



AIDE A L'ARRÊT DU TABAC. PRINCIPES ET CONDUITE DU SEVRAGE TABAGIQUE.

Docteur Jean PERRIOT

Pneumologue - Tabacologue - Addictologue
Institut Rhône Alpes Auvergne de Tabacologie (IRAAT)
perriotjean@gmail.com



DIU de Tabacologie et d'aide au sevrage tabagique
Clermont-Ferrand le 19 Mars 2026

Je déclare n'avoir aucun lien d'intérêt avec
l'industrie du tabac, de l'e-cig, de l'alcool,
des jeux ni l'industrie pharmaceutique.



INTRODUCTION

Le tabagisme est à l'origine d'un comportement de dépendance qui constitue une maladie chronique dont l'évolution est marquée de tentatives d'arrêts et de rechutes et le terme d'une issue fatale 1 fois sur 2 »¹

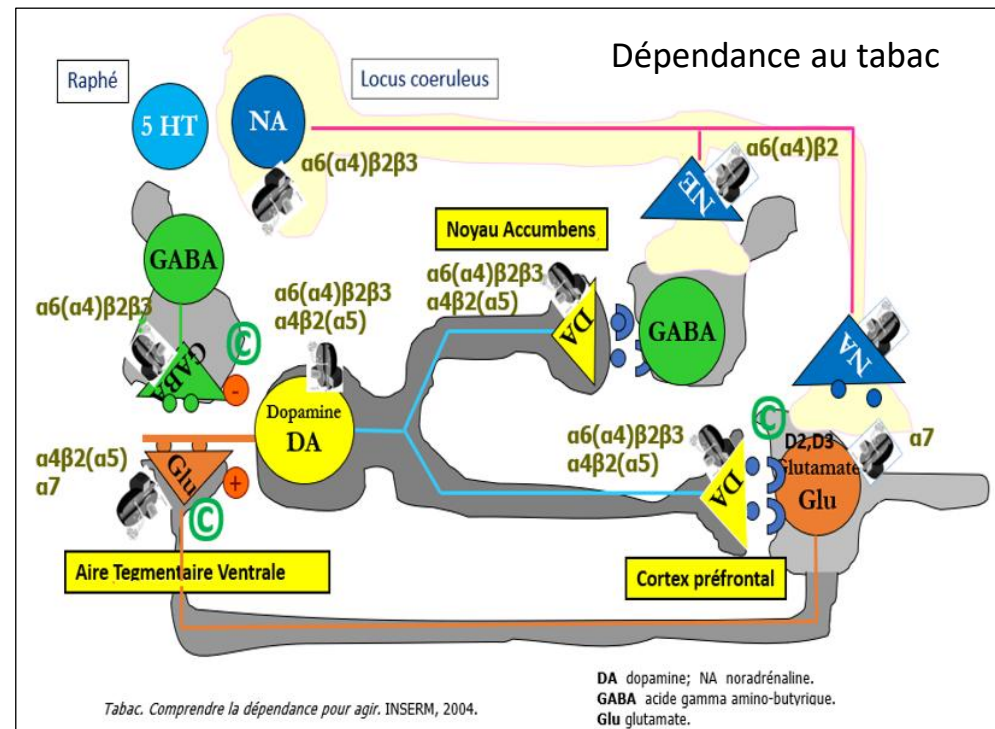
Le tabagisme est un enjeu majeur de santé publique (CCLAT 2003; XXIème siècle 1.10⁹ décès ?)
« *The Tobacco Endgame : Is it possible ?* »² (aide à l'arrêt du tabac : bénéfices constants).

PLAN DE L'EXPOSE

- . Moyens d'aide à l'arrêt du tabac.
- . Stratégies d'aide à l'arrêt du tabac.
- . Réduction des dommages et de la toxicité.
- . Synthèse.
- . Conclusion
- . Etude de cas cliniques
- . Pour en savoir plus.
- . Annexes.

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

2 Novotny TE. *PLoS Med* 2015;12:e1001832.



MOYENS D'AIDE A L'ARRÊT DU TABAC

RECOMMANDATIONS D'AIDE A L'ARRÊT

Avis d'experts « Evidence Based Medicine ».

Raw M, et al. *Addiction* 2008;104:279-87 (36 pays).
Treating Tobacco Use and Dependence. USDPHS, 2008 update.
HAS. Recommandation de Bonne Pratique, Octobre, 2014.
Agency for Healthcare Research and Quality. Jan 2021.
American Thoracic Society, Jul 2020.
European network for smoking and Tobacco Prevention. Mar 2016.
Spanish Society of Pulmonology and Thoracic Surgery, 2003.
Désaccoutumance au tabac. Suisse, 2011.
New Zealand smoking Cessation Guidelines, 2018.
National Institute for Health and Care Excellence. England, 2018.
Institut National d'Excellence en santé et service sociaux. Québec, 2019.
CAN-ADAPTT/CAMH. Canada.

Des différences (HAS, ATS, NICE, OMS).

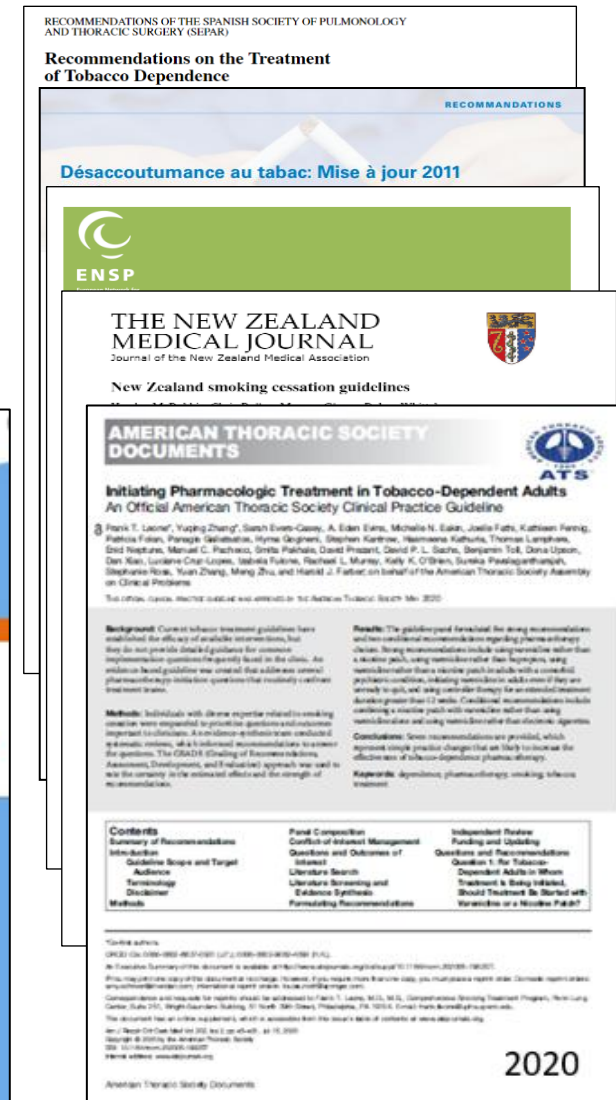
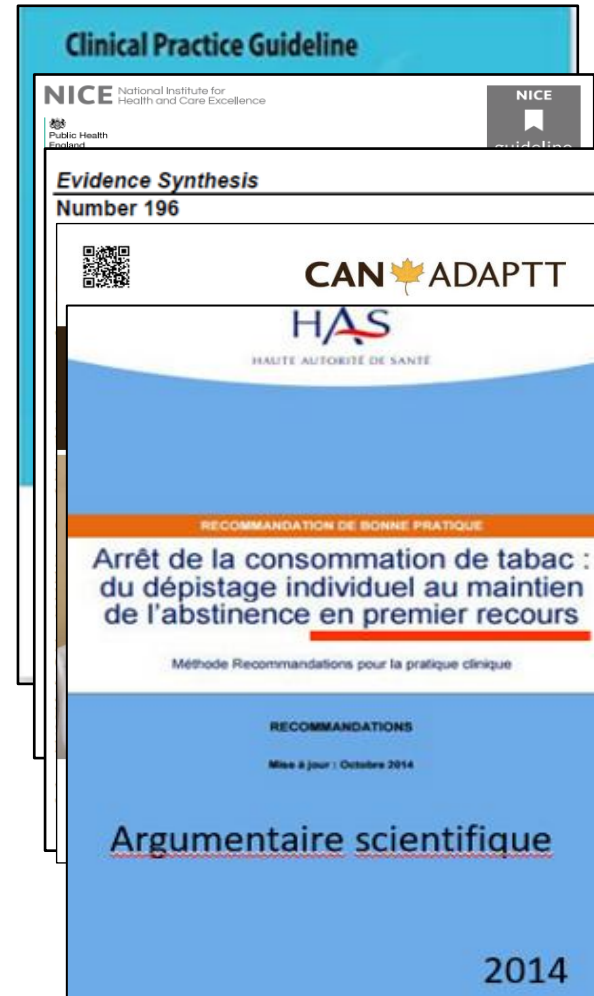
HAS 2014 : Traitement de 1^{ère} intention : TCC & TNS. En 2^{ème} intention Varénicline et Bupropion.

ATS 2020 : Privilégier la Varénicline à TNS patch et Bupropion (et E-CiG) y compris chez les fumeurs + SUD, + Tr. Ψ, et qui ne se sentent prêt à l'arrêt.

OMS 2024 : idem + Cytisine

NICE 2025 : idem + Cytisine

Association TCC et pharmacothérapie « Evidence Based Practice Medicine »



THERAPIES PSYCHO-SOCIALES (individuelles ou de groupes)

CONSEIL D'ARRÊT, TCC EN POPULATION GENERALE DE FUMEURS.

Conseil bref (vs pas) : RR=1,24 (IC95% :1,16-1,33) arrêt à M6.
TCC (vs conseil d'arrêt) : RR=2,17 (IC95% :1,52-3,11)
Conseil avec offre d'aide: RR=1,69 (TCC) et 1,39 (TNS)

Avevard P. et al. *Addiction* 2012;107:1066-73.

Fiore MC. et al. *Treating Tobacco Use and Dependence*. 2000, 2008.

Résultats variables selon la qualité du soutien :
Durée >300mn: RR=2,8 ; contacts >8: RR=2,3
intervenant (n=2 vs. 1): RR=2,5

EN POPULATIONS SPECIFIQUES.

Coronaropathie : RR=1,22 (IC95% :1,13-1,33) 40 ét.
BPCO (TCC intensives) : RR=1,22 (IC95% :1,13-1,33) 7 ét.
Dépression actuelle
ou antécédent RR=1,47 (IC95% :1,13-1,92) 11 ét.
RR=1,41 (IC95% :1,13-1,77) 10 ét.
Femmes enceintes RR=1,44 (IC95% :1,19-1,73) 30 ét.
Tuberculose RR/OR= 1,9 à 7 (hétérogènes) 13 ét.

Barth J, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 7: CD006886.

van Eerd EAM. et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 8: CD10744.

van der Meer RM. et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 8: CD006102.

Chamberlain C. et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;2: CD001055.

Whitehouse E, et al. *Public Health Action*. 2018;8(2):37-49.

STRATEGIES DE GESTION DES CONTINGENCES.

Globalement OR=1,49 (IC95% :1,28-1,76) 33 ét.
Femmes enceintes OR=2,38 (IC95% :1,54-3,69) 10 ét.

Notley C, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 7: CD004307.

MEDICAMENTS D'AIDE A L'ARRET

SUBSTITUTS NICOTINIQUES (TNS).

TNS : CHOIX DE LA POSOLOGIE INITIALE (principes) ¹⁻³

1 cigarette délivre ≥ 1 mg nicotine à substituer par ≥ 1 mg TNS TD.

- Pas de déficit de posologie initiale (50% des échecs à M1, dont 50% S1).

Autres facteurs d'ajustements immédiats ^{2,3}

- CO expiré : marqueur d'intoxication (intensité de l'inhalation vs. $\frac{1}{2}$ vie : 4 h)
- Usage de cigarettes roulées : X 1,5 - 2 la posologie (TNS).
- Abus de cannabis ou d'alcool : X 2 - 3 la posologie (TNS).

TNS : AJUSTEMENT DE LA POSOLOGIE ¹⁻³

Premier ajustement dans la première semaine d'arrêt (J2-J7).

- Objectif : abstinence (COE < 7ppm) manque et craving contrôlés (MNWS QSU/FTCQ).
- Fixer date de Cs suivante à la fin de chaque Cs (+ rappel SMS et TIS).

