

PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE TABAGIQUE : THEORIE ET PRATIQUE ; LES MEDICAMENTS D'AIDE A L'ARRET DU TABAC

Docteur Jean PERRIOT

Dispensaire Emile Roux
Clermont-Ferrand

perriotjean@gmailcom



**DIU de Tabacologie
Clermont-Ferrand – Mars 2021**

INTRODUCTION

« Le tabagisme constitue un comportement de dépendance et une maladie chronique d'évolution émaillée de rechutes avec issue fatale 2 fois sur 3 »¹

FAITS

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.

OBJECTIFS

Efficacité, rentabilité et complémentarité des stratégies (médicamenteuses et non médicamenteuses) d'aide à l'arrêt du tabac.

Actualités de **l'aide à l'arrêt du tabac** et de la **réduction de la consommation** de tabac dans la prise en charge du sevrage tabagique des fumeurs difficiles («*Hard-core smokers*») et dans une approche intégrée

« *The Tobacco Endgame : Is it possible ?* »²

1 Aubin HJ, et al. *Rev Prat* 2012; 62: 347-53.

2 Novotny TE. *PLOS Medicine* May 29, 2015

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

ACCOMPAGNEMENT DU SEVRAGE TABAGIQUE

STRATEGIE DE REDUCTION DES RISQUES

POUR LA PRATIQUE QUE RETENIR ?

CONCLUSION

CAS CLINIQUES

RAPPELS SUR LA DEPENDANCE AU TABAC

**EQUIPEMENT NEUROBIOLOGIQUE
+ GENETIQUE + ENVIRONNEMENT**



Mutations sur *CHRNA7* codant $\alpha 7nAChR$
Troubles attentionnels associés (SCZ/SPA)

Nicotine 95%
Autres alcaloïdes 5%

TABAC

INITIATION

EFFETS AVERSIFS
évitement

RENFORCEMENT

EFFETS NEUTRES

Positif
Négatif

CONSOMMATION

DEPENDANCE

Perte de contrôle
et craving
Automatisation du
comportement

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

Niveaux éducatif, socioéconomique
Entourage fumeur
Consommation d'alcool, SPA et café
Age de début du tabagisme régulier
Motivation à l'arrêt
Consommation quotidienne
Délai entre réveil et 1^{ère} cigarette
Intensité de craving

**Echec initial
du sevrage**

**Reprise après
arrêt initial**

Psycho-comportementale
Pharmacologique - tolérance

Sensibilisation comportementale
Altération de la neuroplasticité
Troubles anxio-dépressifs induits

Perriot J, et al. *Rev Mal Respir* 2012;29 :448-61.
Zhang X, et al. *Frontiers in Genetics* 2019;10:7p.
Tseng TS, et al. *PLoS One* 2014; 9: e107268.
Benowitz NL. *N Engl J Med* 2010;362:2295-303.
Santoro A, et al. *Recent Pat Anticancer Drug Discover* 2019;14:39-52.

DEPENDANCE AU TABAC ET NICOTINE

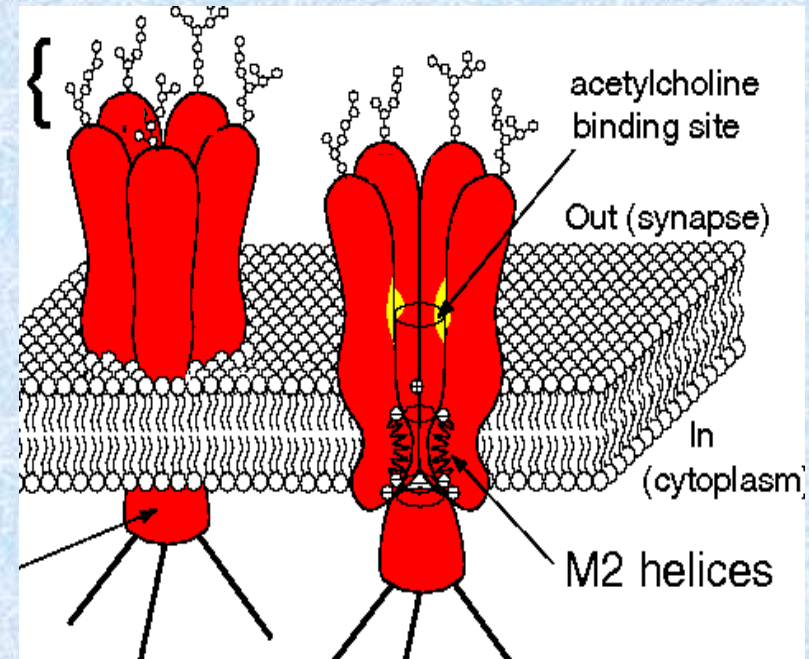
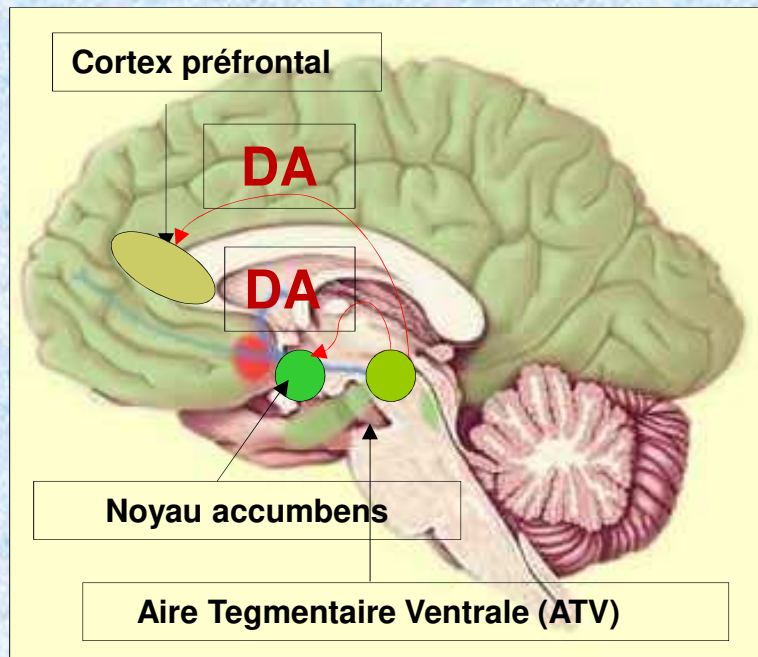
La nicotine active le système de récompense du cerveau (Dopamine) en se fixant sur les récepteurs nicotiniques (nAChR)



The nicotinic acetylcholine receptor: a typical 'allosteric machine'

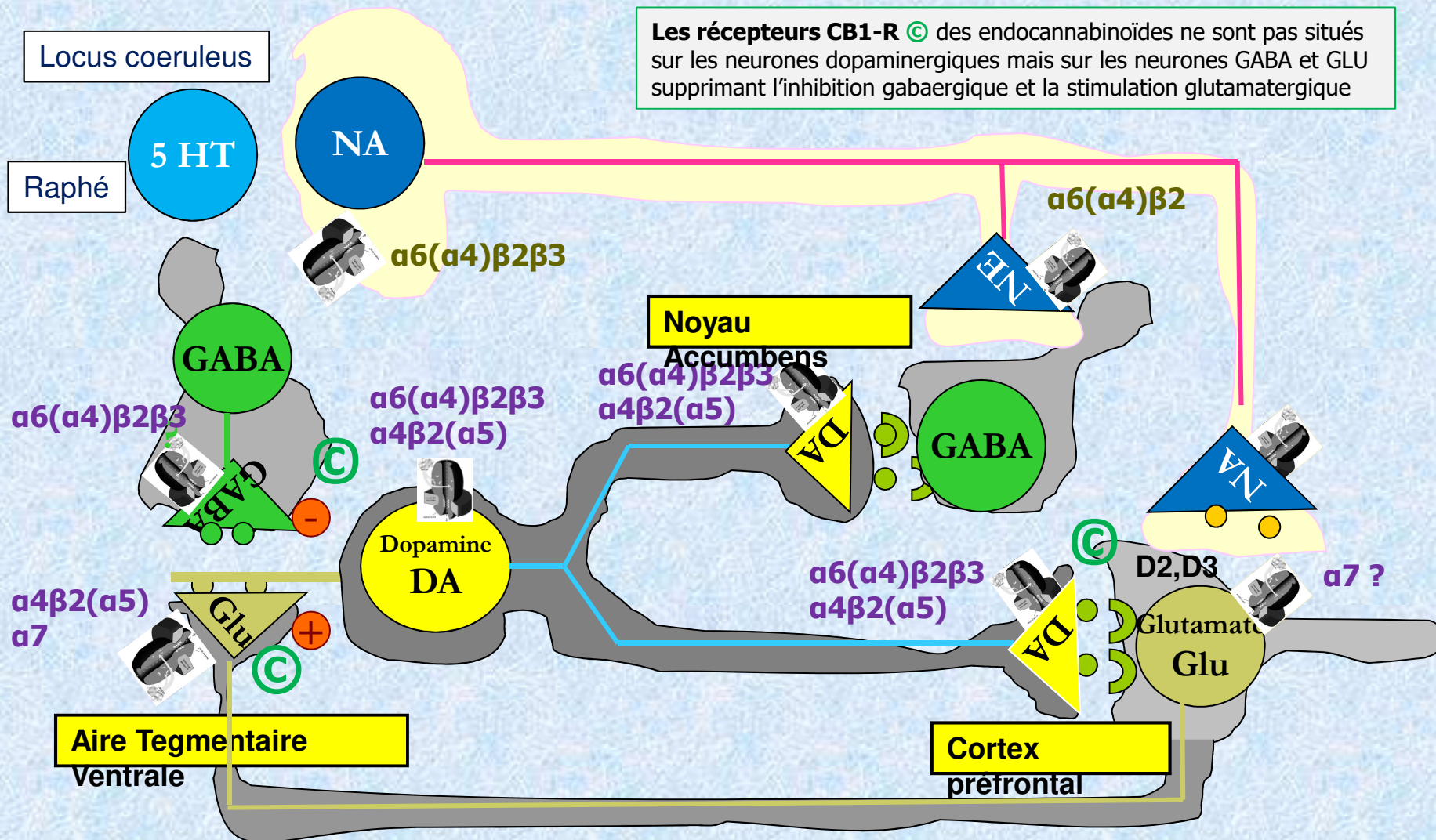
Jean-Pierre Changeux^{1,2}

Phil. Trans. R. Soc. Lond B Biol. Sci., 2018



nAChR : 5 sous-unités

SYSTEME HEDONIQUE & nAChR



Les récepteurs CB1-R \odot des endocannabinoïdes ne sont pas situés sur les neurones dopaminergiques mais sur les neurones GABA et GLU supprimant l'inhibition gabaergique et la stimulation glutamatergique

