

Merson F, et al. *Santé Publique* 2011; 23: 359-70

#### Troubles anxiodépressifs, co-consommations SPA

Lagrué G, et al. *L'Encéphale* 2004; 30: 500-1

#### Expériences passées d'arrêts plus mauvaises

Hiscock R, et al. *Ann NY Acad Sci* 2012; 1248: 107-2

### STRATEGIE D'ARRET « SUR MESURE »

Merson F, et al. *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'ARRÊT 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

# ARRÊT 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, et al. *Nicotine Tob Res* 2016;18:1952-9 (observance des TNS déficitaire)

## **DEFICIT DE PRISE EN CHARGE DES FUMEURS TB**

Jimenez-Ruiz CA, et al. *Eur Respir J* 2015 ; 46 : 61-79.

Perriot J, et al. *Rev Med Liège* 2020;75(2):100-104.

Zvolska K, et al. *Tob Induc Dis.* 2020;18:67

## **DEFICIT DE SOUTIEN AU FUMEUR LORS DE L'ARRÊT DU TABAGISME MALADIE CHRONIQUE**

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

Steinberg MD, et al. *Ann Intern Med* 2008 ; 148(7) : 554-66.



## 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, occurring within a 12-month period.

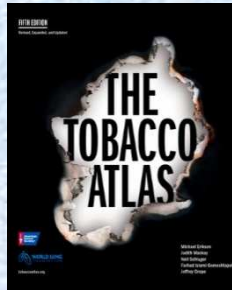
- 1- recurrent substance use resulting in a failure to fulfill major obligations at work, school, or home
- 2- recurrent substance use in situation in which it is physically hazardous
- 3- continued substance use despite having persistent or recurrent social or interpersonal problems caused or exacerbated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

**Moderate** : 2 à 3 critereria positive

**Severe** : 4 or more critereria positive

# STRATEGIES DE PRISE EN CHARGE

**XXIème siècle** : 1milliards de morts dus au tabac dans le monde, 80% dans les pays émergents. **2012** : 6.10<sup>6</sup> décès, **2030** : 8.10<sup>6</sup> décès.



## Efficacité des mesures de lutte contre le tabac pour les *Hard-core smokers* ?

### 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 (2014-2018) **PNLT (2018-2022)**

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 des Maladies Respiratoires  
Formation

REVUE GÉNÉRALE

## Le sevrage tabagique des « fumeurs difficiles »

Helping the “hard-core” smokers

J. Perriot<sup>a,\*</sup>, M. Underner<sup>b</sup>, G. Peiffer<sup>c</sup>, J. Le Houezec<sup>d,e</sup>, L. Samalin<sup>f</sup>, A. Schmitt<sup>f</sup>, I. de Chazeron<sup>f</sup>, L. Doly-Kuchcik<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Dispensaire Émile-Roux, centre de lutte antituberculeux (CLAT 63), centre de tabacologie, 11, rue Vaucanson, 63100 Clermont-Ferrand, France  
<sup>b</sup> Unité de tabacologie, service de pneumologie, CHU de Poitiers, 86021 Poitiers, France  
<sup>c</sup> Unité de tabacologie, service de pneumologie, CHR de Metz-Thionville, 57038 Metz, France  
<sup>d</sup> Santé publique, 35000 Rennes, France  
<sup>e</sup> Université de Nottingham, Nottingham, Royaume-Uni  
<sup>f</sup> 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

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

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)	
<b>Gender</b>				
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)	
<b>Age group, years</b>				
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)	
<b>Education level</b>				
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)	
<b>Use snus daily or occasionally</b>				
Use snus daily or occasionally	68/397	1.00	1.00	
Yes	68/397	0.47 (0.36-0.62)	0.54 (0.40-0.73)	
<b>Survey year</b>				
Survey year	1997	326/1,000	1.00	1.00 (ref.)
1998/1999	316/861	1.20 (0.99-1.45)	1.25 (1.02-1.53)	
2000/2001	244/788	0.93 (0.76-1.13)	0.92 (0.75-1.13)	
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)	
2006/2007	121/512	0.75 (0.60-0.93)	0.59 (0.40-0.72)	
2008/2009	121/512	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

