

## Recherche

# Prise en charge de l'usage combiné du tabac et du cannabis

Deschenau Alice<sup>1</sup>, Malécot Marie<sup>2</sup>, Underner Michel<sup>3</sup>

<sup>1</sup> GH Paul Guiraud, Service Addictions, 54 avenue de la République ,94800 Villejuif, France

<sup>2</sup> Unité d'addictologie CH St Joseph St Luc, 69007 Lyon, France

<sup>3</sup> Unité de Recherche Clinique, Centre Hospitalier Henri Laborit, Université de Poitiers, 86021 Poitiers, France

\*Correspondance : Deschenau Alice, GH Paul Guiraud, Service Addictions, 54 avenue de la République 94800 Villejuif, [alice.deschenau@gh-paulguiraud.fr](mailto:alice.deschenau@gh-paulguiraud.fr)

**Résumé :** Le tabac et le cannabis sont deux des trois substances les plus consommées en France, le cannabis étant majoritairement fumé avec du tabac. Les données de la littérature sont en faveur d'effets synergiques des deux produits. La Haute Autorité de Santé recommande un dépistage et une évaluation systématiques des deux usages. Une fois la co-consommation évaluée, le professionnel peut informer le patient sur les risques liés à ses usages ainsi que sur les aides existantes, et déterminer avec lui ses objectifs de prises en charge. En fonction de ces derniers, il élabore une stratégie de prise en charge qui pourra s'appuyer sur la combinaison d'outils pharmacologiques, spécifiques dans le cas du tabac, à visée symptomatique pour les deux, et de techniques de psychothérapies. Cette stratégie accompagne l'arrêt comme la réduction progressive. Le professionnel sera à même d'apprécier l'évolution des symptômes de sevrage, des cravings, des effets secondaires des thérapies et d'adapter sa stratégie de soins au besoin. Elle sera d'autant plus efficace qu'elle pourra viser les deux substances et associer outils pharmacologiques et non pharmacologiques. La prise en charge du sevrage tabaco-cannabique ne doit pas faire oublier l'importance de la réduction des risques et des dommages et de la prévention.

**Mots-clés :** Dépendance au tabac, dépendance au cannabis, sevrage tabagique, pharmacothérapies, psychothérapies.

**Summary:** Tobacco and cannabis are two of the three drugs most used in France, cannabis being mostly smoked with tobacco. Data in the literature support synergistic effects of the two substances. The Haute Autorité de Santé (an independent French public health authority), recommends screening and systematic assessment of both substances' use. Once the co-consumption has been evaluated, the health professional can inform the patient about the risks associated with using these drugs as well as the existing cares. Together, they determine the treatment's objectives. Based on this information, a care strategy can be developed, that will combine pharmacological tools, specific in the case of tobacco, symptomatic for both, and techniques of psychotherapy. This strategy accompanies both stopping and gradual reduction. The professional will be able to assess the evolution of withdrawal symptoms, coping with cravings, side effects of therapies. So, he can adapt the care strategy as needed. It will be more effective if it can target both substances and combine pharmacological and non-pharmacological strategies. The management of tobacco-cannabis cessation should not overlook the importance of harm reduction and prevention.

**Keywords:** Tobacco Dependence, Cannabis Dependence, Smoking Cessation, Pharmacotherapies, Psychotherapies.

## Introduction

Le tabac et le cannabis sont deux des trois substances les plus consommées en France. En 2022, moins de trois adolescents de 17 ans sur dix ont déjà fumé du cannabis au cours de leur vie (29,9 %). Les consommations étaient d'autant plus masculines que leur fréquence est élevée. Près d'un jeune de 17 ans sur trois (25,1 %) déclare avoir consommé du tabac au cours des trente derniers jours [1].

Chez les adultes, en 2021, 47,3 % des adultes âgés de 18 à 64 ans déclaraient avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie. L'usage actuel (usage dans l'année) demeurerait stable avec 10,6 % des 18-64 ans (14,2 % des hommes et 7,2 % des femmes). Avec des premiers usages qui se déroulent principalement entre 18 et 25 ans et une proportion d'expérimentateurs de cannabis qui culmine entre 26 et 34 ans quel que soit le sexe, l'usage de cannabis demeure avant tout un phénomène générationnel. L'usage actuel concernait encore les plus jeunes (23,5 % des 18-24 ans). En 2022, en

France métropolitaine, plus de 3 personnes de 18-75 ans sur 10 déclaraient fumer (31,8%) et un quart déclaraient fumer quotidiennement (24,5%). La prévalence du tabagisme quotidien reste supérieure parmi les hommes (27,4 % contre 21,7 % parmi les femmes). Un écart de 14 points est observé entre les personnes n'ayant aucun diplôme ou un diplôme inférieur au baccalauréat (30,8%) et les titulaires d'un diplôme supérieur au baccalauréat (16,8%) [2].

Le mode de consommation du cannabis le plus fréquent en France consiste à le fumer sous forme de résine ou d'herbe avec du tabac (le joint). Certains usagers le consomment avec des pipes à eau (ou « bang ») et plus rarement en pâtisseries (« *space-cakes* ») ou tisanes.

Des travaux suggèrent que le système endocannabinoïde contribue à renforcer les effets de la nicotine [3, 4], que la combinaison des substances entraîne des effets agréables accrus [5]. Le tabac permettrait d'augmenter la vaporisation du THC ( $\Delta^9$ -tétrahydrocannabinol) [6]. Une revue de la littérature de 2012 [7] concluait que les consommateurs de cannabis qui fumaient également du tabac étaient plus dépendants au cannabis, avaient plus de problèmes psychosociaux et de moins bons résultats de sevrage que ceux qui consommaient du cannabis mais pas du tabac. L'inverse ne semblait pas être le cas dans cette revue. Des travaux retrouvent cependant une majoration du risque de dépendance à la nicotine en cas d'usage quotidien du cannabis [8].

