



# Modalités, trajectoires, vulnérabilités, identifications du fumeur à risque

**Philippe ARVERS, MD PhD**

**Observatoire Territorial des Conduites à Risque de  
l'Adolescent – MSH - Université Grenoble Alpes**

**[philippe.arvers@gmail.com](mailto:philippe.arvers@gmail.com)**



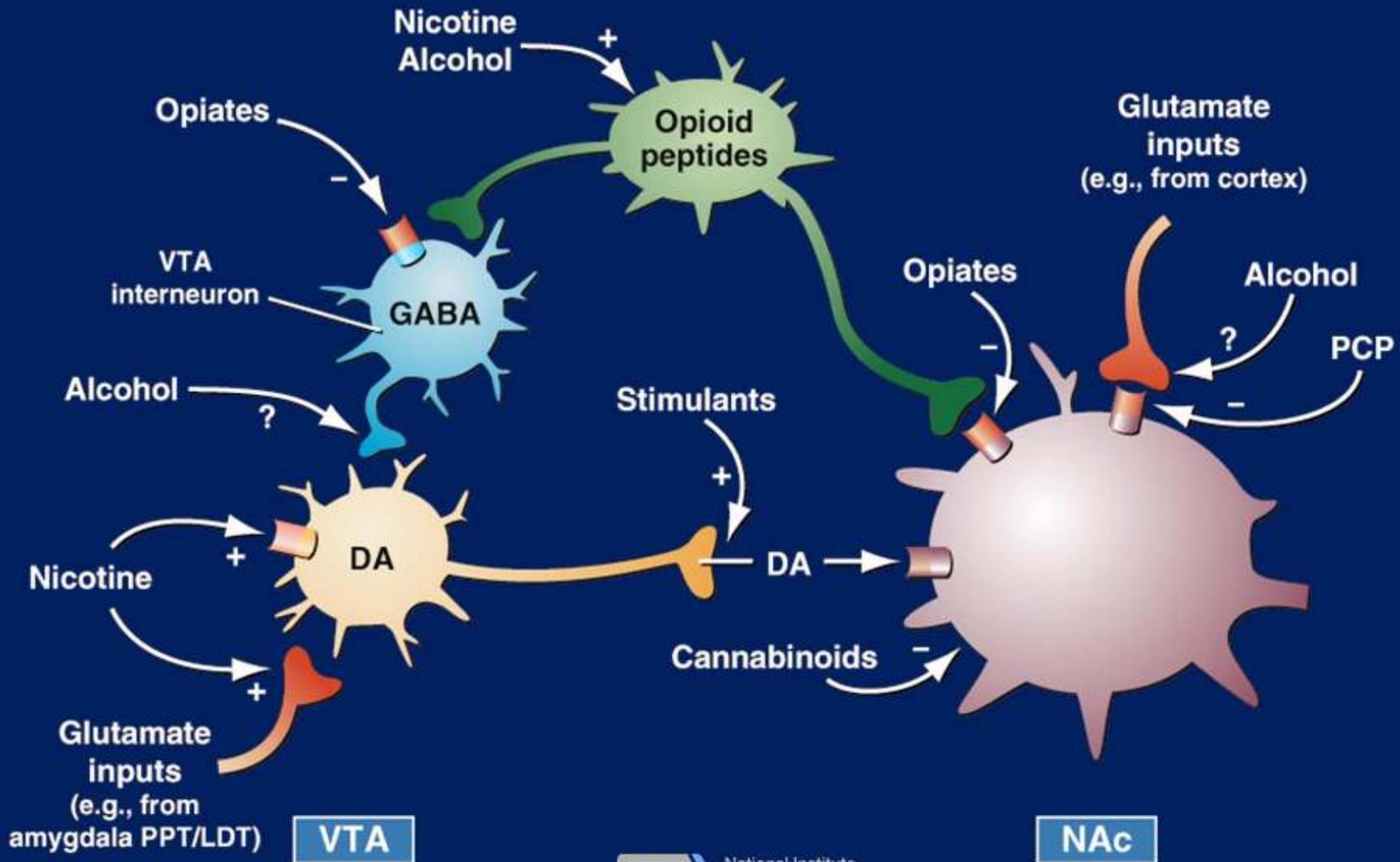
# Plan

- **Le fumeur à risque**
  - de ne pas pouvoir arrêter de fumer
  - de rechute
  - dans un contexte de co-addictions (SUD)
  - dans un contexte de comorbidités psychiatriques
  - dans un contexte de précarité
- **Evaluation dès la 1<sup>ère</sup> consultation**
- **Prise en compte des codépendances et des comorbidités psychiatriques**
- **Associer traitements médicamenteux aux TCC**

