

CONDUITE DU SEVRAGE TABAGIQUE : DE LA THEORIE A LA PRATIQUE DE L'AIDE A L'ARRÊT

Docteur Jean PERRIOT

Dispensaire Emile Roux
Clermont-Ferrand

jean.perriot@puy-de-dome.fr



**DIU Tabacologie
Clermont-Ferrand – Mars 2019**

INTRODUCTION

CONSTATS

Tabagisme : enjeu de santé publique planétaire (XXI^{ème} siècle).

CCLAT (Art 14) : mettre en œuvre et offrir une aide à l'arrêt aux fumeurs.

Arrêter de fumer : un bénéfice à tout âge mais une épreuve difficile.

Addiction au tabac : « maladie chronique »

OBJECTIFS

Efficacité et rentabilité des programmes d'aide à l'arrêt du tabac.

Complémentarité des stratégies (non médicamenteuses et médicamenteuses).

Actualités thérapeutiques du **sevrage tabagique** et de la **réduction de la consommation** de tabac.

Approche intégrée des stratégies médicamenteuses dans la prise en charge du sevrage tabagique (« fumeurs difficiles »).

The Tobacco Endgame : Is it possible ?

PLAN DE L'EXPOSE

Remarques préalables :

- Les stratégies réglementaires et interventions de prévention du tabagisme sont exclues
- Les thérapies comportementales et cognitives dans le sevrage tabagique ne sont pas détaillées

EVALUATION PREALABLE A LA PRISE EN CHARGE DU FUMEUR (BILAN DU TABAGISME)

PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE TABAGIQUE

ARRET COMPLET ET REDUCTION AVANT ARRET

ETUDE DE CAS CLINIQUES

**EVALUATION PREALABLE A LA PRISE EN CHARGE
DU FUMEUR (BILAN DU TABAGISME)**

Consultation initiale

- Evaluation pertinente de la situation tabagique
- Préalable aux décisions thérapeutiques (prise en charge individualisée)
- Conditionne le pronostic du sevrage (court et long terme)

Trois objectifs

- Poser un diagnostic (situation, ressources du patient, apports du thérapeute)
- Engager la prise en charge (réduction-motivation, arrêt, comorbidités)
- Créer l'alliance thérapeutique

Points clés

- Des informations concrètes (anamnèse, outils divers)
- Notion de « temps utile » (plasticité d'attitude)
- Une relation fumeur-soignant fragile (registre motivationnel)

ELEMENTS DU BILAN

SITUATION PERSONNELLE

Qui est-il ? Qui est-elle ? (prise en charge personnalisée et pronostic)

Age : perception(s) et attitude(s) vis-à-vis du tabagisme évoluent

Niveau de formation (scolaire, universitaire, professionnelle)

Niveau de précarité sociale (revenus, EPICES, CMUc, logement, etc.)

Contexte professionnel (emploi – environnement fumeur ? Retraité ?)

Contexte familial (isolement ? environnement fumeur – soutien ?)

Bien être et qualité de vie (EVA/EVN, SF36, LCSS, VQ11, etc.)

Appartenance à une minorité sexuelle (forte dépendance tabagique, usage associé de SPA, précarité sociale, arrêt du tabac difficile)

Lee JG, et al. *Tobacco Control* 2009 ; 18 : 275-82

Consommation de tabac minorités sexuelles vs populations hétérosexuelles

HSF : OR=2,1 (IC 95% : 1,7-2,7) HSH : OR=2,4 (IC 95% : 1,8-3,3)

NIVEAU D'INTOXICATION TABAGIQUE

Consommation quotidienne (cigarettes/jour)

- **Toxicité : F vs NF** (Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2010 ; 27 : 1150-63)

1 à 4 C/J : R-DC cardiaque X4, cancer bronchique X3 H/X 5F, R-DC toutes causes X1,6 H/ X 1,5 F, R-accident coronarien non léthal X2 (F, 6 ans)

< 10 C/J : R-DC précoce + 50%

R-DC cancer bronchique : durée d'exposition – année > consommation/J

- **Dépendance physique** (Okuyemi KS, et al. *Nicotine Tob Res* 2002 ; 4 : 2S103-12)

Inférieure chez les petits fumeurs (vs F standards)

- **Dépendance psychologique, comportementale, composantes gestuelles et sensorielles** (Gilliard J, et al. (QCT2) *Psychologie et psychométrie* 2000 ; 77-93.

Dubois JN. SFT Lille 2016)

- **Motivation à l'arrêt** (Etter JF, et al. *Addiction* 2004 ; 99 : 1342-50)

Inférieure chez les petits fumeurs

CO expiré (profondeur inhalation, comorbidités, intoxication CO)

Tabagisme passif (et pollution environnementale)

HISTOIRE DU TABAGISME

Ancienneté de la consommation

Age de la première consommation de tabac (et tabagisme quotidien)

Tentatives d'arrêts antérieures (nb \geq 7J, durées, modalités et aides apportées, circonstances de reprise : craving ?)

Comorbidités associées :

- **somatiques** Cardiovasculaires (risque cardiovasculaire global)
Bronchopulmonaires (BPCO, mini spirométrie électronique)
Autres (... interférences avec les médicaments d'aide à l'arrêt ?)
- **usages de SPA** Alcool (clinique, antécédents, DETA, AUDIT C)
Cannabis (clinique, antécédents, CAST)
Autres SPA (cocaïne, etc.)
Tr. comp. alimentaire (Scoff)
- **psychiatriques** Clinique, antécédents personnels et familiaux
HAD et BDI, Angst, MINI, Akiskal-Hantouche

Traitements médicamenteux associés

QUESTIONNAIRES
www.iraat.fr

QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DE L'ETAT D'ANXIETE-DEPRESSION (HAD)

Ce questionnaire a pour but de nous aider à mieux percevoir ce que vous ressentez. Lisez chaque question et entourez la réponse qui convient le mieux à ce que vous avez ressenti ces derniers jours. Donnez une réponse rapide : votre réaction immédiate est celle qui convient le mieux à votre état.

A. Je me sens tendu, énervé :

- la plupart du temps 3
- souvent 2
- de temps en temps 1
- jamais 0

D. Je me sens gai et de bonne humeur :

- jamais 3
- rarement 2
- assez souvent 1
- la plupart du temps 0

A. J'ai la bougeotte et je ne tiens pas en place :

- oui, c'est tout à fait le cas 3
- un peu 2
- pas tellement 1
- pas du tout 0

D J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent habituellement :

- oui, toujours 0
- pas autant 1
- de plus en plus rarement 2
- presque plus du tout 3

A. Je peux rester tranquillement assis au repos et me sentir détendu :

- jamais 3
- rarement 2
- oui, en général 1
- oui toujours 0

D. Je me réjouis à l'avance de faire certaines choses :

- comme d'habitude 0
- plutôt moins qu'avant 1
- beaucoup moins qu'avant 2
- pas du tout 3

A. J'ai une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

- oui, très nettement 3
- oui, mais c'est pas trop grave 2
- un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- pas du tout 0

D. Je me sens ralenti :

- pratiquement tout le temps 3
- très souvent 2
- quelquefois 1
- jamais 0

A. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- très souvent 3
- assez souvent 2
- rarement 1
- jamais 0

D. Je sais rire et voir le côté amusant des choses

- toujours autant 0
- plutôt moins 1
- nettement moins 2
- plus du tout 3

A. J'éprouve des sensations de peur et comme une boule dans la gorge :

- très souvent 3
- assez souvent 2
- parfois 1
- jamais 0

D. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou un bon programme radio ou télévision :

- souvent 0
- parfois 1
- rarement 2
- pratiquement jamais 3

A. Je me fais du souci :

- très souvent 3
- assez souvent 2
- occasionnellement 1
- très occasionnellement 0

D. J'ai perdu l'intérêt pour mon apparence :

- totalement 3
- je n'y fais plus attention 2
- je n'y fais plus assez attention 1
- j'y fais attention comme d'habitude 0

L'échelle HAD a été mise au point et validée pour fournir aux médecins non psychiatres un test de dépistage des troubles psychologiques les plus communs : anxiété et dépression. Elle permet d'identifier l'existence d'une symptomatologie et d'en évaluer la sévérité. La note de 12 constitue un seuil limite pour l'anxiété, celle de 8 pour la dépression. Le score global (A+2) = 13 pour les états dépressifs mineurs et 19 pour les états dépressifs majeurs.

Questionnaire d'Hypomanie de ANGST

Veillez sélectionner pour chaque question une réponse basée sur ce que vous avez ressenti pour une durée d'une semaine.

1- Moins d'heures de sommeil.	VRAI	FAUX
2- Davantage d'énergie et de résistance physique.	VRAI	FAUX
3- Davantage de confiance en soi.	VRAI	FAUX
4- Davantage de plaisir à faire plus de travail.	VRAI	FAUX
5- Davantage d'activités sociales (plus d'appels téléphoniques, plus de visites etc.).	VRAI	FAUX
6- Plus de déplacements et voyages ; davantage d'imprudences au volant.	VRAI	FAUX
7- Dépenses d'argent excessives.	VRAI	FAUX
8- Comportement déraisonnable dans les affaires.	VRAI	FAUX
9- Surcroît d'activité (y compris au travail).	VRAI	FAUX
10- Davantage de projets et d'idées créatives.	VRAI	FAUX
11- Moins de timidité, moins d'inhibition.	VRAI	FAUX
12- Plus bavard que d'habitude.	VRAI	FAUX
13- Plus d'impatience ou d'irritabilité que d'habitude.	VRAI	FAUX
14- Attention facilement distraite.	VRAI	FAUX
15- Augmentation des pulsions sexuelles.	VRAI	FAUX
16- Augmentation de la consommation de café et de cigarettes.	VRAI	FAUX
17- Augmentation de la consommation d'alcool.	VRAI	FAUX
18- Exagérément optimiste, voire euphorique.	VRAI	FAUX
19- Augmentation du rire (farces, plaisanteries, jeux de mots, calembours)	VRAI	FAUX
20- Rapidité de la pensée, idées soudaines, calembours.	VRAI	FAUX

Un score total de 10 est indicatif d'un possible d'épisode d'hypomaniaque.