Pour ces raisons, l'évaluation addictologique d'un fumeur de cannabis doit comprendre l'évaluation de son tabagisme et réciproquement. S'ajoute à la question des substances, celle du mode de consommation. Quel(s) que soit le(s) produit(s) fumé(s), sortir de la fume est essentiel pour la réduction des risques et des dommages du patient co-consommateur [9].

### Clinique Du Sevrage Tabaco-Cannabique

Un usager peut être confronté à une situation de sevrage combiné tabac et cannabis, total ou partiel.

| Tabac  | Cannabis  |
|--|---|
| <b>Au moins 4 symptômes parmi les suivants</b>   | <b>Au moins 3 symptômes parmi les suivants</b>    |
| <b>Dans les 24 heures</b>  | <b>Dans la semaine</b>                            |
| Irritabilité, frustration ou colère  | Irritabilité, colère ou agressivité               |
| Anxiété  | Nervosité ou anxiété                              |
| Insomnie   | Troubles du sommeil (insomnie, rêves inquiétants) |
| Augmentation de l'appétit  | Diminution de l'appétit ou perte de poids         |
| Fébrilité  | Fébrilité   |
| Humeur dépressive  | Humeur dépressive                                 |
| Difficultés de concentration (intellectuelle)  |   |
| Au moins un symptôme physique suivant causant un inconfort important : douleur abdominale, tremblements, transpiration, fièvre, frissons ou céphalées. |   |

Tableau I – Les signes cliniques du sevrage du tabac en regard de ceux du sevrage du cannabis suivant le DSM-5

Les symptômes des deux sevrages tels qu'énoncés dans le DSM-5 apparaissent alors intriqués (tableau I) mais avec une temporalité un peu différente, ceux du sevrage du tabac apparaissant dans les 24 heures.

Le *craving* est une autre composante essentielle des addictions. C'est le critère 4 de la définition de l'addiction à une substance selon le DSM-5. Charles-Nicolas [10] souligne que le *craving* n'est pas le manque et distingue deux types de

*craving* : le *craving* général : envie obsédante de fumer, à la phase initiale du sevrage, lié à l'absence de substance psychoactive et le *craving* signaux-induit (*cue-reactivity*), fréquent lors des rechutes.

Les mécanismes du *craving* restent imparfaitement connus ; en 1999, Verheul et al. [11] ont proposé un modèle à trois dimensions biologiques : (1) le *craving* de récompense (*reward craving*), impliquant dépendance, personnalité hédonique et binge (dysrégulation Dopamine/Opioides), (2) le *craving* de soulagement (*relief craving*), avec le stress et les effets renforçateurs négatifs des substances psychoactives (dysrégulation Gaba/Glutamate), et (3) le *craving* « obsessionnel » (*obsessional craving*) : comportant compulsions, pensées intrusives, et perte de contrôle (dysrégulation 5HT [sérotonine]).

Le questionnaire FTCQ-12 (*French Tobacco Craving Questionnaire - 12 items*) permet une mesure rapide, valide et fiable des envies de fumer (ou « urgences à fumer »). Il comporte 12 items explorant 4 facteurs [12]. Un score élevé est associé à une forte dépendance tabagique.

Il n'existe pas d'échelle d'évaluation du sevrage cannabique en français en dehors des items du DSM-5. En anglais, il a été proposé la *Cannabis Withdrawal Scale* [13] ou encore la *Marijuana Withdrawal Checklist* [14]. Pour évaluer la dépendance, le CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*) reste la référence [15].

## Méthode

Pour traiter de la sortie de l'usage combiné du tabac et du cannabis, une recherche sur Medline a été réalisée sur la période 2000-2020 avec les mots-clés suivants : « *smoking/tobacco cessation* », « *tobacco* », « *cannabis dependence* » associés à « *treatment* », « *pharmacothérap\** » (pour « *pharmacotherapy* », « *pharmacotherapies* »), « *psychotherap\** » (pour « *psychotherapy* », « *psychotherapies* »), avec les limites « Title/Abstract » et « Human ». Les critères d'éligibilité étaient : articles en langues anglaise ou française ; publications de types revues et revues systématiques, méta-analyses et guidelines. Une recherche complémentaire jusqu'en 2023 a été réalisée.

Ont été exclues les études concernant le sevrage chez des consommateurs de substances psychoactives autres que le tabac et le cannabis, les études concernant des populations spécifiques (comorbidités psychiatriques, les femmes enceintes...). L'extraction des données a permis d'identifier :

- Trois publications pour l'association cannabis et tabac,
- 46 publications pour le cannabis (dont les trois précédentes) dont 26 ont pu être retenues après une première sélection, basée sur le titre, les mots-clés et la lecture de l'abstract et l'élimination des doublons puis 14 à la lecture. La recherche complémentaire a fait ajouter trois articles.
- 677 publications pour le tabac. Dans ce contexte, les auteurs ont choisi de s'appuyer sur les recommandations des institutions nationales de santé publique, de la base Cochrane et de revues de la littérature complémentaires. La recherche complémentaire a fait ajouter cinq articles.

## Principes de la prise en charge

### Attitude du praticien

Face à un fumeur, le professionnel de santé établit une « alliance thérapeutique » sans laquelle, il n'y a pas d'engagement dans la relation. Il doit avoir une attitude empathique dont le vecteur est la reformulation. C'est un professionnel qui connaît les techniques et les médicaments validés, il sait conceptualiser le cas et évaluer les résultats. Il renforce le patient en positivant ses réussites si petites soient-elles [16].