# Aspects neurobiologiques des addictions aux SPA

- La nicotine et d'autres substances produisent des effets de **renforcement positif dopaminergique** similaires au niveau de l'**aire tegmentale ventrale** et du **nucleus accumbens** (Nestler et al., 2005).
- Le tabac augmente le risque de **rechute de SUD** (Weinberger et al., 2017).
- La **prise d'alcool et de cannabis** augmente le risque de **continuer à fumer** et le risque de **rechute chez l'ex-fumeur** (Weinberger et al., 2018).

# Convergence d'action des SPA sur l'Aire Tegmentale Ventrale (VTA) et le Nucleus Accumbens (Nac)



From: Nestler EJ, *Nat Neurosci*, 2005, 8:1445-1449.

# Facteurs de vulnérabilité liés tabagisme

## Vulnérabilité psychologique au tabagisme

- Rôle anxiolytique du tabac
- Régulation émotionnelle
- Recherche de nouveauté : aptitude à rechercher la nouveauté et à s'attacher à des comportements récompensants.
- Recherche de sensations c'est une dimension impliquée dans plusieurs addictions (avec ou sans substance psychoactive).

# Troubles de l'usage de substances

- Il y a rarement une consommation de tabac isolée.
- L'existence d'un trouble de l'usage de substances (SUD) autres que le tabac n'est pas sans conséquences sur le tabagisme, les difficultés à arrêter et le risque de rechute.

# Existence de SUD et tabagisme

- L'expérimentation de tabac est précoce.
- Ils fument depuis plus longtemps.
- Leur dépendance à la nicotine est plus forte que celle des non-SUD.

De Dios et al., 2009 ; Goldstein et al., 2012 ;  
Goodwin et al., 2011.

# Existence de SUD et tabagisme

- La rechute (alcool, cannabis) est plus fréquente parmi les fumeurs (De Dios et al.) :

Table 3

Logistic regression models: alcohol relapse by status group

Covariates /Predictors	OR	95% CI	Wald statistic	<i>p</i>
Treatment modality				
Long-term inpatient	0.950	0.72–1.25	0.134	.715
Short-term inpatient	1.24	0.923–1.67	2.03	.154
Outpatient <sup>a</sup>	–	–	–	–
Race/Ethnicity				
White *	2.75	2.07–3.64	49.37	<.001
African American *	1.41	1.17–1.71	12.34	<.001
Hispanic	0.672	0.434–1.04	3.17	.075
Other <sup>a</sup>	–	–	–	–
Intake level of alcohol *	1.07	1.003–1.14	4.158	.041
Tobacco status groups				
Persistent smoker *	1.50	1.07–2.11	5.40	.02
Nonsmoker	1.40	0.868–2.27	1.91	.167
Smoking initiator *	2.19	1.34–3.58	9.78	.002
Quitters <sup>a</sup>	–	–	–	–

<sup>a</sup> Reference group.

\* *p* < .05.

Table 5

Logistic regression models: other drug relapse by status group

Covariates/Predictors	OR	95% CI	Wald Statistic	<i>p</i>
Treatment modality				
Long-term inpatient *	0.645	0.427–0.975	4.32	.038
Short-term inpatient	0.955	0.641–1.42	0.05	.822
Outpatient <sup>a</sup>	–	–	–	–
Race/Ethnicity				
White *	2.658	1.2–5.88	5.81	.016
African American	1.050	0.746–1.48	0.078	.781
Hispanic *	2.008	1.07–3.77	4.71	.03
Other <sup>a</sup>	–	–	–	–
Intake level of other drug	1.022	0.956–1.09	0.415	.519
Tobacco status groups				
Persistent smoker	1.46	0.941–2.25	2.84	.092
Nonsmoker	0.80	0.392–1.64	0.373	.541
Smoking initiator *	2.42	1.29–4.52	7.62	.006
Quitters <sup>a</sup>	–	–	–	–

<sup>a</sup> Reference group.