EVALUATION DE LA MOTIVATION A L'ARRET

NOTION CLASSIQUE

- **Le fumeur est-il en accord avec sa consommation (considération) ?**

Prochaska JO, et al. *Am Psychol* 1992 ; 42 : 1102-14

- **Evaluation de sa motivation (et réussite) à l'arrêt du tabac ?**

Q-MAT (0-20) Aubin HJ, et al. *Alcoologie et addictologie* 2004 ; 26 : 311-16

Richmond (0-10) Richmond RL, et al. *Addiction* 1993 ; 88 : 1127-35

EXPLORATION DE L'AMBIVALENCE FACE AU CHANGEMENT

- **Motivation : conscience des risques pour sa santé à fumer et confiance en soi** pour changer (en général, pour arrêter de fumer)

Rollnick S, et al. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 1995 ; 23 : 325-34

- **Evaluation de la balance décisionnelle** Guichenez Ph. Traiter l'addiction au tabac avec les thérapies comportementales et cognitives. Dunod. Malakoff, 2017)

AUTRES ELEMENTS

- **Motif d'arrêt** (haut et bas grades)

- **Maturation de la décision d'arrêt**

- **Circonstances de la décision** (« notion de climat »)

TEST D 'EVALUATION DE LA MOTIVATION

RL RICHMOND (*ADDICTION*, 1993, 88 : 1127-35)

Aimeriez-vous arrêter de fumer	Non	0
	Oui	1
Avez-vous réellement envie de cesser de fumer	Pas du tout	0
	Un peu	1
	Moyennement	2
	Beaucoup	3
Pensez-vous cesser de fumer dans les 4 semaines à venir	Non	0
	Peut-être	1
	Vraisemblablement	2
	Certainement	3
Pensez-vous être ex-fumeur dans les 6 mois	Non	0
	Peut-être	1
	Vraisemblablement	2
	Certainement	3

0-6 motivation faible ou moyenne **7-9** bonne motivation **10** très bonne motivation

EVALUATION DE LA DEPENDANCE ET DU CRAVING

Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2012 ; 29 : 462-74

DEPENDANCE

- **Test de Fagerström** (6 ou 2 questions)

Délai entre réveil et 1^{ère} cigarette, nombre de cigarettes fumées chaque jour

Time to first cigarette in the morning (TTFC) : indicateur de dépendance, craving, résultat du sevrage, risque de cancer bronchique

Muscat JE, et al. *Cancer* 2011 ; 117 : 5377-82

- **Hooked on Nicotine Checklist (HONC)** : Adolescent et adulte

Evaluation de la dépendance et du craving

Di Franza JR, et al. *Tob Control* 2009 ; 11 : 228-35

CRAVING

- EVA/EVN

- **French Tobacco Craving Questionnaire 12 items (FTCQ-12)**

Plus il est intense et fréquent moins la probabilité de l'arrêt à long terme est élevée

Caractère tenace (95% des reprises du tabagisme)

Berlin I, et al. *Eur Addict Res* 2005 ; 11 : 62-8

TEST DE DEPENDANCE A LA NICOTINE (Fagerström)

Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Moins de 5 minutes	3
	6 à 30 minutes.....	2
	31 à 60 minutes.....	1
	Après 60 minutes.....	0
Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?	Oui.....	1
	Non.....	0
Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?	La première.....	1
	Une autre.....	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	10 ou moins.....	0
	11 à 20.....	1
	21 à 30.....	2
	31 ou plus.....	3
Fumez-vous de façon plus rapprochée dans la première heure après le réveil que pendant le reste de la journée ?	Oui.....	1
	Non.....	0
Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?	Oui.....	1
	Non.....	0
TOTAL		

- Score 0 à 3 : peu ou pas de dépendance nicotinique
 Score 4 à 6 : dépendance à la nicotine
 Score 7 à 10 : forte dépendance à la nicotine
 (Score 9-10 : très forte dépendance)

Un questionnaire simplifié en deux questions (Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?, cotées de la même façon que dans le Fagerström) appelé « short tabac test » dans le dossier « Addictions » coordonné par M. Reynaud (*Rev prat Med Gen* 2002 ; 16 : 121-34) est préconisé par G. De L'Homme (*Press Med* 2002 ; 21 : 606-8). Il définit trois catégories d'individus : **peu ou pas dépendants (score 0 à 2), ayant une dépendance modérée (score 2 à 4), fortement dépendants (score 5 à 6).**

Test HONC

(Hooked* on Nicotine Checklist)

Le Hooked on Nicotine Checklist (HONC) est un test dont l'objectif est de mettre en évidence la perte de contrôle vis-à-vis de la consommation de tabac.

Cet outil est particulièrement adapté aux jeunes fumeurs.

La cotation se fait de 1 à 10 par les réponses oui-non.

Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer mais vous ne pouviez pas ? Oui Non

Fumez-vous actuellement parce que c'est vraiment difficile d'arrêter ? Oui Non

Avez-vous déjà pensé que vous fumez parce que vous êtes dépendant(e) du tabac ? Oui Non

Avez-vous déjà eu des envies impérieuses de fumer ? Oui Non

Avez-vous déjà senti que vous aviez vraiment eu besoin d'une cigarette ? Oui Non

Est-ce difficile de ne pas fumer aux endroits où c'est interdit ? (ex le lycée) Oui Non

Quand vous essayez d'arrêter – ou quand vous n'avez pas fumé depuis un certain temps...

Avez-vous trouvé difficile de vous concentrer sur votre travail parce que vous ne pouviez pas fumer ? Oui Non

Avez-vous été plus irritable parce que vous ne pouviez pas fumer ? Oui Non

Avez-vous senti un besoin urgent, une envie impérieuse de fumer ? Oui Non

Vous êtes-vous senti(e) nerveux(se), incapable de rester tranquille, ou angoissé(e) parce que vous ne pouviez pas fumer ? Oui Non

Vous êtes-vous senti(e) triste ou déprimé(e) parce que vous ne pouviez pas fumer ? Oui Non

Nombre de oui : _____

- Une réponse positive à un seul item suffit à indiquer une perte d'autonomie liée à la consommation de tabac.
- Plus le total des réponses positives est élevé, pour le résultat du test fait évoquer une perte d'autonomie et donc une dépendance.
- Un score égal ou supérieur à 7 indique un niveau de forte dépendance.

*Hooked = accro, dépendant.

French Tobacco Craving Questionnaire 12 items : FTCQ-12

Indiquez à quel point vous êtes d'accord ou en désaccord avec chacune des affirmations suivantes.
De 1 « Pas du tout d'accord » à 7 : « Tout à fait d'accord »

N°	Intitulé	Facteur exploré
1	Une cigarette maintenant n'aurait pas un bon goût	(2) Attente
2	S'il y avait une cigarette ici, devant moi, il serait très difficile de ne pas la fumer	(3) Compulsion
3	Si je fumais maintenant, je pourrais réfléchir plus clairement	(1) Émotionnalité
4	Fumer une cigarette ne serait pas agréable	(2) Attente
5	Je ferais n'importe quoi pour une cigarette là maintenant	(3) Compulsion
6	Je me sentirais moins fatigué (e) si je fumais là, tout de suite	(1) Émotionnalité
7	Je fumerai dès que j'en aurai besoin	(2) Attente
8	Je ne serais pas capable de contrôler combien je fumerais si j'avais des cigarettes	(3) Compulsion
9	Si j'avais une cigarette allumée en main, je ne la fumerais probablement pas	(4) Anticipation
10	Si je fumais, je me sentirais moins déprimé(e)	(1) Émotionnalité
11	Il me serait facile de laisser passer l'occasion de fumer	(4) Anticipation
12	Je pourrais mieux maîtriser les choses si je pouvais fumer maintenant	(1) Émotionnalité

Plus le score est élevé, plus le *craving* est intense.

Dimensions explorées :

Émotionnalité : soulagement du manque et des affects négatifs associés

Attente : des effets positifs du tabac

Compulsion : perte de contrôle de la consommation

Anticipation : envisager de fumer afin de connaître les effets positifs

SYNDROME DE SEVRAGE TABAGIQUE

Hughes J, Hatsukami DK. Errors in using tobacco withdrawal scale
Tob Control. 1998 ; 7 (1) : 92-3

Notez de 0 à 4, pour chacune des rubriques suivantes, ce que vous ressentez aujourd'hui en appliquant le barème suivant.

Pour chaque rubrique, entourez d'un cercle le chiffre correspondant à votre réponse

	Inexistant, Pas du tout	Très légèrement	Légèrement	Moyennemen t	Fortement
1 - Humeur dépressive	0	1	2	3	4
2 - Insomnie	0	1	2	3	4
3 - Irritabilité, frustration, colère	0	1	2	3	4
4 - Anxiété	0	1	2	3	4
5 - Difficulté de concentration	0	1	2	3	4
6 - Agitation, fébrilité	0	1	2	3	4
7 - Augmentation de l'appétit	0	1	2	3	4
8 - Envie de fumer	0	1	2	3	4

Score :

(évaluation du syndrome de manque au
cours du suivi de l'arrêt)

SYNTHESE

Age

Bien-être /10

**Comorbidités
Somatiques**

**Comorbidités
Psychiatriques**

**Age du tabagisme
(PC/TR/PD)**

Traitements actuels

Consommation C/J

**Situation personnelle
professionnelle
précarité - EPICES**

Motifs de l'arrêt

Craintes (freins)

**FTND
FTCQ**

**Prochaska
Richmond**

Paquets-Années

**Motivation /10
Confiance /10**

**Usage de SPA
Alcool
Cannabis
Autre**

COE

**Tentatives d'arrêts
(Nb/durée/dernière)**

**HAD D A
BDI
Angst
Akiskal-Hantouche**

PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE TABAGIQUE

PRINCIPE DE LA PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE

Il réalise une intervention structurée en trois étapes :

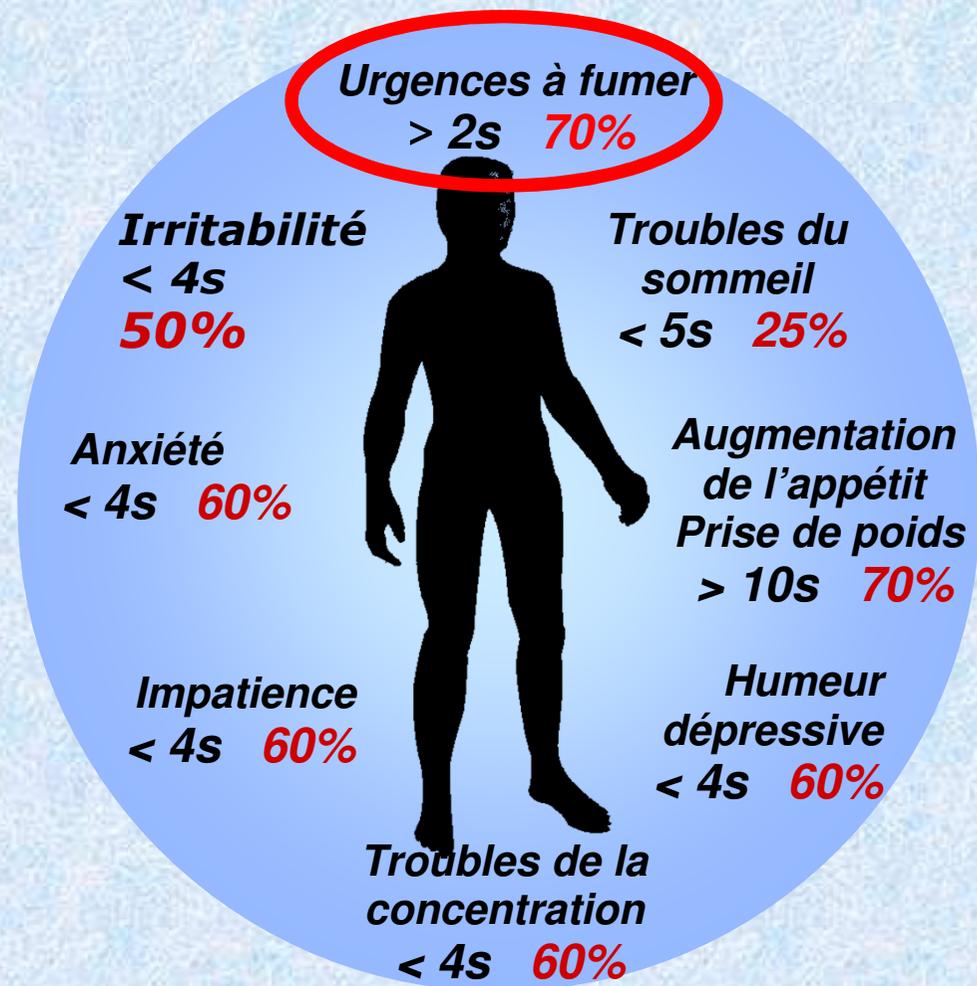
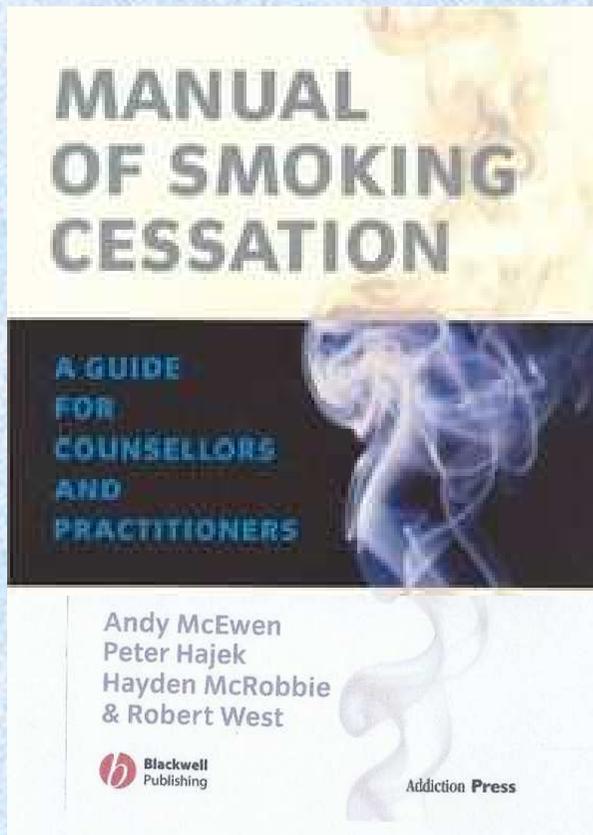
- ✓ ***Phase de préparation*** (décision d'arrêt bien motivée)
- ✓ ***Phase de sevrage*** (arrêt effectif, syndrome de sevrage et craving contrôlés)
- ✓ ***Phase de suivi*** (stratégie de prévention de la reprise et des effets secondaires)

Compensation simultanée des dépendances psychologiques, comportementales et pharmacologiques (nicotinique).

