



SEVRAGE TABAGIQUE DES FUMEURS IRREDUCTIBLES

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

DIU Clermont-Ferrand - 2013

ON CONSTATE L'EMERGENCE DE FUMEURS IRREDUCTIBLES EN DIFFICULTE DANS L'ARRET DU TABAGISME.

GROS CONSOMMATEURS ET FORTEMENT DEPENDANTS, ILS SONT PARTICULIEREMENT EXPOSES AUX RAVAGES DU TABAGISME.

PROBLEMATIQUE FREQUENTE DES CONSULTATIONS SPECIALISEES (demande croissante de ce type de public : en 1^{ère} intention ou adressé par omnipraticiens, spécialistes ou pharmaciens)

COMMENT MIEUX LES AIDER A ARRETER LEUR CONSOMMATION TABAGIQUE ?

DISTINCTION

- « **HARD -CORE SMOKERS** » (pas de tentative passée d'arrêt et pas d'intention d'arrêter de fumer dans l'avenir avec critères de définition spécifiques).
- « **HEAVY CHRONIC SMOKERS** » (gros consommateurs fortement dépendants souhaitant s'arrêter mais cumulant les facteurs pronostics péjoratifs et en échec dans leurs tentatives d'arrêt).

ARRETER DE FUMER ET UNE ENTREPRISE DIFFICILE

- 73,6 % des fumeurs veulent arrêter de fumer ; 22,3 % essaient mais 4,1 % y arrivent sans être aidés (**Etter JF, et al. *Prev Med* 1997 ; 26 : 580-5**).
- Tous les acteurs sanitaires doivent s'impliquer dans l'aide à l'arrêt (**Perriot J, et al. *Alcool Addictol* 2005 ; 27 : 201-9**).

QUI SONT CES FUMEURS IRREDUCTIBLES ?

