

SEVRAGE TABAGIQUE DU FUMEUR « DIFFICILE » :

Docteur Jean PERRIOT
Dispensaire Emile Roux
Clermont-Ferrand
jean.perriot@cg63.fr

DIU Tabacologie Clermont-Ferrand - 2014

INTRODUCTION

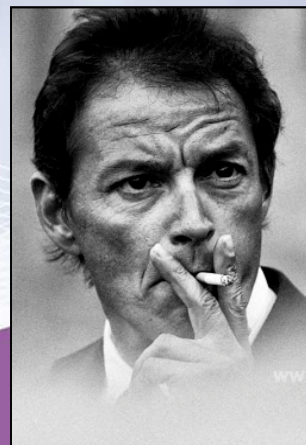
QUELLE JUSTIFICATION A TRAITER CE SUJET ?

COMMENT DEFINIR LE « FUMEUR DIFFICILE » ?

QUELLE STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE PROPOSER ?



COMMENT LE DEFINIR ?



PUY-DE-DÔME
CONSEIL GÉNÉRAL

DU RELIEF ET DES HOMMES

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 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



PUY-DE-DÔME
CONSEIL GÉNÉRAL

DU RELIEF ET DES HOMMES

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

Variable	Hardcore	Category			
		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



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

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

^aDenominator restricted to those individuals who are currently employed.

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

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

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

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

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

PREVALENCE DU PHENOMENE « HARD-CORE »

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

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

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

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

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

**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.



PUY-DE-DÔME
CONSEIL GÉNÉRAL

DU RELIEF ET DES HOMMES

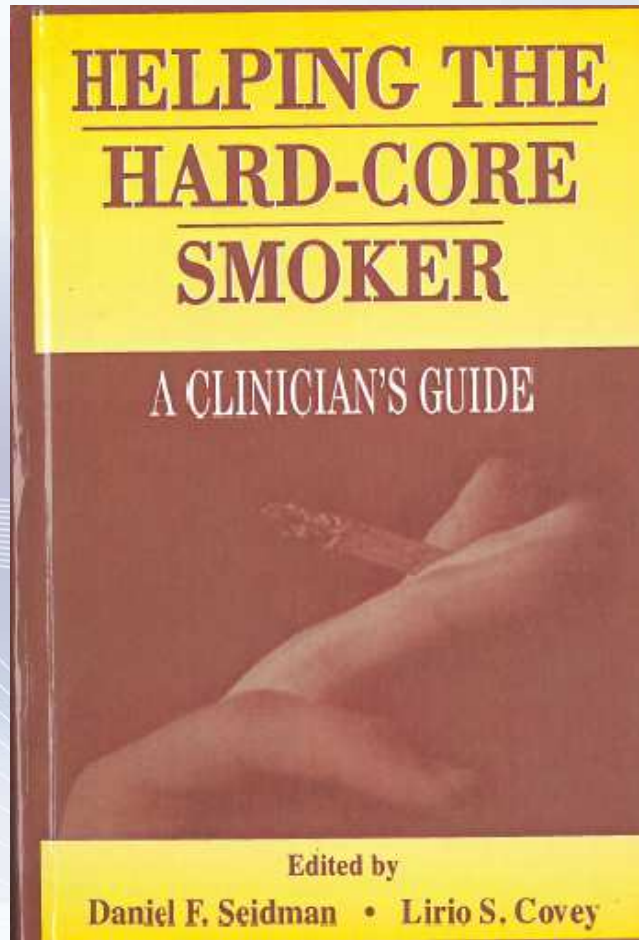
HCS : 7 DEFINITIONS REPERTORIEES.

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 »



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



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

AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES

Prévalence supérieure du tabagisme dans la population psychiatrique¹
Risque suicidaire du fumeur corrélé au nombre de cigarettes fumées²

