

PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE TABAGIQUE DES FUMEURS « DIFFICILES »

Docteur Jean PERRIOT
Dispensaire Emile Roux
Clermont-Ferrand
jean.perriot@puy-de-dome.fr



DIU Tabacologie
Clermont-Ferrand - 2017



INTRODUCTION

QUELLE JUSTIFICATION A TRAITER CE SUJET ?

COMMENT DEFINIR LE « FUMEUR DIFFICILE » ?

QUELLE STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE PROPOSER ?

COMMENT LE DEFINIR ?



CLASSIFICATION DES FUMEURS

USA

Current smoker

Intermittent smoker

Daily smoker

Chipper

Established smoker

Heavy chronic smoker

Hard-core smoker

FRANCE

Fumeur

F. intermittent

F. quotidien

Petit fumeur

F. endurci

Gros fumeur dépendant

Fumeur irréductible

**FUMEURS
DIFFICILES**

HARD-CORE SMOKERS (HCS) : DEFINITION COMMUNE

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

DIFFERENTES ENQUETES

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

CARACTERISQUES DES HCS (vs autres fumeurs).

PARAMETRES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

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

PARAMETRES DE CONSOMMATION TABAGIQUE

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

ILS CONSTITUENT UNE POPULATION SPECIFIQUE¹

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

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

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

The *p* values, based on SUDAAN-adjusted chi-square or analysis of variance, are for differences between sample weights for hardcore smokers vs. each comparison group comprised of only nonhardcore smokers.

^aAge is presented as a continuous (mean age per group) and categorical variable.

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

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

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

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

The *p* values, based on SUDAAN-adjusted chi-square or analysis of variance, are for differences between sample weights for hardcore smokers vs. each comparison group comprised of only nonhardcore smokers.

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

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

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

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

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

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

The *p* values, based on SUDAAN-adjusted chi-square or analysis of variance, are for differences between sample weights for hardcore smokers vs. each comparison group comprised of only nonhardcore smokers.

^aDenominator restricted to those individuals who are currently employed.

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

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

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

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

Both models control for current age, age at smoking onset, and total years smoked.

^aFor these models, individuals not currently employed were included and considered not to have contact with work restrictions or employer assistance.

PREVALENCE DU PHENOMENE « HARD-CORE »

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

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

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

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

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

**Comparaison
HCS Femmes
vs HCS Hommes**
HCS Femmes
vs autres fumeurs
femmes

Table 3.

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

Variable	Model 1 Female hardcore smokers vs. male hardcore smokers OR (95% CI)	Model 2 Female hardcore smokers vs. female other smokers OR (95% CI)
Currently married (Yes)	1.06 (0.89-1.26)	1.19 (1.00-1.41)
Contact with work smoking restrictions (Yes) ³	1.69 (1.39-2.07)	1.25 (1.08-1.45)
Contact with healthcare provider, advice to quit in last year ⁴ (Yes)	0.50 (0.42-0.60)	1.39 (1.20-1.61)
Smoking not allowed in home (Yes)	1.45 (1.14-1.86)	2.32 (1.88-2.88)

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

²Female hardcore group is referent group for the analyses.

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

⁴For these models, individuals who had not seen a healthcare provider during the last 12 months were included and considered to not have received provider advice to quit in that time frame.

HCS : 7 DEFINITIONS REPERTORIEES.

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

NOTION DE « FUMEURS DIFFICILES »

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

Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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

Respiratoires
Formation

REVUE GÉNÉRALE
Le sevrage tabagique des « fumeurs difficiles »
Helping the “hard-core” smokers

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

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

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

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

KEYWORDS
Tobacco dependence;

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

© 2012 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

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

UNE DEFINITION SIMPLE¹

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

LES CONSULTANTS EN TABACOLOGIE²

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

« HARDENING HYPOTHESIS »

