

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

**Docteur Jean PERRIOT**

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



DIU de Tabacologie et d'aide au sevrage tabagique  
Clermont-Ferrand le 16 Mars 2023



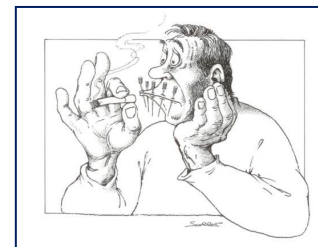
# INTRODUCTION

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

- Le tabagisme est un enjeu majeur de santé publique (CCLAT 2003; XXIème siècle 1.10<sup>9</sup> décès ? « *The Tobacco Endgame : Is it possible ?* »<sup>2</sup>).
- Arrêter de fumer s'accompagne de bénéfice à tout âge (efficacité, complémentarité et rentabilité des stratégies d'aide à l'arrêt du tabac).

## PLAN DE L'EXPOSE

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

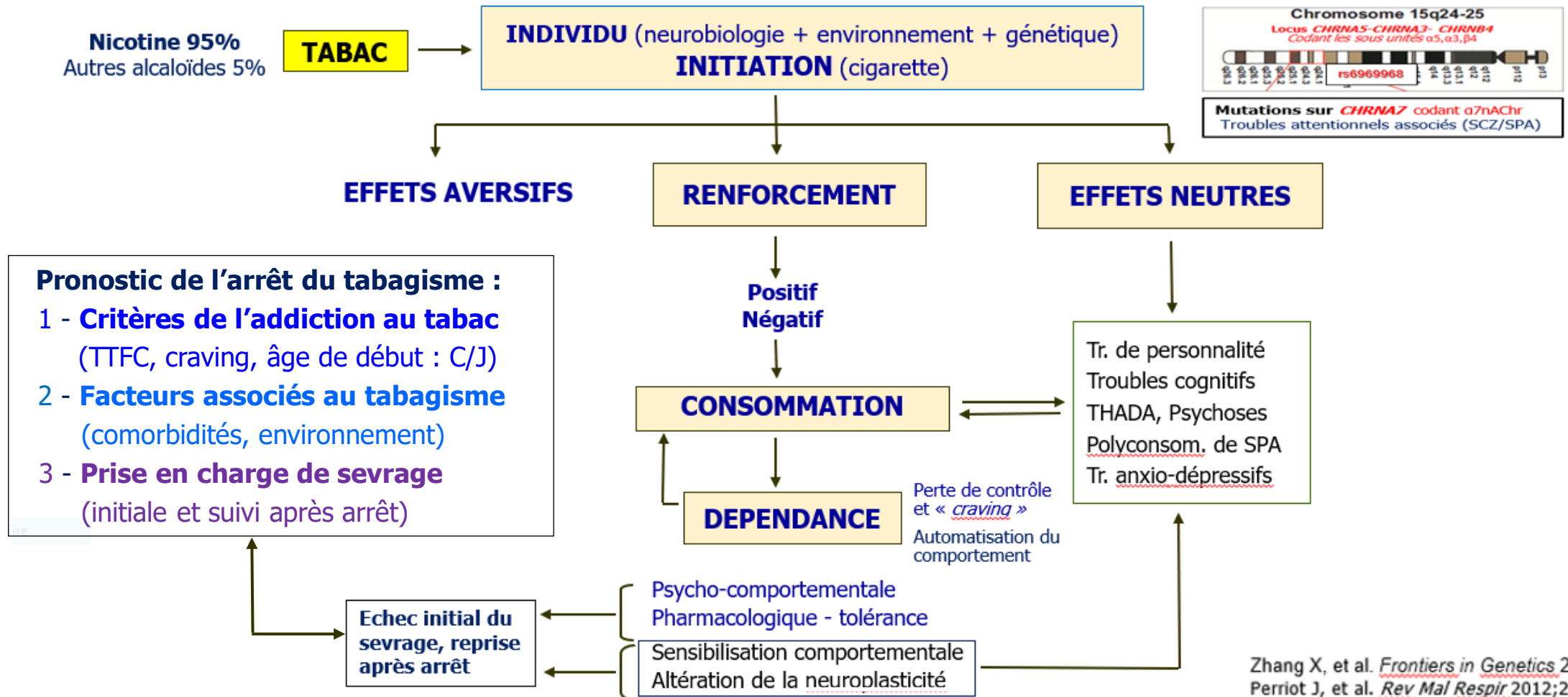


1 Aubin HJ, et al. *Rev Prat* 2012; 62: 347-53.

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

# BASES POUR COMPRENDRE

## HISTOIRE NATURELLE DU TABAGISME ET DE LA DEPENDANCE AU TABAC

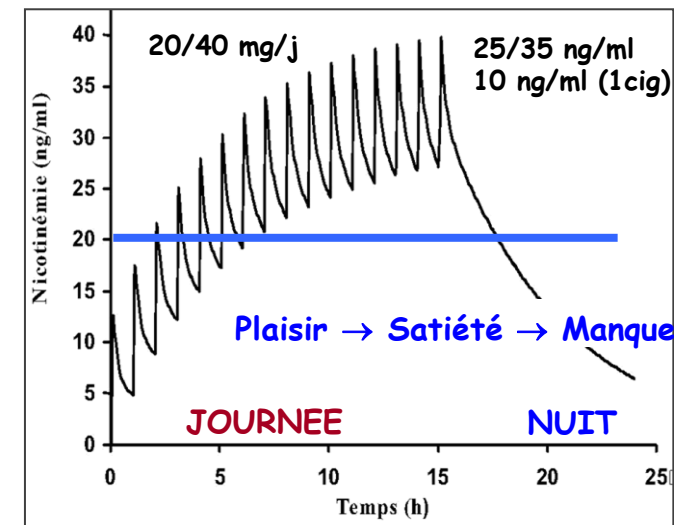
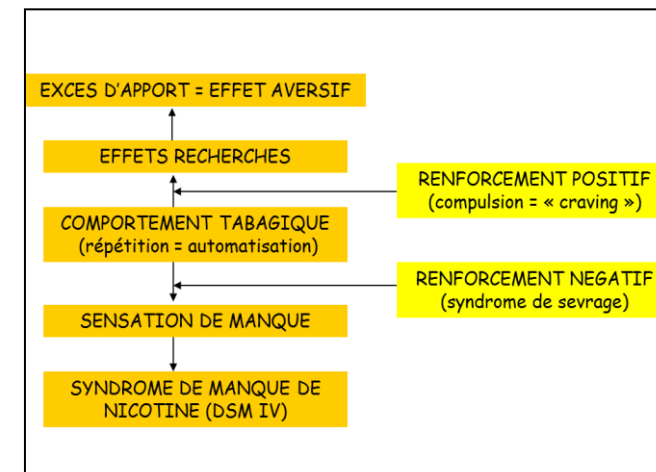
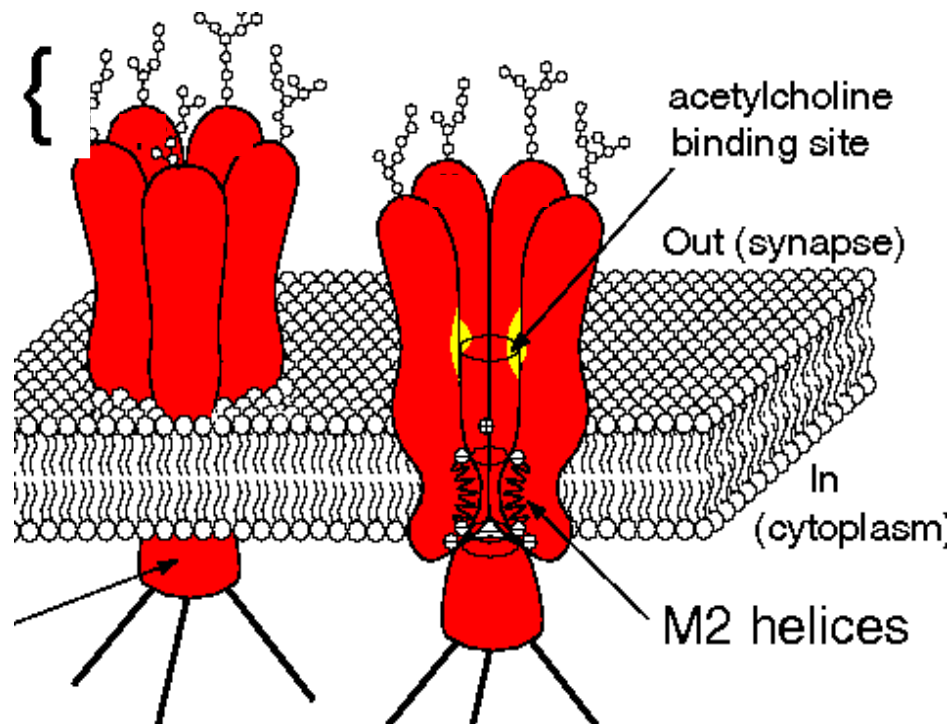
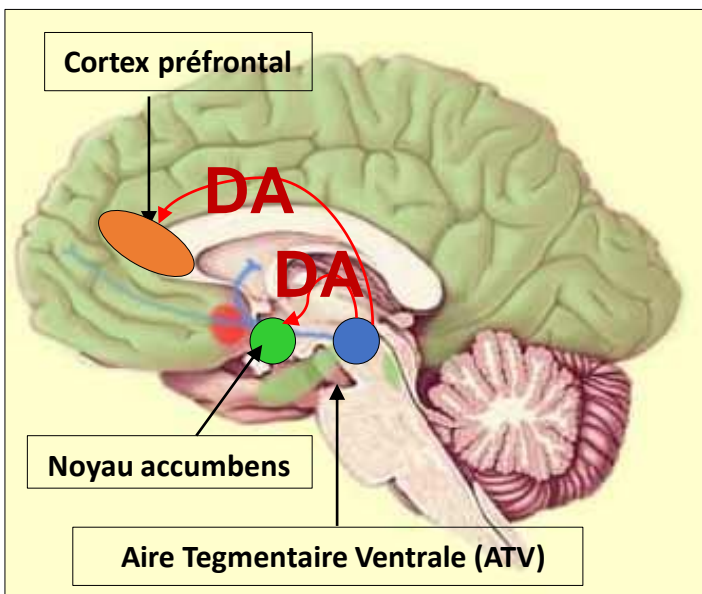


Zhang X, et al. *Frontiers in Genetics* 2019;10:7p  
Perriot J, et al. *Rev Mal Respir* 2012;29 :448-61.  
Aubin HJ, et al. *BJCP* 2014 ; 77(2) : 324-36

# NICOTINE ; nACh-R & DOPAMINE

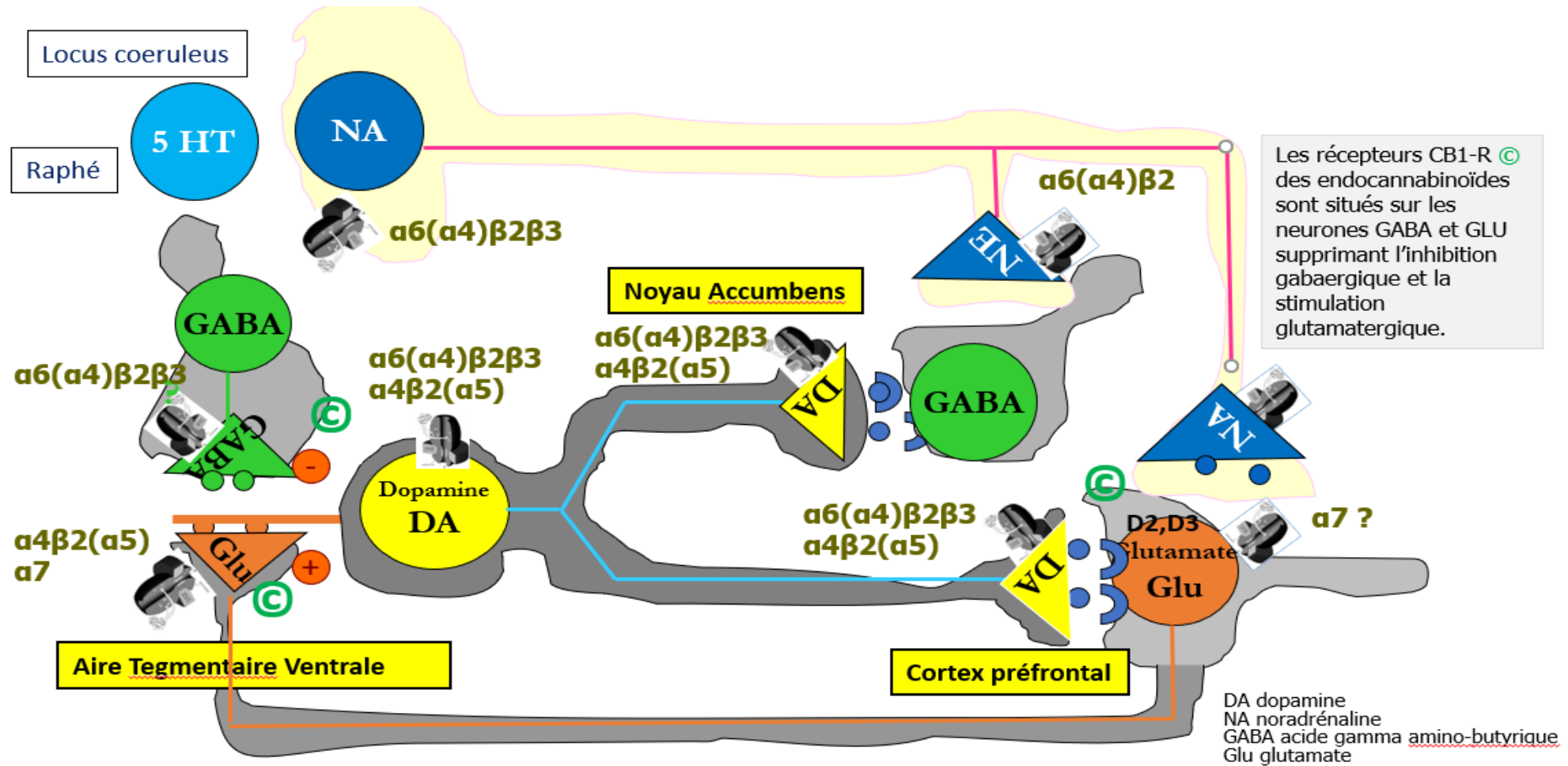


nACh-R : 5 sous-unités  
 Nombreux isoformes  
 SNC, SNA, cellules, tissus...

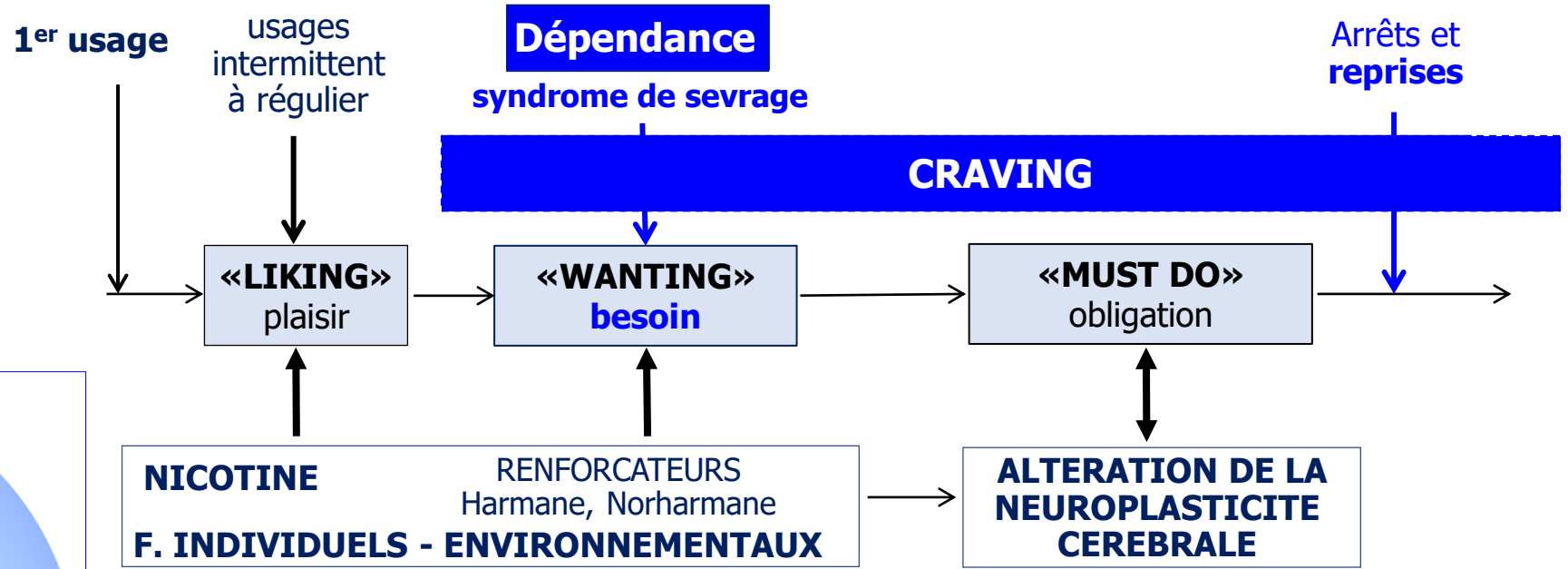


Demi plasmatique de la nicotine :  
 1-4 h (Métabolisme CYP 2A6)

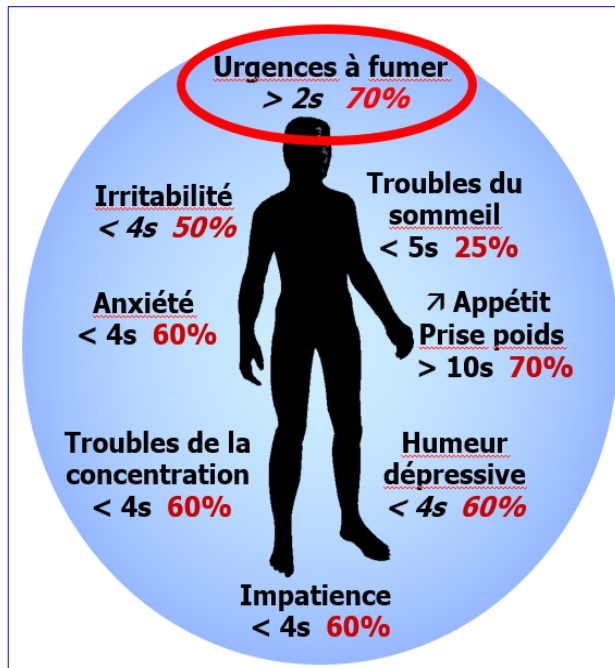
# SYSTEME HEDONIQUE et nACh-R



# DEVELOPPEMENT DE L'ADDICTION AU TABAC



## Syndrome de sevrage



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

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



# MOYENS D'AIDE A L'ARRÊT DU TABAC

## RECOMMANDATIONS D'AIDE A L'ARRÊT

**Avis d'experts** concernant l'aide à l'arrêt du tabac (« *Evidence Based Medicine* »).

- Raw M, et al. *Addiction* 2008;104:279-87 (36 pays).
- Treating Tobacco Use and Dependence. USDPHS, 2008 update.
- HAS. Recommandation de Bonne Pratique, Octobre, 2014.
- Agency for Healthcare Research and Quality, Jan 2021.
- American Thoracic Society, Jul 2020.
- European network for smoking and Tobacco Prevention. Mar 2016.
- Spanish Society of Pulmonology and Thoracic Surgery, 2003.
- Désaccoutumance au tabac. Suisse, 2011.
- New Zealand smoking Cessation Guidelines, 2018.
- National Institute for Health and Care Excellence. England, 2018.
- Institut National d'Excellence en santé et service sociaux. Québec, 2019.
- CAN-ADAPTT/CAMH. Canada.