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

² Miller M, et al. 2000 ; 90 : 768-73



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

³ Conférence d'experts. OFT, 2009

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



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

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

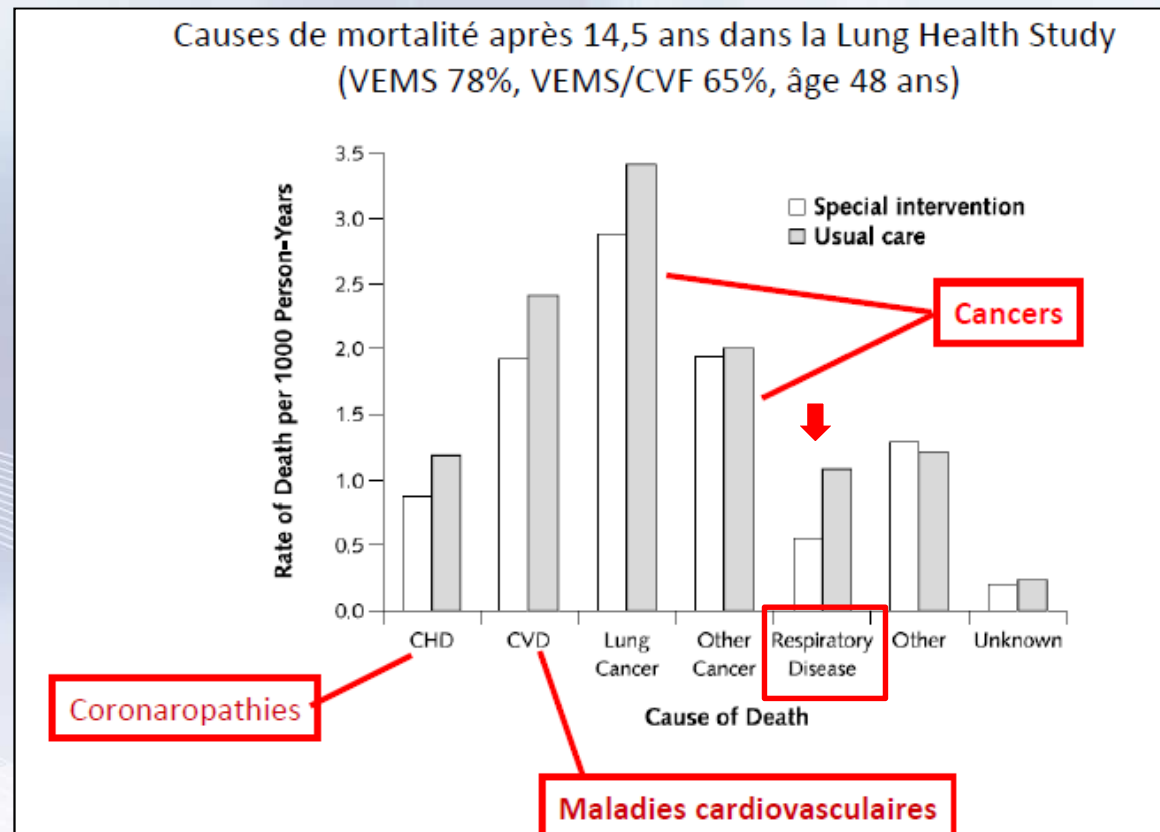
Calverley P, et al. *N Engl J med* 2007 ; 356 : 775-89