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

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

The Case for Hardening of the Target

John R. Hughes

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

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

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

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

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

Warner KE, et al. *Nicotine Tob Res* 2003 ; 5(1) : 37-48 Fagerström KO, et al. *Addiction* 2008 ; 103 : 841-45 Irvin JE, et al. *Nicotine Tob Res* 2003 ; 5(1) : 27-35

Autres facteurs rendant l'arrêt du tabagisme difficile

Facteurs cognitifs, affectifs, environnementaux

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

Association d'une pathologie mentale

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

Déficits socio-économiques et comportements de santé inadaptés

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

AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES

Prévalence supérieure du tabagisme dans la population psychiatrique¹
Risque suicidaire associé au tabagisme (prop. nb cig/J)²

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

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



³ Conférence d'experts. OFT, 2009

CORRELATION BI-DIRECTIONNELLE ENTRE TABAGISME ET DEPRESSION³

CATEGORIE DES FUMEURS DIFFICILES³

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

FUMEURS SCHIZOPHRENES (vs autres F)

- consommation supérieure OR=3,1 (2,4-3,8)⁴
- dépendance élevée (FTND)
- mésusage de SPA plus fréquent (x 2 à 20)⁵
- BPCO plus fréquentes⁶
- Mortalité cardiaque (x6) ou respiratoire (x5)³
- précarité psychologique et socio-économique⁷

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

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

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

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

CO-CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (SPA)

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

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

103 patients sous méthadone (New South
Wales, Australie). Situation tabagique :
**84% F ; 80% F Dep ; précarité sociale ;
50% prêt à l'arrêt ; HCS : 33,8%**

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

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

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

Propositions

Thérapeutiques

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

TABAGISME ET BRONCHO-PNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE (BPCO)

CLINICAL YEAR IN REVIEW

Smoking cessation and COPD

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

BPCO légères — fumeurs 54% à 77%
BPCO sévères — fumeurs 38% à 51%

FUMEURS BPCO vs Fumeurs non BPCO

Consommation et dépendance supérieure

Précarité sociale plus marquée

Fréquence des troubles anxio-dépressifs

Anxiété et dépression (échec du sevrage)

Consommation associée de SPA x2 ou 3

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

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

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

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

Patten SB, et al. *Psychosomatics* 2007;48:496-501

SEVRAGE : médicaments d'aide + interventions comportementales (forte intensité)

Strassman R, et al. *Eur Respir J* 2009 ; 34 : 634-40

REDUCTION DE LA CONSOMMATION - HARM REDUCTION

Anthonisen NR, et al. *JAMA* 1994 ; 272 : 1497-1505

Anthonisen NR, et al. *Ann Intern Med* 2005 ; 142 : 233-39

Calverley P, et al. *N Engl J med* 2007 ; 356 : 775-89

Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2010 ; 27 : 1150-1163

PRECARITE SOCIALE

Faible niveau de revenu, instabilité dans le présent, insécurité face à l'avenir

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



ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



REVUE GÉNÉRALE

Sevrage tabagique des fumeurs en situation de précarité sociale

Smoking cessation and social deprivation

F. Merson^{a,*}, J. Perriot^a, M. Underner^c,
G. Peiffer^d, N. Fieulaîne^b

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

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

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

KEYWORDS
Social inequalities;
Smoking cessation;

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

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

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

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

FUMEURS PRECAIRES (vs non précaires)

Intentions comportementales d'arrêts inférieures

Reid JL, et al. *Nicotine Tob Res* 2010;12:S20-S33

Niveau de dépendance nicotinique supérieur

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

Intensité du craving plus élevé

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

Faible sentiment d'auto efficacité

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

Décision d'arrêt fragile, troubles de la temporalité

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

Troubles anxiodépressifs, co-consommations SPA

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

Expériences passées d'arrêts plus mauvaises

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

STRATEGIES DE PRISE EN CHARGE

Merson F, et al. *Med Liège* 2015 ; 70 : 44-8

Deschenau A, et al. *Rev Mal Respir* 2017 ; 34 : 44-52

LES FUMEURS VIH+ PEUVENT ETRE CLASSE « DIFFICILES »

