

**SEVRAGE TABAGIQUE :  
CONDUITE DU SEVRAGE  
ATTITUDE DU THERAPEUTE ET SUCCES**

Docteur Jean PERRIOT  
Dispensaire Emile Roux  
Clermont-Ferrand  
[jean.perriot@cg63.fr](mailto:jean.perriot@cg63.fr)

DIU Tabacologie Clermont-Ferrand - 2015

## 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 CONSULTATION  
[www.iraat.fr](http://www.iraat.fr)



PUY-DE-DÔME  
CONSEIL GENERAL

DU RELIEF ET DES HOMMES

# RAPPELS SUR LA DEPENDANCE TABAGIQUE



## 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

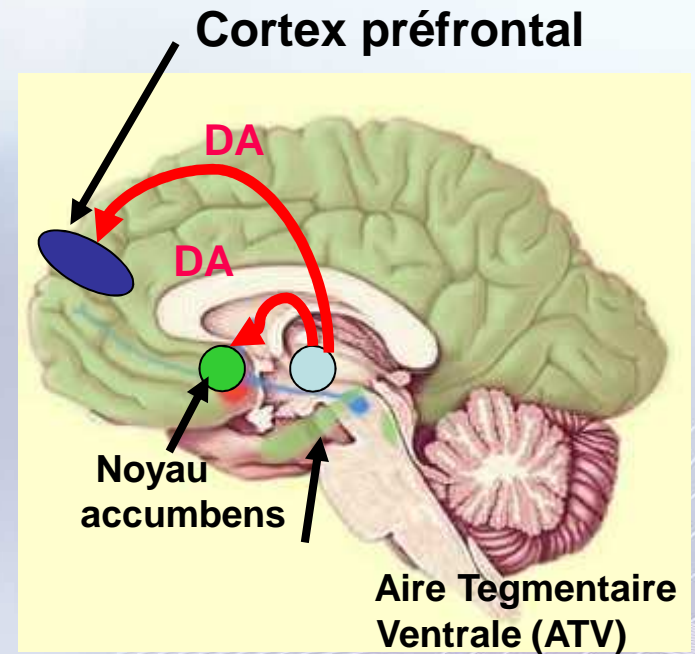
IL N'Y A PAS UN « FUMEUR »  
MOYEN MAIS « DES FUMEURS »

PERSONNALISATION  
DE LA PRISE EN CHARGE



## 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 ».



## NICOTINE : ACTEUR PRINCIPAL DE LA DÉPENDANCE TABAGIQUE

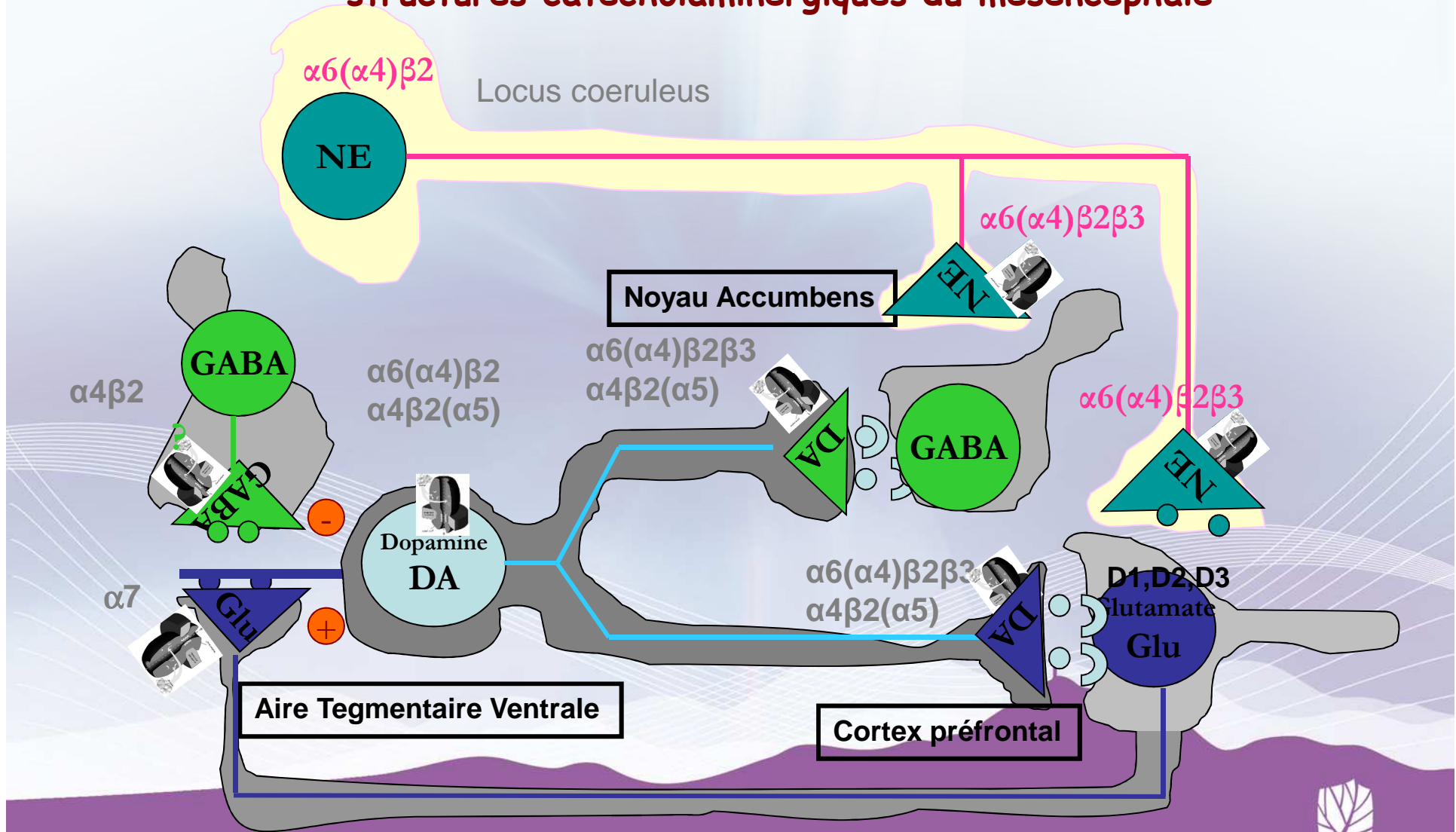
- Activation des récepteurs situés sur les neurones DA puis stimulation du système hédonique.
- multiples arguments pour son implication dans la dépendance
  - Effets induits, alcaloïde principal du tabac, pharmacocinétique...
  - Syndrome de manque et craving en cas de déficit d'apport.
  - Compensation 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 ( $\beta$ -CARBOLINES) DANS LA FUMÉE DE TABAC PARTICIPENT AU RENFORCEMENT DE CETTE DÉPENDANCE.

FACTEURS GÉNÉTIQUES 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*

# Localisation des récepteurs nicotiques identifiés dans les structures catécholaminergiques du mésencéphale



## SUBSTANCE USE DISORDER (DSM-5)

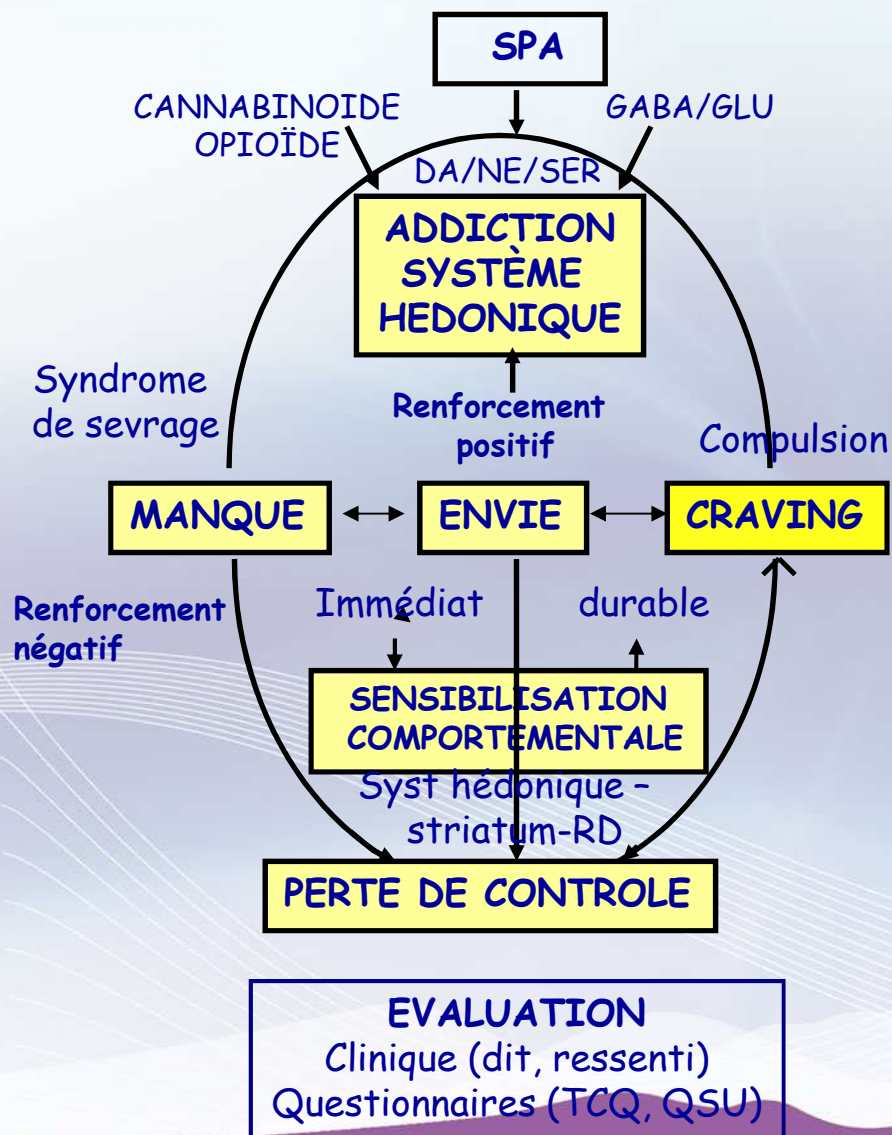
A maladaptative pattern of substance use leading to clinically significant impairment or distress, as manifested by 2 (or more) of the following, occurring within a 12-month period.

