

PRISE EN CHARGE DE L'AIDE A L'ARRÊT DES FUMEURS DIFFICILES « *HARD-CORE SMOKERS* »

Docteur Jean PERRIOT

Dispensaire Emile Roux
Clermont-Ferrand

perriotjean@gmail.com



**DIU de Tabacologie
Clermont-Ferrand – Mars 2020**



SEVRAGE TABAGIQUE DES « *HARD-CORE SMOKERS* »

TENDANCES ACTUELLES

- Baisse des ventes de tabac, augmentation du recours aux médicaments d'aide à l'arrêt (remboursement), augmentation de l'utilisation de la e-cigarette et apparition de nouveaux usages (JUUL, tabac chauffé).
- Persistance de « noyaux durs de fumeurs » qui ne souhaitent pas arrêter de fumer et/ou échouent de façon répétée dans leurs tentatives d'arrêts : « **fumeurs difficiles** » ou « *Hard-core smokers* ».
- Ces gros consommateurs de tabac sont particulièrement exposés aux risques induits par leur tabagisme incoercible. Comment définir ces fumeurs et quelles interventions d'aide à l'arrêt leur proposer ?

OBJECTIFS POUR 2050 : UN MONDE SANS (FUMÉE DE) TABAC



DEFINIR LES « FUMEURS DIFFICILES »

CLASSIFICATION DES FUMEURS

USA

Current smoker
Intermittent smoker
Daily smoker
Chipper
Established smoker

FRANCE

Fumeur
F. intermittent
F. quotidien
Petit fumeur
F. endurci

Heavy chronic smoker
Hard-core smoker

Gros fumeur dépendant
Fumeur irréductible



FUMEURS DIFFICILES

HARD-CORE SMOKERS (HCS) : DEFINITION 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.
- Tavolacci MP, et al. *Santé Publique* 2009 ; 21(6) : 583-93.
- Costa ML, et al. *Nicotine Tob Res* 2010. 12 (8) : 860-4.
- Lund M, et al. *Nicotine Tob Res* 2011 ; 13(11) : 1132-9.
- Joly B, et al. *Tob Induc Dis* 2016 ; 14 : 34.

CARACTERISQUES DES HCS (vs autres fumeurs).

PARAMETRES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

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

PARAMETRES DE CONSOMMATION TABAGIQUE

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

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 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

Comparison

HCS Femmes
vs HCS Hommes

HCS Femmes
vs autres fumeurs
femmes

Table 3.

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

Variable	Model 1 Female hardcore smokers vs. male hardcore smokers OR (95% CI)	Model 2 Female hardcore smokers vs. female other smokers OR (95% CI)
Currently married (Yes)	1.69 (1.39-2.07)	1.25 (1.08-1.45)
Contact with work smoking restrictions (Yes) ^c	1.69 (1.39-2.07)	1.25 (1.08-1.45)
Contact with healthcare provider, advice to quit in last year ^c (Yes)	0.50 (0.42-0.60)	1.39 (1.22-1.57)
Smoking not allowed in home (Yes)	1.45 (1.14-1.86)	2.32 (1.88-2.88)

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

^bFemale hardcore group is referent group for the analyses.

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

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

Disponibles en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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

ELSEVIER
MASSON

Revue des Maladies Respiratoires

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 antituberculeuse (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

5 à16% des consultants en Tabacologie
« HARDENING HYPOTHESIS »

¹ Seidman DF, Covey LS. Lawrence Erlbaum 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. *J Consult Clin Psychol* 1993 ; 61(5) : 751-60

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

Warner KE, et al. *Nicotine Tob Res* 2003 ; 5(1) : 37-48

Fagerström KO, et al. *Addiction* 2008 ; 103 : 841-45

Irvin JE, et al. *Nicotine Tob Res* 2003 ; 5(1) : 27-35

Autres facteurs rendant l'arrêt du tabagisme difficile

Facteurs cognitifs, affectifs, environnementaux

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

Association d'une pathologie mentale

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

Déficits socio-économiques et comportements de santé inadaptés

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

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 patients
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

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 THERAPEUTIQUES

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

BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE (BPCO)

CLINICAL YEAR IN REVIEW

Smoking cessation and C

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

BPCO légères **fumeurs 54% - 77%**

BPCO sévères **fumeurs 38% - 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 + écoute du patient

