



CONCEPT DE « **HARD-CORE SMOKER** » ET ABORD DU « **FUMEUR DIFFICILE** » (ETUDE DE CAS CLINIQUE).

Docteur Jean PERRIOT

Pneumologue - Addictologue
Dispensaire Emile Roux – CLAT 63
perriotjean@gmail.com



DIU de Tabacologie et d'aide au sevrage tabagique
Clermont-Ferrand le 16 Mars 2022



INTRODUCTION

POSITION DU PROBLEME

- Diminution progressive des ventes de tabac, ↗ co-consommation de SPA, recours aux médicaments d'aide à l'arrêt (remboursement) et utilisation de la e-cigarette, apparition de nouveaux usages (tabac chauffé).
- Persistance de « noyaux durs de fumeurs » qui ne souhaitent pas arrêter de fumer (« *Hard-core smokers* ») et/ou échouent de façon répétée dans leurs tentatives d'arrêts : « fumeurs difficiles »).
- Ces fumeurs, souvent gros consommateurs de tabac et très dépendant à la nicotine sont très exposés aux risques de pathologie et de mort induits par leur tabagisme incoercible.
- Qui sont-ils et comment assurer leur prise en charge d'aide à l'arrêt du tabac ?

PLAN DE L'EXPOSE

- Définition des « *Hard-core smokers* » et des « fumeurs difficiles ».
- Aspect épidémiologique et mécanisme du phénomène.
- Abord thérapeutique de ces fumeurs.
- Conclusion.
- Etude d'un cas clinique.



DEFINITION : « HARD-CORE SMOKERS » & « 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.
- Tavalacci 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 (légal 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)	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	82.8 (0.64)				
White		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.

^aAge 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) ^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.

^aAge at onset, cigarettes per day, and total years smoked are continuous variables for which group means are presented.

^bN/A, questions not asked of some-day smokers.

^{*}*p* ≤ .05; ^{**}*p* ≤ .01; ^{***}*p* ≤ .005; ^{****}*p* ≤ .0001.

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

Variable	Hard-core	Category			
		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.

^aDenominator 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 (≥ 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.

^aFor 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^{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)

^aBoth models control for current age, education, income, race/ethnicity, age of smoking onset, and total years smoked.

^bFemale hardcore group is referent group for the analyses.

^cFor these models, individuals not currently employed were included and considered to not have contact with work restrictions.

^dFor 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
<u>Fagerström</u> (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)
<u>Augustson</u> (2004)	Critères Emery (2000) Pas de tentative d'arrêt antérieure
<u>MacIntosh</u> (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 %**

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

ABORD THERAPEUTIQUE

POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LE TABAC : ENJEU PLANETAIRE.

XXIème siècle : 1milliards de morts dus au tabac dans le monde, 80% dans les pays émergents.
Efficacité des mesures contrôle du tabac sur les *Hard-core smokers* et fumeurs difficiles.

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

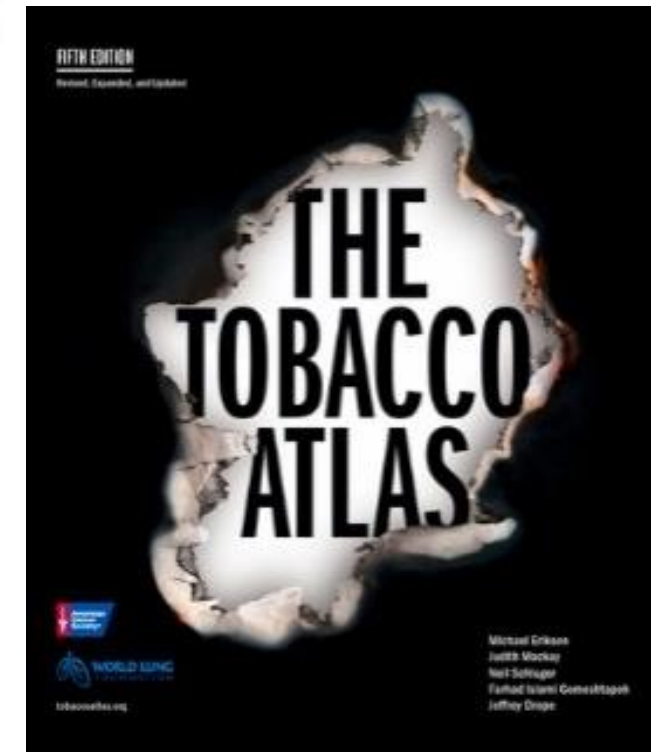
Diminuer la consommation du tabac et l'exposition des populations à la fumée par réduction de l'offre et de la demande