Mortality Attributable to Smoking Among HIV-1-Infected Individuals: A Nationwide, Population-Based Cohort Study

Helleberg M, et al. *Clin Infect Dis* 2013 ; 56(5) : 727-34

2 921 HIV+ / 10 642 sujets contrôlés (non HIV)
Fumer accroît le risque de mortalité

F (HIV) MR = 17,6 (IC 95% : 13,3%-21,2)

NF (HIV) MR = 4,8 (IC 95% : 3,2%-6,4)

Espérance de vie médiane à 35 ans (VIH+)

NF : 78,4 ans F = 62,6 ans (-12,3 ans)

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

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

81 U spé. 583 patients VIH+ (fumeurs 43%)

Facteurs associés au tabagisme

Mésusage d'alcool OR = 2,50 (IC 95%:1,20-5,23)

Usage SPA illicites OR = 2,43 (IC 95%:1,41-4,19)

Ruptures familiales OR = 1,81 (IC 95%:1,16-2,85)

50% utilisaient des psychotropes.

Corrélation entre FTND et substitution opiacée

ARRETER DE FUMER DEMEURE UNE EPREUVE DIFFICILE

RECOMMANDATIONS D'AIDE A L'ARRET (GROSSESSE-ADOLESCENCE)

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

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

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

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

TNS efficace si observance (OR = 2,47 ; 1,32-4,63)

DEFICIT DE SOUTIEN AU FUMEUR LORS DU SEVRAGE

Raupach T, West R, Brown J. The most « successfull » method for failing to quit smoking is unassisted cessation. *Nicotine Tob Res* 2013 ; 15(3) : 748-9

FUMEUR AGE

Zbikowski SM, et al. *Maturitas* 2012 ; 71(2) : 131-41

FUMEUR ATTEINT DE PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE

Thomas D, et al. *Curr Opin Cardiol* 2010 ; 25 : 469-77

FUMEUR ATTEINT DE LA MALADIE DE CROHN

Underner M, et al. *Presse Med* 2016 ; 45 : 390-402

ADDICTION AU TABAC : MALADIE CHRONIQUE (SUD=DSM5)

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

SUBSTANCE USE DISORDER DSM-5

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

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

Moderate : 2 à 3 critereria positive

Severe : 4 or more critereria positive

STRATEGIE GENERALE DE LA PRISE EN CHARGE



TABAGISME : ENJEU DE SANTE PUBLIQUE MONDIAL

2012 : 6.10⁶ décès 2030 : 8.10⁶ décès
Pays émergents : 80% des décès

Chine : 1,2.10⁶ décès/an en 2030
35% consommation du tabac mondial

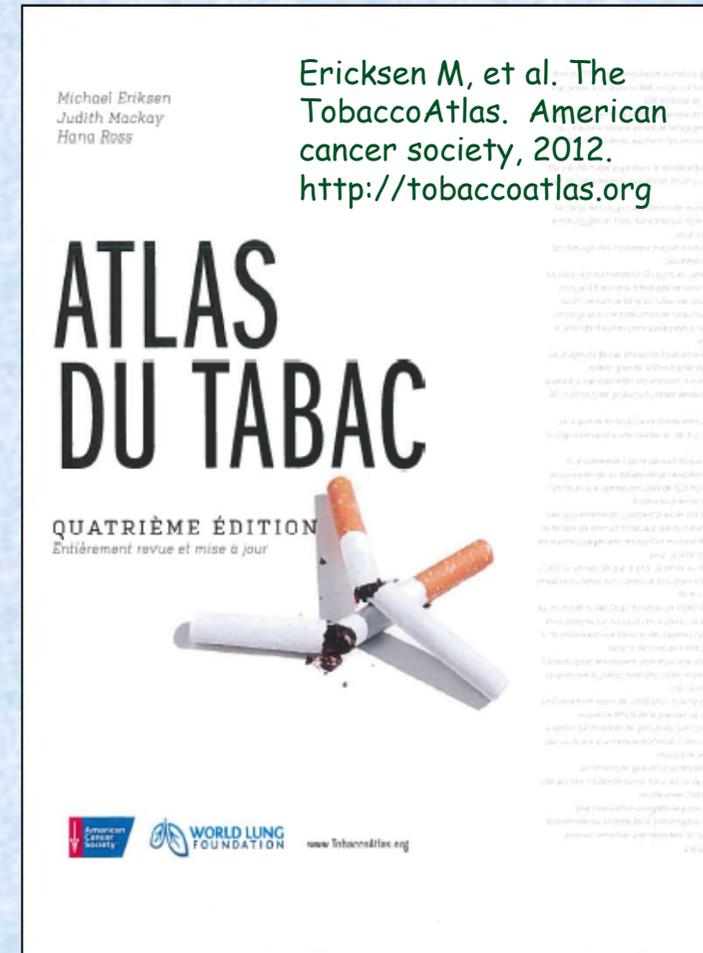
Convention cadre de lutte contre le tabagisme CCLT (OMS 2003)