\* *p* < .05.

# Risque de rechute du tabagisme pendant le sevrage de SUD

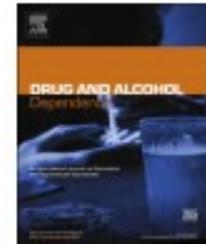
Drug and Alcohol Dependence 202 (2019) 93–103



Contents lists available at ScienceDirect

## Drug and Alcohol Dependence

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/drugalcdep](http://www.elsevier.com/locate/drugalcdep)



### Smoking relapse risk is increased among individuals in recovery

Amanda J. Quisenberry<sup>a,\*</sup>, Jami Pittman<sup>b</sup>, Renee D. Goodwin<sup>c,d</sup>, Warren K. Bickel<sup>e</sup>,  
Giordano D'Urso<sup>f</sup>, Christine E. Sheffer<sup>a</sup>



<sup>a</sup> Department of Health Behavior, Roswell Park Comprehensive Cancer Center, Elm and Carlton Streets, Buffalo, NY, 14203, United States

<sup>b</sup> College of Liberal Arts & Sciences, Wayne State University, 4841 Cass Avenue, Detroit, MI, 48201, United States

<sup>c</sup> Department of Epidemiology and Biostatistics, Graduate School of Public Health and Health Policy, United States

<sup>d</sup> Institute of Implementation in Population Health, The City University of New York, 55 West 125th Street, New York, New York, 10027, United States

<sup>e</sup> Addiction Recovery Research Center, Virginia Tech Carilion Research Institute, 2 Riverside Circle, Roanoke, VA, 24016, United States

<sup>f</sup> Department of Neurosciences, Reproductive and Odontostomatological Sciences, University of Naples Federico II, Naples, Italy

Quisenberry et al., Drug Alc Dep, 202 (2019)

# Troubles de l'usage de substances

- La moitié des patients dépendants d'autres substances que le tabac mourront d'une complication de leur tabagisme (Hurt et al., 1996).
- Ces patients sont 4 fois plus nombreux à fumer lors de leur sevrage qu'en population générale (Campbell et al., 2019).
- Fumer du tabac augmente le risque de rechute (Weinberger et al., 2017).

# Troubles de l'usage de substances

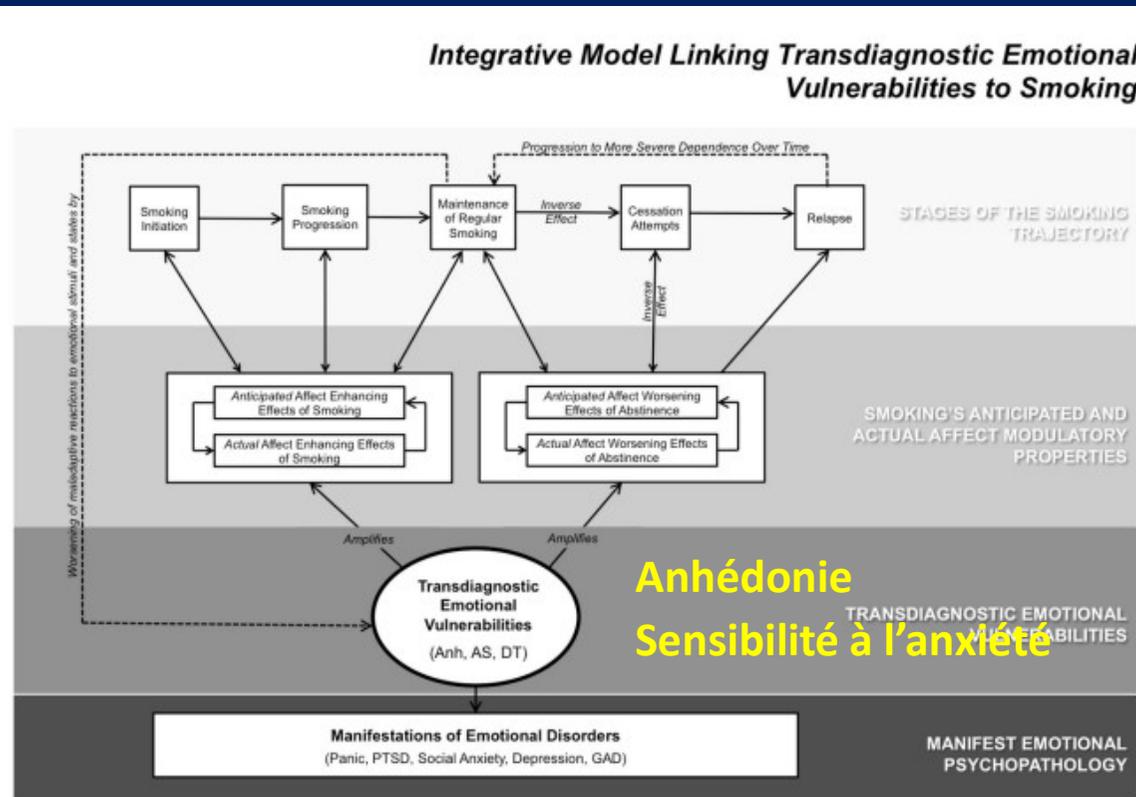
- Les fumeurs sont 5 fois plus nombreux à boire de l'alcool ou utiliser des drogues illicites que les non-fumeurs (Moeller et al., 2018 ; Weinberger et al., 2019).
- L'existence d'une dépendance à l'alcool ou à une drogue illicite est fortement corrélée au maintien d'une dépendance au tabac (Goodwin et al., 2014).