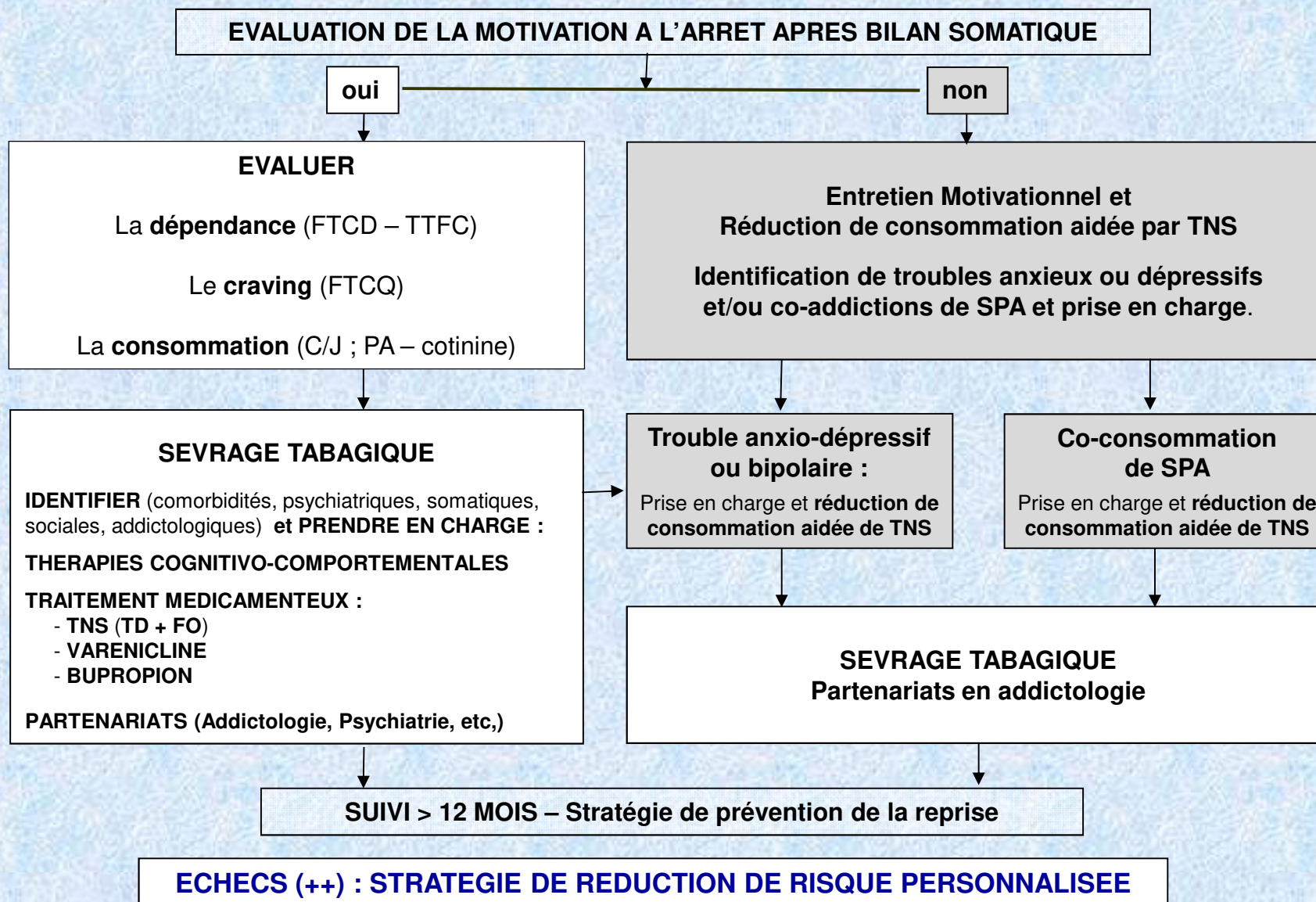
Prévalence diminuée depuis 2003

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