Il est important de tenir compte des choix du patient (date d'arrêt, arrêt brutal ou progressif, type d'aide : médicamenteuse ou non médicamenteuse) et de lui expliquer l'importance d'associer une aide psychologique et une aide médicamenteuse. Son choix de faire un sevrage de tabac et/ou de cannabis sera pris en compte tout en motivant le patient à faire un sevrage mixte.

### Une approche globale

Bien que peu de travaux soient publiés à propos de la prise en charge concomitante des deux addictions, il est nécessaire de prévoir un traitement mixte du sevrage tabac et cannabis - même si le fumeur de cannabis ne souhaite pas arrêter le tabac -, compte tenu de l'effet renforçateur des deux substances psychoactives [17].

En complément de la prise en charge addictologique, considérer les comorbidités qu'elles soient primaires, secondaires ou concomitantes, qu'elles soient psychiatriques ou somatiques (en particulier algiques), est essentiel.

Le sevrage comprend des outils pharmacologiques et non pharmacologiques. Il doit s'inscrire dans une vision plus chronique de l'addiction et s'associer à un travail de rétablissement et de prévention de la rechute, ainsi que de réduction des risques.

## Stratégies Pharmacologiques Pour La Prise En Charge Du Sevrage

### Pour le sevrage du tabac (ST)

#### Stratégies pharmacologiques standards

En France, les trois médicaments ayant une autorisation de mise sur le marché comme aide au ST sont les substituts nicotiques (SN), la varénicline et le bupropion. Les deux premiers sont pris en charge par l'assurance maladie, sur prescription. En revanche, le bupropion n'est pas remboursé.

#### Substituts nicotiques (SN)

- Absence d'envie de fumer
- Nausées
- Palpitations
- Céphalées
- Insomnie
- Diarrhée
- Lipothymies
- Bouche pâteuse

#### Tableau II - Principaux signes de surdosage en substitution nicotinique

En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) [18] recommande d'utiliser les SN comme traitements de première intention. Le schéma thérapeutique standard utilisé avec les SN associe un ou plusieurs patches de nicotine et des formes orales de nicotine (pastilles/comprimés, gommes, inhalateur, spray buccal) à la demande, en cas de *craving*. Les dosages sont proposés selon la consommation quotidienne moyenne et adaptés rapidement selon les signes de sevrage, les *cravings* et les signes de surdosage en nicotine. Ces derniers figurent dans le tableau II, les nausées étant le symptôme le plus fréquent. Les effets indésirables (EI) des SN sont rares et bénins (allergie cutanée aux patches, troubles du sommeil si le patch reste appliqué la nuit).

L'efficacité des SN (*vs.* placebo) a été démontrée [19]. L'efficacité la plus importante est obtenue si le traitement combine patches, formes orales [20] et soutien psycho-comportemental. Une durée prolongée d'utilisation des SN (> 3 mois) est plus efficace qu'une durée de 3 mois [21].

#### Varénicline

La varénicline est recommandée en deuxième intention par la HAS chez les fumeurs dépendants de la nicotine (score de Fagerström en 6 questions  $\geq 7$  pour un score de 0 à 10) [18]. Le schéma thérapeutique standard comporte une phase d'augmentation des doses de 7 jours (1 comprimé à 0,5 mg le matin les 3 premiers jours puis 1 comprimé à 0,5 mg matin et soir du 4<sup>ème</sup> au 7<sup>ème</sup> jour) puis une phase de maintien (2 mg /jour : 1 comprimé à 1 mg matin et soir). La durée totale est de 12 semaines. La date d'arrêt du tabac se situe au cours des 14 premiers jours du traitement [18]. La varénicline permet d'obtenir des taux d'abstinence tabagique supérieurs au placebo mais aussi aux autres traitements

pharmacologiques (SN, bupropion) [22]. Anthenelli et al. [23] ont démontré l'efficacité et la sécurité de la varénicline (ainsi que des SN et du bupropion) chez des patients avec ou sans troubles psychiatriques.

Indisponible depuis 2021 en Europe, une reprise de la production par le laboratoire est toujours attendue.

## **Bupropion**

Le bupropion est également recommandé en deuxième intention dans le ST par la HAS [18]. Le schéma thérapeutique standard comporte une phase d'augmentation des doses de 6 jours (1 comprimé à 150 mg le matin) suivi d'une phase à dose complète (300 mg/jour : 1 cp à 150 mg le matin et en fin d'après-midi afin de limiter les troubles du sommeil, fréquents avec cette molécule ; un intervalle de 8 heures doit être respecté entre les prises). La durée totale de traitement de 7 à 9 semaines. La date d'arrêt du tabac se situe au cours de la deuxième semaine du traitement. Le bupropion est efficace au cours du ST [24]. L'épilepsie est une contre-indication formelle du bupropion. Notons que cette molécule, sans être strictement indisponible, est difficilement accessible et non remboursée.

### **Stratégies pharmacologiques non standards**

Les schémas standards peuvent s'avérer d'une efficacité insuffisante chez les fumeurs difficiles (*Hard-core smokers*), chez lesquels les taux d'abstinence tabagique sont faibles et/ou les taux de rechute sont élevés. 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 tabagisme. Ils cumulent souvent d'autres facteurs défavorables à la réussite de la tentative de sevrage : troubles anxio-dépressifs, co-consommations de substances psychoactives (notamment : alcool, cannabis) et précarité socio-économique [25].