Optimiser le TNS. ⁴⁻⁶

- Association de TNS TD + TNS FO (+ 25% d'efficacité vs. une forme TNS).
- Observance (nb d'heure de port du patch/j : Arrêt S 12 OR=2,24(IC95% :1,00-5,03).
- Durée du TNS (6 mois > 3 mois, TNS < 145J: Rechute HR= 1,44(IC95% :1,18-1,76).
- Diminution très lente (par paliers de 5 à 7mg tous les 2 mois).

Déficit de TNS (fréquent ++).

- . Manque, craving, (tabac).
- . Autres signes :
Irritabilité, Tr concentration.
 ↳ FC et transit digestif.
Grignotage, Tr. Sommeil.

↗ Posologie TNS

Bon dosage du TNS.

Ni manque, ni craving.
Objectif atteint (Arrêt tabac).

Surdosage TNS (exceptionnel).

- . Ni manque, ni tabac.
- . Autres signes :
Nausées, diarrhée.
 ↗ FC (palpitations).
Céphalées, Insomnie (rêves)

↘ Posologie TNS

1 Perriot J, et al. *Rev Pneumol Clin*. 2018;74(3):170-180.
2 Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2010 ; 27(4) : 293-300.
3 Peiffer G, et al. *Réalités cardiovasculaires* 2015 ; 307 : 1.
4 Ma P, et al. *Drug Alcohol Depend* 2016 ; 169 : 64-7.
5 Medioni J, et al. *Addiction* 2005 ; 100 : 247-54.
6 Berlin I, et al. *Addiction* 2011 ; 106 :833-43.

DIFFERENTS SUBSTITUTS NICOTINIQUES.

PATCH (absorption transdermique)

Absorption continue

NICORETTE SKIN* /16h (10, 15, 25 mg/j)

NICOPATCHLIB* NICOTINELL* NIQUITIN* ou EG /24h
(7, 14, 21 mg/j)

Sur peau sèche, glabre, changer emplacement chaque jour,
à protéger si se décolle. *à partir de 15 ans.*

Risque d'irritation cutanée (interruption du traitement <5%)

FORMES ORALES (absorption buccale)

Absorption intermédiaire et biodisponibilité faible : 50 %

Gommes (2,4 mg) *à partir de 15 ans.*

Micro-tablettes (2 mg, 4 mg) *à partir de 18 ans.*

Pastilles (1/1,5/2/2,5/4 mg) *à partir de 15 ans.*

15 à 30 mn en bouche, éviter salivation et déglutition

Risque d'irritation, dyspepsie, hoquet; addictif (5-8%)

SPRAY ET INHALEUR (absorption buccale) *

Spray (1mg/bouffée sur muqueuse jugale) à répéter
après 10/30mn, [pic:1mn], *à partir de 18 ans.*

Inhaleur (cartouche 10mg, max 12/jour; bouffées
sublinguales), [gestuelle] *à partir de 18 ans.*

SN : remboursement par AM



* non
remboursé
par l'AM

VARÉNICLINE Remboursement par l'assurance maladie.

MECANISME D'ACTION.

Agoniste $\alpha 4\beta 2$ ACh du SNC (affinité > nicotine), 2 effets :

- Effet agoniste partiel ($\searrow$ syndrome de sevrage, craving)
- Effet antagoniste ($\searrow$ récompense et renforcement)

EFFICACITE (vs. PCB).

Arrêt a date fixe ¹ abst. à 6 mois: OR = 2,88 (IC95%:2,40-3,47) ¹

Arrêt à date flexible (J8 - J35): OR = 4,4 (IC95% :2,6-7,5) ²

Utilisation en re-traitement: OR = 7,08 (ic95%:4,34-11,55) ³

Traitement prolonge (S12-S24): OR = 2,48 (ic95%:1,95-3,6) ⁴

Reduction avant arrêt (S15-S24): RR = 4,6 (ic95%:3,5-6,1) ⁵

Efficacité & bonne tolérance : cardiopathie contrôlée ⁶,
BPCO légère à modérée ⁷, Inf. VIH ⁸, Tr. ψ ⁹, Tr. dépressifs ¹⁰

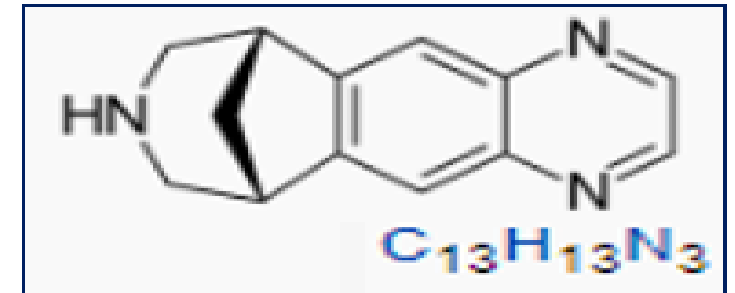
Varénicline en association (TNS TD ¹¹, Bupropion : hors AMM ¹²)

TOLERANCE

Bonne (EI possibles en début de traitement)

- Troubles du sommeil ou activité onirique gênante (15% des cas).
- Nausées, dyspepsie, douleurs abdominales (30% des cas).
- Pas d' EI Ψ grave + fréquent (vs. TNS TD 21mg, Bupropion, PCB)
chez des fumeurs avec ou sans troubles psychiatriques.

CI femme enceinte ou allaitante , âge < 18 ans



CYTISINE (Tabex) *Cytisus laburnum*

1/2 VP : 4h. Cp 1,5 et 3mg (cout réduit)

Posologie $\searrow$ J1-25 ou 3mg x 3/J.

Commercialisé 19 pays, Canada OTC 2017

Remboursé AM Espagne (2^{ème} intention)

Tolérance = Varénicline.

Efficacité vs. PCB (M6) OR = 1,3 à 5,6.

Livingstone-Banks J, et al. *Cochrane Database Syst Rev.* 2023 ;5(5):CD006103.

Rigotti NA, et al. *JAMA.* 2023 ;330(2):152-160.

¹ Cahill K, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;5:CD009329.

² Rennard S, et al. *Nicotine Tob Res* 2012;14:3:343-50.

³ Gonzales D, et al. *Clin Pharmacol Ther* 2014;96:390-6.

⁴ Tonstad S, et al. *JAMA* 2006;296:64-71.

⁵ Ebbert DO, et al. *JAMA* 2015;313:687-94.

⁶ Rigotti NA, et al. *Circulation* 2010;12:221-9.

⁷ Tashkin DP, et al. *Chest* 2011;139:591-9.

⁸ Mercie P, et al. *Lancet HIV* 2018;5:e126-e135.

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

¹⁰ Anthenelli RM, et al. *Ann Intern Med* 2013;159:390-400.

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

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

BUPROPION Amfébutamone (dérivé de bétaphényléthylamine). **non remboursé par l'AM**

MECANISME D'ACTION

Inhibiteur de la recapture de NA et DA (indépendant d'effets anti-dépresseurs).

- $\searrow$ syndrome de sevrage et craving.
- $\searrow$ l'effet de récompense du tabac

EFFICACITE

Arrêt à 6 mois (vs. PCB) : OR=1,88 (IC95% :1,60 - 2,06) 36 études.^{1,2}
Efficacité équivalente au TNS TD (21 mg).

TOLERANCE. ¹⁻⁴

Globalement bonne mais EI assez fréquents.

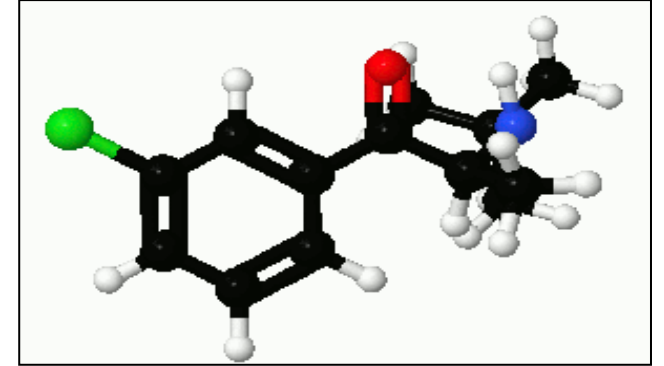
- Convulsions (1/1000) $\searrow$ seuil épileptique (CI épilepsie, alcoolisme, IMAO).
- EI Σ mimétique ($\nearrow$ FC, HTA, sécheresse buccale, Tr. Sommeil agitation ... prudence hypomanie et TB, sevrage aux BZD, alcool).
- EI cutanés : urticaire, angioœdème (+/- néphropathie).
- Int. médicamenteuses: théophylline, Efavirenz, Rifampicine, Anti-P...
- CI femme enceinte ou allaitante, âge < 18 ans, Tr. Bipolaire.
- Prudence Insuffisance Hépatique rénale, sujets âgés.

ASSOCIATION DE MEDICAMENTS (hors AMM).

Varénicline + TNS (M3/6 vs. Varénicline) OR=1,50(IC95%:1,14-1,97) ^{5,6}

Varenicline + Bupropion (M6 vs. Varénicline) RR=1,23(IC95%:1,01-1,30) ^{5,8,9}

Psilocybine + TCC vs. TNS TD + TCC (M6) OR= 6,12 (IC95%:1,99-23,26) ; p=0,003 ¹⁰



3 métabolites actifs.

1/2 vie d'élimination : 20h.

Cp 150Mg : S1, S2 1cpx2

séparés de 8h durée 7-9 S

Métabolisation hépatique.

Excrétion urinaire.

¹ Aubin HJ, et al. *Br J Clin Pharmacol* 2014;77(2):324-36.

² Cahill K, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;5:CD009329.

³ Perriot J, et al. *Alcoolologie et Addictologie* 2013;35(1):25-32.

⁴ Hays JT, et al. *Drugs* 2010;70(18):237-42.

⁵ Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2021;38:706-720.

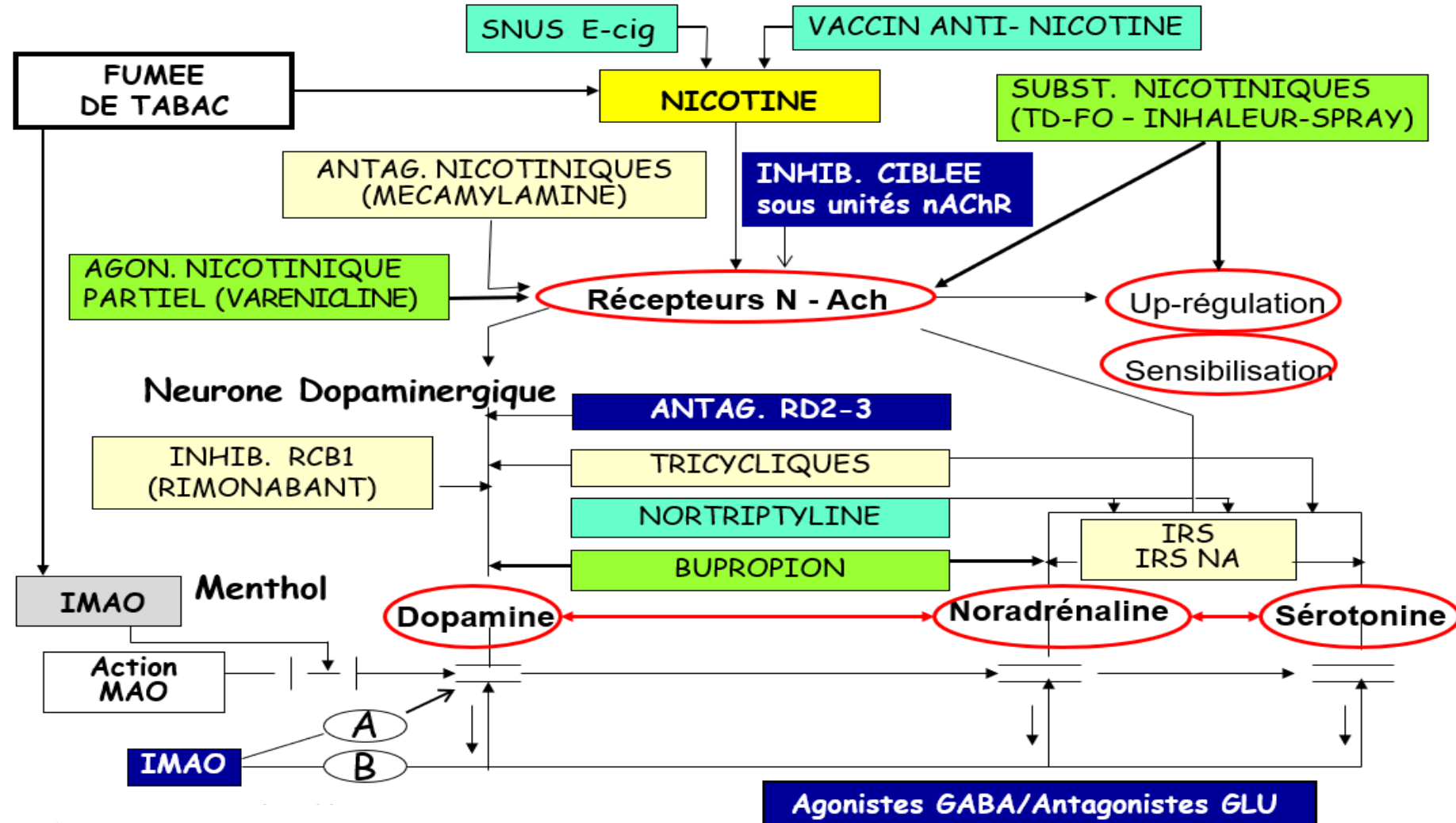
⁶ Kogelenberg CF, et al. *JAMA*. 2014 ; 312(2):155-61.