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

Politiques de lutte nationales : France

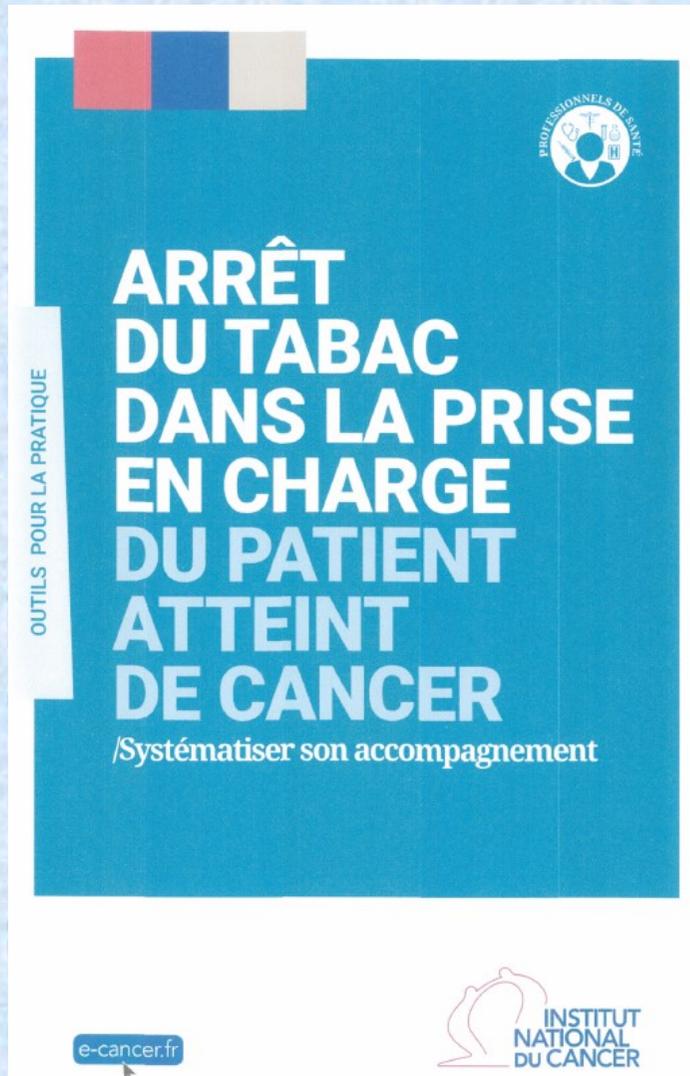
Mesures fiscales
Interdiction de fumer dans les lieux publics
Interdiction de publicité, promotion, parrainage
Avertissements sanitaires

Soutien renforcé aux fumeurs, rembourser les Tt



INTERET CHEZ LE FUMEUR DIFFICILE ?

GUIDES D'INTERVENTION POUR LES PRATICIENS



The image shows a table of contents for the guide "Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours". The table is organized into three main sections, each with a title and a list of topics. The first section is "Recommandation de bonne pratique" (October 2014), the second is "Principes généraux", and the third is "Stratégie thérapeutique". Each topic is represented by a blue button with a magnifying glass icon.