# Comorbidités psychiatriques et rechute après sevrage du tabac

- Anxiété
- Dépression majeure
- Schizophrénie

Ce sont des facteurs de risque de rechute après sevrage tabagique (Zvolensky et al., 2015).

# Comorbidités psychiatriques et rechute après sevrage du tabac



**Figure 2.**

Integrative theoretical model identifying transdiagnostic emotional vulnerability factors as key elements linking emotional symptoms and syndromes to stages of the smoking trajectory. Different transdiagnostic emotional vulnerabilities are proposed to putatively amplify the impact of different types of smoking's affect-modulatory effects on smoking behavior: (1) Anh amplifies smoking-induced reward; (2) AS amplifies smoking-induced anxiolysis; and (3) Poor DT amplifies smoking-induced distress reduction. Anh = Anhedonia; AS = Anxiety Sensitivity; DT = Distress Tolerance.

# Risque de rechute après dépression

- Etude longitudinale (n=3302 anciens fumeurs) 1994-2005 : risque x2 (dépression en 1994)

Depression in 1994 and risk of smoking relapse by 2005 among former smokers.

	No depression 1994 (n = 608)	Depression 1994 (n = 91)	OR (95% CI)	AOR <sup>a</sup> (95% CI)	AOR <sup>b</sup> (95% CI)	AOR <sup>c</sup> (95% CI)	AOR <sup>d</sup> (95% CI)	AOR <sup>e</sup> (95% CI)	AOR <sup>f</sup> (95% CI)
Relapse by 2005	12.1% (63)	24.4% (19)	<b>2.3 (1.3, 4.2)</b>	<b>2.2 (1.2, 3.9)</b>	<b>2.5 (1.3, 4.6)</b>	<b>2.0 (1.1, 3.8)</b>	<b>2.2 (1.2, 4.1)</b>	<b>2.1 (1.02, 4.2)</b>	<b>2.4 (1.3, 4.2)</b>

AOR<sup>a</sup>=Adjusted for gender and age.

AOR<sup>b</sup>=Adjusted for alcohol/drug use problems at Wave 1.

AOR<sup>c</sup>=Adjusted for GAD and panic attacks at Wave 1.

AOR<sup>d</sup>=Adjusted for amount of smoking.

AOR<sup>e</sup>=Adjusted for duration of quit.

AOR<sup>f</sup>= Adjusted for length of smoking.

Bold= $p < 0.05$ .

Relapse = Currently a regular/daily smoker in 2005 among those who were former daily smokers in 1994 (n = 699).

# Risque de rechute après dépression

- Etude longitudinale (n=3302 anciens fumeurs) 1994-2005 : risque x3 (dépression en 2005)

Depression in 2005 and smoking relapse by 2005 among former smokers.