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

**Moderate** : 2 à 3 critereria positive

**Severe** : 4 or more critereria positive





## 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

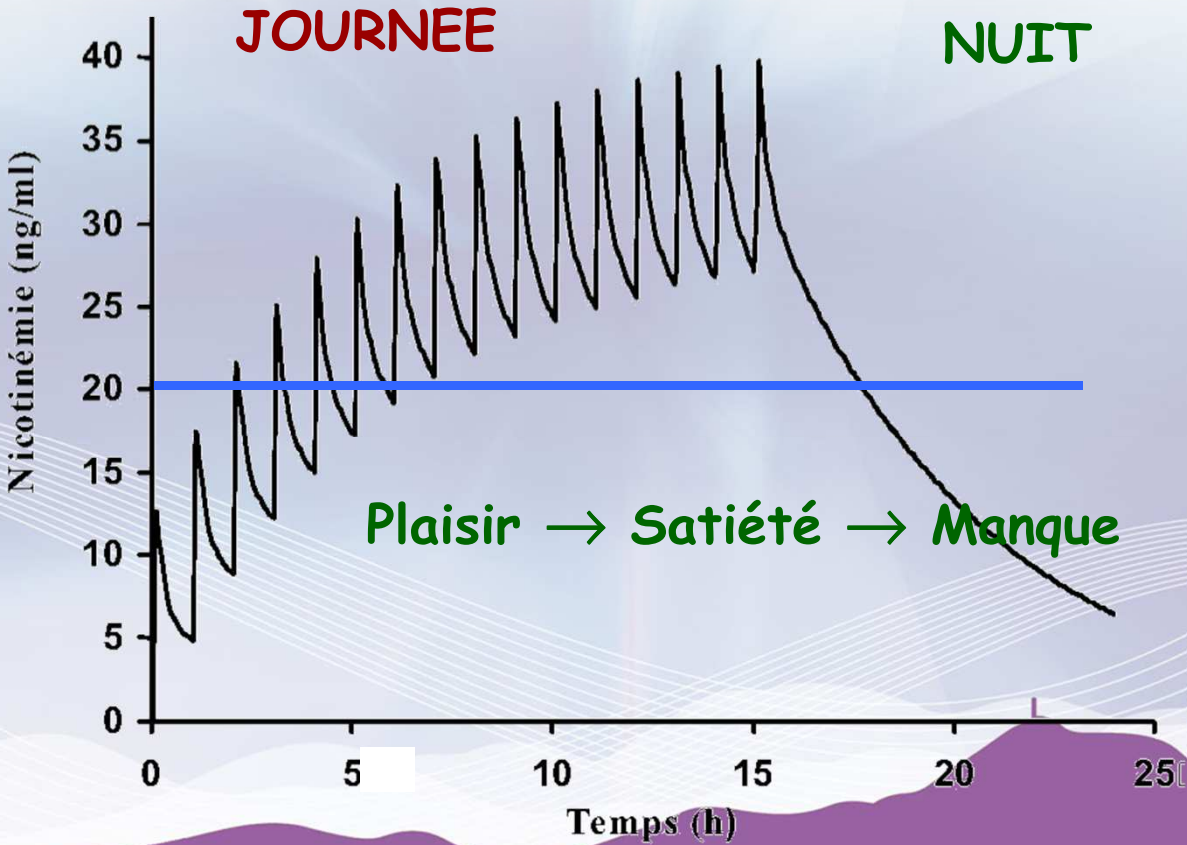
- Vulnérabilité et capacité du contrôle
- Offre ou attente de SPA
- Circonstances environnementales (associations, images)
- Effets d'amorce (autres SPA)
- Facteurs internes (hormonaux, humeur, etc.)
- Genre (reward : DA/OE, relief : GABA/GLU, obs:SER)

### CONTRÔLE

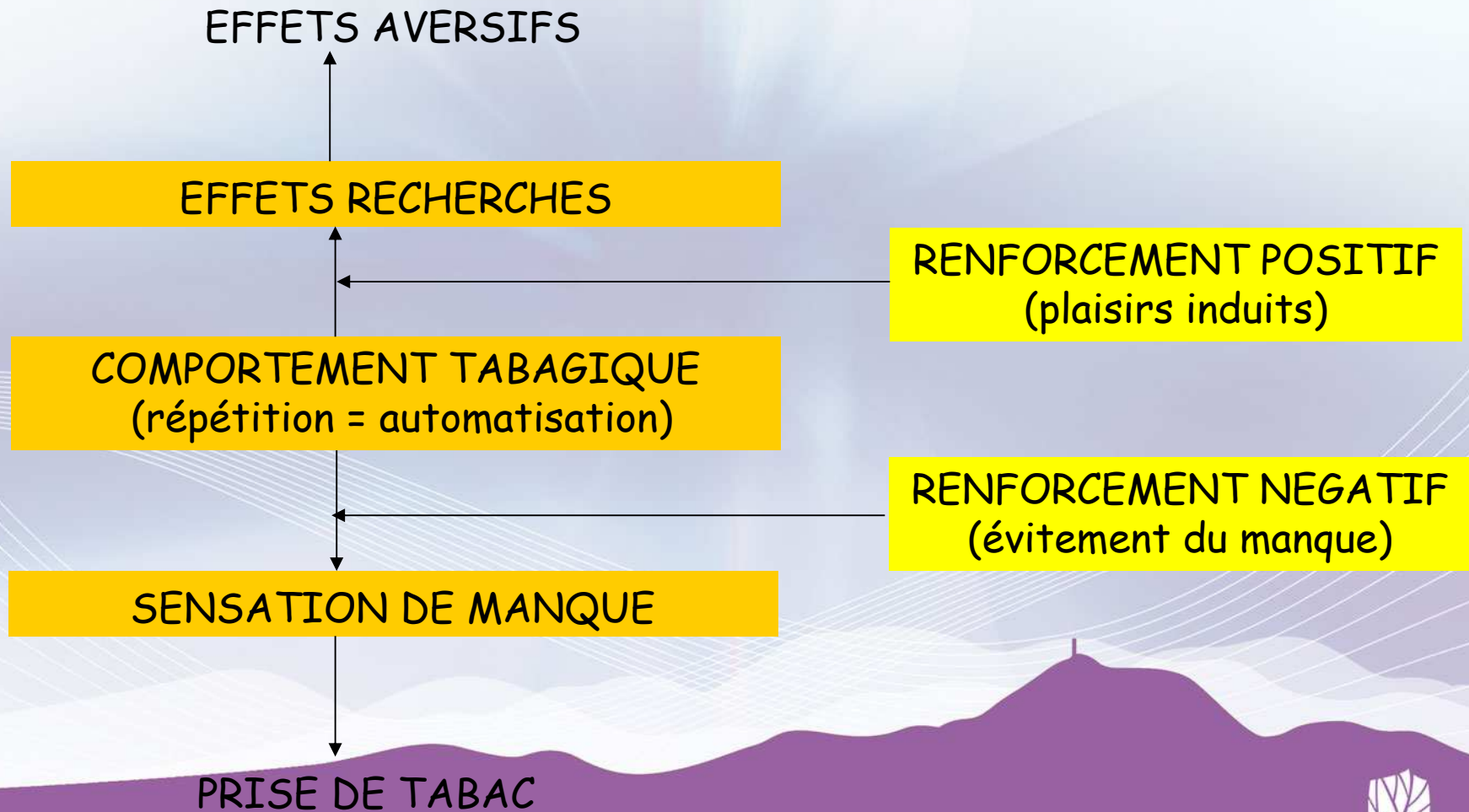
- Coping et TCC
- Motivation, apprentissage, temps et distance, exercice
- Médicaments
  - traitement de la vulnérabilité
  - traitement du sevrage tabagique
  - espoirs thérapeutiques