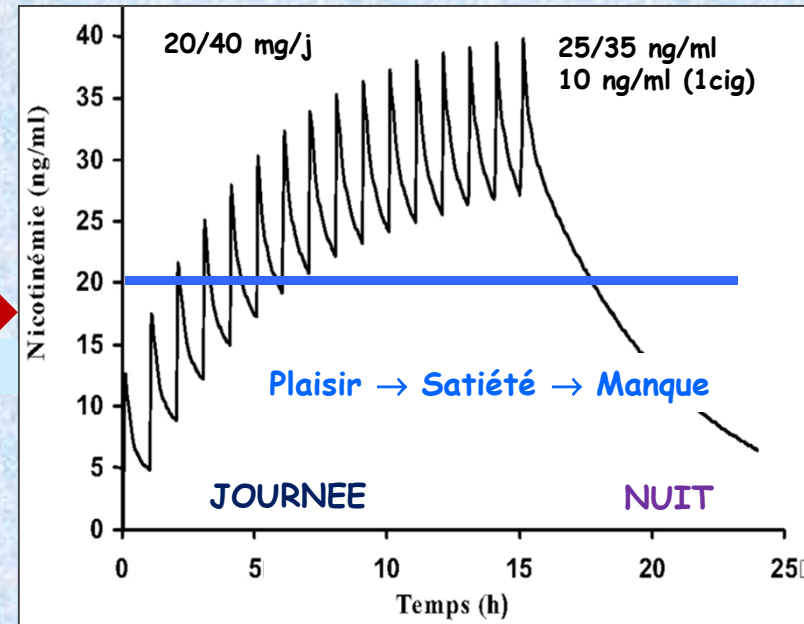
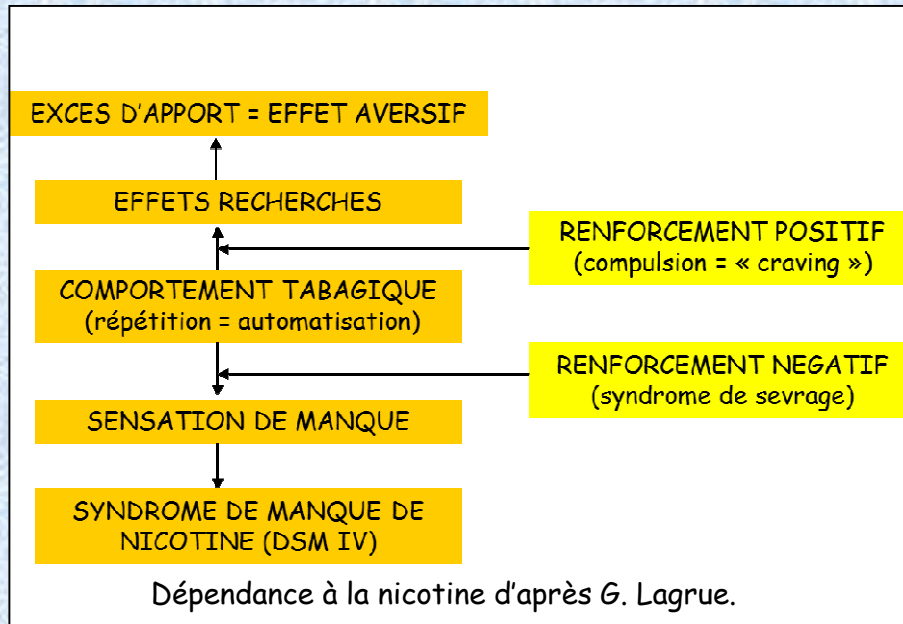
Aire Tegmentaire
Ventrale

Cortex
prefrontal

Tabac. Comprendre la dépendance pour agir. INSERM, 2004.
 Berlin I. La lettre du Pneumologue .2008; XI;:8488.
 Benowitz NL. *N Engl J Med* 2010 ; 362 : 2295-303.
 Faure P, et al. In « *Traité d'Addictologie* » M Reynaud , et al. Paris; Editions Lavoisier, 2016.

DA : dopamine ; NA : noradrénaline ;
 GABA : acide gamma amino-butyrrique;
 Glu : glutamate

DEPENDANCE & APPORT JOURNALIER DE NICOTINE



Demi-vie plasmatique de la nicotine : courte et variable selon les sujets de **1h à 4h**

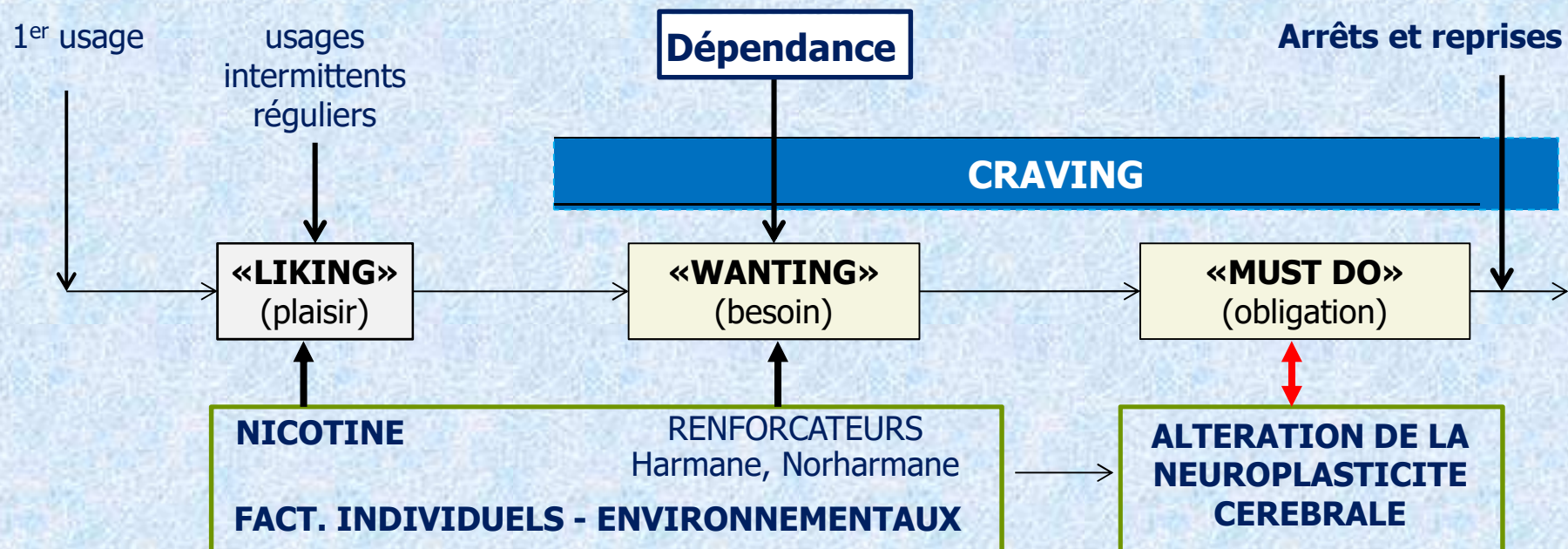
Métabolisme par *CYP 2A6*

- **Métaboliseurs rapides** : **TTFC court**, consommation et exposition plus importante, risque de pathologie liée au tabac augmenté.
- **Métaboliseurs lents** : **TTFC plus long**, moindre consommation et exposition à la fumée risque de pathologie liée au tabac plus réduite.

Tabac : comprendre la dépendance pour agir. Inserm, 2004

Berlin I. in « *Traité d'addictologie* », M Reynaud et, al. Paris: Editions Lavoisier, 2016.

DEVELOPPEMENT DE L'ADDICTION AU TABAC



18 Modèles de craving en 4 catégories :

- **Conditionnement** (4)
- **Cognitif** (4)
- **Motivation** (3)
- **Psychobiologique** (7) dont Verheul R, et al. (*reward craving*) (Dopa/opioïde), *relief-craving* (Gaba/Glu), *obsessive-craving* (5 HT)

Kreek MJ, et al. *Nat Rev DrugsDiscover* 2002 ; 1 : 710-26.

Ekhtiari H, et al. *Prog Brain Res* 2016; 223:115-41

Skinner MD, et al. *Neurosci Biobehav Rev* 2010;34::606-23.

ACCOMPAGNEMENT DU SEVRAGE TABAGIQUE

APRÈS ÉVALUATION DU PATIENT ET DE SON TABAGISME

LA PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE TABAGIQUE REALISE

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 EI de l'arrêt)

Dans les faits cette succession est plus fluide et intriquée

Compensation simultanée des dépendances psychologiques, comportementales et pharmacologiques.

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

1 - EVALUATION INITIALE DE LA SITUATION

POSITION DANS LA PRISE EN CHARGE

- 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)
- Relation fumeur-soignant (registre motivationnel)



ELEMENTS DU BILAN

SITUATION PERSONNELLE DU FUMEUR

Base de la prise en charge personnalisée et élément du 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)

Les 11 questions du score Epices

N° Questions	Oui	Non
1 Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2 Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3 Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4 Êtes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5 Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...)?	14,80	0
6 Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7 Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8 Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9 Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	-9,47	0
10 En cas de difficultés, il y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47	0
11 En cas de difficultés, il y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
Constante	75,14	

Calcul du score : chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

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, R-DC toutes causes X1,6 H et X 1,5 F, R-accident coronarien non léthal X2 (F suivi 6 ans)

Consommation > 10 C/J : R-DC précoce + 50%

R-DC cancer bronchique : durée d'exposition – année (x20) > consommation/J (x2)

- **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)

- **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

TEST DE DEPENDANCE A LA CIGARETTE (FTCD)

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 ? (*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.

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 :

- presque 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
- presque 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 (Alcool > tabac)

- **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 »)
- « **Delay Discounting** »

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

MINNESOTA WITHDRAWAL NICOTINE SCALE

Veillez indiquer ce que vous avez ressenti dans les 24 dernières heures en cochant dans la case correspondante chaque symptôme listé ci-dessous.

	Non présent	Léger	Modeste	Modéré	Sévère
1. En colère, irritable, frustrée	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2. Anxieuse, nerveuse	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3. Humeur dépressive, tristesse	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4. Envie de fumer	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5. Difficulté de concentration	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
6. Appétit augmenté, faim ou prise de poids	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7. Insomnie, problèmes de sommeil, réveils la nuit	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
8. Fébrilité (difficulté à rester en place, rester assise, debout ou même allongée)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
9. Impatience	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10. Constipation	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
11. Vertiges	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
12. Toux	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
13. Cauchemars	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
14. Nausées	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
15. Douleur à la gorge	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Hughes J, et al. *Tob Control* 1998; 7:92-3.

(Hughes & Hatsukami 1986 et mise à jour 2014 :

http://www.uvm.edu/~hbol/minnesota/minnesota/2012/Self_2012.pdf)

FRENCH TOBACCO CRAVING QUESTIONNAIRE (FTCQ-12)



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

TOTAL =

Dimensions explorées :