	No depression 2005 (n = 622)	Depression 2005 (n = 77)	OR (95% CI)	AOR <sup>a</sup> (95% CI)	AOR <sup>b</sup> (95% CI)	AOR <sup>c</sup> (95% CI)	AOR <sup>d</sup> (95% CI)	AOR <sup>e</sup> (95% CI)	AOR <sup>f</sup> (95% CI)
Relapse by 2005	11.6% (62)	30.3% (20)	<b>3.2 (1.9, 5.4)</b>	<b>3.0 (1.6, 5.4)</b>	<b>3.4 (1.8, 6.4)</b>	<b>3.0 (1.6, 5.5)</b>	<b>3.1 (1.7, 5.7)</b>	<b>3.2 (1.5, 6.7)</b>	<b>3.3 (1.8, 6.0)</b>

AOR<sup>a</sup>=Adjusted for gender and age.

AOR<sup>b</sup>=Adjusted for alcohol/drug use problems at Wave 1.

AOR<sup>c</sup>=Adjusted for GAD and panic attacks at Wave 1.

AOR<sup>d</sup>=Adjusted for amount of smoking (number of cigarettes per day when smoking).

AOR<sup>e</sup>=Adjusted for duration of quit.

AOR<sup>f</sup>=Adjusted for length of smoking.

Bold= $p < 0.05$ .

# Tabac et psychose

Asian Journal of Psychiatry 43 (2019) 125–131

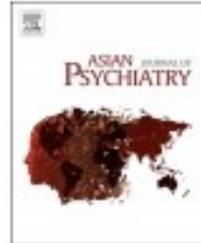


ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Asian Journal of Psychiatry

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/ajp](http://www.elsevier.com/locate/ajp)



## Tobacco smoking and nicotine dependence in first episode and established psychosis



John Lally<sup>a,b,c,d,\*</sup>, Gilda Spaducci<sup>e</sup>, Poonam Gardner-Sood<sup>f</sup>, Zerrin Atakan<sup>a</sup>, Kathryn Greenwood<sup>g</sup>,  
Marta Di Forti<sup>h,i</sup>, Khalida Ismail<sup>j</sup>, Kieran C. Murphy<sup>b</sup>, Shubulade Smith<sup>k,l</sup>, Ann McNeill<sup>e</sup>,  
Robin M. Murray<sup>a,m</sup>, Fiona Gaughran<sup>a,n</sup>

# Tabac et psychose

- Des taux de prévalence de forte dépendance nicotinique chez les schizophrènes de **32%** (Aguilar et al., 2005) à **38%** dans une étude anglaise (Krishnadas et al., 2012) ont été rapportés, tout comme des taux de prévalence de dépendance nicotinique allant de **38%** (Yee et al., 2015) à **76%** (Patkaret al., 2002).
- La forte prévalence du tabagisme et de la dépendance nicotinique chez les patients psychotiques les rendent particulièrement vulnérables aux conséquences somatiques (Morris et al., 2006; McClave et al., 2010; de Leon and Diaz, 2005; Dickerson et al., 2013).

# Tabac et psychose

- L'étude de Lally et al. a été menée auprès de 2 cohortes: 181 personnes avec un **1er épisode psychotique (PEP)** issus de l'étude "Physical Health and Substance Use Measures in First Onset Psychosis" (PUMP) et 432 personnes présentant une **psychose confirmée (PC)** issus de l'étude randomisée "Improving physical health and reducing substance use in psychosis randomised controlled trial" (IMPACT RCT).

J. Lally et al. Tobacco smoking and nicotine dependence in first episode and established psychosis. Asian Journal of Psychiatry 43 (2019) 125–131

# Tabac et psychose

- **Résultats :**

- La **prévalence du tabagisme** est **élevée** chez les PEP (78%) et chez les PC (62%)
- Le nombre médian de cigarettes/jour : 10 chez les PEP et 16 chez les PC
- Une dépendance nicotine élevée (FTQ  $\geq 5$ ) chez 49% des PEP et 69% des PC
- **Plus de symptômes positifs (PANSS)** et **moins d'estime de soi** (échelle de Rosenberg)
- Le **score AUDIT est plus élevé** chez les fumeurs dans les 2 groupes (et corrélé au niveau de dépendance nicotinique)

