

**SEVRAGE TABAGIQUE DU  
FUMEUR « DIFFICILE » :**

**Docteur Jean PERRIOT  
Dispensaire Emile Roux  
Clermont-Ferrand  
[jean.perriot@cg63.fr](mailto:jean.perriot@cg63.fr)**

**DIU Tabacologie Clermont-Ferrand - 2015**



**PUY-DE-DÔME**  
CONSEIL GÉNÉRAL  
DU RELIEF ET DES HOMMES

# INTRODUCTION

**QUELLE JUSTIFICATION A TRAITER CE SUJET ?**

**COMMENT DEFINIR LE « FUMEUR DIFFICILE » ?**

**QUELLE STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE PROPOSER ?**



**PUY-DE-DÔME**  
CONSEIL GÉNÉRAL

DU RELIEF ET DES HOMMES

# 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**



PUY-DE-DÔME  
CONSEIL GÉNÉRAL

DU RELIEF ET DES HOMMES

## 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.



## CARACTERISQUES DES HCS (vs autres fumeurs).

### PARAMETRES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

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

### PARAMETRES DE CONSOMMATION TABAGIQUE

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

**ILS CONSTITUENT UNE POPULATION SPECIFIQUE<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> 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)	<b>58.0 (0.83)</b>	56.9 (0.39)	52.0 (0.34)**	52.1 (0.34)**	52.2 (0.27)**
Age, in years (mean) <sup>a</sup>	<b>45.6 (0.22)</b>	45.3 (0.10)	45.1 (0.09)	45.0 (0.10) *	44.7 (0.08)**
Age category <sup>a</sup>					
26–44 years	53.4 (0.89)	52.4 (0.48)**	54.0 (0.42)	54.5 (0.42)	55.8 (0.35)
45–64 years	36.8 (0.82)	40.0 (0.51)	37.3 (0.41)	36.7 (0.39)	35.5 (0.33)
64+	<b>9.7 (0.49)</b>	7.6 (0.23)	8.7 (0.19)	8.6 (0.19)	8.7 (0.16)
Race	<b>82.8 (0.64)</b>				
White	<b>82.8 (0.64)</b>	87.8 (0.30)**	79.1 (0.34)**	78.5 (0.34)**	75.5 (0.33)**
Black	10.4 (0.57)	7.2 (0.24)	12.0 (0.27)	12.4 (0.28)	13.5 (0.26)
Asian	3.9 (0.22)	2.8 (0.11)	5.3 (0.14)	5.5 (0.13)	7.1 (0.12)
Hispanic	1.5 (0.35)	1.1 (0.19)	2.2 (0.18)	2.2 (0.18)	2.4 (0.18)
Native American	1.4 (0.22)	1.1 (0.12)	1.4	1.3 (0.10)	1.4 (0.09)
Education (<13 years)	<b>71.7 (0.72)</b>	60.0 (0.43)**	59.8 (0.39)**	59.9 (0.36)**	58.1 (0.33)**
Income (<US\$30,000)	<b>51.6 (1.02)</b>	45.7 (0.43)**	45.0 (0.43)**	45.6 (0.41)**	45.0 (0.37)**

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

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

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

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) <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.

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



PUY-DE-DÔME  
CONSEIL GÉNÉRAL

DU RELIEF ET DES HOMMES



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

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

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

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

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

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

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

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

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

## PREVALENCE DU PHENOMENE « HARD-CORE »

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

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

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

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

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

**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<sup>1</sup>

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

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

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

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

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



**PUY-DE-DÔME**  
CONSEIL GÉNÉRAL

DU RELIEF ET DES HOMMES

## HCS : 7 DEFINITIONS REPERTORIEES.

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

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

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

# NOTION DE « FUMEURS DIFFICILES »

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



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

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



REVUE GÉNÉRALE

## Le sevrage tabagique des « fumeurs difficiles »

Helping the “hard-core” smokers

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

<sup>a</sup> Dispensaire Émile-Roux, centre de lutte antituberculeux (CLAT 63), centre de tabacologie, 11, rue Vaucanson, 63100 Clermont-Ferrand, France

<sup>b</sup> Unité de tabacologie, service de pneumologie, CHU de Poitiers, 86021 Poitiers, France

<sup>c</sup> Unité de tabacologie, service de pneumologie, CHR de Metz-Thionville, 57038 Metz, France