Emotionnalité : soulagement du manque et des affects négatifs

Attente : des effets positifs du tabac

Compulsion : perte de contrôle de la consommation

Anticipation : envisager de fumer pour connaître les effets positifs

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 (TTFC) MNWS**

**Prochaska
Richmond**

Paquets-Années

**Motivation /10
Confiance /10**

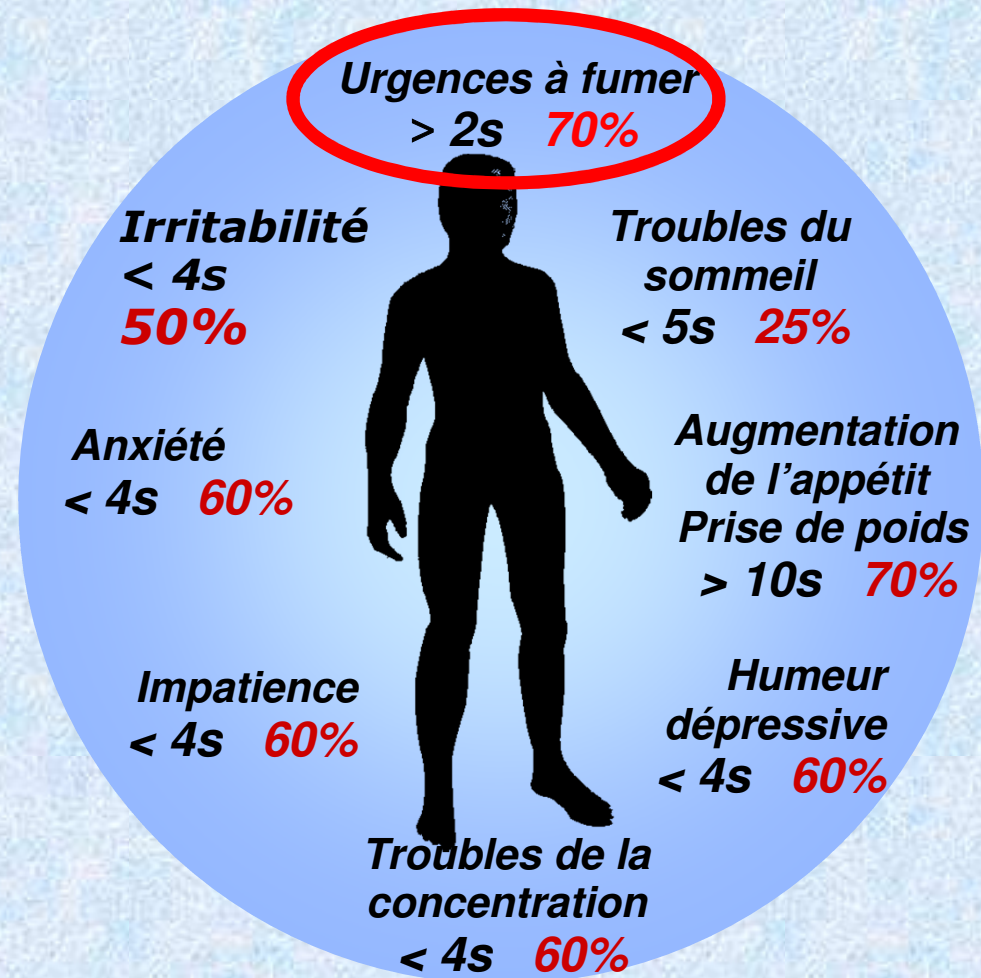
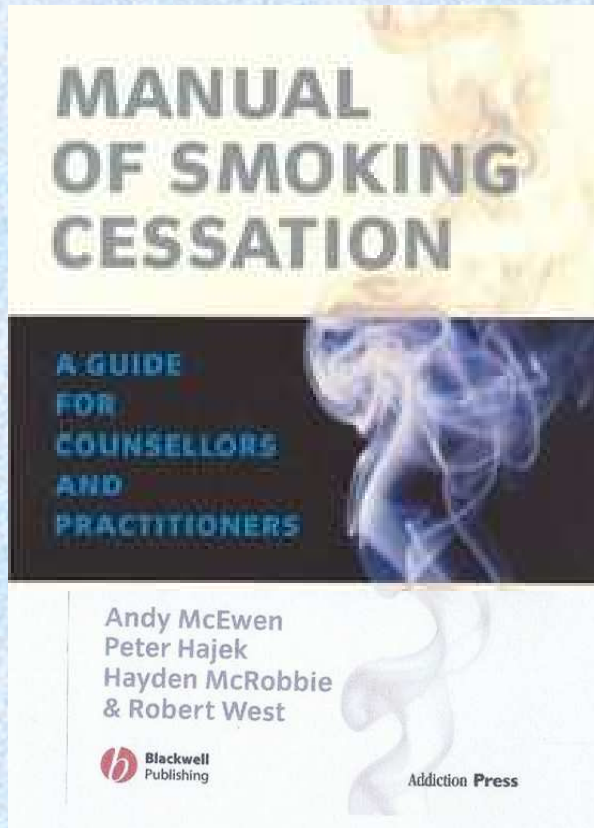
**Usage de SPA
Alcool
Cannabis
Autre**

COE

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

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

2 - TRAITEMENT DU SYNDROME DE SEVRAGE TABAGIQUE



TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

Tabagisme : comportement renforcé par une dépendance (**maladie chronique**)
l'aide pharmacologique est un élément de la prise en charge globale.

TRAITEMENT NICOTINIQUE SUBSTITUTIF (TNS)

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

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

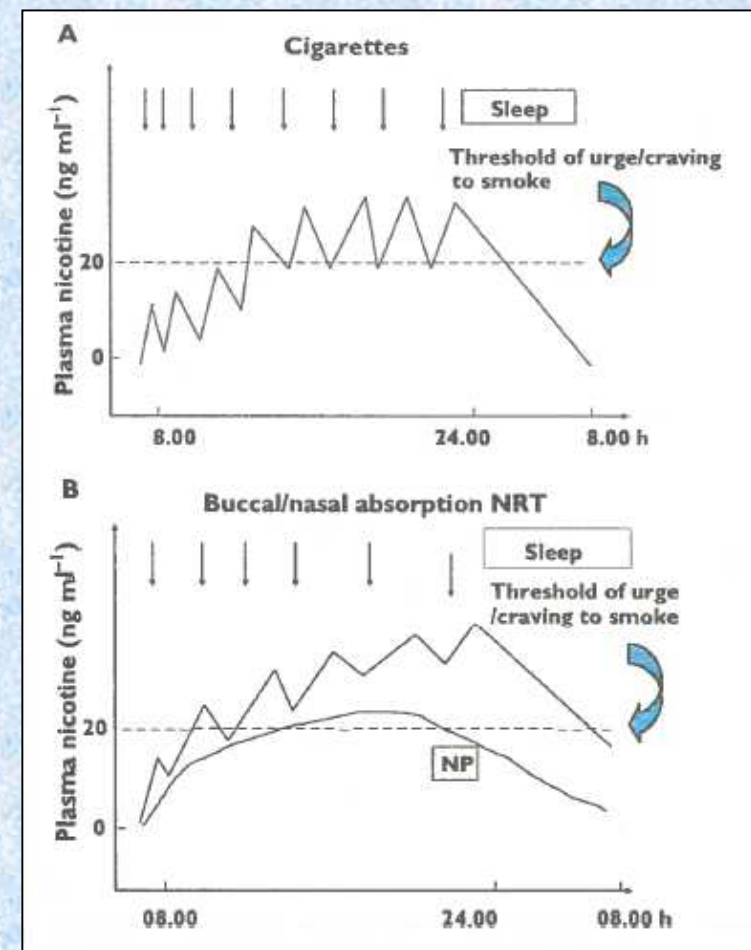
Bonne tolérance et sécurité d'emploi.
Efficacité de toutes les formes de TNS :

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

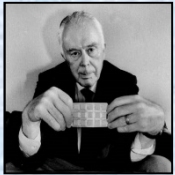
Combinaison des formes transdermiques et d'action rapide : résultats améliorés

Autres intérêts :

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



Principes et modalités de substitution par les TNS (1)



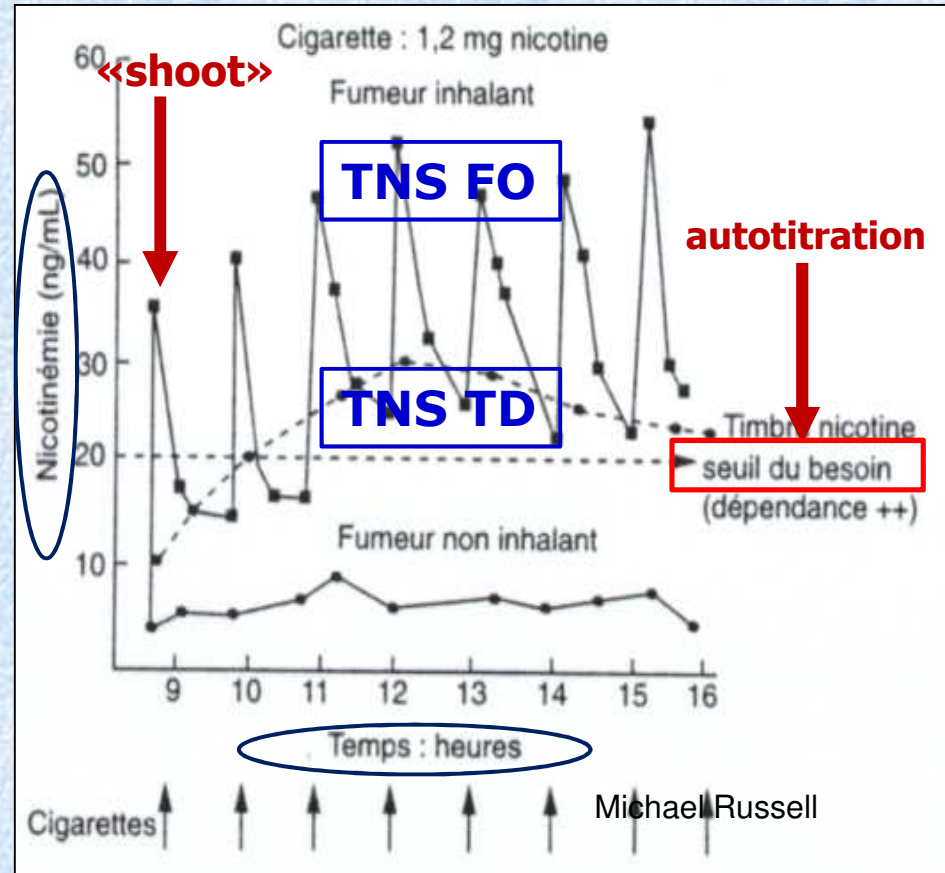
Öve Fernö



KO Fagerström

Professor Michael Russell (1932—2009)

"People smoke for nicotine but they die from the tar."



- Envie de fumer
- Enervement, irritabilité
- Bradycardie (↘ FC)
- Tr de concentration
- Grignotage
- Tr du sommeil

Sous-dosage (fréquent)

Bon dosage

Sur-dosage (rare)

- Pas d'envie de fumer
- Bouche pâteuse
- Diarrhée, nausées
- Palpitations (↗ FC)
- Céphalées
- Tr du sommeil

Ni manque ni craving

Pas de Tr du sommeil

Pas de Tr du transit

Pas de palpitation (FC=JO)

Pas de céphalées

Principes et modalités de substitution par les TNS (2)

Formes orales : gommages, pastilles, micro-tablettes

Eviter boissons acides, café, avant utilisation

Possible seules ou **associées au patch**

En quantité (Nb/[nicotine]soit suffisante

Abstinence temporaire

Inhaleur : Adapter fréquence/ intensité (aspirations)

Une cartouche correspond à 4 cigarettes

Un paquet / j = 6 cartouches / 24 h

Possible seul ou **associé au patch**

Spray buccal : seul ou **associé au patch**

Pulvériser à l'intérieur de la joue

1 ou 2 pulvérisations toutes les 30 à 60 mn.

Ne pas inhaler ni déglutir.