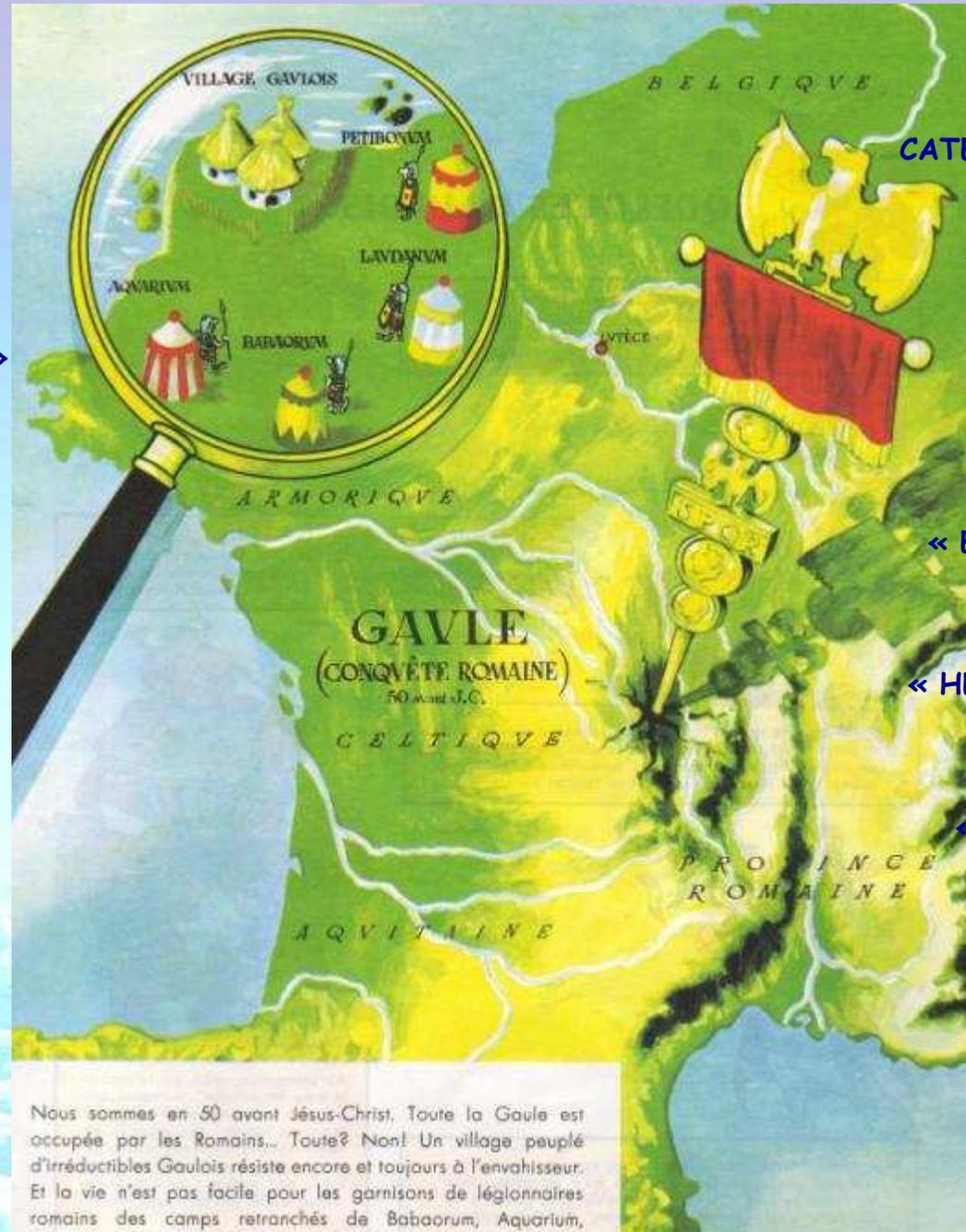
FUMEURS
IRREDUCTIBLES

=

« NOYAUX DURS »

=

« FUMEURS
DIFFICILES »



CATEGORISATION AMERICAINE
DES FUMEURS

« CURRENT SMOKERS »

=

« DAILY SMOKERS »

=

« ESTABLISHED SMOKERS »

=

« HEAVY CHRONIC SMOKERS »

=

« HARD-CORE SMOKERS »

LA DEFINITION ACTUELLEMENT RETENUE AUX USA

- fumeurs d'âge supérieur ou égal à 26 ans
- consommation quotidienne supérieure ou égale à 15 cigarettes
- tabagisme quotidien depuis 5 ans
- pas de tentatives d'arrêt dans l'année précédente
- pas d'intention ni d'envie d'arrêter de fumer 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.
- Ferketich AK, *et al. Eur J Cancer* 2009 ; 18 (2) : 100-5.
- Costa ML, *et al. Nicotine Tob Res* 2010. 12 (8) : 860-4.

CARACTERISQUES DES «HARD-CORE SMOKERS» (vs autres fumeurs).

PARAMETRES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

- Plus souvent hommes (blancs, non hispaniques aux USA) que femmes
- Niveaux de formation et revenu inférieurs
- Vivant plus souvent seuls et exerçant moins souvent une 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 de tabac
- Niveaux de consommation et dépendance supérieurs
- Peu convaincus d'être dépendants du tabac
- Plus souvent consommateurs d'autres substances addictogènes (légal ou non)

ILS CONSTITUENT UNE POPULATION SPECIFIQUE (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					
White	82.8 (0.64)	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.

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.

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

Variable	Hardcore	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.

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .005$; **** $p \leq .0001$.

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 »

PREVALENCE REELLE ?

- **Emery S, et al. Am J Pub Health 2000 : 5,2 %**
Etude Californienne de 1996 portant sur 18 616 fumeurs, taux de réponse : 72,9 %
- **Augustson FM, et al. Nicotine Tob Res 2004 : 13,7 % (17,6 % des « Established smokers », 25 % des « Heavy Chronic smokers »)**
Etude Américaine de 1998-99 portant sur 35 568 fumeurs, taux de réponse : 82 %
- **Jarvis MA, et al. BMJ 2005 : 16 % (10 % avec les critères US : 5 % entre 18 et 24 ans et 30 % à partir de 65 ans)**
Etude Britannique entre 1994 et 97 sur 7 766 fumeurs, taux de réponse : 60 %
- **Walsh RA, et al. Health Promot J Austr 2005 : 5,5 %**
Etude Australienne de 2003 sur 1 509 fumeurs, taux de réponse : 74,4 %
- **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

Costa ML, et al. Nicotine Tob Res 2010 : 0,03 à 13,7 % 4130 fumeurs (Ontario Tobacco Survey)

EXTENSION DE LA DEFINITION : « FUMEURS DIFFICILES »

- **Seidman DF, Covey LS.** *Helping the Hard-Core Smoker. A clinician's guide.*
London : Lawrence Erlbaum, 1999

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

UNE DEFINITION « PAR DEFAUT » MAIS UNE EXISTENCE REELLE

- Fortes dépendance et consommation tabagiques.
- Echecs répétés dans les tentatives de sevrage.
- Motivation à l'arrêt mais perte de confiance en soi.
- Psychopathologie, pathologie psychiatrique fréquentes.
- Co-multiaddictions actuelles et/ou passées.
- Pathologies somatiques souvent associées (BPCO, AOMI, etc.)

L'ESSENTIEL DES CONSULTANTS DES CENTRES DE TABACOLOGIE.

- DES FUMEURS QUI MERITENT UNE ATTENTION PARTICULIERE (Lando HA.
Drug Alcohol Rev 2006 ; 25 (1) : 5-14).