<sup>d</sup> Santé publique, 35000 Rennes, France

<sup>e</sup> Université de Nottingham, Nottingham, Royaume-Uni

<sup>f</sup> Service de psychiatrie-addictologie, CMP B, CHU de Clermont-Ferrand, 63000 Clermont-Ferrand, France

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

### MOTS CLÉS

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

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

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

### KEYWORDS

Tobacco dependence;

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

## UNE DEFINITION SIMPLE<sup>1</sup>

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

## LES CONSULTANTS EN TABACOLOGIE<sup>2</sup>

- 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 »

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

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



PUY-DE-DÔME  
CONSEIL GÉNÉRAL  
DU RELIEF ET DES HOMMES

## 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



PUY-DE-DÔME  
CONSEIL GÉNÉRAL

DU RELIEF ET DES HOMMES

# AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES

Prévalence supérieure du tabagisme dans la population psychiatrique<sup>1</sup>  
Risque suicidaire du fumeur corrélé au nombre de cigarettes fumées<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> Miller M, et al. 2000 ; 90 : 768-73



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

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

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

### FUMEURS SCHIZOPHRENES (vs autres F)

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

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

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

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

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

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



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

## 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

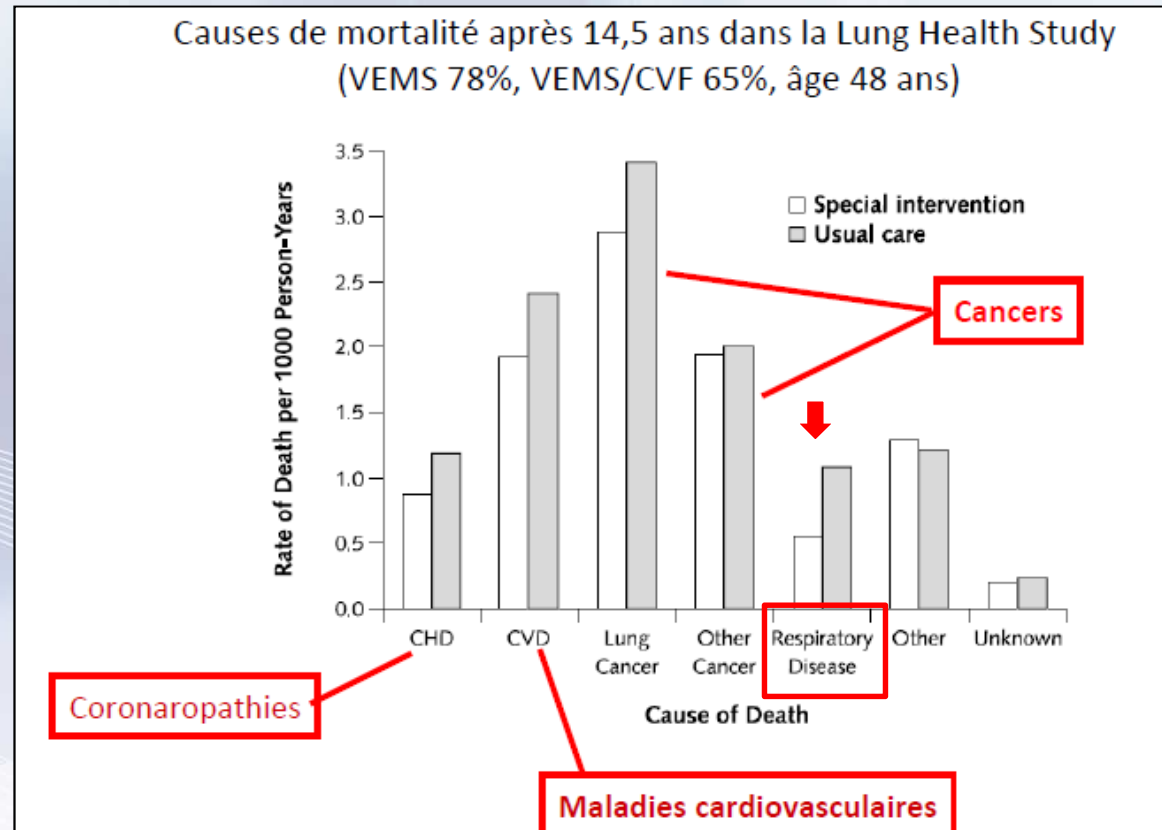
**Anthonisen NR**, et al. *Ann Intern Med* 2005 ; 142 : 233-39

