SEVRAGE TABAGIQUE :
CONDUITE DU SEVRAGE
ATTITUDE DU THERAPEUTE ET SUCCES

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

DIU Tabacologie Clermont-Ferrand - 2014

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

PLAN DE L'EXPOSE

- RAPPELS SUR LA DEPENDANCE TABAGIQUE
- PRINCIPES DE L'AIDE A L'ARRET DU TABAGISME
- OPTIMISER L'AIDE A L'ARRET DU TABAGISME
- LES OUTILS DE LA CONSOMMATION
  www.iraat.fr

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

RAPPELS SUR LA DEPENDANCE TABAGIQUE

DE-DÔME
GENERAL
DU RELIEF ET DES HOMMES

DEPENDANCE AUX SUBSTANCES (OMS 1975)

- **État psychique et parfois physique**, résultant de **l'interaction entre un organisme vivant et une substance**, caractérisé par des **réponses comportementales avec compulsion** (« craving ») à prendre la substance de façon répétée pour ressentir ses **effets psychiques** et/ou parfois éviter **l'inconfort de son absence** (syndrome de sevrage) ; la **tolérance** peut être présente ou non.

- **Dépendance = P x I x E**

ADDICTION (perte de contrôle de l'usage)
* syndrome de sevrage ± tolérance
* craving
* sensibilisation comportementale

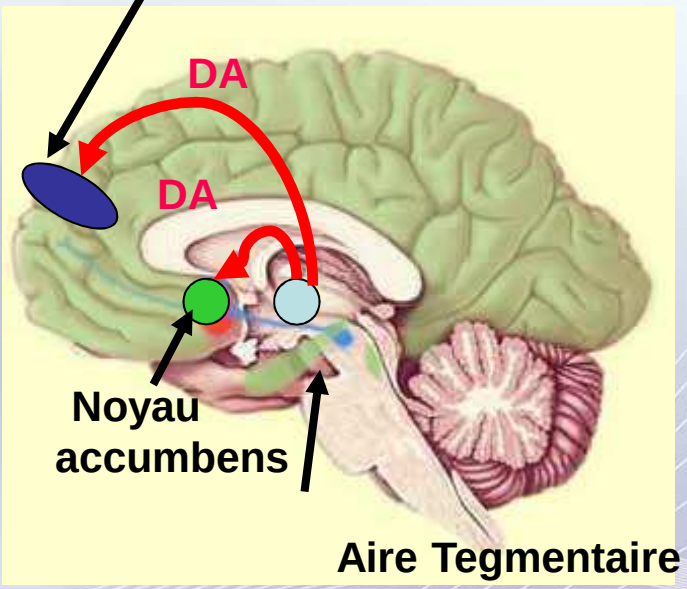
IL N'Y A PAS UN « FUMEUR » MOYEN MAIS « DES FUMEURS »

PERSONNALISATION DE LA PRISE EN CHARGE

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

La dépendance aux substances addictives s'accompagne de la libération de dopamine activant le système hédonique

- **Système hédonique.**
- **Innervation dopaminergique essentielle**
  Rôle d'autres neurones modulateurs (SER-NE) neurotransmetteurs (GLU-GABA), etc…
- **Tabagisme chronique modifie la neuro-plasticité cérébrale, sensibilisation comportementale.**
- **Le Tabac est fortement addictogène.**
  60 % de fumeurs avec syndrome de sevrage
  36 % de fumeurs dans les 30 mn après le réveil
  20 % de fumeurs très fortement dépendants.
  5 à 16 % de « Hard-Core Smokers ».



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

NICOTINE : ACTEUR PRINCIPAL DE LA DÉPENDANCE TABAGIQUE

- **Activation des récepteurs situés sur les neurones DA puis stimulation du système hédonique.**
- **multiples arguments pour son implication dans la dépendance**
  - Effets induits, alcaloïde principal du tabac, pharmacocinétique…
  - Syndrome de manque et craving en cas de déficit d'apport.
  - Compensation de syndrome de sevrage et "craving" par TNS.
  - TNS et Varénicline versus PCB (arrêts x 2 à court et long termes).
  - TNS et réduction durable de la consommation (sans hyper-extraction de fumée).

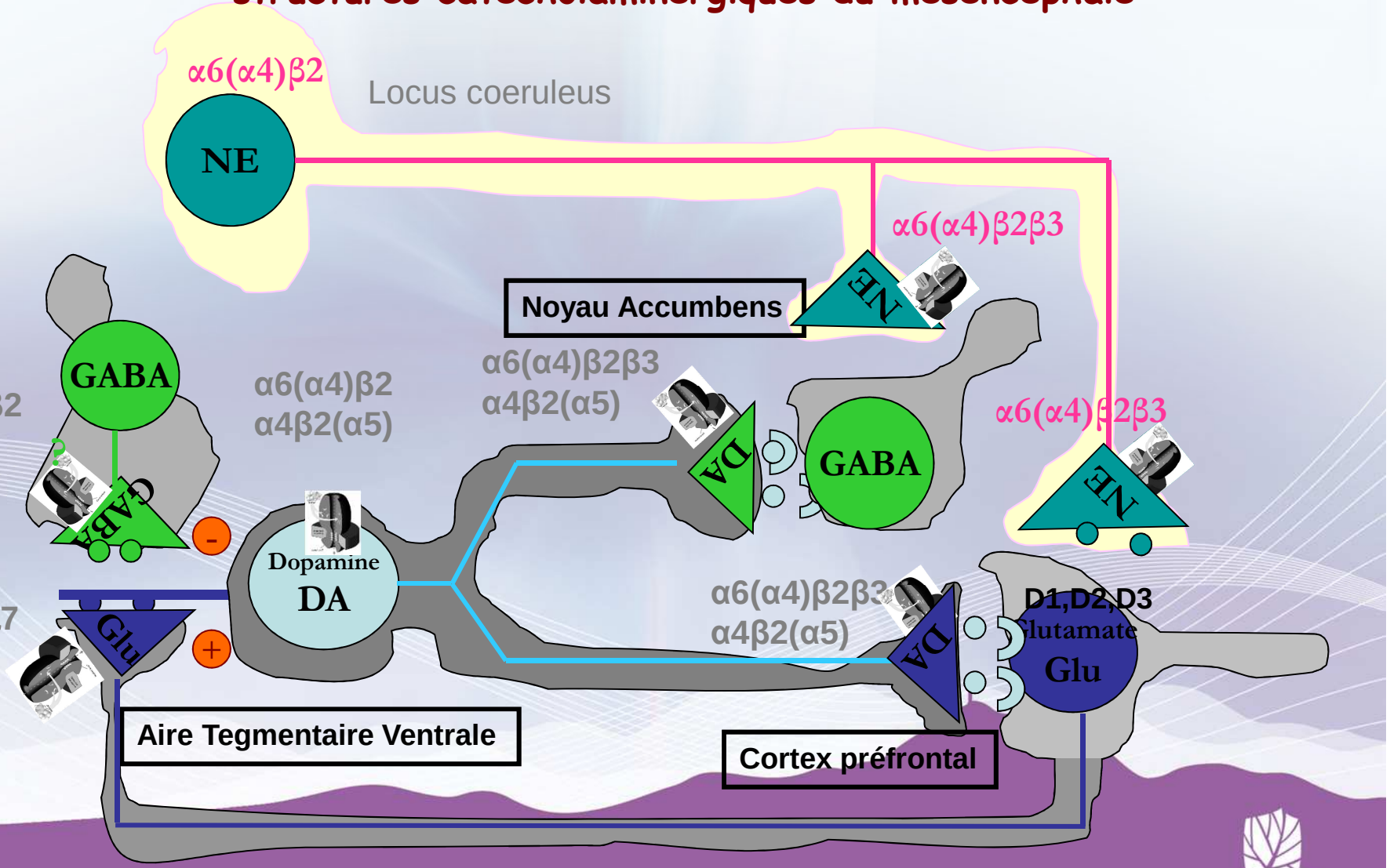
D'AUTRES SUBSTANCES PRESENTES (β-CARBOLINES) DANS LA FUMEE DE TABAC PARTICIPENT AU RENFORCEMENT DE CETTE DEPENDANCE.