- **Recherche sur les mécanismes et déterminants du phénomène**
 - * **Nait-on hard-core ?** (début précoce du tabagisme, poly-consommation...)
 - * **Le devient-on ?** (forte consommation et dépendance, âge supérieur...)
- **Compréhension des difficultés à pouvoir ou vouloir s'arrêter**
 - * **Motivation et confiance en soi déficitaires** (Dijkstra A, *et al. Add Behav* 2000 ; 25 (3) : 373-85)
 - * **Pathologie mentale fréquemment associée** (Warner KE, *et al. Nicotine Tob Res* 2003 ; 5(1) : 37-48).
- **Abstinence durable difficile après arrêt** (Carnody T, *et al. J Psychoactive Drugs* 1992 ; 24 (2) : 131-58)
 - * Syndrome de manque, « craving », et conditionnement tenace
 - * Stress, prise de poids, influences socio-environnementales
 - * Prise en charge (TNS, Bupropion, Varénicline, TCC).

- RESSOURCES THERAPEUTIQUES

- CE QUI PARAÎT ACQUIS

- ACCROITRE LA FORMATION DES PRATICIENS A LA PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE TABAGIQUE (Ferry LH. *Prim Care* 1999 ; 26(3) : 707-46).
- IMPLIQUER TOUS LES ACTEURS SANITAIRES DANS LE REPERAGE, L'IDENTIFICATION, LA PRISE EN CHARGE OU L'ORIENTATION VERS LES CENTRES SPECIALISES DES FUMEURS EN VUE DU SEVRAGE, (Perriot J, *et al. Tabacologie et sevrage tabagique. John Libbey Eurotext, 2003*).
- PROPOSER AUX »HARD-CORE SMOKERS » DES PRISES EN CHARGE « SUR MESURE » (Thompson B, *et al. Clin Chest Med* 1991 ; 12(4) : 801-8).
- PERSONNALISER L'INTERVENTION EN S'APPUYANT SUR TOUS LES MOYENS THERAPEUTIQUES DISPONIBLES (Lando HA. *Drug Alcohol Rev* 2006 ; 25(1) : 5-14).

- MOYENS MEDICAMENTEUX

- **AUGMENTER LA POSOLOGIE ET LA DUREE DU TNS (Hughes JR, et al. *Nicotine Tob Res* 1999 ; 1 : 169-74 - Medioni R. *Addiction* 2005 ; 100 : 247-54) ET ADAPTER LA POSOLOGIE AU BESOIN (COTININE)**
- **UTILISER LA REDUCTION PREALABLE DE CONSOMMATION AIDEE PAR TNSFO (Bolliger C, et al. *BMJ* 2000, 321 : 329-53) OU UN PRE-TRAITEMENT PAR TNSTD (Rose SE, et al. *Nicotine Tob Res* 2009 ; 11 (9) : 1067-75.**
- **INTERET DU BUPROPION (Richmond R, et al. *Drug Alcohol Rev* 2003 ; 22 (2) : 203-30).**
- **INTERET DE LA VARENICLINE, (Tonstad S. *Pneumologia* 2009 ; 58(3) : 167-74 ; Tashkin DP, et al. *Respir Med* 2009 ; 103 (7) : 963-74 ; Hays JT, et al. *N Engl J Med* 2008 ; 359 (19) : 2018-24.**
- **MEDICAMENTS DU « CRAVING » (Anthenelli RM, et al. *Addiction* 2008 ; 103(4) : 687-94) ; (George TP. *Medications treatments for Nicotine Dependence*. New York : Taylor & Francis, 2006 ; Perriot J. Place du traitement du craving dans le sevrage tabagique, 2012, www.iraat.fr.**
- **QUELLE PLACE POUR LES COMBINAISONS (associations/successions) THERAPEUTIQUES (Scheider NG, et al. *Hum Psychopharmacol Clin Expo* 2008 ; Smith SS, et al. *Arch Intern Med* 2009 ; Brose SL et al. *Thorax* 2011 ; Bittoun R. *J Smoking Ces* 2008).**