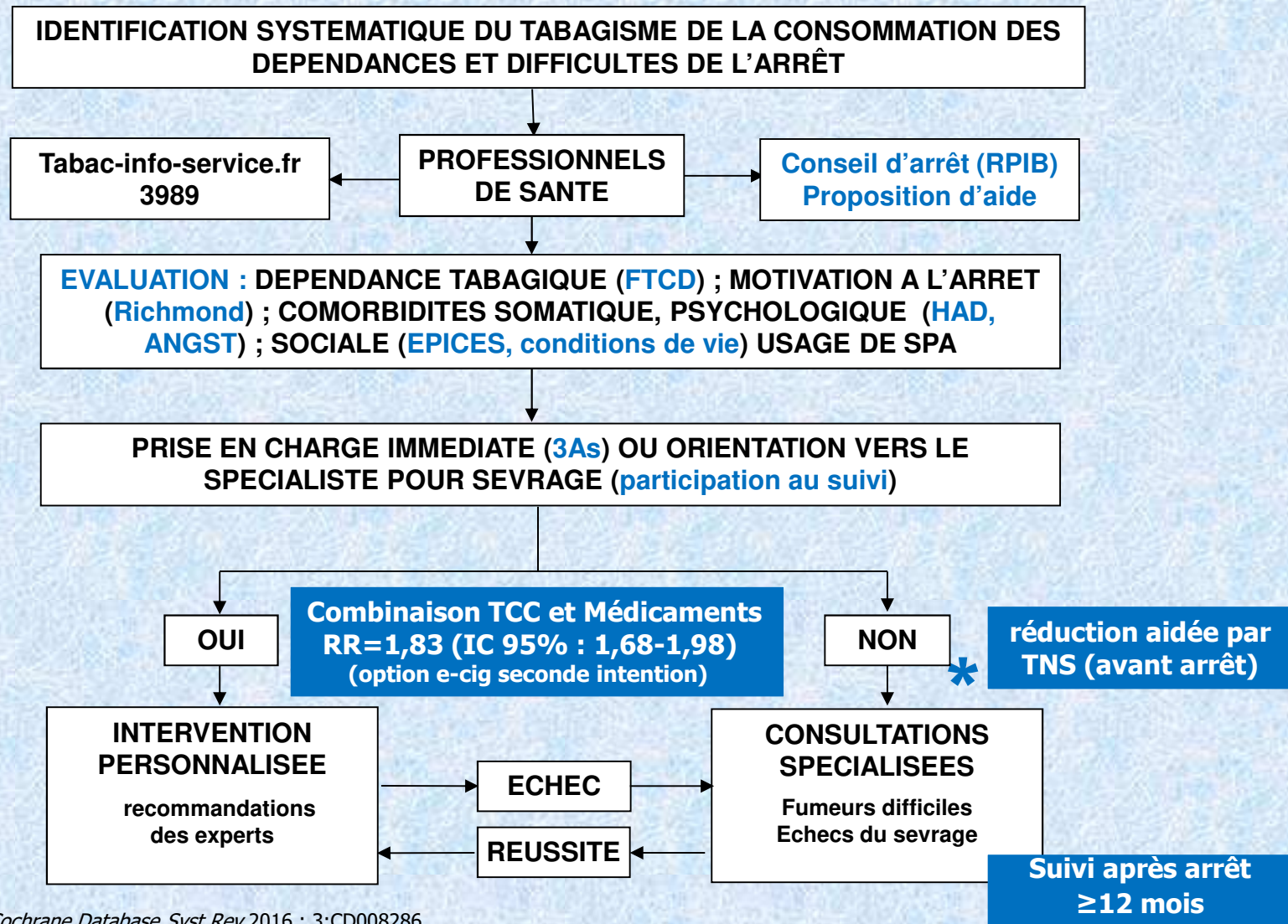
Brown A, et al. *Nicotine Tob Res* 2009 ;11: 924-32