FACTEURS GENETIQUES ET ACQUIS : PSYCHO-COMPORTEMENTAUX, ENVIRONNEMENTAUX …

Tabac. Comprendre pour agir. Expertise. INSERM, 2004.
Berlin I. La lettre du Pneumologue 2008 ; XI(2) : 84-9
Lanteri C, et al. *J Neurosci* 2009 ; 29(4) : 987-97
Baldwin PR, et al. *J Add Res Ther* 2011 ; S1

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

Localisation des récepteurs nicotiniques identifiés dans les structures catécholaminergiques du mésencéphale



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

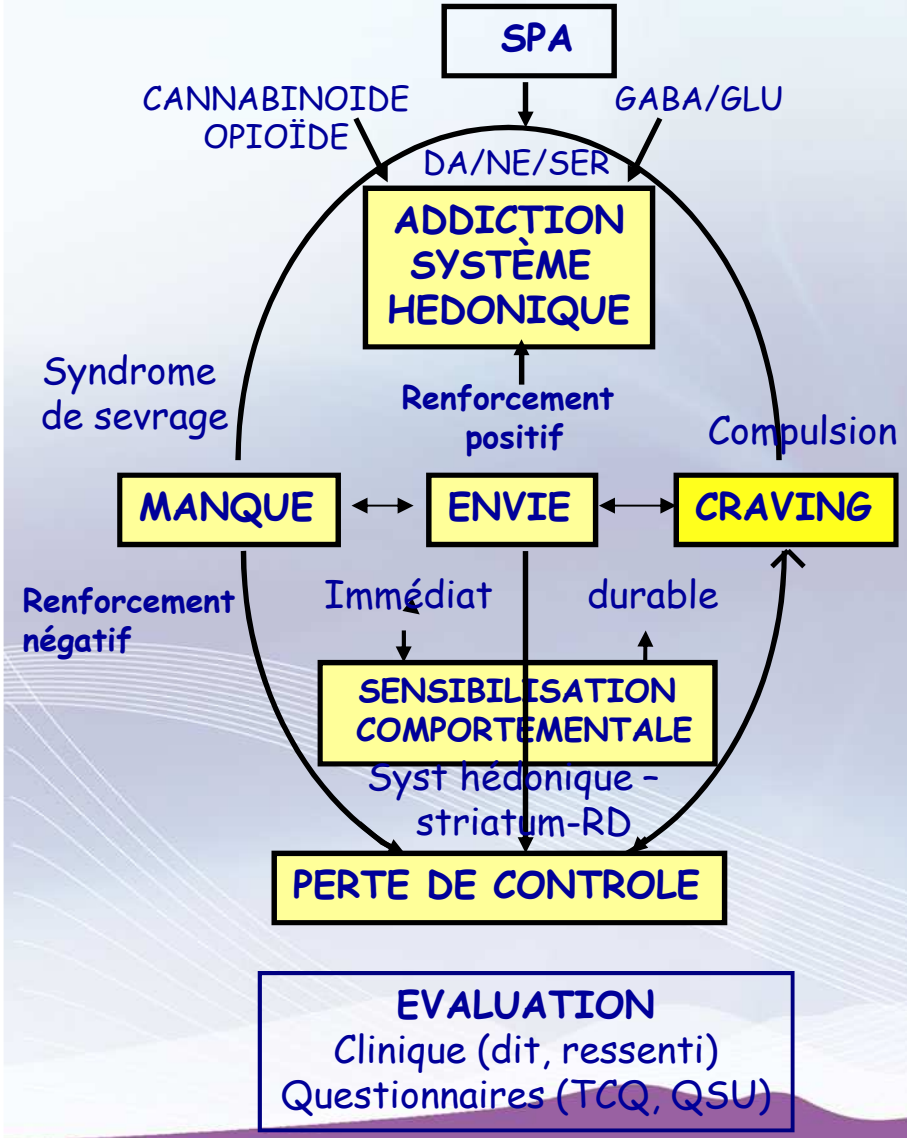
SUBSTANCE USE DISORDER (DSM-5)

A maladaptative pattern of substance use leading to clinically significant impairment or distress, as manifested by 2 (or more) of the following, occuring within a 12-month period.

1- recurrent substance use resulting in a failure to fulfill major obligations at work, school, or home
2- recurrent substance use in situation in which it is physically hazardous
3- continued substance use despite having persistent or recurrent social or interpersonal problems caused or exacerbated by the effects of the substance
4- tolerance
5- withdrawal
6- substance is often taken in larger amounts or over longer period than intended
7- persistent desire or insuccessful effort to cut down or control substance use
8- a great deal of time is spent in activities necessary to obtain, use the substance or recover of its effects
9- important social, occupational or recreational activities given up or reduced because of substance use
10- the substance use is continued despite knowledge of having a persistent or recurrent physical or psychological problem that is likely to have been caused or exacerbated by the substance
11- craving or a strong desire or urge to use a specific substance

Moderate : 2 à 3 critereria positive

Severe : 4 or more critereria positive



LE CRAVING N'EST PAS LE MANQUE ET… PLUS QUE L'URGENCE A FUMER

COMMENT DEFINIR LE « CRAVING » ?

- **Besoin impérieux de consommer dans l'instant** (compulsion quasi instinctuelle)
- **Caractère tenace**

MECANISME COMPLEXE

- **Vulnérabilité et capacité du contrôle**
- **Offre ou attente de SPA**
- **Circonstances environnementales** (associations, images)
- **Effets d'amorce** (autres SPA)
- **Facteurs internes** (hormonaux, humeur, etc.)
- **Genre** (reward : DA/OE, relief : GABA/GLU, obs:SER)

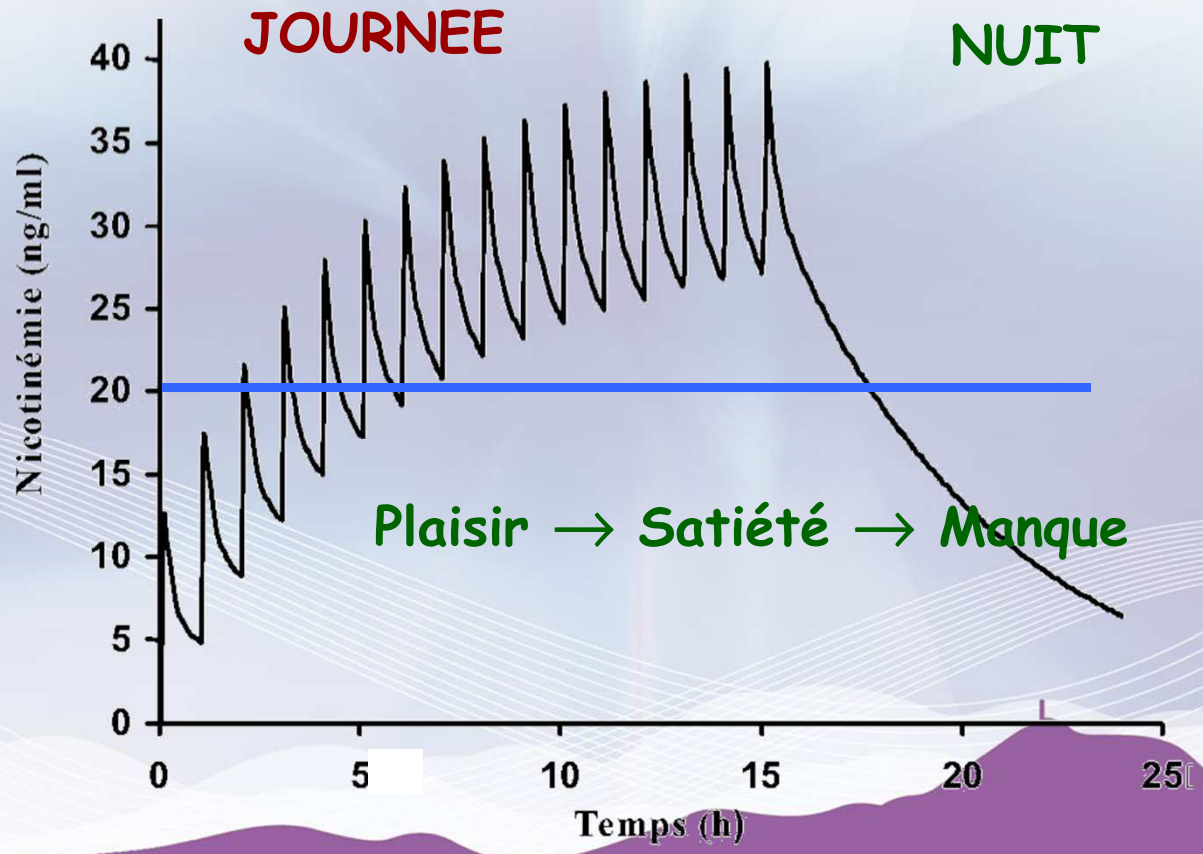
CONTRÔLE

- **Coping et TCC**
- **Motivation, apprentissage, temps et distance,exercice**
- **Médicaments**
  - traitement de la vulnérabilité
  - traitement du sevrage tabagique
  - espoirs thérapeutiques

Skinner MD, *et al. Neurosci Behav Rev* 2010
Samalin L, *et al. Rev F Psy Psychol Med* 2010
Charles-Nicolas *A. Courrier Addictions* 1999

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

Nicotinémie fumeur dépendant au cours de la journée



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

DEPENDANCE TABAGIQUE SELON G. LAGRUE

EFFETS AVERSIFS

EFFETS RECHERCHES

RENFORCEMENT POSITIF
(plaisirs induits)

COMPORTEMENT TABAGIQUE
(répétition = automatisation)