EVITER LE SOUS DOSAGE (Semaine 1)

DUREE DU TNS (>145J - 44% reprise)

ASSOCIATIONS TNS (TD + FO)

OBSERVANCE (Nb d'heure/J: TNS TD)

CRAVING IMPORTANT (TTFC): TNS 24/24h

AJUSTER TNS (J2, J7, J14, J28 ...patient)

MANQUE : ↗ **POSOLOGIE** («effet Burk»)

EXPLIQUER LE TNS (baliser la PEC)

Toujours TCC et renforcer l'arrêt (empathie)

Fume	< 10 cigarettes/j	10-20 cigarettes/j	21-30 cigarettes/j	> 30 cigarettes/j
Plus de 60 min après le lever	Rien	Forme orale et/ou timbre 14 mg/24 h	Forme orale ou timbre 21 mg/24 h	Timbre 21 mg/24 h ± forme orale
30 à 60 min après le lever	Rien ou forme orale	Forme orale ou timbre 21 mg/24 h	Timbre 21 mg/24 h ± forme orale	Timbre 21 mg/24 h + forme orale
6 à 30 min après le lever	Forme orale ou timbre 14 mg/24 h	Timbre 21 mg/24 h ± forme orale	Timbre 21 mg/24 h + forme orale	Consultation tabacologue
< 5 min après le lever	Timbre 21 mg/24 h ± forme orale	Timbre 21 mg/24 h + forme orale	Consultation tabacologue	Consultation tabacologue

MEDICAMENTS DE PRESCRIPTION

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) affinité 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 suicidaires, suicides ? -10 essais cliniques « poolés » (N = 5000) : troubles du sommeil Etude rétrospective (N=80 600) TNS, BP. Varénicline : suicides idem - Etude EAGLES (tolérance égale de TNS, BP, varénicline : F +/- Tr psychiatriques)</p> <p>Risques cardiovasculaires (écartés)</p>

VARENICLINE : AUTRES OPTIONS

Augmenter les doses de varenicline si non efficace aux doses normales :

Etude Jimenez-Ruiz : ouverte; N=73: après 8 semaines de varenicline standard

- Si toujours fumeur et si tolère bien augmentation à 3 mg/ j à 6 mois, abstinence 42% **plus élevée**
- Nausées, rêves anormaux plus fréquents

Etude Hajek :

- Montée des doses progressive → 5 mg
- Taux d'abstinence **non augmenté**
- Nausées, rêves anormaux plus fréquents

Pré-traitement par varenicline

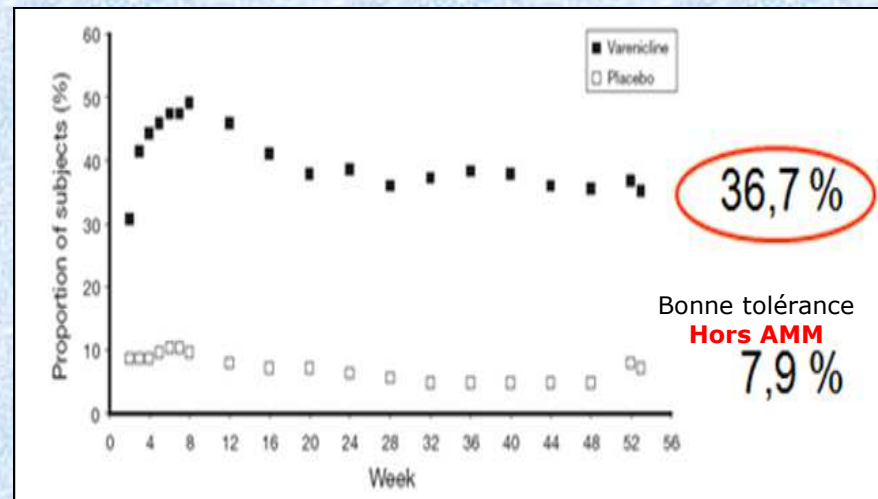
4 semaines de varenicline pré-quitdate

2 études positives

- 47.2% varenicline vs 20.8% placebo P = .005
- A 4 semaines : femme : 67% d'arrêt vs. 35

DIAPOSITIVE G. PEIFFER

Augmenter la durée du traitement par varenicline: 52 semaines / placebo

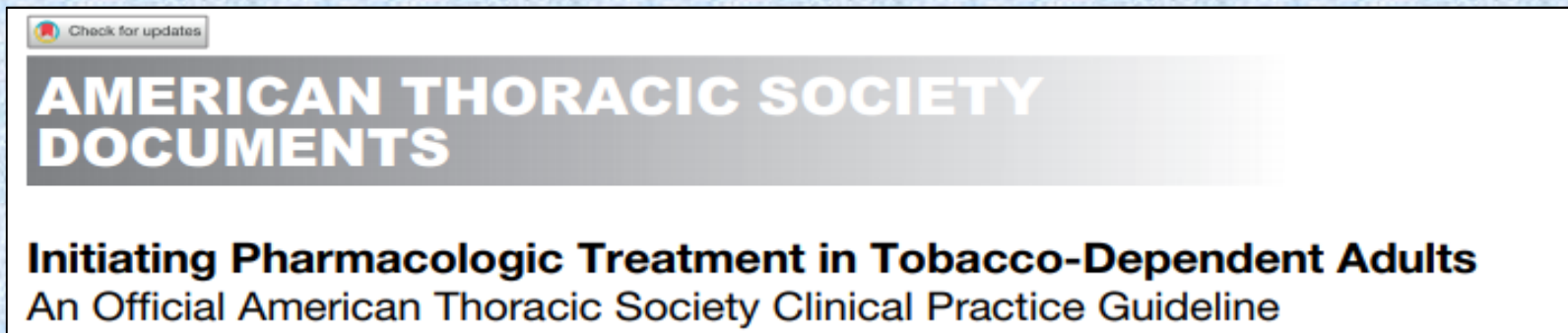


Combinaison varenicline + autre médicament

Varénicine + TNS

Varénicine + Bupropion

- Jimenez-Ruiz C, et al. *Mayo Clin Proc.*2013;88:1443-5.
- Hajek P, et al. *JAMA Intern Med.* 2015;175:266-271.
- Hajek P. et al. *Arch Intern Med* 2011;171:770-777
- Hawk LW, et al. *Clin Pharmacol Ther* 2012; 91:172-180
- Koegelenberg F, et al. *JAMA* 2014;312:155-161
- Croghan I. *Mayo Clin Proc* 2007; 82:186-195



7 recommandations :

1. Privilégier la prescription de varénicline* plutôt que les TNS (Patch) ou le bupropion.
2. Cette recommandation s'applique également aux fumeurs atteints de troubles de l'usage de substances psychoactives ou de troubles psychiatriques

Chez les adultes dépendants qui débutent un traitement:

3. Il est recommandé de commencer par la varénicline* plutôt que par patch ou bupropion
 - en soulignant sécurité et efficacité pour favoriser l'observance du traitement.
4. La varénicline peut être associée au patch.
5. Elle doit être privilégiée par rapport à l'e-cigarette.
6. Prescrire un traitement d'au moins 12 semaines (plutôt que de 6 à 12 semaines).

Pour les fumeurs qui ne se sentent pas prêts à l'arrêt:

7. Les experts recommandent la prescription de varénicline* sans attendre

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)

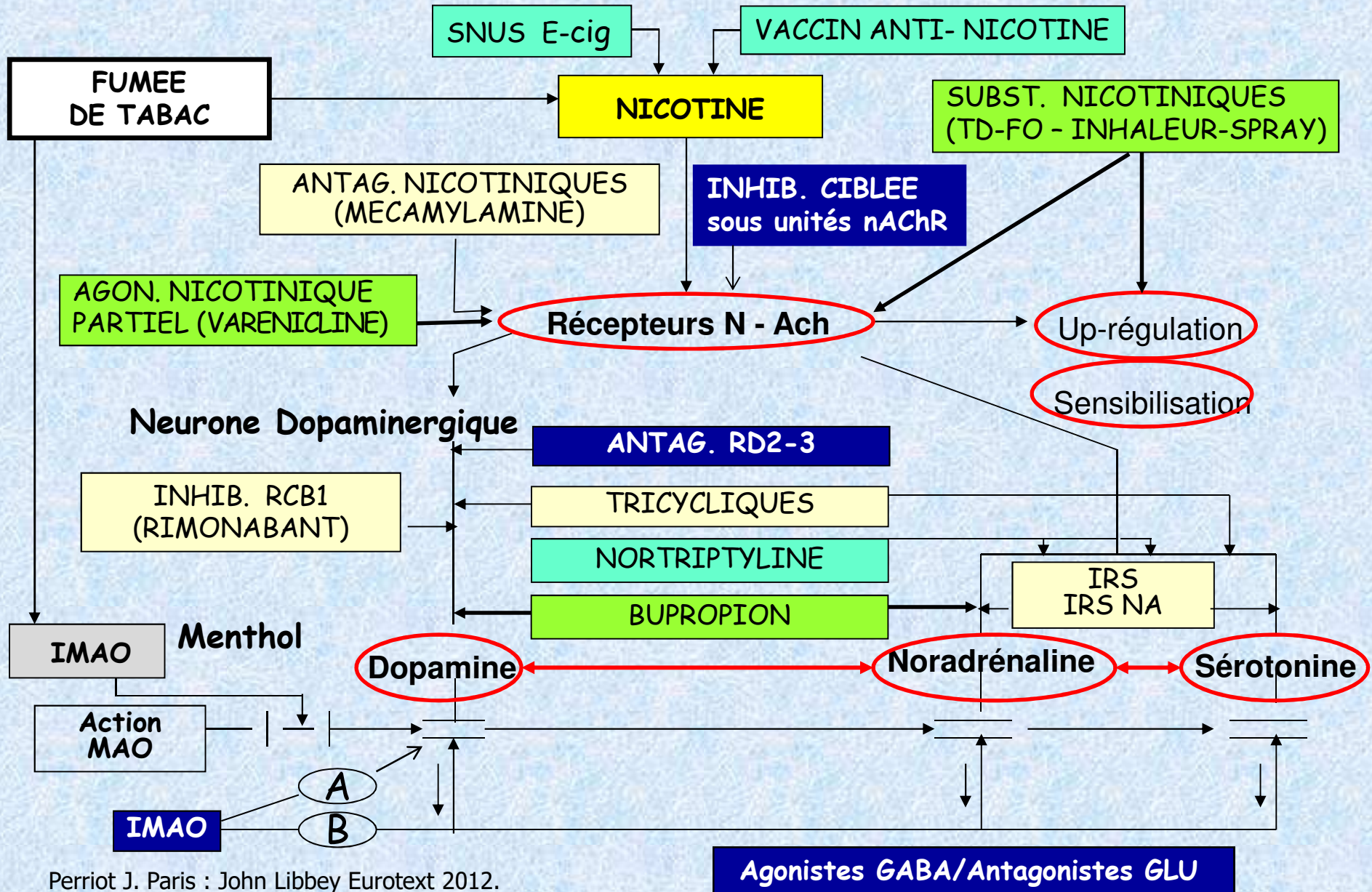
Naltrexone, Nalméfène

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

SYNTHESE



PREPARER L'ARRÊT ?

CONSEILLER L'ARRÊT ET PROPOSER UNE AIDE MEDICAMENTEUSE

(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)

TNSTD (3 sem en prequit vs control)

↘ craving à 4 semaines et à 6 mois post TQD

Varénicline (4 semaines pré TQD vs PCB, arrêt à M3)⁷

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. *Addiction* 2018;113:2280-2289.

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

STRATEGIES MÉDICAMENTEUSES

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

Stratégie de référence dans l'aide à l'arrêt du tabac

BUPROPION

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

Pas d'intérêt à associer Bupropion et TNS TD

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
contrôlés^{8,10}

ESSAIS DE VARÉNICLINE EN ASSOCIATION (+ TNS¹¹ ou bupropion^{12,13})

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 Ferketich AK, *et al. Nicotine Tob Res* 2013; 15:247-5.

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

⁸ Anthenelli RM, *et al. Ann Intern Med* 2013;159:390-400

⁹ Anthenelli RM, *et al. Lancet* 2016;:387(10037):2507-20.

¹⁰ Ayers CR *Depress Anxiety* 2020;37(3):247-260.

¹¹ Koegeleberg CF, *et al. JAMA* 2014;312:155-161.

¹² Ebbert JD, *et al. JAMA* 2014;311:155-163.