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

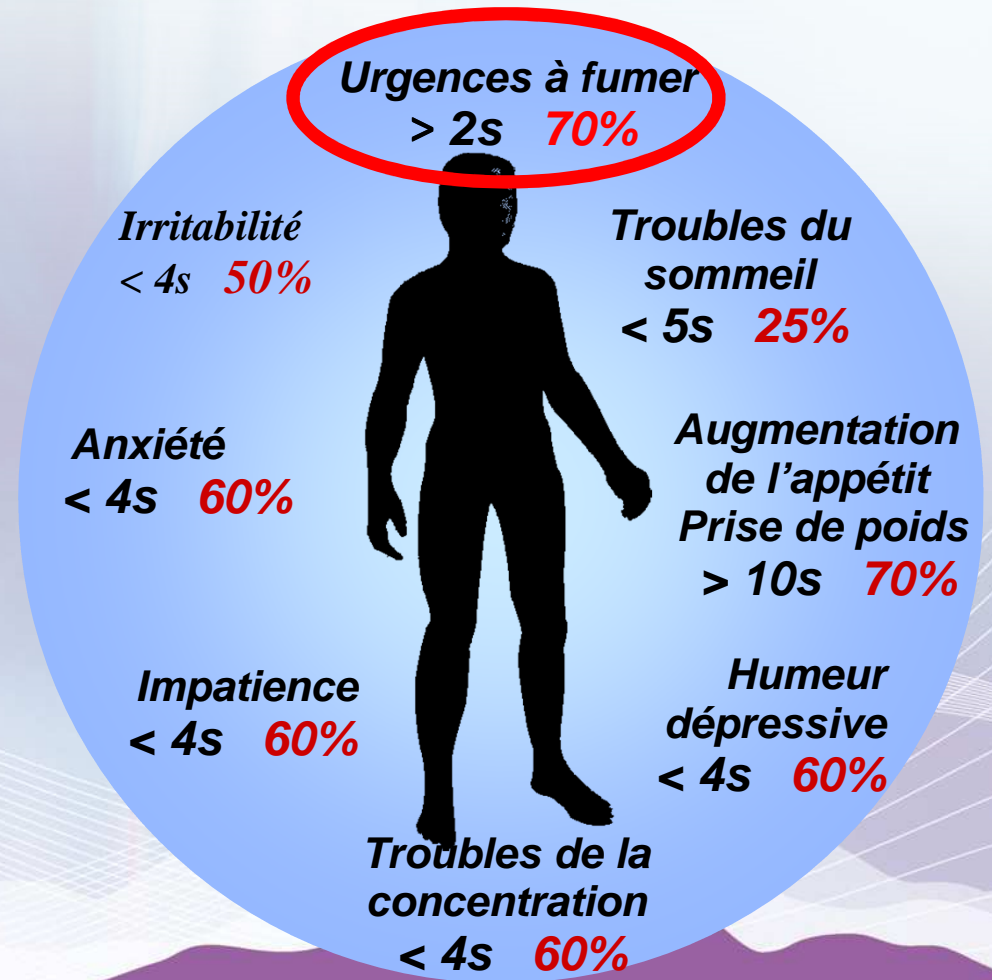
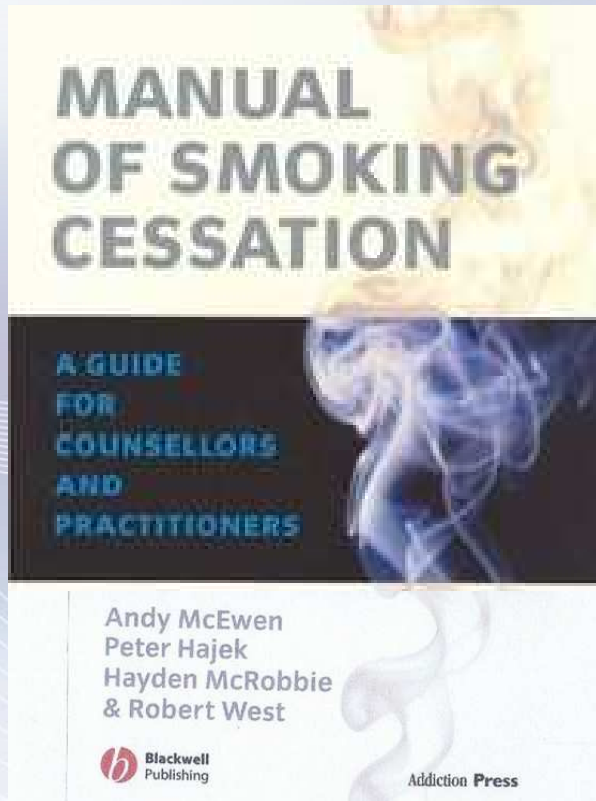
# Nicotinémie fumeur dépendant au cours de la journée