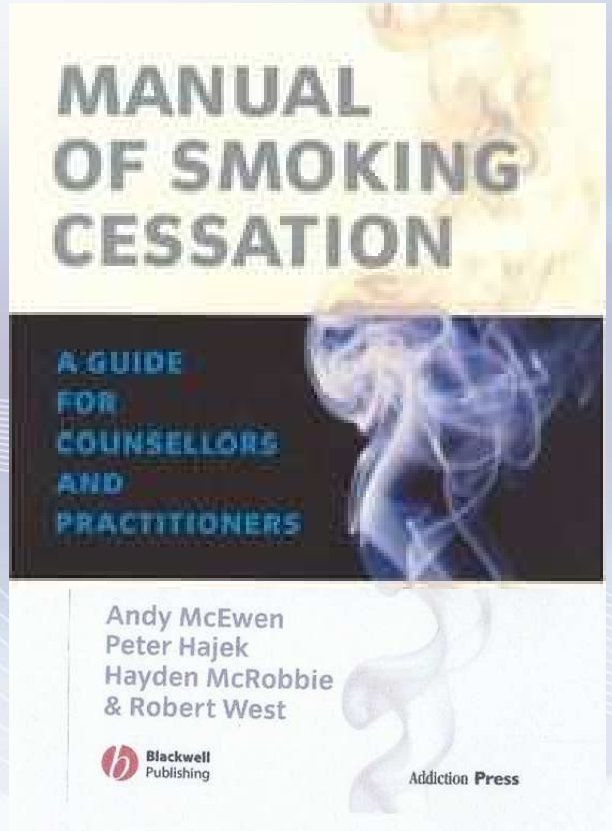
RENFORCEMENT NEGATIF
(évitement du manque)

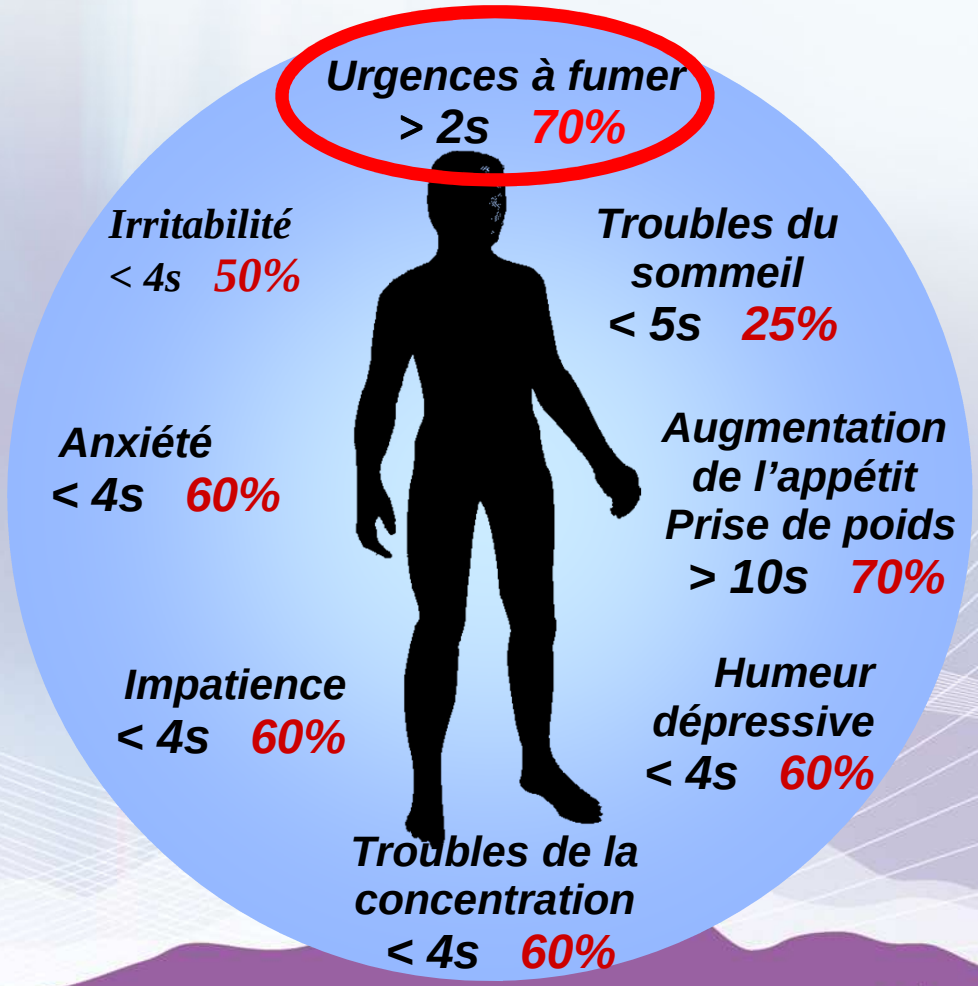
SENSATION DE MANQUE

PRISE DE TABAC

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

SYNDROME DE SEVRAGE TABAGIQUE





Mc Ewen A, Hajek P, Mc Robbie H, West R. *Manual of smoking Cessation*. Blackwell Publishing, 2008

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

DEVELOPPEMENT DE LA DEPENDANCE TABAGIQUE

EQUIPEMENT NEURO BIOLOGIQUE
+
FACTEURS SOCIO-CULTURELS ENVIRONNEMENTAUX

INITIATION ← **TABAC**
Nicotine 95%
Autres alcaloïdes 5%

EFFETS AVERSIFS → **évitement**

Niveaux éducatif, socio-économique élevés
Entourage non fumeur
Faible consommation d'alcool et café
Age de début du tabagisme tardif
Forte motivation à l'arrêt
Faible consommation quotidienne
Délai long entre réveil et 1ère cigarette
Intensité du craving
Faible niveau de dépendance nicotinique
Usage des médicaments d'aide à l'arrêt

RENFORCEMENT

Positif
Négatif

CONSOMMATION

DEPENDANCE

Perte de contrôle et craving

Automatisation du comportement

EFFETS NEUTRES

Environnement
Troubles de la personnalité
Troubles cognitifs
Troubles relationnels
THADA
Psychoses
Polyconsommations
Troubles anxio-dépressifs

Echec initial du sevrage ← Psycho-comportementale / Pharmacologique - tolérance

Reprise après arrêt initial ← **Sensibilisation comportementale**
Altération de la neuroplasticité
Troubles anxio-dépressifs induits

Perriot J, Underner M, Peiffer G, Le Houezec J, Samalin L, Schmitt A, de Chazeron I, Doly-Kuchcik L, Le sevrage tabagique des «fumeurs difficiles». *Rev Mal Respir* 2012; 29(4): 448-61

PUY DE DÔME
CONSEIL GÉNÉRAL

PRINCIPE DE L'AIDE A L'ARRET DU TABAGISME

Y-DE-DÔME
SEIL GENERAL
DU RELIEF ET DES HOMMES

LE SEVRAGE TABAGIQUE : UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE, ETALEE DANS LE TEMPS ET PERSONNALISEE.

IL REALISE UNE INTERVENTION STRUCTUREE EN TROIS ETAPES :

- ✓ **Phase de préparation** (décision d'arrêt bien motivée)
- ✓ **Phase de sevrage** (arrêt effectif, syndrome de sevrage et craving contrôlés)
- ✓ **Phase de suivi** (stratégie de prévention de la reprise et des effets secondaires)

COMPENSATION SIMULTANEE DES DEPENDANCES PSYCHOLOGIQUES, COMPORTEMENTALES ET PHARMACOLOGIQUES (NICOTINIQUE).

LA PRISE EN CHARGE DEPASSE LA STRICTE APPLICATION STANDARDISEE DE THERAPEUTIQUES VALIDEES.

LES MOYENS MEDICAMENTEUX ACTUELS

REGLES GENERALES DE LA PRISE EN CHARGE EN ADDICTOLOGIE

Syndrome de sevrage
Compulsion = « craving »
* sensibilisation comportementale
* troubles de la neuro-plasticité cérébrale

gènes

Conséquences somatiques

DEPENDANCE → **PRISE EN CHARGE** → **NOUVEL ETAT**

DEPENDANCE	PRISE EN CHARGE	NOUVEL ETAT
=	=	=
DYSFONCTIONNEMENT	TRANSFERT/COMPETENCES	SATISFACTION DU
CONSEQUENCES	QUALITE DE VIE RETROUVEE	CHANGEMENT

environnement

Conséquences sociales

Motivation

Sevrage/réduction de la consommation

Prévention de la rechute

Source : HJ Aubin. Articulation des stratégies thérapeutiques des conduites addictives in « Audition Publique HAS. Abus de dépendances et polyconsommations stratégies de soins » *Alcool Addictol* 2007 ; 29(4) : 303-491.