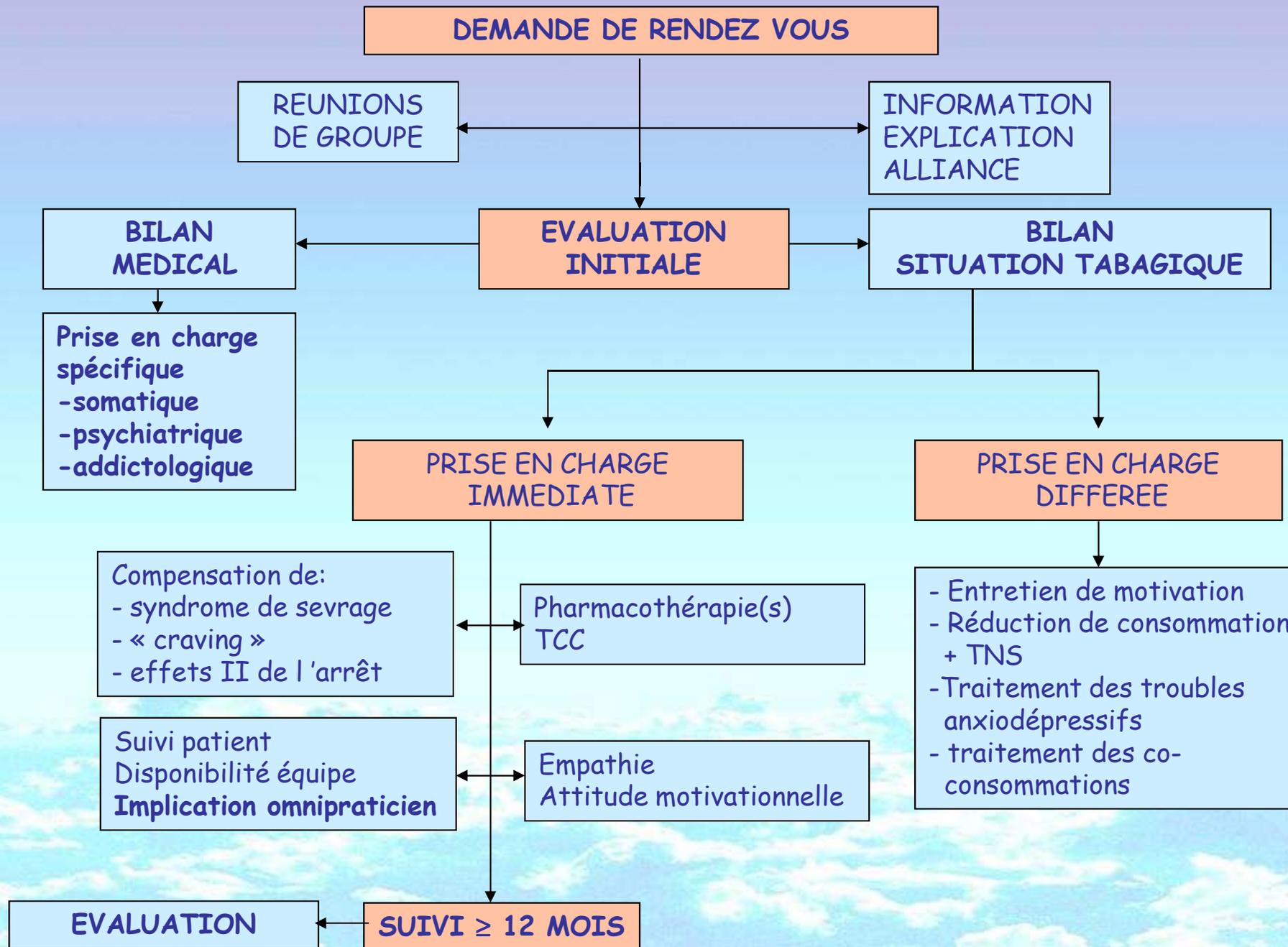
Méta-analyses : efficacité (OR) et taux d'abstinence (%) estimé pour différents médicaments et combinaisons médicamenteuses vs placebo au 6^{ème} mois (83 études - USDPHHS, 2008)

Placebo	80	1,0	13,8
Monothérapies			
Nicotine Gum (6-14 weeks)	15	1,5 (1,2 - 1,7)	19,0 (16,5 - 21,9)
Nicotine Nasal Spray	4	2,3 (1,7 - 3,0)	26,7 (21,5 - 32,7)
High-Dose Nicotine Patch (>25 mg) (These included both standard or long-term duration)	4	2,3 (1,7 - 3,0)	26,5 (21,3 - 32,5)
Long-Term Nicotine Gum (> 14 weeks)	6	2,2 (1,5 - 3,2)	26,1 (19,7 - 33,6)
Varenicline (1 mg/day)	3	2,1 (1,5 - 3,0)	25,4 (19,6 - 32,2)
Nicotine Inhaler	6	2,1 (1,5 - 2,9)	24,8 (19,1 - 31,6)
Clonidine	3	2,1 (1,2 - 3,7)	25,0 (15,7 - 37,3)
Bupropion SR	26	2,0 (1,8 - 2,2)	24,2 (22,2 - 26,4)
Nicotine Patch (6-14 weeks)	32	1,9 (1,7 - 2,2)	23,4 (21,3 - 25,8)
Long-Term Nicotine Patch (> 14 weeks)	10	1,9 (1,7 - 2,3)	23,7 (21,0 - 26,6)
Nortriptyline	5	1,8 (1,3 - 2,6)	22,5 (16,8 - 29,4)
Varenicline (2 mg/day)	5	3,1(2,5-3,8)	33,2(28,9-37,8)
Combinaison thérapies			
Patch (long-term ; > 14 weeks) + ad lib NRT (oral or spray)	3	3,6(2,5-5,2)	36,5(28,6-45,3)