La prise en charge dépasse la stricte application standardisée de thérapeutiques validées.

LES MOYENS MEDICAMENTEUX ACTUELS

SYNDROME DE SEVRAGE TABAGIQUE



TRAITEMENT NICOTINIQUE SUBSTITUTIF (TNS)

Premier traitement d'aide à l'arrêt
(Nicotine : acteur principal de la dépendance).

Différentes formes galéniques (absorption transdermique, buccale, nasale).

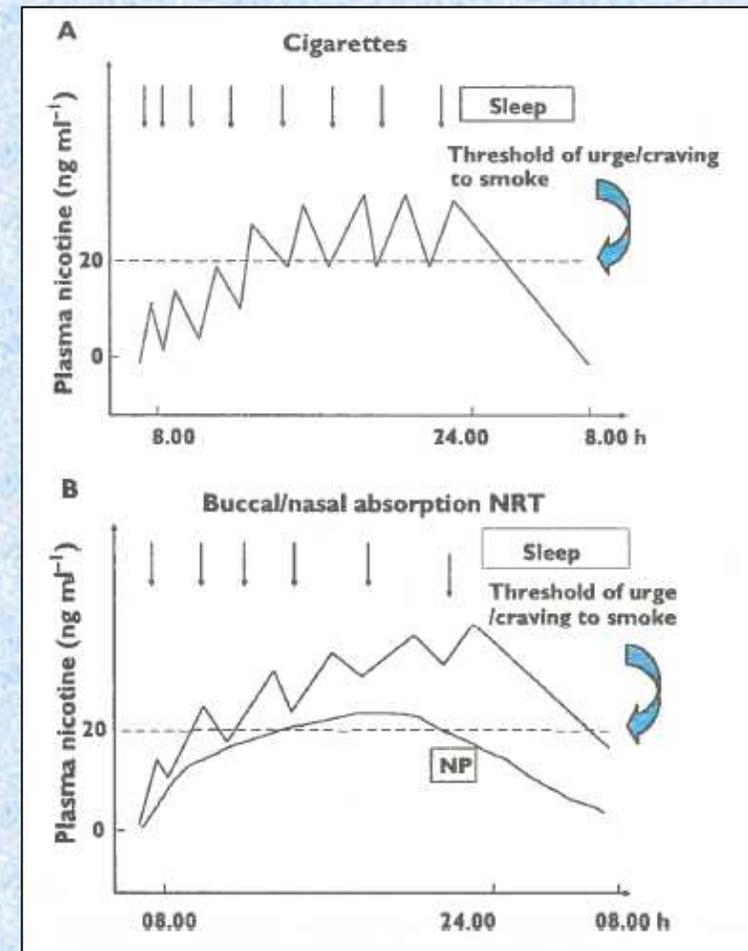
Bonne tolérance et sécurité d'emploi.
Efficacité de toutes les formes de TNS :

- G/PCB : 1,43 (IC 95 % : 1,33 -1,53)
- SN/PCB : 2,03 (IC 95 % : 1,49 -3,73)

Combinaison des formes transdermiques et d'action rapide : résultats améliorés

Autres intérêts :

- aide à la **réduction de consommation** avant arrêt complet.
- **limitation de la prise de poids** pendant le temps du TNS.



BUPROPION		VARENICLINE
<p>Inhibiteur de la recapture de NE et DA (antagoniste nAChR)</p> <p>PB/PCB : 1,69 (IC 95% :1,53-1,85)</p> <p>150 mg X 2/J Insomnie, sècheresse buccale Métabolisation CY2B6</p> <p>CI : - prise associée d' IMAO - sevrage alcool et BZD - risques de crises comitiales</p> <p>Etats dépressifs, comportements suicidaires, suicides ?</p> <p>Meta-analyse BP vs PCB : Pas d'augmentation des comportements suicidaires</p>	<p>MODE D'ACTION</p> <p>EFFICACITE</p> <p>TOLERANCE SECURITE D'EMPLOI</p> <p>SUIVI «POST MARKETING »</p>	<p>Agoniste $\alpha 4 \beta 2$ nAChR ($\alpha 7$ R) affinite x 16 (vs Nicotine)</p> <p>V/PCB : 2,27 (IC 95 %: 2,02-2,55) Supérieur à B et TNS toute dose préférée parmi les Tt de 1^{ère} ligne ?</p> <p>1 mg x 2/J Nausées, vomissements (30 – 40%) Activité onirique, insomnie</p> <p>CI : - aucune - identifier TD avant sevrage tabagique</p> <p>Etats dépressifs, comportements suicidaires, suicides ?</p> <p>10 essais cliniques « poolés » (N = 5000) : troubles du sommeil</p> <p>Etude rétrospective (N=80 600) TNS, BP. Varénicline : suicides (idem)</p> <p>Risques cardiovasculaires (écartés)</p>

TRAITEMENT DE SECONDE LIGNE

Nortryptiline.

- antidépresseur inhibiteur de la recapture de NE et SER.

Clonidine.

- anti HTA agoniste/récepteurs α_2 adrénergiques.

MÉDICAMENTS POUR DEMAIN

Autres agonistes $\alpha_4\beta_2$ nAChR (cytisine)

Médicaments IMAO A ou B

Vaccin anti Nicotine

Médicaments de la transmission

GABA/NMDA

Modafinil

Antagonistes des R. Dopamine (D3)

Naltrexone, Nalméfène

Medication	Number of studies (subjects)	Relative risk (95% CI)
Varenicline (2 mg day ⁻¹) vs. placebo	15	2.27 (2.02, 2.55)
Varenicline (2 mg day ⁻¹) vs. bupropion	3	1.52 (1.22, 1.88)
Varenicline (2 mg day ⁻¹) vs. NRT	2	1.13 (0.94, 1.35)
NRT (any form) vs. control	NA	1.58 (1.50, 1.66)
Nicotine gum vs. control	53	1.43 (1.33, 1.53)
Nicotine patch vs. control	41	1.66 (1.53, 1.81)
Nicotine inhaler vs. control	4	1.90 (1.36, 2.67)
Oral tablet/lozenges vs. control	6	2.00 (1.63, 2.45)
Nicotine nasal spray vs. control	4	2.02 (1.49, 3.73)
Bupropion SR vs. placebo	36	1.69 (1.53, 1.85)
Nortriptyline vs. placebo	6 (975)	2.03 (1.48, 2.78)
Clonidine vs. placebo	6	1.63 (1.22, 2.18)

Combination therapies	Number of arms	Estimated OR (95% CI)
Nicotine patch (long term, >14 weeks) + ad lib NRT	3	3.6 (2.5, 5.2)
Nicotine patch + bupropion SR	3	2.5 (1.9, 3.4)
Nicotine patch + nortriptyline	2	2.3 (1.3, 4.2)
Nicotine patch + inhaler	2	2.2 (1.3, 3.6)

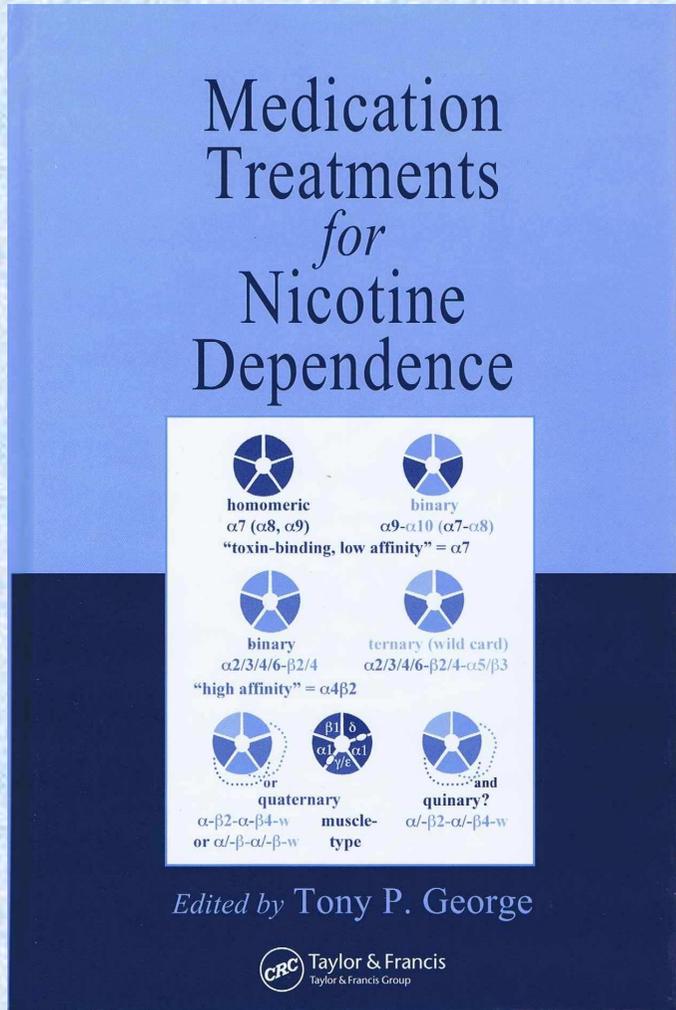
DCI	NOM COMMERCIAL	GOUT	POSOLOGIE	EFFETS SECONDAIRES	CONTRE INDICATIONS
Dispositifs transdermiques	Nicopatch Nicotinell Niquitin Clear Nicorette		21 mg/24h 14 mg/24h 7 mg/24h 25 mg/16h 15 mg/16h 10 mg/16h	Allergie cutanée, Trouble du sommeil	Non fumeur Non dépendants Intolérance cutanée (pour les timbres)
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

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)
> 8 cons + med (2008)	9	1,7 (1,3-2,2)	32,5 (27,3-38,3)
2 interv. dif. (2000)	16	2,5 (1,9-3,4)	23,6 (18,4-28,7)

VOIES D'OPTIMISATION DU TRAITEMENT



Formes galéniques nouvelles de TNS (intrapulmonaire)
Islam N, et al. *Drug Discov Ther* 2012 ; 6 : 123-32

Progrès en pharmacogénétique
Bloom AJ, et al. *Pharmacogenet Genomics* 2013;23:107-16

Personnalisation du traitement(phenotype fumeur) Minas
M, et al. *J Subst Abuse Treat* 2013;44:288-94

Combinaison des médicaments du sevrage (B+V 12S)
Ebbert JO, et al. *JAMA* 2014;311:155-63

Pré-traitement par TNS avant arrêt
Shiffman S, et al. *Addiction* 2008;103:557-63

Traitement de longue durée (TNS 24S)
Schnoll RA, et al. *JAMA Intern Med* 2015;175:504-11

Impact sur NACH R Centraux
Changeux JP. *Nat Rev Neurosci* 2010;11:389-401

PREPARER L'ARRÊT ?