Mesures diverses (dont article 14)

Politiques de lutte nationale : 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)**



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)
Education level			
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 snus			
Use snus 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 (0.40-0.72)
Survey year			
Survey year	1997	1.00	1.00 (ref.)
1998/1999	316/861	1.20 (0.99-1.45)	1.25 (1.02-1.52)
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		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

PRISE EN CHARGE DES HCS ET FUMEURS DIFFICILES

Qu'ils ne veuillent pas arrêter (« *Hard-core smokers* ») ou soient en échecs répétés (« Heavy chronic smokers ») 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 ».

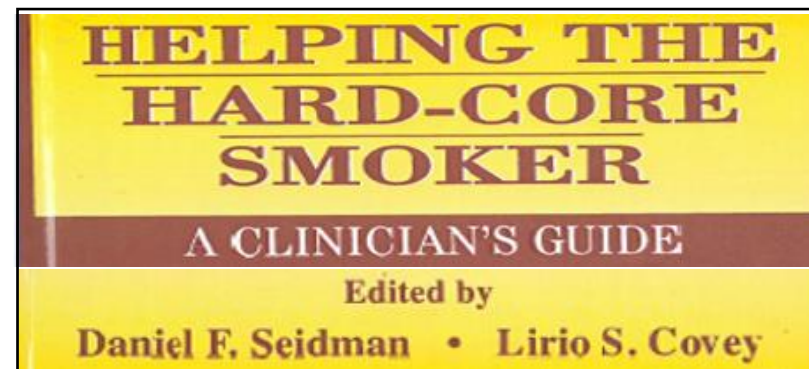
Prévalence estimée : 5 à 20% des fumeurs.

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, etc.).
- Précarité socio économique fréquente.
- Niveau de formation souvent peu élevé.
- Femmes enceintes en échec dans l'arrêt.

PEC RENFORCÉE (TCC + pharmacothérapie, combinaisons de médicaments d'aide à l'arrêt du tabac).¹⁻⁴