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

- Messages clés
- Dépistage
- Objectif principal
- Évaluation initiale

Principes généraux

- Autres traitements et méthodes
- Traitements recommandés en première intention
- Traitements non recommandés
- Stratégie thérapeutique

Stratégie thérapeutique

- Réduction accompagnée de la consommation
- Cigarettes électroniques
- Rôle du pharmacien d'officine
- Arrêt temporaire de la consommation
- Situations particulières
- Prise en charge financière
- Formation des professionnels
- Pour en savoir plus

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

Hardcore smokers in Norway 1996-2009.

Lund M, Lund KE, Kvaavik E.

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

Norvège 1996-2009

Prévalence tabagisme
16-24 ans : 30 → 15%

Prévalence HCS
30 → 23%

Table 2.

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

Predictor variables	Daily hardcore smoker vs. all other smokers		
	n/N	OR (95% CI)	AOR (95% CI)
Gender			
Female	736/2,591	1.00	1.00 (ref.)
Male	811/2,675	1.10 (0.97-1.24)	1.16 (1.02-1.31)
Age group, years			
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)	2.21 (1.89-2.58)
Education level			
High	204/1,100	1.00	1.00 (ref.)
Low	1,317/4,055	2.12 (1.79-2.50)	2.01 (1.70-2.38)
Use snus daily or occasionally			
No	1,479/4,864	1.00	1.00
Yes	68/397	0.47 (0.36-0.62)	0.54 (0.40-0.72)
Survey year			
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	140/662	0.55 (0.44-0.70)	0.55 (0.43-0.70)
2006/2007	165/623	0.75 (0.60-0.93)	0.71 (0.57-0.89)
2008/2009	121/512	0.64 (0.50-0.82)	0.59 (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 = adjusted odds ratio; OR = odds ratio; n = number of hardcore smokers in each category; N = total number in the category.

Hard-core smokers

Age supérieur

Niveau de formation
inférieur

Moins utilisateurs de
snus

Prévalence diminuée
depuis 2003

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

Brown A, et al. *Nicotine Tob Res* 2009 ; 11(8) : 924-32

TRAITEMENTS D'AIDE POUR « FUMEURS DIFFICILES » ?

TRAITEMENTS ACTUELS

TNS, Varénicline, Bupropion
Nortriptyline, vaccin antinicotine
Thérapies cognitivo-comportementales
Stratégies de réduction de risques

VOIES D'OPTIMISATION

Formes galéniques nouvelles de TNS

Islam N, et al. *Drug Discov Ther* 2012 ;6:123-32

Combinaison des médicaments du sevrage

Peiffer G. CPLF. Lille, 2013

Progrès en pharmacogénétique

Bloom AJ, et al. *Pharmacogenet Genomics* 2013

Traitement personnalisé (phénotype fumeur)