# ORGANISATION DE L'INTERVENTION D'AIDE A L'ARRÊT DU TABAC



# PRISE EN CHARGE PRATIQUE

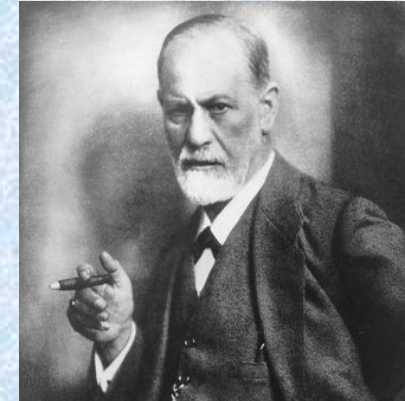
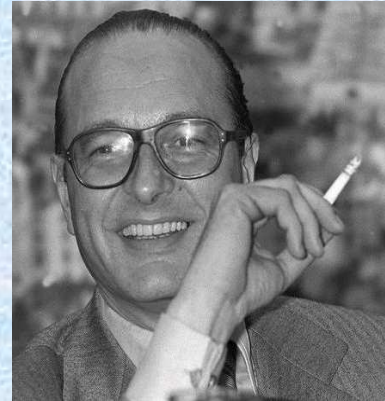


# TRAITEMENT DU CRAVING TABAGIQUE

Le craving se caractérise par le désir impérieux de consommer une drogue conditionné par l'envie d'en profiter sans délai. C'est une composante essentielle des addictions

## Addiction aux substances Psycho-Actives

= Perte de contrôle de leur usage (syndrome de sevrage et craving).



**Craving** : ++ S1 ; 50% tenace M6 ; 13% sévère et 10% épisodique à M12  
Facteur et indicateur d'échec et de rechute après arrêt initial  
Plus il est élevé, moins les chances d'arrêt à long terme sont élevées

## OPTIONS THERAPEUTIQUES

- Médicaments d'aide à l'arrêt de 1<sup>ère</sup> ligne (associations > monothérapies) et 2<sup>ème</sup> ligne
- Thérapies comportementales et cognitives, activité physique (craving ++), e-cig
- Combinaison thérapeutiques, TCSM, médicaments du futur...

Brousse G, et al. *Alcoologie Addictologie* 2014 ; 36 : 105-15  
Samalin L, et al. *Rev F Psy Psychol Méd* 2010 ; XVI : 38-43  
Dawkins L, et al. *Psychopharmacology* 2013 ; 227:377-84  
Perriot J. *ScienceTab*, Lyon 2012; IPFT, 2020.  
Haasova M, et al. *Addiction* 2013 ; 108:26-37  
von der Goltz C, et al. *Psychoneuroendocrinology*.2010;35: 570-7

Changeux JP. *Phil. Trans.R.Soc.Lond B Biol .Sci*.2018;373(1749).  
Molas S,et al. *Trends Pharmacol Sci* 2017;38:169-80.  
Lerman C,et al. *Lancet Respir Med* 2015 ;3:131-8.  
Jimenez-Ruiz CA, et al. *Int J Clin Pract* 2014;68:1530-9.  
Chenoweth MJ, et al. *Trends Pharmacol Sci*. 2017;38:55-66.  
Zhu AZ, et al. *Clin Pharmacol Ther* 2014;96:256-65.



# TRAITEMENTS D'AIDE POUR « FUMEURS DIFFICILES » ?

## TRAITEMENTS ACTUELS

**TNS, Varénicline, Bupropion** (divers 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

Underner M, et al. *Rev Pneumol Clin* 2018;74:400-416.

### 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

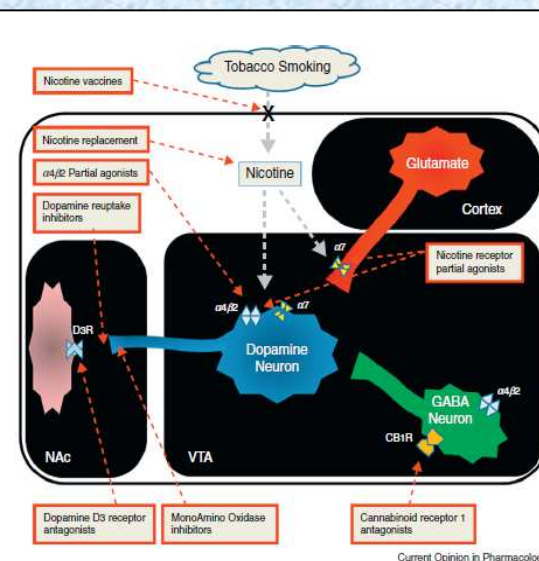
### Réduction vers l'arrêt

Lindson-Hawley N, et al. *JAMA* 2013;310:91-2

### Réduction de risque (pharmacothérapies, etc.)

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

## PERSPECTIVES THERAPEUTIQUES



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

## Stimulation cérébrale (r TMS)

Hauer L. *Psychiatry Res* 2019;281:112562.