SOULIGNER LES BÉNÉFICES DE L'ARRÊT ET PROPOSER UNE AIDE

(x 6 les tentatives d'arrêt vs le simple conseil d'arrêt)¹

ACCROÎTRE LA MOTIVATION À L'ARRÊT

(« balance décisionnelle » & disponibilité pour aider le fumeur)²

RÉDUCTION DE CONSOMMATION AVEC MÉDICAMENTS D'AIDE À L'ARRÊT

Substituts nicotiques (vs PCB, arrêt à M6, méta-analyse)³

OR = 2,06 (IC_{95 %} : 1,34 - 3,15)

Varénicline (vs PCB, arrêt S2-S24)⁴

OR = 4,02 (IC_{95 %} : 2,94 - 5,50 ; $p < 0001$)

PRÉ-TRAITEMENT AVANT LE DÉBUT DE L'ARRÊT

Substituts nicotiques (2-4 S pré TQD vs PCB, arrêt à M6)⁵

OR = 2,17 (IC_{95 %} : 1,46 - 3,22)

Varénicline (4 semaines pré TQD vs PCB, arrêt à M3)⁶

Arrêt varénicline 47,2 % vs PCB 20,8 % ; $p = 0,005$

¹ Aveyard P, et al. *Addiction* 2012;107:1033-73.

² Aubin HJ, et al. *Comment arrêter de fumer ?* Odile Jacob, 2003.

³ Moore D, et al. *BMJ* 2009;338:b1024

⁴ Ebbert JO, et al. *JAMA* 2015 . 313:687-97.

⁵ Shiffman S, et al. *Addiction* 2004;99:557-63.

⁶ Hajek P, et al. *Arch Intern Med* 2011;171:770-7

DES MOYENS MÉDICAMENTEUX

SUBSTITUTS NICOTINIQUES (TNS)

Adapter la posologie

Augmentation de la posologie (TNS-TD 44 mg vs 22 mg /1^{er} mois)¹

Amélioration du taux d'arrêt à S4 (pas de différence à S28)

Ajuster posologie TNS/cotinine salivaire (pas d'amélioration abst. À S28)²

Allonger la durée du traitement

Pas d'intérêt du TNS -TD > 6 mois vs 6 mois³

TNS < 145 jours : risque de reprise + 44 %⁴

Associer les formes galéniques

TNS-TD 14 S + TNS - FO : arrêt à 6 mois OR = 3,6 (IC_{95%} : 2,5-5,2)⁵

BUPROPION

Efficacité analogue à celle des TNS, mais effets indésirables assez nombreux⁶

CI si épilepsie, anorexie/boulimie, sevrage alcool/BZD, usage d'IMAO

¹ Jorenby DE, et al. *JAMA* 1995;274:1347-59.

² Berlin I, et al. *Addiction* 2011;106:833-44.

³ Schnoll RA, et al. *JAMA Intern med* 2015;175:504-11.

⁴ Medioni J, et al. *Addiction* 2005;100:247-54.

⁵ Fiore MC, et al. *Treating Tobacco Use and Dependence* : 2008 Update.

⁶ Aubin HJ, et al. *Br J Clin Pharmacol* 2013;77:324-336.

VARÉNICLINE

ARRÊT À DATE FLEXIBLE (entre J8 et J35 du traitement *vs* PCB)¹

Abstinence S9-24 : OR = 4,4 (IC_{95 %} : 2,6 - 7,5 ; $p < 0,0001$)

UTILISATION EN RE-TRAITEMENT (*vs* PCB)²

Abstinence S9-12 : OR = 7,08 (IC_{95 %} : 4,34 - 11,55 ; $p < 0,0001$)

EN PROLONGEANT LE TRAITEMENT (de S12 à S24 *vs* PCB)³

Abstinence S13-24 : OR = 2,48 (IC_{95 %} : 1,95 - 3,6 ; $p < 0,01$)

EFFICACITÉ & BONNE TOLÉRANCE SPÉCIFIQUES (*vs* PCB)

Fumeurs avec cardiopathies contrôlées⁴, BPCO faible ou modérée⁵,
infection VIH^{6,7}, antécédent de dépression sévère ou états dépressifs
contrôlés⁸

ESSAIS DE VARÉNICLINE EN ASSOCIATION (+ TNS⁹ ou bupropion^{10,11})

¹ Rennard S, *et al. Nicotine Tob Res* 2012;14:3:343-50.

² Gonzales D, *et al. Clin Pharmacol Ther* 2014;96:390-6.

³ Tonstad S, *et al. JAMA* 2006;64-7.

⁴ Rigotti NA, *et al. Circulation* 2010;12:221-9.

⁵ Tashkin DP, *et al. Chest* 2011;139:591-9.

⁶ Anthenelli RM, *et al. Ann Intern Med* 2013;159:390-400.

⁷ Mercié P, *et al. Lancet HIV* 2018;5:e126-e135.

⁸ Ferfetic AK, *et al. Nicotine Tob Res* 2013;15:247-54.

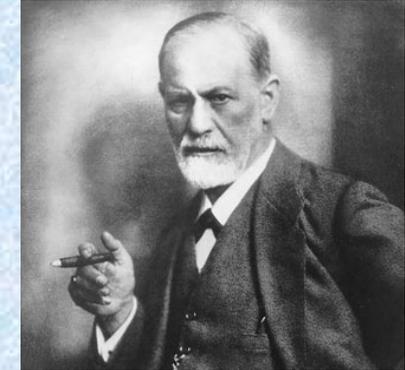
⁹ Koegeleberg CF, *et al. JAMA* 2014;312:155-161.

¹⁰ Ebbert JD, *et al. JAMA* 2014;311:155-163.

¹¹ Cinciripini P, *et al. Addiction* 2018 Apr 21;doi:10111/add.14250

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE DU CRAVING TABAGIQUE

Le craving se caractérise par le désir impérieux de consommer une drogue conditionné par l'envie d'en profiter sans délai. C'est une composante essentielle des addictions



Addiction aux substances Psycho-Actives = Perte de contrôle de leur usage
Syndr. de sevrage et craving : ++ S1 ; 50% tenace M6 ; 10% épisodique à M12
Addiction au tabac = perte de contrôle de l'usage du tabac (lors de l'arrêt)

OPTIONS THERAPEUTIQUES

- Médicaments d'aide à l'arrêt de 1^{ère} ligne (associations > monothérapies)
- Médicaments et modalités thérapeutiques du futur
- Association des thérapies comportementales et cognitives, activité physique, E-cig

Brousse G, et al. *Alcoologie Addictologie* 2014 ; 36 : 105-15

Samalin L, et al. *Revue Française de Psychiatrie et Psychologie Médicale* 2010 ; XVI : 38-43

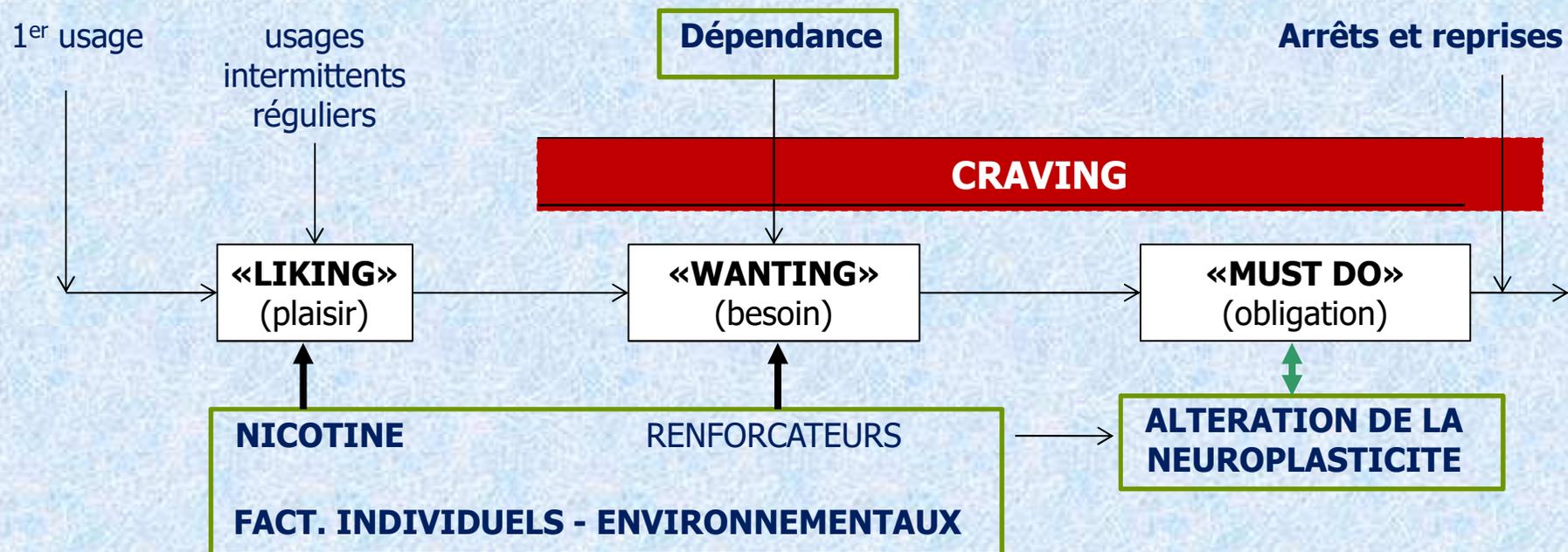
Hughes JR. *Nicotine Tob Res* 2010 ; 12 : 459-62

Dawkins L, et al. *Psychopharmacology* 2013 ; 227:377-84

Perriot J. *Science'Tab*, Lyon 2012

Haasova M, et al. *Addiction* 2013 ; 108:26-37

DEVELOPPEMENT DE L'ADDICTION AU TABAC ET CRAVING



QUATRE MODELES (vraisemblablement intégrés) :

- **conditionnement, cognitif, motivation**
- **neurobiologiques** :
 - . **reward-craving** (Dopa/opioïde)
 - . **relief-craving** (Gaba/Glu)
 - . **obsessive-craving** (5 HT)

Kreek MJ, et al. *Nature Reviews Drugs Discover* 2002 ; 1 : 710-26

Ekhtiari H, et al. *Neuroscience of drug craving for addiction medicine*, 2016

CRAVING : TRAITEMENT NON MEDICAMENTEUX (TNM)

THERAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES

- contrôle des situations déclenchantes et du craving¹
- méditation de pleine conscience (en être conscient, ne pas s'y accrocher)²

REMIEDIATION COGNITIVE

- Si déficit cognitif ou de l'attention³

EVEIL SPIRITUEL⁴

Atteindre une paix intérieure pour dépasser la conscience des symptômes associés à l'arrêt

THERAPIES « CRAVING CUE EXPOSITION »^{5,6}

ACTIVITE PHYSIQUE (aérobie/anaérobie ; intensité et durée variables)^{7,8}

DIVERS (smartphone^{9,10} , yoga¹¹, élastique, hypnose, etc.¹²)

1. Kober H, et al. *Drug Alcohol Dep* 2010 ; 2016:52-55
2. Flaudias V, et al. *PloS One* 2016;11:e0160940
3. de Souza IL, et al. *J Altern Complement Med* 2015 ; 21:121-40
4. Gonzales D, et al. *Nicotine Tob Res* 2007 ; 9:299-303
5. Park CB, et al. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2014 ; 17:262-7
6. Unrod M, et al. *Nicotine Tob Res* 2014 ; 16:306-15

7. Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2016 ; 33:431-43
8. Bernard P, et al. *J Dual Diagn* 2015 ; 11:205-11
9. Whittaker R, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2016 ; 4:CD006611
10. Watkins KL, et al. *Nicotine Tob Res* 2014 ; 16 suppl:S93-101
11. Bock BC, et al. *Comp Clin Trials* 2014 ; 38:321-32
12. Tahiri M, et al. *Am J Med* 2012 ; 125:576-84

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX (TM)

TRAITEMENT NICOTINIQUE SUBSTITUTIF (TNS)

TNS TD	Fortes posologies plus efficaces ¹ réponse aux stimuli inducteurs persiste
TNS FO	Formes les plus dosées, les plus efficaces (G=P) ² Spray buccal plus rapidement efficace ³ , les autres plus durablement ⁴
TNS TD + FO	Effets complémentaires (Synd. sevrage et craving) ⁵

1. Shiffman S, et al. *Psychopharmacology* 2006 ; 184:634-44
2. Shiffman S. *Clin Ther* 2008 ; 30:1401-75
3. Kraiczi H, et al. *Nicotine Tob Res* 2011 ; 13:1176-82
4. Hansson A, et al. *BMJ Open* 2012 ; 2(5)
5. Schneider NG, et al. *Hum Pharmacol* 2008 ; 23:513-7

BUPROPION

Efficacité dans le sevrage (peu d'études spécifiques sur craving)
Effet dose-réponse (craving tabac fumé)¹
Efficacité sur craving chez addicts au tabac non fumé²

1. Mooney ME, et al. *Expert Rev Neurother* 2006 ; 6:965-81
2. Dale LC, et al. *Drug Alcohol Dep* 2007 ; 90:56-63

VARENICLINE

Agoniste nAChR $\alpha 4\beta 2$. Efficacité sur le craving¹ supérieure au Bupropion²

1. Cahill K, et al. *Drug Saf* 2009 ; 32:119-35
2. 3. Gonzales D, et al. *JAMA* 2006 . 296/47-55
3. Hajek P, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 ; 8:CD003999 (↘ reprise)

	No.*	Least-Square Mean (SE)†	Comparison vs Placebo			Effect Size‡
			Difference (SE)	95% CI	P Value	
MNWS						
Varenicline						
Urge to smoke	341	1.11 (0.04)	-0.54 (0.06)	(-0.66 to -0.42)	<.001	-0.67
Negative affect	341	0.59 (0.03)	-0.19 (0.04)	(-0.27 to -0.11)	<.001	-0.30
Restlessness	340	0.70 (0.04)	-0.14 (0.05)	(-0.24 to -0.03)	<.01	-0.16
Increased appetite	341	1.04 (0.05)	0.12 (0.06)	(0.00 to 0.24)	.04	0.15
Insomnia	341	0.69 (0.04)	0.05 (0.05)	(-0.05 to 0.15)	.36	0.06
Bupropion SR						
Urge to smoke	318	1.41 (0.05)	-0.24 (0.06)	(-0.36 to -0.12)	<.001	-0.30
Negative affect	318	0.62 (0.03)	-0.16 (0.04)	(-0.25 to -0.08)	<.001	-0.25
Restlessness	317	0.74 (0.04)	-0.09 (0.05)	(-0.20 to 0.01)	.08	-0.10
Increased appetite	318	0.88 (0.05)	-0.04 (0.06)	(-0.16 to 0.08)	.56	-0.05
Insomnia	318	0.75 (0.04)	0.11 (0.05)	(0.00 to 0.21)	.048	0.13
Placebo						
Urge to smoke	337	1.65 (0.05)				
Negative affect	337	0.78 (0.03)				
Restlessness	337	0.84 (0.04)				
Increased appetite	336	0.92 (0.05)				
Insomnia	337	0.64 (0.04)				
OSU-brief Total Craving Score						
Varenicline	341	1.69 (0.05)	-0.45 (0.06)	(-0.57 to -0.32)	<.001	-0.33
Placebo	337	2.13 (0.05)				
Bupropion SR	318	1.92 (0.05)	-0.21 (0.07)	(-0.34 to -0.08)	.001	-0.15

Autres mécanismes d'action évoqués

- Wheelock MD, et al. *Front Pharmacol* 2014 ; 5:158 (**taux de GLU ; Cortex Cingulaire Antérieur**)
 Hartwell KJ, et al. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2013 ; 39:92-8 (↘ **craving, ↗ résistance cues**)
 Ravua P, et al. *Nicotine Tob Res* 2015 ; 17:106-13 (**Variation du craving/Varénicline plasma**)

AUTRES OPTIONS

TOPIRAMATE anti-épileptique, thymorégulateur (GLU- / GABA +)

Utilisé pour traiter le craving à l'alcool, cocaïne et autres SPA

Johnson BA, et al. *Arch Intern Med* 2005 ; 165:1600-5 (F. Alcool dep ; 25 à 200 mg/j)

Anthenelli RM, et al. *Addiction* 2008 ; 108:687-94 (Effet genre H>F ; 200 mg/j)

Oncken C, et al. *Nicotine Tob Res* 2014 ; 16:288 (Efficace seul ou associé à TNS)

BACLOFEN (GABA B+)

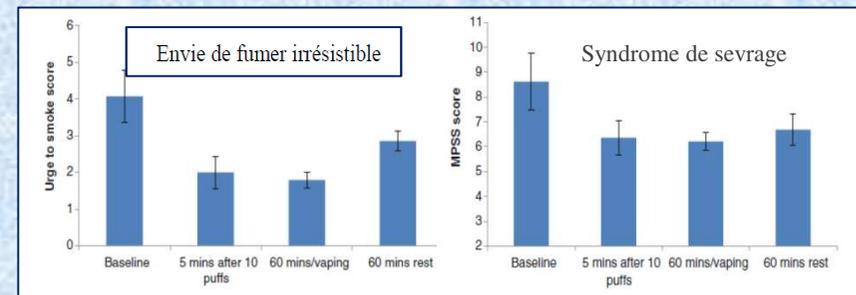
Franklin TR, et al. *Drug Alcohol Depend* 2009 ; 103-6

E-CIGARETTE

Effets sur le manque et le craving

Rôle de la nicotine et/ou du throat it ?

Dawkins L, et al. *Psychopharmacology* 2013 ; 227:377-84



STIMULATION ELECTRO-MAGNETIQUE TRANSCRANIENNE

Li X, et al. *Biol Psychiatry* 2013 ; 73:714-20

COMBINAISONS THERAPEUTIQUES (TNM + TM ; TM associés)

Ingersall KS, et al. *Subst Use Misuse* 2005 ; 40:1923-43 (TNS TD + FO)

Stead LF, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2016 ; 3:CD008286 (TCC + TM)

Hatsukami D, et al. *JAMA* 2014 ; 311:155-63 (Var. + Bup vs Var)

Koegelenberg CF, et al. *JAMA* 2014 ; 312:155-61 (Var + TNSTD vs Var)

THERAPIES COMPORTEMENTALE ET COGNITIVES

Intérêt dans l'aide à l'arrêt du tabac

Stead LF, et al. *Treating tobacco use and dependence*. 2008 update. US DHS

Efficacité dans le contrôle du craving

- Stead LF, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2015 ; 10CD009670 (TCC + médicaments)
- Kober H, et al. *Drug Alcohol Dep* 2010 ; 106 : 52-5 (stratégies cognitives)
- De Souza IC, et al. *J Altern Complement Med* 2015 ; 21 : 129-40

ACTIVITE PHYSIQUE

Rôle complémentaire dans l'aide à l'arrêt du tabac

- Ussher M, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 8:CD00295
- Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2015;32:1016-33

Efficacité dans le contrôle du craving

- Bernard P, et al. *Le courrier des addictions* 2014;16:14-15
- Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2016 ; 33 : 431-43
- Perriot J. Prendre en charge le craving. SFT Lille 2016 société-francaise-de-tabacologie.com/congres1.html



AUTRES MOYENS NON MEDICAMENTEUX

CONSEIL D'ARRET (CA)

OR = 1,75 (IC 95% : 1,48-2,05) M6 vs contrôle ¹

ENTRETIEN MOTIVATIONNEL ET TCC

Entretien motivationnel ²

OR = 1,26 (IC 95% : 1,16-1,36) M6 vs CA

TCC ³

OR = 2,3 (IC 95% : 2-2,7) M6 vs contrôle

SOUTIEN A DISTANCE (internet) ⁴

RR = 1,6 (IC 95% : 1,15-2,21) M6 vs contrôle

SOUTIEN PAR LES PAIRS ⁵ / «FINANCIER»⁶

E-CIGARETTE ^{7,8}

THERAPIES NON CONVENTIONNELLES

Acupuncture: OR = 1,10 (IC 95% : 0,85-1,40) M6 ⁹

Hypnose: OR = 4,55 (OR 95% : 0,98-21,01) M6 ¹⁰



La Lettre de La SFT
n°98 décembre 2018
« Les thérapies non
conventionnelles de
sevrage tabagique »

1 Lancaster T, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;8:CD000165

2 Lindson-Hawley N, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;3:CD006936

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

4 Graham AL, et al. *Subst Abuse Rehabil* 2016;7:56-69

5 Tracy K, et al. *Subst Abuse Rehabil* 2016;7:143-54

6 Giles EL, et al. *PLoS One* 2014;9:e90347

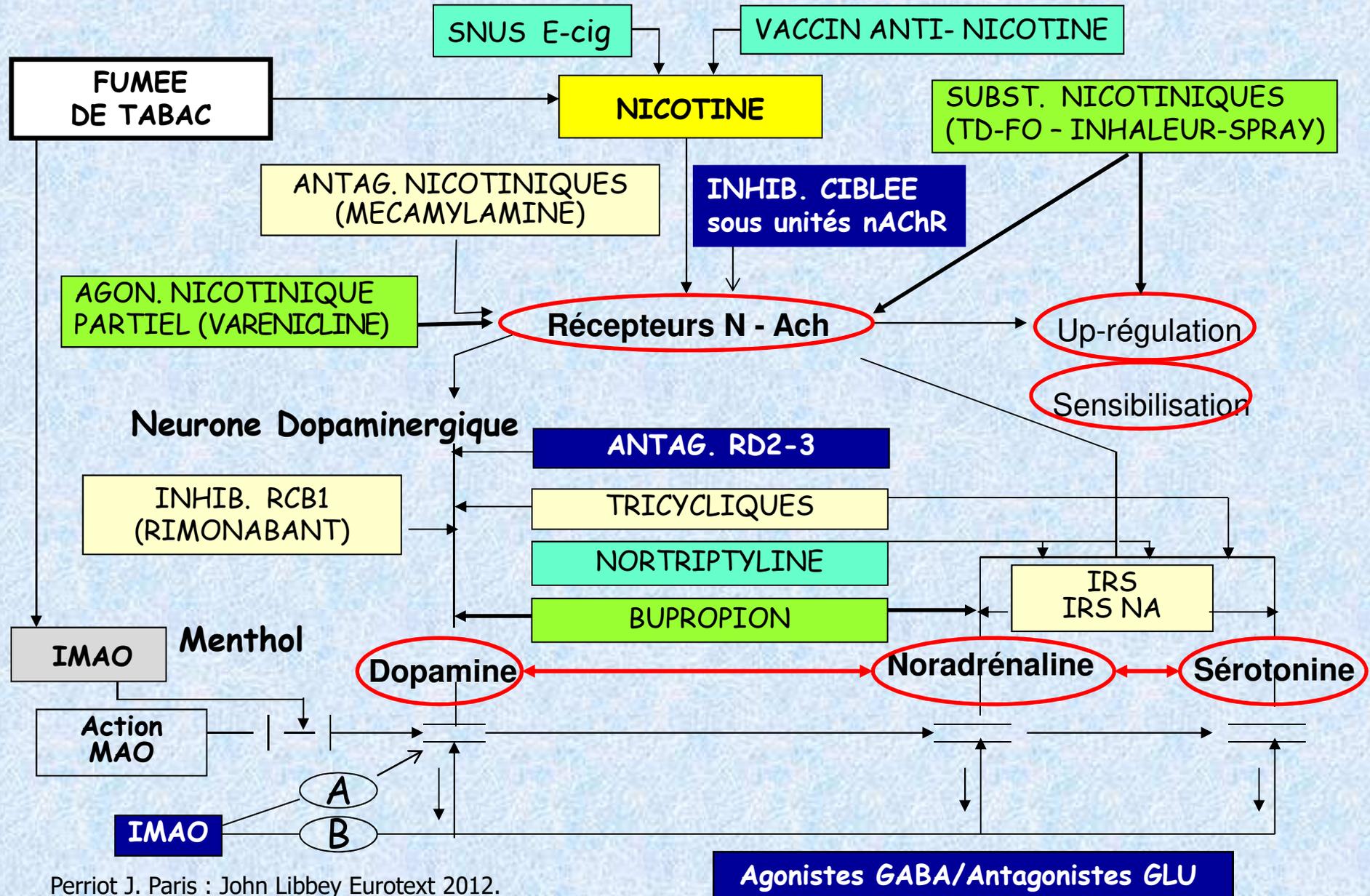
7 McRobbie H, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;12:CD010216