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

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



## CAUSES DE DECES DES FUMEURS AVEC BPCO

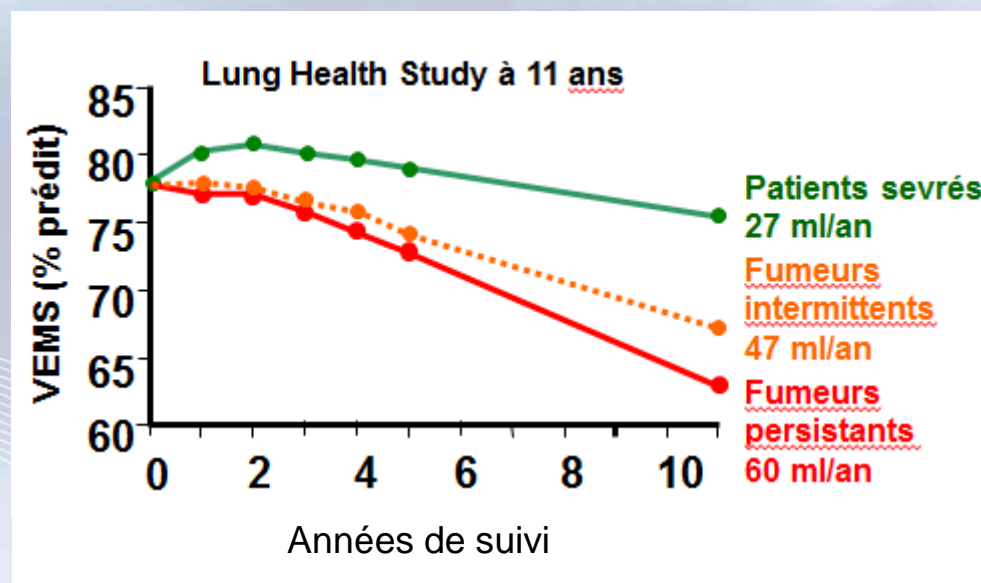


Anthonisen *et al.* *Ann Intern Med* 2005; 142:233-239

Diapositive G. Peiffer

# SEUL L'ARRET DU TABAC FREINE L'EVOLUTION DE LA BPCO

**Il ralentit la décroissance du VEMS**  
(et réduit la fréquence des exacerbations)




*Anthonisen et al. Am J Respir Crit Care Med. 2002;166:675-679*


**FUMEUR AVEC BPCO = OBJECTIF = ARRET COMPLET DU TABAC**

# PRECARITE SOCIALE


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

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

Disponible en ligne sur  ScienceDirect [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France  EM|consulte [www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)

REVUE GÉNÉRALE

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

Smoking cessation and social deprivation

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

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

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

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

**KEYWORDS**  
Social inequalities;  
Smoking cessation;

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

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

\* Auteur correspondant.  
Adresse e-mail : frederic.merson@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.mmr.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

DEFICIT D'AIDE ET D'ACCES AUX SOINS



PUY-DE-DÔME  
CONSEIL GÉNÉRAL

DU RELIEF ET DES HOMMES

## 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 (IC95%:1,20-5,23)**

**Usage SPA illicites OR = 2,43 (IC95%:1,41-4,19)**

**Ruptures familiales OR = 1,81 (IC95%:1,16-2,85)**

50% utilisaient des psychotropes.

Corrélation entre FTND et substitution opiacée



PUY-DE-DÔME  
CONSEIL GÉNÉRAL

DU RELIEF ET DES HOMMES

## 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) : 351-5480

**Lumley J**, et al. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2009 ; (3) : CD 0001055

Tabac. Comprendre la dépendance pour agir.  
Expertise INSERM ; 2004

**Stanton A**, et al. Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 ; (8) : CD 003289

### 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. A review of smoking cessation interventions for smokers aged 50 and older. *Maturitas* 2012 ; 71(2) : 131-41

#### FUMEUR ATTEINT DE PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE

**Thomas D**. Bénéfices cardio-vasculaires du sevrage tabagique. *Presse Med* 2009 . 38(6) : 946-52

#### FUMEUR ATTEINT DE CANCER

**Dautzenberg B**. sevrage tabagique et cancer, mise au point sur la prise en charge actuelle et ses résultats. *Bull cancer* 2012 ; 99(11) : 1007-15

### ADDICTION AU TABAC POSSIBLE 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** : 6.10<sup>6</sup> décès    **2030** : 8.10<sup>6</sup> décès  
Pays émergents : 80% des décès