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

Perriot J, et al. *Rev Pneumol Clin* 2018 ; 74 : 170-180

Peiffer G, et al. *Rev Pneumol Clin* 2018 ; 74 : 375-390

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

Polosa R, et al. *Respir Rs* 2016 ; 17 : 166

PRECARITE SOCIALE

Pauvreté, 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

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,*,b}, J. Perriot^a, M. Underner^c,
G. Peiffer^d, N. Fieulaine^b

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

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

Résumé Le tabagisme est un enjeu majeur de santé publique ; un fumeur
suit sa consommation de tabac toute sa vie décèdera d'une maladie en
France, il est chaque année responsable de plus de 70 000 décès. Le bénéfice
se manifeste par une diminution de la mortalité ou de la morbidité induit
tion. Les données récentes relèvent une augmentation de la prévalence de
catégories socioéconomiques les plus défavorisées. L'amélioration de la
gisme passe par une meilleure compréhension des déterminants du tabac
populations. Ils sont aussi facteurs d'échecs du sevrage lors de la tentative
générale précise les différents facteurs socioéconomiques et éducationnels
consommation de tabac ou le résultat de la tentative d'arrêt, en se basant
la littérature internationale. Son objectif est de proposer des voies d'opti-
en charge de l'aide à l'arrêt du tabagisme des publics socialement défavo-
© 2014 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

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

STRATEGIE D'ARRET « SUR MESURE »

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

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

FUMEURS INFECTES PAR LE VIH

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 (fumeurs 43%)

Facteurs associés au tabagisme

Mésus. d'alcool **OR = 2,50** (IC95% : 1,20-5,23)

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

Rupt. Famille **OR = 1,81** (IC95% : 1,16-2,85)

50% sous psychotropes;

Corrélation entre FTND et subst. opiacée

PRISE DE CONSCIENCE DE L'IMPORTANCE DE L'ARRÊT DU TABAC

Arrêt du tabac : retour à une espérance de vie du Non Fumeur non VIH

Nahvi S et al. *AIDS Educ Prev* 2009; 21:14-27.

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

Lifson AR, et al. *Am J Public Health* 2010;100:1896-1203

RECOMMANDATIONS SUR L'ARRÊT DU TABAC DU PATENT VIH +

USA *Clinical Guidelines Smoking cessation in HIV infected Patient*, NYSDH AIDS Inst 2009

France *Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH*. CNS/ARNS, 2018

Pharmacothérapies (TNS, Varénicline)... Suivi addictologique, psychiatrique et social

FUMEURS MOINS OBSERVANTS, TAD, USAGE DE SPA, PRÉCARITÉ SOCIALE

King RM, et al. *AIDS Patient Care STDS* 2012; 26:479-85

ARRETER DE FUMER DEMEURE DIFFICILE POUR DE NOMBREUX FUMEURS

DEFICIT DE PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES

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)

Vaz LR, et al. *Nicotine Tob Res* 2016;18:1952-9 (observance des TNS déficitaire)

DEFICIT DE SOUTIEN AU FUMEUR LORS DU SEVRAGE

Raupach T, West R, Brown J. *Nicotine Tob Res* 2013 ; 15(3) : 748-9

ADDICTION AU TABAC : MALADIE CHRONIQUE (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

STRATEGIES DE PRISE EN CHARGE

XXIème siècle : 1milliards de morts dus au tabagisme dans le monde

2012 : 6.10^6 décès **2030** : 8.10^6 décès

Pays émergents : 80% des décès

Chine : **$1,2.10^6$ 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 réduction de l'offre et de la demande