8 Knight-West O, et al. *Subst Abuse Rehabil* 2016;7:111-8

9 White AR, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;1:CD000009

10 Tahiri M, et al. *Am J Med* 2012;125: 576-84

SYNTHESE



Perriot J. Paris : John Libbey Eurotext 2012.
 Bartsch P. *Alcool Addictol* 2013 ; 32 : 137-44

PAS DE REDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES

« il n'est pas démontré que la réduction de la consommation chronique du tabac est associée à une réduction du risque de mortalité par rapport au maintien de la consommation »¹

Référence: pas de réduction	Risque relatif	IC 95%
Mortalité toute cause	0.92	0.85–1.01
Risque cardiovasculaire	0.93	0.84–1.03
Cancer du poumon	0.81	0.74-0.88
Cancer lié au tabac	0.95	0.88-1.02

Meta-analyse (14 études; suivi 5 à 17 ans) ;
comparaison Réducteurs (consommation <50%) vs Fumeurs²

¹ Berlin I. *Alcoologie et Addictologie* 2017; 39:107S - 111S

² Lee PN. *Regul Toxicol Pharmacol* 2013 ; 372 - 81

PREMIERE SOLUTION : LE TNS

BMJ

RESEARCH

School of Health and Population
Sciences, University of
Birmingham, Edgbaston,
Birmingham B15 2TT

Correspondence to: D Moore
dj.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

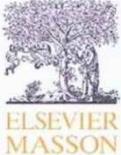
TNS (TD et/ou FO) vs PCB Arrêt OR=2,06 (IC 95% : 1,34–3,15)

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

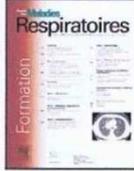
www.fda.gov/Drugs/NewsEvents/ucm221185htm

DEUXIEME SOLUTION : SMOKELESS TOBACCO (SNUS)



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



REVUE GÉNÉRALE
Tabac non fumé
Smokeless tobacco

M. Underner^{a,*}, J. Perriot^b

^a Service de pneumologie, unité de tabacologie, pavillon René-Beauchant, CHU La-Milétrie, BP 577, 2, rue Milétrie, 86021 Poitiers cedex, France
^b Dispensaire Émile-Roux, 11, rue Vauconson, 63003 Clermont-Ferrand, France

Reçu le 3 novembre 2010 ; accepté le 18 mars 2011
Disponible sur Internet le 1^{er} octobre 2011

Rev Mal Respir 2011; 28(8) : 978-84.

Berlin I, Mathern G. Connaissances actuelles des effets pour la santé du tabac oral avec attention particulière pour le Snus suédois. Rapport de la SFT pour la DGS. 1^{er} février 2008

- N'induit pas de cancer bronchique ni de BPCO
- Mais responsable de maladies et de morts
 - Mortalité globale
OR:1,17(IC95%: 1,11-1,23)
OR:1,18 (IC95%:1,08-1,29)
 - Cardiovasculaire
RR=1,28 (IC95%:1,06-1,55)
 - Cancer du pancréas
RR=1,67 (IC95%:1,12-2,50)
 - Path. gravidiques et mortalité périnatale
- Addictif (sevrage difficile)

TROISIEME SOLUTION : LA CIGARETTE ELECTRONIQUE

Mc Robbie H, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 ; 12 : CD010216

Aide à l'arrêt vs PCB (long terme ; 2 études ; faible niveau de preuve)

Peu ou pas de différence vs TNS TD (1 étude ; faible significativité)

Aide à la réduction de la consommation vs PCB et TNS TD

Utilisation à court terme : pas de risque pour la santé signalés

McNeill A, et al. E-cigarettes : an evidence update : A report commissioned by Public Health England, August 2015 : 2015260

Aide à la réduction (abandon fréquent de la e-cig)

Toxicité e-liq très inférieure (95%) à la fumée de cigarette

Toxicité sur poumon humain non démontrée

Haut Conseil de la Santé Publique : avis relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique ou e-cigarette étendus en population générale, 22 février 2016

Peu aider arrêt ou réduction fumeur motivé à son utilisation

SYNTHESE : CE QU'IL FAUT RETENIR

UNE EVALUATION INITIALE EFFICACE (exhaustivité relative)

- créer l'alliance, définir la motivation et les souhaits du patients
- connaître dépendance et craving, TAD, comorbidités
- évaluer les difficultés de la prise en charge (pronostic)
- expliquer la prise en charge (arrêt ou réduction (+TNS))

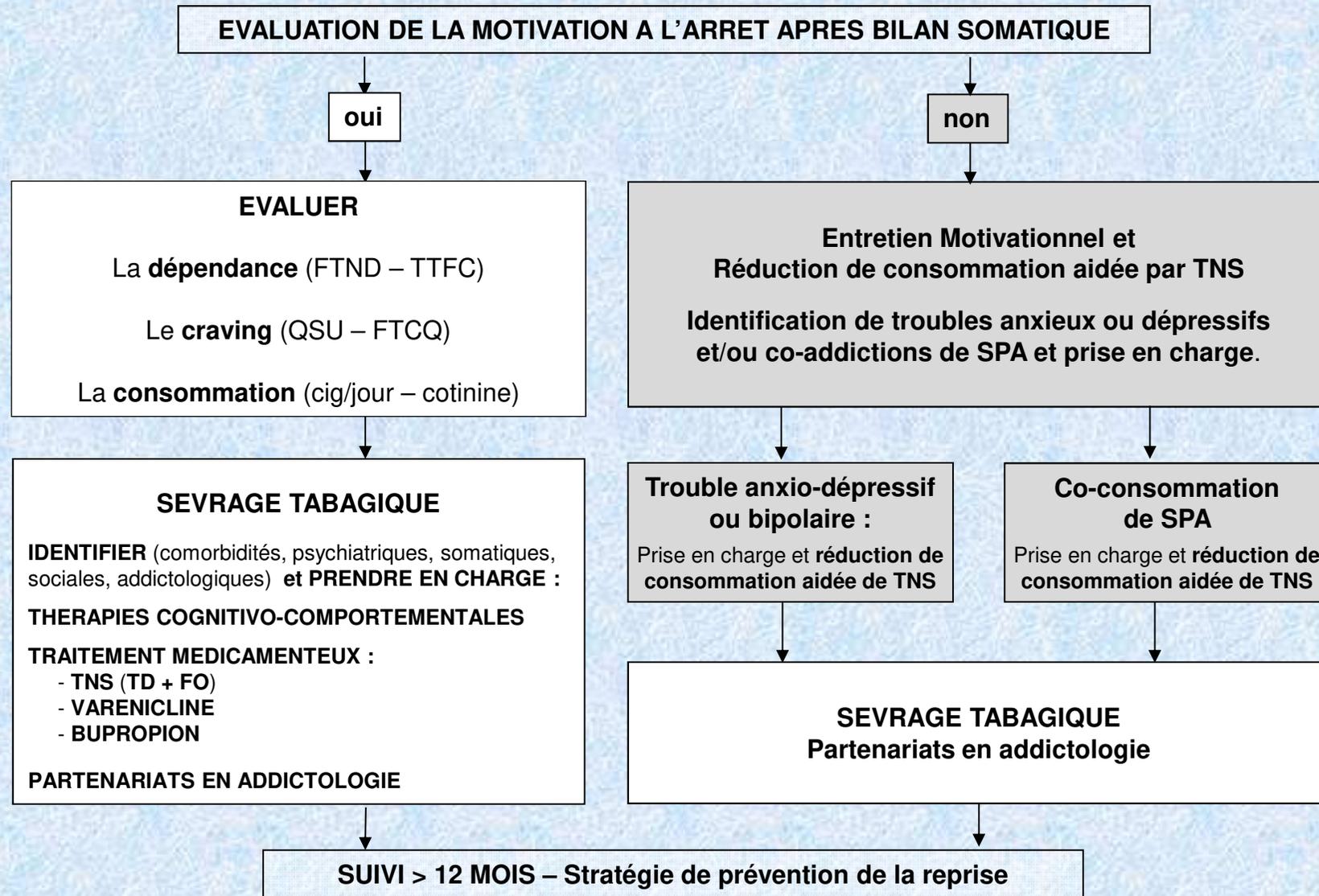
CONSULTATIONS COURTES & RYTHMEES (30mn; 2Cs>1 longue; patient vient avec questionnaires remplis)

DECISIONS THERAPEUTIQUES PRISES

- Prendre en compte préférences du patient mais respecter du protocole choisi (commun accord)
- Arrêt: 1^{er} mois décisif (50% des échecs); réduction +Tt d'aide et TCC : pragmatique (objectif l'arrêt); PEC des comorbidités