## Différences entre HAS (2014) & ATS (2020).

**HAS** : Traitement de 1<sup>ère</sup> intention : TCC et TNS.  
En 2<sup>ème</sup> intention Varénicline et Bupropion.

**ATS** : Privilegier la Varénicline à TNS patch et Bupropion (et E-CiG) y compris chez les fumeurs + SUD, Tr. Psychiatrique et chez les fumeurs qui ne se sentent prêt à l'arrêt.

**Clinical Practice Guideline**  
**Treating**

NICE National Institute for Health and Care Excellence  
Public Health England

**Evidence Synthesis**  
**Number 196**

CAN ADAPTT  
CANADIAN SMOKING CESSATION

HAS  
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

**Arrêt de la consommation de tabac :  
du dépistage individuel au maintien  
de l'abstinence en premier recours**

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

RECOMMANDATIONS  
Mise à jour : Octobre 2014

**Argumentaire scientifique**

2014

RECOMMENDATIONS OF THE SPANISH SOCIETY OF PULMONOLOGY AND THORACIC SURGERY (SEPAR)

**Recommendations on the Treatment of Tobacco Dependence**

RECOMMANDATIONS

Désaccoutumance au tabac: Mise à jour 2011  
1<sup>re</sup> partie

ENSP

THE NEW ZEALAND MEDICAL JOURNAL  
Journal of the New Zealand Medical Association

INESSS  
SEPTEMBRE 2016

AMERICAN THORACIC SOCIETY DOCUMENTS  
ATS

**Initiating Pharmacologic Treatment in Tobacco-Dependent Adults**  
An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline

Frank T. Leone<sup>1</sup>, Yuyang Zhang<sup>2</sup>, Sarah Evans-Cowley<sup>3</sup>, A. Eden Elms<sup>4</sup>, Michelle N. Eakin<sup>5</sup>, Jaelin Fattu<sup>6</sup>, Kathleen Fleming<sup>7</sup>, Patricia Fisher<sup>8</sup>, Parag Gajwadkar<sup>9</sup>, Hyma Goghani<sup>10</sup>, Stephen Karpow<sup>11</sup>, Harmanpreet Kaurhwa<sup>12</sup>, Thomas Lamphorn<sup>13</sup>, Sind Neetharan<sup>14</sup>, Marwan C. Prachay<sup>15</sup>, Dimitri Papanicolaou<sup>16</sup>, David P. L. Sacks<sup>17</sup>, Benjamin T. Sobel<sup>18</sup>, Dana Upson<sup>19</sup>, Dan Xiao<sup>20</sup>, Lucinda Cruz Lopez<sup>21</sup>, Sabina Fukuoka<sup>22</sup>, Richard L. Murray<sup>23</sup>, Kelly K. O'Brien<sup>24</sup>, Sumita Prasad<sup>25</sup>, Stephanie Ross<sup>26</sup>, Yuan Zhang<sup>27</sup>, Meng Zhu<sup>28</sup> and Harold J. Furrer<sup>29</sup> on behalf of the American Thoracic Society Assembly on Clinical Problems

This official ATS/SEPAR guideline was approved by the American Thoracic Society May 2020.

**Background:** Current behavior treatment guidelines have established the efficacy of available interventions, but they do not provide detailed guidance for common implementation questions frequently faced in the clinic. An evidence-based guideline was created that addresses current pharmacotherapy-related questions that routinely confront treatment teams.

**Methods:** Individuals with diverse expertise related to smoking cessation were organized to formulate questions and conduct systematic reviews. A randomized-effects meta-analysis was conducted to address relevant, well-defined recommendations to answer the questions. The GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation) approach was used to rate the certainty in the estimated effect and the strength of recommendations.

**Results:** The guideline panel focused on strong recommendations and two conditional recommendations regarding pharmacotherapy. Strong recommendations include using nicotine replacement therapy (NRT), using transdermal nicotine (patch) as first-line NRT, using nicotine patch in adults with a comorbid psychiatric condition, initiating varenicline in adults even if they are already in quit and using varenicline for an extended period (weeks greater than 12 weeks). Conditional recommendations include combining a nicotine patch with varenicline rather than using varenicline and using varenicline rather than nicotine agonists.

**Conclusions:** Simple recommendations are provided, which represent single practice changes that are likely to increase the effective use of tobacco-dependence pharmacotherapy.

**Keywords:** Approaching pharmacotherapy, smoking cessation treatment.

**Contents**  
Summary of Recommendations  
Introduction  
Guideline Scope and Target Audience  
Terminology  
Disclaimer  
Methods

**Panel Composition**  
Conflict of Interest Management  
Questions and Outcomes of Interest  
Literature Search  
Literature Screening and Evidence Synthesis  
Formulating Recommendations

**Independent Review**  
Funding and Updating  
Questions and Recommendations  
Question 1: For Tobacco-Dependent Adults in Whom Treatment Is Being Initiated, Should Treatment Be Started with Varenicline or a Nicotine Patch?

© 2020 authors.  
DOI: 10.1183/1600-0628.2020.01711-2020-00000  
All Rights Reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage and retrieval system, without the prior written permission of the American Thoracic Society.  
Copyright © 2020, the American Thoracic Society  
1501 Market Street, Philadelphia, PA 19104, United States  
Phone: 215-625-1400  
www.atsjournals.org

2020

## MOYENS D'AIDE A L'ARRÊT

### 1 - THERAPIES PSYCHO-SOCIALES

Diverses : conseil d'arrêt, TCC, soutien social, actions éducatives, « quit-lines » stratégies de gestion des contingences...

#### CONSEIL D'ARRÊT, TCC EN POPULATION GENERALE DE FUMEURS.

Conseil bref (vs pas) : RR=1,24 (IC95% :1,16-1,33) arrêt à M6.  
TCC (vs conseil d'arrêt) : RR=2,17 (IC95% :1,52-3,11)  
Conseil avec offre d'aide: RR=1,69 (TCC) et 1,39 (TNS)

Aveyard P, et al. *Addiction* 2012;107:1066-73.

Résultats variables selon durée totale, nbre de sessions, intervenants :

- Durée > 300mn: RR=2,8 (IC95% :2-3,9), n > 8: RR=2,3 (IC95% :2,1-3)
- Nombre d'intervenants (n=2 vs 1): RR=2,5 (IC95% :1,9-3,4)

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

#### POPULATIONS SPECIFIQUES.

Coronaropathie : RR=1,22 (IC95% :1,13-1,33) 40 ét.  
BPCO (TCC intensives) : RR=1,22 (IC95% :1,13-1,33) 7 ét.  
Dépression actuelle  
ou antécédent RR=1,47 (IC95% :1,13-1,92) 11 ét.  
RR=1,41 (IC95% :1,13-1,77) 10 ét.  
Femmes enceintes RR=1,44 (IC95% :1,19-1,73) 30 ét.

Barth J, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 7: CDO06886.

van Eerd EAM, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 8: CD10744.

van der Meer RM, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 8: CD006102.

Chamberlain C, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;2: CD001055.

#### STRATEGIES DE GESTION DES CONTINGENCES.

Globalement OR=1,49 (IC95% :1,28-1,76) 33 ét.  
Femmes enceintes OR=2,38 (IC95% :1,54-3,69) 10 ét.

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



## 2 - MÉDICAMENTS D'AIDE A L'ARRÊT DU TABAC

### RÉSULTATS DES MÉTA-ANALYSES ET REVUES

#### Efficacité des traitement en monothérapie

La varenicline est le médicament le plus efficace (vs PCB). TNS TD, Bupropion ont une efficacité similaire (vs PCB). Varénicline et combinaison de TNS (TD + FO) ont une efficacité analogue; ainsi que les TNS FO entre eux.

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

Aubin HJ, et al. *Br J Clin Pharmacol* 2014 ; 77(2) : 324-36.

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

#### Tolérance des médicaments

A posologie « standard » le TNS est le médicament qui occasionne le moins d'événements indésirables.

Hays JT, et al. *Drugs* 2010;70(18):2357-72.

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

La Varénicline, TNS, ou Bupropion (vs PCB) ne sont pas à l'origine d'un taux plus élevé d'EI psychiatriques graves chez des fumeurs (avec ou sans troubles mentaux).

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

Roberts E, et al. *Addiction* 2016; 111:599-612.

Anthenelli RM, et al. *Ann Intern Med* 2013;159:390-40.

Comparaison			OR
TNS	vs	PCB	1,84 (IC95% : 1,71-1,99) - 119 ét.
<u>Bupropion</u>	vs	PCB	1,88 (IC95% : 1,60-2,06) - 36 ét.
<u>Varenicline</u>	vs	PCB	2,88 (IC95% : 2,40-3,47) - 15 ét.
<u>Bupropion</u>	vs	NRT	0,99 (IC95% : 0,86-1,13) - 9 ét.
<u>Varenicline</u>	vs	NRT	1,57 (IC95% : 1,29-1,91) - 9 ét.
<u>Varenicline</u>	vs	NRT Comb	1,06 (IC95% : 0,75-1,48) - 3 ét.
<u>Varenicline</u>	vs	<u>Bupropion</u>	1,59 (IC95% : 1,29-1,96)
<u>Nortriptylline</u>	vs	PCB	2,03 (IC95% : 1,48-2,78) - 6 ét.

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

Type of NRT	RR	95% CI	N of studies
Gum	1.49	1.40 to 1.60	56 et.
Patch	1.64	1.53 to 1.75	51 et.
Inhalator	1.90	1.36 to 2.67	4 et.
Intranasal spray	2.02	1.49 to 2.73	4 et.
Tablets/lozenges	1.52	1.32 to 1.74	8 et.
Oral spray	2.48	1.24 to 4.94	1 et.
Patch and inhalator	1.07	0.57 to 1.99	1 et.
Patch and lozenge	1.83	1.01 to 3.31	1 et.
Patch and gum	1.15	0.64 to 2.06	2 et.

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

# Principes du traitement par les substituts nicotiques (TNS)

## Formes transdermiques : patch 16h ou 24h

Sur une peau glabre et saine.  
sur 16 heures ou 24 heures (TTFC bref)

**Possible seuls ou associés aux FO**

## Formes orales : gommes, pastilles, micro-tablettes

Eviter boissons acides, café, avant utilisation

Possible seules ou **associées au patch**

En quantité (Nb/[nicotine]soit suffisante

Abstinence temporaire

## Inhaleur : Adapter fréquence/ intensité (aspirations)

Une cartouche correspond à 4 cigarettes

Un paquet / j = 6 cartouches / 24 h

Possible seul ou **associé au patch**

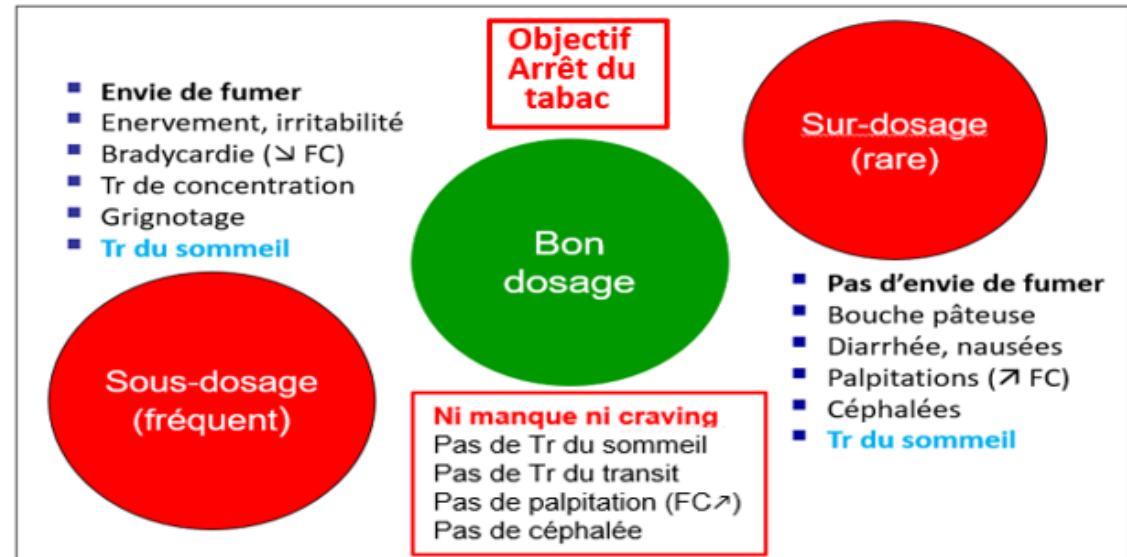
## Spray buccal : seul ou associé au patch

Pulvérisez à l'intérieur de la joue

1 ou 2 pulvérisations toutes les 30 à 60 mn.

Ne pas inhaler ni déglutir.

**EVITER LE SOUS DOSAGE** (Semaine 1 de l'arrêt ++)  
**DUREE DU TNS** (>145J - 44% reprise)  
**ASSOCIER TNS TD + FO** (expliquer l'utilisation des TNS)  
**OBSERVANCE** (Nb d'heure/J: TNS TD)  
**CRAVING IMPORTANT** (TTFC): TNS 24/24h  
**AJUSTER LA POSOLOGIE DES TNS** (J2, J7, J14, J28 ...)  
**MANQUE OU PRISE DE TABAC** ↗ **POSOLOGIE**  
**RESPECTER LES PREFERENCES DES PATIENTS** (TNS FO)  
**ASSOCIATION POSSIBLE** (TNS + AUTRE MEDICAMENT)



## PATCH (absorption transdermique)

Absorption continue

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

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

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

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

## FORMES ORALES (absorption buccale)

Absorption intermédiaire et biodisponibilité faible : 50 %

Gommes (2,4 mg) *à partir de 15 ans.*

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

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

15 à 30 mn en bouche, éviter salivation et déglutition

Risque d'irritation, dyspepsie, hoquet; addictif (5-8%)

## SPRAY ET INHALEUR (absorption buccale) \*

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

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

## SN : remboursement par AM



\* non  
remboursé  
par l'AM

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

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



## AUTRES OPTIONS MEDICAMENTEUSES

**Clonidine** (Ag.  $R\alpha 2$  adrénergiques): OR=1,63(IC95%:1,22-2,18) 6 ét.<sup>1</sup>

**Cytisine** (Ag. des  $R\alpha 4\beta 2$  nAChR): OR=3,98(IC95%:2,01-7,87) 2 ét.<sup>1</sup>

**Options pour le futur ?** (IMAO A ou B, Vaccin anti Nicotine, Méd. de transmission GABA/MDA, Modafinil, Antag. des R-Dopamine R-D3, Naltrexone, Nalméfène, TNS nouveaux, Ag. nAChR :  $\alpha 4\beta 2\alpha 5$ ?).<sup>2-5</sup>

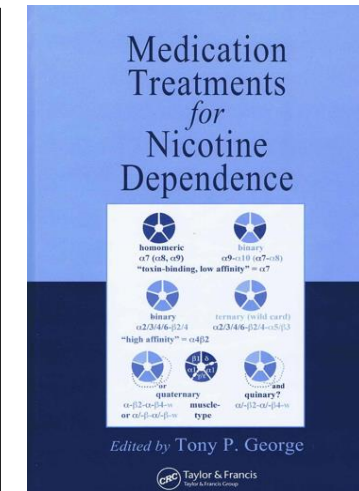
1 Stead LF, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;3:CD008286.

2 Aubin HJ, et al. *Br J Clin Pharmacol* 2014 ; 77(2) : 324-36.

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

4 TP George, Taylor & Francis, 2006.

5 Kostygina G, et al. *Am J Public Health* 2016 ; 1106:1219-22



## COMBINAISONS THERAPEUTIQUES

**TCC + pharmacothérapie (vs. Ph-Ther.):** RR=1,15<sup>1</sup> à 1,83<sup>2</sup> (IC95%)

1 Hartmann-Boyce J, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;6:CD009370.

2 Stead LF, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;3:CD008286.

### Combinaisons pharmacologiques<sup>1,2</sup>

HAS : pas de recommandations, ATS : Varénicline + TNS.

Seconde ligne (fumeurs dépendants en échec lors de l'arrêt) :

- Varenicline + TNS (M3) OR=1,50(IC95%:1,14-1,97) V+TNS/V 3 ét.<sup>3</sup>
- Varenicline + B (M6) RR=1,23(IC95%:1,01-1,30) V+B/V 3 ét.<sup>4</sup>

1 Fiore MC, et al. Treating Tobacco Use and Dependence. 2008 update.

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

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

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

Combination therapies	Number of arms	Estimated OR (95% CI)
Nicotine patch (long term, >14 weeks) + ad lib NRT	3	3.6 (2.5, 5.2)
Nicotine patch + bupropion SR	3	2.5 (1.9, 3.4)
Nicotine patch + nortriptyline	2	2.3 (1.3, 4.2)
Nicotine patch + inhaler	2	2.2 (1.3, 3.6)

### Combinaisons des traitements pharmacologiques au cours du sevrage tabagique. Revue systématique

Combinations of pharmacological treatments in smoking cessation. A systematic review

*Rev Mal Respir* 2021;38:706-720.