Une revue générale récente synthétise les stratégies pharmacologiques différentes des traitements standards [26]. L'augmentation des doses de varénicline (3 mg/j) augmente le taux d'abstinence continue entre la 9<sup>ème</sup> et la 24<sup>ème</sup> semaine, mais avec des EI plus fréquents. Le traitement prolongé par patchs de nicotine augmente le taux d'abstinence ponctuelle à 6 mois, mais pas à un an. Un traitement prolongé par varénicline (24 *vs.* 12 semaines) augmente le taux d'abstinence continue au cours des semaines 13 à 24 et des semaines 13 à 52. Enfin, un traitement prolongé par bupropion (45 *vs.* 7 semaines) augmente la prévalence ponctuelle de l'abstinence aux semaines 52 et 78 mais pas à la semaine 104. Un traitement combiné par varénicline et patchs de nicotine ou par varénicline et bupropion est plus efficace que la varénicline en monothérapie. L'arrêt du tabac à date flexible avec la varénicline (entre le 7<sup>ème</sup> et le 35<sup>ème</sup> jour après début du traitement) augmente l'abstinence continue à la semaine 12 (fin du traitement) et au cours des semaines 9 à 24. De plus, une date d'arrêt flexible peut être plus facile à accepter pour le sujet. Le prétraitement (*preloading*) par patchs de nicotine débutant avant la date prévue d'arrêt du tabac double la probabilité d'arrêt à 6 mois. Un prétraitement de 4 semaines par varénicline augmente le taux d'abstinence prolongée à la semaine 12. Le retraitement (*recycling*) par varénicline augmente le taux d'abstinence continue au cours des semaines 9 à 12.

Les recommandations espagnoles de 2023 qui apportent les mêmes éléments, soulignant la supériorité des associations comprenant la varénicline (en premier lieu avec la substitution nicotinique), et qui introduisent la cytosine comme une autre option pharmacologique (non disponible en France) [27].

Par ailleurs, les psychédéliques qui connaissent un regain d'intérêt en recherche clinique seraient une piste intéressante pour la dépendance tabagique [28].

#### **1.1.1. Pour le sevrage cannabique**

Si le sevrage n'est pas systématique, lorsqu'il existe, il serait un facteur favorisant l'arrêt plus précoce des consommations chez les personnes dépendantes [29].

### **Les traitements spécifiques**

Aucun médicament n'a d'autorisation de mise sur le marché en France. En effet, aucun traitement spécifique addictolytique ou de substitution pour la dépendance au cannabis n'est reconnu actuellement, en l'absence de niveau de preuves suffisant, et ce malgré des études avec différentes molécules : analogues du THC et cannabinoïdes,

antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de sérotonine, antidépresseurs d'action mixte, thymorégulateurs, topiramate, bupropion, buspirone, atomoxetine, N-acétylcystéine, ocytocine, gabapentine, inhibiteurs de la FAAH (fatty-acid amyl hydroxylase inhibitors) [29-31].

La littérature retient l'intérêt potentiel plus particulièrement de la gabapentine [29-31], des préparations contenant du THC [29, 30] pour le sevrage, mais aussi de la nabilone (cannabinoïde), du topiramate et des inhibiteurs FAAH pour réduire les consommations [29bis].

Des travaux se poursuivent pour le traitement des symptômes du sevrage ou du trouble de l'usage avec des résultats intéressants avec les agonistes cannabinoïdes à l'exemple du nabiximol [32], mais aussi du dronabinol et de la nabilone déjà citée [33] ou encore pour l'AEF0117, un inhibiteur spécifique de la signalisation du CB1 [34]. Cependant il n'existe pas de recommandations de leur usage hors AMM [35].

### Les médicaments utiles

Dans ce contexte, les recours pharmacologiques visent à atténuer les symptômes de sevrage et les tensions du craving [15]. Ainsi les propriétés recherchées visent :

Un effet sédatif et/ou anxiolytique pour les situations de tension interne, nervosité, agressivité. Des traitements neuroleptiques sédatifs tels que la cyamémazine ou la lévomépromazine, ou de l'hydroxyzine, peuvent être proposés en première intention. La prescription de benzodiazépines est évitée du fait du caractère addictogène. Elle reste néanmoins envisageable suivant les recommandations de l'HAS [33].

Lutter contre l'insomnie. Des traitements antidépresseurs avec indication pour l'insomnie, en particulier la mirtazapine [29,30]. La quétiapine, en plus de favoriser l'appétit, pourrait être efficace [29]. Des traitements antihistaminiques comme l'alimémazine, peuvent être proposés pour éviter les traitements addictogènes. Pour autant, les benzodiazépines et apparentés (zopiclone, zolpidem) restent envisageables sur une courte durée.

### Stratégies Non Pharmacologiques

La stratégie d'aide au sevrage tabagique la plus efficace est l'association d'un traitement pharmacologique et d'une aide psycho-comportementale [20]. Les interventions comportementales associées au traitement pharmacologique augmentent les chances de réussite à 6 mois du sevrage tabagique (RR = 1,83 ; IC95% : 1,68-1,98) [37]. Fournir un soutien comportemental aux fumeurs utilisant des médicaments validés pour tenter d'arrêter de fumer augmente la proportion de tentatives réussies [38]. Le taux d'abandon des patients est moins élevé lorsqu'on associe une psychothérapie *versus* pas de psychothérapie [39].

Il existe plusieurs types d'aide psycho-comportementale : d'intensité légère à modérée (conseils brefs, soutien par téléphone, e-mail, Internet ou SMS) ou plus intense (entretiens motivationnels, thérapies cognitives et comportementales [TCC], management des contingences).

Les différentes interventions présentées ont été en majorité étudiées pour des fumeurs de tabac. Elles s'appliquent naturellement aux fumeurs de cannabis qui sont des fumeurs mixtes en France. Lorsque des études spécifiques ont été faites sur les fumeurs de cannabis, elles seront mentionnées à part.