¹³ Cinciripini P, *et al. Addiction* 2018 Apr 21;doi:10111/add.14250

TRAITEMENT NON MEDICAMENTEUX (TNM)

THERAPIES COMPORTEMENTALE ET COGNITIVES

Intérêt dans l'aide à l'arrêt du tabac

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

Efficacité dans le contrôle des troubles anxio-dépressifs

Guichenez P. *Traiter l'addiction au tabac par les TCC*. Dunod,2017

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



THERAPIES NON CONVENTIONNELLES

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

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

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

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

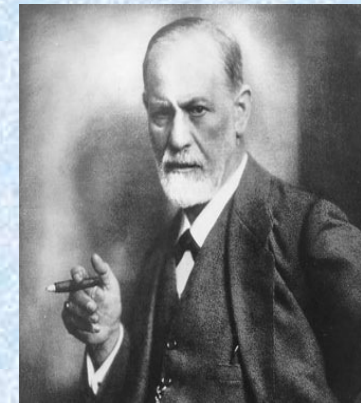
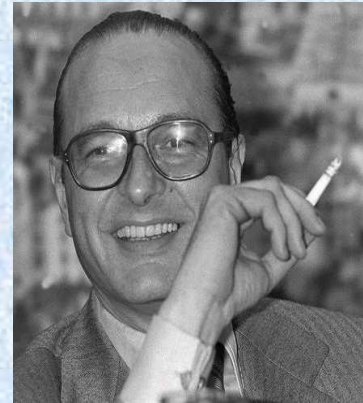


3 - TRAITEMENT DU CRAVING TABAGIQUE

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 (syndrome de sevrage et craving,



Craving : ++ S1 ; 50% tenace M6 ; 13% sévère et 10% épisodique à M12

Facteur et indicateur d'échec et de rechute après arrêt initial

Plus il est élevé, moins les chances d'arrêt à long terme sont élevées

OPTIONS THERAPEUTIQUES

Médicaments d'aide à l'arrêt de 1^{ère} ligne (associations > monothérapies) et 2^{ème} ligne

Thérapies comportementales et cognitives, activité physique, e-cig, TCSM

Modalités thérapeutiques du futur (combinaison TCC, Ciblage nAChR:α4,β2,α5...)

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

Flaudias V, et al. *Addiction* 2019 ; 27 : 326-331

Samalin L, et al. *Rev F Psy Psychol Méd* 2010 ; XVI : 38-43

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

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

Dani JA, et al. *Cold Spring Harb Perspect Med* 2013;3(6).

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

Perriot J. *Journées IPFT*, Paris 2020

POURQUOI S'INTERESSER AU CRAVING ?

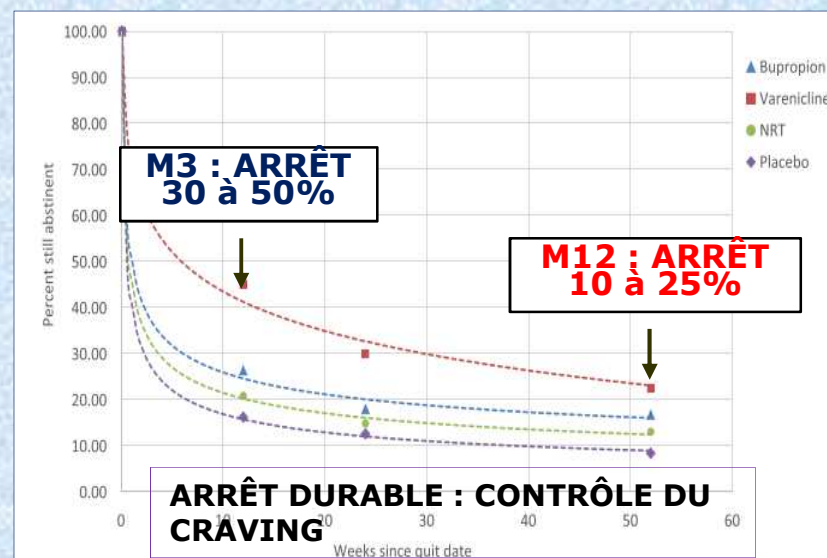
Echecs : 50% à M1 et rechutes : 30% M3 ¹⁻³
Pronostic de l'arrêt à M12: TTFC^{4,5} et craving⁴⁻⁸
Élément de définition des «*Hard-core smokers*»⁹⁻¹⁰



CONTRÔLE DU CRAVING ET ABSTINENCE ^{11,12}

Contrôle du craving:

- clé de l'abstinence continue
- de la QdV lors du sevrage.
- de la prévention de la reprise.



1 Hughes JR, et al. *Addiction* 2004 ; 99 : 29-38

2 Jackson SE, et al. *Addiction* 2019;114:797-97.

3 Piasecki TM. *Clin Psychol Rev* 2006;26:196-215.

4 Baker TB, et al. *Nicotine Tob Res* 2007; 9: S555-70.

5 West R. *Psychol Med* 1999; 19:981-5.

6 Javitz HS, et al. *Addiction* 2011 ; 106 : 1835-45.

7 Javitz HS, et al. *Addiction* 2012 ; 107: 1501-11.

8 Berlin I, et al. *Drug alcohol Dep* 2012 ; 124: 268-73.

9 Seidman DF, Covey LS. Helping the hard-core smoker, 1999.

10 Perriot J, et al. *Rev Mal Respir* 2012; 29 : 448-61.

11 Samalin L, et al. *Rev F Psychol Med* 2010;XIV:38-43.

12 Brousse G, et al. *Alcoologie et Addictologie*; 2014;36:105-115.

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

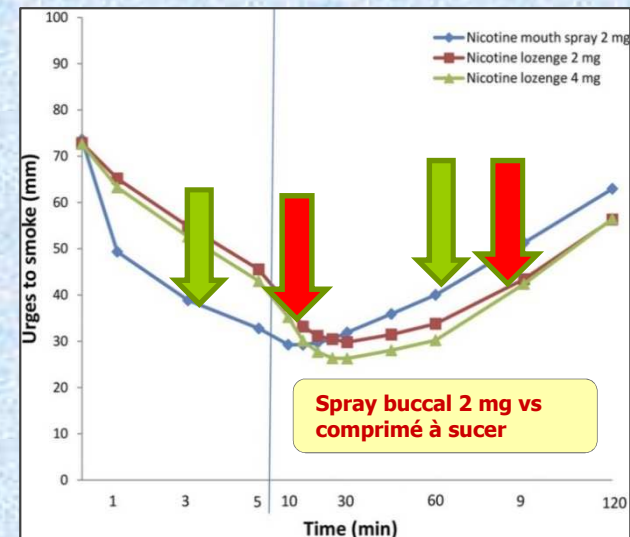
TRAITEMENT NICOTINIQUE SUBSTITUTIF (TNS)

TNS TD Fortes posologies plus efficaces¹
réponse aux stimuli inducteurs persiste

TNS FO Formes les plus dosées, les plus efficaces (G=P)²
Spray buccal plus rapidement efficace³, les autres plus durablement⁴

TNS TD + FO Effets complémentaires⁵

- 1 Aubin HJ, et al. *Nicotine Tob Res* 2006;8:193-201
- 2 Shiffman S, et al. *Psychopharmacology* 2006 ; 184:634-44.
- 3 Shiffman S. *Clin Ther* 2008 ; 30:1401-75.
- 4 Kraiczi H, et al. *Nicotine Tob Res* 2011 ; 13:1176-82.
- 5 Schneider NG, et al. *Hum Pharmacol* 2008 ; 23:513-7.
- 6 Kotlyar M, et al. *Addict Behav* 2017;71:18-24.
- 7 Berlin I. *COPD* 2009 ; 6:272-6
- 8 Aubin HJ, et al. *Br J Clin Pharmacol* 2013 ; 77:324-36



BUPROPION

Efficacité dans le sevrage (peu d'études spécifiques sur craving)
Effet dose-réponse (craving tabac fumé)¹ et 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**)

TRAITEMENT NON MEDICAMENTEUX (TNM)

THERAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES

- Contrôle des situation déclenchantes et du craving¹
- Méditation de pleine conscience (être conscient, se détacher)²
- Réalité virtuelle (aide au contrôle, prévention des reprises)³

EVEIL SPIRITUEL⁴

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

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

TRAITER LE CONTRÔLE INHIBITEUR⁷, LES BIAIS ATTENTIONNELS⁸, THÉRAPIES INTEROCEPTIVES⁹ ET METACOGNITIVES¹⁰

ACTIVITE PHYSIQUE^{11,12,13}

- aérobie++/anaérobie ; intensité /durée variables; avant /pendant/après l'arrêt
- amélioration du contrôle du craving (mécanisme mal élucidé; pas effet de distraction)

DIVERS (smartphone^{14,15}, yoga¹⁶, hypnose¹⁷, divers¹⁸)



TCC et réalité virtuelle

1 Kober H, et al. *Drug Alcohol Dep* 2010 ; 2016:52-55.

2 de Souza IL, et al. *J Altern Complement Med* 2015 ; 21:121-40.

3 Guichenez P. *Traiter l'addiction au tabac par les TCC*. Dunod,2017.

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 Baumeister RF, et al. *Addict Behav* 2015;44:3-8.

8 Deleuze J,et al. *Alcoolologie et Addictologie* 2013;35:127-35.

9 Eddie D, et al. *Addict ResTheory* 2015;23:266-72.

10 Normann N,et al. *Depress Anxiety* 2014;31:402-11.

11 Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2016 ; 33:431-438.

12 Bernard P, et al. *J Dual Diagn* 2015 ; 11:205-11.

13 Abrantes A, et al. *Nicotine Tob Research*2018;20:575-582.

14 Whittaker R, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2016 ; 4:CD006611.

15 Watkins KL, et al. *Nicotine Tob Res* 2014 ; 16 suppl:S93-101.

16 Bock BC, et al. *Comp Clin Trials* 2014 ; 38:321-32.

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

18 Lim RCH, et al. *Med Acupuncture* 2018;30:159-62.

« **SMOKELESS TOBACCO** » (SNUS)

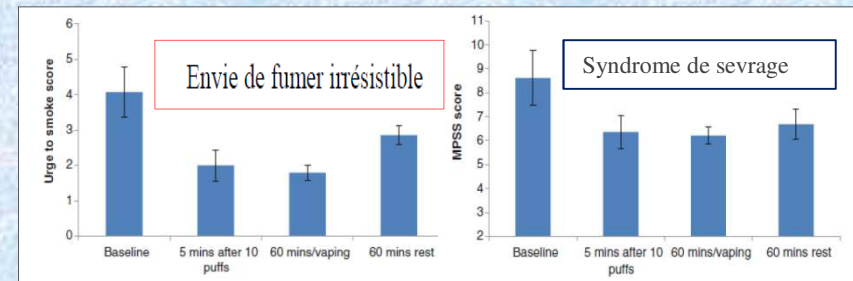
Pas de syndrome de sevrage ni de craving ; très addictif

Underner M, et al, *Rev Mal Respir* 2011;28:978-94

E-CIGARETTE

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

Effets sur le manque et le **craving**
Rôle de nicotine et/ou throat it ?



Dautzenberg B, et al. Satisfactory throat it his need to switch from tobacco to e-cigarettes: a lesson from an e-liquid blind test. *Tob Prev Cessation* 2016;2:52

Le « **throat it** » est une manifestation sensorielle apparaissant en moins de 5 sec (plaisir de vapoter)

ETUDE 35 étudiants (22 +/- 7,7 ans)
Test en aveugle avec e-cig. (0, 6, 12, 16, 18 mg/ml) et 2 voltages (3,5 ou 4,5 volts)
10 tests / 10 combinaisons («puffs»3 sec/5mn)

Throat it optimal

- voltage 3,5 volts/12,6 mg/ml nicotine
- voltage 4,5 volts/10,9 mg/ml nicotine

➤ **Désir de «switcher» de cig. vers e-cig.**

Figure 3: Mean nicotine concentration and voltage applied to the resistance to obtain an optimal throat hit (n = 35 smokers).