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

PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE (CONSULTATION INITIALE)

FUMEUR

IDENTIFICATION ET CONSEIL D 'ARRÊT
(renforcer les non-fumeurs)

RECUEILLIR L 'HISTOIRE DU TABAGISME
(ancienneté, consommation, antécédents d 'arrêt et circonstances de reprise, pathologie somatique impliquant le tabagisme, antécédents psychiatriques, codépendances, tabagisme environnemental, contexte socioprofessionnel...)

EVALUATION DE LA SITUATION TABAGIQUE
- Etape du changement selon Prochaska et Di Clemente
- Niveau de motivation à l 'arrêt (RICHMOND)
- Niveau de dépendance nicotinique (FTND)
- Etat d 'anxiété-dépression (échelle HAD - BECK et ANGST)

PRISE EN CHARGE

TABAGISME CONSONANT 20%

INDUIRE UNE DISSONANCE

- Conseil minimal
- Proposition d'aide

TABAGISME DISSONANT 60%

INDUIRE LA DECISION D 'ARRÊT

- Balance décisionnelle
- Réduction de la consommation
- Tentative d'arrêt

PRET A L'ARRET 20%

PRENDRE EN CHARGE LE SEVRAGE

- DYSTHYMIE (HAD/BDI)
- PAS DE DYSTHYMIE
  Sevrage si euthymie

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

SYNTHESE DE LA SITUATION INITIALE

AGE DU PATIENT

CONSOMMATION QUOTIDIENNE
(cigarettes/jour)

DOSE CUMULEE
(paquets-années)

INDICE DE
« BIEN ÊTRE »
0 ➔ 20

SITUATION PROFESSIONNELLE

SITUATION FAMILIALE

CAPACITE

FACILITE
à s'arrêter
0➔ 20

MOTIFS DE LA TENTATIVE

TOXICOMANIE ASSOCIEE

FREINS ET CRAINTES DE L'ARRÊT

TRAITEMENT EN COURS

AGES DU TABAGISME

- **Premières cigarettes**
- **Tabagisme régulier**
- **Perception dépendance**

FAGERSTRÖM
HONC

ARRÊTS ANTERIEURS

- **Nombre tentatives (sérieuses)**
- **Durée de l'arrêt le plus long**
- **Causes de(s) récidive(s)**

DEMARIA – RICHMOND – Q-MAT

PROCHASKA DI CLEMENTE
ECHELLES DE MOTIVATION

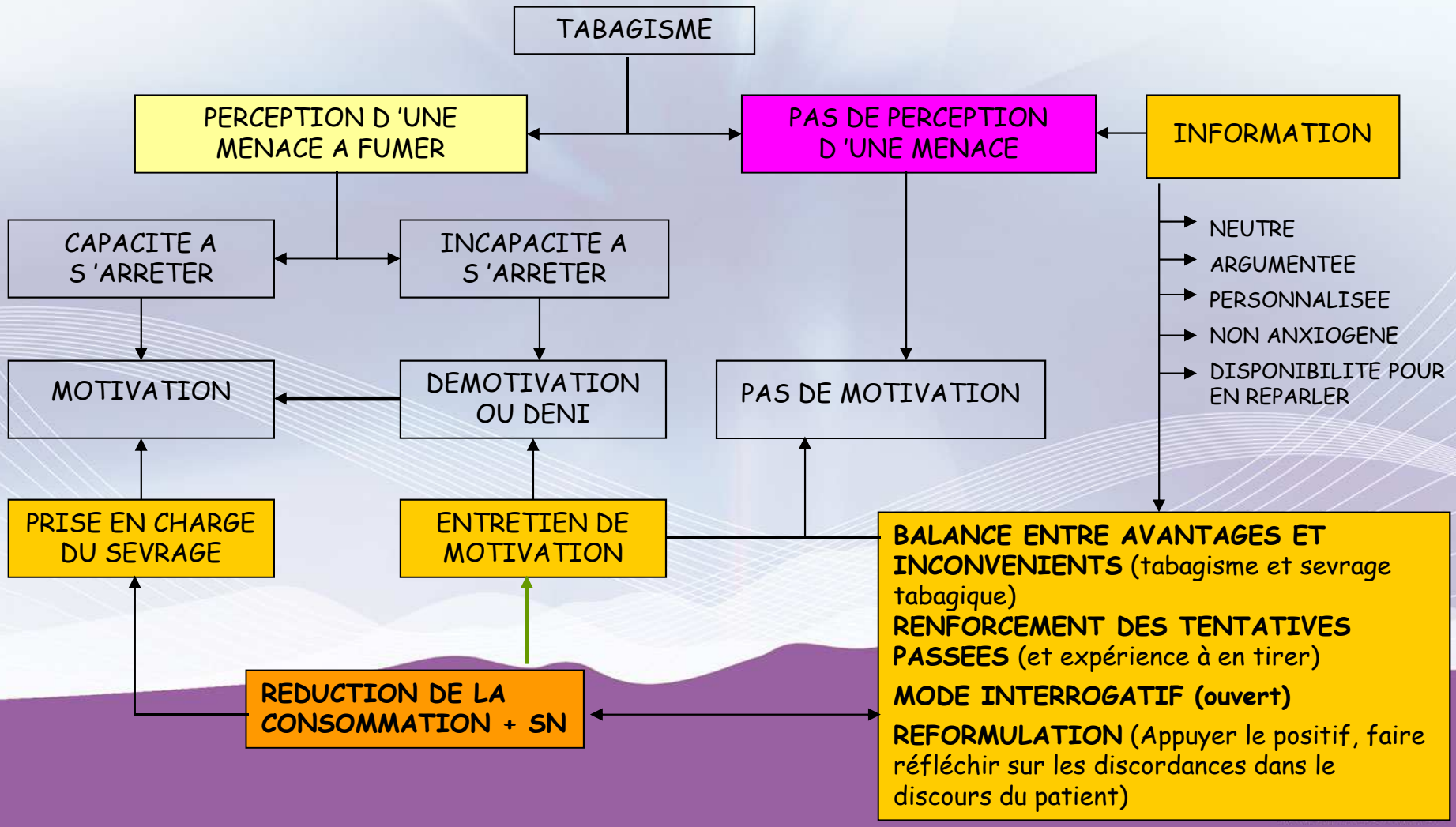
HAD –BDI BIPOLARITE RS

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

MOTIVATION A L 'ARRET DU TABAGISME

MOTIVATION A L 'ARRET =

- **PERCEPTION D 'UNE MENACE A FUMER**
- **CROYANCE EN SES CAPACITES A S 'ARRETER**



Conduite de la prise en charge

EVALUATION DE LA MOTIVATION A L'ARRET

oui

EVALUER

La **dépendance** (FTND – TTFC)

Le **craving** (QSU – FTCQ)

La **consommation** (cig/jour – cotinine)

SEVRAGE TABAGIQUE

IDENTIFIER (comorbidités, antécédents de sevrage, réponses aux traitements, etc.) **ET PRENDRE EN CHARGE :**

THERAPIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX DU SEVRAGE :
- **TNS (TD + FO)**
- **VARENICLINE**
- **BUPROPION**

non

Entretien Motivationnel et
Réduction de consommation aidée par TNS

Identification de troubles anxio-dépressifs ou bipolaires et/ou co-addictions de SPA.

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 REPRISE

d'après Perriot J, Underner M, Peiffer G, Le Houezec J, Samalin L, Schmitt A, de Chazeron I, Doly-Kuchcik L. Le sevrage tabagique des «fumeurs difficiles». *Rev Mal Respir* 2012 ; 29 (4) : 448-61.

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

EFFICACITÉ DES MÉDICAMENTS D'AIDE À L'ARRÊT

Fiore MC, et al. Treating Tobacco Use and Dependence, 2008 update

MEDICATION	Number of arms	Estimed odds ratio (95 % CI)	Estimed abstinence rate (95 % CI)
Placebo (medication alone)	**80**	**1,0**	**13,8**
Nicotine Gum (6-14 weeks)	15	1,5 (1,2 – 1,7)	19,0 (16,5 – 21,9)
High-Dose Nicotine Patch (> 25 mg)	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)
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)
Nicotine patch + inhaler	2	2,2 (1,3-3,6)	25,8 (17,4-36,5)
Nicotine patch + nortriptyline	2	2,3 (1,3-4,2)	27,3 (17,2-40,4)
Nicotine patch + bupropion	2	2,2 (1,2-2,36)	28,9 (23.5-35.1)
Varenicline (2 mg/day)	**5**	**3,1 (2,5-3,8)**	**33,2 (28,9–37,8)**
Patch (long-term 14 weeks)+ad lib NRT (oral/nasal)	**3**	**3,6 (2,5-5,2)**	**36,5 (28,6–45,3)**
Medication	**8**	**1,0**	**21,7**
Medication and counseling	**39**	**1,4 (1,2-1,6)**	**27,6 (25-30,3)**

Combinaison TNS /1 seul : OR=1,42 (1,14-1,76)
Stead LF, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2008 ; (1) : CD000146