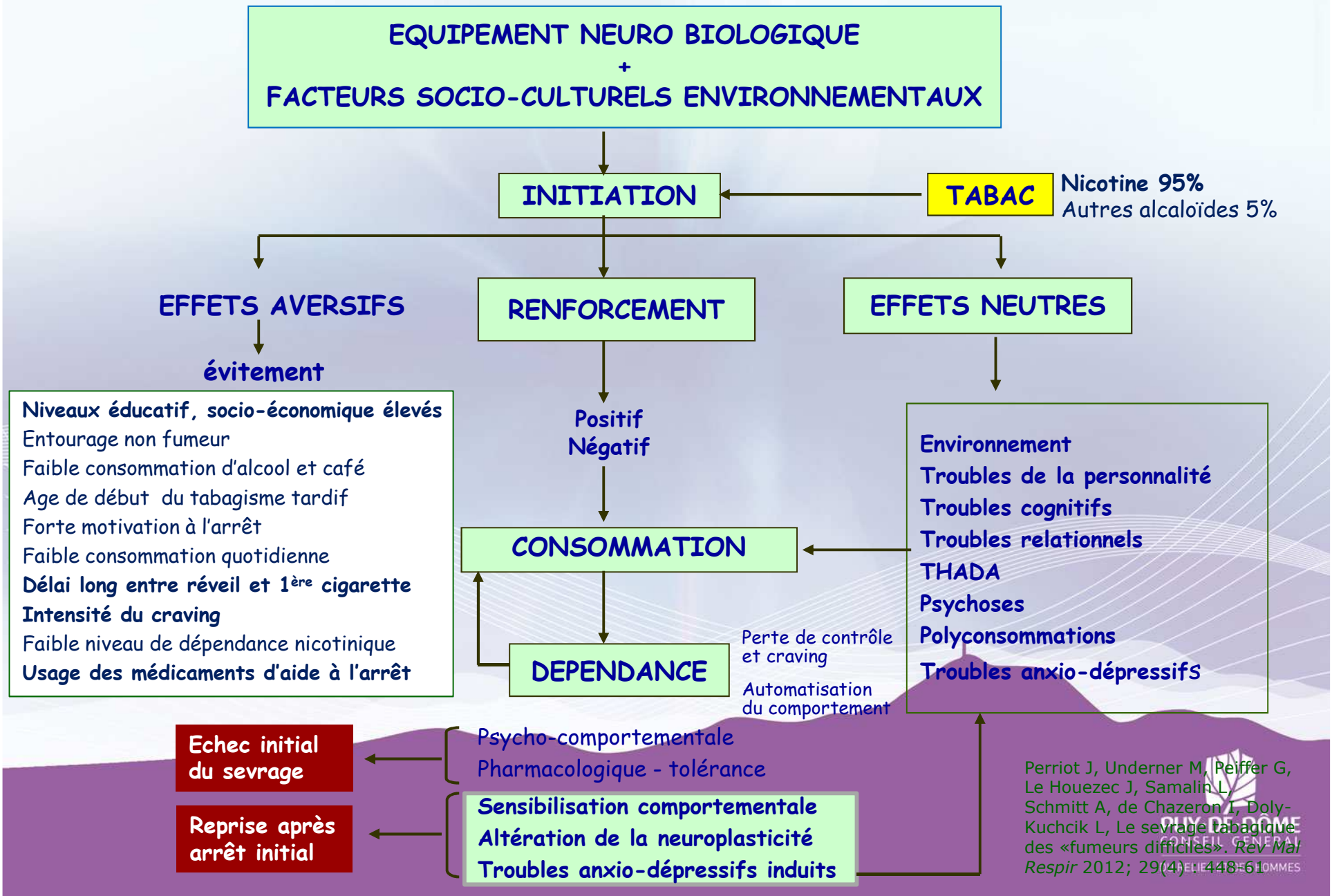
# DEPENDANCE TABAGIQUE SELON G. LAGRUE



# SYNDROME DE SEVRAGE TABAGIQUE



# DEVELOPPEMENT DE LA DEPENDANCE TABAGIQUE



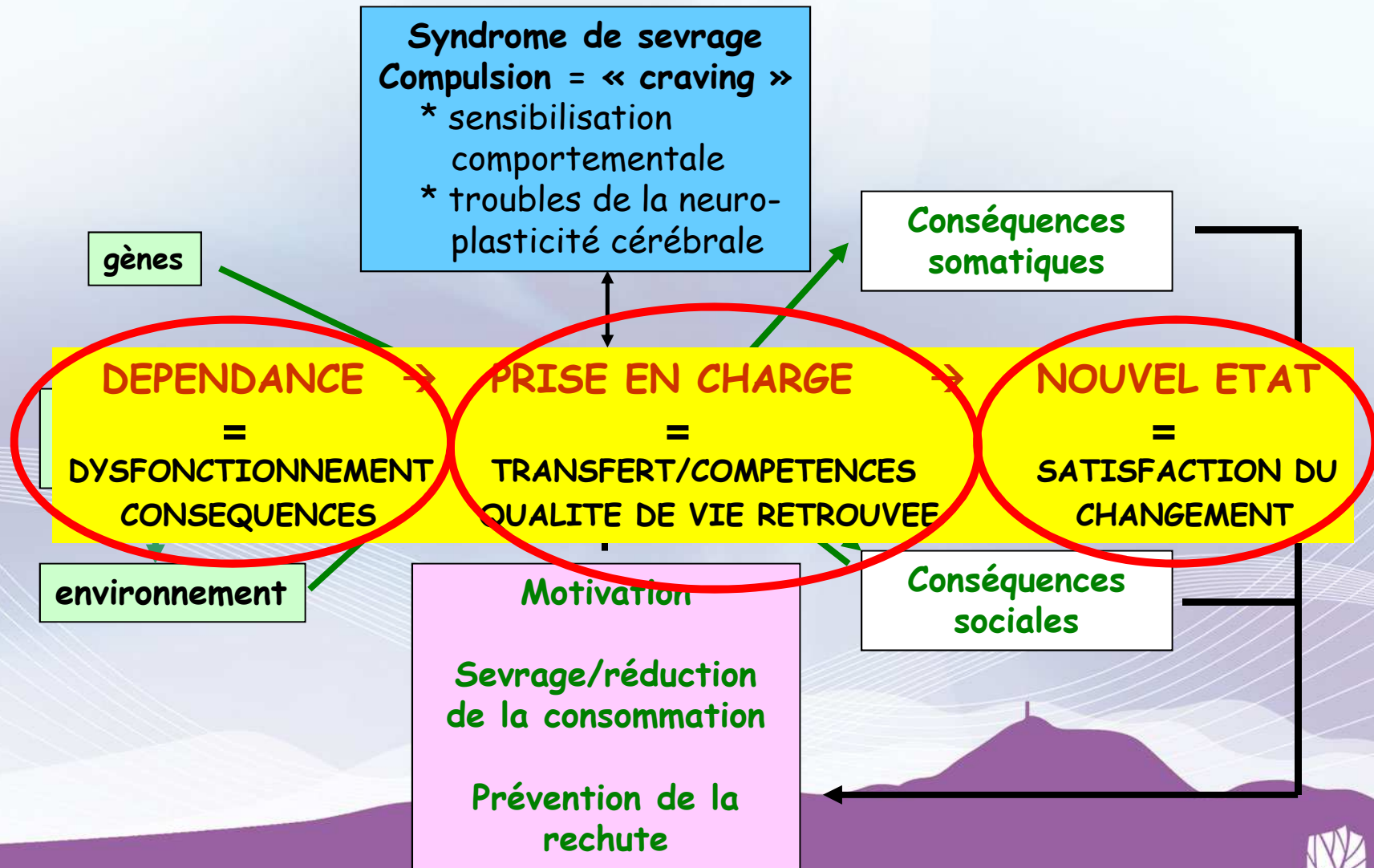
# PRINCIPE DE L'AIDE A L'ARRET DU TABAGISME



Y-DE-DÔME  
SEIL GENERAL

DU RELIEF ET DES HOMMES

# REGLES GENERALES DE LA PRISE EN CHARGE EN ADDICTOLOGIE



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.

## 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





# EFFICACITÉ DES MÉDICAMENTS D'AIDE À L'ARRÊT

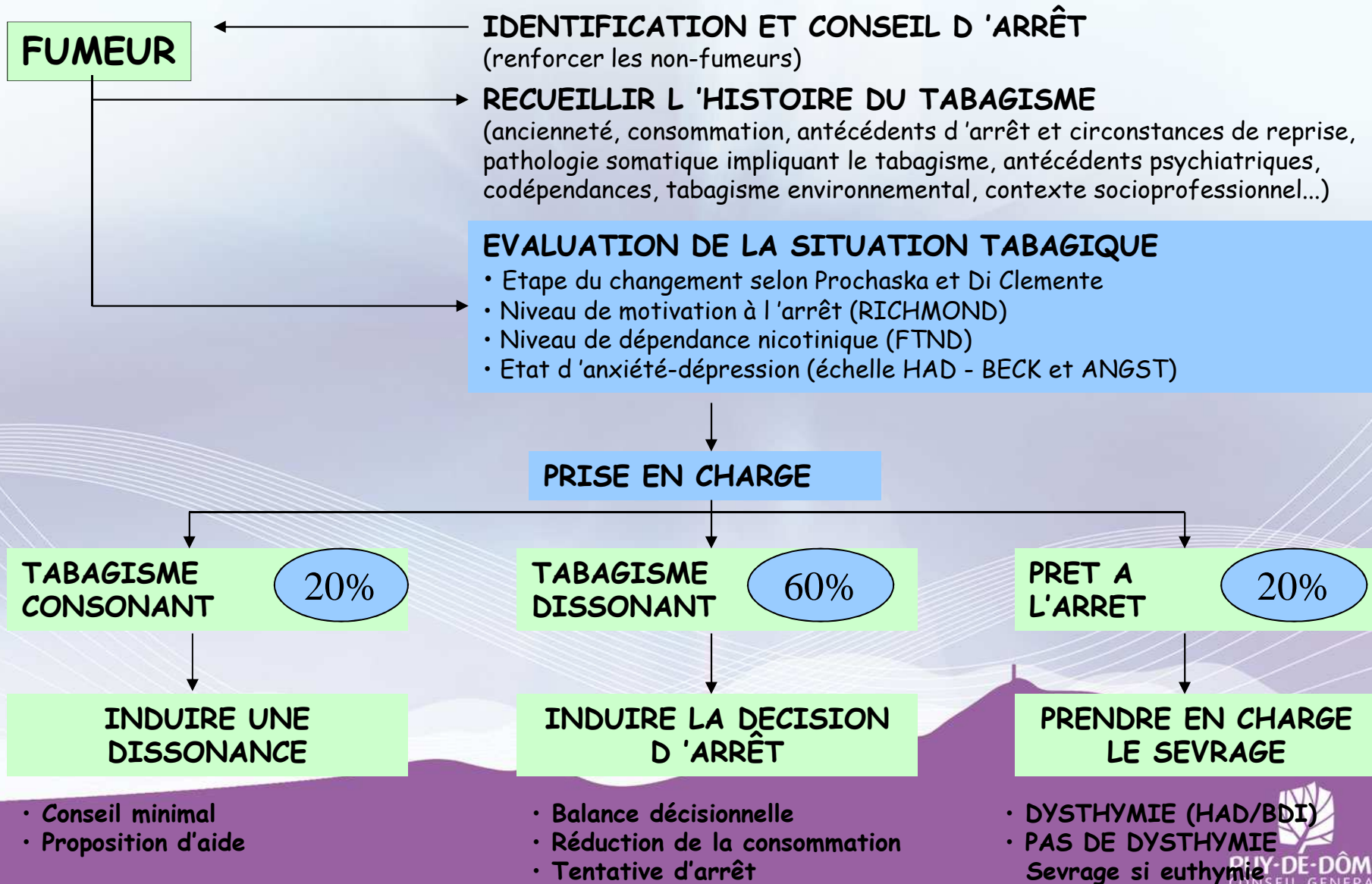
Fiore MC, et al. Treating Tobacco Use and Dependence, 2008 update

MEDICATION	Number of arms	Estimated odds ratio (95 % CI)	Estimated 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)