**Chine** : 1,2.10<sup>6</sup> décès/an en 2030  
35% consommation du tabac mondial

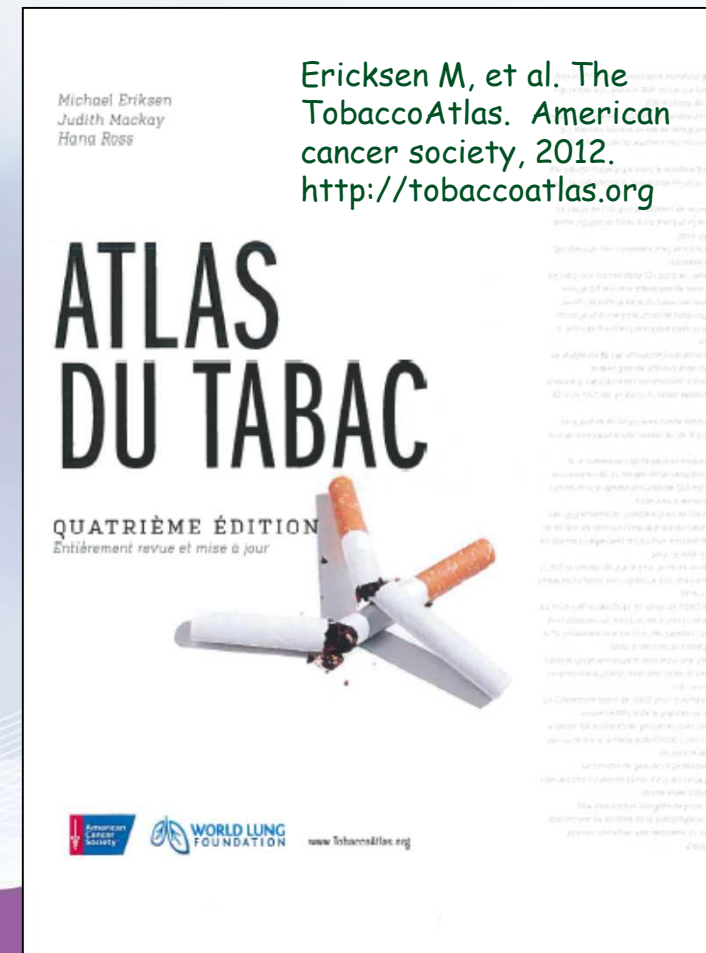
## Convention cadre de lutte contre le tabagisme CCLT (OMS 2003)

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

Ligne de soutien aux fumeurs, remboursement



INTERET CHEZ LE FUMEUR DIFFICILE ?

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)	2.21 (1.89-2.58)
<b>Education level</b>			
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)
<b>Use snus daily or occasionally</b>			
No	1,479/4,864	1.00	1.00
Yes	68/397	0.47 (0.36-0.62)	0.54 (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	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**