### Intervention brève et conseil d'arrêt

Dans ses recommandations sur le RPIB (Repérage Précoce et Intervention Brève), la HAS recommande de toujours rechercher la consommation de tabac et de cannabis et de pratiquer le conseil d'arrêt de façon systématique [40]. Pour Aveyard et al. [41], proposer de l'aide et des médicaments, entraîne plus d'arrêt que de proposer simplement d'arrêter.

Il existe des preuves de certitude modérée qu'un soutien comportemental amélioré et axé sur l'observance des médicaments pour arrêter de fumer peut légèrement améliorer l'observance [42].

### Approche motivationnelle par l'EM (Entretien Motivationnel)

Le discours motivationnel explore l'ambivalence du fumeur, évalue sa motivation et sa confiance à arrêter, en suscitant et appuyant le « discours du changement ». Lindson et al. [43], ne retrouvent pas suffisamment de preuves pour affirmer que l'EM aide ou non les fumeurs à arrêter par rapport à l'absence d'intervention (RR = 0,84 ; IC95 % : 0,63-1,12), mais le nombre de participants est faible (684). Il n'y a pas non plus de preuves de son efficacité en association avec d'autres traitements d'arrêt du tabac. Un EM plus intensif serait néanmoins plus efficace qu'un EM moins intensif (RR = 1,23 ; IC95 % : 1,11-1,37). L'auteur précise dans la discussion que la motivation de base des participants recrutés modère l'effet de l'EM : les études qui ont recruté des participants ayant une faible motivation à arrêter ont trouvé un effet significatif de l'EM sur les taux d'abandon à la fois à court et à long terme.

Pour le trouble de l'usage du cannabis, les approches motivationnelles montrent des résultats positifs [44-46].

### **Les Thérapies Comportementales et Cognitives**

La HAS recommande d'utiliser en première ligne les TCC, méthodes validées efficaces [18]. Elles sont validées dans le ST mais ne sont pas suffisamment utilisées en pratique courante [47].

En ce qui concerne le cannabis, Cooper et al. en 2015 [44] et Gates et al. en 2016 [45] retrouvent une supériorité des TCC et de l'EM pour réduire la fréquence et la quantité des consommations, et la sévérité des signes de dépendance. S'il y a association TCC + EM, les résultats sont meilleurs. Cela est probant à court terme (4 mois) mais pas à long terme (9 mois ou plus). Cependant, les psychothérapies sont d'autant plus efficaces qu'utilisées plus longtemps (sur plus de 4 sessions, et sur une période supérieure à un mois). Leur efficacité est augmentée si elles s'accompagnent de management des contingences sous forme de bons d'achats. Ce sont aussi les résultats amenés par la revue de Pouliquen et Auriacombe [46].

### **Pleine conscience et thérapies basées sur la pleine conscience**

Ces thérapies, considérées comme 3<sup>ème</sup> vague des TCC, diffèrent des TCC « classiques » car elles prônent l'acceptation des sensations et des pensées plutôt que le changement des cognitions. Skanavi et al. [48] en 2011 (six essais cliniques sur des addictions) démontrent une efficacité significative dans la réduction de consommation et surtout des effets à long terme positifs, probablement liés à un apprentissage de compétences nouvelles et durables, bien qu'il y ait un pourcentage non négligeable de perdus de vue. De plus, les interventions étudiées ont également permis de réduire la symptomatologie psychiatrique et le sentiment de stress perçu. Cependant, l'obligation de suivre des séances longues quotidiennes d'un minimum de 45 minutes par jour limite l'emploi de ces techniques. Öst [49] en 2014, dans sa revue de la littérature, cite trois études sur la dépendance à la nicotine dont une étude en faveur de l'association ACT (thérapie d'acceptation et d'engagement) et bupropion supérieure au bupropion seul. Il conclut que l'ACT est probablement efficace dans les addictions bien qu'encore au stade expérimental. McClure et al. [50] en 2020 dans une étude randomisée (450 patients) retrouvent des résultats identiques à long terme (un an de suivi) chez des patients traités par SN et randomisés soit dans une thérapie de groupe ACT soit dans une thérapie de groupe TCC.

### **Les thérapies de groupe**

Elles offrent une opportunité de pouvoir apprendre des techniques comportementales et un soutien mutuel au sein du groupe. Stead et al. en 2017 [51] ont comparé plusieurs types de groupe à plusieurs types de techniques d'arrêt dans des études qui avaient un suivi d'au moins 6 mois. Les thérapies de groupe sont certainement plus efficaces que les programmes d'auto-support et que les interventions brèves, mais n'ont pas prouvé d'efficacité supérieure aux conseils plus intenses. Il existe des preuves raisonnables que les groupes soient meilleurs que l'auto-assistance et d'autres interventions moins intensives pour aider les gens à arrêter de fumer, même s'ils ne font pas mieux que les conseils d'un professionnel de la santé. La thérapie de groupe peut également être utile dans le cadre d'une intervention globale qui comprend la pharmacothérapie.

Du point de vue de la santé publique, l'impact des groupes sur la prévalence du tabagisme dépendra de leur utilisation, comme on peut le voir lors du Mois sans tabac où davantage de personnes font une tentative d'arrêt au mois de novembre [52].

### **Prévention de la rechute**

Le risque de rechute a été étudié chez les fumeurs abstinents. Les interventions comportementales visant à reconnaître les situations à haut risque de rechute et à apprendre les stratégies pour y faire face n'ont pas retrouvé d'intérêt dans la prévention des rechutes chez les fumeurs abstinents accompagnés [53].