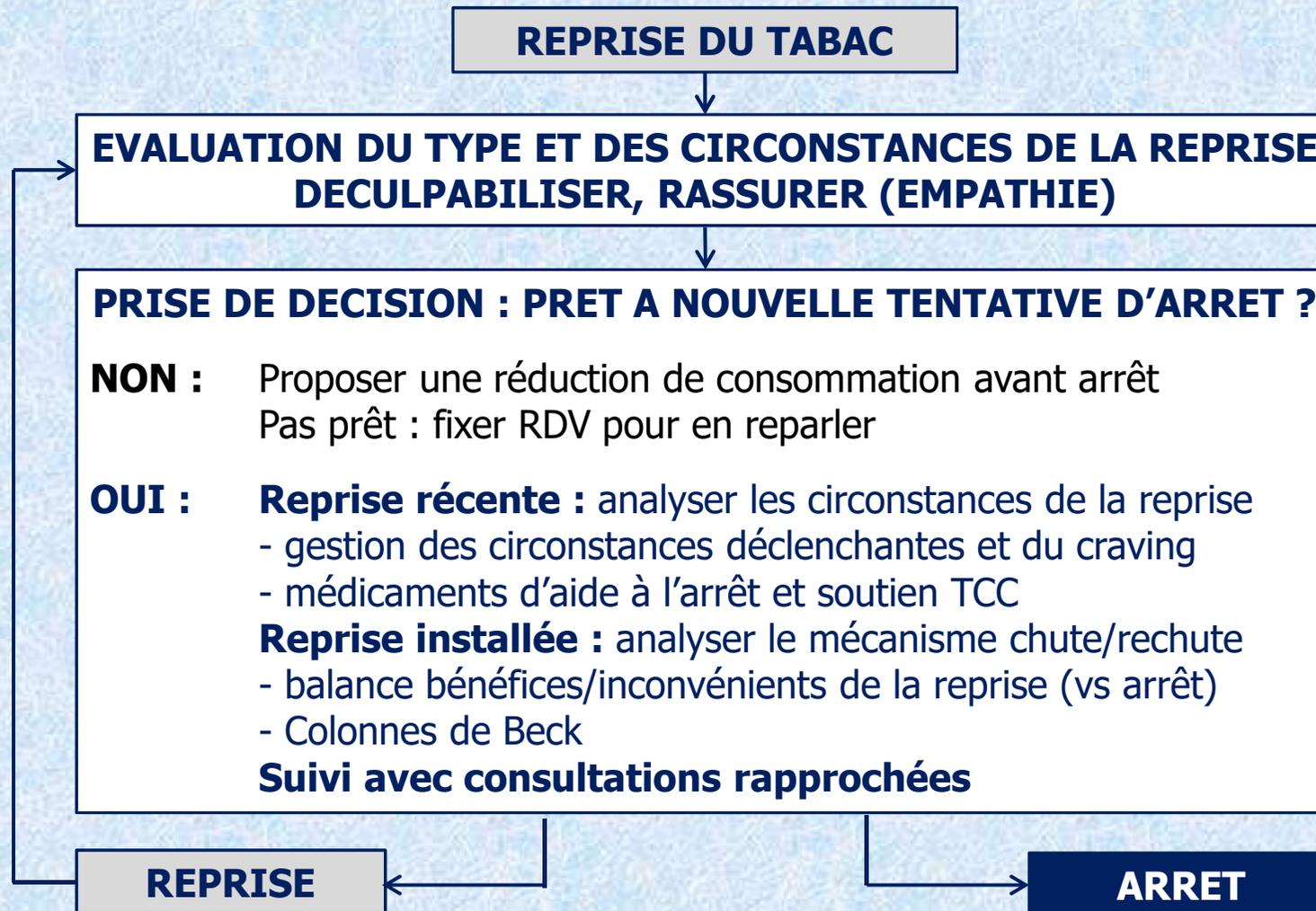
DES CONSULTATIONS EFFICACES

- Empathie, registre motivationnel (4R), Pb et difficultés résolues
- « temps utile » et suivi régulier de durée >6 mois (12 mois)
- Médicaments : la bonne dose (éviter sous dosage et arrêt trop précoce) et prévention de la reprise (craving)
- Partenariats dans le suivi



ECHECS (++) : STRATEGIE DE REDUCTION DE RISQUE PERSONNALISEE

INTERVENTION FACE A UNE REPRISE APRES ARRET



DES POPULATIONS SPECIFIQUES

Fumeurs avec comorbidités psychiatriques

- SCZ, Tr. BP Consommations et mortalité (tabac) élevées.
Motivation à l'arrêt du tabac fréquente.
SCZ : TNS + antipsy atyp ; BP ; Varénicline.
- Tr Dépressifs Prise en charge : idem aux fumeurs sans TD

Femmes enceintes

Toxicité du Tabac ! Efficacité du TNS si observance
CI de Bupropion et Varéniciline

Adolescents

Pas d'efficacité démontrée des Pharmacothérapies
Pas de recommandations (mais en pratique TNS)

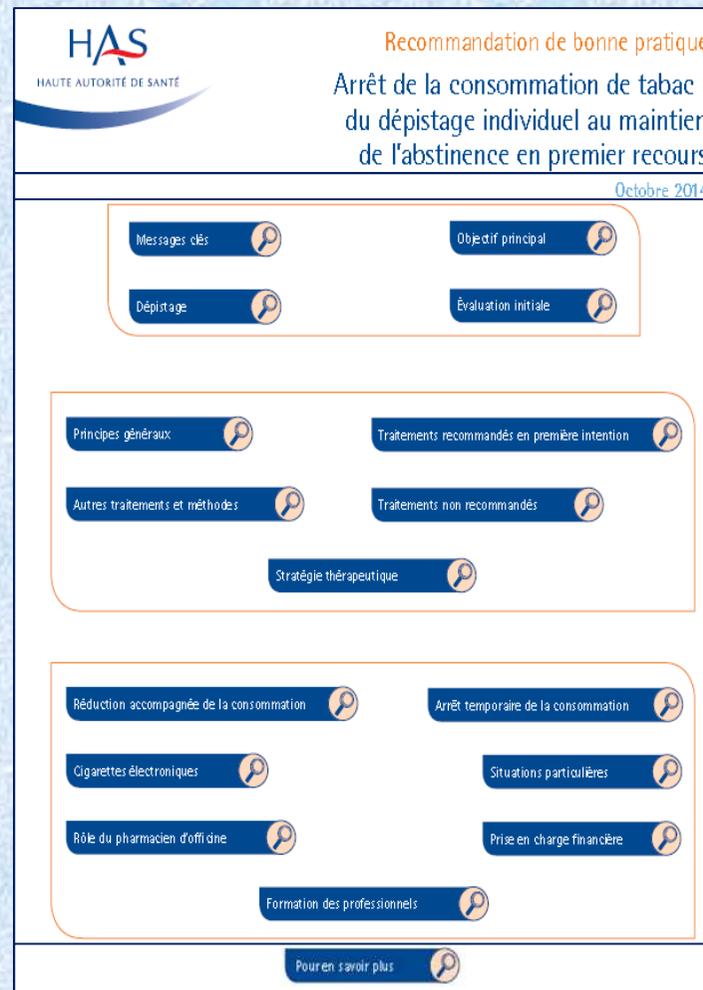
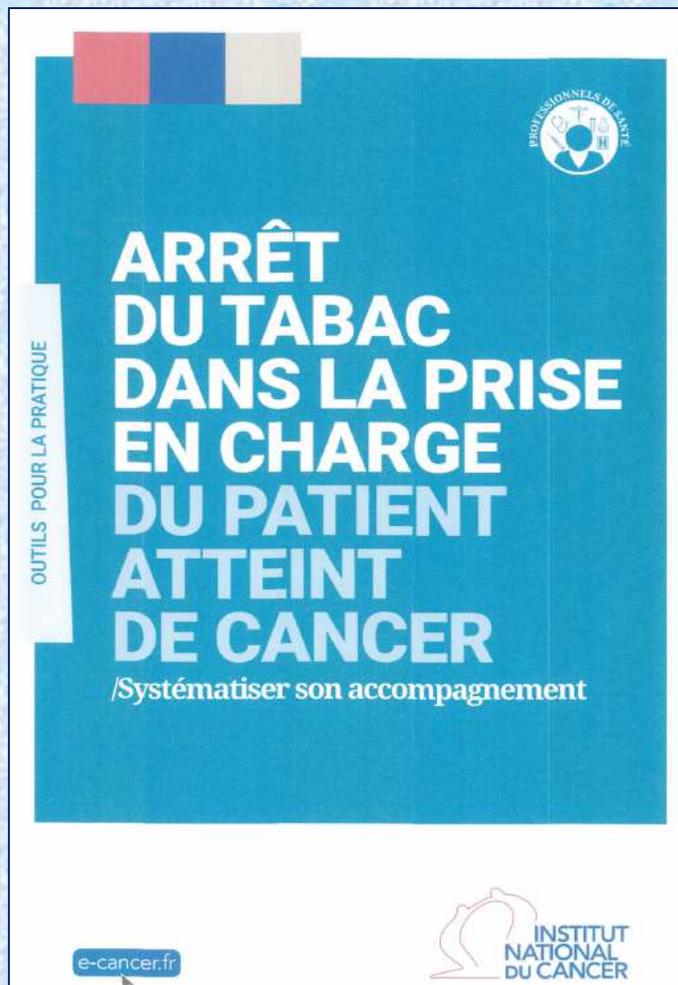
PREVENTION DE LA REPRISE

- Intérêt des médicaments (TNS, Bupropion, Varénicline)
- Traitement prolongé et contrôle du craving (++)

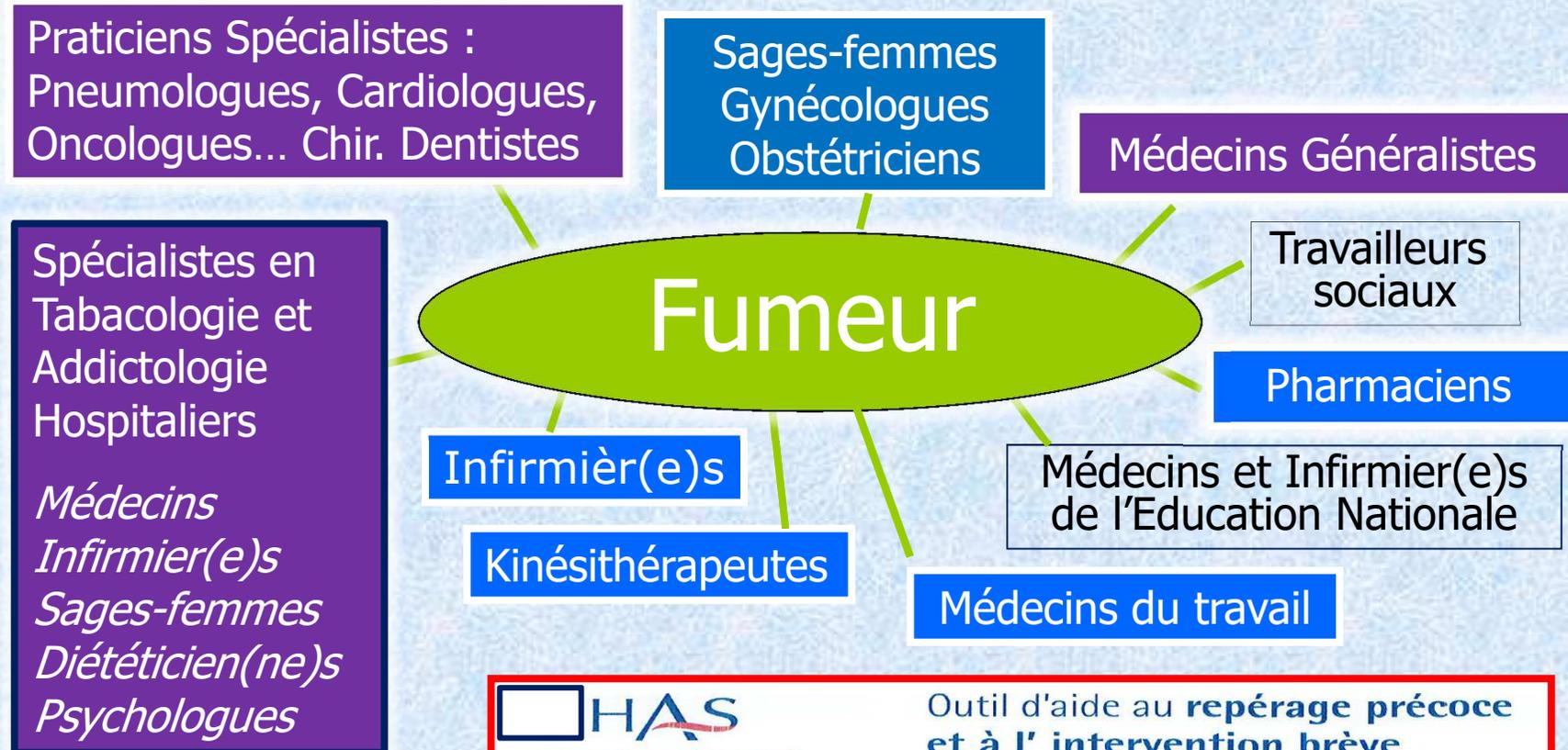
CONCLUSION

- Efficacité des pharmacothérapies (1^{ère} et 2^{ème} lignes)
- Besoin de médicaments nouveaux (arrêt, maintien)