**PUY-DE-DÔME  
CONSEIL GÉNÉRAL**

DU RELIEF ET DES HOMMES

# 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

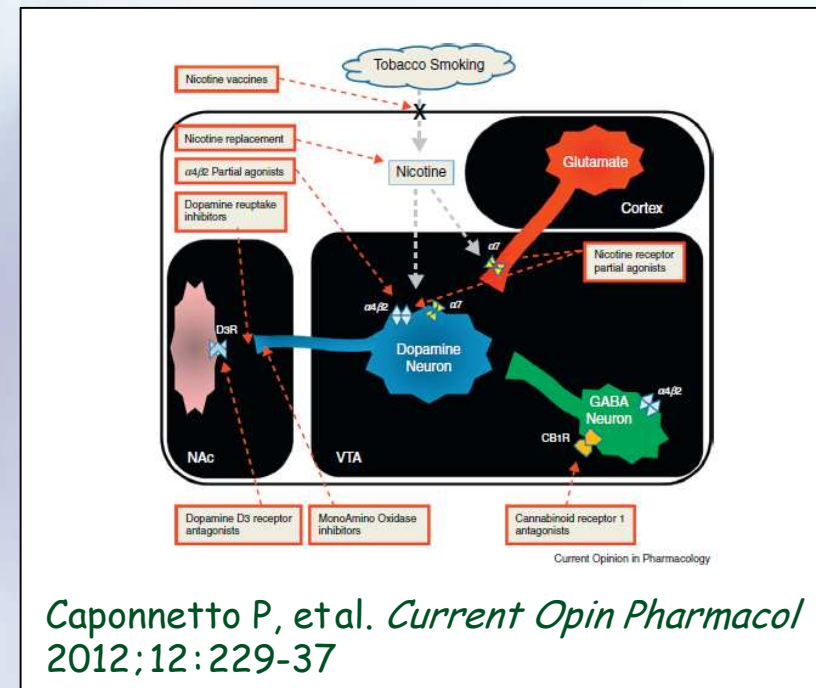
### Réduction vers l'arrêt

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...**

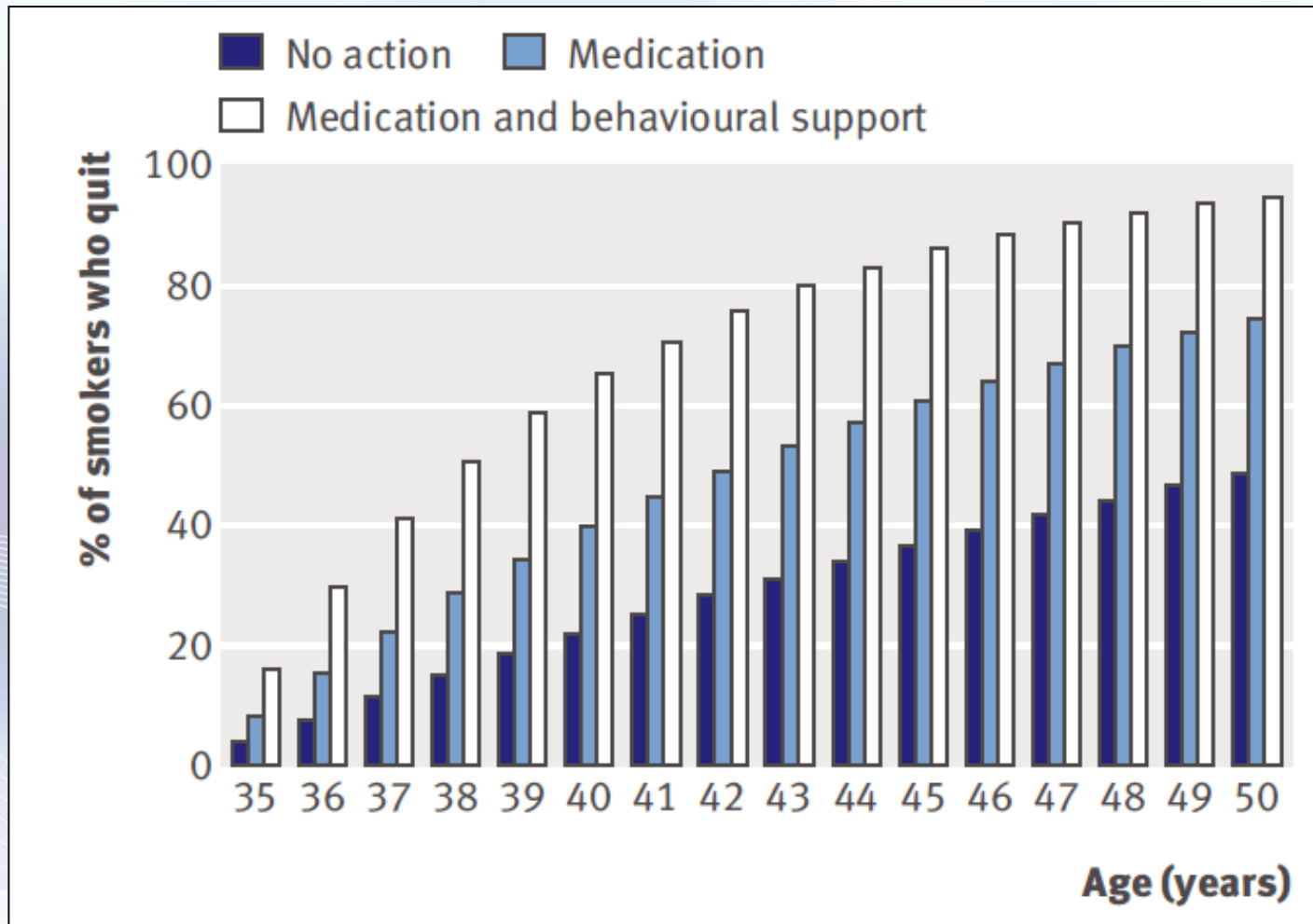
**Craving** : mieux le définir et le mesurer.  
Mieux comprendre son ou ses mécanisme(s).