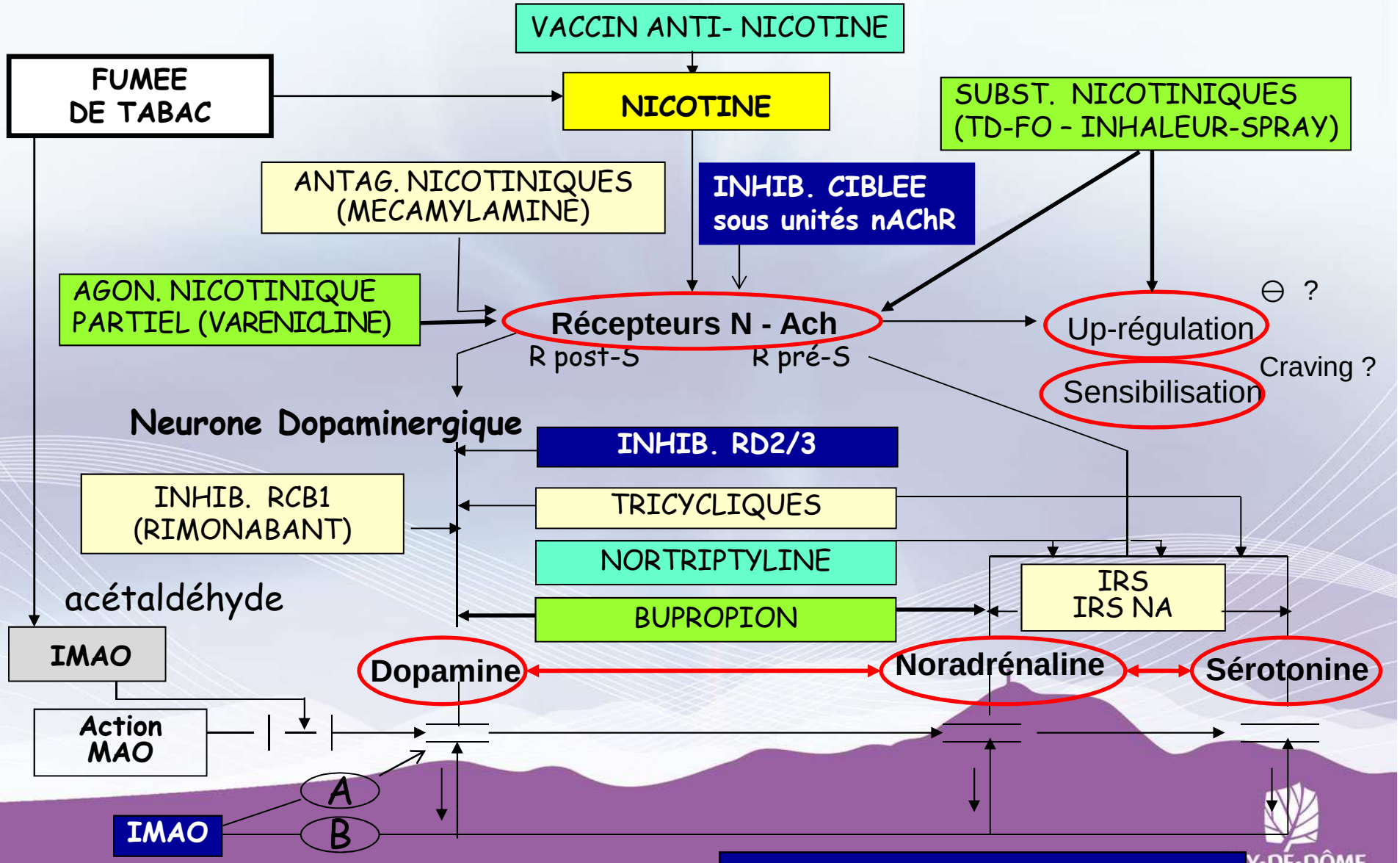
Durée TNS<145j – RR reprise : 1,44 (1,18-1,76)
Medioni J, et al. *Addiction* 2005 ; 100 : 247-54

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

LES MEDICAMENTS DU SEVRAGE

DCI	NOM COMMERCIAL	GOUT	POSOLOGIE	EFFETS SECONDAIRES	CONTRE INDICATIONS
Dispositifs transdermiques	Nicopatch Nicotinell Niquitin Clear Nicorette		21 mg/24h 14 mg/24h 7 mg/24h 25 mg/16h 15 mg/16h 10 mg/16h	Allergie cutanée, Trouble du sommeil	Non fumeur Non dépendants Intolérance cutanée (pour les timbres)
Gomme (2-4 mg)	Nicorette Nicotinell Nicogum (2 mg)	Normal, menthe, orange, fruits rouges neutre Menthe, fruits rouges Fruit, Normal	A la demande 2 mg →30/jour 4 mg→15/jour	Irritation buccale , aphtes hoquet, brûlures gastriques potentiel addictogène (?)	
Inhalateur 10 mg	Nicorette	Menthol	Idem	Idem	
Tablettes à sucer 1 –2- 4 mg	Nicorette Microtab	Normal Menthe, divers	Idem	Idem	
Comprimés à sucer 1,5-2-4 mg	Niquitin		Idem	Idem	
Spray buccal	Nicorette	Menthe	30/J (1 mg)	Toux – Irritation buccale	Pas d'association
Pastilles à sucer 1.5 -2.5 mg	Nicopass	Menthe ; eucalyptus Régisse menthe	Idem	Idem	
Chlorhydrate de Bupropion Cp 150 mg LP	Zyban LP		150 ou 300 mg en deux prises espacées d'au moins huit heures	**Fréquence >1/100** trouble du sommeil, sécheresse buccale, céphalées, sensations vertigineuses, troubles digestifs, troubles du goût, éruption cutanée, fièvre **Fréquence entre 1/100 et 1/1000 :** tachycardies, bouffées vasomotrices, élévation de la PA, anorexie, confusion **Fréquence entre 1/1000 et 1/10000** : Crises convulsives, syncopes, réactions d'hypersensibilité générale	Insuffisance hépatique sévère, hypersensibilité au bupropion ou excipients, épilepsie et antécédents épileptiques, tumeurs cérébrales abaissement du seuil épileptique, psychose maniaco-dépressive, anorexie boulimie, prise d'IMAO, grossesse, allaitement, sevrage alcool ou BZD
Varénicline Cp 0,5 mg et 1 mg	Champix		Titration 0,5 mg x 3j 0,5 mg x 2 x 4j 1 mg 2,5 mois ± 3 mois si arrêt	Nausées légères à l'induction 28 % Céphalées 14 % Troubles du sommeil 15 % Divers x % (RS ?)	Pas d'interférence médicamenteuse connue Grossesse et allaitement Mineurs Insuffisance rénale grave

Traitements actuels et futurs



Lagrue G, *et al. Press Med* 2002;31:291-5.
Perriot J. Paris : John Libbey Eurotext 2012.

Y-DE-DÔME
SEIL GENERAL
DU RELIEF ET DES HOMMES

OPTIMISER ET PERSONNALISER LA PRISE EN CHARGE

AJUSTEMENT DE L'ATTITUDE MEDICALE.

PRINCIPES VRAIS POUR TOUS LES FUMEURS.

- **Explication** claire des modalités d'aide à l'arrêt
- **Planification** de l'intervention
- **Approche motivationnelle**
- **Soutien étalé dans le temps (12 mois)**

REALITES PROPRES A CHAQUE PATIENT.

- **Mécanismes d'ajustement face à la maladie :**
  Surinvestissement de la relation médecin-malade (révolte – aggressivité)
  Désinvestissement de cette relation (déni, minimisation, renoncement)
- **Notion de lieu de contrôle des renforcements**
  Renforcement interne (volonté et comportement propre).
  Renforcement externe (facteurs extérieurs : génétique, destin, médecin).
- **Traits de personnalité, état anxiodépressif, usage SPA**

MODALITES DE L'ACCOMPAGNEMENT (dont TCC)

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

Méta-analyse (2000) efficacité en fonction du mode d'intervention (58 études)

Durée totale de consultation	Nombre de bras d'études	Odds ratio (IC 95 %)	Taux de sevrage estimé (%) (IC 95 %)
Pas de consultation	20	1,0	10,8
Autosoins	93	1,2 (1,02 – 1,3)	12,3 (10,9 – 13,6)
Contact téléphonique	26	1,2 (1,1 – 1,4)	13,1 (11,4 – 14,8)
Groupe	52	1,3 (1,1 -1,6)	13,9 (11,6 – 16,1)
Consultation individuelle	**52**	**1,7 (1,4 – 2,0)**	**16,8 (14,7 – 19,1)**

Méta-analyse (2008) efficacité et taux de sevrage estimé pour les associations de médicament + soutien vs médicaments seuls (18 études)

traitement	Nombre de bras d'études	Odds ratio (IC 95 %)	Taux de sevrage estimé (%) (IC 95 %)
Médicament seul	8	1	21,7
Médicament + soutien	**39**	**1,4 (1,2 – 1,6)**	**27,6 (25 – 30,3)**