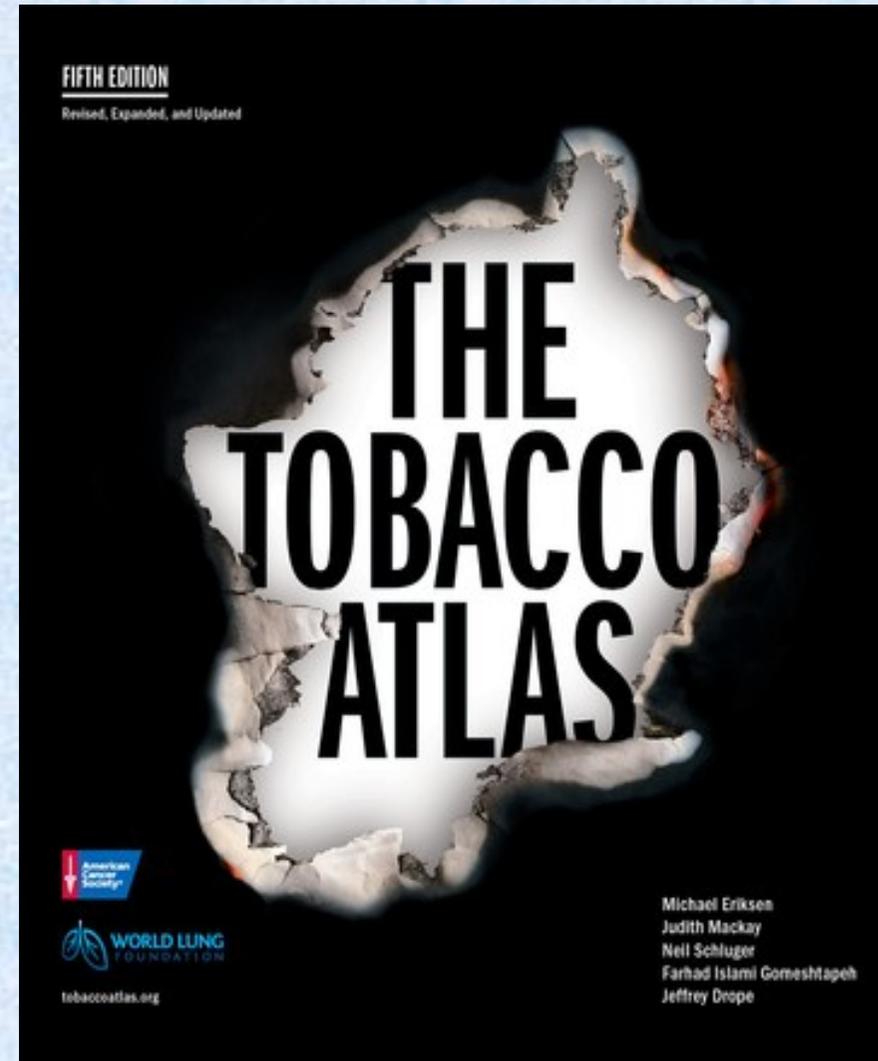
Mesures diverses (dont article 14)

Politiques de lutte nationales : France

Mesures fiscales. Avertissements sanitaires
Interdiction de fumer dans les lieux publics
Interdiction de publicité/promotion des tabacs
Remboursement des traitements d'aide à l'arrêt du tabac

PNRT (2014-2018) **PNLT (2018-2022)**

Efficacité de ces mesures pour les Hard - core smokers ?



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

Hardcore smokers in Norway 1996-2009.

Lund M, Lund KE, Kvaavik E.

Norvège 1996-2009
Prévalence tabagisme
16/24 ans: 30→15%
Prévalence HCS
30 → 23%

Table 2.

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

Predictor variables	Daily hardcore smoker vs. all other smokers		
	n/N	OR (95% CI)	AOR (95% CI)
Gender			
Female	736/2,591	1.00	1.00 (ref.)
Male	811/2,675	1.10 (0.97-1.24)	1.16 (1.02-1.31)
Age group, years			
Age group, years	432/1,941	1.00	1.00
39-52	552/1,916	1.41 (1.22-1.64)	1.39 (1.19-1.61)
53-74	563/1,409	2.33 (2.00-2.70)	2.21 (1.89-2.58)
Education level			
Education level	204/1,100	1.00	1.00 (ref.)
Low	1,317/4,051	2.12 (1.79-2.50)	2.01 (1.70-2.38)
Use snus daily or occasionally			
Use snus daily or occasionally	68/397	1.00	1.00 (ref.)
Yes	68/397	0.47 (0.36-0.62)	0.54 (0.40-0.73)
Survey year			
Survey year	326/1,000	1.00	1.00 (ref.)
1998/1999	316/861	1.20 (0.99-1.45)	1.25 (1.02-1.53)
2000/2001	244/788	0.93 (0.76-1.13)	0.92 (0.75-1.12)
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	0.55 (0.44-0.70)	0.71 (0.57-0.89)
2008/2009	121/512	0.75 (0.60-0.93)	0.59 (0.40-0.72)
Survey	2008/2009	0.64 (0.50-0.82)	0.90 (0.88-0.93)

Note. Daily and occasional smokers aged 25-74 years; N = 5,266. AOR = adjusted odds ratio; OR = odds ratio; n = number of hardcore smokers in each category; N = total number in the category.