- **Conclusion :**

- Les prévalences du tabagisme et de la dépendance nicotinique sont problématiques dès les 1ers stades de la psychose
- La dépendance nicotinique est plus élevée parmi les PC
- Les stratégies de sevrage tabagique doivent être envisagées à tous les stades de la psychose

# En pratique, que faire ?

- Evaluer les codépendances
- Evaluer les comorbidités psychiatriques
- Evaluer le niveau de précarité
  
- Adapter la prise en charge thérapeutique

# Evaluation des codépendances

- Dès la 1<sup>ère</sup> consultation, avec des outils standardisés (RPIB) :
  - AUDIT pour l'alcool

## ECHELLE POMI : DÉPISTAGE DU MÉSUSAGE DES ANTALGIQUES OPIOÏDES

ANTALGIQUE(S) OPIOÏDE(S) CONCERNE(S) PAS CES QUESTIONS : codéine, tramadol, poudre d'opium, morphine, oxycodone, fentanyl, hydromorphone	Oui	Non
Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) anti-douleur en QUANTITE PLUS IMPORTANTE, c'est-à-dire une quantité plus élevée que celle qui vous a été prescrite ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) anti-douleur PLUS SOUVENT QUE PRESCRIT(S) sur votre ordonnance, c'est à dire réduit le délai entre deux prises ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous déjà eu besoin de faire RENOUELER VOTRE ORDONNANCE de ce/ces médicament(s) anti-douleur PLUS TOT QUE PREVU ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous déjà eu la SENSATION DE PLANER OU RESENTIR UN EFFET STIMULANT après avoir pris ce/ces médicaments(s) anti-douleur ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) anti-douleur parce que vous étiez contrarié(e), c'est à dire pour SOULAGER OU SUPPORTER DES PROBLEMES AUTRES QUE LA DOULEUR ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous déjà CONSULTÉ PLUSIEURS MÉDECINS, y compris au urgences, pour obtenir plus de ce/ces médicament(s) anti-douleur ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

# Evaluation des comorbidités psychiatriques

- Test HAD (anxiété – dépression)
- Test BDI (13 items dépression)
- Test d'hypomanie de Angst (si 10, possible épisode)
- Test de cyclothymie d'Aksikal et d'Hantouche. (patho si > 10).

# Evaluation du niveau de précarité

## Score EPICES

### Les 11 questions du score Epices

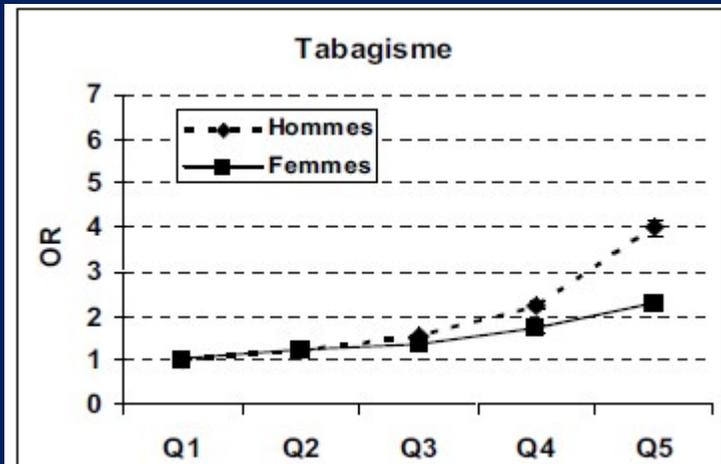
N° Questions	Oui	Non
1 Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2 Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3 Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4 Êtes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5 Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...)?		
6 Vous est-il arrivé de faire du :		
7 Êtes-vous allé au spectacle au :		
8 Êtes-vous parti en vacances :		
9 Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des problèmes de santé ?		
10 En cas de difficultés, il y a-t-il sur qui vous puissiez compter en cas de besoin ?		
11 En cas de difficultés, il y a-t-il sur qui vous puissiez compter matérielle ?		

Pour chacune des questions, la réponse possible est soit OUI, soit NON.

Le score final peut varier de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité).