⁸ Chang PH, et al. *BMC Public Health* 2015;15:689.

⁹ Zhong Z, et al. *Compr Psychiatry* 2019;95:152125.

¹⁰ Johnson MW, et al. *JAMA Netw Open* 2026;9:e26072.

MECANISME D'ACTION DES MEDICAMENTS D'AIDE A L'ARRÊT DU TABAC



AUTRES MOYENS D'AIDE

CIGARETTE ÉLECTRONIQUE

Bénéfices > risques (vs CIG) en usage exclusif

Seconde intention et souhaits du fumeur.

- . e-cig (vs. TNS) RR=1,69(IC95%:1,25-2,27). 3 ét.
- . e-cig +N (vs. e-cig -N) RR=1,71(IC95%:1,00-2,92). 3 ét.
- . e-cig (vs TCC) RR=2,50(IC95%:1,24-5,04). 4 ét.

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

Hartmann-Boyce J, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;10:CD010216

HCSP : Avis relatif aux bénéfices - risques de la cigarette électronique. 26-11-2021.

ACTIVITÉ PHYSIQUE

Contrôle du craving, de la reprise et des TAD.

Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2016;33:431-443.

Bernard P. *Le Courrier des addictions* 2014;16:14-15.

SOUTIEN À DISTANCE (Tel, Informatique, TIS 3989)

Whitaker R. et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 10: CD006611.

Matkin W, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 5: CD002850.

STIMULATION CÉRÉBRALE NON-INVASIVE

Arrêt, réduction craving, amélioration cognition.

Arrêt à M6 vs PCB : OR=2,15 (IC95%:1,18-2,30). 7 ét.

Petit B, et al. *Addiction*. 2022; 117(11) :2768-2779.

THÉRAPIES NON CONVENTIONNELLES ?!

Hypnose. Acupuncture.

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

Barnes J, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 6: CD001008.

Electronic cigarettes for smoking cessation (Review)



Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Lindson N, Bullen C, Begh R, Theodoulou A, Notley C, Rigotti NA, Turner T, Butler AR, Fanshawe TR, Hajek P *Cochrane Database Syst Rev* 2020;10:CD010216.

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



Rev Mal Respir 2017; 34 : 155-64.

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

Effets de l'activité physique sur le syndrome de sevrage et le craving à l'arrêt du tabac^{*}



Revue des Maladies Respiratoires (2016) 33, 431-443

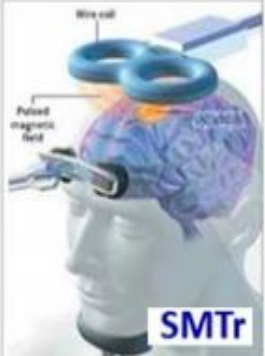
Effects of physical activity on tobacco craving for smoking cessation

M. Underner^{a,*}, J. Perriot^b, G. Peiffer^c,
J.-C. Meurice^a



- Internet : programmes de soutien personnalisés
- Les lignes téléphoniques : Tabac Info Service
- Applications, Facebook, Twitter
- SMS

Applications pour arrêter de fumer



Wire coil

Pulsed magnetic field

NICOTINE

SMT_r



STCC

STRATEGIES D'AIDE A L'ARRÊT DU TABAC

INTERVENTION GLOBALE, INDIVIDUALISEE, ÉTALÉE DANS LE TEMPS.

ÉVALUATION ET ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE.

Bilan du tabagisme

- La dépendance nicotinique (FTCD) et l'usage d'autres SPA.
- Le niveau de motivation (Richmond - balance décisionnelle).
- Les comorbidités (somatiques, Ψ , addictives, sociales).

PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE TABAGIQUE.

Une intervention structurée en trois étapes :

- Phase de préparation (conseiller et aider l'arrêt : X6 les arrêts).
- Phase de sevrage (arrêt effectif, contrôle des dépendances).
- Phase de suivi (prévention de la reprise).

Un accompagnement individualisé étalé dans le temps :

- Les attentes et besoins du patient (PEC individualisée).
- Une réduction de consommation peut préparer l'arrêt complet.
- Pronostic de l'arrêt : contrôle du manque et accompagnement.

PRISE EN CHARGE DES COMORBIDITES (+++)

HAS: Recommandation de bonne pratique, Mai 2014.
Perriot J, et al. Tabacologie et sevrage tabagique. John Libbey. 2003.
Aveyard P, et al. *Addiction* 2012;107:1033-73.

TEST D'ÉVALUATION DE LA MOTIVATION		
Richmond RL, et al. <i>Addiction</i> , 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		

TEST DE DÉPENDANCE A LA NICOTINE (FTCD)		
Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ? (< 30mn TNS TD /24h + TNS FO au réveil et post petit déjeuner immédiat)	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 ? ... Posologie de TNS TD (1cig=1mg de nicotine = 1 mg de TNS... TNS FO ad Lib)	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 Score 7 à 10 : forte dépendance à la nicotine (Score 9-10 : très forte dépendance)		
Score 4 à 6 : dépendance à la nicotine		

ELEMENTS DE L'INVENTAIRE INITIAL.

1 - Situation personnelle du fumeur.

Age, formation, famille, travail, entourage, bien-être, LGBTQ+, croyances...

2 - Niveau d'intoxication tabagique.

Consommation /J, ancienneté (PA), tabagisme passif, COE.

3 - Histoire du tabagisme.

Age de début, tentatives d'arrêt, PEC ?, reprises ?

4 - Comorbidités, suivi médical et traitements.

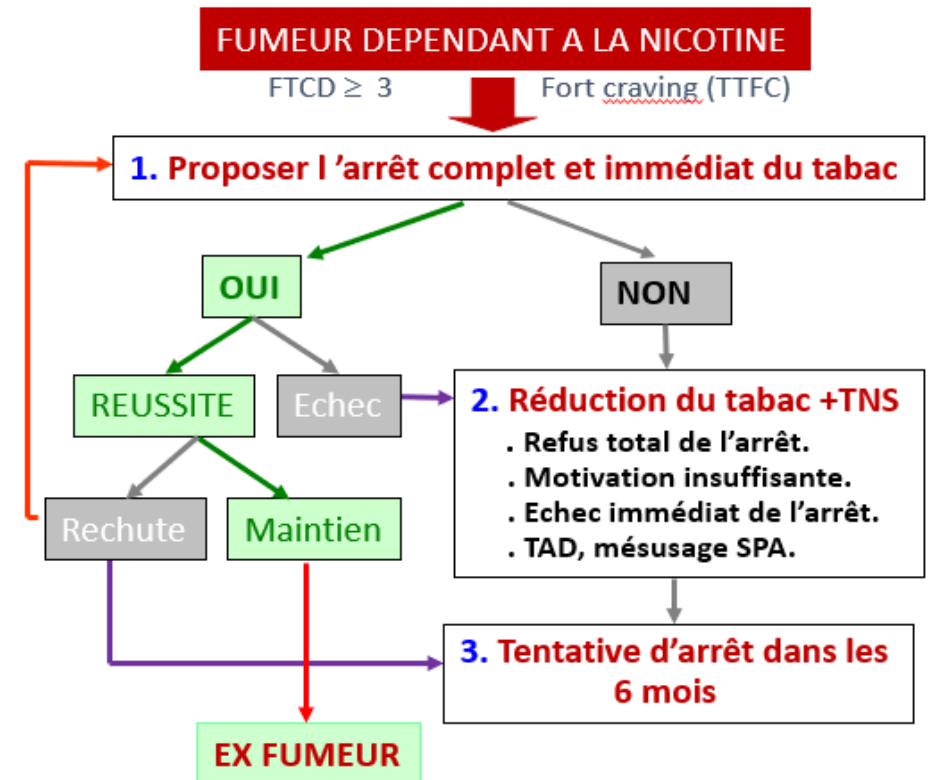
Tr. Ψ (HAD/BDI), SUD (DETA/CAST), somatique, social.

5 - Aptitude au changement de comportement.

Avis sur la consommation/réussite balance (Richmond) décisionnelle ? Motif/maturation ? Temporalité

6 - Evaluation de la dépendance et du craving.

Dépendance (FTCD/TTFC/HONC), craving (EVA/QSU/FTCQ)



SYNTHESE DES INFORMATIONS ISSUES DU BILAN INITIAL

Age	Consommation C/J	Paquets-Années (durée)
Bien-être (/10)	Situation personnelle professionnelle précarité (EPICES) (N. Educatif)	Désir d'arrêter (/10) Confiance en soi (/10)
Comorbidités Somatiques	Motifs de l'arrêt (Bénéfices)	Usage de SPA Alcool (DETA,AUDIT) Cannabis (CAST) Autres (cocaïne...)
Comorbidités Psychiatriques	Craintes (Freins)	Marqueurs du tabagisme COE (cotinine)
Age du tabagisme (1 ^{ère} C/T. Quot./Dep)	Dépendance FTCD (MNWS) Craving FTCQ QSU (TTFC, EVA)	Tentatives d'arrêts (Nb/durée/dernière)
Traitements actuels (suivi médical ?)	Motivation-Décision Richmond (Prochaska) Attentes du patient Arrêt brutal/réduction TNS/Autres médicaments E-cigarette	Indicateurs état psychologique HAD D A BDI Angst Akiskal-Hantouche

PRATIQUE DU SEVRAGE TABAGIQUE

INDUIRE UNE STRATEGIE D'ARRÊT DU TABAC

CONSEILLER L'ARRÊT, PROPOSER UNE AIDE, ACCOMPAGNER L'ARRÊT (TCC)

(X 6 les tentatives d'arrêt vs. conseil d'arrêt) ¹

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

TNS (vs PCB, arrêt M6) ³ OR=2,06 (IC95% : 1,34-3,15)

Varénicline (vs PCB, arrêt S2-S24) ⁴ OR=4,02 (IC95% : 2,94-5,50) ; $p<0001$

Une réduction de consommation peut préparer l'arrêt

PRÉ-TRAITEMENT AVANT LE DÉBUT DE L'ARRÊT

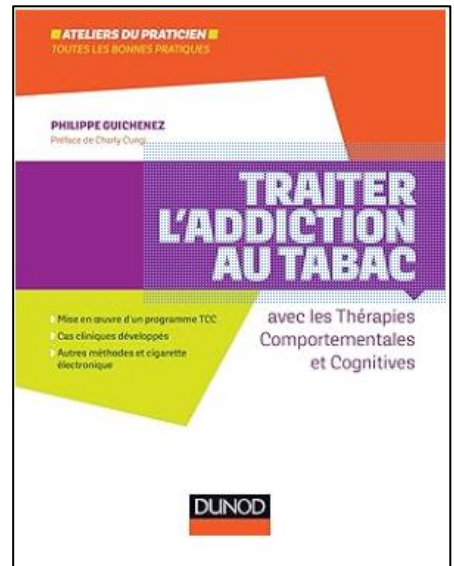
TNS (2-4 S préTQD vs PCB, arrêt M6) ⁵ OR=2,17 (IC95% : 1,46-3,22)

(4S pré TQD vs PCB puis TNS Standard 3mois) ⁶ Réduction du craving à M1-M6

Varénicline (4 S préTQD vs PCB, arrêt M3) ⁷ Varénicline 47,2 % (vs 20,8 %) ; $p=0,005$

ACCOMPAGNER LE PATIENT PAR TCC DURANT LA TENTATIVE.

MOTIVATION A L'ARRÊT, OBJECTIFS PERSONNELS, OBSERVANCE ^{2,8}



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. *Addiction* 2018 Jul 31; doi: 10.1111/add.14401

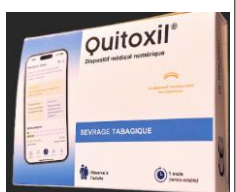
⁷ Hajek P, et al. *Arch Intern Med* 2011;171:770-7

⁸ P Guichenez. *Traiter l'addiction au tabac*. Dunod,2017.