Hard-core smokers
Age supérieur
Niveau de formation inférieur
Moins utilisateurs de snus
Prévalence diminuée depuis 2003

« Normative influences are one of the mechanisms through which comprehensive smoke-free legislation influences quit intentions »
Brown A, et al. *Nicotine Tob Res* 2009 ;11: 924-32

TRAITEMENTS D'AIDE POUR « FUMEURS DIFFICILES » ?

TRAITEMENTS ACTUELS

TNS, Varénicline, Bupropion (divers Nortriptyline, vaccin antinicotine, Anti R. D2D3)
Thérapies cognitivo-comportementales
Stratégies de réduction des dommages

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

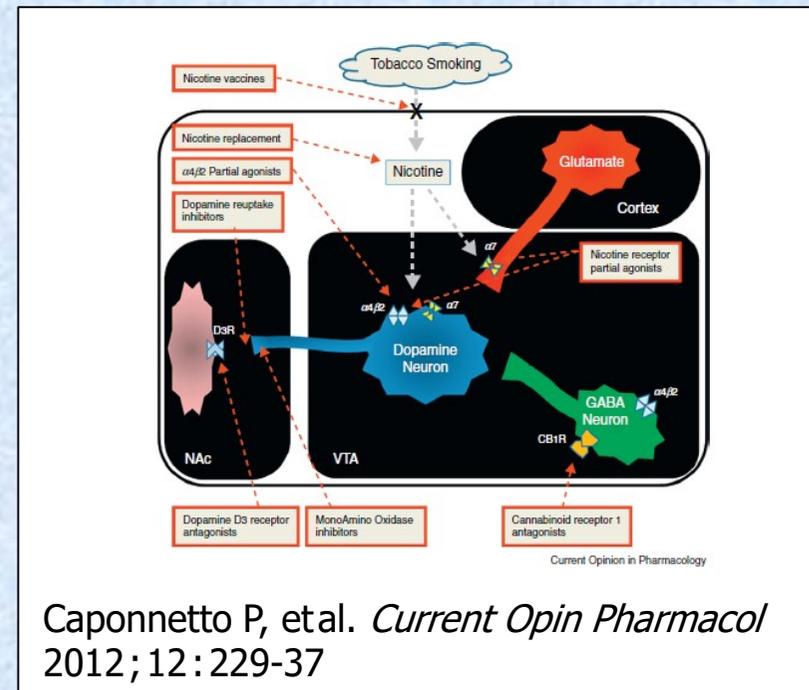
Réduction vers l'arrêt

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)