Méta-analyse (2008) efficacité et taux de sevrage estimé en fonction du nombre de consultations avec médicament associé vs médicaments seuls (18 études)

traitement	Nombre de bras d'études	Odds ratio (IC 95 %)	Taux de sevrage estimé (%) (IC 95 %)
0-1 cons + méd	13	1	21,8
2-3 cons + méd	6	1,4 (1,1 – 1,8)	28 (23 – 33,6)
4-8 cons + méd	19	1,3 (1,1 – 1,5)	26,9 (24,3 – 29,7)
> 8 cons + méd	**9**	**1,7 (1,3 -2,2)**	**32,5 (27,3 – 38,3)**

Méta-analyse (2000) efficacité en fonction de la durée globale de consultation (35 études)

Durée totale de consultation	Nombre de bras d'études	Odds ratio (IC 95 %)	Taux de sevrage estimé (%) (IC 95 %)
Pas de consultation	16	1,0	11,0
Durée globale consultation : 1-3 minutes	12	1,4 (1,1 – 1,8)	14,4 (11,3 – 17,5)
Durée globale consultation : 4-30 minutes	20	1,9 (1,5 – 2,3)	18,8 (15,6 – 22,0)
Durée globale consultation : 31-90 minutes	**16**	**2,3 (2,3 -3,8)**	**26,5 (21,5 – 31,4)**
Durée globale consultation : 91-300 minutes	**16**	**3,2 (2,3 – 4,6)**	**28,4 (21,3 – 35,5)**
Durée globale consultation : > 300 minutes	**15**	**2,8 (2,0 – 3,9)**	**25,5 (19,2 – 31,7)**

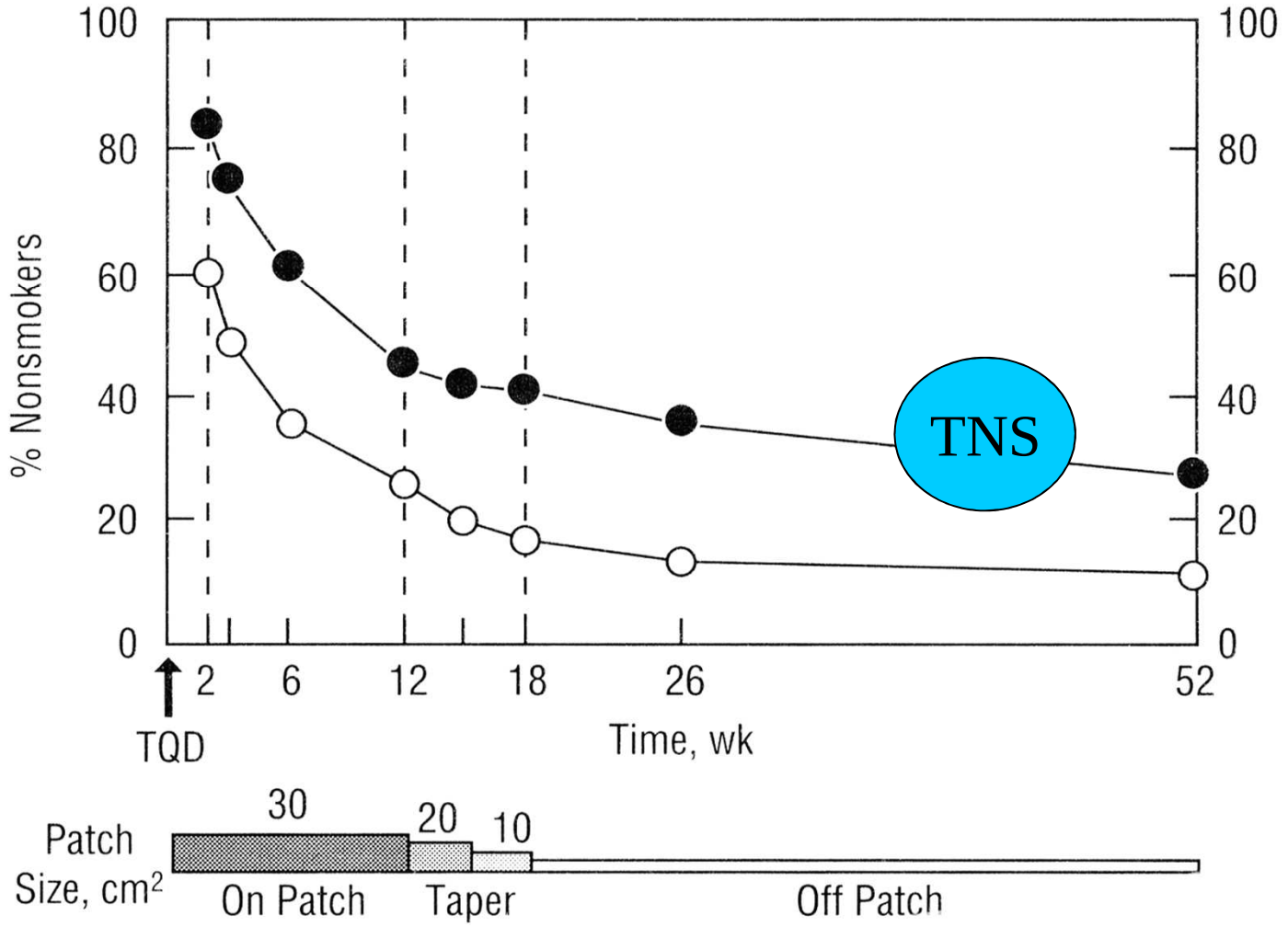
Méta-analyse (2000) efficacité et taux de sevrage estimé en fonction des catégories d'intervenants (29 études)

	Nombre de bras d'études	Odds ratio (IC 95 %)	Taux de sevrage estimé (%) (IC 95 %)
Non clinicien	16	1,0	10,2
Auto soin	47	1,1 (0,9 – 1,3)	10,9 (9,1 – 12,7)
Non médecin	**39**	**1,7 (1,3 – 2,1)**	**15,8 (12,8 – 18,8)**
Médecin	**11**	**2,2 (1,5 – 3,2)**	**19,9 (13,7 – 26,2)**

Méta-analyse (2000) efficacité et taux de sevrage estimé en fonction du nombre d'intervenants (29 études)

	Nombre de bras d'études	Odds ratio (IC 95 %)	Taux de sevrage estimé (%) (IC 95 %)
Non clinicien	30	1	10,8
Type de soignant	50	1,8 (1,5 – 2,2)	18,3 (15,2 – 21,1)
2 types	**16**	**2,5 (1,9 – 3,4)**	**23,6 (18,4 – 28,7)**
≥ 3 types	**7**	**2,4 (2,1 -2,9)**	**23 (20 – 25,9)**

Efficacité des TNS

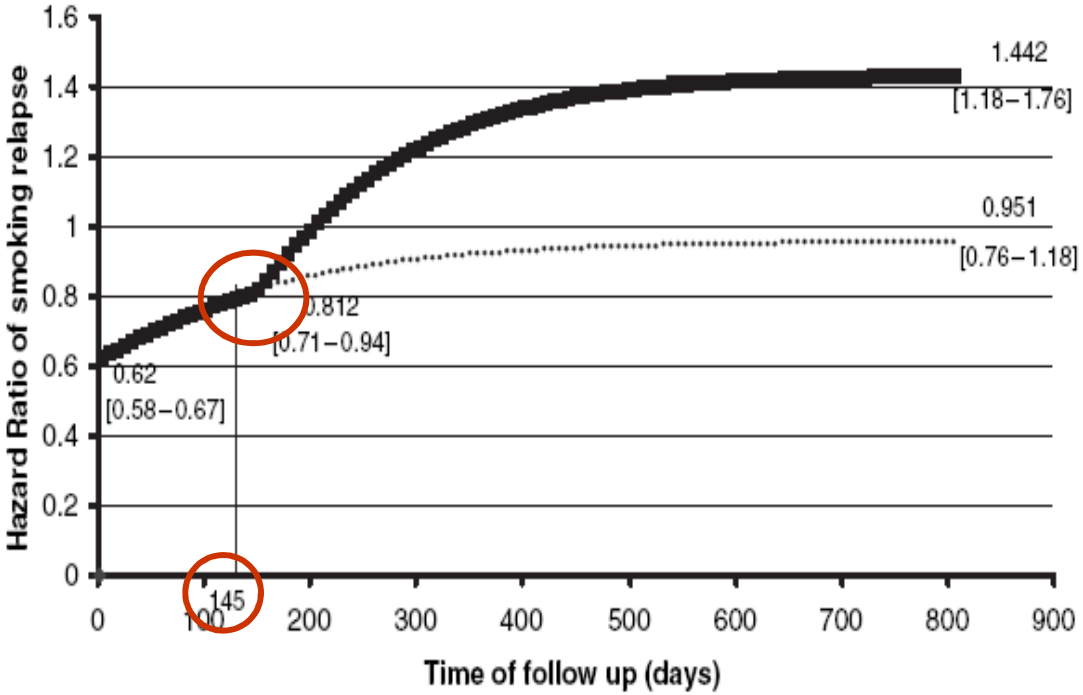


Sachs, *et al.* *Arch Int Med* 1993; 153 : 1881-1890.