M. Underner<sup>a,\*</sup>, J. Perriot<sup>b</sup>, G. Peiffer<sup>c</sup>,  
A.-M. Ruppert<sup>d</sup>, I. de Chazeron<sup>e</sup>, N. Jaafari<sup>a</sup>





### 3 - AUTRES MOYENS D'AIDE

#### - CIGARETTE ÉLECTRONIQUE

##### Balance bénéfique/risque positive en usage exclusif (vs CIG)

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

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

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

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

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

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

#### - ACTIVITÉ PHYSIQUE

##### Contrôle du craving, des TAD et de la reprise du tabac.

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

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

#### - SOUTIEN À DISTANCE (conseil, quit-line, observance : tel/net)

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

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

#### - STIMULATION CEREBRALE NON-INVASIVE (SMT<sub>r</sub> - STCC)

##### Réduction du craving et amélioration des capacités cognitives

Arrêt M6 vs PCB (M-A): OR=2,15 (IC95%:1,18-2,30) ; 7 études.

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

Trojak B, Petit B. CSFT 2022, Dijon <http://societe-francophone-de-tabacologie.fr>

#### - THÉRAPIES NON CONVENTIONNELLES

**Acupuncture:** OR = 1,10 (IC95%:0,85-1,40) à M6

White AR, et al, *Cochrane Database Syst Rev* 2017;1:cd000009.

**Hypnose:** RR=2,10 (IC: 1,31-3.35) en complément ?

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

Electronic cigarettes for smoking cessation (Review) 

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

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

*Rev Mal Respir* 2017; 34 : 155-64.

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

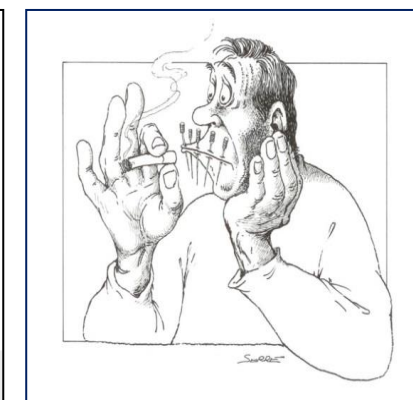
B. Dautzenberg<sup>a,\*</sup>, M. Adler<sup>b</sup>, D. Garelik<sup>c</sup>, J.F. Loubrieu<sup>d</sup>, G. Mathern<sup>e</sup>, G. Peiffer<sup>f</sup>, J. Perriot<sup>g</sup>, R.M. Rouquet<sup>h</sup>, A. Schmitt<sup>i</sup>, M. Underner<sup>j</sup>, T. Urban<sup>k</sup>

Effets de l'activité physique sur le syndrome de sevrage et le craving à l'arrêt du tabac<sup>☆</sup>  

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

Effects of physical activity on tobacco craving for smoking cessation

M. Underner<sup>a,\*</sup>, J. Perriot<sup>b</sup>, G. Peiffer<sup>c</sup>, J.-C. Meurice<sup>a</sup>



## COMMENT UTILISER L'E-CIGARETTE ?

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

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

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

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

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

Après arrêt complet du tabac un usage exclusif prolongé de l'e-cig expose l'ex-fumeur aux risques lié au tabagisme passé et à une toxicité (à déterminer) de l'e-cig.

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



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<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>

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

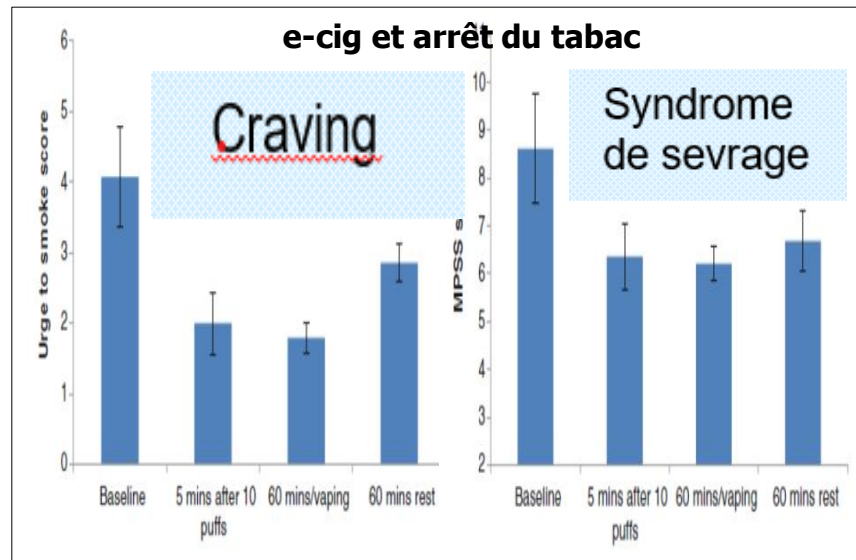
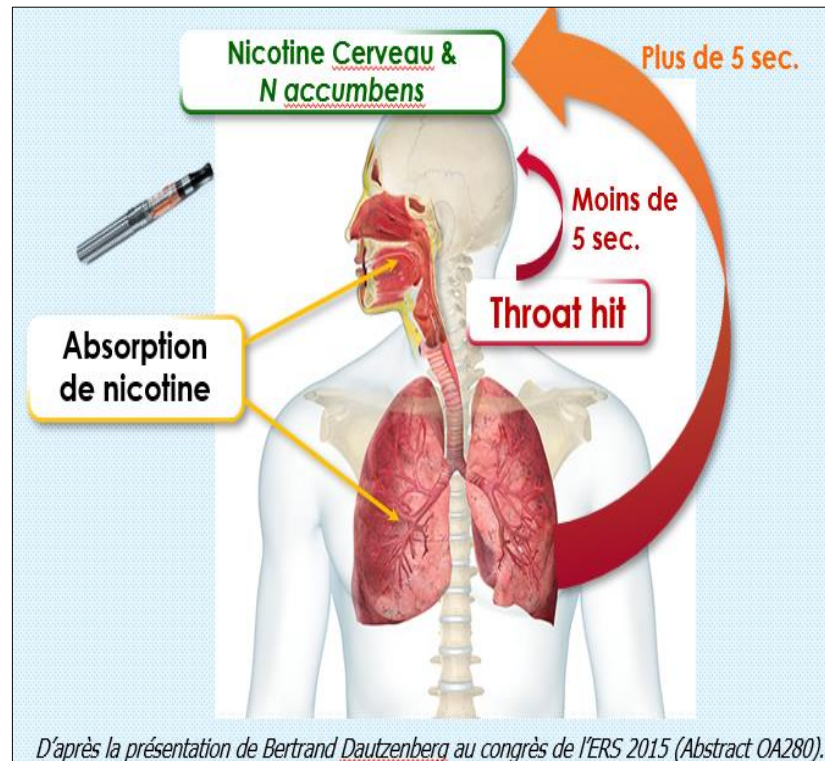
26 novembre 2021.

“**THROAT HIT**” (Effet sensoriel pharyngé)

**Importance du plaisir de vapoter pour arrêter de fumer** (dépendance sensorielle ?)

**Effet sensoriel pharyngé** ressenti en **moins de 5 secondes** par stimulation

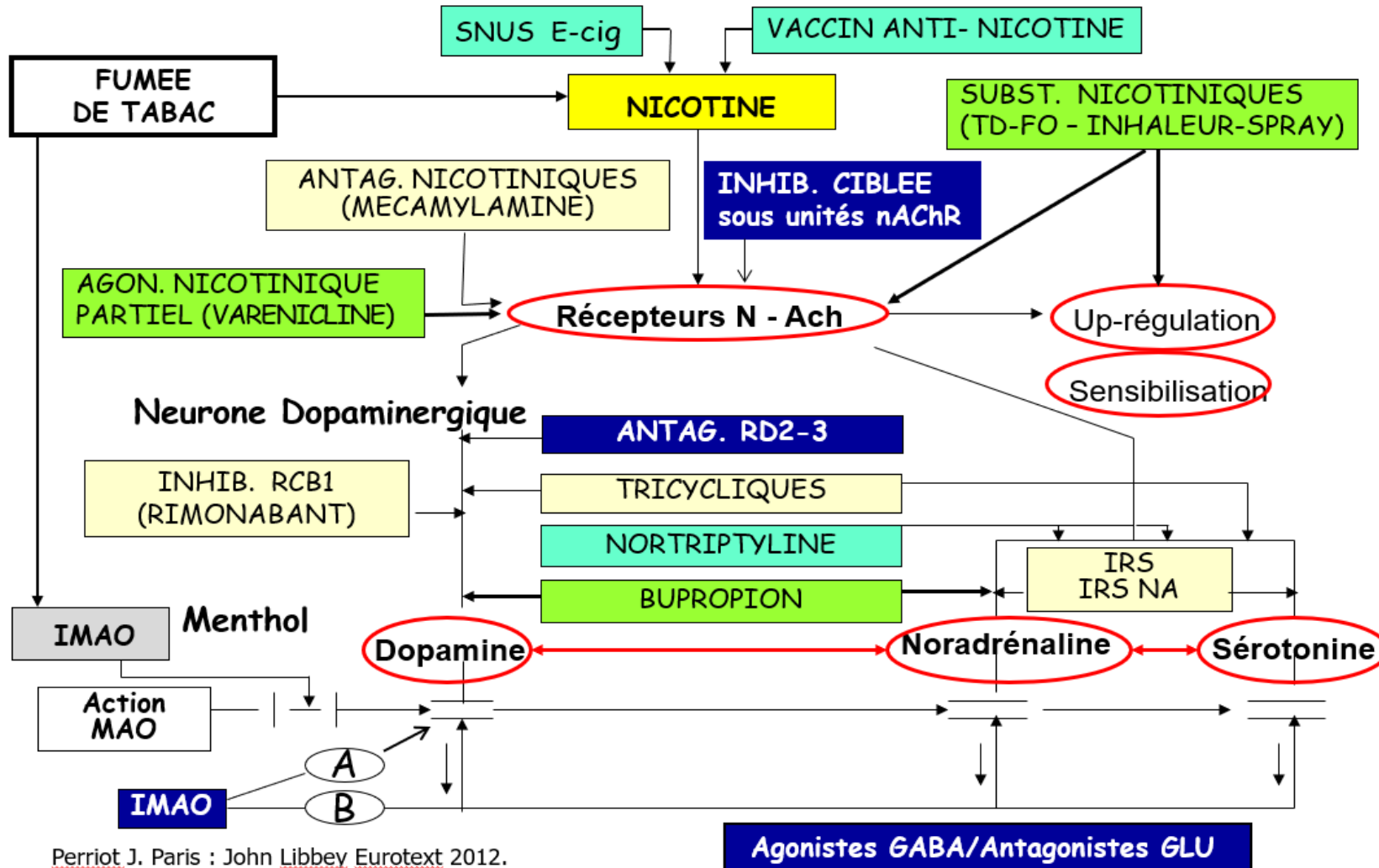
trigéminal due à la fumée de tabac ou à la vapeur de e-cigarette +/- nicotine.



Effets sur le manque et le craving  
Rôle de nicotine et/ou throat it

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

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





# STRATEGIES D'AIDE A L'ARRÊT DU TABAC

## PRISE EN CHARGE GENERALE

Une prise en charge globale, personnalisée, étalée dans le temps.

## ÉVALUATION INITIALE ET BILAN DU TABAGISME

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

## PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE TABAGIQUE

Une intervention structurée en trois étapes :

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

Un accompagnement individualisé étalé dans le temps :

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

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

TEST D'ÉVALUATION DE LA MOTIVATION		
Richmond RL, et al. <i>Addiction</i> , 1993, 88 : 1127-35		
Aimeriez-vous arrêter de fumer ?	Non Oui	0 1
Avez-vous réellement envie de cesser de fumer ?	Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup	0 1 2 3
Pensez-vous cesser de fumer dans les 4 semaines à venir ?	Non Peut-être Vraisemblablement Certainement	0 1 2 3
Pensez-vous être ex-fumeur dans les 6 mois ?	Non Peut-être Vraisemblablement Certainement	0 1 2 3
0-6 motivation faible ou moyenne    7-9 bonne motivation    10 très bonne motivation		

TEST DE DÉPENDANCE A LA NICOTINE (FTCD)		
Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ? (< 30mn TNS TD /24h + TNS FO au réveil et post petit déjeuner immédiat)	Moins de 5 minutes 6 à 30 minutes 31 à 60 minutes Après 60 minutes	3 2 1 0
Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?	Oui Non	1 0
Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?	La première Une autre	1 0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?... Posologie de TNS TD (1cig=1mg de nicotine = 1 mg de TNS... TNS FO ad Lib)	10 ou moins 11 à 20 21 à 30 31 ou plus	0 1 2 3
Fumez-vous de façon plus rapprochée dans la première heure après le réveil que pendant le reste de la journée ?	Oui Non	1 0
Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?	Oui Non	1 0
<b>TOTAL</b>		
Score 0 à 3 : peu ou pas de dépendance    Score 7 à 10 : forte dépendance à la nicotine Score 4 à 6 : dépendance à la nicotine    (Score 9-10 : très forte dépendance)		

ÉVALUATION DE L'ÉTAT ANXIEUX OU DÉPRESSIF (Test HAD)		
Ce questionnaire a pour but de nous aider à mieux percevoir ce que vous ressentez. Lisez chaque question et entourez la réponse qui convient le mieux à ce que vous avez ressenti ces derniers jours. Donnez une réponse rapide : votre réaction immédiate est celle qui sert de base à votre état.		
A. Je me sens tendu, éréché :	0 1 2 3	3 2 1 0
D. Je me sens gai et de bonne humeur :	3 2 1 0	0 1 2 3
A. J'ai la bougonne et je ne tiens pas en place :	3 2 1 0	0 1 2 3
D. J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses que me plaisent habituellement :	3 2 1 0	0 1 2 3
A. Je peux rester tranquillement assis au repos et me sentir détendu :	3 2 1 0	0 1 2 3
D. Je me réveille à l'avance de faire certaines choses :	3 2 1 0	0 1 2 3
A. J'ai une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :	3 2 1 0	0 1 2 3
D. Je me sens révolté :	3 2 1 0	0 1 2 3
A. J'éprouve des sensations soudaines de panique :	3 2 1 0	0 1 2 3
D. Je suis sûr et sûr de moi :	3 2 1 0	0 1 2 3
A. J'ai des idées de suicide :	3 2 1 0	0 1 2 3
D. J'ai perdu intérêt pour mon apparence :	3 2 1 0	0 1 2 3
L'échelle HAD a été mise au point et validée pour fournir aux médecins, non psychologues, un test de détection des troubles psychologiques les plus communs, anxiété et dépression. Elle permet d'identifier l'existence d'un trouble psychologique et d'en évaluer la sévérité. La note de 0 constitue un seul point pour l'anxiété, celle de 0 pour la dépression. La score global HAD = 15 pour les deux épreuves de mesure et 19 pour les deux épreuves mesurées.		



## EVALUATION INITIALE DE LA SITUATION DU FUMEUR

### Objectifs de la prise en charge.

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

### Points clés.

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

### Inventaire.

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

## ELEMENTS DE L'INVENTAIRE

### 1 - Situation personnelle du fumeur (PEC personnalisée).

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

**Niveau de formation** (scolaire, universitaire, professionnelle)

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

**Contexte professionnel** (emploi – environnement fumeur ? Retraité ?)

**Contexte familial** (isolement ? environnement fumeur – soutien ?)

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

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

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

Consommation tabac (minorités sexuelles vs. pop. Hétérosexuelles)

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

Autre(s) SUD ? Et comorbidité(s)

## 2 - Niveau d'intoxication tabagique.

### Consommation quotidienne (cigarettes/jour)

#### - **Toxicité** (F *vs.* NF)<sup>1</sup>

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

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

#### - **Niveau des dépendance** : physique<sup>2</sup> (petits fumeurs inférieure *vs* F standards), psychologique, comportementale, composantes gestuelles sensorielles<sup>3,4</sup> et identitaire<sup>5</sup>

#### - **Motivation à l'arrêt**<sup>4</sup> Inférieure chez les petits fumeurs

### CO expiré (profondeur et modalités d'inhalation, comorbidités, intoxication CO)<sup>6,7</sup>

### Tabagisme passif (et pollution environnementale)<sup>8</sup>

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3 - Histoire du tabagisme.