### Management des contingences

Basées sur les principes du conditionnement opérant, les interventions de management des contingences (MC) offrent des incitations ou des récompenses pour encourager des objectifs comportementaux spécifiques. Notley et al. [54] en 2019 ont étudié les incitations financières à l'arrêt et quelle que soit la somme donnée, les résultats sont en faveur d'une augmentation des arrêts du tabac, à 6 mois, arrêts qui se maintiennent après l'arrêt de l'incitation financière (RR = 1,49 ; IC95 % : 1,28-1,73). Plus récemment Rodas et al. ont publié une revue de littérature en faveur de l'efficacité du MC pour le trouble de l'usage du cannabis au sein une population de personnes souffrant de troubles psychotiques ou dépressifs [55]. Les études qui ont calculé le rapport coût/bénéfice ont montré une rentabilité certaine, d'autant que le traitement par bons d'achat est sans effet secondaire délétère.

### La Rechute

Pour Marlatt et Gordon [56], « *la rechute est la règle et non pas l'exception* ». Il peut s'agir d'un faux pas (lapse) ou bien d'une rechute (relapse).

La rechute conduit le thérapeute à prendre en charge de nouveau le sevrage, ainsi que la prévention d'une nouvelle rechute, du tabac et du cannabis de façon combinée, si l'utilisateur l'accepte, ce qui est un enjeu car la prise en charge concomitante des deux consommations contribue justement à prévenir les rechutes [57,58]. Le travail de Gilbert et al. [59] laisse même entrevoir l'intérêt des patchs de nicotine comme traitement des affects négatifs liés au sevrage cannabique, chez des fumeurs pas ou peu dépendants.

Pour le tabagisme, il est recommandé d'utiliser des traitements prolongés : patchs pendant 6 mois, voire plus [60], varénicline pendant 24 semaines [61] ou plus rarement du bupropion (4 à 52 semaines) [62]. Les traitements combinés associant patchs et varénicline ou varénicline et bupropion sont plus efficaces que la varénicline en monothérapie [63]. En l'absence de thérapeutique reconnue pour le cannabis, il n'est pas encore proposé de protocole de prescription dans ce contexte.

Rappelons que les stratégies non pharmacologiques plus intensives et prolongées gagnent en efficacité.

### CONCLUSION

Il est capital que tous les professionnels de santé s'enquière systématiquement du statut tabagique et cannabique de tout patient et proposent les aides existantes pour réduire ou arrêter ces consommations. Les fumeurs mixtes de tabac et de cannabis doivent bénéficier d'une prise en charge dans le respect de leurs objectifs, après informations sur les effets de ces substances, sur les aides validées à leur disposition. Cette prise en charge est optimisée lorsqu'elle vise conjointement les deux substances et combine outils pharmacologiques et non pharmacologiques. Ajoutons que les mesures de prévention visant à éviter l'initiation à la co-consommation de tabac et de cannabis chez les jeunes, apparaissent fondamentales.

### REFERENCES

1. Les drogues à 17 ans - Analyse de l'enquête ESCAPAD 2022. *Tendances OFDT*, Mars 2023, n° 155, 8 p.
2. Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Soullier N, Beck F, Nguyen-Thanh V. Prévalence du tabagisme et du vapotage en France métropolitaine en 2022 parmi les 18-75 ans. *Bull Épidémiol Hebd.* 2023;(9-10):152-8.
3. Castañé A, Berrendero F, Maldonado R. The role of the cannabinoid system in nicotine addiction. *Pharmacol Biochem Behav.* 2005;81(2):381-6.
4. Cohen C, Kodas E, Griebel G. CB1 receptor antagonists for the treatment of nicotine addiction. *Pharmacol Biochem Behav.* 2005;81(2):387-95.
5. Cooper ZD, Haney M. Comparison of subjective, pharmacokinetic, and physiological effects of marijuana smoked as joints and blunts. *Drug Alcohol Depend.* 2009;103(3):107-13.