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

OPTIMISER L'EFFICACITE PAR LA DUREE (TNS)

Figure 2 Temporal evolution of risk of relapse expressed as hazard ratio (HR). The *x* axis is the time of follow-up. The *y* axis is the hazard ratio of relapse of subjects treated with NRT compared to those treated with placebo. The hazard ratio with placebo is equal to 1. The mean duration of treatment (145 days) is represented. The thick line represents the evolution of risk of smoking relapse after early NRT cessation. The dotted line represents the evolution of the risk of smoking relapse if study participants had not been stopped but continued NRT. In this case the risk of smoking relapse approaches 1, showing a progressive attenuation of the benefit from NRT, but it does not increase over 1



Médioni J, Berlin I, Mallet A. *Addiction* 2005 ; 100 : 247-254.

Schnoll RA, et al. Ann Intern Med 2010 ; 152 : 144-151

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

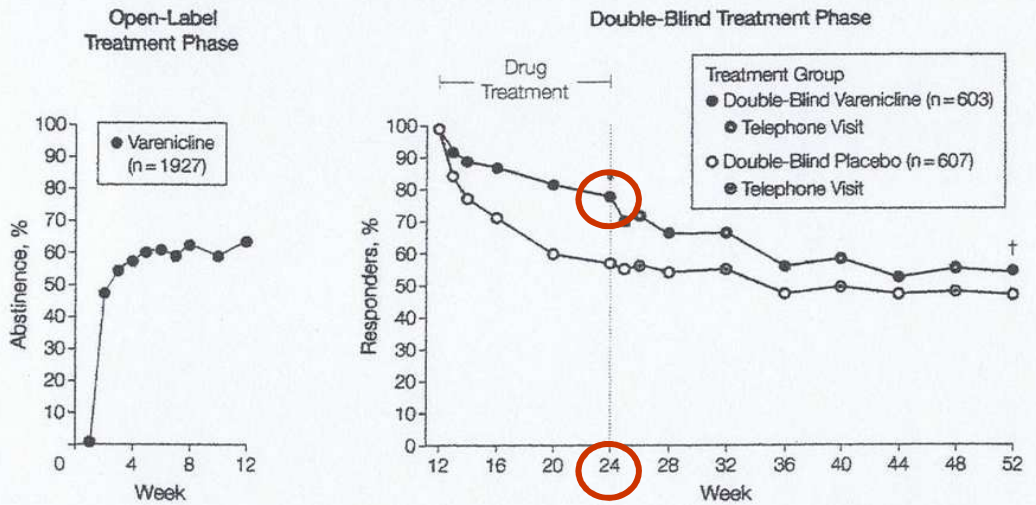
OPTIMISER L'EFFICACITE PAR LA DUREE (Varénicline)

JAMA. 2006 Jul 5;296(1):64-71.

Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled trial.

Tonstad S, Tønnesen P, Hajek P, Williams KE, Billing CB, Reeves KR; Varenicline Phase 3 Study Group.

Figure 2. Seven-Day Point Prevalence of Abstinence



*P<.001.
†P=.01.

FULL TEXT JAMA

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

DOSAGE DE LA COTININE (Galanti L *Rev Med Gen* 2008 ; 251 : 112-5)

	Colorimétrie	Immunologie	Chromatographie
Milieux biologiques	Urine	Urine	Urine, sérum/plasma, salive…
Analyse directe du milieu biologique	Oui	Oui	Non (extraction préalable)
Spécificité	Nicotine + métabolites	Cotinine (réaction croisée 3HC)	Cotinine, nicotine, 3HC
Evaluation du tabagisme passif	Non	±	Oui
Réalisation de l'analyse	Simple	Simple (appareillage)	Complexe (personnel, appareillage)
Durée de l'analyse	Rapide	Rapide	Longue
Coût	Peu coûteux	Couteûx	Coûteux

Corrélation entre exposition tabagique et valeur de la cotinine urinaire
Nicotine inhalée (mg/24h) = Cotinine urine (µg/ml) x 13 (x8 sang ; x10 salive

COTININE URINAIRE
↓
NICOTINE INHALEE

→ SN initiale
≥ 80 % nicotine initiale

→ Adaptation posologie à J7

Berlin I *et al.* Etude ADONIS (Ajustment of the Dose of Nicotine in Smoking cessation – étude multicentrique Française).

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

Addiction
RESEARCH REPORT
doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03306.x

Adjustment of nicotine replacement therapies according to saliva cotinine concentration: the ADONIS* trial—a randomized study in smokers with medical comorbidities

Ivan Berlin[1], Nelly Jacob[2], Mathieu Coudert[3], Jean Perriot[4], Laurette Schultz[5] & Nicolas Rodon[6]

Département de Pharmacologie, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Hôpital Pitié-Salpêtrière-Faculté de médicine, INSERM U894, Paris, France,[1] Département de Biochimie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, France,[2] Département de Biostatistique, Unité de Recherche Clinique, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, France,[3] Dispensaire Emile Roux, Clermont Ferrand, France,[4] Centre Hospitalier de Valenciennes, Valenciennes, France[5] and Laboratoire de Santé Publique et Informatique Médicale, Département de Santé Publique, Faculté de Médecine René Descartes, Paris, France[6]

Bonne tolérance des fortes doses de TNS
Arrêt immédiat : absence de **syndrome de sevrage**
Abstinence durable : absence de « **craving** »

Berlin I, et al. *Drug Alcohol Depend*, 2013; 132(3) : 513-20

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

OPTIMISATION DU TNS LORS DU SEVRAGE

PREMIER PRINCIPE : PAS DE DEFICIT D'APPORT INITIAL

COMPENSER LE SYNDROME DE MANQUE ET URGENCES A FUMER

maximum dans les 48 premières heures (1ère semaine de l'arrêt complet)
1er mois de la tentative d'arrêt (50% des échecs du sevrage)

Chez le fumeur très dépendant (TTFC, FTND ≥ 7) – Efficacité, bonne tolérance

DEUXIEME PRINCIPE : ADAPTER L'APPORT SUBSTITUTIF AUX BESOINS

ADAPTATION SCIENTIFIQUE : DOSAGE COTININE (nicotine inhalée en mg/24h = cotinine urinaire en µg/ml x 13) ou EMPIRIQUE (1 cigarette délivre ≥ 1 mg de nicotine)

TOUJOURS ASSOCIER SUBSTITUTS TRANSDERMIQUES ET FORMES BUCCALES POUR REPONDRE AUX PICS D'ENVIES DE FUMER

DEPENDANCE FORTE : PREFERER UN TNSTD 24H/24H D'EMBLEE puis adapter

TROISIEME PRINCIPE : TRAITEMENT SUBSTITUTIF PROLONGE

En vue de favoriser l'abstinence durable

MAINTENIR L'ABSTINENCE DANS LA DUREE

Comparisons of long-term NRT users, NRT-free abstainers, and patients who did not manage long-term abstinence in baseline variables

	Abstainers		Smokers at 1 year	Difference between groups
	Using NRT at 1 year (N=58–76)[+]	NRT-free at 1 year (N=165–209)[+]	(N=906–1233)[+]	
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)	
Age	49 (12)	51 (14)[a, **]	47 (14)[b, **]	F=5.9, p=0.003
% women	61%	54%	56%	NS
% completed education by age 16	53%[b, *]	68%[a, c, *]	60%[b, *]	χ^2=6.5, df=2, p=0.04
% in paid employment	47%[a, *]	34%	31%[c, *]	χ^2=8.8, df=2, p=0.01
Previously used NRT	67%[b, *]	51%[a, c, *]	61%[b, *]	χ^2=8.7, df=2, p=0.01
FTND	5.6 (2.1)[b, **]	4.7 (2.1)[a, c, **]	5.3 (2.2)[b, **]	F=7.4, p=0.001
Smokes for withdrawal relief	63%[b, **]	40%[a, c, **]	53%[b, **]	χ^2=15.1, df=2, p=0.001
Smokes to help control weight	40%[b, *]	24%[a, c, *]	28%[c, **]	χ^2=6.2, df=2, p=0.04
Longest previous abstinence (weeks)	35.3 (79)	55.3 (175)[a, **]	25.1 (73)[b, **]	F=8.1, p<0.001

Data were collected at the East London Smokers' Clinic between January 2000 and November 2002.

[a] Differs from smokers.
[b] Differs from NRT free abstainers.
[c] Differs from long-term NRT users.
* p<0.05.
** p<0.01.
[+] Ns differ due to missing data.