STRATEGIE DE REDUCTION DES RISQUES ? ^{5,6}



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

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

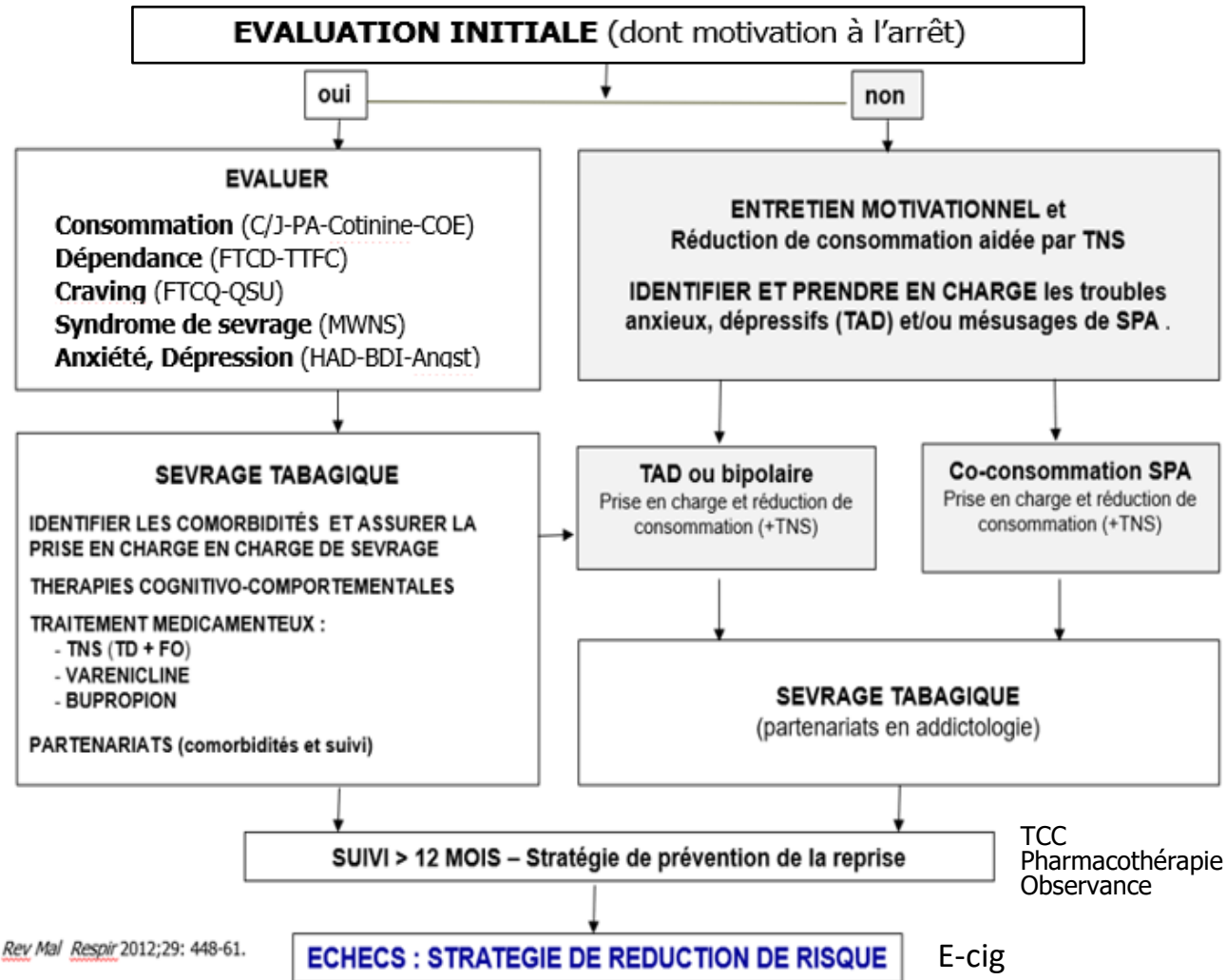
³ Dupont P, et al. *Am J Addict* 2015;24 (7) :607-12.