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



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

CAUSES DE DECES DES FUMEURS AVEC BPCO

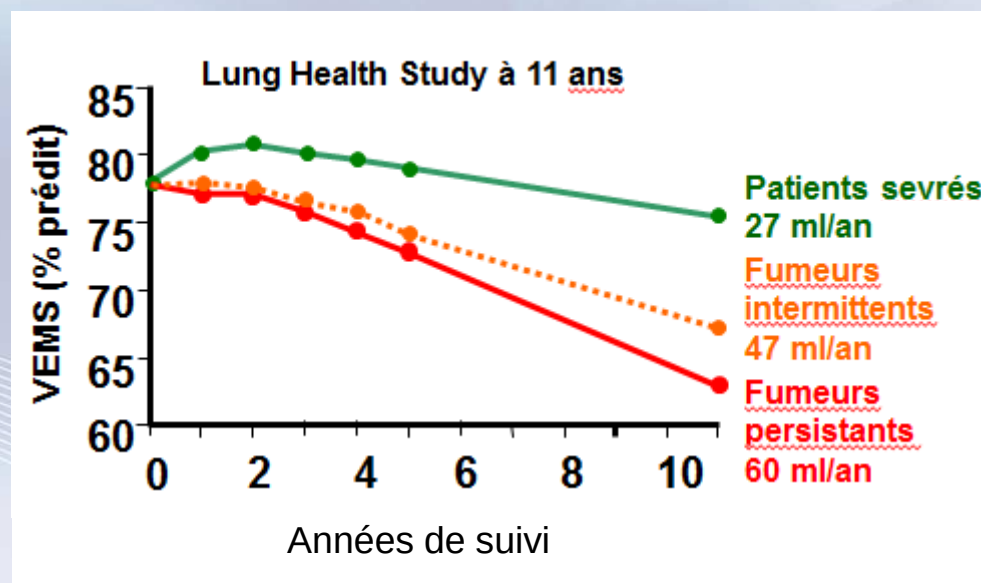


Anthonisen *et al.* *Ann Intern Med* 2005; 142:233-239

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

CONSTATS EN FRANCE

Baromètre Santé 2005-2010¹

Fumeurs quotidiens 15 à 75 ans

2005 : 27,3% 2010 : 29,1%

Fumeurs quotidiens chômeurs

2005 : 44% 2010 : 50,8%

Tabagisme et situation professionnelle²

	2000	2007
Cadres	36%	28%
Trav. Manuels	45%	40%
Chômeurs	44%	44%

Cour des comptes : 12-2012³

« La lutte contre le tabagisme relativement moins efficace parmi les populations précaires »

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 élevée

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

Laguer 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

¹ Beck F, et al. INPES ; 2010

² Peretti-Watel P. *Addiction* 2009;104:1718-28



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



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-S480

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



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

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



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

STRATEGIE GENERALE DE LA PRISE EN CHARGE



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

TABAGISME : ENJEU DE SANTE PUBLIQUE MONDIAL

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

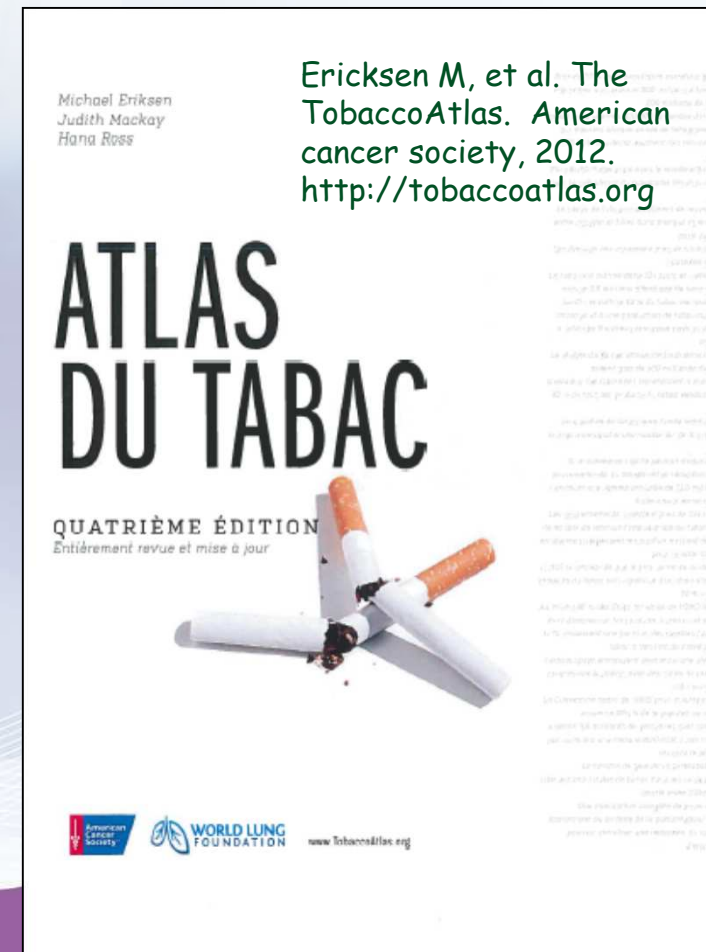
Chine : 1,2.10⁶ décès/an en 2030
35% consommation du tabac mondial

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
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)
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