Minas M, et al. *J Subst Abuse Treat* 2013;44:288-94

Sevrage : traitement de longue durée

Joseph AM, et al. *Arch Intern Med* 2011;171:1894-900

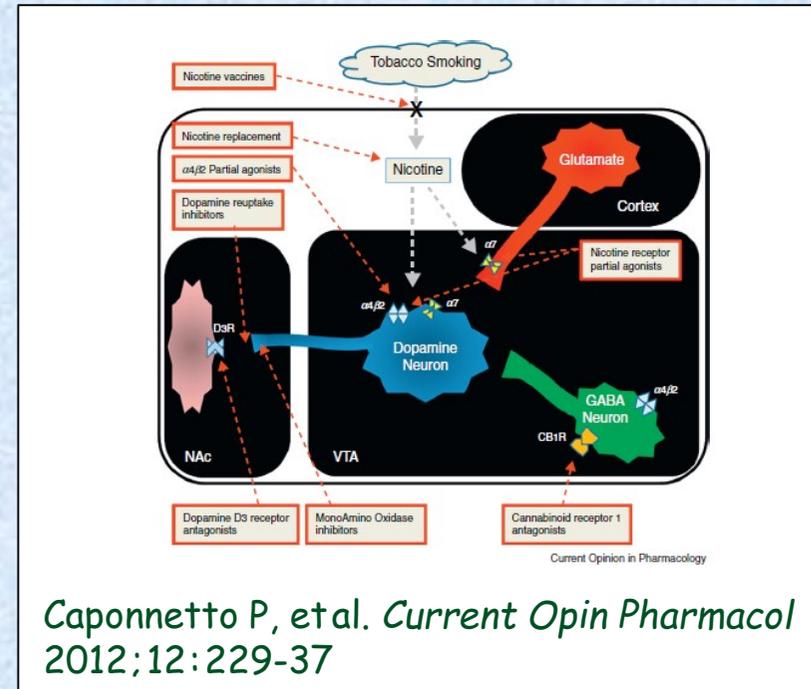
Réduction vers l'arrêt

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

Réduction de risque (Snus, e-cig)

Mc Neil A, et al. *J Psychopharmacol* 2013;27:13-8

PERSPECTIVES THERAPEUTIQUES



Stimulation cérébrale (r TMS)

Wing VC, et al. *Brain Stimul* 2013;6:221-30

Impact sur les NACH R centraux

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

Traitement spécifique du craving ?

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

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

Département de psychiatrie
Mount Sinai School of Medicine, New York (États-Unis)
Professeur adjoint de clinique
Département de psychiatrie
Université de Montréal, Montréal (Canada)

Julie Bruneau, M.D., M. Sc.
Professeure agrégée

Département de médecine familiale
Université de Montréal, Montréal (Canada)

Yasmin L. Hurd, Ph. D.
Professeure

Département de psychiatrie
Département de pharmacologie et systèmes thérapeutiques
Département de neuroscience
Mount Sinai School of Medicine, New York (États-Unis)

Correspondance

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

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

Téléphone : 212-241-9976

Courriel : Didier.Jutras-Aswad@mssm.edu

TRAITEMENT DU CRAVING ?

« désir impérieux de consommer une drogue conditionnée par une envie quasi-instinctuelle d'en profiter sans délai »

Le soulagement du syndrome de sevrage permet l'arrêt mais n'empêche pas la rechute

Rôle du craving dans la rechute ?