- MAIS AUSSI

- PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE MULTICOMPOSANTES :
« High-Impact Therapy » (Dornelas EA, *et al. J Clin Psychol* 2001 ; 57(11) : 1311-52).
- SUIVI DE LONGUE DUREE ; reprise tardive du tabagisme (Hymowitz N, *et al. Tob Control* 1997 ; 6 suppl : S57-S62).
- IMPORTANCE D'UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE (Aveyard P, *et al. BMJ* 2007 ; 335 : 37-41).
- PROBLEMATIQUE DE L'AIDE CONFONDUE AVEC CELLE DE SON REMBOURSEMENT (Hajek P, *et al. Prev Med* 2007 ; 44 : 230-4).
- EVALUATION INITIALE RIGOREUSE, AVEC PRISE EN CHARGE STRUCTUREE ET PERSONNALISEE (problèmes associés : addictologiques, psychiatriques, somatiques, socio-économiques...).

- PROBLEMATIQUE DE LA « HARM REDUCTION »



PRISE EN CHARGE DU FUMEUR DIFFICILE

EVALUATION DE LA MOTIVATION A L'ARRET

oui

non

EVALUER
dépendance (FTND – TTFC)
consommation (cig/jour - cotinine)
craving (TCQ – QSU)

Entretien Motivationnel
+
Réduction de consommation aidée par TNS
ET
Identification de troubles anxio-dépressifs ou bipolaires
et/ou co-addictions de SPA.

SEVRAGE TABAGIQUE

EVALUER (terrain, comorbidités associées, antécédents de sevrage, réponses aux traitements...)

PUIS TRAITER :

THERAPEUTIQUES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX :

- TNS (TD + FO)
- VARENICLINE
- BUPROPION
- AUTRES dont MEDICAMENTS DU « CRAVING ».

Trouble anxio-dépressif ou bipolaire :