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

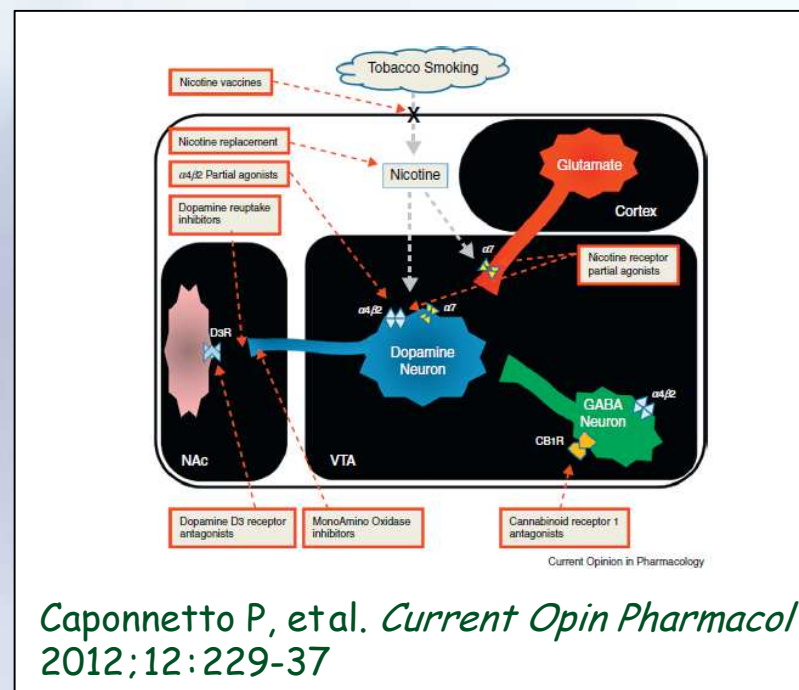
Réduction vers l'arrêt

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...**

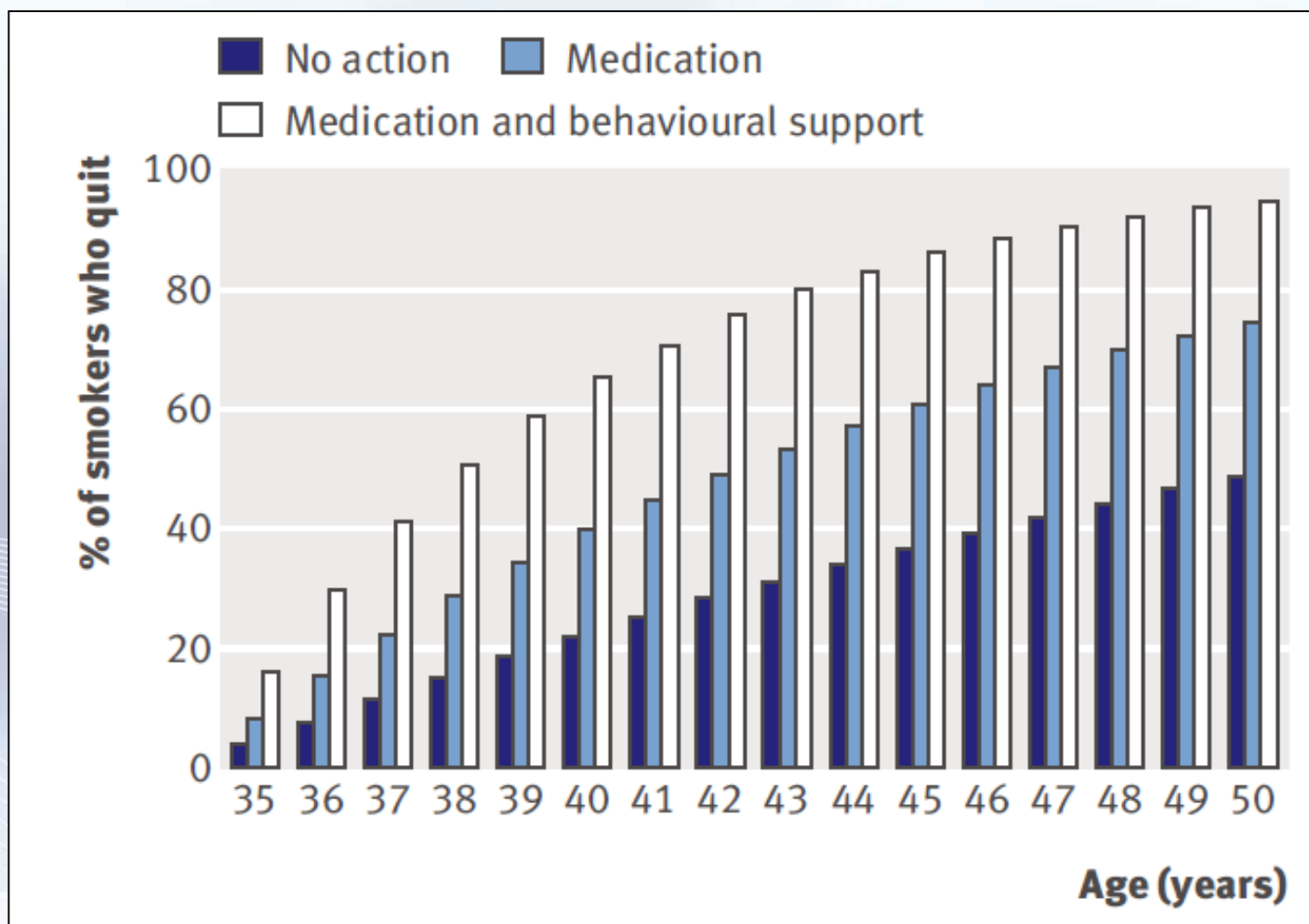
Craving : mieux le définir et le mesurer.
Mieux comprendre son ou ses mécanisme(s).