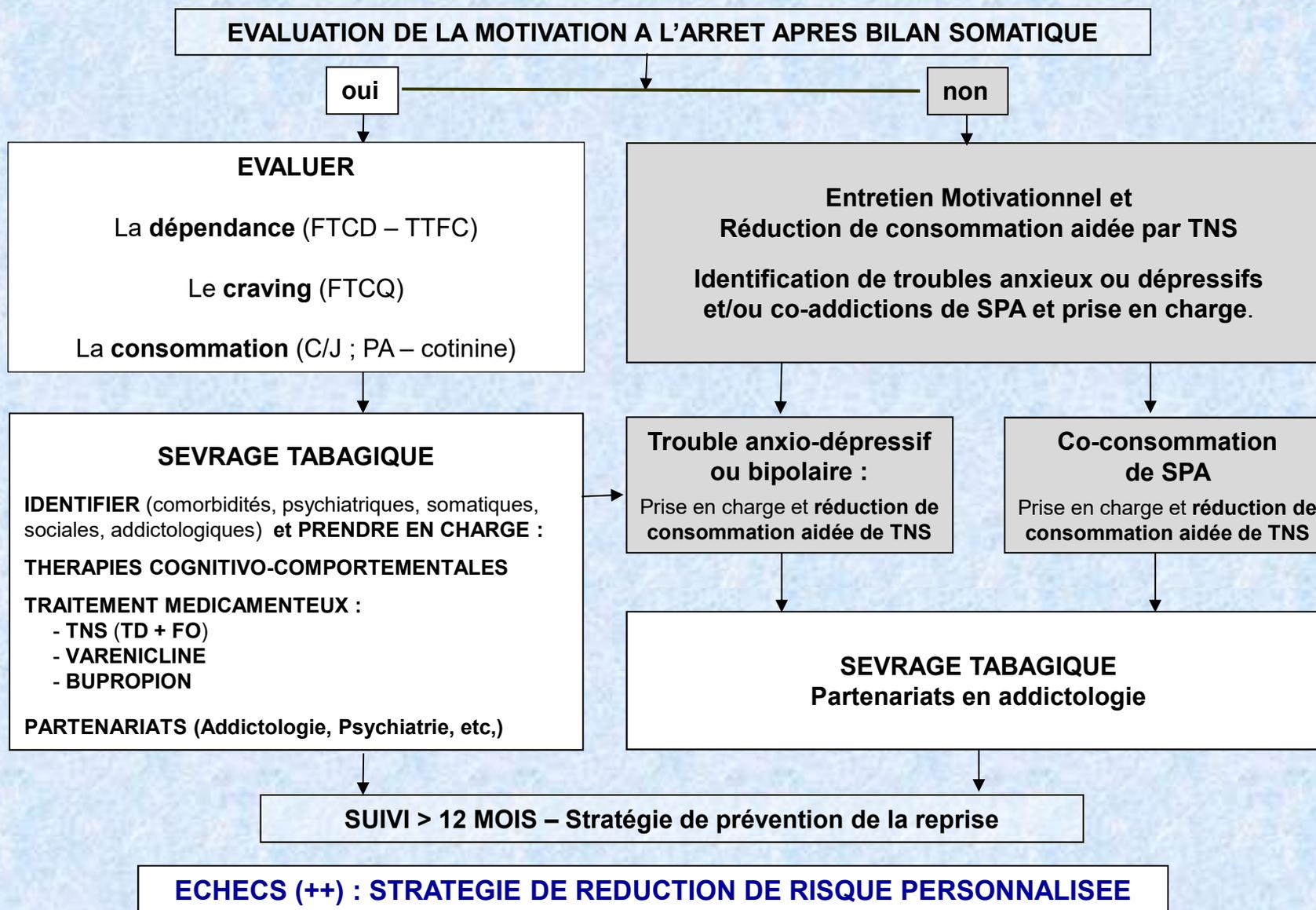
Wing VC, et al. *Brain Stimul* 2013;6:221-30

Impact sur les NACH R centraux

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

Traitement spécifique du *craving* ?

ORGANISATION DE L'INTERVENTION D'AIDE A L'ARRÊT DU TABAC

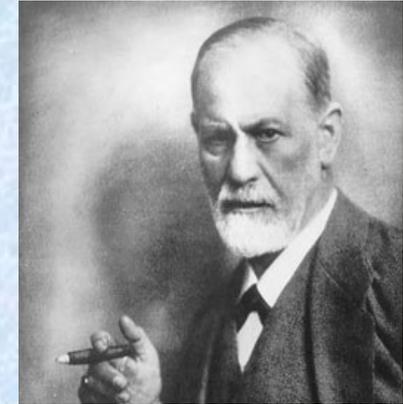


TRAITEMENT DU CRAVING TABAGIQUE

Le craving se caractérise par le désir impérieux de consommer une drogue conditionné par l'envie d'en profiter sans délai. C'est une composante essentielle des addictions

Addiction aux substances Psycho-Actives

= Perte de contrôle de leur usage (syndrome de sevrage et craving,



Craving : ++ S1 ; 50% tenace M6 ; 13% sévère et 10% épisodique à M12
Facteur et indicateur d'échec et de rechute après arrêt initial
Plus il est élevé, moins les chances d'arrêt à long terme sont élevées