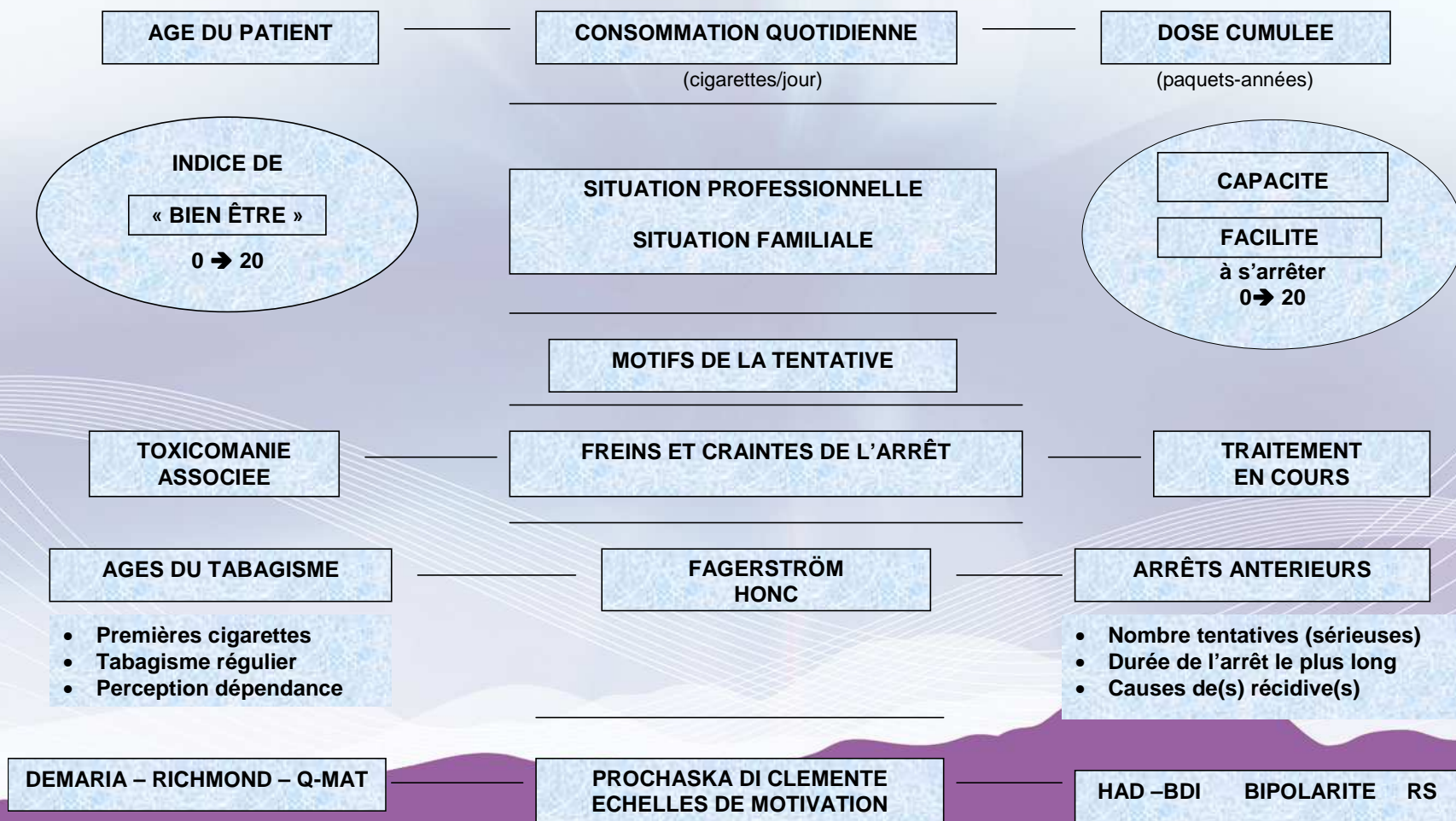
Combinaison TNS /1 seul : OR=1,42 (1,14-1,76)  
 Stead LF, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2008 ;  
 (1) : CD000146