Dispositif médical de
Soutien numérique

Quitoxil ®

<https://quitoxil.fr/>



PHARMACOTHERAPIE (besoins et attentes du patient)

SUBSTITUTS NICOTINIQUES (TNS) Remboursement par l'assurance maladie

TNS FO (à 6 mois *vs* PCB IC95%) : Pastilles (OR=2,2), Gommages (OR=1,49), Spray nasal (OR=2,48)

TNS TD - Patch (à 6 mois *vs* PCB) : OR=1,64 (IC 95% : 1,53-1,75) 51 ét.¹

Optimisation du TNS (HAS, 2014 : traitement de 1^{ère} intention)

. **Association Patch (P) + FO *ad Libitum*** (à 6 mois) P + Losange (OR=1,83), P+ Gomme (OR=1,15)

. **Allonger la durée du traitement :**

durée < 145 jours : RR rechute=1,44 (IC95% : 1,18-1,76) ²

TNS TD (24 S *vs* 8/52S) : OR=1,70 (IC95% : 1,03-2,81) ; p=0,04 ³

. **Améliorer l'observance** (port du patch H/J) élevé S 12 : OR=2,24 (IC95% : 1,00-5,03) ⁴

. **Pas de sous-dosage initial (S1), bonne tolérance des fortes posologies** ⁵

. **Spray : diminution plus rapide du craving** (tolérance moins bonne que les autres TNS FO?) ⁶

VARENICLINE Remboursement par l'assurance maladie

Médicament le plus efficace en monothérapie (1^{ère} ligne... échec TNS) ⁷

Modalités d'utilisation variées et bonne tolérance (informer et dédramatiser)

CI : grossesse.

BUPROPION non remboursé par l'assurance maladie

Efficacité analogue à celle des TNS TD (à 6 mois *vs* PCB) : OR=1,88 (IC95% : 1,60-2,06) ⁸

CI (épilepsie ++) et grossesse ; incertitudes sur le bénéfice de l'association à TNS ⁸

1 Hartmann-Bovce J. et al. *Cochrane Data Base Syst Rev* 2018;5:CD000146.

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

3 Schnoll RA. et al. *JAMA Intern Med* 2015 : 175:504-11.

4 Ma P. et al. *Drug Alcohol Depend* 2016 : 169 : 64-7.

5 Berlin I, et al. *Addiction* 2011 ; 106 :833-43.

6 Hansson A, et al. *BMJ Open* 2012 ; 2 :e001618.

7 Lindson N, et al. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;9(9):CD015226.

8 Cahill K, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;5:CD009329.

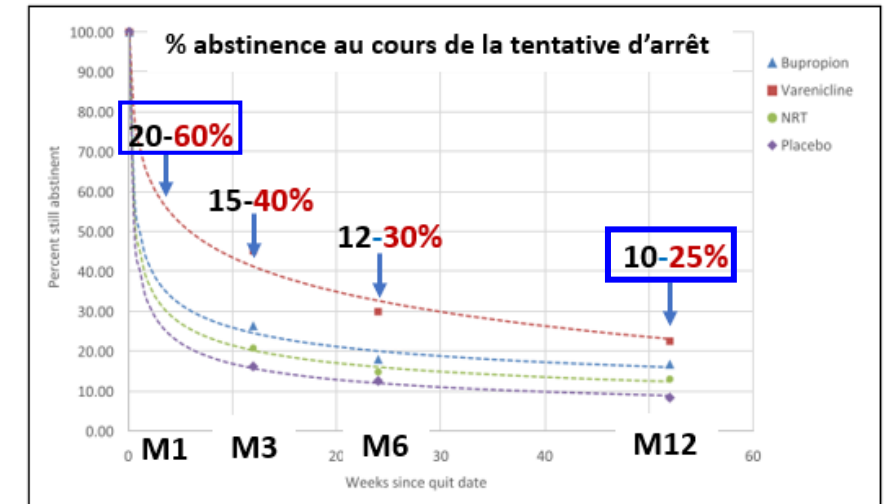
ASSURER LE MAINTIEN DE L'ABSTINENCE

CONTRÔLE DU CRAVING

Plus il est intense et répété, moins la probabilité d'arrêt durable est élevée (mesure régulière : FTCQ-QSU)

- . **Médicaments d'aide à l'arrêt** (Varenicline > TNS/B)
- . **Thérapies cognitivo-comportementales**
- . **Autres** (act. physique, E-CiG, Topiramate, SMTc...)

Jackson SE, et al. *Addiction* 2019;114:797-97.
Samalin L. et al. *Rev F Psv Psvchol Méd* 2010 ; XVI : 38-43.
Underner M. et al. *Rev Mal Respir* 2016;33:431-443.
Dawkins L. et al. *Psychopharmacology* 2013 ; 227:377-84.
Oncken C, et al. *Nicotine Tob Res* 2014;16:288.



TCC : PREVENIR ET GERER LA REPRISE

Elaborer des stratégies préventives et alternatives de contrôle du risque de « reprise »...

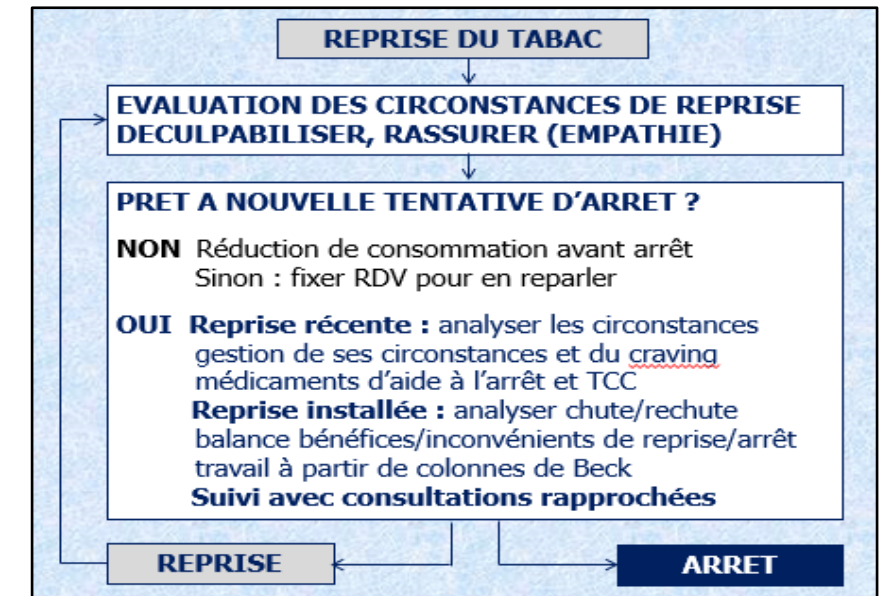
Méditation de pleine conscience, réalité virtuelle.

HJ Aubin, et al. *Comment arrêter de fumer ?* Odile Jacob, 2003
P Guichenez. *Traiter l'addiction au tabac*. Dunod, 2017.
Tapper K. *Clin Psychol Rev*. 2018;59:101-117.
Hone-Blanchet A. et al. *Front Hum Neurosci*. 2014;8:844.

OBSERVANCE DU TRAITEMENT ET ETP

Renforcer l'observance (ETP) et le suivi (à distance)
Patients BPCO, MCV, Path. Mentale, Grossesse, SUD).

Hollands GJ, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2015, 2: CD009164.
Schlam TR. et al. *Psychopharmacology* 2018;235:2065-75.
Galera O. et al. *Rev Pneumol Clin* 2018;74 :221-225.



ELEMENTS DE DISCUSSION

ARRET : MOTIVATION et/ou DEPENDANCE

Etude UK (n=8864, F adultes) TNS vs. Bupropion (8S)+TCC

Motivation : score (détermination: 1-5 + importance: 1-4).

Dépendance : FTND, HSI, Critères non HSI du FTND.

OR arrêt (M 1-6-12) :

La dépendance est un indicateur des chances d'arrêt.

La motivation est un indicateur de qualité de la décision.

Ussher M. et al. *Addict Behav* 2016;53:175-180.

Adjusted ^a multiple regressions	Time of smoking abstinence assessment (dependent variable)		
	OR95% - M1	OR95% - M6	OR95% - M12
FTCD	0.84 (0.78–0.89) p < 0.001***	0.83 (0.76–0.90) p < 0.001**	0.83 (0.74–0.92) p < 0.001**
HSI	0.78 (0.71–0.86) p < 0.001***	0.79 (0.69–0.90) p < 0.001**	0.81 (0.69–0.96) p = 0.013*
Non-HSI items from FTCD	0.77 (0.68–0.87) p < 0.001***	0.73 (0.62–0.86) p < 0.001***	0.68 (0.55–0.84) p < 0.001**
Motivation to quit	1.02 (0.95–1.09) p = 0.673	0.98 (0.89–1.08) p = 0.636	0.95 (0.84–1.07) p = 0.398

ARRÊT AVEC OU SANS PREPARATION ?

Etude UK (n=918, F adultes : arrêts non planifiés vs. planifiés)

Résultats des tentatives d'arrêt non planifiées:

Arrêt à 6 mois : OR=2,6 (IC95% :1,9-3,6)

(tension motivationnelle, f. environnementaux déclencheurs).

Induire une stratégie d'arrêt et accompagner l'arrêt.

West R, et al. *BMJ* 2006;332 (7539):458-460.

“Catastrophic” pathways to smoking cessation: findings from national survey

Robert West, Taj Sohal

BMJ 2006; 332(7539) :458-460.

ACCROITRE ET RENFORCER LA MOTIVATION

Patient motivé à l'arrêt du tabac : arrêt du tabac (traitement ajusté sur niveau de dépendance et le contrôle du « manque »).

Patient peu motivé à l'arrêt du tabac : accroître la motivation (perception d'une menace à fumer + confiance en soi pour arrêter) puis engager une stratégie d'arrêt du tabac.

West R. *BMJ* 2004;328:338-339.

Fumeur dépressif (des affects positifs bas et négatifs élevé + déficience cognitive) : corriger les croyances erronées, renforcer les objectifs personnels (+ pharmacothérapie d'aide à l'arrêt).

Mathew AR, et al. *Addiction*. 2017;112:401-412.

ACCOMPAGNER LE FUMEUR LORS DE L'ARRÊT

Induire une stratégie d'arrêt : prenant en compte attente, besoins du fumeur et contrôlant le syndrome de sevrage.

Suivi (nb Cs > 8) et arrêt à M6 : OR=1,7 (IC95% :1,3-2,2)

Intervenants (prof. différentes) : OR=2,5 (IC95% :1,9-3,4)

PEC et suivi renforcé (post IDM) : 44% d'arrêts à M6

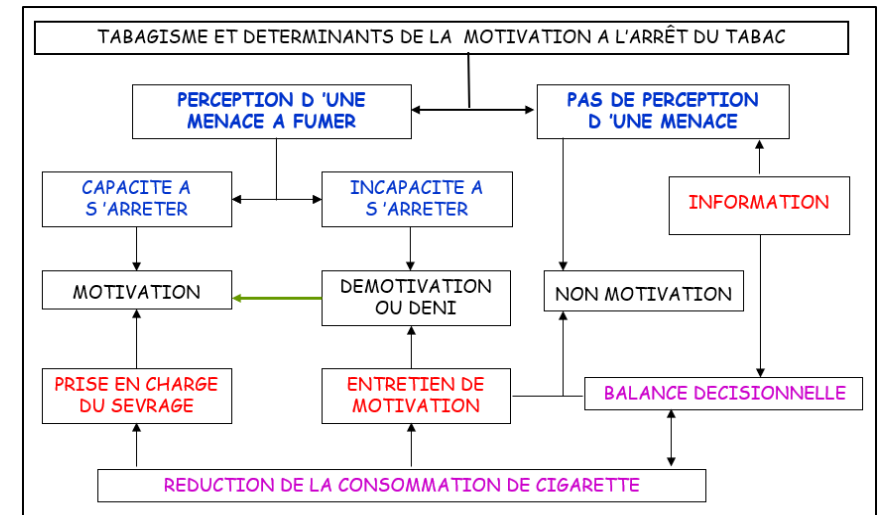
Suivi téléphonique et arrêt : RR=1,25 (IC95% :1,1-1,3)

Fiore MC, et al. Treating Tobacco Use and Dependence. 2000, 2008 update.

Reid RD, et al. *Can J Cardiol* 2006;22:775-80.

Matkin W, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;5:CD002850.

		Motivation	
		Low	High
Dependence	Low	- Unlikely to stop but could do so without help - Primary intervention goal is to increase motivation	- Likely to stop with minimal help - Primary intervention goal is to trigger a quit attempt
	High	- Unlikely to stop - Primary intervention goal is initially to increase motivation to make smoker receptive to treatment for dependence	- Unlikely to stop without help but would benefit from treatment - Primary intervention goal is to engage smoker in treatment



Smoking cessation effectiveness in smokers with COPD and asthma under real life conditions



Gratziou Ch, et al. *Respir Med* 2014;577-83

REDUCTION DE LA CONSOMMATION DE TABAC ?