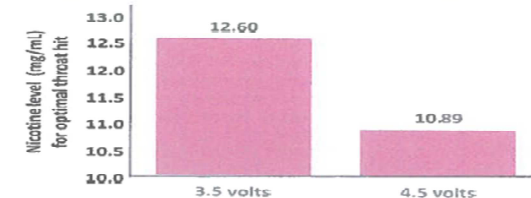
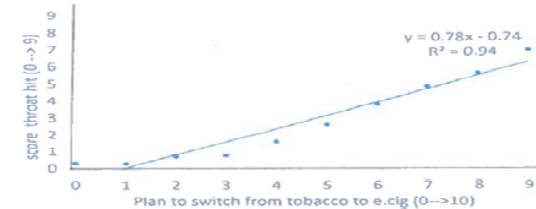


Figure 4: Relationship between the mean throat hit score and the score of the intent to switch from tobacco to e-cigarettes (n = 350 puffs).



STRATEGIE DE REDUCTION DES RISQUES

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, et al. 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 *Rev Mal Respir* 2011; 28(8) : 978-84.
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

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. 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)

Pathologie gravidique & 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 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

PLACE DE L'E-CIG ?

Balance bénéfique/risque positive en usage exclusif pour la e-cig vs cigarette (l'évaluer à long terme)

Eviter le « vapo-fumage » pas de bénéfique dans la réduction de risque (mais induction de l'arrêt complet ?)

Intérêt dans l'arrêt du tabac (si usage souhaité par le patient ++; efficacité +/-)

Choisir une e-cig (et e-liquide) de bonne qualité (dernière génération,)

Obtenir l'effet sensoriel («throat-il») et éviter le manque en nicotine

Diminuer lentement l'apport en Nicotine

Possibilité d'associer TNSTD et e-cig

Dautzenberg B, et al. *Rev Mal Respir* 2017; 34 : 155-64.

Revue des Maladies Respiratoires (2017) xxx, xxx-xxx

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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

ELSEVIER

OFFICIAL TEXT — ARTICLE IN ENGLISH AND FRENCH

Practical guidelines on e-cigarettes for practitioners and others health professionals. A French 2016 expert's statement

Recommandations pratiques sur l'e-cigarette pour les médecins et autres professionnels de santé. Recommandations 2016 d'experts français

B. Dautzenberg^{a,*}, M. Adler^b, D. Garelik^c, J.F. Loubrieu^d, G. Mathern^e, G. Peiffer^f, J. Perriot^g, R.M. Rouquet^h, A. Schmittⁱ, M. Underner^j, T. Urban^k

^a Service de pneumologie et réanimation respiratoire, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France
^b Service d'addictologie, hôpital Antoine-Becclère, 157, rue de la Porte-Trivaux, 92140 Clamart, France
^c Consultation de médecine et tabacologie, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France
^d 4, Impasse de la Gare, 41260 La Chaussée-Saint-Victor, France
^e 2 bis, rue des Forges, 42400 Saint-Chamond, France
^f Consultation de tabacologie, CHR Metz-Thionville, 1, allée du Château, 57530 Metz, France
^g Dispensaire Emile-Roux, conseil départemental du Puy-de-Dôme, 11, rue Vaucanson, 63100 Clermont-Ferrand, France
^h Unité de coordination d'aide au sevrage tabagique, CHU de Toulouse, 24, chemin Pourvaourville, 31059 Toulouse cedex 9, France
ⁱ Service de psychiatrie, CHU de Clermont-Ferrand, 58, rue Montalembert, 63000 Clermont-Ferrand, France
^j Tabacologie, centre d'investigation clinique, 2, rue de la Milétrie, 86000 Poitiers, France
^k Département de pneumologie, CHU d'Angers, 4, rue Larrey, 49000 Angers, France

KEYWORDS
Electronic cigarette;
Smoking cessation;
Risk reduction;

Summary A group of 11 French medical experts has developed guidelines through a Delphi progressive consensus about smoking management at the e-cigarette era. The lack of scientific data about e-cigarettes led the experts to set out recommendations, mainly based on clinical practice while waiting for scientific validations. The validated smoking cessation treatments

* Corresponding author.
E-mail address: bdautz@gmail.com (B. Dautzenberg).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rmr.2017.01.001>
0761-8425/© 2017 SPLF. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

POUR LA PRATIQUE QUE RETENIR ?

PRINCIPES GENERAUX DE LA PRISE EN CHARGE

UNE EVALUATION INITIALE EFFICACE

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

CONSULTATIONS COURTES ET EFFICACES (30mn; 2Cs>1 longue; suivi de MNWS, FTCQ, HAD à chaque consultation, échange empathique)

DECISIONS THERAPEUTIQUES

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

DES CONSULTATIONS EFFICACES

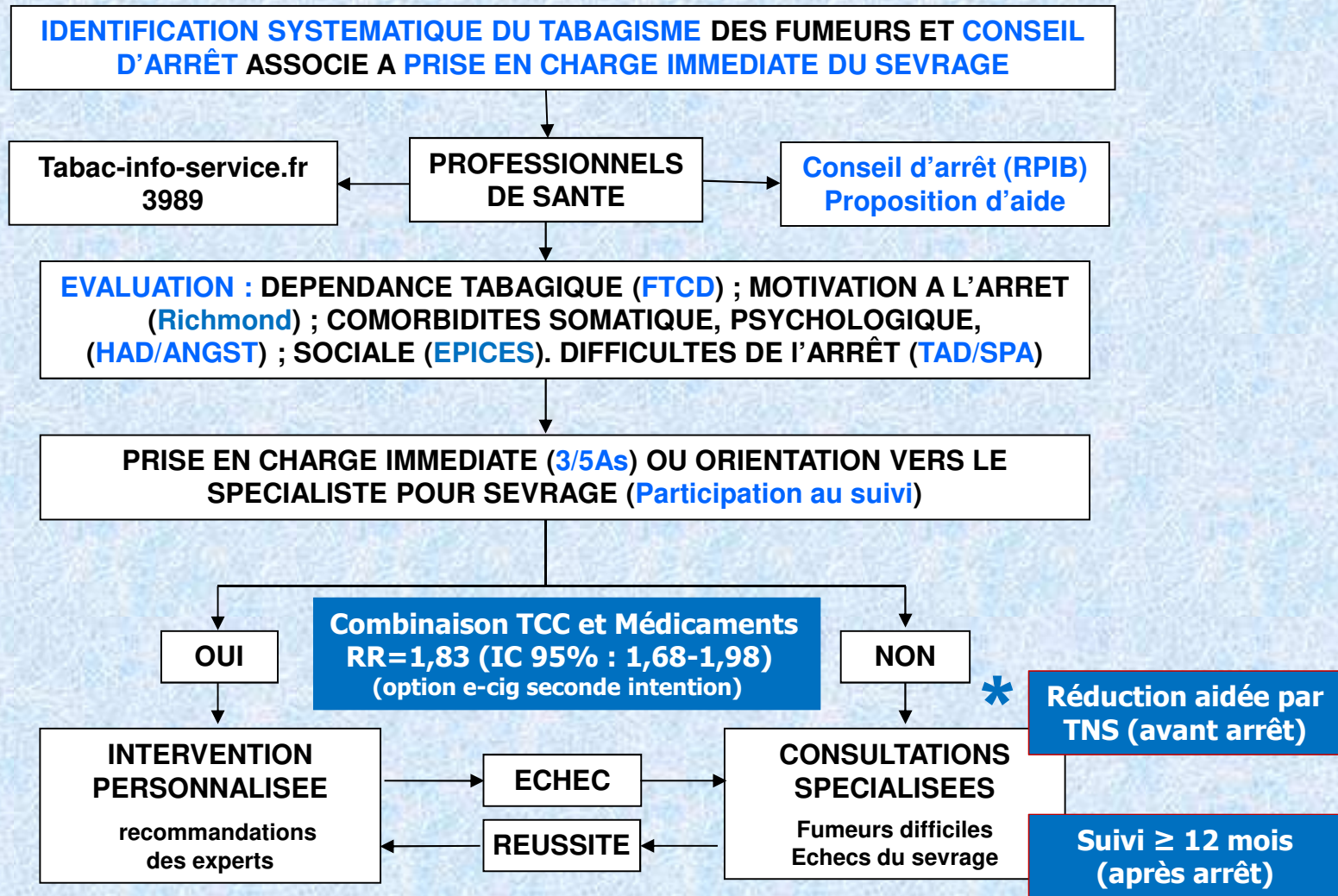
- Empathie, registre motivationnel (4R), solutionner les difficultés
- Suivi régulier de durée >6 mois -12 mois (ou plus)
- Médicaments : éviter le sous dosage et l'arrêt trop précoce des TNS, et de la varénicline), contrôle du craving (risque de reprise)
- Associer systématiquement TCC et partenariats dans le suivi

EFFICACITÉ DES MÉDICAMENTS D'AIDE À L'ARRÊT

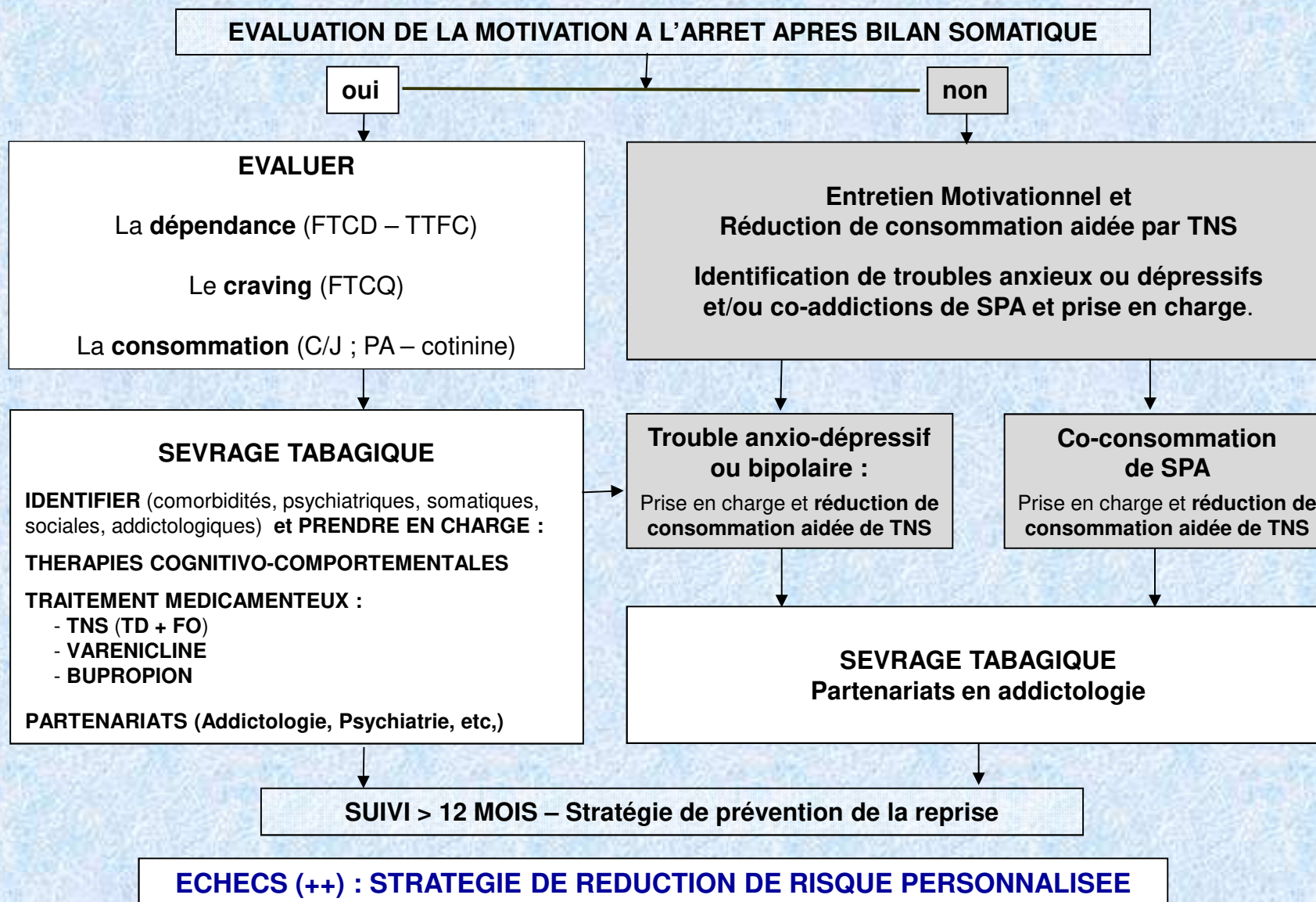
Fiore MC, et al. Treating Tobacco Use and Dependence, 2008 update