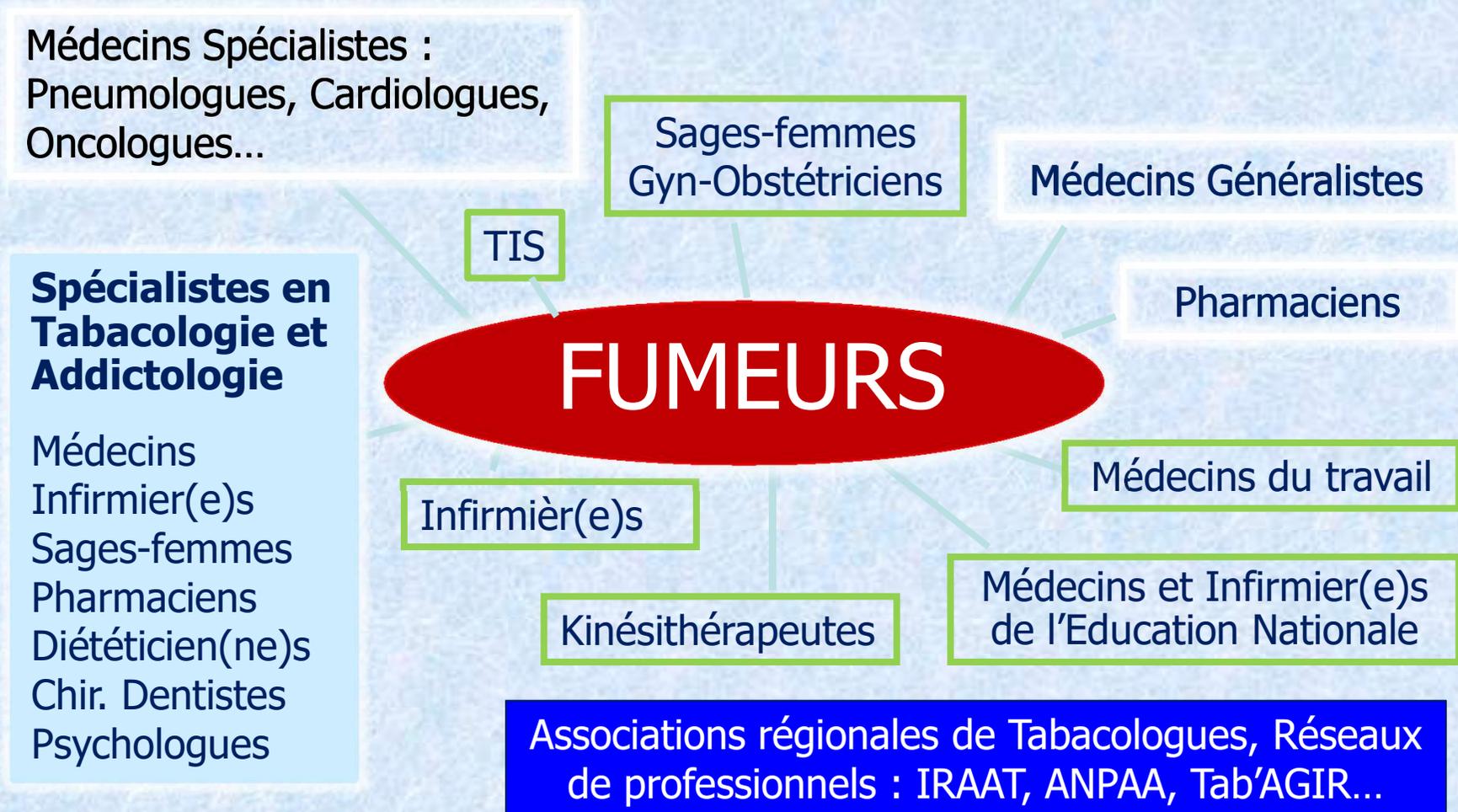
OPTIONS THERAPEUTIQUES

- Médicaments d'aide à l'arrêt de 1^{ère} ligne (associations > monothérapies) et 2^{ème} ligne
- Thérapies comportementales et cognitives, activité physique, e-cig, TCSM
- Médicaments et modalités thérapeutiques du futur

Brousse G, et al. *Alcoologie Addictologie* 2014 ; 36 : 105-15
Samalin L, et al. *Rev F Psy Psychol Méd* 2010 ; XVI : 38-43
Hughes JR. *Nicotine Tob Res* 2010 ; 12 : 459-62