**Ancienneté de la consommation** (années, PA)

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

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

**Comorbidités associées :**

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

**Traitements médicamenteux associés**

**QUESTIONNAIRES EN ANNEXE**  
[www.iraat.fr](http://www.iraat.fr)

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

### Notions classiques.

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

### Exploration de l'ambivalence face au changement.

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

### Autres paramètres<sup>6,8</sup>

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

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

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

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

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

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

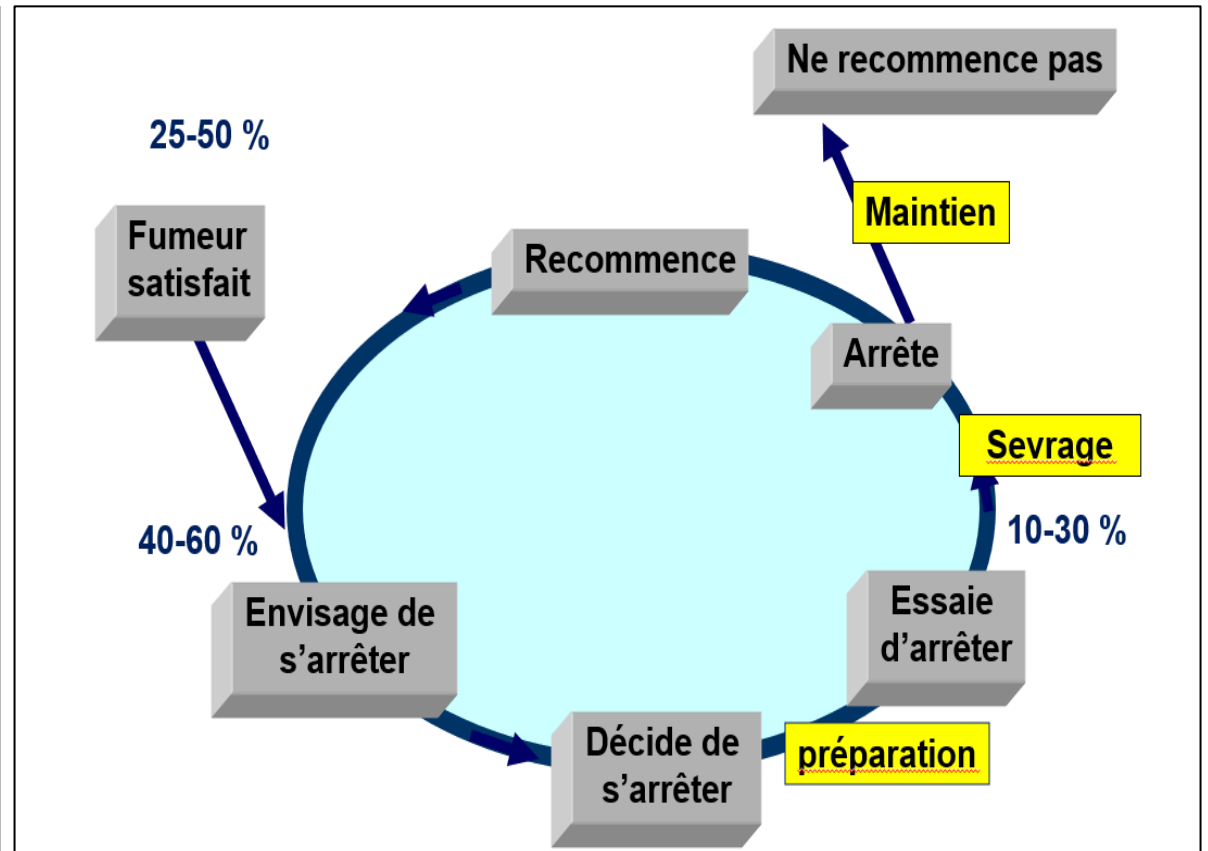
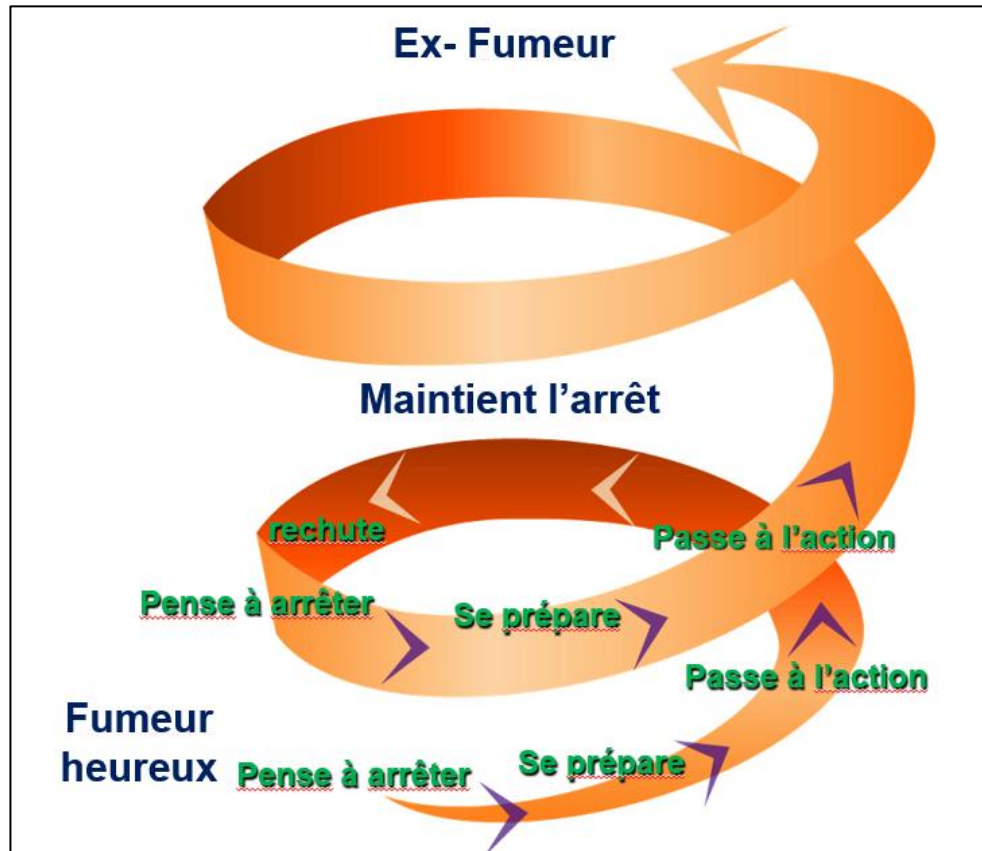
6 Perriot J. *Rev Mal Respir* 2006;23:3S85-3S105.

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

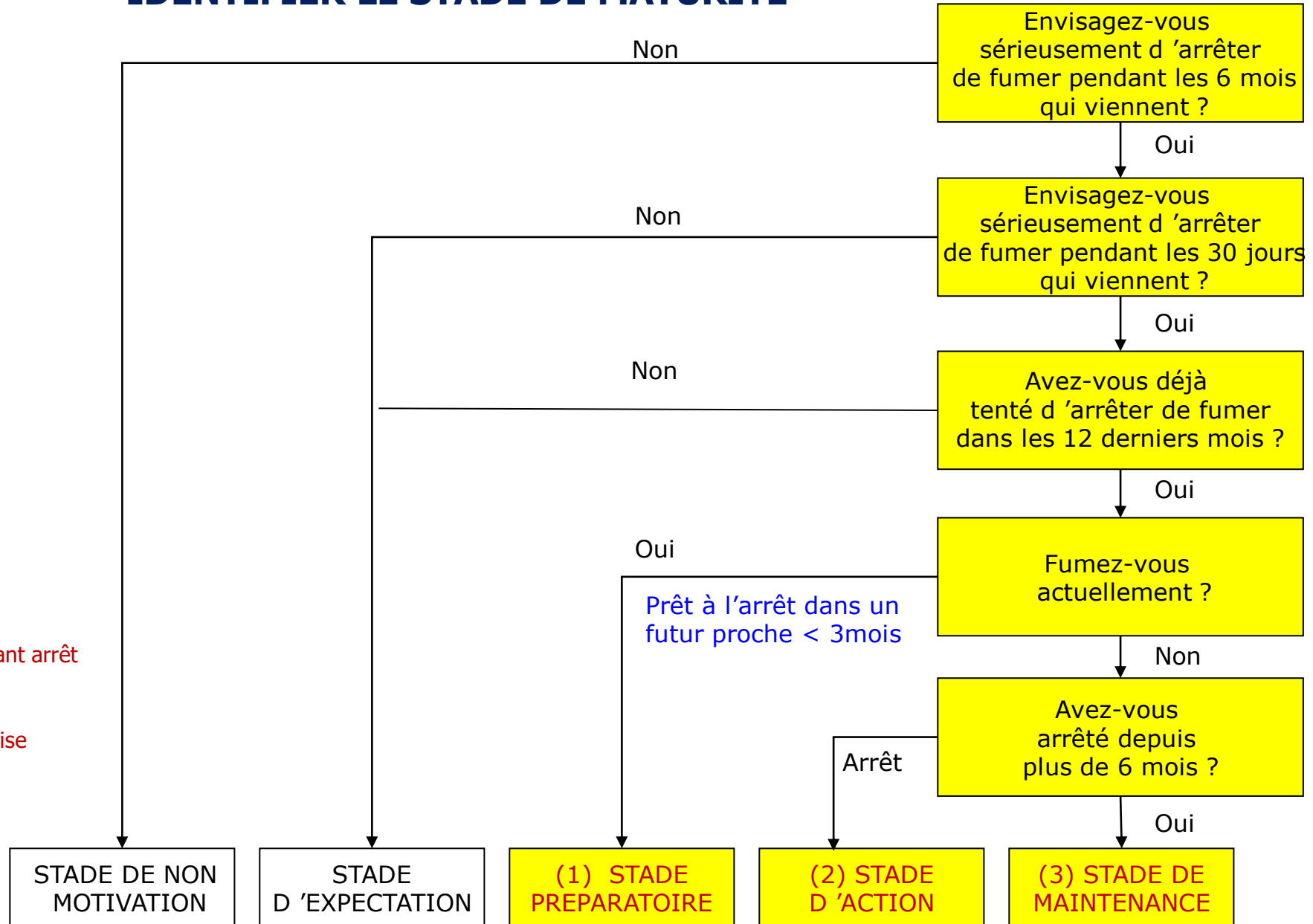
8 Dupont P, et al. *Am J Addict* 2015;24:07-12.



# STADES DE PRÉPARATION À L'ARRÊT DU TABAC



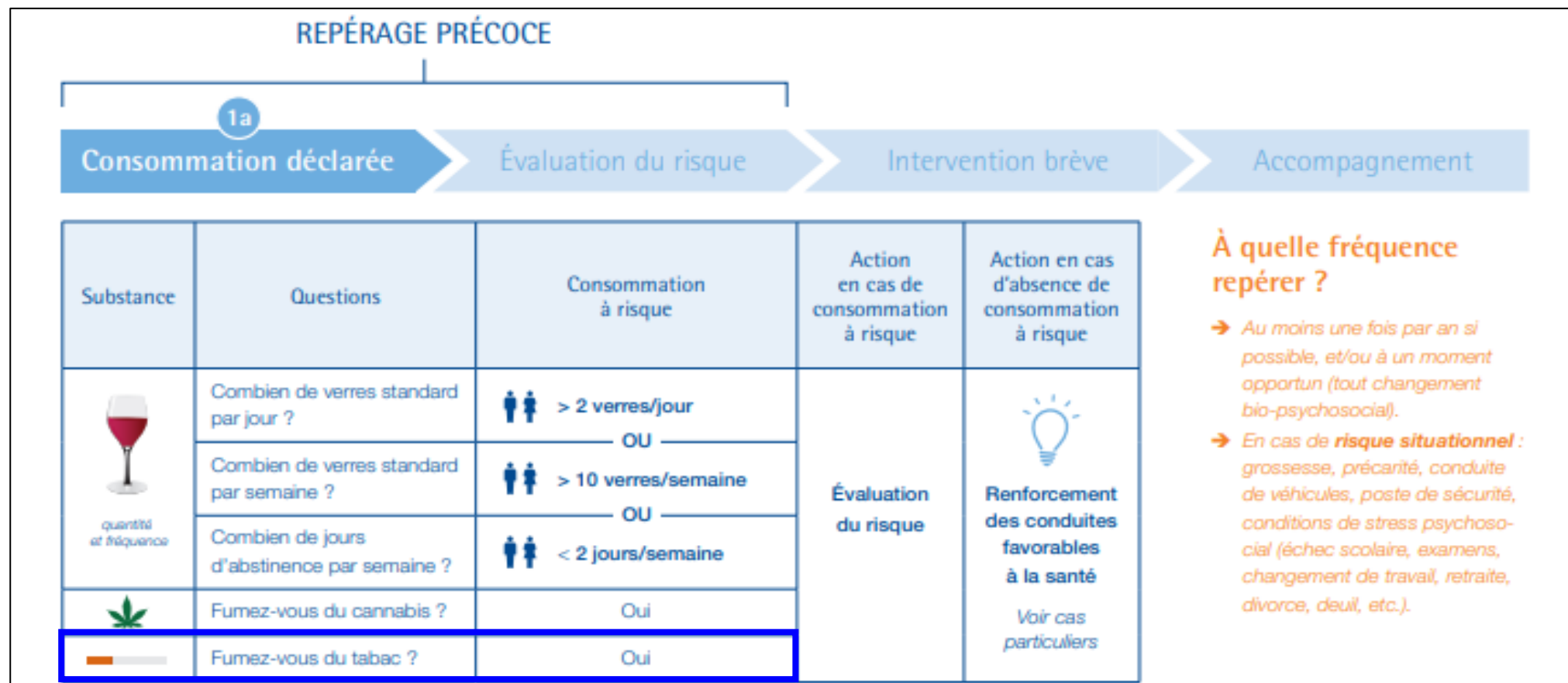
# IDENTIFIER LE STADE DE MATURITE



- (1) Motiver réduction avant arrêt
- (2) Arrêt du tabac
- (3) Prévention de la reprise

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

ALCOOL, CANNABIS, TABAC CHEZ L'ADULTE



## REPÉRAGE PRÉCOCE

## ALCOOL

Consommation déclarée

1b  
Évaluation du risque

Intervention brève

Accompagnement

### Questionnaire FACE (Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien)

1. À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?

Jamais = 0 ; Une fois par mois ou moins = 1 ; Deux à 4 fois par mois = 2 ; Deux à 3 fois par semaine = 3 ; Quatre fois par semaine ou plus = 4 ; **Score :**

2. Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?

1 ou 2 = 0 ; 3 ou 4 = 1 ; 5 ou 6 = 2 ; 7 à 9 = 3 ; 10 ou plus = 4 ; **Score :**

3. Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?

Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

4. Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

5. Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?

Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

Interprétation du score total ; hommes (H) / femmes (F)

Risque faible ou nul : H moins de 5 ; F moins de 4 : **renforcement des conduites favorables à la santé**

Consommation excessive probable : H 5 à 8 ; F : 4 à 8 : **intervention brève**

Dépendance probable : H et F plus de 8 : **proposer une consultation d'addictologie**

### Pratiques à risque majorant les dommages

- Consommation épisodique massive (binge drinking, biture expresse, ivresse aiguë) : à partir de 6 verres standard (soit 60g d'alcool) par occasion.
- Association avec le cannabis ou d'autres substances psychoactives.

**Zéro alcool  
chez la femme  
dès le projet  
de grossesse**

[www.agir-pour-bebe.fr](http://www.agir-pour-bebe.fr)



**Verre standard = 10 grammes d'alcool pur soit :**  
25 cl de boissons à 5° (bière, sodas alcoolisés [alcoopops-prémix]),  
10 cl de vin à 12°, 7 cl de vin cuit à 18°, 3 cl d'alcool à 40°  
(whisky, vodka), 2,5 cl d'alcool à 45° (pastis, digestif)

### Situations particulières entraînant une majoration du risque de dommages



- Toute consommation pendant la grossesse est à risque.
- Risque fœtal lié à la consommation d'alcool chez les femmes jeunes.
- Toute consommation régulière d'alcool en dessous de 25 ans est à risque.
- Interactions alcool-médicaments.
- Maladies chroniques et précautions par rapport à l'alcool.
- Consommation d'alcool par les patients âgés, affectés de troubles psychiatriques ou prenant des médicaments psychotropes.



## Questionnaire CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*)

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

## CANNABIS

*Une réponse positive : information minimale sur les risques*

*Deux réponses positives au test doivent amener à s'interroger sérieusement sur les conséquences de la consommation : **intervention brève.***

*Trois réponses positives ou plus doivent amener à proposer **une consultation d'addictologie.***

## Questionnaire tabac « Fumez-vous du tabac ? »

### SI OUI

#### Conseil d'arrêt

« Voulez-vous un dépliant/brochure, ou l'adresse d'un site concernant les risques de la consommation de tabac, les bénéfices de l'arrêt et les méthodes de sevrage ? »

#### Proposer un accompagnement

« Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ? »

« Voulez-vous qu'on prenne le temps d'en parler dans une prochaine consultation ? »

### SI NON

#### « Avez-vous déjà fumé ? »

*Si non, le patient n'a jamais fumé.*

*Si oui :*

- « pendant combien de temps ? »

- « depuis quand avez-vous arrêté ? »

## TABAC



## REPÉRAGE PRÉCOCE



### Intervention brève concernant la réduction ou l'arrêt de consommation de substance(s) psychoactive(s)

- Restituer les **résultats des questionnaires** de consommation.
- **Inform**er sur les **risques** concernant la consommation de substance.
- **Évaluer avec le consommateur** ses **risques** personnels et situationnels.
- Identifier les représentations et les **attentes du consommateur**.
- **Échanger** sur l'intérêt personnel de l'arrêt ou de la réduction de la consommation.
- **Expliquer** les méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation.
- **Proposer** des objectifs et laisser le choix.
- **Évaluer la motivation, le bon moment et la confiance** dans la réussite de la réduction ou de l'arrêt de la consommation.
- Donner la possibilité de réévaluer dans une **autre consultation**.
- Remettre une **brochure** ou orienter vers un **site**, une application, une association, un forum...



- Adopter une **posture partenariale** favorisant la confiance et les échanges (alliance thérapeutique).

- Échanger avec le consommateur sur sa **motivation**, sa **confiance** dans la réussite de réduction ou d'arrêt de sa consommation et déterminer si c'est le **bon moment**, grâce à **3 échelles** sur lesquelles il va se situer.

**Motivation** pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



Le **bon moment** pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



**Confiance** dans la réussite du projet de réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



## REPÉRAGE PRÉCOCE

Consommation déclarée

Évaluation du risque

Intervention brève

3  
Accompagnement

### Accompagnement des consommateurs

Les professionnels de santé accompagnent les consommateurs de manière durable, afin de favoriser la réduction ou l'arrêt de consommation à long terme.

- Ils soutiennent l'effort de réduction des risques de dommages physiques, psychiques ou sociaux, dans une relation partenariale de confiance et d'échange.
- Ils soutiennent l'abstinence ou la modération et renforcent les autres conduites favorables à la santé (alimentation, exercice physique, etc.)
- En cas de reprise de la consommation, de survenue de dommages ou de dépendance, une consultation de type entretien motivationnel ou le recours à une consultation d'addictologie sont proposées.

→ La notion d'essai dans un changement de comportement est fondamentale pour ne pas attribuer l'échec au patient mais à des circonstances.



→ La rechute est davantage la règle que l'exception et chaque rechute rapproche le thérapeute et le patient du succès consolidé.

DROGUES-INFO-SERVICE.FR  
107 Avenue de la République - Paris 0 800 23 13 13

ALCOOL-INFO-SERVICE.FR  
107 Avenue de la République - Paris 0 980 980 930

tabac  
info  
service

agirpourbêbê

## 5 - Evaluation de la dépendance et du craving.

### Dépendance.

- **Test de Fagerström** (6 ou 2 questions)<sup>1,2</sup>

Délai entre réveil et 1<sup>ère</sup> cigarette, nombre de cigarettes fumées chaque jour

***Time to first cigarette in the morning (TTFC)*** : indicateur de dépendance, craving, résultat du sevrage, risque de cancer bronchique<sup>2,3</sup>

- **Hooked on Nicotine Checklist (HONC)** : Adolescent et adulte<sup>4</sup>  
Evaluation de la dépendance et du craving

### Craving.

- EVA/EVN

- **French Tobacco Craving Questionnaire 12 items (FTCQ-12)**<sup>5</sup>

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

Caractère tenace (95% des reprises du tabagisme)

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

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

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

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

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

## SYNTHESE DES INFORMATIONS ISSUES BILAN INITIAL

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

# MOTIVATION, DEPENDANCE ET ARRÊT

## 1 - PRONOSTIC DE L'ARRÊT ?

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

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

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

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

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

## 2 - ARRÊT AVEC OU SANS PREPARATION ?

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

**Résultats des tentatives d'arrêt non planifiées:**

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

(tension motivationnelle, f. environnementaux déclencheurs).