Berlin I, et al. *Drug Alcohol depend* 2013;132(3):513-20

Wray JM, et al. *Nicotine Tob Res* 2013;15:1167-82

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

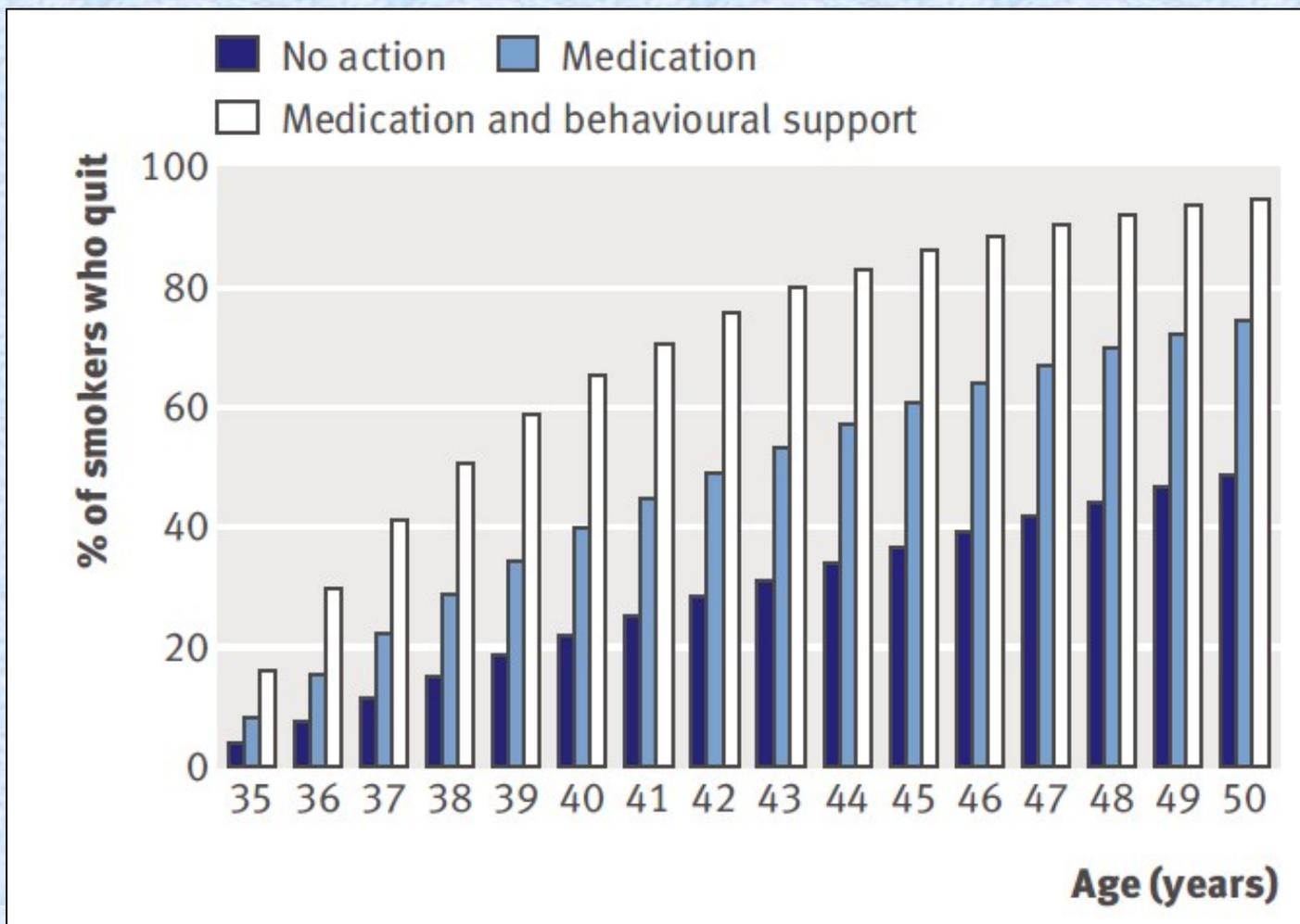
Craving : mieux le définir et le mesurer.

Mieux comprendre son ou ses mécanisme(s).

Addiction au tabac : maladie chronique (DSM-5)

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

ASSURER L'AIDE OPTIMALE A CHAQUE TENTATIVE D'ARRET



PRISE EN CHARGE RESIDENTIELLE

OR = 3,58 (IC 95% : 2,61-4,89)