Prise en charge et réduction de
consommation aidée de TNS

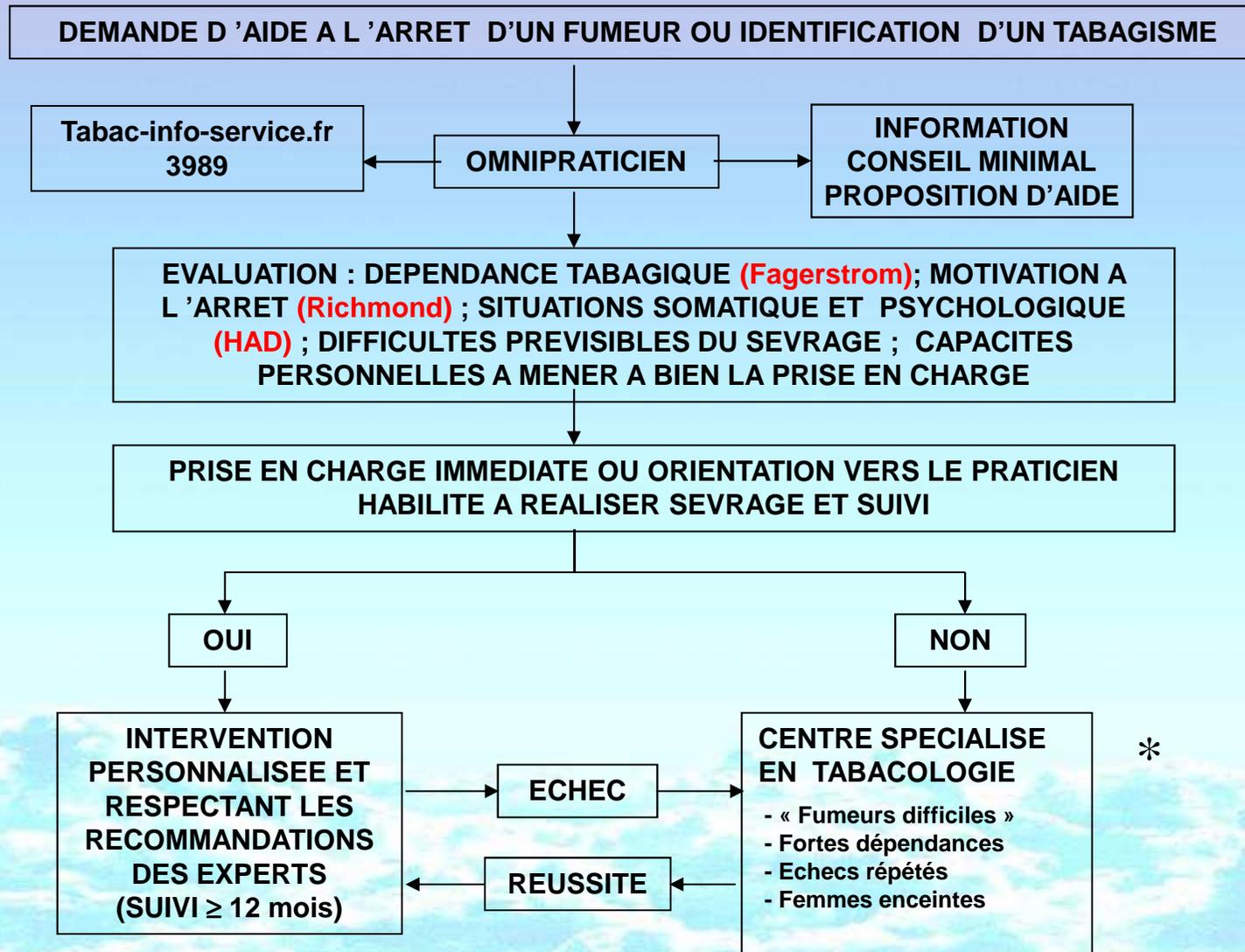
Co-consommation de SPA

Prise en charge et réduction de
consommation aidée de TNS

SEVRAGE TABAGIQUE

SUIVI > 12 MOIS – STRATEGIE DE PREVENTION DE LA RECHUTE

Stratégie d'intervention de l'omnipraticien face à un fumeur.



* Une stratégie de réduction de la consommation aidée de substituts nicotiques peut précéder l'arrêt total du tabagisme: (déficit de motivation et confiance en soi du fumeur, troubles anxio-dépressifs non compensés...).

CONCLUSION

EMERGENCE DE FUMEURS IRREDUCTIBLES MAIS DES RAISONS D'ESPÉRER

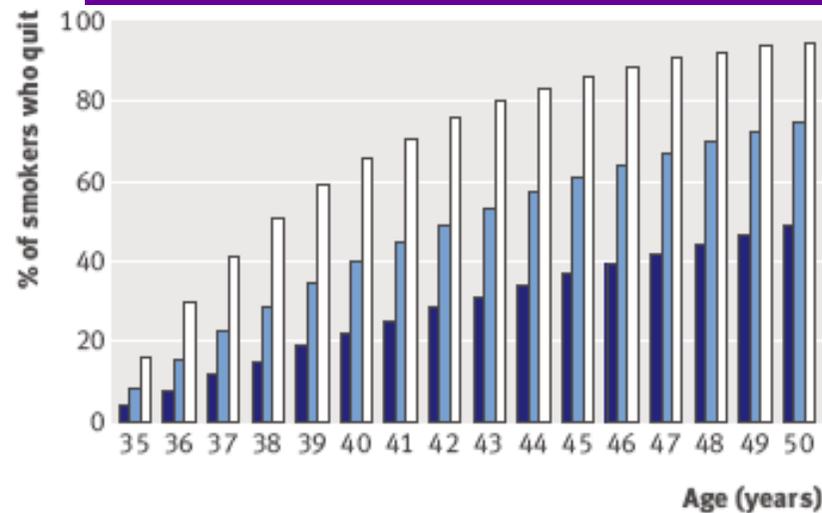
Partin MR, *et al.* Randomized Trial of Intervention to facilitate recycling for relapsed smokers. *Am J Prev Med* 2006 ; 31 (4) : 293-9.

Conclusion. The intervention significantly increased repeat treatment rates and satisfaction with services but did not have a significant effect on abstinence rates.

Hughes JR. Tobacco Treatment Specialists. *J Smoking Cess* 2008 ; 2 : 2-7.

Ave Auriacombe M, *et al.* Traitement de substitution : le médicament est... celui qui le donne. *Courr Add* 2002 ; 4 (3) : 104-6.

Hurt RD, *et al.* Treating tobacco dependence in a medical setting. *CA Cancer J Clin* 2009 ; 59 (5) : 314-26.



Conclusions

Nicotine dependence is a life threatening disorder, most of the complications of which can be avoided if it is overcome before the age of 40. Now that there is strong evidence for the efficacy of several medications and specialist behavioural support, all doctors should ensure that they know about these treatment options and regularly offer these to their patients, as this can make a real difference (fig 2). At least half of all cessation attempts in the UK are made without any treatment, and only one in 20 are made with optimum treatment. Clinicians have a key role in improving on this.