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

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

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

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

Robert West, Taj Sohal

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

### 3 - ACCROITRE ET RENFORCER LA MOTIVATION

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

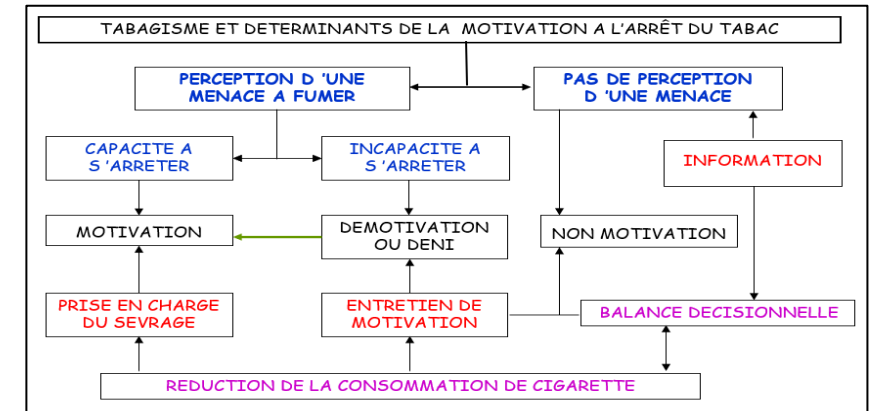
**Patient peu motivé à l'arrêt du tabac** : accroître la motivation (perception d'une menace à fumer et confiance en soi pour arrêter) afin d'engager une stratégie d'arrêt du tabac.

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

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

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

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



### 4 - ACCOMPAGNER LE FUMEUR LORS DE L'ARRÊT

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

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

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

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

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

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



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

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

# PRATIQUE DU SEVRAGE TABAGIQUE

## 1 - INDUIRE UNE STRATEGIE D'ARRÊT DU TABAC

**CONSEILLER L'ARRÊT ET PROPOSER UNE AIDE** (X 6 tentatives d'arrêt vs. conseil d'arrêt) <sup>1</sup>

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

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

**Varénicline** (vs PCB, arrêt S2-S24) <sup>4</sup> OR=4,02 (IC95% : 2,94-5,50) ;  $p < 0,001$

**La réduction de consommation n'est pas une fin en soi** (pas de réduction des risques)

### PRÉ-TRAITEMENT AVANT LE DÉBUT DE L'ARRÊT

**TNS** (2-4 S préTQD vs PCB, arrêt M6) <sup>5</sup> OR=2,17 (IC95% : 1,46-3,22)

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

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

## 2 - ACCOMPAGNER LE PATIENT

**RENFORCER LA MOTIVATION A L'ARRÊT, L'ATTEINTE DES OBJECTIFS PERSONNELS ET L'OBSERVANCE THERAPEUTIQUE (TCC)** <sup>2,8</sup>

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

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

<sup>3</sup> Moore D, et al. *BMJ* 2009;338:b1024

<sup>4</sup> Ebbert JO, et al. *JAMA* 2015 . 313:687-97.

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

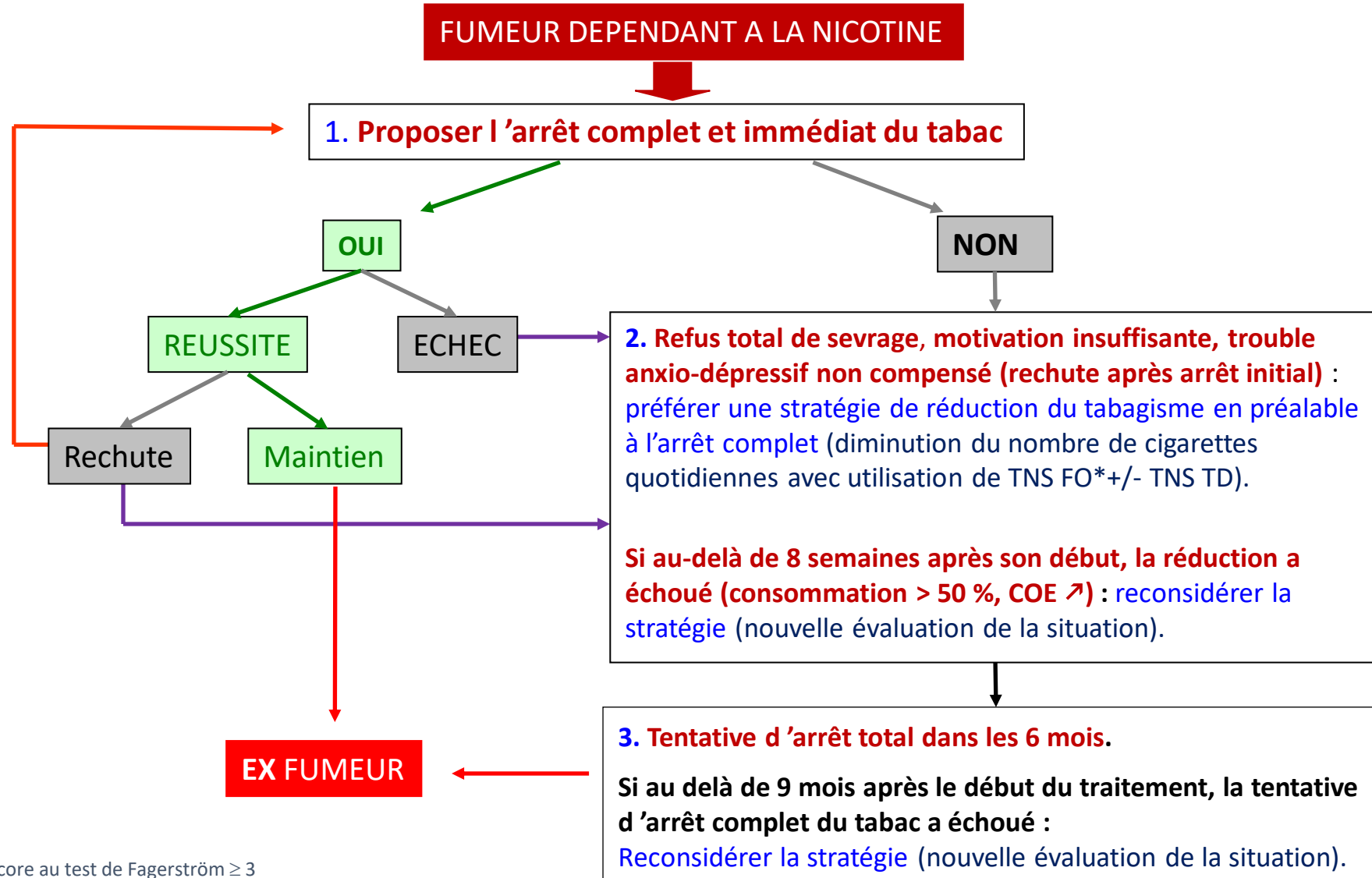
<sup>6</sup> Hajek P. *Addiction* 2018 Jul 31; doi: 10.1111/add.14401

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

<sup>8</sup> P Guichenez. *Traiter l'addiction au tabac*. Dunod,2017.



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



\* Score au test de Fagerström  $\geq 3$

### 3 - AJUSTEMENT DE LA PHARMACOTHERAPIE (besoins et attentes du patient)

#### SUBSTITUTS NICOTINIQUES (TNS) Remboursement par l'assurance maladie

**TNS FO** (à 6 mois vs PCB IC95%) : Pastilles (OR=2,2) 8 ét., Inhalateur (OR=1,90) 4 ét., Gomme (OR=1,49) 56 ét., Spray nasal (OR=2,48) 1 ét.<sup>1</sup> Pastilles (OR=2,2) 8 ét., Inhalateur (OR=1,90) 4 ét., Gomme (OR=1,49) 56 ét., Spray nasal (OR=2,48) 1 ét.<sup>1</sup>

**TNS TD** - Patch (à 6 mois vs PCB) : OR=1,64 (IC 95% : 1,53-1,75) 51 ét.<sup>1</sup>

#### Optimisation du TNS (HAS, 2014 : traitement de 1<sup>ère</sup> intention)

- **Association Patch (P) + FO *ad Libitum*** (à 6 mois vs PCB IC95%) : P + Losange (OR=1,83) 1 ét., P+ Gomme : (OR=1,15) 2 ét., P + inhalateur (OR=1,07) 1 ét.<sup>1</sup>
- **Allonger la durée du traitement** : durée < 145 jours : RR rechute=1,44 (IC95% : 1,18-1,76)<sup>2</sup>  
TNS TD (24 S vs 8/52S) : OR=1,70 (IC95% : 1,03-2,81) ; p=0,04<sup>3</sup>
- **Améliorer l'observance** (port du patch H/J) élevé S 12 : OR=2,24 (IC95% : 1,00-5,03)<sup>4</sup>
- **Pas de sous-dosage initial (S1), bonne tolérance des fortes posologies**<sup>5</sup>
- **Spray : diminution plus rapide du craving** (tolérance moins bonne que les autres TNS FO?)<sup>6</sup>

#### BUPROPION Pas de remboursement par l'assurance maladie

Efficacité analogue à celle des TNS TD (à 6 mois vs PCB) : OR=1,88 (IC95% : 1,60-2,06) 36 ét.<sup>7</sup>  
mais effets indésirables et CI (dont épilepsie) et incertitudes sur le bénéfice de l'association à TNS<sup>8</sup>  
Incertitudes sur le bénéfice de l'association au TNS TD<sup>10</sup>

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

2 Medioni J, et al. *Addiction* 2005 ; 100 : 247-54.

3 Schnoll RA, et al. *JAMA Intern Med* 2015 ; 175:504-11.

4 Ma P, et al. *Drug Alcohol Depend* 2016 ; 169 : 64-7.

5 Berlin I, et al. *Addiction* 2011 ; 106 :833-43.

6 Hansson A, et al. *BMJ Open* 2012 ; 2 :e001618.

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

8 Aubin HJ, et al. *Br J Clin Pharmacol* 2013 ; 77 :324-33.

## **VARÉNICLINE** Remboursement par l'assurance maladie (non disponible actuellement)

### **ARRÊT A DATE FIXE** <sup>1</sup>

Abstinence à 6 mois (vs PCB) : OR=2,88 (IC95%:2,40-3,47) <sup>1</sup>

### **ARRÊT À DATE FLEXIBLE** (entre J8 et J35 du traitement vs PCB) <sup>2</sup>

Abstinence S9-24 : OR=4,4 (IC95% :2,6-7,5) ;  $p < 0,0001$

### **UTILISATION EN RE-TRAITEMENT** (vs PCB) <sup>3</sup>

Abstinence S9-12 : OR=7,08 (IC95% :4,34-11,55) ;  $p < 0,0001$

### **EN PROLONGEANT LE TRAITEMENT** (de S12 à S24 vs PCB) <sup>4</sup>

Abstinence S13-24 : OR=2,48 (IC95% :1,95-3,6) ;  $p < 0,01$

### **POUR LA REDUCTION EN PREALABLE A L'ARRÊT** (entre S15-S24 vs PCB) <sup>5</sup>

Abstinence S15-S24 : RR=4,6 (IC95% :3,5-6,1)

### **EFFICACITÉ & BONNE TOLÉRANCE** (PEC spécifiques vs PCB)

Fumeurs avec cardiopathies contrôlées <sup>6</sup>, BPCO faible ou modérée <sup>7</sup>, inf. VIH <sup>8</sup>

Troubles psychiatriques <sup>9</sup>, antécédents dépressifs contrôlés <sup>10</sup>

### **VARÉNICLINE EN ASSOCIATION** (TNS <sup>11</sup>, Bupropion <sup>12</sup>)

<sup>1</sup> Cahill K, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;5:CD009329.

<sup>2</sup> Rennard S, et al. *Nicotine Tob Res* 2012;14:3:343-50.

<sup>3</sup> Gonzales D, et al. *Clin Pharmacol Ther* 2014;96:390-6.

<sup>4</sup> Tonstad S, et al. *JAMA* 2006;296:64-71.

<sup>5</sup> Ebbert DO, et al. *JAMA* 2015;313:687-94.

<sup>6</sup> Rigotti NA, et al. *Circulation* 2010;12:221-9.

Tashkin DP, et al. *Chest* 2011;139:591-9.

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

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

Anthenelli RM, et al. *Ann Intern Med* 2013;159:390-400.

Koegelberg CF, et al. *JAMA* 2014;312:155-161.

Ebbert JD, et al. *JAMA* 2014;311:155-163.

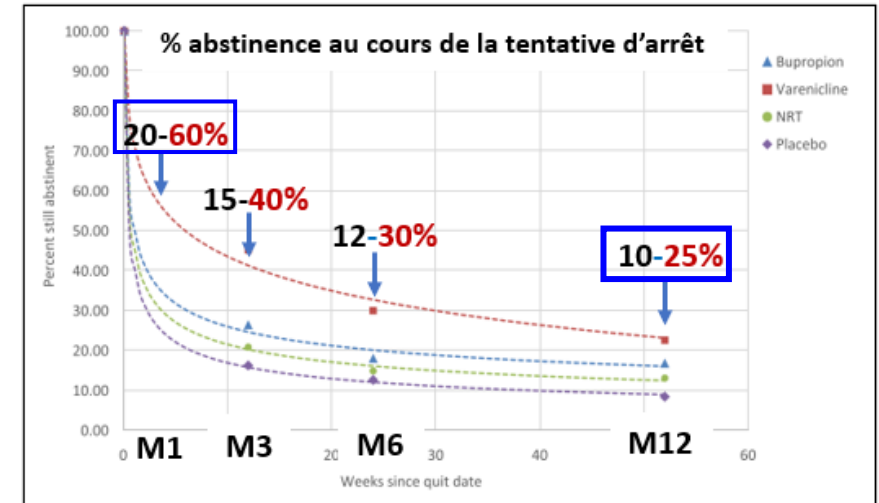
## 4 - ASSURER LE MAINTIEN DE L'ABSTINENCE

### CONTRÔLE DU CRAVING

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

- **Médicaments d'aide à l'arrêt** (Varenicline > TNS/B)
- **Thérapies cognitivo-comportementales**
- **Autres** (act. physique, E-CiG, Topiramate, SMTC...)

Jackson SE, et al. *Addiction* 2019;114:797-97.  
Samalin L, et al. *Rev F Psy Psychol Méd* 2010 ; XVI : 38-43.  
Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2016;33:431-443.  
Dawkins L, et al. *Psychopharmacology* 2013 ; 227:377-84.  
Oncken C, et al. *Nicotine Tob Res* 2014;16:288.



### TCC : PREVENIR ET GERER LA REPRISE

Elaborer des stratégies préventives et alternatives de contrôle du risque de « reprise »...

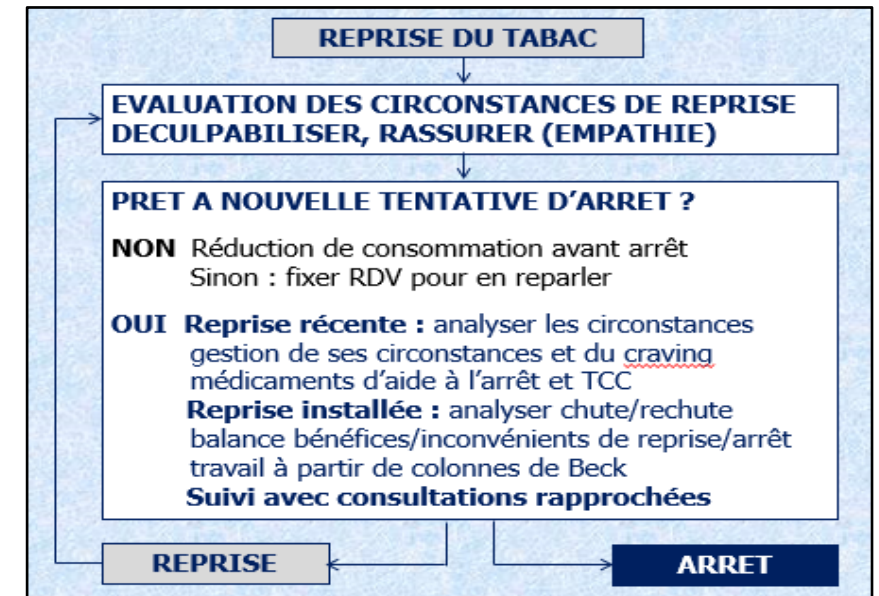
Méditation de pleine conscience, réalité virtuelle.

HJ Aubin, et al. *Comment arrêter de fumer ?* Odile Jacob, 2003  
P Guichenez. *Traiter l'addiction au tabac.* Dunod, 2017.  
Tapper K. *Clin Psychol Rev.* 2018;59:101-117.  
Hone-Blanchet A, et al. *Front Hum Neurosci.* 2014;8:844.

### OBSERVANCE DU TRAITEMENT ET ETP

Renforcer l'observance (ETP) et le suivi (à distance)  
Patients BPCO, MCV, Path. Mentale, Grossesse, SUD).

Hollands GJ, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2015, 2: CD009164.  
Schlam TR, et al. *Psychopharmacology* 2018;235:2065-75.  
Galera O, et al. *Rev Pneumol Clin* 2018;74 :221-225.



## 5 - REDUCTION DE LA CONSOMMATION DE TABAC ?

**DES BENEFICES A L'ARRÊT, PAS A LA SIMPLE REDUCTION** (pas une « fin en soi »).

### Réduit la morbi-mortalité cardio-vasculaire.

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

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

### Réduit l'impact de la BPCO.

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

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

### Allonge l'espérance de vie (cancer pulmonaire).

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

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

### Améliore la santé mentale (anxiété, dépression...)

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

**MAIS LE PATIENT RESSENT CES BÉNÉFICES QU'UNE FOIS L'ARRÊT OBTENU ...**

**La réduction de la consommation peut préparer l'arrêt** (temporaire +TNS ≠ « pre-quit »)

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

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

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

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

Meta-analyse (14 études; suivi 5 à 17 ans);  
comparaison Réducteurs (consommation <50%) vs Fumeurs<sup>2</sup>

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

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



# SEVRAGE TABAGIQUE DU « *HARD-CORE SMOKER* »

## CLASSIFICATION USA - FRANCE

### USA

Current smoker  
Intermittent smoker  
Daily smoker  
Chipper  
Established smoker

### FRANCE

Fumeur (F)  
F. intermittent  
F. quotidien  
Petit fumeur  
F. endurci (confirmé)

Heavy chronic smoker  
**Hard-core smoker**

Gros fumeur dépendant  
**Fumeur irréductible**

**FUMEURS DIFFICILES**



« Je veux bien mais je ne peux pas »  
« Je ne veux pas et je ne peux pas »

**Difficile d'arrêter le tabac ?** (Fumeur)  
**Difficile de faciliter l'arrêt ?** (Médecin)

**Evaluer - Ecouter - Aider l'arrêt**  
(besoins) (attentes) (moyens)

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

- Fumeurs d'âge supérieur ou égal à 26 ans.
- Consommation  $\geq$  15 cigarettes/jour.
- Tabagisme quotidien depuis 5 ans.
- Pas de tentative d'arrêt dans l'année précédente.
- Ni 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)

**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+	9.7 (0.49)	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)**

**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)****	18.6 (0.08)****	18.4 (0.08)****	N/A <sup>b</sup>
Age at onset, in years (mean) <sup>a</sup>	<b>16.9 (0.07)</b>	17.3 (0.04)****	17.7 (0.04)****	18.0 (0.04)****	18.3 (0.03)****
Total years smoked (mean) <sup>a</sup>	<b>27.4 (0.22)</b>	25.8 (0.10)****	25.0 (0.09)****	24.4 (0.09)****	N/A <sup>b</sup>
Smoking status 12 months ago					
Daily	<b>98.9 (0.15)</b>	95.6 (0.22)****	92.9 (0.22)****	92.1 (0.24)****	76.8 (0.31)****
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)***	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.