Dawkins L, et al. *Psychopharmacology* 2013 ; 227:377-84
Perriot J. *Science Tab*, Lyon 2012
Haasova M, et al. *Addiction* 2013 ; 108:26-37

INTERVENTION DES PROFESSIONNELS DE SANTE DANS L'AIDE A L'ARRÊT DU TABAC



G Peiffer. FMT,2008 et J Perriot SFT,2018.
Ma P, et al. *Drug Alcohol Depend* 2016 ; 169:64-67.
Piasecki TM. *Addiction* 2002, 97:1093-108.
Holland GJ, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 2: CD009164.

COMMENT UTILISER L'E-CIG. ?

Balance bénéfique/risque positive en usage exclusif pour la e-cig vs cigarette (l'évaluer à long terme)

Eviter le « vapo-fumage »

Intérêt modeste dans l'arrêt du tabac

Choisir une e-cig (et e-liquide) de bonne qualité (dernière génération)

Obtenir l'effet sensoriel recherché, (« throat-il ») et éviter le manque en nicotine

Diminuer graduellement l'apport en Nicotine

Possibilité d'associer TNSTD et e-cig

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

Revue des Maladies Respiratoires (2017) xxx, xxx–xxx

Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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

ELSEVIER

OFFICIAL TEXT – ARTICLE IN ENGLISH AND FRENCH

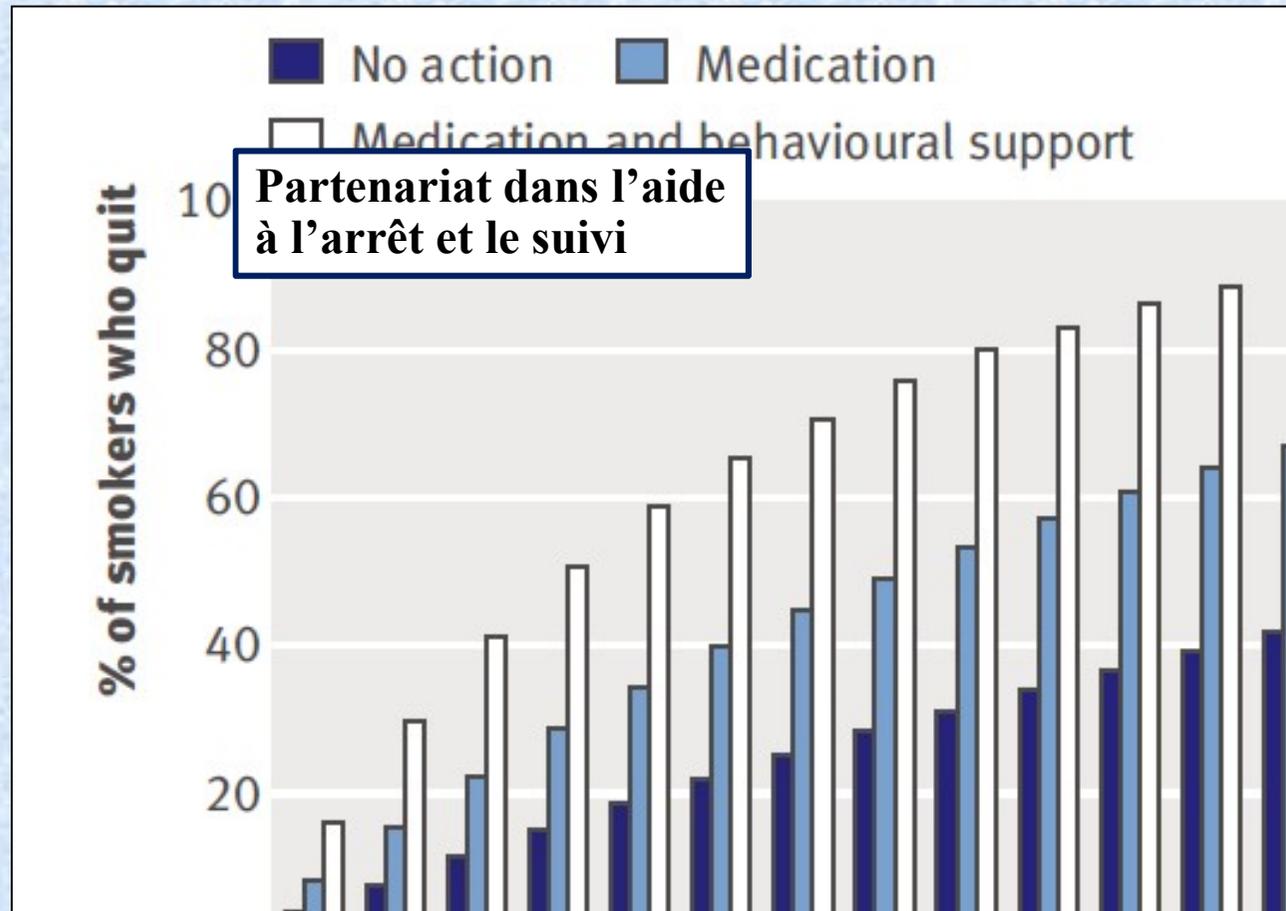
Practical guidelines on e-cigarettes for practitioners and others health professionals. A French 2016 expert's statement