## Impact sur les NACH R centraux

Changeux JP. *Nat Rev Neurosci* 2010;11:389-401

**Traitement spécifique du *craving* ?**

# PLACE DE LA CIGARETTE ELECTRONIQUE

**Balance bénéfique/risque positive en usage exclusif pour la e-cig vs cigarette (l'évaluer à long terme)**

**Eviter le « vapo-fumage »**

**Intérêt modeste dans l'arrêt du tabac ++ patient souhaitant l'utiliser (expliquer son bon usage)**

**Choisir une e-cig (et e-liquide) de bonne qualité (dernière génération)**

**Obtenir l'effet sensoriel recherché, (« throat-il ») et éviter le manque en nicotine**

**Diminuer graduellement l'apport en nicotine**

**Possibilité d'associer TNSTD et e-cig**

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

Revue des Maladies Respiratoires (2017) xxx, xxx-xxx

Disponible en ligne sur  
**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
**EMconsulte**  
www.em-consulte.com

**ELSEVIER**

OFFICIAL TEXT — ARTICLE IN ENGLISH AND FRENCH

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

*Recommandations pratiques sur l'e-cigarette pour les médecins et autres professionnels de santé. Recommandations 2016 d'experts français*

B. Dautzenberg<sup>a,\*</sup>, M. Adler<sup>b</sup>, D. Garelik<sup>c</sup>, J.F. Loubrieu<sup>d</sup>, G. Mathern<sup>e</sup>, G. Peiffer<sup>f</sup>, J. Perriot<sup>g</sup>, R.M. Rouquet<sup>h</sup>, A. Schmitt<sup>i</sup>, M. Underner<sup>j</sup>, T. Urban<sup>k</sup>

<sup>a</sup> Service de pneumologie et réanimation respiratoire, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France  
<sup>b</sup> Service d'addictologie, hôpital Antoine-Béclère, 157, rue de la Porte-Trivaux, 92140 Clamart, France  
<sup>c</sup> Consultation de médecine et tabacologie, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France  
<sup>d</sup> 4, impasse de la Gare, 41260 La Chaussée-Saint-Victor, France  
<sup>e</sup> 2 bis, rue des Forges, 42400 Saint-Chamond, France  
<sup>f</sup> Consultation de tabacologie, CHR Metz-Thionville, 1, allée du Château, 57530 Metz, France  
<sup>g</sup> Dispensaire Émile-Roux, conseil départemental du Puy-de-Dôme, 11, rue Voucanon, 63100 Clermont-Ferrand, France  
<sup>h</sup> Unité de coordination d'aide au sevrage tabagique, CHU de Toulouse, 24, chemin Pourvaourville, 31059 Toulouse cedex 9, France  
<sup>i</sup> Service de psychiatrie, CHU de Clermont-Ferrand, 58, rue Montalembert, 63000 Clermont-Ferrand, France  
<sup>j</sup> Tabacologie, centre d'investigation clinique, 2, rue de la Milétrie, 86000 Poitiers, France  
<sup>k</sup> Département de pneumologie, CHU d'Angers, 4, rue Larrey, 49000 Angers, France