<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.

**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
<b>Marital status</b>					
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)
<b>Employment status</b>					
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)
<b>Home smoking rules</b>					
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)
<b>Percentage answering "no"</b>					
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.



## 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 35 568 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

## ETUDE COMPARATIVE SUR SEPT 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 %**

# MECANISME DU PHENOMENE « *HARD-CORE* »

## Nait-on *Hard-core* smoker ou le devient-on ?

- **Dans une population de fumeurs ; les moins dépendants (FTND) arrêtent Le tabac avant ceux dont la dépendance est élevée** (améliorer l'aide à l'arrêt).

Hughes JR. *Drug Alcohol Depend* 2011;11(2-3):111-117. *J Consult Clin Psychol* 1993 ; 61(5) : 751-60

- **Quand la prévalence du tabagisme décroît, il y a saillance des fumeurs les plus dépendants**

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

- **De multiples facteurs rendent l'arrêt du tabac plus difficile**

### **Facteurs cognitifs, affectifs, environnementaux**

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

### **Association d'une pathologie mentale et/ou d'un usage de SPA**

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

## *Hard-core smokers* : une définition à revoir ?

- **Peu motivé** (en échec) **ou fortement dépendant** (gros consommateurs) : **notions différentes**
- **Ajustement de la stratégie de sevrage** (caractéristique - personnalité, besoins du fumeur).

West R. *Addiction* 2018;113(1):3-4.

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>			
25-38	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)	1.89-2.58
<b>Education level</b>			
High	204/1,100	1.00	1.00 (ref.)
Low	1,317/4,051	2.12 (1.79-2.50)	1.70-2.38
<b>Use snus daily or occasionally</b>			
Use snus daily or occasionally		1.00	1.00
Yes	68/397	0.47 (0.36-0.62)	0.40-0.72
<b>Survey year</b>			
1996/1997	326/1,000	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	190/662	0.55 (0.44-0.70)	0.43-0.70
2006/2007	155/623	0.75 (0.60-0.93)	0.57-0.89
2008/2009	211/512	0.64 (0.50-0.82)	0.40-0.72
Survey year (1-7)		0.90 (0.88-0.93)	

Note. Daily and occasional smokers aged 25-74 years; N = 5,266. AOR 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  
2004 (contrôle du tabac et aide  
à l'arrêt)

« 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



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

*Tob Ind Dis* 2016; 14:34.

B. Joly<sup>1</sup>, P. D'Athis<sup>1</sup>, L. Gerbaud<sup>2</sup>, J. Hazart<sup>2</sup>, J. Perriot<sup>3</sup> and C. Quantin<sup>1,4,5\*</sup>

**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

**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



## ABORD THERAPEUTIQUE DU FUMEUR DIFFICILE

### Des fumeurs en difficulté pour arrêter le tabac

motivé ou non à l'arrêt mais en échecs lors du sevrage) <sup>1-3</sup>

- 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.

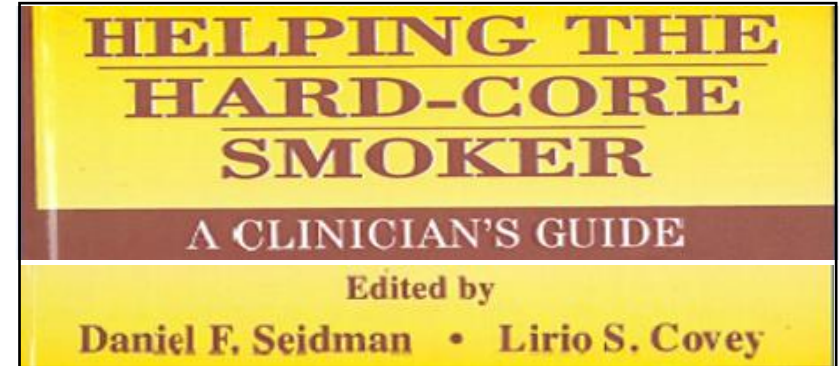
### L'essentiel des consultants en tabacologie

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

### PEC d'aide à l'arrêt renforcée

(TCC + pharmacothérapie, pharmacothérapies combinées...) <sup>1-5</sup>

### Stratégie de réduction des risques ? <sup>6,7</sup>



<sup>1</sup> Seidman DF, Covey LS. Lawrence Erlbaum Publishers, 1999.

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

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

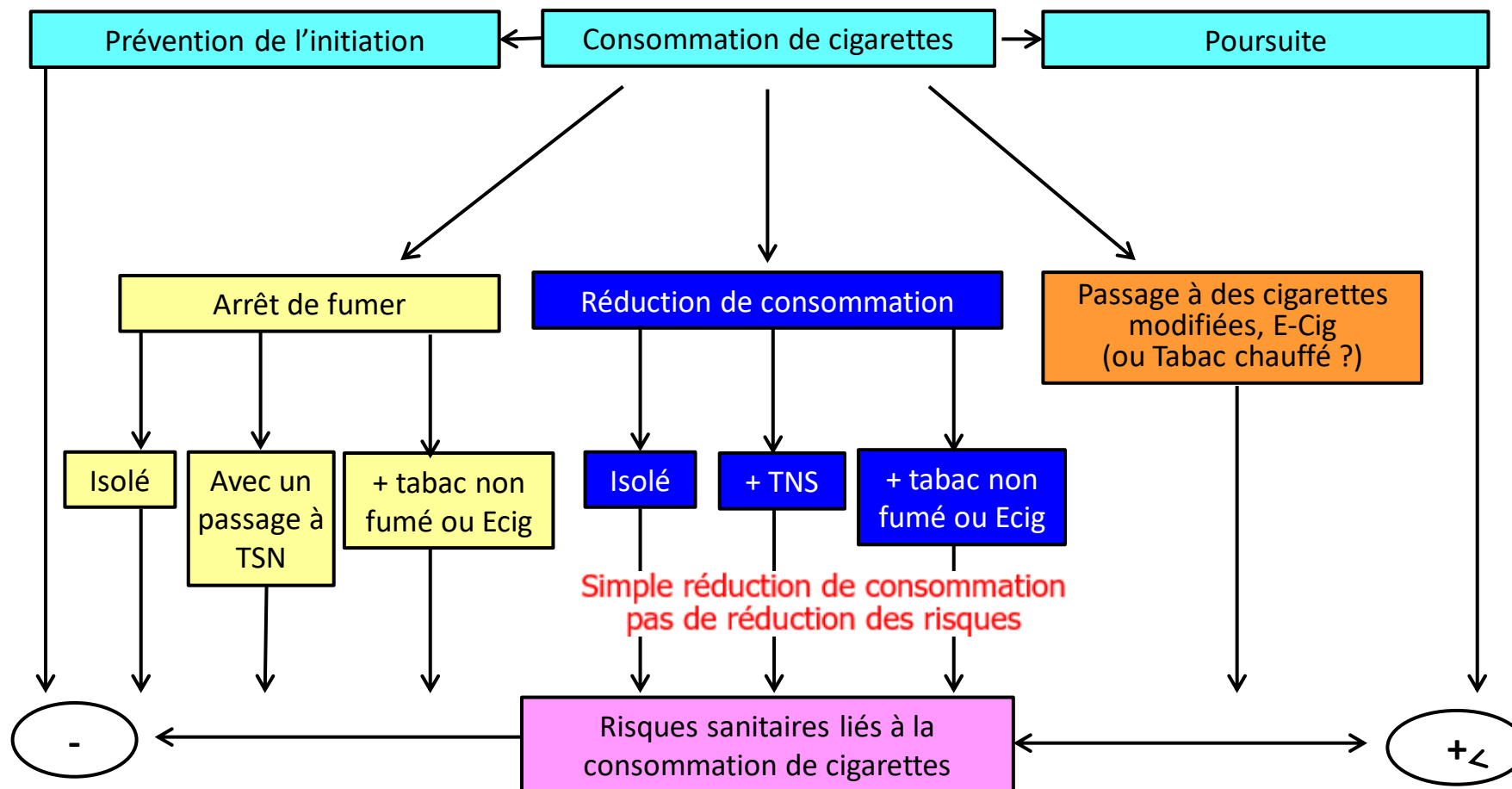
<sup>4</sup> Underner M, et al. *Rev Pneumol Clin* 2018;74(4):205-14.

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

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

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

## STRATEGIE DE REDUCTION DES RISQUES ?



# PANORAMA DES FUMEURS DIFFICILES

## FUMEURS AVEC USAGE ASSOCIÉ DE SPA.

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

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

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

## FUMEURS ATTEINTS DE PATHOLOGIES SOMATIQUES CHRONIQUES .

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

## FEMMES ENCEINTES FUMEUSES.

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

## FRÉQUENTE ASSOCIATION D'UNE PRÉCARITÉ SOCIALE

Rodriguez-Cano R, et al. *J Addict Med* 2018;12:119-26.  
Karila L, et al. *Presse Med* 2013; 42:795-805.  
Bowman J, et al. *Drug Alcohol Rev* 2012;31:507-13.  
Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques. OFT,2009.  
Taylor GM, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2021;3:CD013522.  
Anthenelli RM, et al. *Lancet* 2016;387(10037):2507-20.  
Perriot J, et al. *Rev Mal Respir* 2012;29:448-1.

Jiménez-Ruiz CA, et al. *Eur Respir J* 2015;46:61-7.  
Thomas D. *Rev Mal Respir* 2019;36:527-37.  
Mercié P, et al. *Lancet HIV* 2018;5:e126-e135.  
Dupré F, et al. *J Gynecol Obst Biol Reprod* 2014; 43:691-7.  
Grangé G, et al. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2020;49:101847.  
Berlin I, et al. *BMJ.* 2021;375:e065217.  
Merson F, et al. *Rev Mal Respir* 2014;43:691-97

# TABAGISME - COMORBIDITES ET TROUBLES DE L'HUMEUR

## Mésusage associé de SPA (tabac, alcool, cannabis...SUD).

Renforcement réciproque des dépendances, co-occurrence de TH.  
Motivation à l'arrêt du tabac et difficultés à arrêter le tabac (craving).

## Maladies respiratoires (MR : BPCO, Cancer, TB, HPL).

Fréquence des TH (& mésusage SPA) sous estimée (30 à 50% des cas).  
Tabagisme : aggravation des MR , difficultés de l'arrêt du tabac.

## Maladies cardiovasculaires (MCV).

Tabagisme et TD = excès de risque d'infarctus myocardique.  
Coronaropathie + TD : moins d'arrêt du tabac ; arrêt améliore les TD.

## Infection par le VIH.

Usage associé de SPA, TH fréquents, précarité sociale.  
Difficulté à l'arrêt du tabac (tabagisme: espérance de vie diminuée).

## Précarité sociale.

TH (TD, TB) fréquents associés à l'usage de SPA.  
Motivation à l'arrêt du tabac présente (PEC sevrage).

## Fumeurs âgés (âge ≥ 60ans).

Tabagisme souvent associé à usage de SPA (excès de risque d'IDM).

## Femmes, Tabac et Dépression.

Femmes : Taux d'arrêt du tabac moins élevée (TH ?).  
Femmes enceintes fumeuses : TAD, us. SPA, Précarité sociale ?

Metrik J, et al. *Drug Alcohol Dep* 2011;119: 194-200.  
Kelly MM, et al. *Nicotine Tob Res* 2013;15:364-75.  
Rodriguez-Cano R, et al. *J Addict Med* 2018;12:119-26.  
Karila L, et al. *Presse Med* 2013; 42:795-805.  
Bowman J, et al. *Drug Alcohol Rev* 2012;31:507-13.

Peiffer G, et al. *Rev Mal Respir* 2021;38:535-38.  
Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2018;35:604-25  
Peltzer K, et al. *BMC Psychiatry* 2012;12:89.  
Perriot J, et al. *Rev Pneumol Clin* 2018;74:170-80.

Headrick JP, et al. *J Mol Cell Cardiol* 2017;106:14-18.  
Feng L, et al. *Medicine (Baltimore)* 2019;98:e1459.  
Krasieva K, et al. *Prev Med* 2022;163:107177.  
Doyle F, et al. *Psychosom Med* 2014;76:44-57.

Benard A, et al. *AIDS Patient Care STDS* 2007;21:458-68.  
Duval X, et al. *Antivir Ther* 2008;13:389-97.  
Helleberg M, et al. *Clin Infect Dis* 2013 ; 56:727-34.  
Choulika S, et al. *L'Encéphale* 2017;43:110-13.

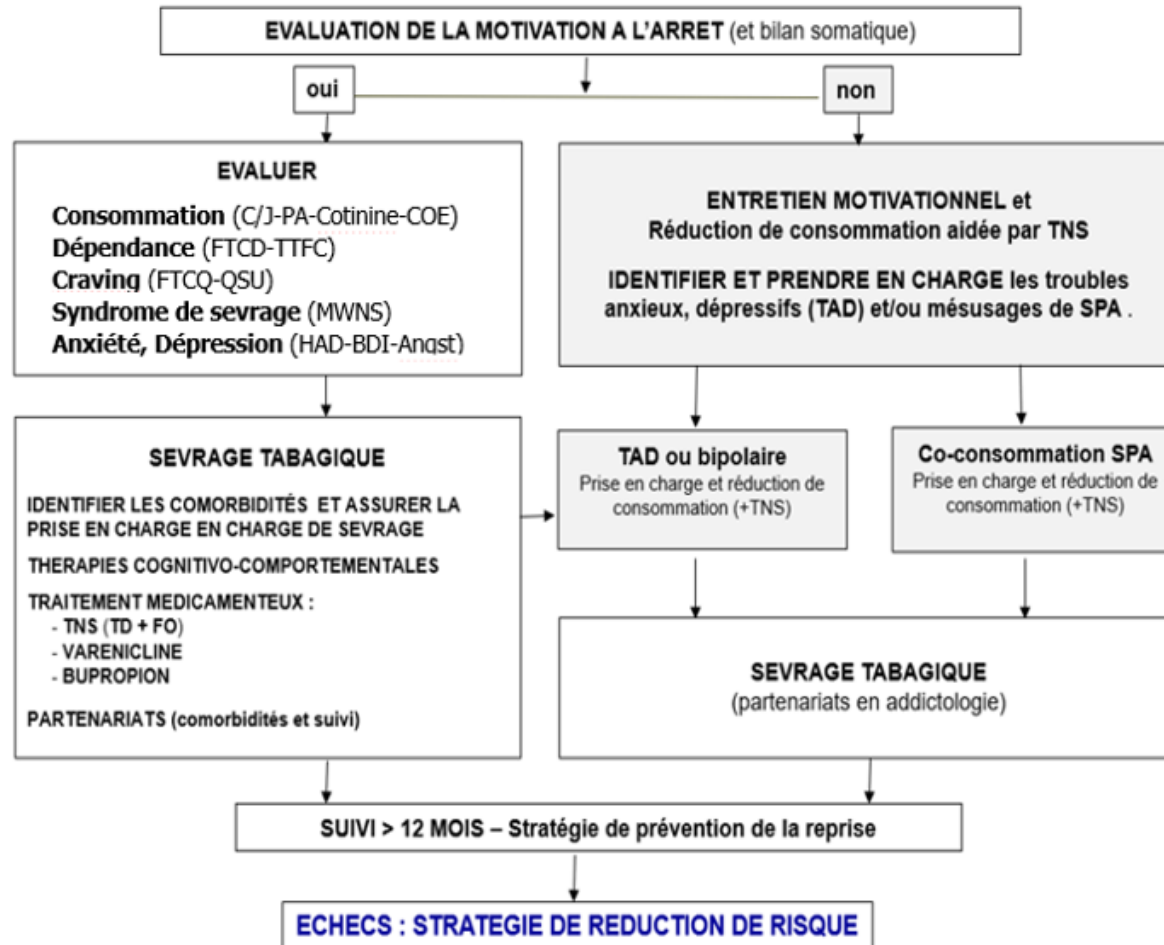
Harris T, et al. *J Dual Diagn* 2019;15:76-87.  
Merson F, et al; *Rev Mal Respir* 2014;43:691-97.  
Deschenau A, et al. *Rev Mal Respir* 2017;34:44-52.

Roberts B, et al. *Int J Environ Res Public Health* 2013;10:2185-97.  
Sachs-Erichson N, et al. *Aging Mental Health* 2011;15:132-41.

Pang RD, et al. *Exp Clin Psychopharmacol* 2017;25:235-241.  
Komiya M, et al. *Psychiatry Res* 2018;267:154-9.  
Haukkala A, et al. *Addict Behav* 2000;25:311-77.  
Blalock JA, et al. *Am J Addict* 2006;15:268-77.  
Dupré F, et al. *J Gynecol Obst Biol Reprod*;2014:691-7.  
Miguez MC, et al. *Int J Public Health* 2019;64:1355-65.