Hajek P *et al. Prev Med* 2007; 44 : 230-234

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

REDUCTION DE CONSOMMATION AVEC TNS

BMJ

RESEARCH

School of Health and Population Sciences, University of Birmingham, Edgbaston, Birmingham B15 2TT
Correspondence to: D Moore
d.j.moore@bham.ac.uk

Cite this as: *BMJ* 2009;338:b1024
doi:10.1136/bmj.b1024

Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis

David Moore, senior reviewer Paul Aveyard, NIHR career scientist Martin Connock, systematic reviewer Dechao Wang, systematic reviewer Anne Fry-Smith, information specialist Pelham Barton, senior lecturer

TNS (TD et/ou FO) vs PCB Arrêt **OR=2,06 (IC 95% : 1,34–3,15)**

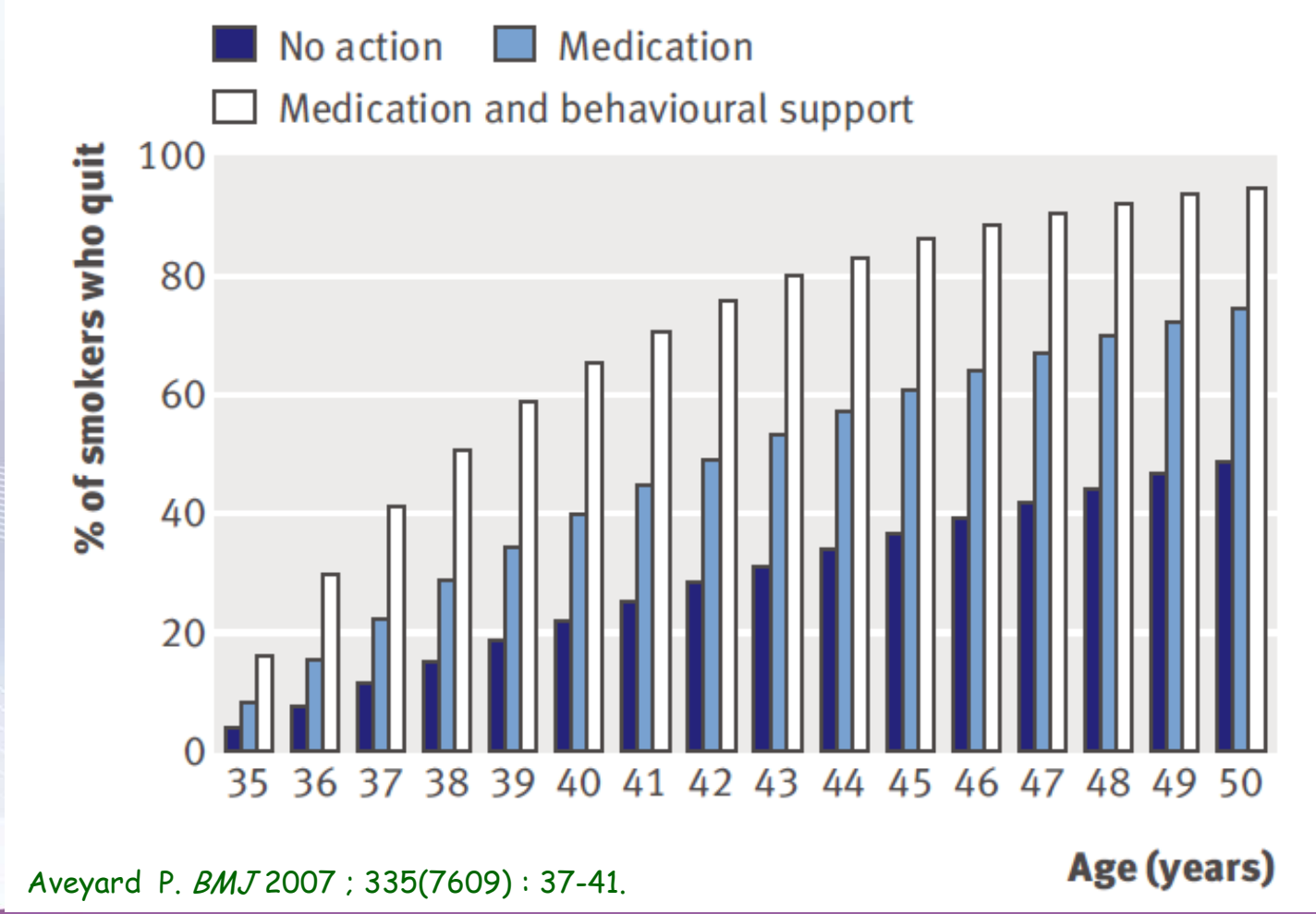
Moore D, Aveyard P, Connock M, Wang D, Fry-Smith A, Barton P. Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking : systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2009;338:b1024

Risks and benefits of Long-Term Use of Nicotine Replacement Therapy (NRT) Products (Public Workshop). October 26-27, 2010

www.fda.gov/Drugs/NewsEvents/ucm221185htm

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

REPETITION DES TENTATIVES ET AIDE A L'ARRET AUGMENTENT LE TAUX DE REUSSITE (âge > 35 ans)



Aveyard P. *BMJ* 2007 ; 335(7609) : 37-41.

PRISE EN CHARGE RESIDENTIELLE
OR = 3,58 (IC 95% : 2,61-4,89)
Hays JT, et al. *Mayo Clinic Proc 2011 ; 86(3) : 203-9*

SOUTIEN A DISTANCE
Internet-SMS : OR = 2,16 (IC 95% : 1,77-2,62)
Ace C, et al. *PloS Med* 2013 ; 10(1) e1001362

Prise en charge du Fumeur avec troubles anxio-dépressifs (HAD)

CONSULTATION INITIALE

→ **EVALUATION DE LA DEPENDANCE NICOTINIQUE (FTND) ET CONSOMMATION (cig/j)** → **FTND ≥ 7**, **FTND ≥ 20** } **TAD +/- autre SPA**

→ **EVALUATION DE L 'ETAT ANXIO-DEPRESSIF** : (clinique – psychométrique) **ET DES COCONSOMMATIONS** (cliniques – tests- marqueurs) → Avis spécialisé ?

→ **PAS DE DEPRESSION OU D 'ANTECEDENT DE DEPRESSION**

→ **DEPRESSION AVEREE OU RISQUE MAJEUR DE DEPRESSION A L 'OCCASION DU SEVRAGE**

→ **MOTIVATION A L 'ARRET INSUFFISANTE**
- Entretien de motivation et réduction de la consommation (+ TNS)
- Prise en charge de la dépression et/ou coconsommation de SPA

→ **MOTIVATION A L 'ARRET SUFFISANTE**
- **Dépression avérée**: IRS/IRSNA 4 à 8 semaines puis arrêt du tabac, durée du traitement antidépresseur ≥6 mois
- **Pas de dépression avérée mais antécédents dépressifs traités dans l'année qui précède**: Reprise du traitement à 1/2 dose (adaptation posologique) et arrêt du tabac
- **Antécédents de dépression lors d'un sevrage antérieur ayant induit la reprise du tabac** : ajuster le traitement d'aide à l'arrêt pour éviter la récidive
- **Tableau de bipolarité sous un aspect majeur ou atténué** : BPI (avis psychiatrique) ou BP II (avis ou prise en charge) ; contrôle du « craving », IRS prudence : Bupropion : CI.

OUTILS EN TABACOLOGIE
FTND
FTCQ

PSYCHIATRIE
HAD BDI ANGST
MNPI

ADDICTOLOGIE
DETA AUDIT CDT
CAST
COE Cotinine

→ **APPARITION D'UN TROUBLE DE L'HUMEUR EN COURS DE SEVRAGE**

→ **EVALUATION REGULIERE : RECHERCHE D'UNE DEPRESSION**

→ **PRISE EN CHARGE IMMEDIATE D'UN TROUBLE IDENTIFIE**

PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE (ARRET-MAINTENANCE)

FIN DU SUIVI → **SUIVI PROLONGE** (≥ 12 mois si TAD, psychose, pathologie somatique chronique, usage associé de SPA

Perriot J, et al. Congrès SFT, Paris, 2008

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

CONCLUSION

ARRETER DE FUMER EST UNE ENTREPRISE DIFFICILE (les tabacologues sont confrontés à des fumeurs en difficultés dans l'arrêt).

DES PROGRES INDENIABLES DANS L'AIDE A L'ARRET (mobilisation et formation des acteurs sanitaires, codification de la prise en charge, progrès de la pharmacothérapie, partenariat entre les intervenants).

LA PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE DOIT ETRE COHERENTE (globale, étalée dans le temps, personnalisée, utilisant des thérapeutiques validée).

OBJECTIF : x2 à 3 le taux d'arrêt moyen à 12 mois (vs taux d'arrêt spontané), améliorer la qualité de vie pendant le sevrage

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