DES BENEFICES A L'ARRÊT, PAS A LA SIMPLE REDUCTION (pas une « fin en soi »).

Réduit la morbi-mortalité cardio-vasculaire.

- Mortalité totale après IDM (-36%).
- Risque de récurrence après un IDM (-32%).
- Complications post-chirurgie cardiaque.

Thomas D. *Presse Med* 2013;42:1819-27.

Réduit l'impact de la BPCO.

- Déclin du VEMS (et meilleure qualité de vie).
- Risque d'exacerbations et de décès.

Jiménez-Ruiz CA. et al. *Eur Respir J* 2015 : 46 : 61-7.

Allonge l'espérance de vie (cancer pulmonaire).

- CBNPC : RR=2,94 (IC95% : 1,15-7,54)
 - CBPC : RR=1,86 (IC95% : 1,33-2,59)
- (Arrêt vs. poursuite du tabagisme)

Parsons A, et al. *BMJ* 2010 ; 340 : b 5569.

Améliore la santé mentale (anxiété, dépression...)

Taylor G, et al. *BMJ* 2014;348:g1151.

La simple réduction du tabac ne réduit pas la mortalité liée au tabagisme

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

Berlin I. *Alcoologie et Addictologie* 2017; 39:107S -11S.

Lee PN. *Revue Toxicol Pharmacol* 2013; 372 - 81.

MAIS LE PATIENT RESSENT CES BÉNÉFICES QU'UNE FOIS L'ARRÊT OBTENU ...

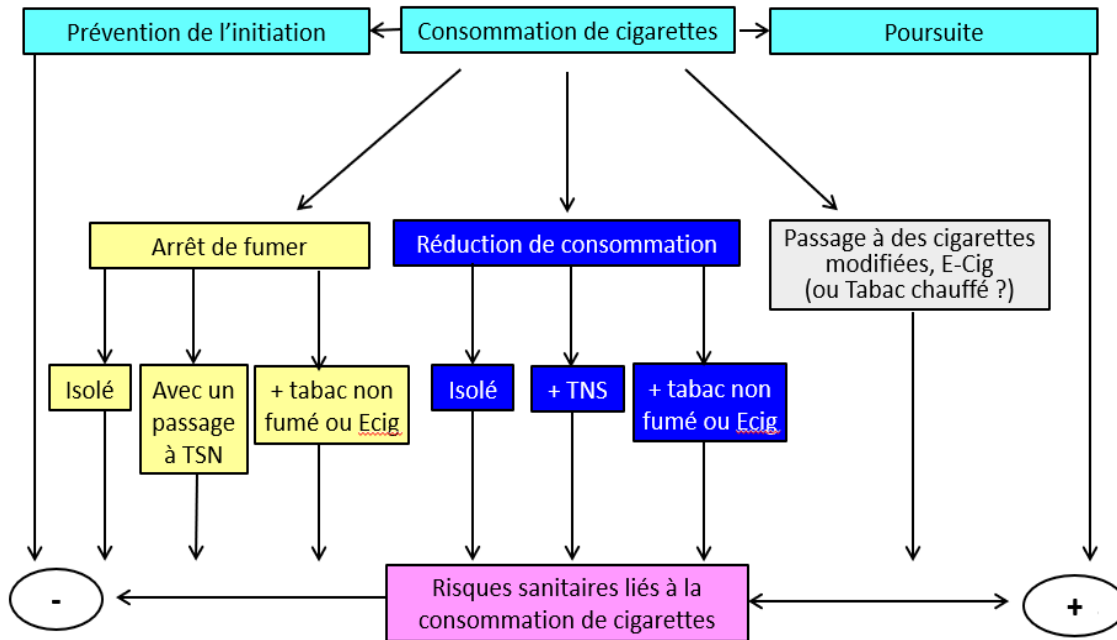
La réduction de la consommation peut préparer l'arrêt (temporaire + TNS ≠ « pre-quit »)

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

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

REDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES ? ¹

La réduction de la consommation de cigarette de tabac n'est pas associée à une réduction du risque de la mortalité . Seul l'arrêt complet permet de réduire la mortalité liée au tabac.^{2,3}



Référence: pas de réduction	Risque relatif	IC 95%
	Réduction de consommation ? consommation < 50%, COE stable	
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 Fumeurs

Une réduction de la consommation de tabac aidée par TNS peut préparer l'arrêt (accompagnement médical)⁴
Harm-réduction par **E-Cig en usage exclusif** est licite en cas d'échec de la stratégie d'arrêt, ou de choix du patient (les risques de cet usage à long terme paraissent très inférieurs à celui d'un tabagisme résiduel).^{5,6}

¹ Martinet Y, et al. *Rev Mal Respir* 2006;23(4suppl) :13S109-118.

² Berlin I. *Alcoologie et Addictologie* 2017;39:107S-111S.

³ Lee PN. *Regul Toxicol Pharmacol* 2013;3:372 - 81.

⁴ Perriot J, et al. *Rev Pneumol Clin* 2018 ; 356 : 775-789.

⁵ Versella MV, et al. *Curr Opin Psychol*. 2019 ;30:29-34.

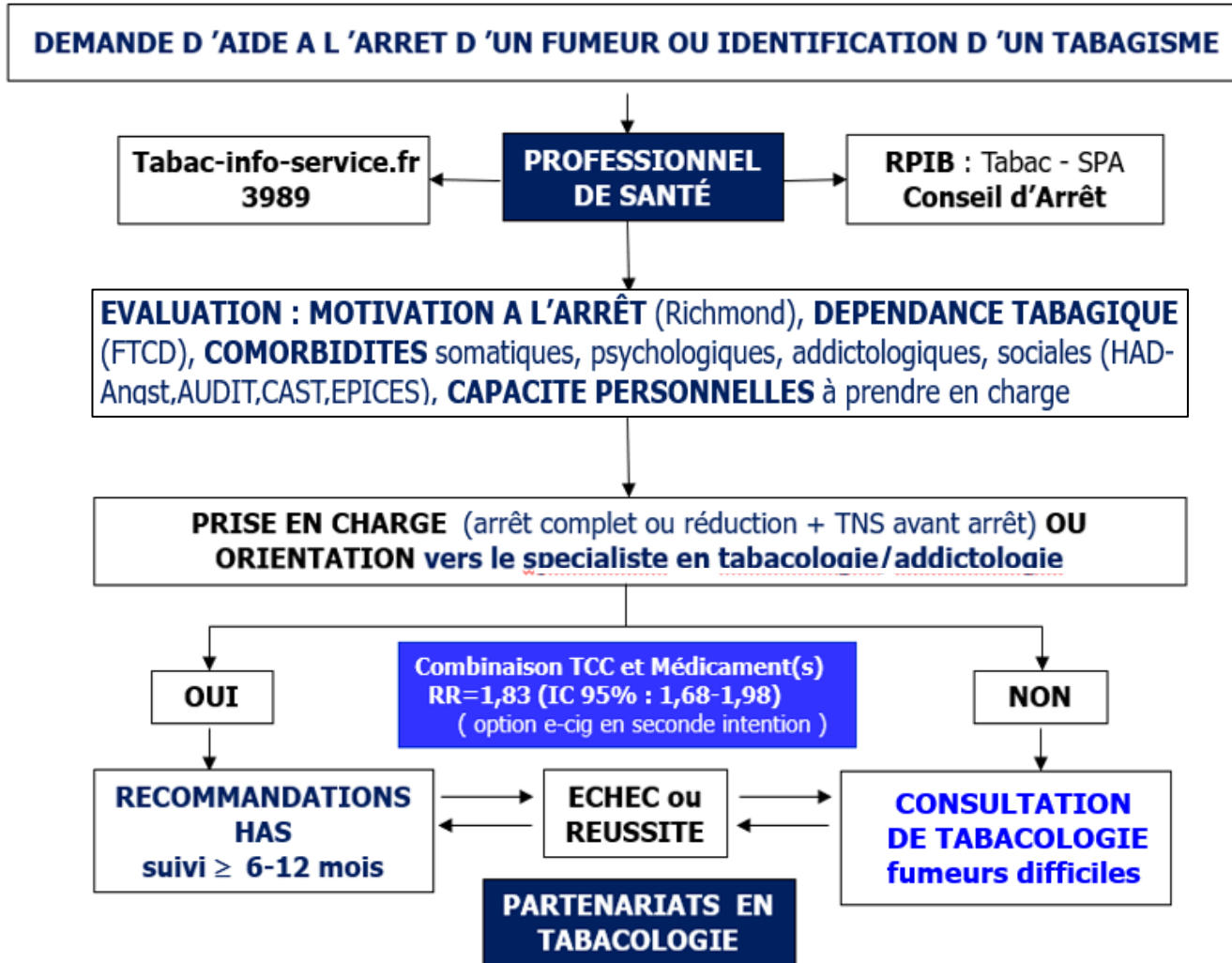
⁶ Vanderkam P, et al. *Presse Med*. 2016;45(11):971-985.

DECISION ET PRISE EN CHARGE



Underner M, Le Houezec J, Perriot J, Peiffer G. Les tests d'évaluation de la dépendance tabagique. *Rev Mal Respir.* 2012;29:462-474.

PLACE DES PROFESSIONNELS



RESEARCH ARTICLE

Success rates in smoking cessation:
Psychological preparation plays a critical role
and interacts with other factors such as
psychoactive substances

Bertrand Joly¹, Jean Perriot², Philippe d'Athis¹, Emmanuel Chazard³, Georges Brousse⁴,
Catherine Quantin^{1,5,6*}

LE SEVRAGE TABAGIQUE DES FUMEURS TRÈS DÉPENDANTS

J. PERRIOT (1), G. MATHERN (2), E. ANDRÉ (2), A. SCHMITT (3), F. MERSON (1), G. BROUSSE (3),
M. UNDERNER (4)

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



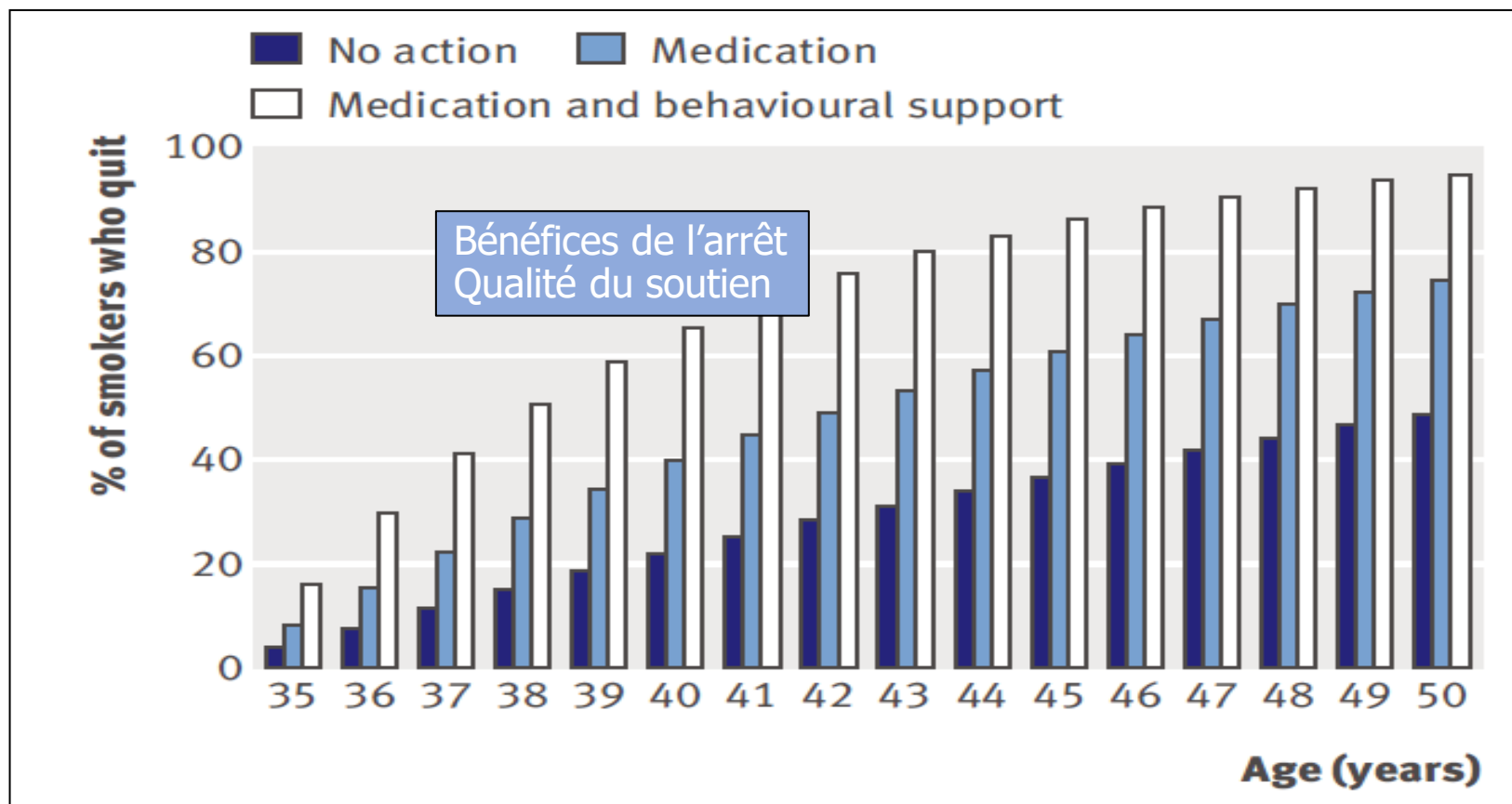
REVUE GÉNÉRALE

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

COMPLEMENTARITE DES INTERVENTIONS (PEC)



PEC RESIDENTIELLE

OR = 3,58 (IC 95% : 2,61-4,89)

Hays JT, et al. *Mayo Clinic Proc* 2011 ; 86 : 203-9.