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

# PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE (CONSULTATION INITIALE)

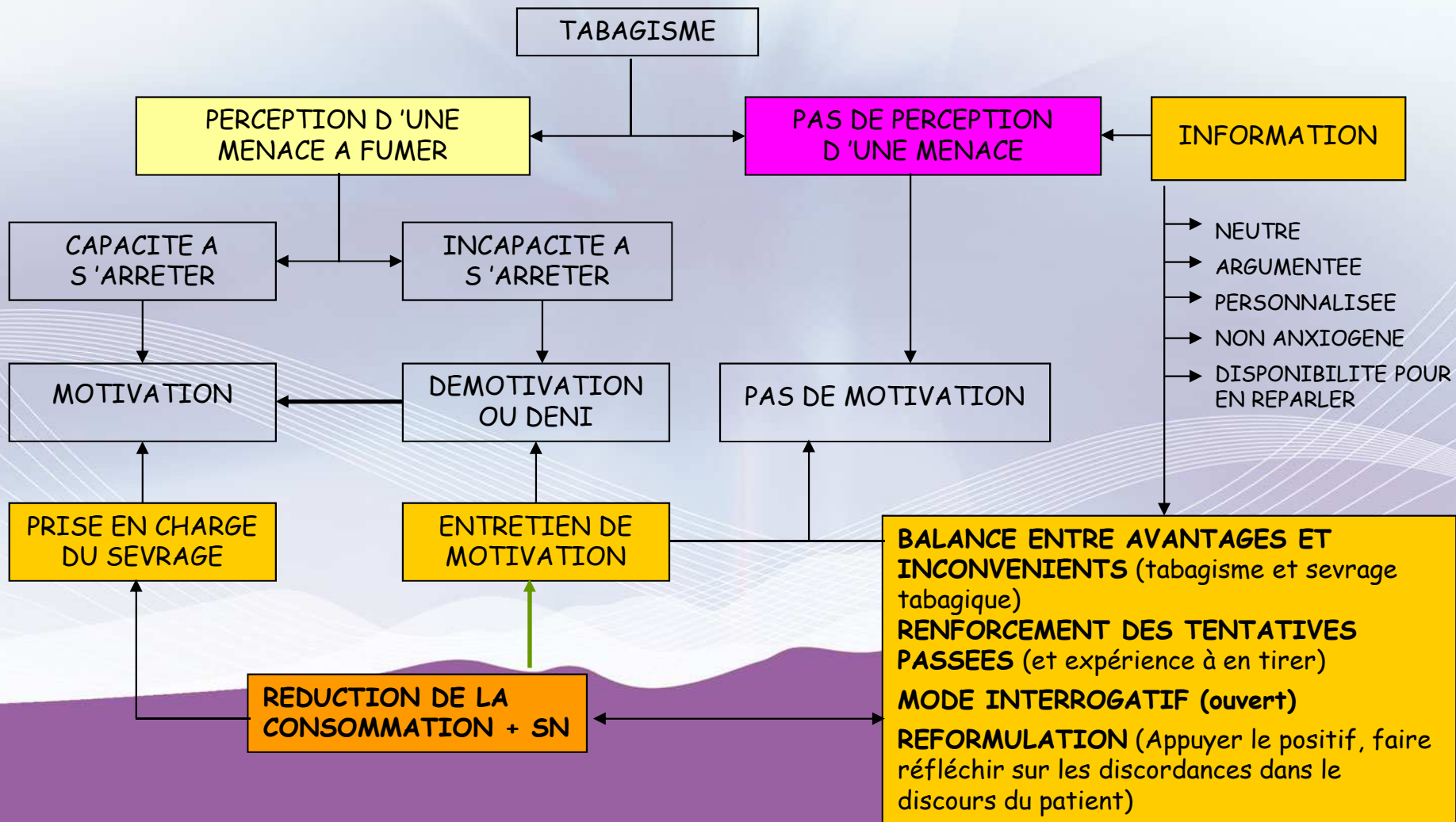


## SYNTHESE DE LA SITUATION INITIALE

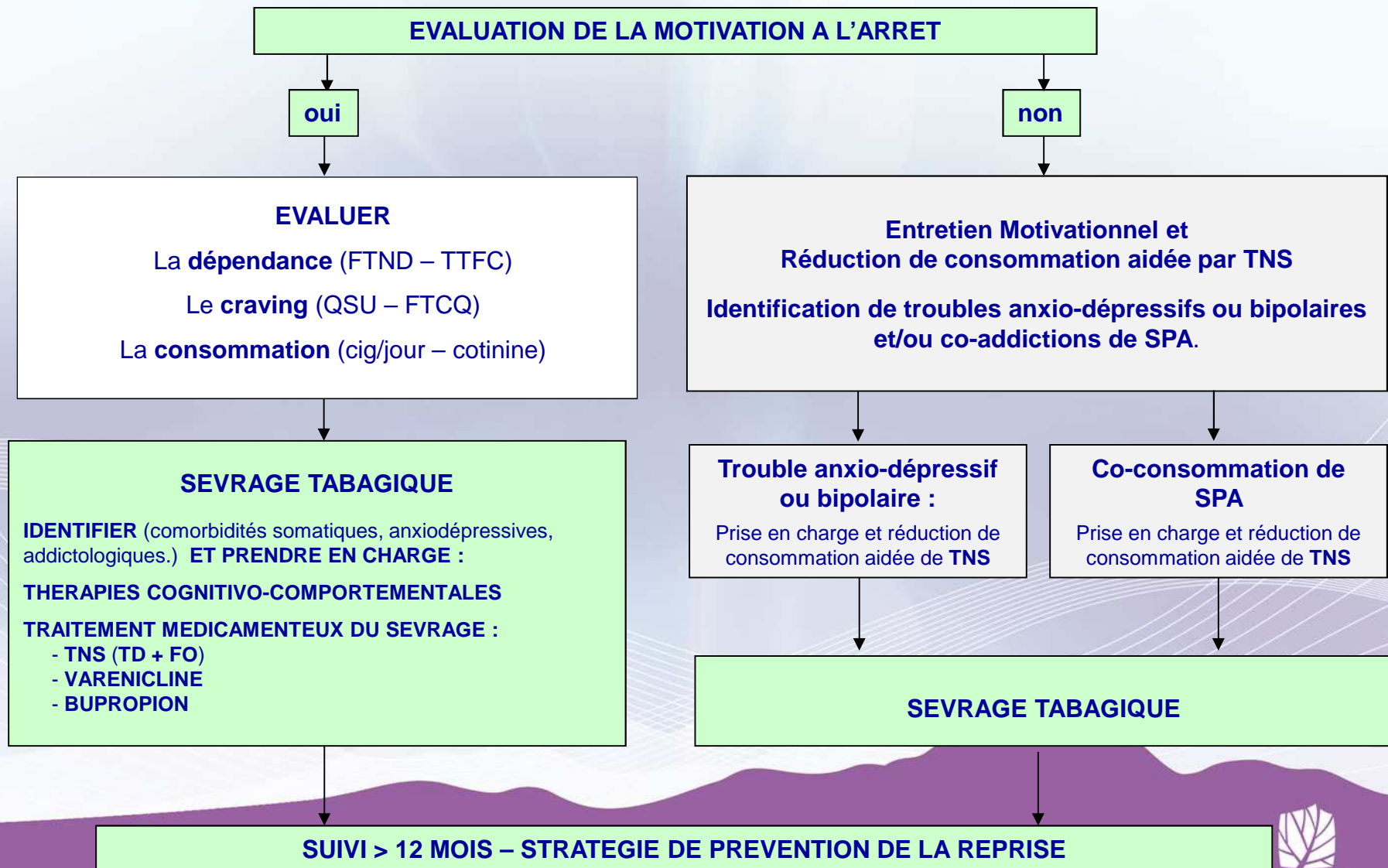


# MOTIVATION A L'ARRET DU TABAGISME

MOTIVATION A L'ARRET = {  
**PERCEPTION D'UNE MENACE A FUMER**  
**CROYANCE EN SES CAPACITES A S'ARRETER**



# Conduite de la prise en charge

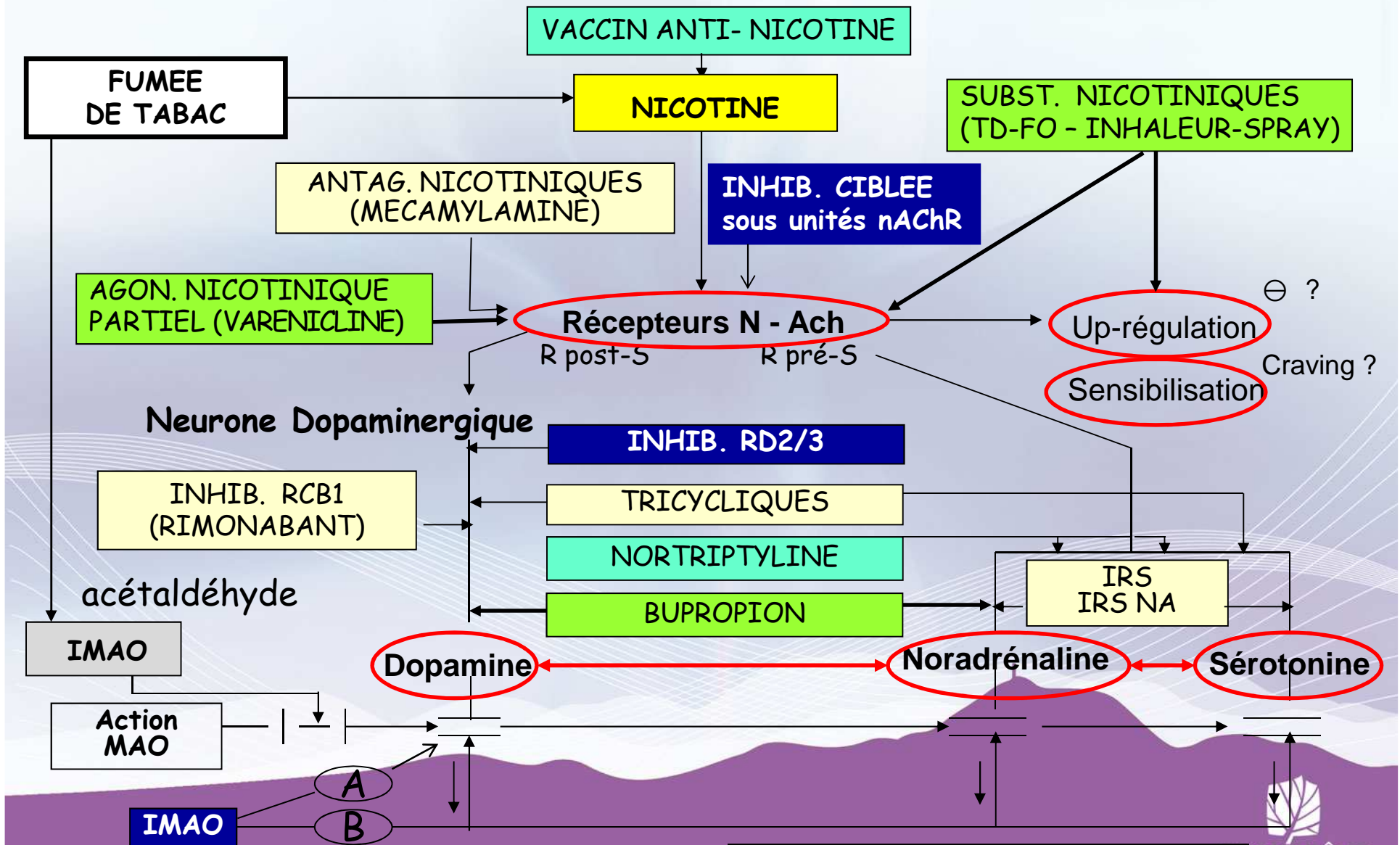


d'après Perriot J, Underner M, Peiffer G, Le Houezec J, Samalin L, Schmitt A, de Chazeron I, Doly-Kuchcik L. Le sevrage tabagique des «fumeurs difficiles». *Rev Mal Respir* 2012 ; 29 (4) : 448-61.

## LES MEDICAMENTS DU SEVRAGE

DCI	NOM COMMERCIAL	GOUT	POSOLOGIE	EFFETS SECONDAIRES	CONTRE INDICATIONS
<b>Dispositifs transdermiques</b>	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)
<b>Gomme (2-4 mg )</b>	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 (?)	
<b>Inhalateur 10 mg</b>	Nicorette	Menthol	Idem	Idem	
<b>Tablettes à sucer 1 -2- 4 mg</b>	Nicorette Microtab	Normal Menthe, divers	Idem	Idem	
<b>Comprimés à sucer 1,5-2-4 mg</b>	Niquitin		Idem	Idem	
<b>Spray buccal</b>	Nicorette	Menthe	30/J (1 mg)	Toux – Irritation buccale	Pas d'association
<b>Pastilles à sucer 1.5 -2.5 mg</b>	Nicopass	Menthe ; eucalyptus Régisse menthe	Idem	Idem	
<b>Chlorhydrate de Bupropion Cp 150 mg LP</b>	Zyban LP		150 ou 300 mg en deux prises espacées d'au moins huit heures	<b>Fréquence &gt;1/100</b> trouble du sommeil, sécheresse buccale, céphalées, sensations vertigineuses, troubles digestifs, troubles du goût, éruption cutanée, fièvre <b>Fréquence entre 1/100 et 1/1000</b> : tachycardies, bouffées vasomotrices, élévation de la PA, anorexie, confusion <b>Fréquence entre 1/1000 et 1/10000</b> : 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 maniaque-dépressive, anorexie boulimie, prise d'IMAO, grossesse, allaitement, sevrage alcool ou BZD
<b>Varénicline Cp 0,5 mg et 1 mg</b>	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



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

**Agonistes GABA/Antagonistes GLU**

# 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 - agressivité)
  - Désinvestissement de cette relation (déli, 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)



### 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)
<b>Consultation individuelle</b>	<b>52</b>	<b>1,7 (1,4 - 2,0)</b>	<b>16,8 (14,7 - 19,1)</b>

### 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
<b>Médicament + soutien</b>	<b>39</b>	<b>1,4 (1,2 - 1,6)</b>	<b>27,6 (25 - 30,3)</b>

### 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)
<b>&gt; 8 cons + méd</b>	<b>9</b>	<b>1,7 (1,3 - 2,2)</b>	<b>32,5 (27,3 - 38,3)</b>

### 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)
<b>Durée globale consultation : 31-90 minutes</b>	<b>16</b>	<b>2,3 (2,3 - 3,8)</b>	<b>26,5 (21,5 - 31,4)</b>
<b>Durée globale consultation : 91-300 minutes</b>	<b>16</b>	<b>3,2 (2,3 - 4,6)</b>	<b>28,4 (21,3 - 35,5)</b>
<b>Durée globale consultation : &gt; 300 minutes</b>	<b>15</b>	<b>2,8 (2,0 - 3,9)</b>	<b>25,5 (19,2 - 31,7)</b>

### 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)
<b>Non médecin</b>	<b>39</b>	<b>1,7 (1,3 - 2,1)</b>	<b>15,8 (12,8 - 18,8)</b>
<b>Médecin</b>	<b>11</b>	<b>2,2 (1,5 - 3,2)</b>	<b>19,9 (13,7 - 26,2)</b>

### 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)
<b>2 types</b>	<b>16</b>	<b>2,5 (1,9 - 3,4)</b>	<b>23,6 (18,4 - 28,7)</b>
<b>≥ 3 types</b>	<b>7</b>	<b>2,4 (2,1 - 2,9)</b>	<b>23 (20 - 25,9)</b>

# 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 (1<sup>ère</sup> semaine de l'arrêt complet)

1<sup>er</sup> mois de la tentative d'arrêt (50% des échecs du sevrage)

Chez le fumeur très dépendant (TTFC, FTND  $\geq 7$ ) - Efficacité, bonne tolérance