Le score de 30,17 est utilisé comme seuil de précarité EPICES, avec les quintiles suivants :

- ▶ Q1 [0,0 - 7,10[
- ▶ Q2 [7,10 - 16,56[
- ▶ Q3 [16,56 - 30,17[
- ▶ Q4 [30,17 - 48,52[
- ▶ Q5 [48,52 - 100]



# Perspective temporelle et précarité sociale

« L'arrêt du tabac du sujet précaire paraît vécu comme la privation d'un plaisir dans une vie de contraintes. Les motivations sont matérielles et les difficultés plus grandes lors du sevrage. L'orientation vers le futur permet de développer des motivations personnelles de meilleur pronostic.

Un sevrage tabagique structuré doit inclure une projection dans le futur. Une phase de réduction de consommation, aidée par un traitement de substitution nicotinique est souvent proposée aux patients en situation de précarité et permet d'améliorer les motivations personnelles pour l'arrêt ainsi que d'en permettre une expérience. Cette piste de recherche est intéressante car elle apporte des propositions d'action pour le sevrage tabagique, de mieux comprendre le rôle de la perspective temporelle sur les rapports aux produits addictogènes et sur le développement de motivations intrinsèques. »

*In:* F. Merson et al. Modification de la perspective temporelle par la précarité : quels effets sur le sevrage tabagique. Rev. Med Liège 2012; 67 : 10 : 536-542

# Prise en charge des fumeurs à risque

- Approche médicamenteuse
  - TNS (doses et durée de traitement)
  - Varénicline (étude EAGLES)
  - Vape
- Approches psychosociales
  - TCC
  - ACT (acceptation et engagement)
- Association des 2 approches

# Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien

Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours

## 8.10.1 Troubles anxieux

**AE**

Il est recommandé de rappeler au patient que les troubles anxieux peuvent être améliorés par l'arrêt de la consommation de tabac.

## 8.10.2 Troubles de l'humeur

Les fumeurs ayant des antécédents dépressifs sont les plus exposés à la décompensation d'un trouble de l'humeur à l'arrêt du tabac.

**AE**

En cas d'apparition ou d'aggravation de troubles dépressifs, il est recommandé de mettre en place une prise en charge spécifique de la dépression.

En cas d'antécédents dépressifs, il est recommandé, lors du sevrage tabagique, d'être vigilant quant au risque de rechute de la dépression.

## 8.10.3 Troubles psychiatriques sévères

### ► En ambulatoire

**AE**

Pour les patients présentant des troubles psychiatriques sévères, il convient d'envisager le sevrage tabagique lorsque l'état psychique du patient lui permet de gérer lui-même son traitement.

Il est recommandé d'être attentif aux co-addictions, aux variations de l'humeur et à l'adaptation du traitement psychotrope.

En cas de trouble psychiatrique sévère, les doses de TNS nécessaires sont fréquemment plus élevées qu'en population générale.

### ► Hospitalisation

**AE**

Il convient d'envisager un traitement de substitution en accord avec l'équipe psychiatrique.

# Le tabagisme en psychiatrie

A. Eytan I. Keizer M. Etter

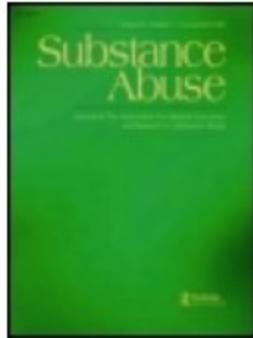
Rev Med Suisse 2003; volume -1. 23246

AMIS (/AMIS)

Le tabagisme modifie l'effet thérapeutique de plusieurs médicaments psychotropes notamment en réduisant leur taux sanguin. Les concentrations sanguines de neuroleptiques peuvent baisser jusqu'à 50% chez les gros fumeurs par induction enzymatique au niveau du cytochrome P 450, d'où une accélération du métabolisme des psychotropes.<sup>19</sup> Ceci a été documenté pour la clozapine, l'halopéridol, l'olanzapine. Comme conséquence, les patients schizophrènes fumeurs peuvent nécessiter l'administration de doses plus élevées de neuroleptiques avec un risque accru d'effets secondaires. Une attention particulière devrait être accordée lors d'un sevrage brutal de cigarettes qui pourrait provoquer une augmentation dangereuse du taux sanguin de neuroleptiques et déclencher ainsi des effets secondaires importants. Il est intéressant de relever que les patients qui prennent des neuroleptiques classiques fument davantage que les patients traités par les antipsychotiques atypiques.<sup>9</sup>