SOUTIEN A DISTANCE

Internet-SMS : OR = 2,16 (IC 95% : 1,77-2,62)

Ace C, et al. *PloS Med* 2013 ; 10: e1001362

Réussite du sevrage : souvent à la 3^{ème} ou 4^{ème} tentative d'arrêt spontané (ou aidée).

Nombreux échecs : forte dépendance, faible motivation, déficit de PEC ... HCS ?

Chaque PEC renforce la suivante si elle a été de qualité (renforce la confiance en soi)

Aide efficace (ressenti du fumeur) renforce la chance d'arrêt à la tentative suivante...

Ressenti négatif : perte de confiance en soi (↗ risque d'échec ultérieur)

Importance de la qualité de l'aide proposée : intervention, suivi, empathie

CONCLUSION

Le tabagisme est une maladie chronique (Addiction).

Induire une stratégie d'arrêt : conseil d'arrêt associé au rappel des bénéfices de l'abstinence et à une proposition de prise en charge (penser RPIB : alcool-tabac-cannabis).

Aide à l'arrêt du tabac : combiner pharmacothérapies (observance) et TCC (après bilan initial). Prise en charge globale, personnalisée, étalée dans le temps... moyens complémentaires.

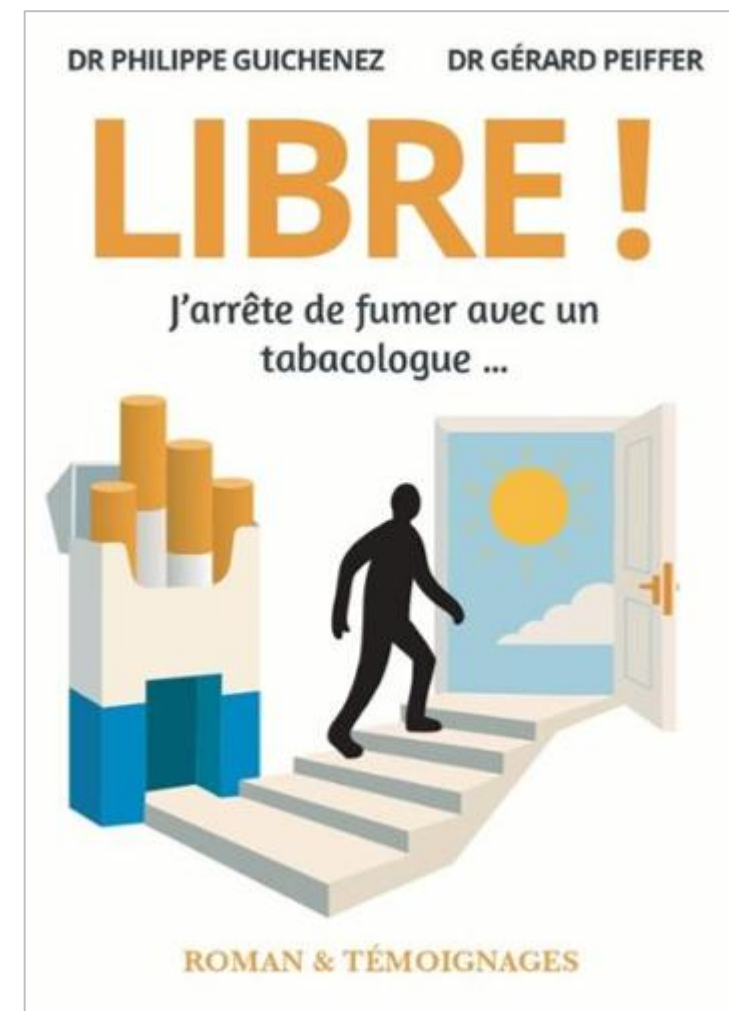
Seul l'arrêt réduit les risques liés au tabagisme pas la simple réduction de la consommation (possible étape préparatoire avant l'arrêt + TNS/Autres, accompagnée par professionnel).

L'e-cig en usage exclusif est moins toxique à court terme que la cigarette (recours de seconde intention).

Partenariats dans l'aide à l'arrêt (suivi, complémentarité).

Remerciements.

G. Brousse, M. Rude-Bache, M. Marbois - Clermont-Ferrand.
G. Peiffer - Metz, P. Arvers - Grenoble, P. Guichenez - Béziers.



Disponible sur Amazon

POUR EN SAVOIR PLUS

- HAS. Recommandation de Bonne Pratique : Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien dans l'abstinence en premier recours. Oct. 2014.
- Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Agency for Healthcare Research and Quality, 2008 update.
- Interventions for Tobacco Cessation in Adults, Including Pregnant Persons Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force Agency for Healthcare Research and Quality, Jan 2021.
- Initiating Pharmacologic Treatment in Tobacco-dependent Adults. An official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. *Am J Respir Crit Care Med*. 2020; 202:e5-e31.
- Underner M, Le Houezec J, Perriot J, et al. Tests for evaluating tobacco dependence. *Rev Mal Respir* 2012;29(4):462-74.
- Wirth N, Perriot J, Stoeber A, et al. Tabagisme in « *La pneumologie fondée sur les preuves, sous l'égide de la SPLF, coordination S. Marchand-Adam* ». 5e Ed; Editions Margaux Orange, 2017.
- Underner M, Perriot J, Peiffer G, et al. Effets de l'activité physique sur le syndrome de sevrage et le craving à l'arrêt du tabac. *Rev Mal Respir* 2016; 33(6):431-443.
- Hollands, Gareth J, Farley A, et al. Interventions to increase adherence to medications for tobacco dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;8(8):CD00914.
- Berlin I, Maman K, Thomas D. Livre blanc. Rôle du pharmacien d'officine dans l'initiation et l'accompagnement du fumeur dans son parcours de sevrage tabagique. Novartis Santé Familiale SAS, 2014.
- George TP. *Medication treatments for nicotine dependence*. CRC Press, 2006.
- Perriot J. La conduite de l'aide au sevrage tabagique. *Rev Mal Respir* 2006; 23(Suppl1):3S85-3S105.
- Dautzenberg B, Adler M, Garelik D, et al. Office français de prévention du tabagisme. Adaptations to the management of smoking cessation with the arrival of e-cigarette ? (OFT). *Rev Mal Respir* 2014;31(7):641-5.
- Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Lindson N et al. Electronic cigarette for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;10(10):CD010216.
- HCSP. Avis relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique ou e-cigarette étendus en population générale. Paris, 2021.

Berlin I, Jacob N, Coudert M, et al. Adjustment of nicotine replacement therapies according to saliva cotinine concentration: the ADONIS* trial-a randomized study in smokers with medical comorbidities. *Addiction*. 2011;106(4):833-43.

Perriot J, Llorca PM, Boussiron D, et al. *Tabacologie et sevrage tabagique*. John Libbey Eurotext, 2003.

Seidman DF, Covey LS. *Helping the Hard-core smoker*. Lawrence Erlbaum Publishers, 1999.

Emery S, Gilpin EA, Ake C et al. Characterizing and identifying "hard-core" smokers: implications for further reducing smoking prevalence. *Am J Pub Health* 2000 ; 90 (3) : 387-94.

Augustson EM, Marcus S. Use of the current population survey to characterize subpopulations of continued smokers: a national perspective on the "hardcore" smoker phenomenon. *Nicotine Tob Res* 2004 ; 6(4) : 621-9.

Perriot J. L'aide à l'arrêt du tabagisme des fumeurs irréductibles. *Le Courrier des Addictions* 2010 ; 12 (1) : 15-17.

Perriot J, Underner M, Peiffer G, et al. Helping the « hard-core smokers ». *Rev Mal Respir* 2012 ; 29 (4) : 448-451.

Joly B, D'Athis P, Gerbaud L, et al. Smoking cessation attempts: is it useful to treat hard core smokers ? *Tob Ind Dis* 2016 ; 14:34.

Jiménez-Ruiz CA, Andreas S, Lewis KE, et al. Statement on smoking cessation in COPD and other pulmonary diseases and in smokers with comorbidities who find it difficult to quit. *Eur Respir J* 2015 ; 46 (1) : 61-79.

Perriot J, Mathern G, André E, et al. Le sevrage tabagique des fumeurs très dépendants. *Rev Med Liege* 2013 ; 68 (5-6) : 256-61.

Buchanan T, Magee CA, V See H, et al. Tobacco harm reduction: are smokers becoming more hardcore. *J Public Health Policy*. 2020 ; 41 (3) : 286-302.

Joly B, Perriot J, d'Athis P, et al. Success rates in smoking cessation: Psychological preparation plays a critical role and interacts with other factors such as psychoactive substances. *PLoS One*. 2017 ; 12 (10) : e0184800.

Vorspan F, Brousse G, Van Den Brinck W. Editorial: Dual disorders (addictive and concomitant psychiatric disorders) : Mechanisms and treatment. *Front Psychiatry* 2022;13:975674.

Merson F, Perriot J. Social deprivation and time perception, the impact on smoking cessation. *Sante Publique* 2011;23(5):359-70.

Perriot J, Underner M, Peiffer G, Arvers P. Smoking cessation in smokers with pulmonary Langerhans cell histiocytosis considerations from the management of ten patients. *Rev Mal Respir* 2021 ; 38 (2) :157-163.

ETUDE DE CAS CLINIQUES

CAS CLINIQUE 1

Un jeune homme de 16 ans (classe terminale) 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 beaucoup 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 : FAGERSTROM : 2 (/10), RICHMOND : 4 (/10), HAD versant dépression : 7 ; versant anxiété : 8

Il a fumé depuis le réveil 2 cigarettes ; il est 11 h (dernière il y a 3h) COE : 20 ppm

Evaluez le niveau de dépendance, de motivation à l'arrêt du tabac, le pronostic de la tentative à cet instant du bilan initial. Attitude induite ?

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 ; elle tousse et présente une pesanteur du thorax la nuit. Son sommeil est morcelé non réparateur (des difficultés à l'endormissement ; elle se couche vers minuit et se lève dès 6h du matin).

Actuellement, elle fume 25 cigarettes/jour et a commencé à fumer à l'âge 18 ans (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, RICHMOND : 8 (/10), **QSU** 10, MNWS : 35, Indice HAD versant dépression : 6 ; versant anxiété : 11

Évaluez le niveau de dépendance et de motivation ainsi que le pronostic de la tentative à cet instant du bilan initial (vous manque-t-il des informations). Attitude induite ?

CAS CLINIQUE 3

Madame Pascale B, âgée de 45 ans, divorcée, mère d'une fille de 17 ans, désire arrêter le tabac « Je veux changer de vie et me régénérer ». Cette femme très mince, élégante, légèrement logorrhéique est cadre supérieure dans l'industrie pharmaceutique; elle voyage dans le monde entier et pratique assidument le sport en salle.

Elle vous dit avoir commencé à fumer à HEC et ajoute-t-elle « pas que du tabac... ». Elle fume 25 C/J et dès le réveil. Quand on lui demande les raisons de son divorce, elle explique qu'elle n'a pas compris... « c'est la vie... soupir ! » Elle est restée proche de son ex-mari « il veille sur moi comme sur une enfant ; tout de même j'ai 45 ans ! »

Elle a déjà été hospitalisée en psychiatrie en raison d'une tentative de suicide dont la raison lui paraît futile (succession de ruptures sentimentales). Au cours de la narration de sa vie privée, la patiente paraît très nerveuse et agitée. Lors de son hospitalisation les psychiatres lui avaient prescrit des « médicaments », vites interrompus « je n'avais pas envie de me droguer et devenir dépendante ! »

Il lui est arrivé de consommer de la cocaïne. Elle use parfois de l'alcool « dans les coups de cafards », « une cigarette, un whisky ou deux et cela va mieux ! ». Rarement le soir, elle ajoute un « joint » pour se détendre !