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

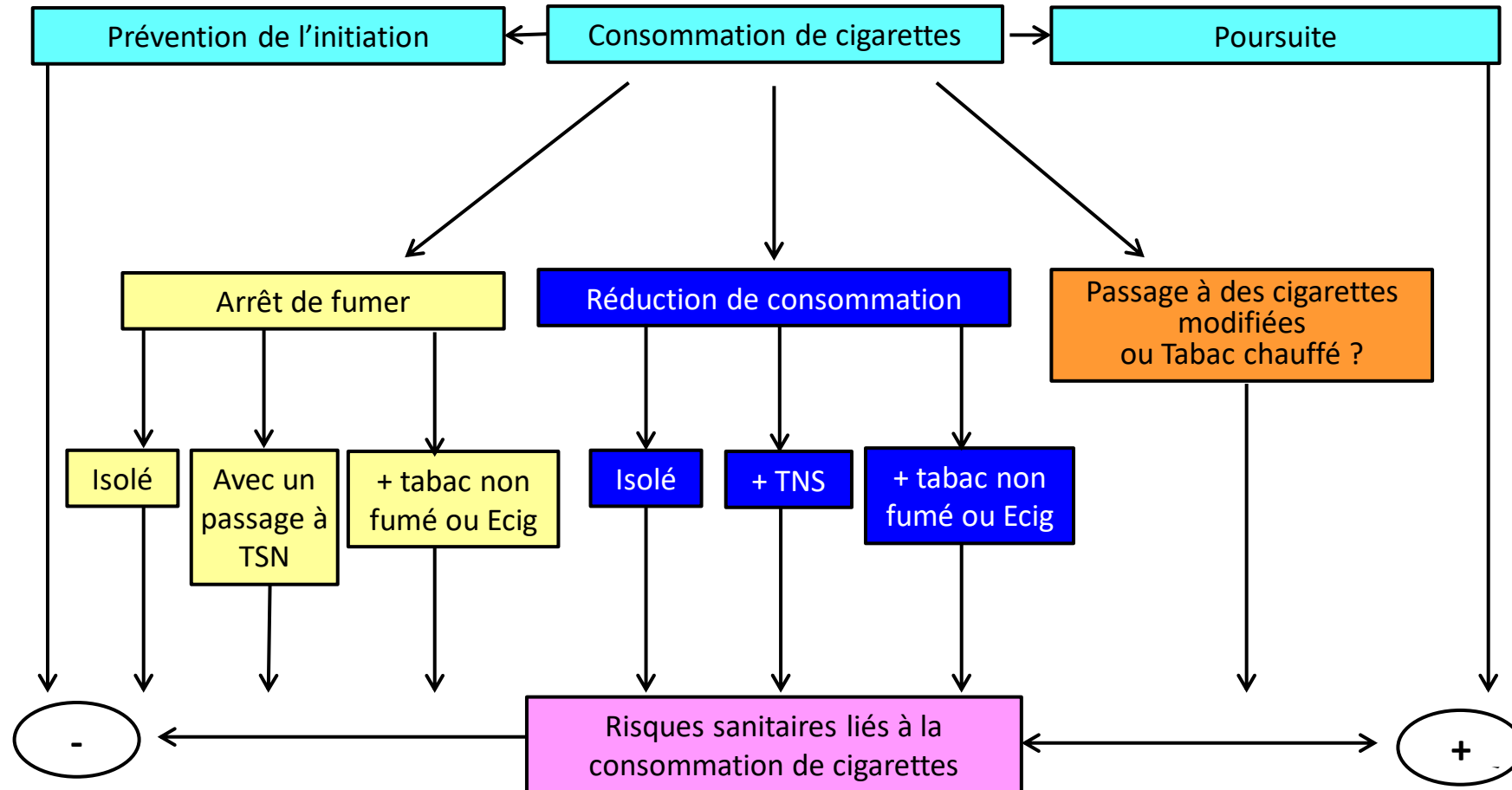
⁵ Martinet Y, et al. *Rev Mal Respir* 2006; 26 (4 Suppl) : 13S109-13S118.

⁶ Le Houezec J, et al. *Expert Opin Pharmacother* 2013 ; 14 (14) : 1959-67.

EVALUATION PRISE EN CHARGE ET SUIVI



MODALITE DE LA REDUCTION DES RISQUES



OPTIONS POUR LA REDUCTION DES RISQUES

« **Smokeless Tobacco** » (snus, snuff)

Pas de combustion (snus « dénitrosaminé ? »)

↳ **prévalence du cancer bronchique (et VADS)**

En Suède: prévalence du tabagisme < 10%

RR cancer pancréas = 1,67 à 2,00

Le Houezec J. *Alcoologie et Addictologie* 2017;39:117S-125S.

Gupta S, et al. *Indian J Med Res* 2018;148:56-76.

Cigarette électronique (e-cig)

Usage exclusif toxicité inférieure vs. cigarette

Tabagisme associé à l'e-cig = toxicité tabagique

Absence de toxicité à long terme ? (à vérifier !)

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

Communiqué de la SPLF et SFT sur l'usage de l'e-cig, 2019

Tabac chauffé (IQOS, Ploom Tech...)