**La posologie de l'olanzapine et surtout de la clozapine doivent être diminuées d'un facteur 1.5 en deux à quatre semaines. De même, pour les patients traités par halopéridol ou chlorpromazine, les posologies sont à réévaluer.**

# PEC après dépression



Substance Abuse



Taylor & Francis  
Taylor & Francis Group

ISSN: 0889-7077 (Print) 1547-0164 (Online) Journal homepage: <http://www.tandfonline.com/loi/wsub20>

**Effectiveness of pharmacological or psychological interventions for smoking cessation in smokers with major depression or depressive symptoms: A systematic review of the literature**

Giulia A. Aldi, Giuly Bertoli, Francesca Ferraro, Aldo Pezzuto & Fiammetta Cosci

- 27 études ont été retenues dans cette métaanalyse.
- TNS, varénicline, et soins combinés (TNS + conseils psychologiques + ttt) sont plus efficaces chez les fumeurs avec un EDM
- TNS et fluoxetine+TNS sont plus efficaces chez les fumeurs présentant un syndrome dépressif
- Naltrexone et fluoxetine+TNS sont plus efficaces chez les fumeurs présentant un syndrome dépressif actuel sévère
- TCC et accompagnement au sevrage et gestion de la rechute supérieurs au placebo chez les fumeurs avec des antécédents d'EDM.

# Vape en psychiatrie (A. McNeill, 2019)

## Vape pour le sevrage tabagique chez des fumeurs ayant des pathologies mentales

Tous les groupes: études observationnelles sauf O'Brien

	Caponnetto 2013 Italy	Pratt 2014 USA	O'Brien 2014 New Zealand	Valentine 2018 USA	Hickling 2019 England	Caponnetto 2019 Italy
<b>Diagnostic</b>	Schizophrénie	Schizophrénie et bipolarité	Sous traitements psychiatriques	Double diagnostique	Psychoses	Schizophrenies
<b>Taille de l'échantillon</b>	14	19	86	43	50	40
<b>Produits de la vape</b>	4 semaines d'approvisionnement Rechargeable, pre-remplis, Jetable  Nic -7.5mg/ml	4 semaines d'approvisionnement réservoirs pre-remplis,	12 semaines d'approvisionnement Rechargeable, pre-remplis, Jetable  Nic-16mg/ml	4 semaines d'approvisionnement Réservoirs pre-remplis  Nic - 12-27mgs/ml	6 semaines d'approvisionnement Rechargeable,  Nic- 45mg/ml	4 semaines d'approvisionnement Préremplis  50mg/ml
<b>Taux d'arrêt (suivi le plus long)</b>	14% (1 an)	10% (1 mois)	6% (6 mois)	7% (1 mois)	2% (6 mois)	40% (3 mois)

Au moins la moitié des participants de chaque étude on réduit leur tabagisme de  $\geq 50\%$

# Santé mentale et arrêt du tabac

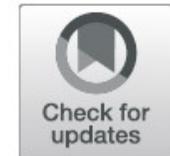
Brose et al. *BMC Medicine* (2020) 18:161  
<https://doi.org/10.1186/s12916-020-01617-7>

BMC Medicine

RESEARCH ARTICLE

Open Access

## Mental health and smoking cessation—a population survey in England



Leonie S. Brose<sup>1,2\*</sup> , Jamie Brown<sup>2,3,4</sup> and Ann McNeill<sup>1,2</sup>

2.31, to 1.69, 1.01–2.86). E-cigarettes were associated with higher success rates after adjustment for different indicators of mental health (ORs ranged from 2.21, 1.64–2.98, to 2.25, 1.59–3.18).

**Conclusions:** Smokers with mental health problems were more likely to have attempted to quit because of health problems and were more likely to have used gold standard support (medication and behavioural support) than other smokers. E-cigarettes were strongly associated with increased success and were used similarly by those with and without mental health problems, indicating that improved uptake of e-cigarettes for smoking cessation among smokers with mental health problems could help address inequalities.

# Merci pour votre attention

Place aux questions