**KEYWORDS**  
Electronic cigarette;  
Smoking cessation;  
Risk reduction;

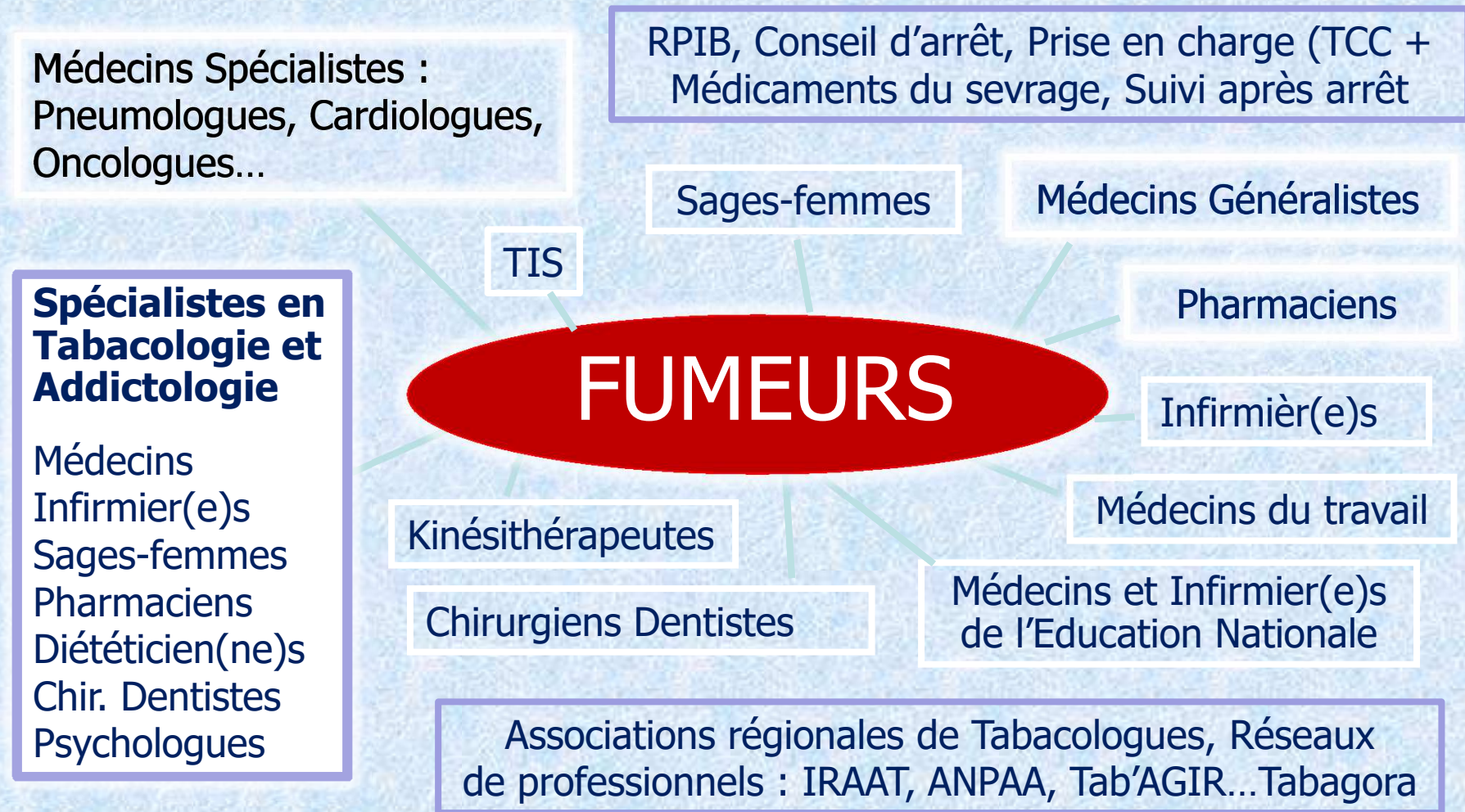
**Summary** A group of 11 French medical experts has developed guidelines through a Delphi progressive consensus about smoking management at the e-cigarette era. The lack of scientific data about e-cigarettes led the experts to set out recommendations, mainly based on clinical practice while waiting for scientific validations. The validated smoking cessation treatments

\* Corresponding author.  
E-mail address: [bdautz@gmail.com](mailto:bdautz@gmail.com) (B. Dautzenberg).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rmr.2017.01.001>  
0761-8425/© 2017 SPLF. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.