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)

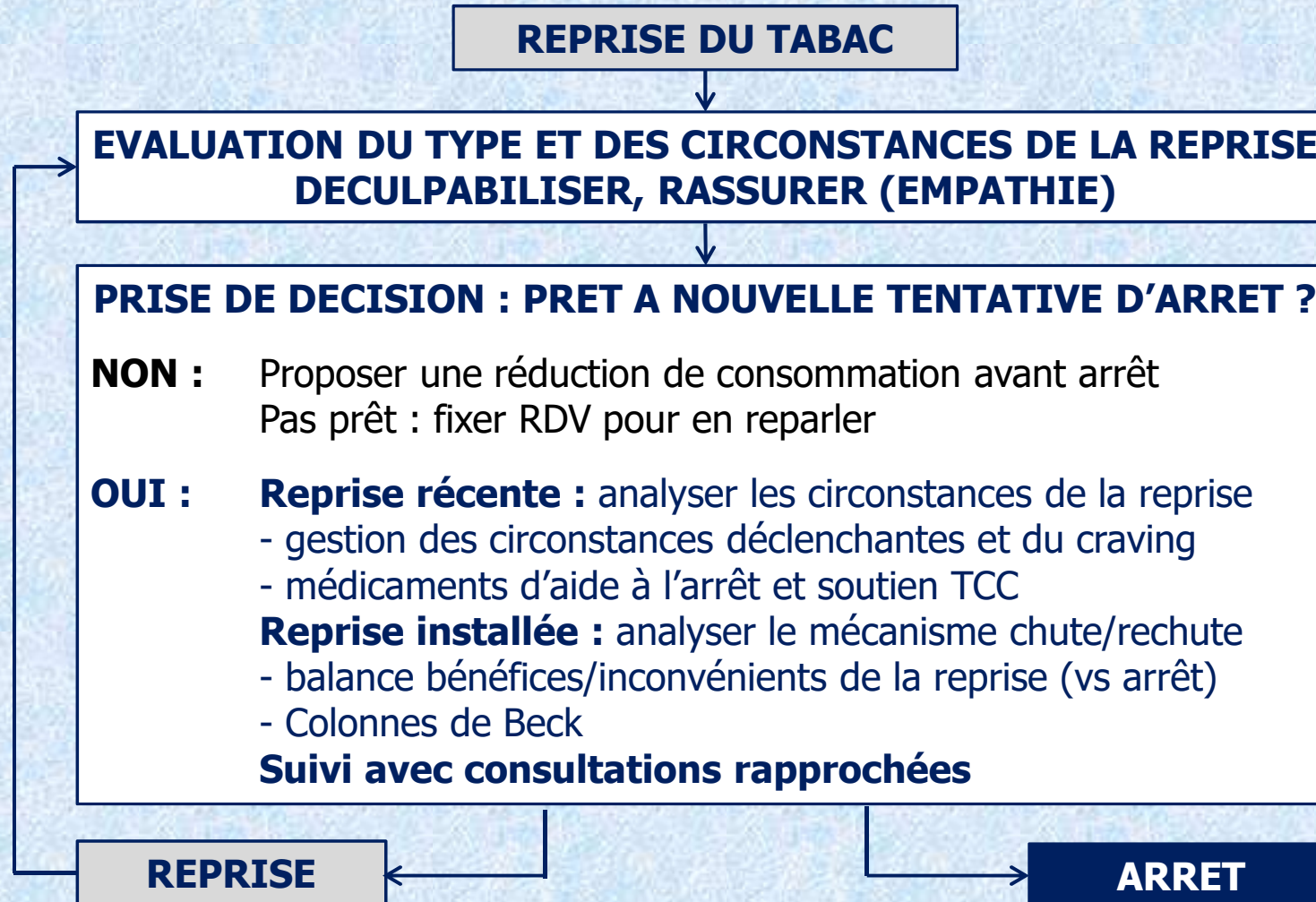
ATTITUDE DES PROFESSIONNELS DE SANTE



ORGANISATION DE L'INTERVENTION D'AIDE A L'ARRÊT DU TABAC



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)

Hard-Core smokers

PREVENTION DE LA REPRISE

- Intérêt des médicaments (TNS, Bupropion, Varénicline)
- Observance et Traitements prolongés (TNS<145J : rechutes + 44%)¹
- TCC (contrôle du craving, autogestion, motivation, estime de soi,,,))
- Contrôle du poids et des TAD (anhédonie, tristesse : pronostic péjoratif^{2,3})

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

2 Cook J, et al. *Nicotine Tob Res* 2010 ; 12:978-82.

3 Dorisson CA, et al. *PANAS* 2020 ; 117:943-9.

NOTION DE « FUMEURS DIFFICILES »

Revue des Maladies Respiratoires (2012) 29, 448–461

Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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

ELSEVIER
MASSON

Respiratoires
Formation

REVUE GÉNÉRALE

Le sevrage tabagique des « fumeurs difficiles »

Helping the "hard-core" smokers

J. Perriot^{a,*}, M. Underner^b, G. Peiffer^c, J. Le Houezec^{d,e}, L. Samalin^f, A. Schmitt^f, I. de Chazeron^f, L. Doly-Kuchcik^a

^a Dispensaire Émile-Roux, centre de lutte antituberculeux (CLAT 63), centre de tabacologie, 11, rue Vaucanson, 63100 Clermont-Ferrand, France
^b Unité de tabacologie, service de pneumologie, CHU de Poitiers, 86021 Poitiers, France
^c Unité de tabacologie, service de pneumologie, CHR de Metz-Thionville, 57038 Metz, France
^d Santé publique, 35000 Rennes, France
^e Université de Nottingham, Nottingham, Royaume-Uni
^f Service de psychiatrie-addictologie, CMP B, CHU de Clermont-Ferrand, 63000 Clermont-Ferrand, France

Reçu le 14 juin 2011 ; accepté le 21 septembre 2011
Disponible sur Internet le 22 mars 2012

MOTS CLÉS
Dépendance tabagique ;
Fumeurs invétérés ;
Sevrage tabagique ;
Envie compulsive ;
Syndrome de sevrage

Résumé Les spécialistes en tabacologie sont fréquemment confrontés à des fumeurs en grande difficulté pour s'arrêter de fumer, qu'ils soient motivés à le faire ou qu'ils y soient contraints pour des raisons sanitaires, économiques ou réglementaires. Ces fumeurs constituent une population hétérogène, mais ils ont en commun une forte dépendance au tabac et une importante consommation de cigarettes. Ils sont exposés aux conséquences morbides induites par leur incoercible tabagisme. Ils cumulent souvent d'autres facteurs défavorables à la réussite de la tentative de sevrage : troubles anxiodépressifs, co-consommations de substances psychoactives, précarité socioéconomique. Ils constituent une cible prioritaire des consultations spécialisées d'aide à l'arrêt du tabagisme. Ces dernières doivent optimiser et diversifier leurs propositions d'aide afin d'améliorer leurs interventions. Cette synthèse décrit ces consommateurs très dépendants en échec dans l'arrêt du tabagisme et présente les traitements médicamenteux et combinaisons thérapeutiques susceptibles d'aider le praticien dans la prise en charge de ces « fumeurs difficiles ».
© 2012 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS
Tobacco dependence ;

Summary Smoking cessation specialists are frequently confronted with smokers who have great difficulty in stopping smoking, and who are either motivated to stop or are forced to stop for health, economic or statutory reasons. These smokers are composed of a mixed population

UNE DEFINITION SIMPLE¹

- Fumeurs malades de leur tabagisme mais persistant à fumer
- Consommation > 20c/j et/ou FTND > 7
- Fumeurs avec pathologie psychiatrique

LES CONSULTANTS EN TABACOLOGIE²

- Fortes dépendance (TTFC) et consommation
- Faible motivation à l'arrêt
- Pathologie psychiatrique fréquente (TAD)
- Co-consommation de SPA (actuelle, passée)
- Pathologie somatique associée (BPCO, etc.)
- Précarité socio économique fréquente
- Niveau de formation souvent peu élevé
- Femmes enceintes en échec dans l'arrêt

COMBINAISONS MEDICAMENTEUSES³

(TNS+ Varénicline, Varénicline + Bupropion, etc.)