DEUXIEME PRINCIPE : **ADAPTER L'APPORT SUBSTITUTIF AUX BESOINS**

ADAPTATION SCIENTIFIQUE : DOSAGE COTININE (nicotine inhalée en mg/24h = cotinine urinaire en  $\mu\text{g/ml} \times 13$ ) ou EMPIRIQUE (1 cigarette délivre  $\geq 1$  mg de nicotine)

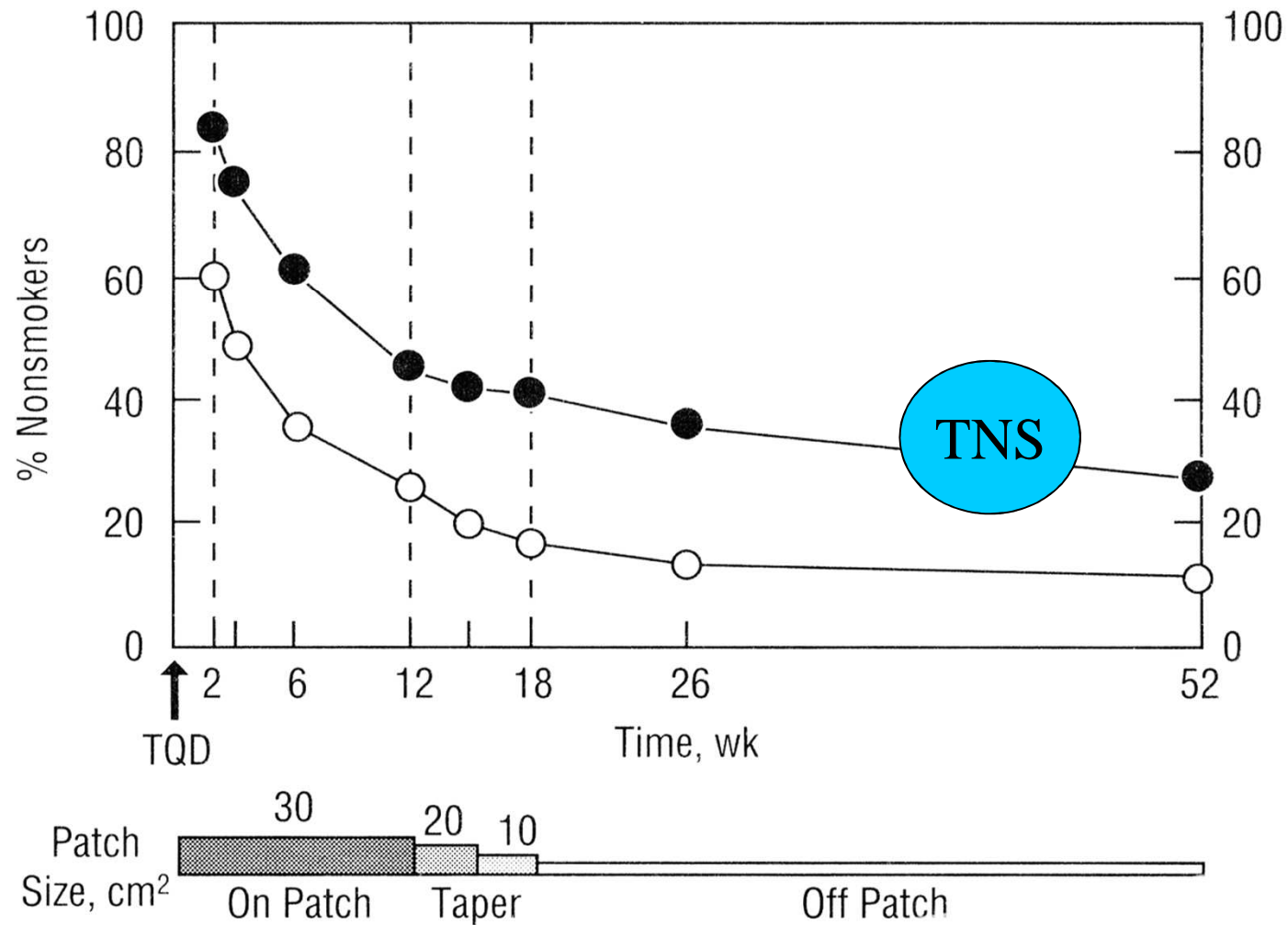
TOUJOURS ASSOCIER SUBSTITUTS TRANSDERMIQUES ET FORMES BUCCALES POUR REpondre AUX PICS D'ENVIES DE FUMER

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

TROISIEME PRINCIPE : **TRAITEMENT SUBSTITUTIF PROLONGE**

En vue de favoriser l'abstinence durable

# Effacité des TNS

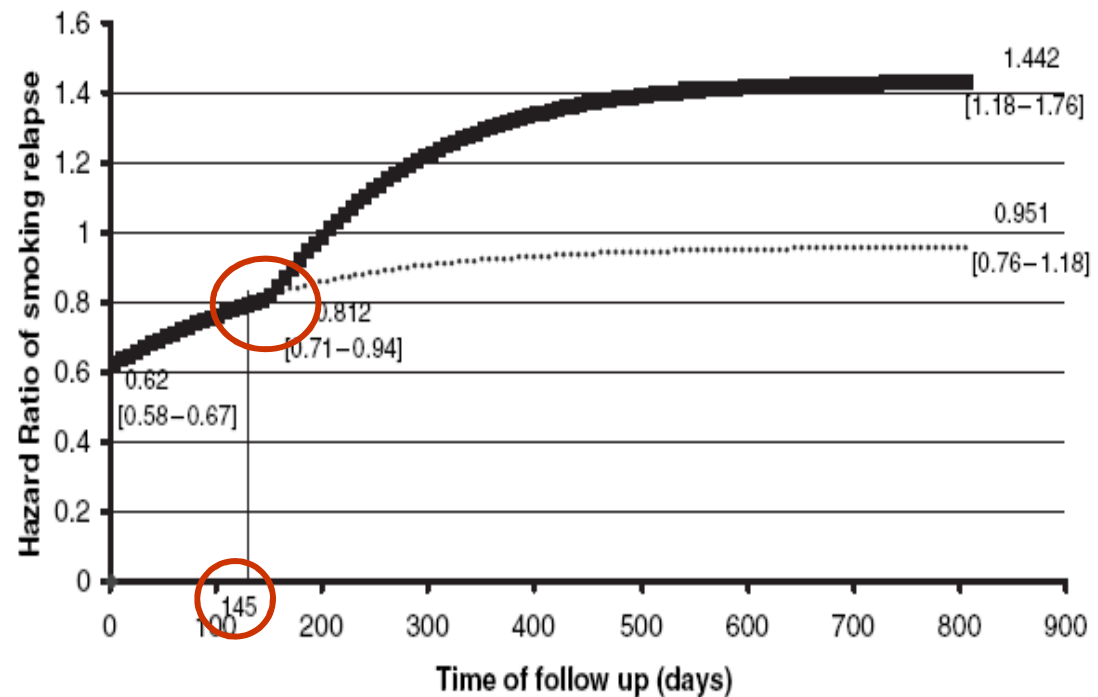


Sachs, et al. Arch Int Med 1993; 153 : 1881-1890.



## 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

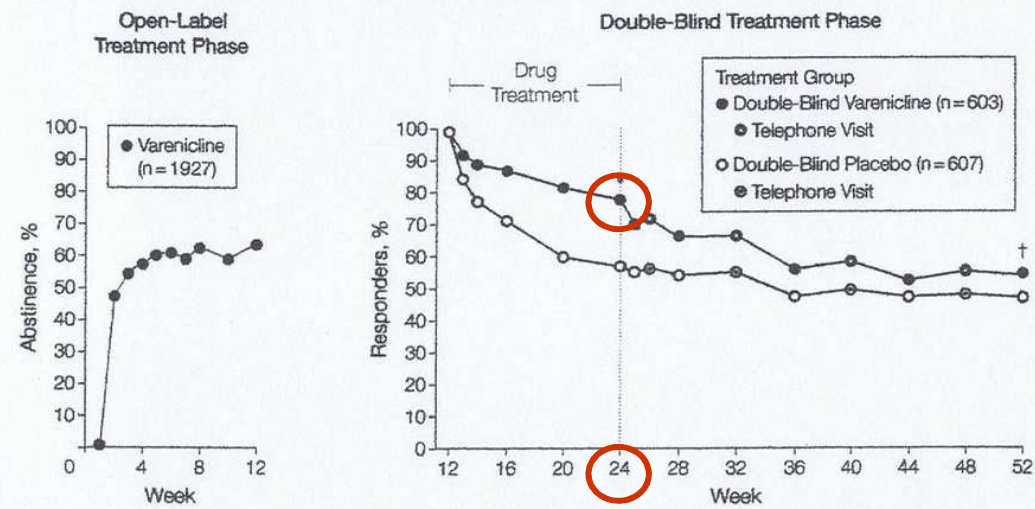
# OPTIMISER L'EFFICACITE PAR LA DUREE (Varénicline)

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

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

Tønstad 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



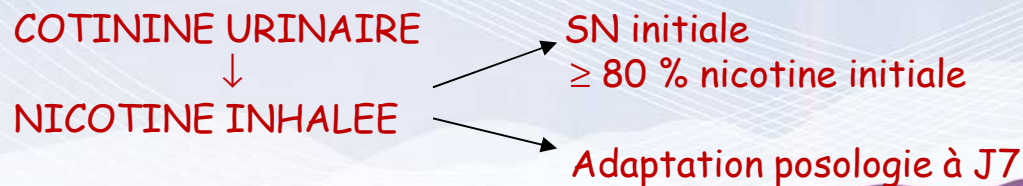
PUY-DE-DÔME  
CONSEIL GÉNÉRAL

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	Coûteux	Coûteux

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



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



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

Ivan Berlin<sup>1</sup>, Nelly Jacob<sup>2</sup>, Mathieu Coudert<sup>3</sup>, Jean Perriot<sup>4</sup>, Laurette Schultz<sup>5</sup> & Nicolas Rodon<sup>6</sup>

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

**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



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

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

- <sup>a</sup> Differs from smokers.
- <sup>b</sup> Differs from NRT free abstainers.
- <sup>c</sup> Differs from long-term NRT users.
- \*  $p<0.05$ .
- \*\*  $p<0.01$ .
- + Ns differ due to missing data.