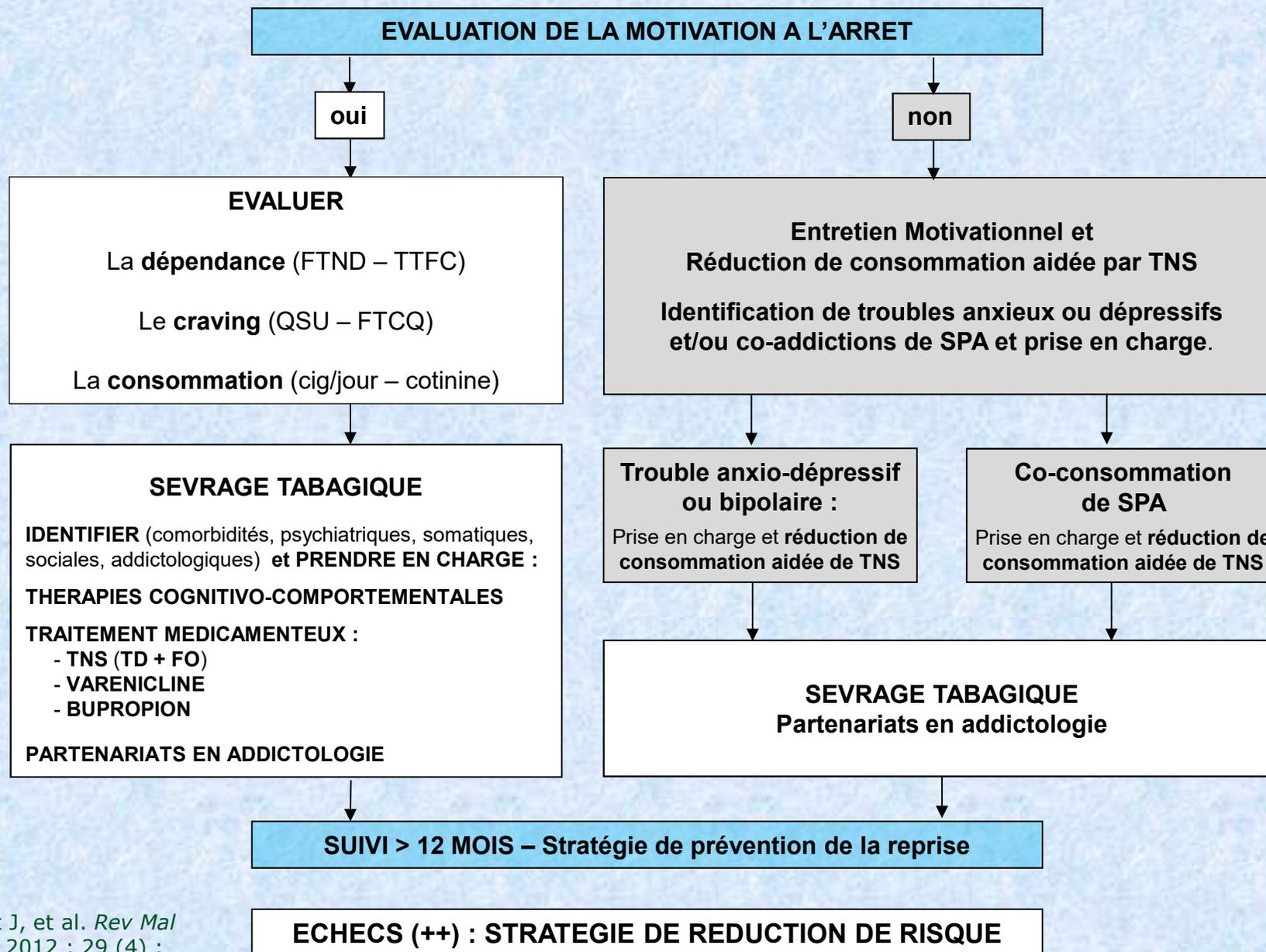
Hays JT, et al. *Mayo Clinic Proc* 2011 ; 86(3) : 203-9

SOUTIEN A DISTANCE

Internet - SMS : OR = 2,16 (IC 95% : 1,77-2,62)

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

Conduite de la prise en charge



CONCLUSION

**L'addiction au tabac est une maladie chronique
Les fumeurs difficiles en sont une parfaite illustration**

Renforcer la politique de contrôle du tabac (CCLT)

**Optimiser la prise en charge des fumeurs en échec dans l'arrêt
(formation des acteurs et organisation des soins en addictologie)**

**Développer la recherche en tabacologie (mécanismes de l'addiction
dont craving et moyens d'aide à l'arrêt)**

**Etablir des programmes spécifiques (information, prévention et
sevrage) pour certaines populations de fumeurs difficiles (précaires)**

Recourir à la stratégie de réduction des risques (recommandations)

CAS CLINIQUE

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

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

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

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

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

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

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

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

Questions :

Quelle est votre première impression clinique ?

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

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

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

Questions :

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

Proposez une stratégie de sevrage tabagique ? Médicaments contre indiqués ?

Questionnaire d'Hypomanie de ANGST

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

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

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