**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)

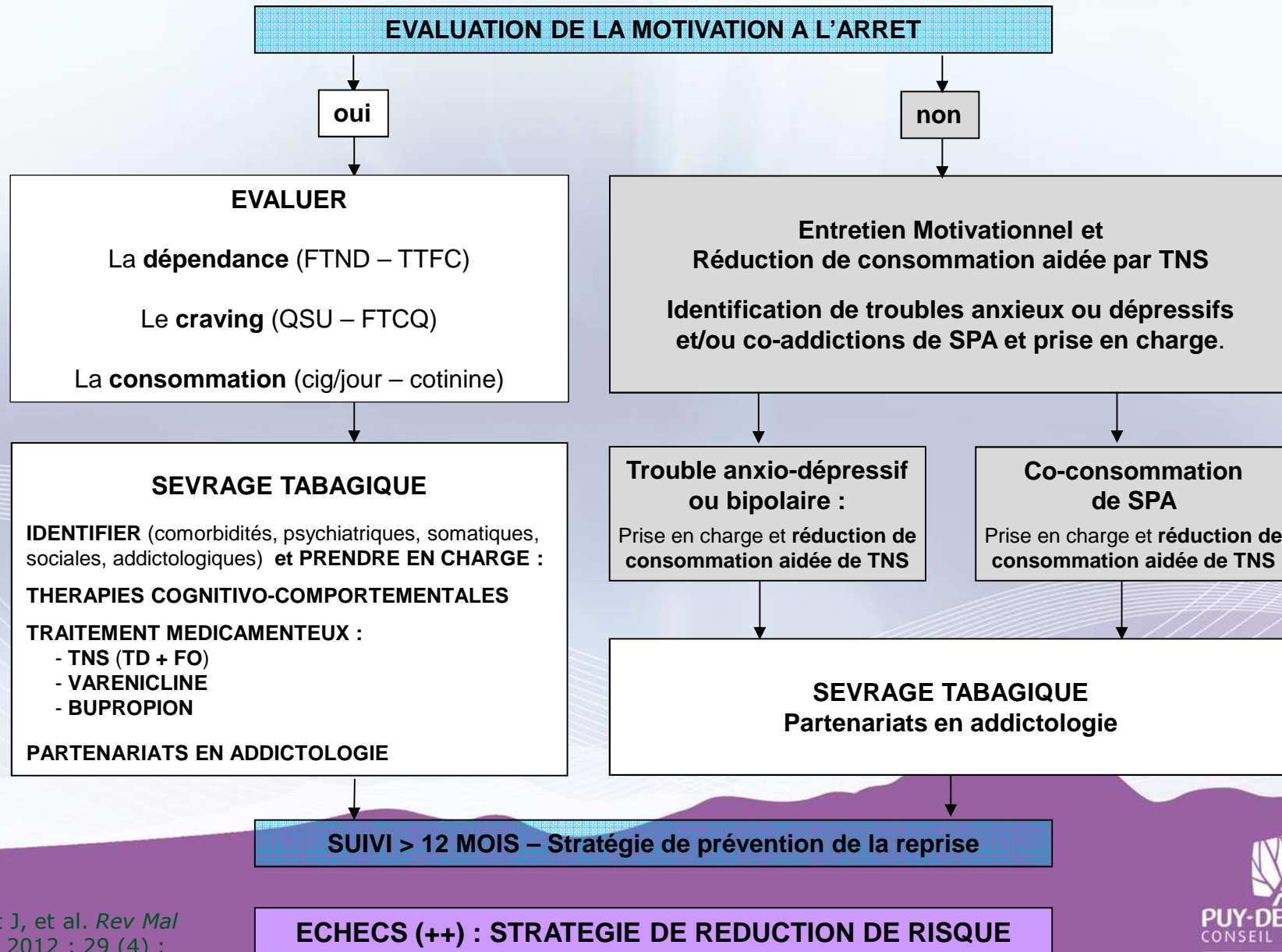
Hays JT, et al. *Mayo Clinic Proc* 2011 ; 86(3) : 203-9

### 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)

**Session de clôture congrès SFT 2013. Synthèse E. André**

**[www.societe-francaise-de-tabacologie.com](http://www.societe-francaise-de-tabacologie.com)**