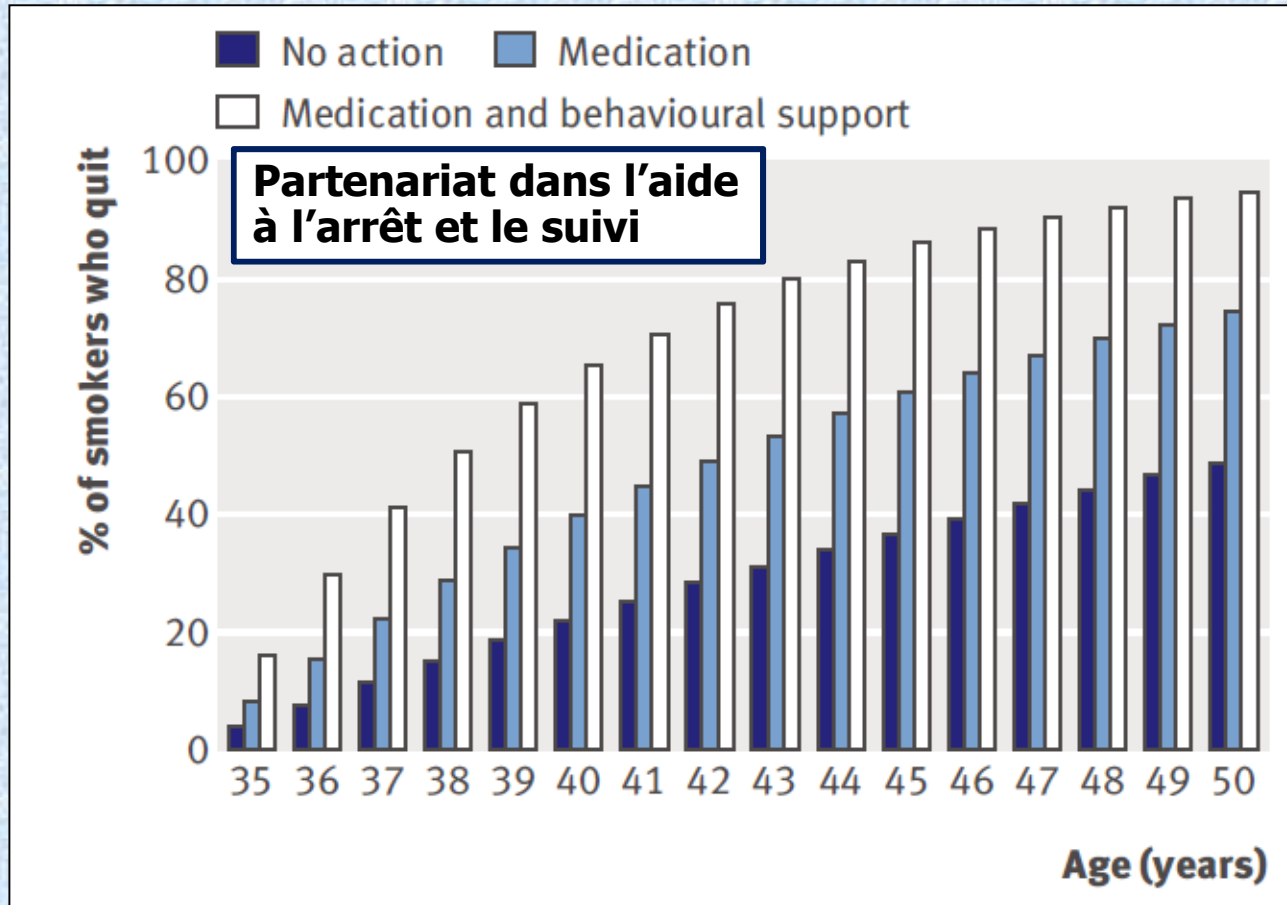
# INTERVENTION DES PROFESSIONNELS DE SANTE DANS L'AIDE A L'ARRÊT DU TABAC



G Peiffer. FMT,2008 et J Perriot SFT,2018.  
Ma P, et al. *Drug Alcohol Depend* 2016 ; 169:64-67.  
Piasecki TM. *Addiction* 2002, 97:1093-108.  
Holland GJ, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 2: CD009164.



## ASSURER UNE 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, croisant et décroisant fréquemment ses 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...

## 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 FTCQ=51; MNWS:30; 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

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

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

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