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

B. Dautzenberg^{a,*}, M. Adler^b, D. Garelik^c, J.F. Loubrieu^d, G. Mathern^e, G. Peiffer^f, R.M. Rouquet^h, A. Schmittⁱ, M. Underne^j

^a Service de pneumologie et réanimation respiratoire, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France
^b Service d'addictologie, hôpital Antoine-Béclière, 157, rue de la Poëssière, 91100 Brétigny-sur-Orge, France
^c Consultation de médecine et tabacologie, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France
^d 4, impasse de la Gare, 41260 La Chaussée-Saint-Victor, France
^e 2 bis, rue des Forges, 42400 Saint-Chamond, France
^f Consultation de tabacologie, CHR Metz-Thionville, 1, allée du Château, 57000 Metz, France
^g Dispensaire Émile-Roux, conseil départemental du Puy-de-Dôme, 63000 Clermont-Ferrand, France
^h Unité de coordination d'aide au sevrage tabagique, CHU de Toulouse, 31059 Toulouse cedex 9, France
ⁱ Service de psychiatrie, CHU de Clermont-Ferrand, 58, rue Montalembert, 63000 Clermont-Ferrand, France
^j Tabacologie, centre d'investigation clinique, 2, rue de la Milétrie, 49000 Angers, France
^k Département de pneumologie, CHU d'Angers, 4, rue Larrey, 49000 Angers, France

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

CONCLUSION

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

L'optimisation de leur prise en charge relève:

Du renforcement de la politique de contrôle du tabac (CCLT/PRNT)

De la formation et de la mobilisation des acteurs ainsi que de l'organisation des soins en addictologie

Du développement de la recherche en tabacologie (mécanismes de l'addiction dont ceux régissant le craving et de la mise sur le marché de nouveaux médicaments d'aide à l'arrêt du tabac)

De l'élaboration de programmes spécifiques (information, prévention et sevrage) **pour certaines populations de fumeurs difficiles** (personnes en situations de précarité sociales, etc..).

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

CAS CLINIQUE

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

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

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

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

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

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

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

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

Questions :

Quelle est votre première impression clinique ?

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

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

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 FTCQ=51; MNWS:30; 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
2- Davantage d'énergie et de résistance physique.	VRAI
3- Davantage de confiance en soi.	VRAI
4- Davantage de plaisir à faire plus de travail.	VRAI
5- Davantage d'activités sociales (plus d'appels téléphoniques, plus de visites etc.).	VRAI
6- Plus de déplacements et voyages ; davantage d'imprudences au volant.	VRAI
7- Dépenses d'argent excessives.	VRAI
8- Comportement déraisonnable dans les affaires.	VRAI
9- Surcroît d'activité (y compris au travail).	VRAI
10- Davantage de projets et d'idées créatives.	VRAI
11- Moins de timidité, moins d'inhibition.	VRAI
12- Plus bavard que d'habitude.	VRAI
13- Plus d'impatience ou d'irritabilité que d'habitude.	VRAI
14- Attention facilement distraite.	VRAI
15- Augmentation des pulsions sexuelles.	VRAI
16- Augmentation de la consommation de café et de	VRAI

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