# SYNTHESE

## DECISION ET PRISE EN CHARGE



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

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

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

**TEST DE DÉPENDANCE A LA NICOTINE (FTCD)**

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

**TOTAL**

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

**EVALUATION DE L'ÉTAT ANXIEUX OU DEPRESSIF (Test HAD)**

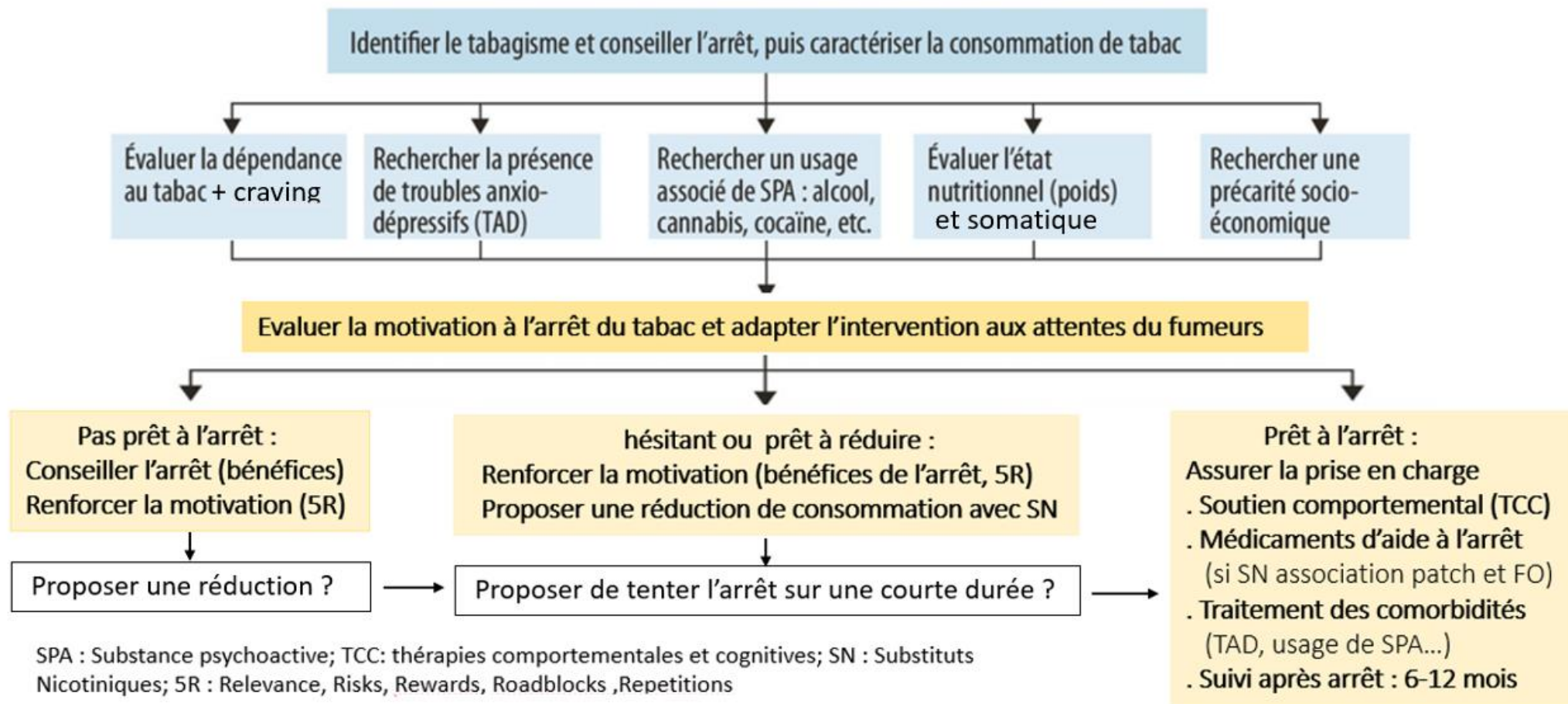
Ce questionnaire a pour but de vous aider à mieux percevoir ce que vous ressentez. Lisez chaque question et entourez la réponse qui convient le mieux à ce que vous avez ressenti ces derniers jours. Donnez une réponse rapide - votre réaction immédiate est celle qui convient le mieux à votre état.

A. Je me sens tendu, énermé :	1 - jamais	2 - souvent	3 - presque tout le temps	4 - toujours
D. J'ai peu senti gai et de bonne humeur :	1 - jamais	2 - souvent	3 - presque tout le temps	4 - toujours
A. J'ai la bougonne et je ne suis pas en place :	1 - oui, tout le temps	2 - souvent	3 - presque tout le temps	4 - toujours
D. J'ai souvent senti de plaisir à faire les choses qui me plaisent habituellement :	1 - jamais	2 - souvent	3 - presque tout le temps	4 - toujours
A. J'ai une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible allait arriver :	1 - jamais	2 - souvent	3 - presque tout le temps	4 - toujours
D. Je suis sûr et sûr de moi :	1 - jamais	2 - souvent	3 - presque tout le temps	4 - toujours
A. J'ai une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible allait arriver :	1 - jamais	2 - souvent	3 - presque tout le temps	4 - toujours
D. Je suis sûr et sûr de moi :	1 - jamais	2 - souvent	3 - presque tout le temps	4 - toujours

**Score HAD :** 0-7 : pas ou peu d'anxiété/dépression ; 8-10 : anxiété/dépression légère ; 11-15 : anxiété/dépression modérée ; 16-21 : anxiété/dépression sévère ; 22-27 : anxiété/dépression très sévère ; 28-33 : anxiété/dépression très sévère.



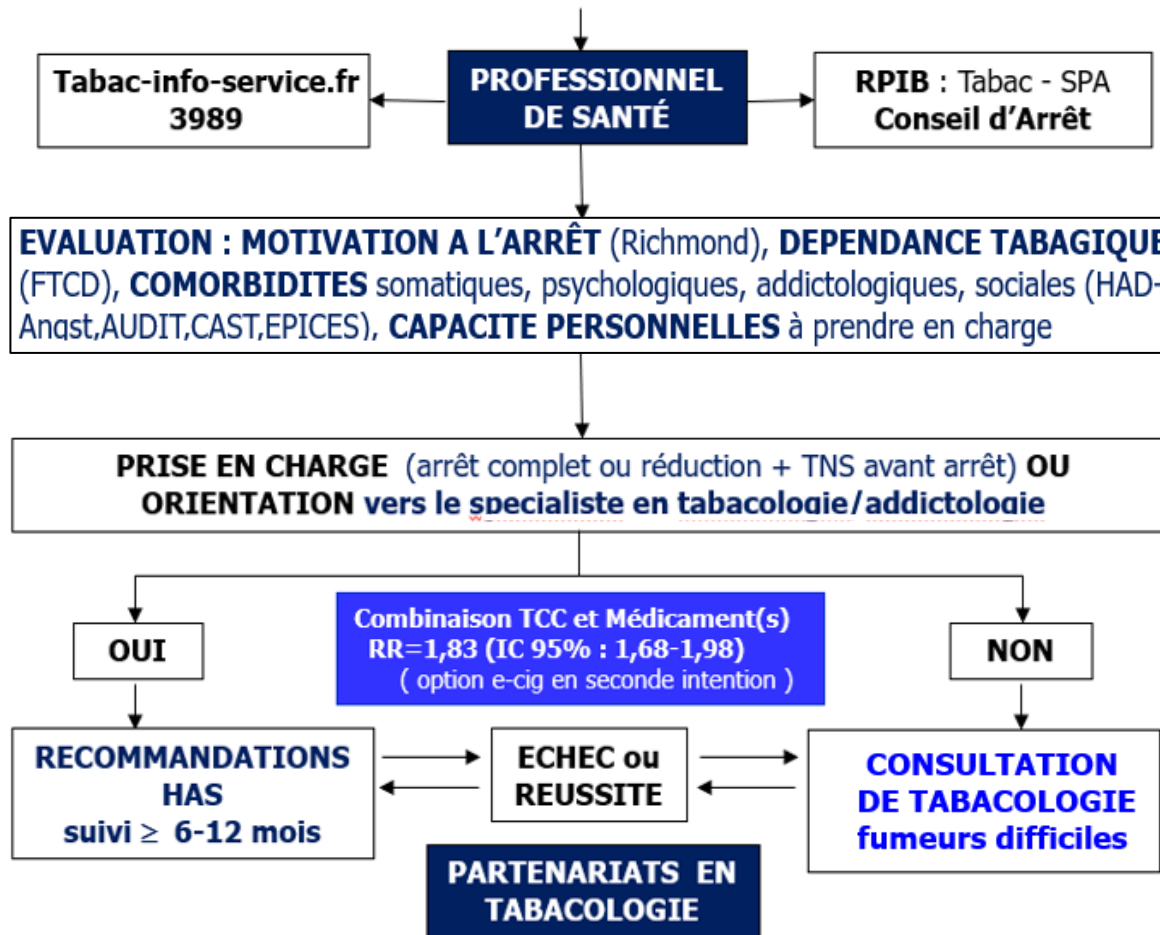
## SYNTHESE : EVALUATION ET PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE TABAGIQUE





# PLACE DES PROFESSIONNELS

## DEMANDE D' AIDE A L' ARRET D' UN FUMEUR OU IDENTIFICATION D' UN TABAGISME



Perriot J, et al. *Alcoologie Addictologie* 2005;27:200-9

## FRENCH TOBACCO CRAVING QUESTIONNAIRE (FTCQ-12)

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

TOTAL =

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

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

## MINNESOTA WITHDRAWAL NICOTINE SCALE

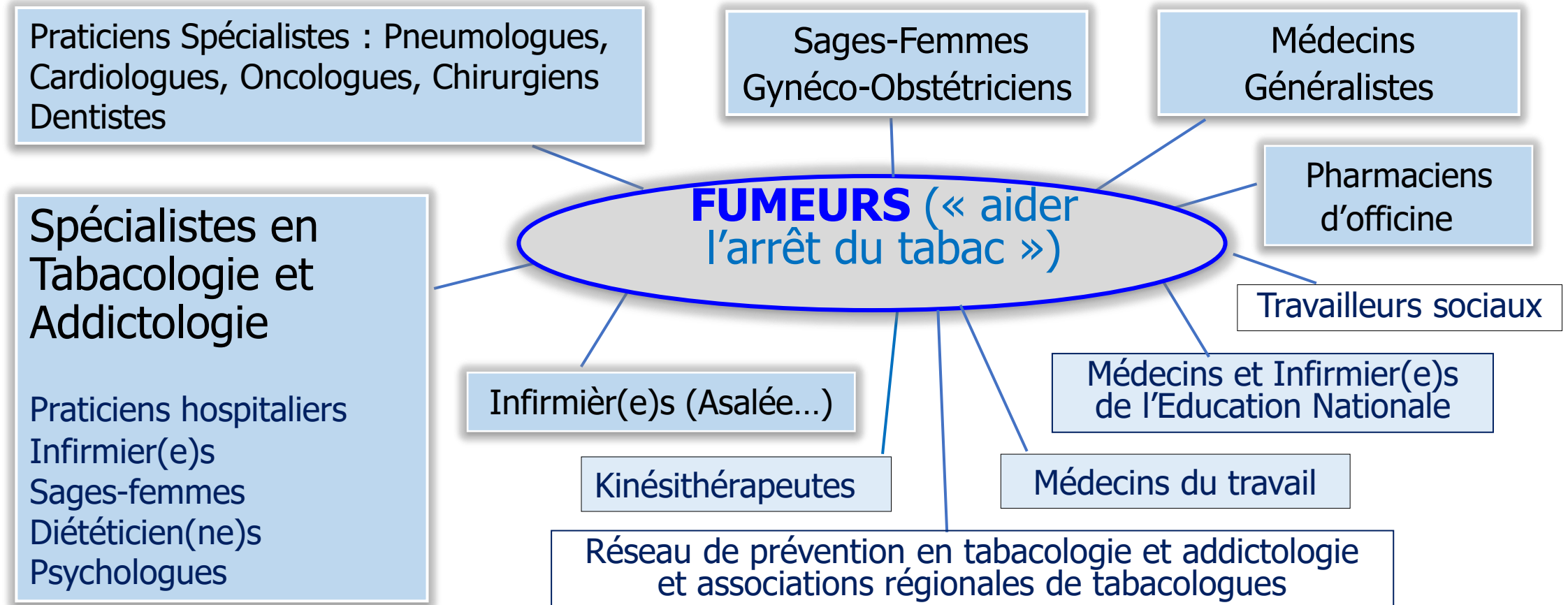
Hugues J, et al. *Tob Control* 1998; 7:92-3.

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

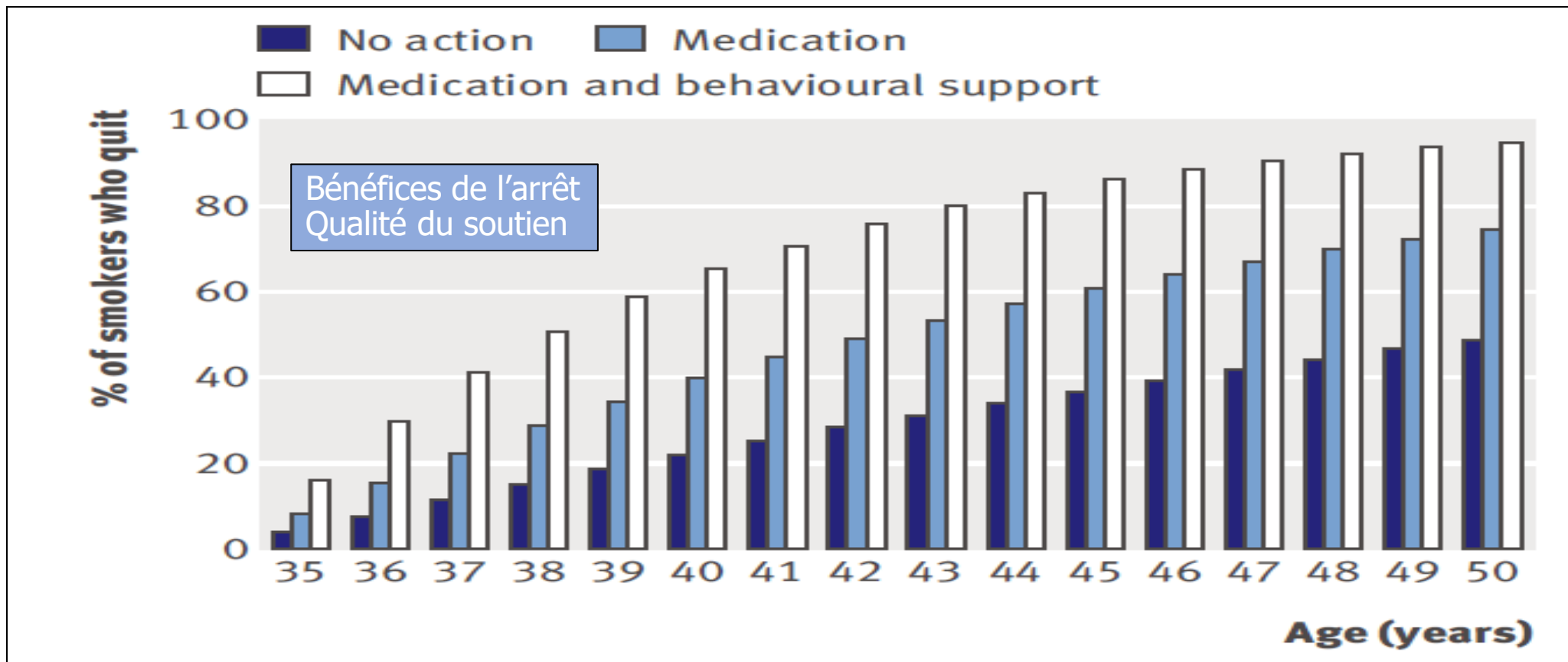
	Non présent	Léger	Modeste	Modéré	Sévère
1. En colère, irritable, frustrée	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2. Anxieuse, nerveuse	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3. Humeur dépressive, tristesse	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4. Envie de fumer	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5. Difficulté de concentration	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
6. Appétit augmenté, faim ou prise de poids	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7. Insomnie, problèmes de sommeil, réveils la nuit	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
8. 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"/>

## MODALITES D'OPTIMISATION DE LA PRISE EN CHARGE

### 1 - PARTENARIAT D'INTERVENTION



## 2 - QUALITE ET COMPLEMENTARITE DES PRISES EN CHARGE



### 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

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

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

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

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

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

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

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

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

# POUR EN SAVOIR PLUS

- HAS. Recommandation de Bonne Pratique : Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien dans l'abstinence en premier recours. Oct, 2014.
- Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Agency for Healthcare Research and Quality, 2008 update.
- Interventions for Tobacco Cessation in Adults, Including Pregnant Persons Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force Agency for Healthcare Research and Quality, Jan 2021.
- Initiating Pharmacologic Treatment in Tobacco-dependent Adults. An official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. *Am J Respir Crit Care Med.* 2020; 202:e5-e31.
- Underner M, Le Houezec J, Perriot J, et al. Tests for evaluating tobacco dependence. *Rev Mal Respir* 2012;29(4):462-74.
- Wirth N, Perriot J, Stoebner A, et al. Tabagisme in « *La pneumologie fondée sur les preuves, sous l'égide de la SPLF, coordination S. Marchand-Adam* ». 5e Ed; Editions Margaux Orange, 2017.
- Underner M, Perriot J, Peiffer G, et al. Effets de l'activité physique sur le syndrome de sevrage et le craving à l'arrêt du tabac. *Rev Mal Respir* 2016; 33(6):431-443.
- Hollands, Gareth J, Farley A, et al. Interventions to increase adherence to medications for tobacco dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;8(8):CD00914.
- Berlin I, Maman K, Thomas D. Livre blanc. Rôle du pharmacien d'officine dans l'initiation et l'accompagnement du fumeur dans son parcours de sevrage tabagique. Novartis Santé Familiale SAS,2014.
- George TP. *Medication treatments for nicotine dependence.* CRC Press, 2006.
- Perriot J. La conduite de l'aide au sevrage tabagique. *Rev Mal Respir* 2006; 23(Suppl1):3S85-3S105.
- Dautzenberg B, Adler M, Garelik D, et al. Office français de prévention du tabagisme. Adaptations to the management of smoking cessation with the arrival of e-cigarette ? (OFT). *Rev Mal Respir* 2014;31(7):641-5.
- Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Lindson N et al. Electronic cigarette for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;10(10):CD010216.
- HCSP. Avis relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique ou e-cigarette étendus en population générale. Paris,2021.

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

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

Seidman DF, Covey LS. *Helping the Hard-core smoker*. Lawrence Erlbaum Publishers, 1999.

Emery S, Gilpin EA, Ake C et al. Characterizing and identifying "hard-core" smokers: implications for further reducing smoking prevalence. *Am J Pub Health* 2000 ; 90 (3) : 387-94.

Augustson EM, Marcus S. Use of the current population survey to characterize subpopulations of continued smokers: a national perspective on the "hardcore" smoker phenomenon. *Nicotine Tob Res* 2004 ; 6(4) : 621-9.

Perriot J. L'aide à l'arrêt du tabagisme des fumeurs irréductibles. *Le Courrier des Addictions* 2010 ; 12 (1) : 15-17.

Perriot J, Underner M, Peiffer G, et al. Helping the « hard-core smokers ». *Rev Mal Respir* 2012 ; 29 (4) : 448-451.

Joly B, D'Athis P, Gerbaud L, et al. Smoking cessation attempts: is it useful to treat hard core smokers ? *Tob Ind Dis* 2016 ; 14:34.