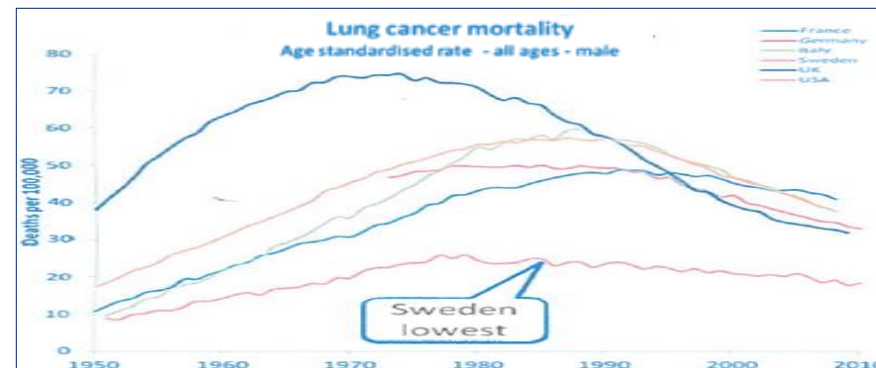
Produit du tabac moins toxique que la cigarette

(HAPs, NNN, NNK, acroléine, acétaldéhyde) dans la fumée.

Réduction des risques ?

Simonavicius E, et al. *Tob Control* 2019; 28:582-94.

Dautzenberg B, et al. *Rev Mal Respir* 2019; 36:82-103.



OFFICIAL TEXT – ARTICLE IN ENGLISH AND FRENCH

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

Rev Mal Respir 2017; 34:155-164.

Recommandations pratiques sur l'e-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



OPEN ACCESS

Heat-not-burn tobacco products: a systematic literature review

Tob Control 2019; 28:582-94.

Erikas Simonavicius,¹ Ann McNeill,^{1,2} Lion Shahab,³ Leonie S Brose^{1,2}

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).

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.

Prioriser les médicaments d'aide à l'arrêt mais 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 à son tabagisme passé et à la toxicité éventuelle de l'e-cig.

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



ELSEVIER

Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



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^{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 - Avis relatif aux bénéfices - risques de la cigarette électronique.
26 novembre 2021.

AIDE A L'ARRÊT DU TABAC DES FUMEURS DIFFICILES.

FUMEURS AVEC USAGE ASSOCIÉ DE SPA.

- Un renforcement réciproque de la dépendances à chaque SPA (tabac-alcool), de fréquentes comorbidités associées.
- Les polyconsommateurs sont souvent motivés à l'arrêt du tabac mais leur sevrage est plus difficile (craving élevé).
- Un 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 élevé 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 souvent motivés à l'arrêt mais sevrage plus difficile (pharmacothérapies bien tolérées mais faible observance).

FUMEURS ATTEINTS DE PATHOLOGIES SOMATIQUES CHRONIQUES.

- **BPCO** : dépendance forte, motivation faibles, TAD fréquents. TCC, pharmacothérapies, ETP et réhabilitation respiratoire.
- **Inf. VIH** : tabagisme diminue l'espérance de vie, TAD, précarité sociale, usage SPA. PEC globale avec TCC et Varénicline.
- **Cardiopathie-AOMI** : excès de risque d'IDM (états dépressifs : surrisque de tabagisme et d'accident coronarien).

FEMMES ENCEINTES FUMEUSES.

- Tabagisme persistant si l'arrêt du tabac n'est pas inclus dans le projet de grossesse (20%) .
- Faible motivation à l'arrêt, forte dépendance au tabac (+/- autres SPA), TAD, précarité sociale, faible observance du TNS
- Inclure l'arrêt du tabac dans le projet de grossesse, PEC globale (TCC, TNS, stratégies de gestion des contingences).

Rodriguez-Cano R, et al. *J Addict Med* 2018;12:119-26.

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

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

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

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

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

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.

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. *European Heart Journal* 2021; 42:ehab724-2598.
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.



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

Tob Ind Dis 2016; 14:34.

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

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

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

1296 F vs. 217 HCS

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

Quantitative variables mean (SD)	Other smokers	HCS	P
Age	45.6 (10.6)	45.9 (11.1)	0.73
Fagerström score	7.2 (2.1)	8 (1.7)	<0.001
Daily consumption of cigarettes	24.2 (10.7)	28.1 (11.6)	<0.001
Number of pack years	29.7 (18)	33.9 (19.7)	0.002
Number of previous cessation attempts	2.8 (2.8)	0 (0)	<0.001
Demaria and Grimaldi test	11.7 (3.1)	11 (3.1)	0.003
Initial dose of nicotine in the replacement therapy	26.2 (12.1)	29.6 (14.1)	<0.001
Duration of the nicotine replacement therapy (weeks)	14.6 (15.6)	28.1 (17.5)	0.008
Duration of treatment with serotonin reuptake inhibitors (weeks)	6.7 (5.1)	7 (4.1)	0.7
Duration of treatment with Bupropion (weeks)	3.1 (1.2)	3.5 (1.6)	0.12
Duration of treatment with Varenicline (weeks)	5 (2)	5.3 (2)	0.6
Weight gain (kilograms)	4.1 (3.8)	3.9 (2.9)	0.52