6. Van der Kooy F, Pomahacova B, Verpoorte R. Cannabis smoke condensate I: the effect of different preparation methods on tetrahydrocannabinol levels. *Inhal Toxicol.* 2008;20(9):801-4.
7. Peters EN, Budney AJ, Carroll KM. Clinical correlates of co-occurring cannabis and tobacco use: a systematic review. *Addiction.* 2012;107(8):1404-17.
8. Patton GC, Coffey C., Carlin JB, Sawyer SM, Lynskey M. Reverse gateways? Frequent cannabis use as a predictor of tobacco initiation and nicotine dependence. *Addiction.* 2005;100(10):1518-25.
9. Smith DS, O'Connor RJ, Wei B, Travers M, Hyland A, Goniewicz ML. Nicotine and toxicant exposure among concurrent users (co-users) of tobacco and cannabis. *Nicotine Tob Res.* 2020;22(8):1354-63.
10. Charles Nicolas A. Le craving n'est pas le manque. *Le Courrier des addictions.* 1999;1(1):8-12.
11. Verheul R, van den Brink W, Geerlings P. A three-pathway psychobiological model of craving for alcohol. *Alcohol Alcohol.* 1999;34(2):197-222.
12. Berlin I, Singleton EG, Heishman SJ. Validity of the 12-item French version of the Tobacco Craving Questionnaire in treatment-seeking smokers. *Nicotine Tob Res.* 2010;12(5):500-7.
13. Allsop DJ, Norberg MM, Copeland J, Fu S, Budney AJ. The Cannabis Withdrawal Scale development: patterns and predictors of cannabis withdrawal and distress. *Drug Alcohol Depend.* 2011;119(1-2):123-9.
14. Budney AJ, Moore BA, Vandrey RG, Hughes JR. The time course and significance of cannabis withdrawal. *J Abnorm Psychol.* 2003;112(3):393-402.
15. Dervaux A, Laqueille X. Cannabis : usage et dépendance. *Presse Med.* 2012;41(12 Pt 1):1233-40.
16. Cungi C. L'alliance thérapeutique, 2006 Édition Retz, Paris (286p). ISBN : 9782725624723.
17. Schwitzer T, Gillet C, Bisch M, Di Patrizio P, Schwan R, Laprevote V. Consommations conjointes de cannabis et de tabac : connaissances cliniques et perspectives thérapeutiques. *Thérapie.* 2016 Jun;71(3):315-22.
18. Haute Autorité de santé. Recommandation de bonne pratique. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Méthode Recommandations pour la pratique clinique. 2014. [www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations\\_arret\\_de\\_la\\_consommation\\_de\\_tabac.pdf](http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf) (consulté le 3 novembre 2020).
19. Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;5(5):CD000146.
20. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. PHS Guideline Update Panel, Liaisons, and Staff. Treating tobacco use and dependence: update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. *Respir Care.* 2008;53(9):1217-22.
21. 22bis. 21. Murray R. L., Zhang Y. Q., Ross S., O'brien K. K., Zhu M., Leone F. T., Pavalagantharajah S., Lopes L. C., Fulone I., Kantrow S., Zhang Y. (2022): Extended Duration Treatment of Tobacco Dependence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Ann Am Thorac Soc.* 19(8): 1390-1403.
22. Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;2016(5):CD006103.
23. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet.* 2016;387(10037):2507-20.
24. Howes S, Hartmann-Boyce J, Livingstone-Banks J, Hong B, Lindson N. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;4(4):CD000031.
25. Dematteis M, Pennel L. Théories neurobiologiques de l'addiction. In: Reynaud M, Karila L, Aubin H-J, Benyamina A. *Traité d'Addictologie* (2e édition). Paris: Lavoisier Médecine Sciences; 2016. p. 56-71.
26. Underner M, Perriot J, Peiffer G, Harika-Germaneau G, Jaafari N. Sevrage tabagique : les stratégies pharmacologiques différentes des traitements standards. *Rev Pneumol Clin.* 2018;74(4):205-14.
27. 27bis. 27. Rábade-Castedo C., De Granda-Orive J. I., Riesco-Miranda J. A., De Higes-Martínez E., Ramos-Pinedo Á., Cabrera-César E., Signes-Costa Miñana J., García Rueda M., Pastor-Esplá E., Jiménez-Ruiz C. A. (2023): Clinical Practice Guideline of Spanish Society of Pneumology and Thoracic Surgery (SEPAR) on Pharmacological Treatment of Tobacco Dependence 2023. *Arch Bronconeumol.* 59(10): 651-661.
28. 27ter. 28. Johnson MW. Classic Psychedelics in Addiction Treatment: The Case for Psilocybin in Tobacco Smoking Cessation. *Curr Top Behav Neurosci.* 2022;56:213-227. doi: 10.1007/7854\_2022\_327. PMID: 35704271.
29. Bonnet U, Preuss UW. The cannabis withdrawal syndrome: current insights. *Subst Abuse Rehabil.* 2017 Apr 27;8:9-37.
30. Nielsen S, Gowing L, Sabioni P, Le Foll B. Pharmacotherapies for cannabis dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;1(1):CD008940.
31. 29bis. 31. Bahji A., Meyyappan A. C., Hawken E. R., Tibbo P. G. (2021): Pharmacotherapies for cannabis use disorder: A systematic review and network meta-analysis. *Int J Drug Policy.* 97: 103295.
32. Allsop DJ, Lintzeris N, Copeland J, Dunlop A, McGregor IS. Cannabinoid replacement therapy (CRT): Nabilimols (Sativex) as a novel treatment for cannabis withdrawal. *Clin Pharmacol Ther.* 2015 Jun;97(6):571-4.
33. Werneck MA, Kortas GT, de Andrade AG, Castaldelli-Maia JM. A Systematic Review of the Efficacy of Cannabinoid Agonist Replacement Therapy for Cannabis Withdrawal Symptoms. *CNS Drugs.* 2018 Dec;32(12):1113-1129.