CONCLUSION :

FUMEURS DIFFICILES UN PROBLEME FREQUENT EN TABACOLOGIE

- * Résultat de l'arrêt à court et long termes
- * Qualité de vie dans l'arrêt préservée
- * Motivation à s'arrêter ou tenter l'arrêt à nouveau

REGLES D'OPTIMISATION DE LA PRISE EN CHARGE

- * Evaluation exhaustive de la situation du fumeur (motivation, dépendance, troubles anxiodépressifs, co-consommations, histoire du tabagisme et des tentatives d'arrêts)
- * Personnalisation de la prise en charge et suivi long ≥ 12 mois

PRISE EN CHARGE

- * Thérapies comportementales et cognitives toujours associées
- * Médicaments d'aides à l'arrêt
 - compensation du syndrome de sevrage
 - gestion du « craving »
 - personnalisation, rapport efficacité/tolérance, traitement long
- * Prise en charge globale (bio-psycho-social)
- * Progrès thérapeutiques (craving)
- * Partenariats en Addictologie

Cas clinique.

Un vétérinaire en retraite de 63 ans vous est adressé pour sevrage tabagique à la suite d'une hospitalisation pour exacerbation de sa BPCO (surinfection bronchique). L'histoire de la maladie est la suivante :

- tabagisme actuel : 25 cigarettes/jour soit 80 paquets-années.
- A 50 ans, le diagnostic de BPCO est porté alors qu'il fume 30 cigarettes/jour, un sevrage tabagique tenté (1^{ère} tentative) par SNTD (21 mg 24h/24) mais après 4 semaines d'arrêt complet marqué d'une sensation de manque et d'un « craving » intense. Il « rechute » dans un état dysthymique. La situation clinique actuelle est celle d'une BPCO stade III (VEMS = 0,8l (40% Th), VEMS/CV = 40%, GDS : paO₂ = 55, paCO₂ = 28). Il est sous BDCA spray. Il bénéficiait d'une réhabilitation respiratoire interrompue depuis 30 jours « plus envie ... à quoi bon ! ». Il a une dyspnée stade 3 ; TDM 6 mn = 250 m ; taille : 1,85 cm ; poids 70 kgs.

Que pensez-vous de la situation clinique de ce patient ?

Vous manque-t-il des éléments pour sa prise en charge tabacologique ?

- **Situation cardio-vasculaire** (antécédents, facteurs de risques, coronaropathie-AOMI ?) : RAS
- **Situation addictologique** : PAS DE CO-CONSOMMATION DE SPA.
- **Situation familiale et environnementale** : ANXIETE (femme de 43 ans, sans emploi alcoolotabagique, fils à charge de 13 ans), SOMMEIL MEDIOCRE et réveil matinal, PSYCHASTHENIE, PERTE D'ELAN VITAL , PAS D'ELEMENT DE BIPOLARITE.
- **Motivation personnelle à l'arrêt**: « la vie m'ennuie: s'il n'y avait pas ma femme et mon fils... »

CALCULER L'INDEX DE BODE DU PATIENT

INDEX BODE (Body mass index, airflow Obstruction, functional Dyspnoea, Exercise capacity) **DES INSUFFISANTS RESPIRATOIRES (Surtout BPCO)**

1 - Éléments nécessaires pour construire cet index :

Calculer l'I.M.C. (Indice de masse corporelle)

Faire un test de MARCHÉ de 6'

Faire une spirométrie avec mesure du V.E.M.S.

Coter la Dyspnée :

Échelle du M.R.C. :

Stade 1 : dyspnée pour **les efforts importants** (liés à l'âge physiologique du sujet)

Stade 2 : dyspnée à la **montée d'un étage** ou d'une côte à marche normale

Stade 3 : dyspnée à la **marche sur terrain plat** en suivant quelqu'un de son âge

Stade 4 : dyspnée au **moindre effort** de la vie courante

2 - Calculer l'index BODE

(additionner les points par item pour obtenir le total)				
Points	0	1	2	3
VEMS (%)	> ou = 65	50 - 64	36 - 49	< ou = 35
Distance en 6 mn (mètres)	> ou = 350	250-349	150-249	< ou = 149
Dyspnée (MMRC)	0-1	2	3	4
IMC (kg/m ²)	≥21	< ou = 21		

3 - Déterminer la SEVERITE (+ à ++++ ; mortalité à 4 ans en %) :

score 0 à 2 : catégorie 1 Indice de sévérité + 15 %

score 3 à 4 : catégorie 2 Indice de sévérité ++ 30 %

score 5 à 6 : catégorie 3 Indice de sévérité +++ 40 %

score 7 à 10 : catégorie 4 Indice de sévérité ++++ 80 %

Prise en charge thérapeutique selon le stade de gravité de la BPCO

classification actuelle	Symptômes chroniques Exposition aux facteurs de risque (tabac) Dépistage (NEO 6)	I : légère	II modérée	III sévère	IV très sévère
Caractéristiques		VEMS/CV < 70% VEMS ≥ 80% Symptomatique ou non	VEMS/CV < 70% 50% ≤ VEMS < 80% Symptomatique ou non	VEMS/CV < 70% 30% ≤ VEMS < 50% Symptomatique ou non	VEMS/CV < 70% 30% ≤ VEMS < 50% avec IRC

Eviction des Facteurs de risque (TABAC : aide à l'arrêt du tabagisme)
vaccination antigrippale et antipneumococcique, éducation thérapeutique du patient.