CONCLUSION

L'addiction au tabac est une maladie chronique. Les « Hard-core smokers » et « fumeurs difficiles » en sont une parfaite illustration

L'optimisation de leur prise en charge relève :

De l'application et du renforcement de la politique de contrôle du tabac (CCLT/PRNT).

De la formation, de la mobilisation des professionnels et 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 des populations spécifiques** (polyconsommateurs, personnes en situations de précarité sociale, etc.).

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

Remerciements à :

G. Peiffer, M. Underner, P. Arvers, A. Schmitt,
V. Boute-Makota, A. Tremey, G. Brousse

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 cette patiente ?

Consommation quotidienne 25 cig/jour, cumulée=25 PAN, FTCD=9, COE=39 ppm (10 cig ce jour, la dernière il y a 2h). Richmond=6, tentatives d'arrêts passées=8 (+ longue 2 jours, dernière il y a 2 ans). HAD: A=10 D=8; BDI=13; FTCQ=51/84; MWNS=38/60; Angst=16.

Questions :

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

Proposez une stratégie de sevrage tabagique ? Médicaments contre indiqués ?

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 -souvent -de temps en temps -jamais	3 2 1 0	D. Je me sens gai et de bonne humeur : -jamais -rarement -assez souvent -la plupart du temps	3 2 1 0	A. J'ai la bougeotte et je ne tiens pas en place : -oui, c'est tout à fait le cas -un peu -pas tellement -pas du tout	3 2 1 0
D J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent habituellement : -oui, toujours -pas autant -de plus en plus rarement -presque plus du tout	0 1 2 3	A. Je peux rester tranquillement assis au repos et me sentir détendu : -jamais -rarement -oui, en général -oui toujours	3 2 1 0	D. Je me réjouis à l'avance de faire certaines choses : -comme d'habitude -plutôt moins qu'avant -beaucoup moins qu'avant -pas du tout	0 1 2 3
A. J'ai une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver : -oui, très nettement -oui, mais c'est pas trop grave -un peu, mais cela ne m'inquiète pas -pas du tout	3 2 1 0	D. Je me sens ralenti : -presque tout le temps -très souvent -quelquefois -jamais	3 2 1 0	A. J'éprouve des sensations soudaines de panique : -très souvent -assez souvent -rarement -jamais	3 2 1 0
D. Je sais rire et voir le côté amusant des choses -toujours autant -plutôt moins -nettement moins -plus du tout	0 1 2 3	A. J'éprouve des sensations de peur et comme une boule dans la gorge : -très souvent -assez souvent -parfois -jamais	3 2 1 0	D. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou un bon programme radio ou télévision : -souvent -parfois -rarement -presque jamais	0 1 2 3
A. Je me fais du souci : -très souvent -assez souvent -occasionnellement -très occasionnellement	3 2 1 0	D. J'ai perdu l'intérêt pour mon apparence : -totalement -je n'y fais plus attention -je n'y fais plus assez attention -j'y fais attention comme d'habitude	3 2 1 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 états dépressifs mineurs et 19 pour les états dépressifs majeurs.	

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.

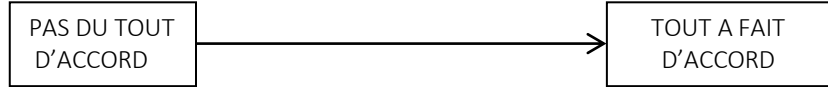
MINNESOTA NICOTINE WITHDRAWAL SCALE (MNWS)

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"/>

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 maitriser les choses si je pouvais fumer maintenant.	1	2	3	4	5	6	7

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

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