DES GUIDES D'INTERVENTION POUR LES PRATICIENS



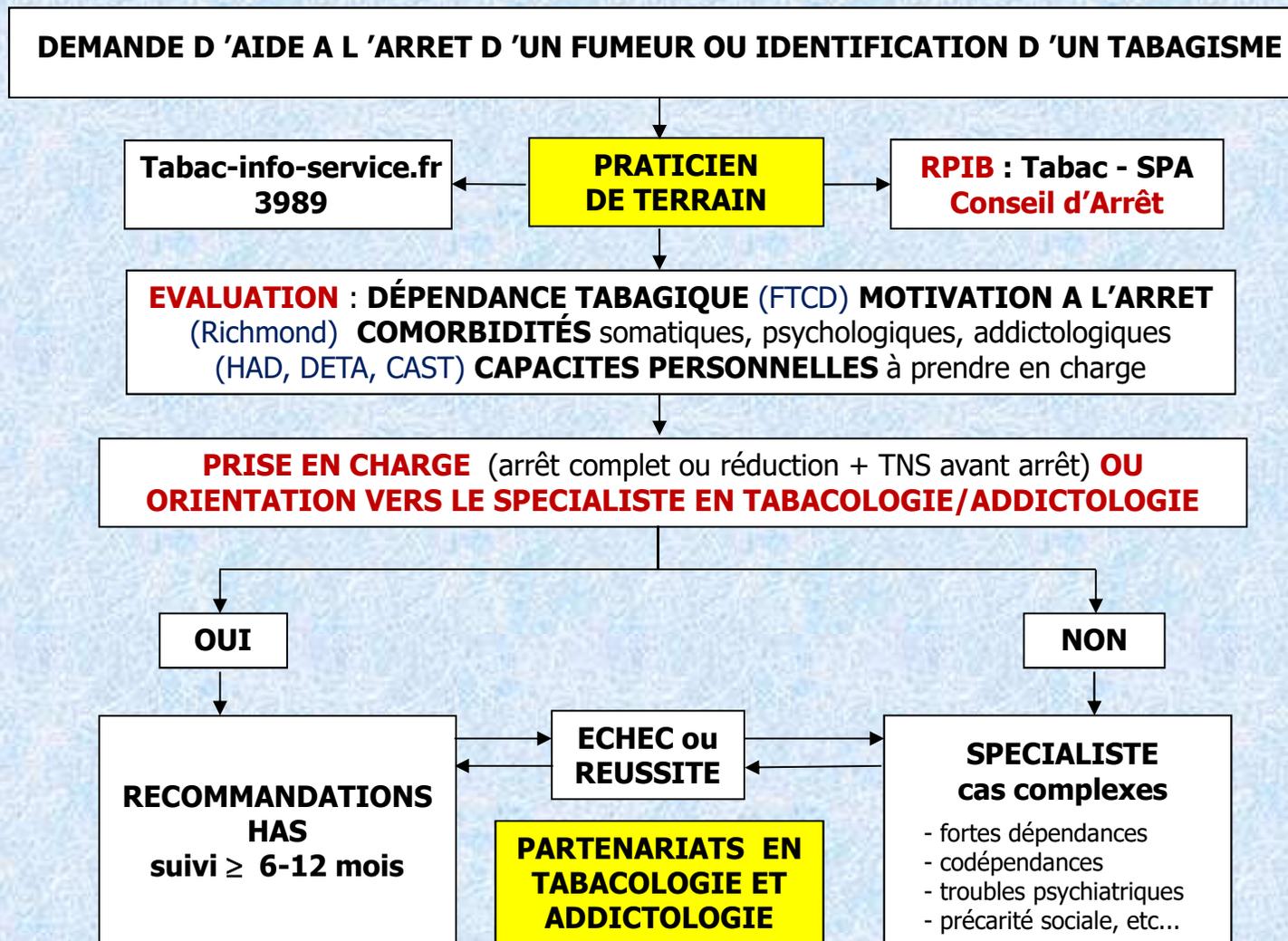
PARTENARIAT ENTRE LES PROFESSIONNELS DANS LE CONSEIL ET L'AIDE A L'ARRET DU TABAC DES FUMEURS



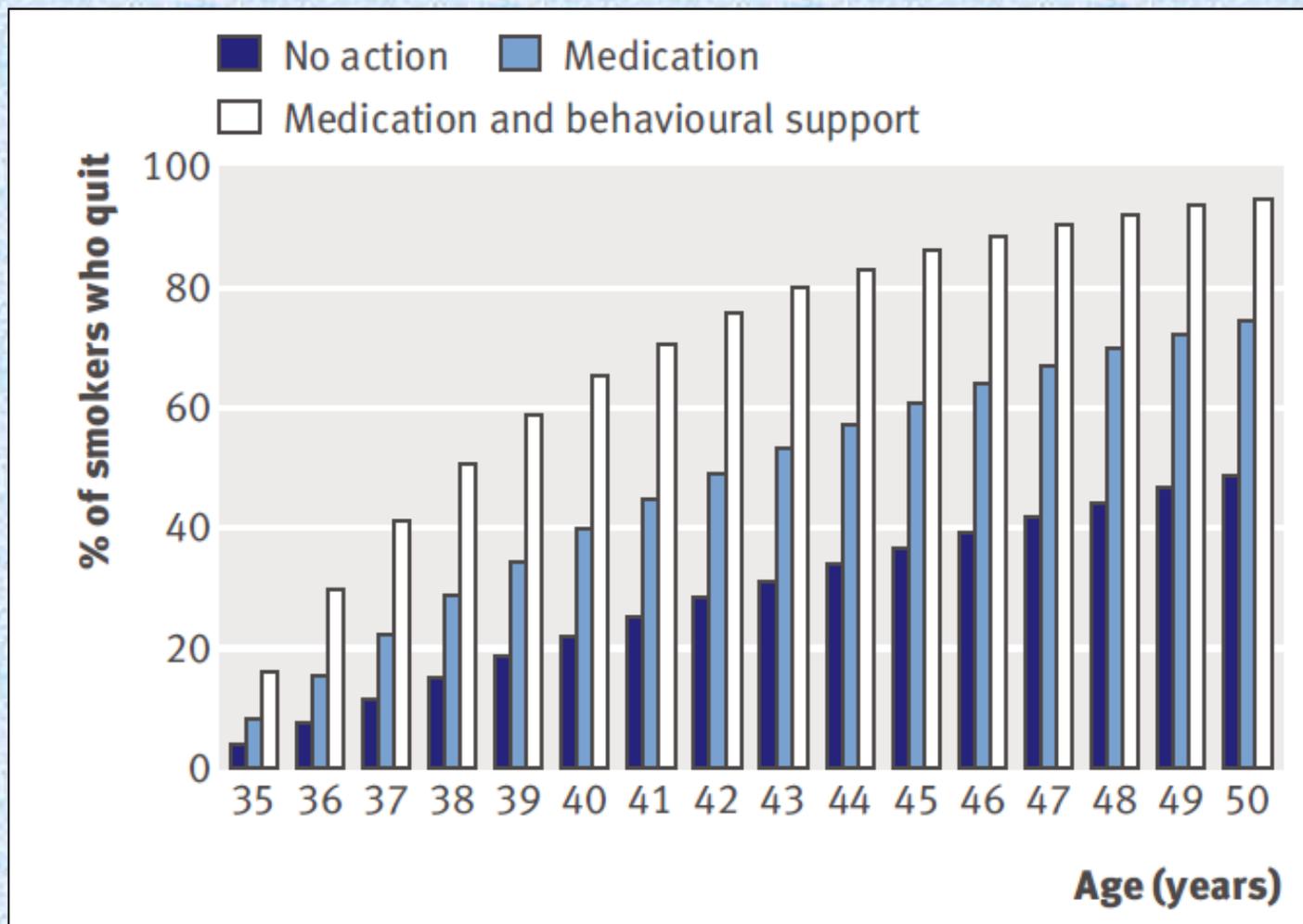
Outil d'aide au **repérage précoce**
et à l' intervention brève
ALCOOL, CANNABIS, TABAC CHEZ L'ADULTE

*Alcool, tabac et cannabis sont les 3 substances psychoactives les plus consommées en France.
 Le repérage précoce accompagné d'une intervention brève constitue une réponse individuelle à des consommations à risque de dommages physiques, psychiques ou sociaux.*

COOPERATION ENTRE « GENERALISTES » ET SPECIALISTES



OPTIMISER LA TENTATIVE D'ARRET



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

CONCLUSION

Tabagisme : problème de Santé publique planétaire

Tabac : substance très addictive (addiction mal connue)

Efficacité des traitements disponibles mais besoin de médicaments nouveaux

Combiner traitements médicamenteux et thérapies non médicamenteuses

Pas de réduction des risques et des dommages par la réduction de la consommation (aidée par TNS et accompagnée par un professionnel elle peut préparer l'arrêt complet)

L'e-cig en usage exclusif moins toxique à court terme que le tabac possible aide chez le fumeur motivé à l'utiliser pour l'arrêt (pas de vapofumage)

Assurer une prise en charge globale, personnalisée et protocolisée

« Traitement substitutif... le médicament est celui qui le donne »

M. Auriacombe (Le Courrier des addictions, 2002)

CAS CLINIQUES

CAS CLINIQUE 1

Un jeune homme de 16 ans vous demande de l'aide pour arrêter de fumer. Il est accompagné par ses parents qui s'inquiètent de le voir tousser, lui qui "ne fumait pas mais faisait du sport avant... et qui fume trop, désormais".

Il a commencé à fumer il y a 2 ans et fume maintenant 5 à 7 cigarettes chaque jour, parfois plus à l'occasion des "3^{ème} mi-temps du rugby"...Son tabagisme cumulé est de 1 PA, il n'a jamais tenté de s'arrêter.

Le bilan initial a montré :

- Indice de FAGERSTROM : **2 (/10)**
- Indice de RICHMOND : **4 (/10)**
- Indice HAD versant dépression : **6** ; versant anxiété : **10**
- Il a fumé depuis le réveil 3 cigarettes ; il est 11 h. COE : 20 ppm

Evaluez le niveau de dépendance et de motivation ainsi que le pronostic de la tentative à cet instant du bilan initial. Attitude induite ?

Vous manque-t-il des données ☞annabis-Alcool ; Bien-être ; motivation et confiance en soi ; balance décisionnelle ; antécédents respiratoires...

CAS CLINIQUE 2

Une femme de 40 ans, professeur d'anglais préparant le concours de l'agrégation (l'écrit a lieu dans moins de 3 mois) vous demande de l'aide dans sa 1ère tentative d'arrêt de son tabagisme.

Elle veut cesser de fumer car elle sent que fumer la rend nerveuse, la gêne pour s'endormir et la fait tousser. Son sommeil est morcellé, non réparateur.

Actuellement, elle fume 25 cigarettes/jour.

Elle a commencé à fumer à l'âge 18 ans (dose cumulée 14 PA)

Elle a fumé ce jour 10 cigarettes (la dernière il y a 30 mn) ; il est 11 h ; CO expiré : 45 ppm

Le bilan initial a montré :

- Indice de FAGERSTROM : **7 (/10)** TTFC : 5 mn
- Indice de RICHMOND : **8 (/10)** FTCQ : 50
- Indice HAD versant dépression : 6 ; versant anxiété : **12**

Evaluez le niveau de dépendance et de motivation ainsi que le pronostic de la tentative à cet instant du bilan initial. Attitude induite ?

Vous manque-t-il des données ? Cannabis-Alcool ; Antécédents psychiatriques ; motivation et confiance en soi ; balance décisionnelle, clinique cardio-respiratoire...