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)

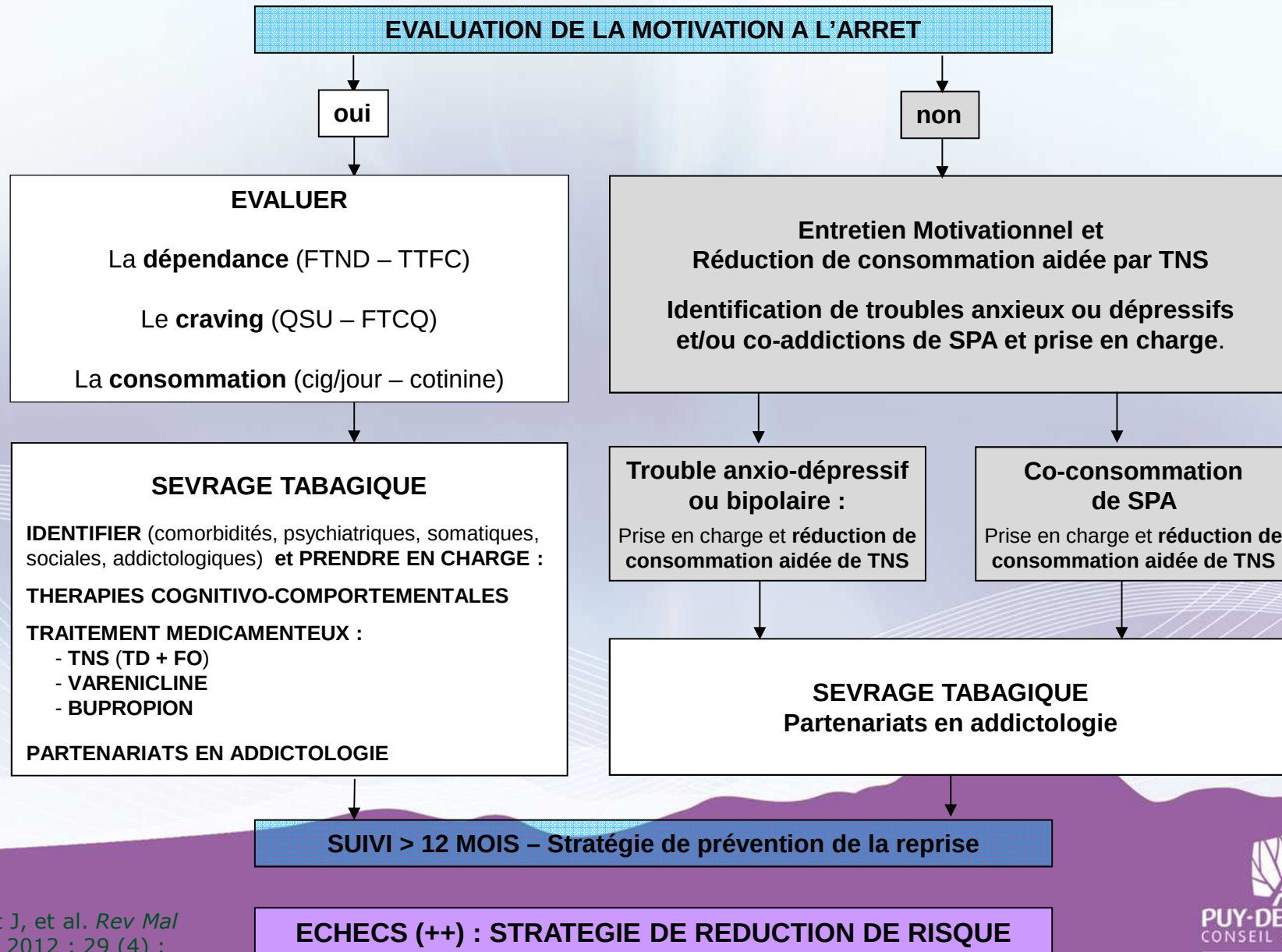
Hays JT, et al. *Mayo Clinic Proc* 2011 ; 86(3) : 203-9

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



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