+ Broncho-Dilatateurs de Courte durée d'Action (BDCA)

+ Traitement par Broncho-Dilatateur de longue ou très longue action (BDLA)

+ Association de corticoïde inhalé (VEMS ≤ 50 %) + BDLA inhalé
+ Réhabilitation respiratoire.

O2 Longue durée
+/- chirurgie

Vous prenez en charge le patient et complétez le bilan initial :

- **motifs de la tentative d'arrêt** (conseil médical, crainte pour l'avenir de femme et enfant)
- **freins à la décision d'arrêt** (doute sur les bénéfices de l'arrêt et sa capacité à s'arrêter)
- **tests d'évaluation et d'aide à la prise en charge du sevrage :**
 - * FAGERSTROM = 10 Q-MAT = 10 RICHMOND = 6
 - * HAD A = 10 D = 9 BDI = 11 Pas de bipolarité (clinique, tests psychométriques)
- **CO expiré = 24 ppm** (10 cigarettes fumées depuis le réveil, dernière il y a 1 h)
- **alimentation déséquilibrée** (pauvre en féculent et protides) **déjeuner** (simple café + 2 sucres).

Conclusions sur ce bilan initial, y a-t-il des éléments évocateurs d'un sevrage difficile ? Attitude ?

- **dépendance tabagique forte** (Fagerström = 10, 25 cig/jour)
- **motivation à l'arrêt faible avec confiance en soi réduite** (Richmond, Q-MAT)
- **état anxio-dépressif avéré** (HAD, BDI, clinique et contexte)
- **situation habituelle des fumeurs atteints de BPCO**

Attitude thérapeutique immédiate ?

- **réduction de la consommation aidée par SNFO**
 - * Peiffer G, et al. BPCO et sevrage tabagique : arrêt total ou réduction des risques ? *Alcool Addictol* 2001 ; 23 (supp 2) : 435-60S.
- **entretien motivationnel**
 - * Lagrue G. *Arrêter de fumer*. O. Jacob, 2001
- **Psychotropes antidépresseurs car état dépressif avéré** (clinique, tests psychométriques)
 - * Perriot J. *Courrier Addiction* ; 6 (4) : 161-4

Après 12 semaines d'une stratégie de réduction de la consommation par pastille à la Nicotine fortement dosée (appareillage dentaire) remplacement d'une cigarette/2 par une pastille associée à la prise d'IRSNA, le patient ne fume que 10 cig/j, se sent bien (HAD A = 8, D = 6, BDI = 6). La mesure du CO expirée = 10 ppm (6 cigarettes fumées, la dernière il y a 2 h) et souhaite arrêter de fumer.

Que pensez-vous de la situation et du choix du patient ?

- stratégie de réduction de consommation aidée de SNFO efficace
- troubles anxio-dépressifs compensés
- patient motivé à s'arrêter de fumer

Propositions thérapeutiques pour le sevrage complet ?

- SN transdermique + SNFO
 - * 2 timbres à 21 mg + pastilles ou gommes fortement dosées selon les besoins
 - * contrôle de tolérance et posologie de sevrage, (score de syndrome de sevrage)
- Toujours associer une prise en charge cognitivo-comportementale
 - * score de craving
- Identification et mise en œuvre de nouveaux objectifs de vie
- Fixer la date du prochain rendez-vous (J7, appel téléphonique à J2)
 - * carnet de suivi, HAD, scores de sevrage et craving, (posologie/cotinine ?)

7 jours plus tard, le patient ne fume plus (Co expiré = 2 ppm) le score HAD est stable. Syndrome de sevrage et « craving » sont contrôlés. Il est satisfait de son arrêt. Il souhaite désormais aider sa femme à arrêter de boire et fumer.

Quelle évaluation faites-vous de la situation et que proposez-vous pour la suite ?

- Abstinence tabagique confortable ; patient satisfait
- poursuite du TNS avec diminution progressive
- soutien étalé dans le temps (prévention de la reprise)
- disponibilité et évaluation régulière de l'arrêt
- aide du patient à solutionner les problèmes de sa femme

Autres possibilités thérapeutiques

- Varénicline + TCC (si échec ou intolérance au TNS, 1^{er} choix ?)
- Bupropion + TCC (si absence de C. Indication, 2^{ème} choix ?)