Elle implore « aidez moi, mon cher Docteur ». Elle présente une importante toux chronique sans dyspnée, un léger hippocratisme digital, IMC=18, température = 36,5°.

Questions 1 :

Quelle est votre première impression clinique ?

Quelles seraient vos difficultés de prise en charge du sevrage tabagique ?

Vous manque-t-il des données pour prendre en charge cette patiente ?

Consommation quotidienne 25 cig./jour, cumulée=25 PA, FTCD=9, COE=39 ppm (10 cig. ce jour, la dernière il y a 2h). Richmond=6, tentatives d'arrêts = 8 (la plus longue 2 jours, il y a 2 ans). HAD: A=11 D=11; BDI=14; FTCQ=58/84; MWNS = 40/60; Angst=16; Oncle (frère de sa mère) décédé par pandaison ; sa mère est dépressive (suivie en psychiatrie).

Questions 2 :

Quel diagnostic psychiatrique évoquez vous ? mènerez vous d'autres investigations ?

Comment aborderiez vous cette patiente et quelles informations lui donneriez vous ?

Quelle serait votre stratégie de prise en charge de cette patiente ?

Vous avez fait pratiquer RP - TDM thoracique voici les résultats, qu'en pensez vous ?



Cancer bronchique (LSD - endoscopie histologie : ADK).

Penser au cancer bronchique chez la fumeuse (tabagisme avec exposition précoce et ancienne, polyconsommation de SPA : cannabis, clinique (toux chronique, hippocratisme digital, état dépressif...), IMC faible, exposition professionnelle aux carcinogènes...).

Pronostic (précocité du diagnostic, extension, type histologique et aspects génétiques, état général...)

Arrêt du tabac : doublement de l'espérance de vie (cancer non métastasé), meilleure tolérance des traitements du cancer, amélioration de la qualité de vie).

Schveidert D, et al. *Neoplasma* 2016 ; 63:504-9.

Bae JM. *Epidémiol Health* 2015 ; 37:e2015047.

Ruppert AM, et al. *Rev Mal Respir* 2013 ; 30 (8) : 696-705.

Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2020 ; 37 (9) : 722-734.

Parsons A, et al. *BMJ* 2010 ; 340 : b 5569.

Peiffer G, et al. *Rev Mal Respir* 2020 ; 37 (9) : 722-734

Stücker I, et al. *BMC Public Health* 2017 ; 17 (1) : 324.

Pradere P, et al. *Rev Mal Respir* 2022 ; 39 (8) : 708-718.

TEST D 'EVALUATION DE LA MOTIVATION

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

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 du questionnaire (6 questions)

0 - 3 : peu de dépendance
 4 - 6 : dépendance moyenne
 7 - 10: forte, très forte dépendance

Score questionnaire (2 questions)

0 - 2 : peu de dépendance
 3 - 4 : dépendance moyenne
 4 - 6 : forte, très forte dépendance

Question 1: évaluation de la Dépendance, du craving et du pronostic d'arrêt à 12 mois.

Question 1: évaluation de la Dépendance et posologie TNS initiale (TNS-TD + FO)

Questionnaire en deux questions :
 1 Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?
 2 Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

TEST HONC (Hooked* on Nicotine Checklist)

(Adolescents et adultes : 2 réponses positives: dépendance)

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.

Craving

Craving

DÉPENDANCE PSYCHO-COMPORTEMENTALE (QCT 2 GILLIARD)

	0 Pas du tout	1 Plutôt non	2 Plutôt oui	3 Tout à fait	
1 - Je fume automatiquement, sans même y penser.					D
2 - Je fume pour faire comme les autres.					S
3 - Je fume quand je suis anxieux(se), préoccupé(e), inquiet(e).					A
4 - Le plaisir de fumer commence avec les gestes que je fais pour allumer ma cigarette.					H
5 - Dès que je ne fume pas, j'en suis très conscient et je ne peux pas contrôler le désir de fumer.					D
6 - Je fume quand je suis avec d'autres fumeurs pour me faire accepter par eux.					S
7 - Je fume quand je me sens triste, déprimé(e).					A
8 - Je prends plaisir à allumer et à tenir une cigarette.					H
9 - Quand je n'ai pas pu fumer depuis un moment, j'ai vraiment une envie irrésistible d'une cigarette.					D
10 - Je fume pour en imposer aux autres.					S
11 - Fumer me calme, me détend, me décontracte.					A
12 - J'aime manipuler une cigarette.					H
13 - Je prends une cigarette sans savoir pourquoi, sans m'en rendre compte.					D
14 - Je fume quand je fais une pause.					S
15 - Je fume quand je suis en colère.					A
16 - Tirer sur une cigarette est relaxant.					H
17 - Je fume par habitude.					D
18 - Je fume pour avoir plus confiance en moi.					S
19 - J'allume une cigarette lorsque je suis tracassé(e).					A

	0 Pas du tout	1 Plutôt non	2 Plutôt oui	3 Tout à fait	
20 - J'ai du plaisir à regarder les volutes de fumée.					H
21 - Lorsque je n'ai plus de cigarette, il faut absolument que je m'en procure.					D
22 - Je fume pour me donner une certaine contenance.					S
23 - Je fume chaque fois que je suis mal à l'aise.					A
24 - Je trouve beaucoup de plaisir dans l'acte de fumer.					H
25 - Je fume dans les moments d'attente.					D
26 - Je fume pour me donner du courage.					S
27 - Je fume quand je me sens seul(e) pour me tenir compagnie.					A
28 - Quand je me relaxe, j'ai du plaisir à fumer.					H

RÉSULTAT :

Faites la somme des D puis des S, puis des A et enfin des H, vous obtenez 4 totaux sur 21.

DÉPENDANCE : 1+5+9+13+17+21+25

DIMENSION SOCIALE : 2+6+10+14+18+22+26

RÉGULATION DES AFFECTS NÉGATIFS : 3+7+11+15+19+23+27

RECHERCHE DE PLAISIR : 4+8+12+16+20+24+28

D - DÉPENDANCE : TOTAL = . . /21

S - DIMENSION SOCIALE : TOTAL = . . /21

A - RÉGULATION DES AFFECTS NÉGATIFS : TOTAL = . . /21

H - HÉDONISME/GESTE : TOTAL = . . /21

CRITERES DIAGNOSTIC D'UN EPISODE DEPRESSIF CARACTERISE (HAS, Octobre 2017).

Les symptômes d'un épisode dépressif caractérisé doivent :

- être présents durant une période minimum de 2 semaines, et chacun d'entre eux à un degré de sévérité certain, presque tous les jours ;
- avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur (professionnel, social, familial) ;
- induire une détresse significative.

Les symptômes d'un épisode dépressif caractérisé doivent :

- être présents durant une période minimum de 2 semaines, et chacun d'entre eux à un degré de sévérité certain, presque tous les jours ;
- avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur (professionnel, social, familial) ;
- induire une détresse significative.

Symptômes d'un épisode dépressif caractérisé

Au moins 2 symptômes principaux :

- humeur dépressive ;
- perte d'intérêt, abattement ;
- perte d'énergie, augmentation de la fatigabilité.

Au moins 2 des autres symptômes :

- concentration et attention réduite ;
- diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi ;
- sentiment de culpabilité et d'inutilité ;
- perspectives négatives et pessimistes pour le futur ;
- idées et comportement suicidaires ;
- troubles du sommeil ;
- perte d'appétit.

Un épisode dépressif caractérisé peut également se manifester par des expressions somatiques (ex. : algies et plaintes fonctionnelles diverses et répétées) et des troubles de la sexualité.

HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (Test 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 -souvent -de temps en temps -jamais	3 2 1 0	D. Je me sens gai et de bonne humeur : -jamais -rarement -assez souvent -la plupart du temps	3 2 1 0	A. J'ai la bougeotte et je ne tiens pas en place : -oui, c'est tout à fait le cas -un peu -pas tellement -pas du tout	3 2 1 0
D J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent habituellement : -oui, toujours -pas autant -de plus en plus rarement -presque plus du tout	0 1 2 3	A. Je peux rester tranquillement assis au repos et me sentir détendu : -jamais -rarement -oui, en général -oui toujours	3 2 1 0	D. Je me réjouis à l'avance de faire certaines choses : -comme d'habitude -plutôt moins qu'avant -beaucoup moins qu'avant -pas du tout	0 1 2 3
A. J'ai une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver : -oui, très nettement -oui, mais c'est pas trop grave -un peu, mais cela ne m'inquiète pas -pas du tout	3 2 1 0	D. Je me sens ralenti : -presque tout le temps -très souvent -quelquefois -jamais	3 2 1 0	A. J'éprouve des sensations soudaines de panique : -très souvent -assez souvent -rarement -jamais	3 2 1 0
D. Je sais rire et voir le côté amusant des choses -toujours autant -plutôt moins -nettement moins -plus du tout	0 1 2 3	A. J'éprouve des sensations de peur et comme une boule dans la gorge : -très souvent -assez souvent -parfois -jamais	3 2 1 0	D. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou un bon programme radio ou télévision : -souvent -parfois -rarement -presque jamais	0 1 2 3
A. Je me fais du souci : -très souvent -assez souvent -occasionnellement -très occasionnellement	3 2 1 0	D. J'ai perdu l'intérêt pour mon apparence : -totalement -je n'y fais plus attention -je n'y fais plus assez attention -j'y fais attention comme d'habitude	3 2 1 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.	

Ziamond AS. et al. Acta Psychiatr. Scand: 1983 ; 67 : 361-370.

MINNESOTA NICOTINE WITHDRAWAL SCALE (MWNS)

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

Syndrome de sevrage

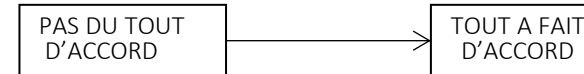
	Non présent	Léger	Modeste	Modéré	Sévère
1. En colère, irritable, frustrée	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
2. Anxieuse, nerveuse	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
3. Humeur dépressive, tristesse	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
4. Envie de fumer	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
5. Difficulté de concentration	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
6. Appétit augmenté, faim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

BRIEF QUESTIONNAIRE OF SMOKING URGES (QSU 10)

Article
1. J'ai envie d'une cigarette en ce moment
2. Rien ne serait mieux que de fumer une cigarette maintenant
3. Si c'était possible, je fumerais probablement maintenant
4. Je pourrais mieux contrôler les choses maintenant si je pouvais fumer
5. Tout ce que je veux en ce moment, c'est une cigarette
6. J'ai envie d'une cigarette
7. Une cigarette aurait bon goût en ce moment
8. Je ferais presque n'importe quoi pour une cigarette en ce moment
9. Fumer me rendrait moins déprimé
10. Je vais fumer dès que possible

TOTAL = **Plus le score est élevé
plus le craving est intense.**

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

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

TOTAL =

+ le score est élevé + le craving est intense.