# 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

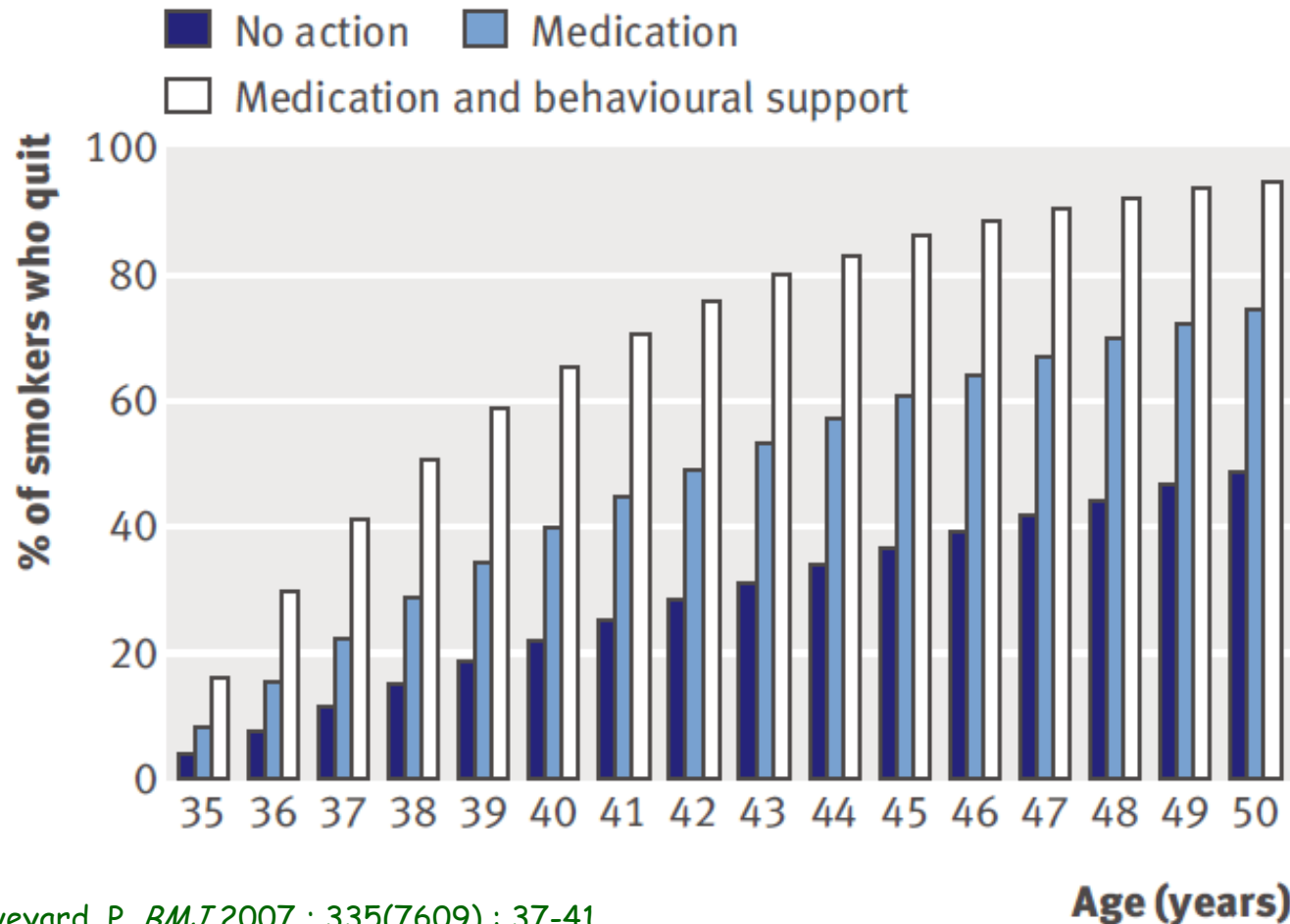
Risks and benefits of Long-Term Use of Nicotine Replacement Therapy (NRT) Products (Public Workshop). October 26-27, 2010

[www.fda.gov/Drugs/NewsEvents/ucm221185htm](http://www.fda.gov/Drugs/NewsEvents/ucm221185htm)



PUY-DE-DÔME  
CONSEIL GÉNÉRAL  
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

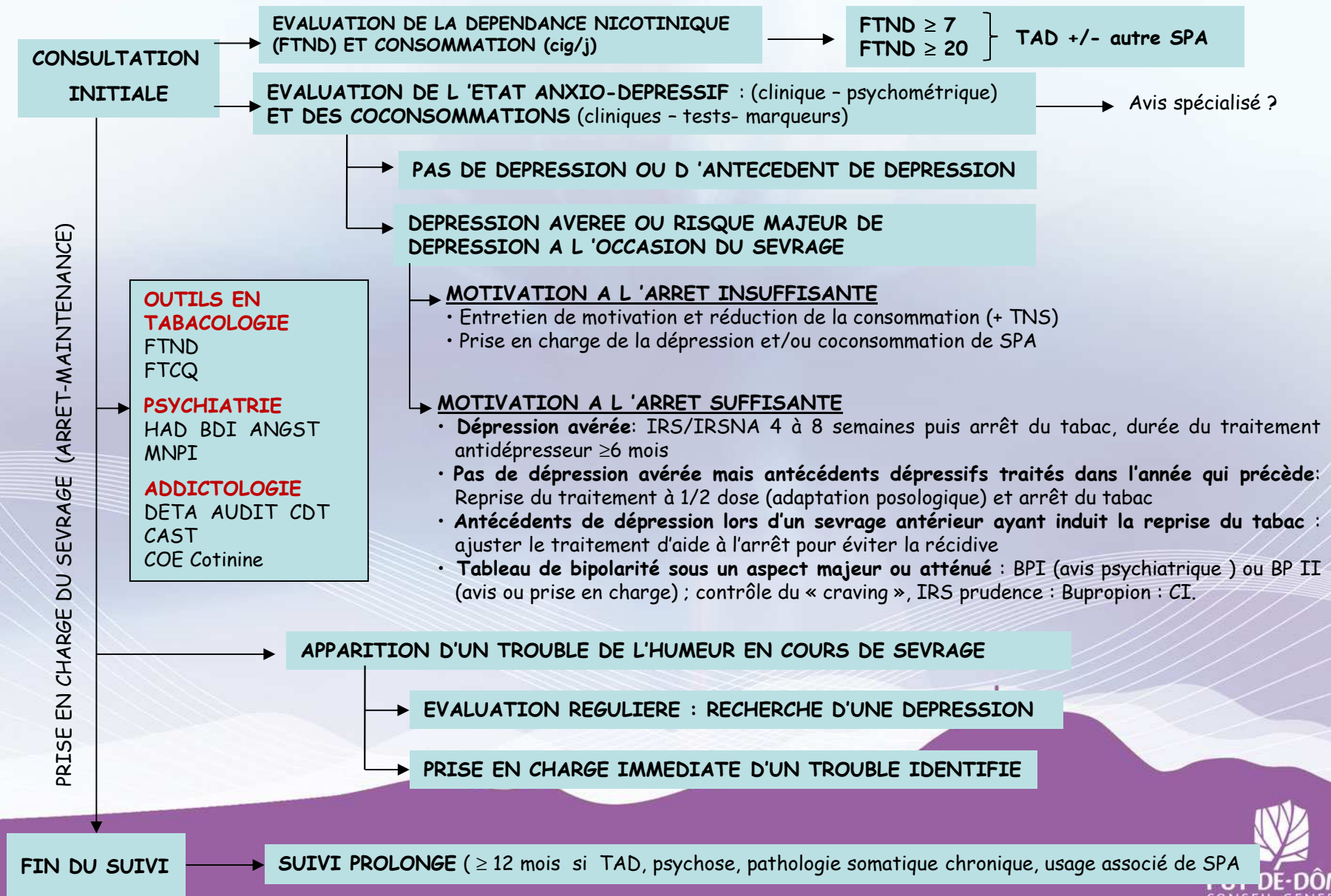
### SOUTIEN A DISTANCE

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)



# 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 validées).

**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