34. 31bis. 34. Haney M, Vallée M, Fabre S, Collins Reed S, Zanese M, Campistrone G, et al. Signaling-specific inhibition of the CB1 receptor for cannabis use disorder: phase 1 and phase 2a randomized trials. *Nat Med*. 2023 Jun;29(6):1487-1499. doi: 10.1038/s41591-023-02381-w. Epub 2023 Jun 8. PMID: 37291212; PMCID: PMC10287566.
35. Laprevote V, Schwan R, Schwitzer T, Rolland B, Thome J. Is There a Place for Off-Label Pharmacotherapy in Cannabis Use Disorder? A Review on Efficacy and Safety. *Curr Pharm Des*. 2015;21(23):3298-305.
36. Haute Autorité de Santé. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'anxiété ? Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2018. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-03/bzd\\_insomnie\\_v2.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-03/bzd_insomnie_v2.pdf) (consulté le 3 novembre 2020).
37. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;3:CD008286.
38. Hartmann-Boyce J, Hong B, Livingstone-Banks J, Wheat H, Fanshawe TR. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;6:CD009670.
39. Dutra L, Stathopoulou G, Shawnee MA, Basden L, Teresa MA, Leyro M. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *Am J Psychiatry*. 2008;165:179-87.
40. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte, HAS 2014. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil\\_rpiib\\_v2.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_rpiib_v2.pdf) (consulté le 11 novembre 2020).
41. Aveyard P, Begh R, Parsons A, West R. Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction*. 2012;107(6):1066-73.
42. Hollands GJ, Naughton F, Farley A, Lindson N, Aveyard P. Interventions to increase adherence to medications for tobacco dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;8:CD009164.
43. Lindson N, Thompson TP, Ferrey A, Lambert JD, Aveyard N. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;7:CD006936.
44. Cooper K, Chatters R, Kaltenthaler E, Wong R. Psychological and psychosocial interventions for cannabis cessation in adults: a systematic review short report. *Health Technol Assess*. 2015;19(56):1-158.
45. Gates PJ, Sabioni P, Copeland J, Le Foll B, Gowing L. Psychosocial interventions for cannabis use disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2016(5):CD005336.
46. 43bis. 46. Pouliquen M., Auriacombe M. (2022): Psychotherapeutic interventions for cannabis use disorder. What do we know and what should we do? *Encephale*. 48(1): 70-77.
47. Guichenez P, Chapelle FG. Apport des thérapies comportementales et cognitives dans le sevrage tabagique. *Journal de thérapie comportementale et cognitive* 2019;29(4):153-64.
48. Skanavi S, Laqueille X, Aubin HJ. Interventions basées sur la pleine conscience en addictologie - Mindfulness based interventions for addictive disorders: A review. *L'Encéphale*. 2011;37(5):379-87.
49. Ost LG. The efficacy of acceptance and commitment therapy: an updated systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther*. 2014;61:105-21.
50. McClure JB, Bricker J, Mull K, Heffner JL. Comparative effectiveness of group-delivered acceptance and commitment therapy versus cognitive behavioral therapy for smoking cessation: A randomized controlled trial. *Nicotine Tob Res* 2020; 22(3):354-62.
51. Stead LF, Carroll AJ, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;3(3):CD001007.
52. Guignard R, Pasquereau A, Andler R, Richard JB, Smadja O, Wilquin JL. Mois sans tabac : premiers éléments d'évaluation Rencontres de Santé publique France - Mercredi 30 mai 2018.
53. Livingstone-Banks J, Norris E, Hartmann-Boyce J, West R, Jarvis M, Chubb E, et al. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;2019(10):CD003999.
54. Notley C, Gentry S, Livingstone-Banks J, Bauld L, Perera R, Hartmann-Boyce J. Incentives for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;7(7):CD004307.
55. Rodas J. D., Sorkhou M., George T. P. (2022): Contingency Management for Treatment of Cannabis Use Disorder in Co-Occurring Mental Health Disorders: A Systematic Review. *Brain Sci*. 13(1).
56. Marlatt GA, Gordon RJ. Relapse prevention. Guilford Press: New York;1985.
57. Lemyre A, Poliakova N, Bélanger RE. The Relationship Between Tobacco and Cannabis Use: A Review. *Subst Use Misuse*. 2019;54(1):130-145.
58. Herrmann ES, Cooper ZD, Bedi G, Ramesh D, Reed SC, Comer SD, et al. Varenicline and nabilone in tobacco and cannabis co-users: effects on tobacco abstinence, withdrawal and a laboratory model of cannabis relapse. *Addict Biol*. 2019 Jul;24(4):765-776.
59. Gilbert, D.G., Rabinovich, N.E. & McDaniel, J.T. Nicotine patch for cannabis withdrawal symptom relief: a randomized controlled trial. *Psychopharmacology* 237, 1507–1519 (2020).
60. Schnoll RA, Goelz PM, Veluz-Wilkins A, Blazekovic S, Powers L, Leone FT, et al. Long-term nicotine replacement therapy: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2015 Apr;175(4):504-11.
61. Tonstad S, Tønnesen P, Hajek P, Williams KE, Billing CB, Reeves KR; Varenicline Phase 3 Study Group. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006 Jul 5;296(1):64-71.

62. Hays JT, Hurt RD, Rigotti NA, Niaura R, Gonzales D, Durcan MJ, Sachs DP, Wolter TD, Buist AS, Johnston JA, White JD. Sustained-release bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation. a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med.* 2001 Sep 18;135(6):423-33.
63. Chang PH, Chiang CH, Ho WC, Wu PZ, Tsai JS, Guo FR. Combination therapy of varenicline with nicotine replacement therapy is better than varenicline alone: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Public Health.* 2015 Jul 22;15:689.

### Liens d'intérêt

Alice Deschenau : déclare des collaborations pour participation à des congrès ou symposium sur invitation avec Pfizer, Pierre Fabre, ainsi qu'un lien d'intérêt familial avec l'entreprise Verdonnet Bouchet Horticulture. L'auteur déclare que ce travail a été réalisé en toute indépendance de l'industrie du tabac et du cannabis et qu'il n'a aucun lien d'intérêt avec l'industrie du tabac, de l'alcool et des jeux, ainsi que l'industrie de la cigarette électronique.

Marie Malécot : déclare des collaborations avec le laboratoire Pfizer pour participer à des congrès ou des colloques. L'auteur déclare que ce travail a été réalisé en toute indépendance de l'industrie du tabac et du cannabis et qu'il n'a aucun lien d'intérêt avec l'industrie du tabac, du cannabis, de l'alcool et des jeux, ainsi que l'industrie de la cigarette électronique.

Michel Underner : déclare des collaborations pour participation à des congrès ou symposium sur invitation avec Pfizer, Pierre Fabre. L'auteur déclare que ce travail a été réalisé en toute indépendance de l'industrie du tabac et du cannabis et qu'il n'a aucun lien d'intérêt avec l'industrie du tabac, du cannabis, de l'alcool et des jeux, ainsi que l'industrie de la cigarette électronique.