Jiménez-Ruiz CA, Andreas S, Lewis KE, et al. Statement on smoking cessation in COPD and other pulmonary diseases and in smokers with comorbidities who find it difficult to quit. *Eur Respir J* 2015 ; 46 (1) : 61-79.

Perriot J, Mathern G, André E, et al. Le sevrage tabagique des fumeurs très dépendants. *Rev Med Liege* 2013 ; 68 (5-6) : 256-61.

Buchanan T, Magee CA, V See H, et al. Tobacco harm reduction: are smokers becoming more hardcore. *J Public Health Policy*. 2020 ; 41 (3) : 286-302.

Joly B, Perriot J, d'Athis P, et al. Success rates in smoking cessation: Psychological preparation plays a critical role and interacts with other factors such as psychoactive substances. *PLoS One*. 2017 ; 12 (10) : e0184800.

Vorspan F, Brousse G, Van Den Brinck W. Editorial: Dual disorders (addictive and concomitant psychiatric disorders) : Mechanisms and treatment. *Front Psychiatry* 2022;13:975674.

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

Perriot J, Underner M, Peiffer G, Arvers P. Smoking cessation in smokers with pulmonary Langerhans cell histiocytosis considerations from the management of ten patients. *Rev Mal Respir* 2021 ; 38 (2) :157-163.



## CAS CLINIQUE 1

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

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

### **Le bilan initial a montré :**

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

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

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

## CAS CLINIQUE 2

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

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

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

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

### **Le bilan initial a montré :**

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

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

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

## CAS CLINIQUE 3

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

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

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

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

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

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

## Questions 1 :

Quelle est votre première impression clinique ?

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

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

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

## Questions 2 :

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

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

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

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



**Cancer bronchique** (LSD - endoscopie histologie : ADK).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les symptômes d'un épisode dépressif caractérisé doivent :

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

Les symptômes d'un épisode dépressif caractérisé doivent :

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

## Symptômes d'un épisode dépressif caractérisé

### Au moins 2 symptômes principaux :

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

### Au moins 2 des autres symptômes :

- concentration et attention réduite ;
- diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi ;
- sentiment de culpabilité et d'inutilité ;
- perspectives négatives et pessimistes pour le futur ;
- idées et comportement suicidaires ;
- troubles du sommeil ;
- perte d'appétit.

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



## CAS CLINIQUE 4

### Histoire clinique.

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

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

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

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

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

**Que pensez vous de ce bilan et que proposeriez vous au patient ?**

# Quelle est la situation du patient et que lui proposer ?

## Situation du patient ?

### « fumeur difficile ».

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

## Quelle prise en charge lui proposeriez vous ?

### Sevrage tabagique.

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

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

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

## Que pensez de certains résultats ?

### - TTFC 5 mn ?

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

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

### - CO expiré : 45 ppm ?

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

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

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

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

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

### - Déterminants de l'arrêt du tabac ?

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

Précarité sociale (niveau de formation).

Niveau de motivation à l'arrêt.

Existence ou non de TAD et/ou de SUD.

Pharmacothérapie d'aide à l'arrêt.

*Tabac : comprendre la dépendance pour agir*. Inserm, 2004

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

### Selon l'HAS 2014 <sup>1</sup>

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

### Selon l'ATS 2020 <sup>4</sup>

- Privilégier varénicline (vs. substituts nicotiques et bupropion) dans toutes les situations

**Rappel : V** CI grossesse **B** CI absolue : Epilepsie et antécédents ou risque, CI: grossesse

## Quelles sont les règles d'optimisation du traitement par SN ? <sup>1,5-7</sup>

## Quelle choix posologique initial en SN serait le votre ?

## Quand feriez vous le premier ajustement posologique ?

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

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

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

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

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

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

## DEUXIEME CONSULTATION (J7 : 7<sup>ème</sup> de la tentative d'arrêt)

**La SN a été assurée par 2 patchs 21mg/24h (42mg) + pastilles à sucer à 2,5 mg (Ad. Libitum).**

Il fume 12 cig./j et ressent l'envie de fumer associée à une irritabilité et des difficultés de concentration (en dépit de l'utilisation de 10 pastilles/j + 2 patchs). Il veut toujours fermement arrêter de fumer !

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

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

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

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

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

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

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

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

## TROISIEME CONSULTATION (J21).

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

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

### Que pensez vous de

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



## Conseil d'utilisation de l'e-cig

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

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

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

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

## SEPTIÈME CONSULTATION (J180).

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

## Attitude ?

**RP et TDM thorax réalisés.**

**Quel diagnostic évoquez vous ? Attitude ?**

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

**Tuberculose BP** (Fumeur vs. Non Fumeur).

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

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

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

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

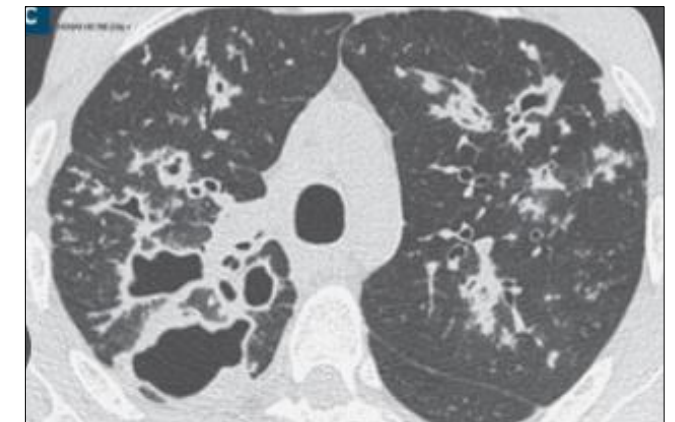
**Sevrage tabagique** (UAL, CH & CLAT : TM et ITL).

Amélioration des chances de guérison sans récurrence.

Meilleure observance du traitement antituberculeux.

Limitation du risque ou de l'importance des séquelles.

Durée d'hospitalisation plus courte.



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

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

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

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

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

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

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

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

## TEST D 'EVALUATION DE LA MOTIVATION

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

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

## TEST DE DEPENDANCE A LA CIGARETTE (FTCD)

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

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

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

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

# TEST HONC (Hooked\* on Nicotine Checklist)

(Adolescents et adultes : 2 réponses positives: dépendance)

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

Cet outil est particulièrement adapté aux jeunes fumeurs.

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

Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer mais vous ne pouviez pas ?  Oui  Non

Fumez-vous actuellement parce que c'est vraiment difficile d'arrêter ?  Oui  Non

Avez-vous déjà pensé que vous fumez parce que vous êtes dépendant(e) du tabac ?  Oui  Non

Avez-vous déjà eu des envies impérieuses de fumer ?  Oui  Non

Avez-vous déjà senti que vous aviez vraiment eu besoin d'une cigarette ?  Oui  Non

Est-ce difficile de ne pas fumer aux endroits où c'est interdit ? (ex le lycée)  Oui  Non

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

Avez-vous trouvé difficile de vous concentrer sur votre travail parce que vous ne pouviez pas fumer ?  Oui  Non

Avez-vous été plus irritable parce que vous ne pouviez pas fumer ?  Oui  Non

Avez-vous senti un besoin urgent, une envie impérieuse de fumer ?  Oui  Non

Vous êtes-vous senti(e) nerveux(se), incapable de rester tranquille, ou angoissé(e) parce que vous ne pouviez pas fumer ?  Oui  Non

Vous êtes-vous senti(e) triste ou déprimé(e) parce que vous ne pouviez pas fumer ?  Oui  Non

Nombre de oui : \_\_\_\_\_

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

\*Hooked = accro, dépendant.

Craving

Craving

## SMOKERS IDENTITY SCALE (SIS)

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

---

I feel like smoking characterizes me as a person.

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

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

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

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

Smoking is a part of me.

---

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



## DÉPENDANCE PSYCHO-COMPORTEMENTALE (QCT 2 GILLIARD)

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

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

### RÉSULTAT :

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

**DÉPENDANCE :** 1+5+9+13+17+21+25

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

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

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

**D - DÉPENDANCE :** TOTAL = .. /21

**S - DIMENSION SOCIALE :** TOTAL = .. /21

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

**H - HÉDONISME/GESTE :** TOTAL = .. /21

## ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES EFFETS DES CIGARETTES

Évaluez, les bouffées de la cigarette que vous venez de fumer et répondez aux questions suivantes en cochant une des réponses possibles (*Cigarette Evaluation Scale*)

Pas du tout = 1 ; Très peu = 2 ; Légèrement = 3 ; Modérément = 4  
Beaucoup = 5 ; Enormément = 6 ; Extrêmement = 7

	1	2	3	4	5	6	7
1. A quel point <b>avez-vous aimé les bouffées</b> de cette cigarette ?							
2. Les <b>bouffées</b> de cette cigarette <b>étaient-elles satisfaisantes</b> ?							
3. Le <b>contenu en nicotine</b> des bouffées était-il élevé ?							
4. Les bouffées de cette cigarette étaient-elles <b>comparables à celles de votre cigarette habituelle</b> ?							
En utilisant la même échelle, déterminez l'impact des bouffées du fumée dans les régions suivantes ( <i>Sensory Questionnaire</i> )							
5. Sur la langue ?							
6. Dans le nez ?							
7. Dans la gorge ?							
8. Dans la trachée ?							
9. Dans la poitrine ?							

Diapositive  
M. Underner

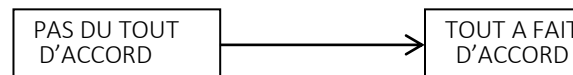
## MINNESOTA NICOTINE WITHDRAWAL SCALE (MWNS)

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

### Syndrome de sevrage

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

## FRENCH TOBACCO CRAVING QUESTIONNAIRE (FTCQ-12)



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

**Dimensions explorées :**

**Emotionnalité :** soulagement du manque et des affects négatifs

**Attente :** des effets positifs du tabac

**Compulsion :** perte de contrôle de la consommation

**Anticipation :** envisager de fumer pour connaître les effets positifs

TOTAL =

+ le score est élevé + le craving est intense.

# 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.

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

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



# REPERER ET MESURER UN TROUBLE DEPRESSIF (TD)

## Hospital anxiety depression scale (HAD)

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

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

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

## Beck Depressive Inventory (BDI-13)

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

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

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

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



# IDENTIFIER UN TROUBLE BIPOLAIRE (TB)

**Clinique** (état actuel et antécédents personnels et familiaux)

## Diagnostic d'un épisode maniaque (AFSSAPS)

EPISODE (hypo-) maniaque																		
1) a	Avez-vous déjà eu une période où vous vous sentiez tellement exalté(e) ou plein(e) d'énergie que cela vous a posé des problèmes ou que des personnes de votre entourage ont pensé que vous n'étiez pas dans votre état habituel ? <i>Ne pas perdre en compte les périodes survenant uniquement sous l'effet de drogues ou d'alcool. Si le patient ne comprend pas le sens d'exalté ou plein d'énergie, expliquer comme suit : Par exalté ou plein d'énergie, je veux dire être excessivement actif, excité, extrêmement motivé ou créatif ou extrêmement impulsif.</i> Si oui	Non	Oui	1														
b	Vous sentez-vous, en ce moment, exalté(e) ou plein(e) d'énergie ?	Non	Oui	2														
2) a	Avez-vous déjà eu une période où vous vous sentiez tellement irritable que vous en arriviez à insulter les gens, à hurler, voire à vous battre avec des personnes extérieures à votre famille ? <i>Ne pas perdre en compte les périodes survenant uniquement sous l'effet de drogues ou d'alcool.</i> Si oui	Non	Oui	3														
b	Vous vous sentez-vous excessivement irritable en ce moment ? <i>1-a ou 2-b sont-elles cotées OUI ?</i>	Non	Oui	4														
3)	Si 1-b ou 2-b = oui : explorer seulement l'épisode actuel Si 1-b et 2-b = non : explorer l'épisode le plus grave																	
	Lorsque vous vous sentiez exalté(e), plein(e) d'énergie/irritable :																	
a	Aviez-vous le sentiment que vous auriez pu faire des choses dont les autres seraient incapables, ou que vous étiez quelqu'un de particulièrement important ?	Non	Oui	5														
b	Aviez-vous moins besoin de sommeil que d'habitude (vous sentiez-vous reposé(e) après seulement quelques heures de sommeil ?)	Non	Oui	6														
c	Parliez-vous sans arrêt ou si vite que les gens avaient du mal à vous comprendre	Non	Oui	7														
d	Vos pensées défilaient-elles si vite dans votre tête que vous ne pouviez pas bien les suivre ?	Non	Oui	8														
e	Etiez-vous si facilement distrait(e) que la moindre interruption vous faisait perdre le fil de ce que vous faisiez ou pensiez ?	Non	Oui	9														
f	Etiez-vous tellement actif(ve) ou aviez-vous une telle activité physique que les autres s'inquiétaient pour vous ?	Non	Oui	10														
g	Aviez-vous tellement envie de faire des choses qui vous paraissaient agréables ou tentantes que vous aviez tendance à en oublier les risques ou les difficultés qu'elles auraient pu entraîner (faire des achats inconsidérés, conduire imprudemment, avoir une activité sexuelle inhabituelle) ?	Non	Oui	11														
	Y a-t-il au moins trois Oui en 3) ou quatre si 1-a = Non (épisode passé) ou 1-b = Non (épisode actuel) ?	Non	Oui															
4)	Les problèmes dont nous venons de parler ont-ils déjà persisté pendant au moins une semaine et ont-ils entraîné des difficultés à la maison, au travail, à l'école ou dans vos relations avec les autres ou avez-vous été hospitalisé(e) à cause de ces problèmes ? Coter Oui, si Oui à l'un ou l'autre	Non	Oui	12														
	4) est-elle cotée Non ?	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Episode hypomaniaque</td> </tr> <tr> <td>Actuel</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Passé</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Non Oui</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Episode hypomaniaque</td> </tr> <tr> <td>Actuel</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Passé</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			Episode hypomaniaque		Actuel	<input type="checkbox"/>	Passé	<input type="checkbox"/>	Non Oui		Episode hypomaniaque		Actuel	<input type="checkbox"/>	Passé	<input type="checkbox"/>
Episode hypomaniaque																		
Actuel	<input type="checkbox"/>																	
Passé	<input type="checkbox"/>																	
Non Oui																		
Episode hypomaniaque																		
Actuel	<input type="checkbox"/>																	
Passé	<input type="checkbox"/>																	
	Si oui, spécifier si l'épisode exploré est actuel ou passé																	
	4) est-elle cotée Oui ?																	
	Si oui, spécifier si l'épisode exploré est actuel ou passé																	

## Identifier un TB devant un état dépressif ?

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

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

# IDENTIFIER ET EVALUER LE RISQUE SUICIDAIRE

**Clinique** (situation actuelle et antécédents) et **moyens d'aide** (diagnostic et évaluation)

## Mini International Neuropsychiatric Interview

French Version (1998); HAS, 2005

**Au cours du mois écoulé, avez-vous :**

C1 : Pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaité être mort(e) ? NON OUI **1**

C2 : Voulu vous faire mal ? NON OUI **2**

**C3** : Pensé vous suicider ? NON OUI **3**

**C4** : Établi la façon dont vous pourriez vous suicider ? NON OUI **4**

**C5** : Fait une tentative de suicide ? NON OUI **5**

**Au cours de votre vie,**

**C6** : Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ? NON OUI **6**

Y a-t-il au moins **UN** oui ci-dessus ? NON OUI

Si oui, spécifier le niveau du risque suicidaire comme ci-dessous :

**C1 ou C2 ou C3 = OUI** → Risque suicidaire actuel **LÉGER**

**C3 ou (C2 + C6) = OUI** → Risque suicidaire actuel **MOYEN**

**C4 ou C5 ou (C3 + C6) = OUI** → Risque suicidaire actuel **ÉLEVÉ**

1 ou 2 ou 6 = OUI : léger  
3 ou (2+6) = OUI : moyen  
4 ou 5 ou (3+6) = OUI : élevé

## Echelle d'évaluation du risque suicidaire

Ducher JL , et al. *L'Encéphale* 2006 ; 32 : 738-45

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

## QUESTIONNAIRE AUDIT USAGE NOCIF D'ALCOOL ET DEPENDANCE

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

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

## QUESTIONNAIRE CAGE - DETA

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

**2 « OUI » : problème avec l'alcool ?**  
**3 « OUI » : alcoolo-dépendance**

Ne pas dépasser 2 UA/J 5J/sem  
Maximum de 3UA en 1fois  
Conduite auto : zéro alcool

## TEST CAST (Cannabis Abuse Screening Test)

Avez-vous déjà fumé du cannabis **avant midi** ?

Avez-vous déjà fumé du cannabis **lorsque vous étiez seul(e)** ?

Avez-vous déjà eu **des problèmes de mémoire** à cause de votre consommation de cannabis ?

**Des amis ou des membres de votre famille** vous ont-ils déjà dit que vous devriez **réduire** votre consommation sans y arriver ?

Avez-vous déjà essayé de **réduire** ou d'**arrêter** votre consommation de cannabis **sans y arriver** ?

Avez-vous déjà eu des **problèmes** à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, crise d'angoisse, mauvais résultat à l'école...) ?

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

Usage quotidien  
Usage régulier ≥ 10/mois  
Usage répété < 10/mois  
Usage occasionnel  
Expérimentation



## IDENTIFIER ET EVALUER UN USAGE DE SPA

### Repérage en toute occasion CHEZ LE FUMEUR

**Anamnèse, Clinique** (usage, imprégnation, conséquences), **Questionnaires** :

- . **ASI** (*Addiction Severity Index*): Evaluation globale de l'usage et ses conséquences.
- . **Alcool**: DETA- CAGE, AUDIT
- . **Cannabis**: CAST, ADOSPA, ALAC
- . **Tabac**: FTND, MINI FTND, HONK, MWNS, FTCQ

### Marqueurs d'imprégnation – dépendance

- . **Alcool**: CDT (spécifique, sensibilité corrélée à la consommation)
- . **Cannabis**: Cannabinoïdes (**urines** : qualitatif ; **plasma** : quantitatif)
- . **Tabac**: COE, cotinine (plasma, urine, salive)

**Rechercher le mésusage de médicament: ou autre SPA (cocaïne...), d'un TCA (SCOFF)**  
**et évaluer les niveaux de précarité sociale (EPICES) et souffrance psychologique (K6)**



# ZIMBARDO TIME PERSPECTIVE INVENTORY (ZTPI)

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

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

Rapport des individus avec leur passé, présent et futur  
 - Passé positif ou négatif,  
 - Présent fataliste ou hédoniste.  
 - Futur

## EVALUER LE NIVEAU DE PRECARITE SOCIALE (EPICES)

Les 11 questions du score Epices >30,14 : précarité; > 60 : grande précarité

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

Calcul du score : chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.