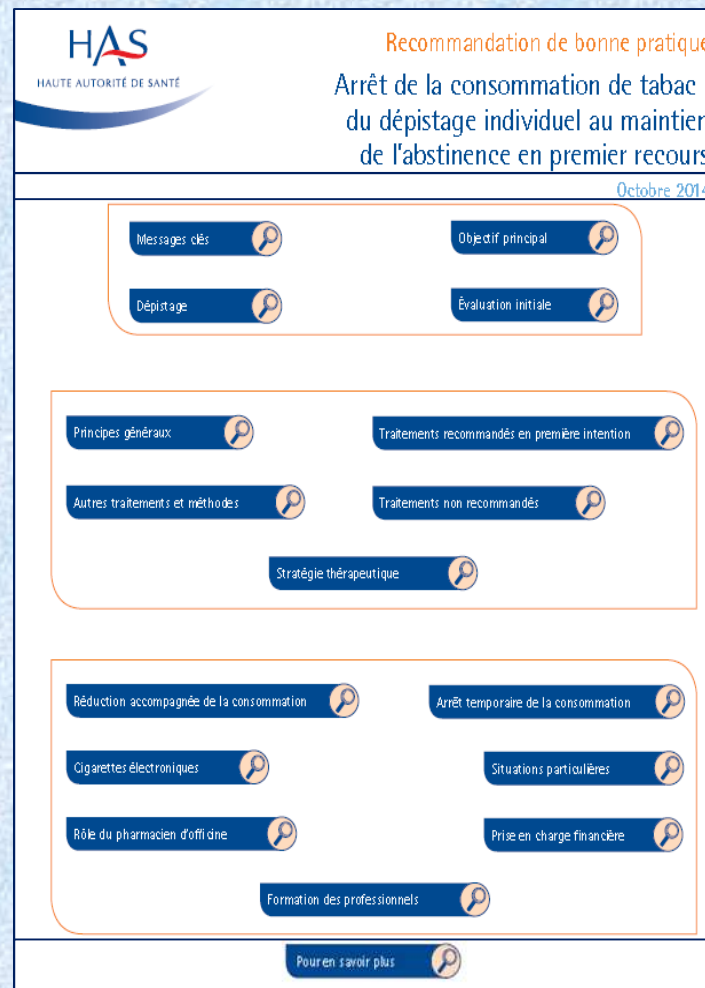
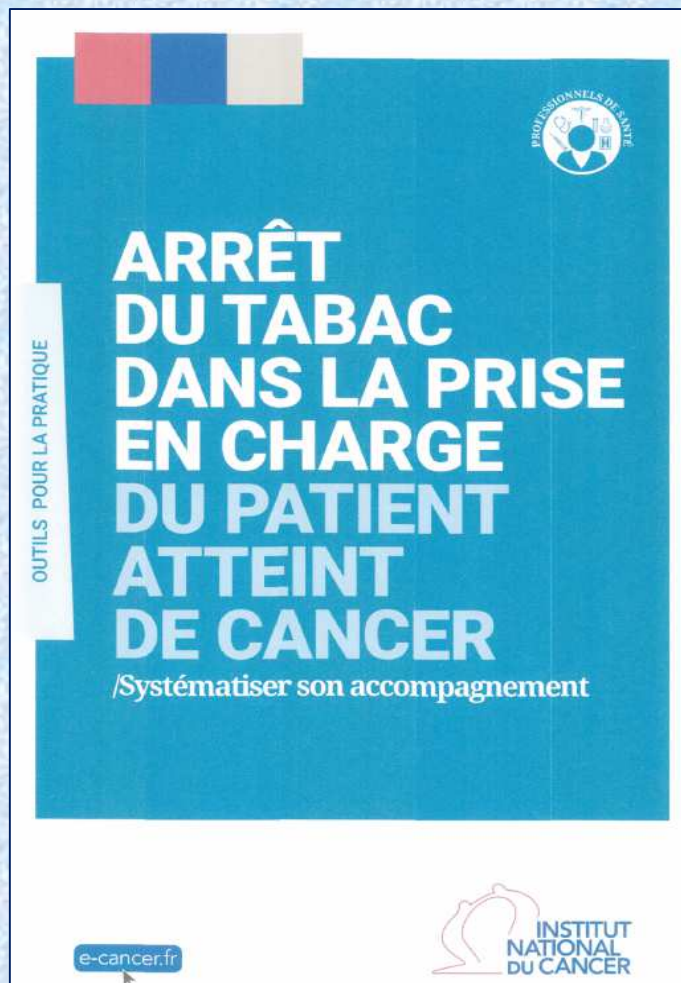
PREVALENCE : 5 à 16 %¹

¹ Seidman DF, Covey LS. Lawrence Erlbaum Publishers ; 1999

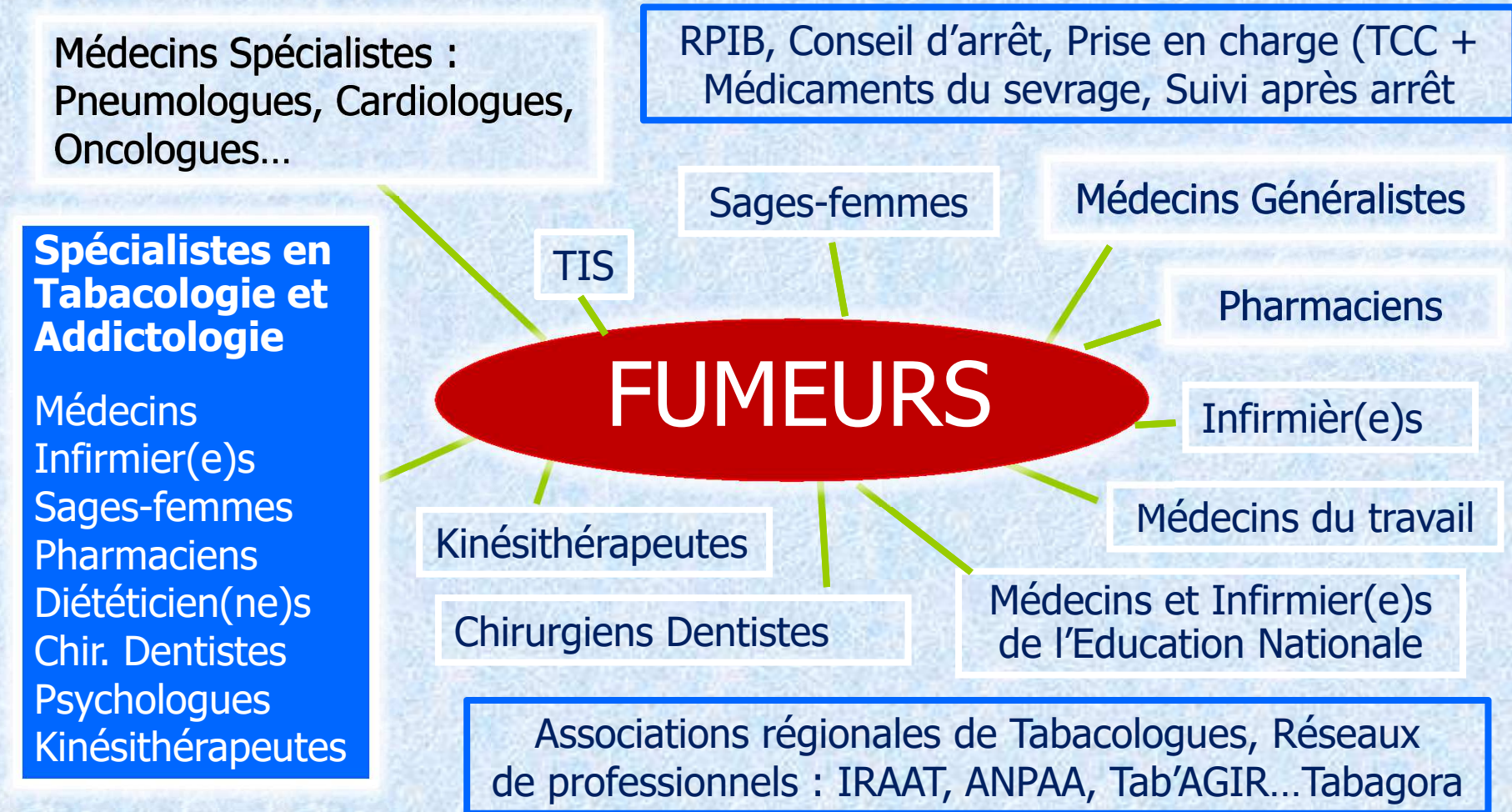
² Perriot J, et al. *Rev Mal Respir* 2012 ;29 (4) : 448-61

³ Underner M, et al. *Rev Pneumol Clin* 2018 ;74 (4) : 205-14

DES GUIDES D'INTERVENTION POUR LES PRATICIENS

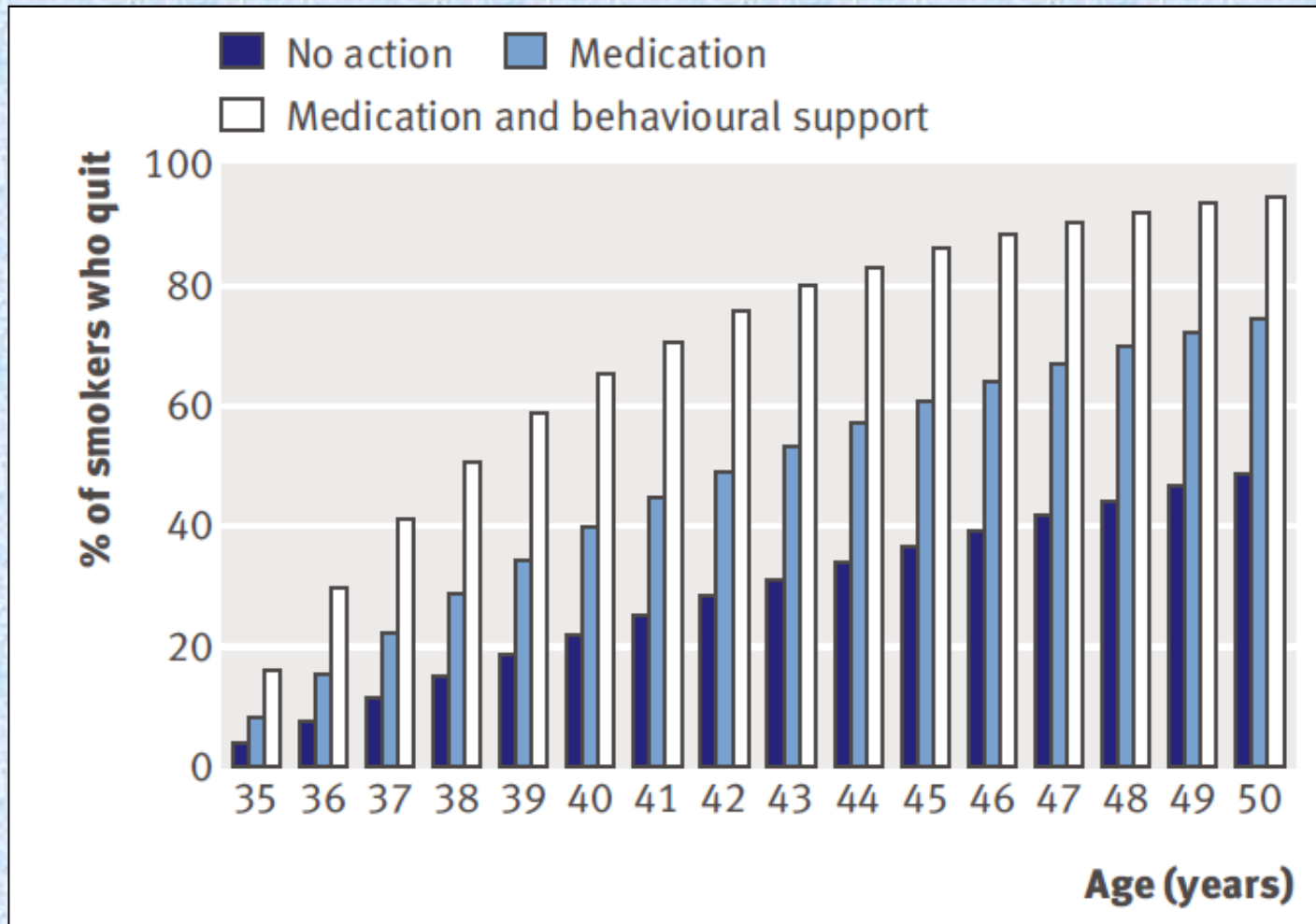


INTERVENTION DES PROFESSIONNELS DE SANTE DANS L'AIDE A L'ARRÊT DU TABAC



G Peiffer. FMT, 2008 et J Perriot SFT, 2018.
Ma P, et al. *Drug Alcohol Depend* 2016 ; 169:64-67.
Piasecki TM. *Addiction* 2002, 97:1093-108.
Holland GJ, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 2: CD009164.

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

Tabac : substance très addictive et tabagisme maladie chronique

Toujours : conseil d'arrêt et prise en charge immédiate

Aide à l'arrêt du tabac : combiner traitements médicamenteux (observance) et thérapies non médicamenteuses (TCC ++, activité physique... suivi à distance)

Pas de réduction des risques et des dommages par la seule 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 (pas de vapo-fumage)

Assurer une prise en charge globale, personnalisée et protocolisée

Partenariats dans l'intervention d'aide à l'arrêt (fumeurs difficiles)

« Traitement substitutif... le médicament c'est d'abord 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 ? Cannabis-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 MNWS : 25
- 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...