REPERER ET MESURER UN TROUBLE DEPRESSIF (TD)

Hospital anxiety depression scale (HAD)

Zigmond AS, et al. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1971;67:361-70

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e) - La plupart du temps 3 - Souvent 2 - De temps en temps 1 - Jamais 0	9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué - Jamais 0 - Parfois 1 - Assez souvent 2 - Très souvent 3
2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois - Oui, tout autant 0 - Pas autant 1 - Un peu seulement 2 - Presque plus 3	10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence - Plus du tout 3 - Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2 - Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1 - J'y prête autant d'attention que par le passé 0
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver - Oui, très nettement 3 - Oui, mais ce n'est pas trop grave 2 - Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1 - Pas du tout 0	11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place - Oui, c'est tout à fait le cas 3 - Un peu 2 - Pas tellement 1 - Pas du tout 0
4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses - Autant que par le passé 0 - Plus autant qu'avant 1 - Vraiment moins qu'avant 2 - Plus du tout 3	12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses - Autant qu'avant 0 - Un peu moins qu'avant 1 - Bien moins qu'avant 2 - Presque jamais 3
5. Je me fais du souci - Très souvent 3 - Assez souvent 2 - Occasionnellement 1 - Très occasionnellement 0	13. J'éprouve des sensations soudaines de panique - Vraiment très souvent 3 - Assez souvent 2 - Pas très souvent 1 - Jamais 0
6. Je suis de bonne humeur - Jamais 3 - Rarement 2 - Assez souvent 1 - La plupart du temps 0	14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision - Souvent 0 - Parfois 1 - Rarement 2 - Très rarement 3
7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) - Oui, quoi qu'il arrive 0 - Oui, en général 1 - Rarement 2 - Jamais 3	
8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti - Presque toujours 3 - Très souvent 2 - Parfois 1 - Jamais 0	

A optimal >8 D optimal >8
A+D>20 dépression majeure

Beck Depressive Inventory (BDI-13)

Richter P, et al. *Psychopathology* 1998;31:160-168

A. Je ne me sens pas triste Je me sens cafardeux ou triste Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas à en sortir Je suis triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter	0 1 2 3	H. Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai peu de sentiments pour eux J'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement	0 1 2 3
B. Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer Je sens qu'il n'y a aucun motif d'espérer	0 1 2 3	I. Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision	0 1 2 3
C. Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échec J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari ou ma femme, mes enfants)	0 1 2 3	J. Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me paraît disgracieux J'ai l'impression d'être laid et repoussant	0 1 2 3
D. Je ne me sens pas particulièrement insatisfait Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit Je suis mécontent de tout	0 1 2 3	K. Je travaille aussi facilement qu'auparavant Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit Je suis incapable de faire le moindre travail	0 1 2 3
E. Je ne me sens pas coupable Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps Je me sens coupable Je me juge mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien	0 1 2 3	L. Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude Je suis fatigué plus facilement que d'habitude Faire quoi que ce soit me fatigue Je suis incapable de faire le moindre travail	0 1 2 3
F. Je ne suis pas déçu par moi-même Je suis déçu par moi-même Je me dégoûte moi-même Je me hais	0 1 2 3	M. Mon appétit est toujours aussi bon Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant Je n'ai plus du tout d'appétit	0 1 2 3
G. Je ne pense pas à me faire du mal Je pense que la mort me libérerait J'ai des plans précis pour me suicider Si je pouvais, je me tuerais	0 1 2 3		

0-4 : pas de dépression
4-7 : dépression légère
8-15 : dépression modérée ;
16 et plus : dépression sévère.

MADRS, HDRS, CES-D, EPDS...

IDENTIFIER UN TROUBLE BIPOLAIRE (TB)

Clinique (état actuel et antécédents personnels et familiaux)

Diagnostic d'un épisode maniaque (AFSSAPS)

EPISODE (hypo-) maniaque.			
1) a	Avez-vous déjà eu une période où vous vous sentiez tellement exalté(e) ou plein(e) d'énergie que cela vous a posé des problèmes ou que des personnes de votre entourage ont pensé que vous n'étiez pas dans votre état habituel ? <i>Ne pas perdre en compte les périodes survenant uniquement sous l'effet de drogues ou d'alcool. Si le patient ne comprend pas le sens d'exalté ou plein d'énergie, expliquer comme suit : Par exalté ou plein d'énergie, je veux dire être excessivement actif, excité, extrêmement motivé ou créatif ou extrêmement impulsif.</i> Si oui	Non	Oui 1
b	Vous sentez-vous, en ce moment, exalté(e) ou plein(e) d'énergie ?	Non	Oui 2
2) a	Avez-vous déjà eu une période où vous vous sentiez tellement irritable que vous en arriviez à insulter les gens, à hurler, voire à vous battre avec des personnes extérieures à votre famille ? <i>Ne pas perdre en compte les périodes survenant uniquement sous l'effet de drogues ou d'alcool.</i> Si oui	Non	Oui 3
b.	Vous vous sentez-vous excessivement irritable en ce moment ? 1-a ou 2-b sont-elles cotées OUI ?	Non	Oui 4
3)	Si 1-b ou 2-b = oui : explorer seulement l'épisode actuel Si 1-b et 2-b = non : explorer l'épisode le plus grave Lorsque vous vous sentiez exalté(e), plein(e) d'énergie/irritable : a Avez-vous le sentiment que vous auriez pu faire des choses dont les autres seraient incapables, ou que vous étiez quelqu'un de particulièrement important ?	Non	Oui 5
b	Aviez-vous moins besoin de sommeil que d'habitude (vous sentiez-vous reposé(e) après seulement quelques heures de sommeil ?)	Non	Oui 6
c	Parliez-vous sans arrêt ou si vite que les gens avaient du mal à vous comprendre	Non	Oui 7
d	Vos pensées défilaient-elles si vite dans votre tête que vous ne pouviez pas bien les suivre ?	Non	Oui 8
e	Etiez-vous si facilement distrait(e) que la moindre interruption vous faisait perdre le fil de ce que vous faisiez ou pensiez ?	Non	Oui 9
f	Etiez-vous tellement actif(ve) ou aviez-vous une telle activité physique que les autres s'inquiétaient pour vous ?	Non	Oui 10
g	Aviez-vous tellement envie de faire des choses qui vous paraissaient agréables ou tentantes que vous aviez tendance à en oublier les risques ou les difficultés qu'elles auraient pu entraîner (faire des achats inconsidérés, conduire imprudemment, avoir une activité sexuelle inhabituelle) ? Y a-t-il au moins trois Oui en 3) ou quatre si 1-a = Non (épisode passé) ou 1-b = Non (épisode actuel ?)	Non	Oui 11
4)	Les problèmes dont nous venons de parler ont-ils déjà persisté pendant au moins une semaine et ont-ils entraîné des difficultés à la maison, au travail, à l'école ou dans vos relations avec les autres ou avez-vous été hospitalisé(e) à cause de ces problèmes ? Coter Oui, si Oui à l'un ou l'autre	Non	Oui 12
4) est-elle cotée Non ?		Non	
Si oui, spécifier si l'épisode exploré est actuel ou passé		Non	
4) est-elle cotée Oui ?		Non	
Si oui, spécifier si l'épisode exploré est actuel ou passé		Non	

Episode hypomaniaque

Actuel ☐

Passé ☐

Non

Episode hypomaniaque

Actuel ☐

Passé ☐

Identifier un TB devant un état dépressif ?

Sémiologie de l'Épisode Dépressif	Évolution et complications	Biographie et histoire familiale	Réactivité au traitement antidépresseur
☐ Humeur réactive ☐ Attitude pseudo-hystérique ☐ Demande d'aide excessive ☐ Trop de plaintes somatiques ☐ Hypersomnie et/ou hyperphagie ☐ Sentiments excessifs de culpabilité ☐ Tension intérieure (agitation psychique) ☐ Colère ou irritabilité excessives ☐ Jalousie ou paranoïa excessives ☐ Attention difficile (patient distrait) ☐ Pensées rapides ☐ Idées suicidaires, obsédantes ☐ Obsessions agressives, sexuelles ☐ Libido augmentée ☐ Éléments psychotiques (délire, hallucinations) ☐ Aggravation nocturne des symptômes	☐ Début précoce de l'épisode dépressif majeur (< 26 ans) ☐ Survenue de l'épisode dépressif majeur en post-partum ☐ Récurrence dépressive importante ☐ 4 épisodes thymiques ou plus par an (cycles rapides) ☐ Tentatives de suicide graves ou récurrents ☐ Consommation excessive de substances (ou dépendance)	☐ Biographie « orageuse » ☐ Sensibilité excessive au rejet (ou à l'abandon) ☐ Humeur labile persistante ☐ Traits cyclothymiques (« des Hauts et des Bas ») ☐ Histoire familiale de Trouble Bipolaire ou de suicide	☐ Rémission ultrarapide de l'épisode dépressif majeur ☐ Virage hypomaniaque ☐ Insomnie rebelle aux hypnotiques ☐ Aggravation paradoxale avec agitation ☐ Survenue de pulsions suicidaires ☐ Résistance à plus de 2 essais de traitement d'antidépresseurs à dose efficace et durée suffisante
Au moins 2 items positifs ☐ oui ☐ non			
Au moins 1 item positif ☐ oui ☐ non			
Au moins 1 item positif ☐ oui ☐ non			
Au moins 1 item positif ☐ oui ☐ non			

Plusieurs OUI : réaliser test de dépistage des hypomanie de Angst.

IDENTIFIER ET EVALUER LE RISQUE SUICIDAIRE

Clinique (situation actuelle et antécédents) et **moyens d'aide** (diagnostic et évaluation)

Mini International Neuropsychiatric Interview

French Version (1998); HAS, 2005

Au cours du mois écoulé, avez-vous :

C1 : Pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaité être mort(e) ? NON OUI **1**

C2 : Voulu vous faire mal ? NON OUI **2**

C3 : Pensé vous suicider ? NON OUI **3**

C4 : Établi la façon dont vous pourriez vous suicider ? NON OUI **4**

C5 : Fait une tentative de suicide ? NON OUI **5**

Au cours de votre vie,

C6 : Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ? NON OUI **6**

Y a-t-il au moins **UN** oui ci-dessus ? NON OUI

Si oui, spécifier le niveau du risque suicidaire comme ci-dessous :

C1 ou C2 ou C3 = OUI → Risque suicidaire actuel **LÉGER**

C3 ou (C2 + C6) = OUI → Risque suicidaire actuel **MOYEN**

C4 ou C5 ou (C3 + C6) = OUI → Risque suicidaire actuel **ÉLEVÉ**

1 ou 2 ou 6 = OUI : léger
3 ou (2+6) = OUI : moyen
4 ou 5 ou (3+6) = OUI : élevé

Echelle d'évaluation du risque suicidaire

Ducher JL , et al. *L'Encéphale* 2006 ; 32 : 738-45

0	Pas d'idées de mort	Ne pense pas plus à la mort qu'habituellement
1		Pense plus à la mort qu'habituellement
2	Idées de mort	Pense souvent à la mort
3		A quelques idées de suicide
4	Idées de suicide	A assez souvent des idées de suicide
5		Pense très souvent au suicide et parfois ne voudrait plus exister
6	Désir passif de mourir	Désire mourir ou plutôt être mort
7		Désir de mort très fort, mais retenu par quelque chose (être cher...)
8	Volonté active de mourir	Veut mettre fin à ses jours
9		Sait comment il veut mettre fin à ses jours
10	Début de passage à l'acte	A déjà préparé son suicide ou a commencé de passer à l'acte

QUESTIONNAIRE CAGE - DETA

Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation d'alcool ?	OUI	NON
Votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation ?	OUI	NON
Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?	OUI	NON
Avez-vous besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?	OUI	NON

2 « OUI » : problème avec l'alcool ?
3 « OUI » : alcoolo-dépendance

Ne pas dépasser 2 UA/J 5J/sem
Maximum de 3UA en 1fois
Conduite auto : zéro alcool

QUESTIONNAIRE AUDIT USAGE NOCIF D'ALCOOL ET DEPENDANCE

	0	1	2	3	4	score de la ligne
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool?	jamais	une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	au moins 4 fois par semaine	
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus	
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou plus lors d'une occasion particulière	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
9. Avez-vous été blessé par quelqu'un d'autre, ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu?	non		oui mais pas au cours de l'année écoulée		oui au cours de l'année	
10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez?	non		oui mais pas au cours de l'année écoulée		oui au cours de l'année	
total						

- Un total supérieur à 9 évoque une consommation nocive d'alcool
- **Un total supérieur à 13 évoque une dépendance à l'alcool**

TEST CAST (Cannabis Abuse Screening Test)

Avez-vous déjà fumé du cannabis **avant midi** ?

Avez-vous déjà fumé du cannabis **lorsque vous étiez seul(e)** ?

Avez-vous déjà eu **des problèmes de mémoire** à cause de votre consommation de cannabis ?

Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez **réduire** votre consommation sans y arriver ?

Avez-vous déjà essayé de **réduire** ou d'**arrêter** votre consommation de cannabis **sans y arriver** ?

Avez-vous déjà eu des **problèmes** à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, crise d'angoisse, mauvais résultat à l'école...) ?

Risque faible < 2

Risque modéré ≥ 2

Risque élevé ≥ 3

Usage quotidien

Usage régulier ≥ 10/mois

Usage répété < 10/mois

Usage occasionnel

Expérimentation

IDENTIFIER ET EVALUER UN USAGE DE SPA

Repérage en toute occasion CHEZ LE FUMEUR

Anamnèse, Clinique (usage, imprégnation, conséquences), **Questionnaires** :

- . **ASI** (*Addiction Severity Index*): Evaluation globale de l'usage et ses conséquences.
- . **Alcool**: DETA- CAGE, AUDIT
- . **Cannabis**: CAST, ADOSPA, ALAC
- . **Tabac**: FTND, MINI FTND, HONK, MWNS, FTCQ

Marqueurs d'imprégnation – dépendance

- . **Alcool**: CDT (spécifique, sensibilité corrélée à la consommation)
- . **Cannabis**: Cannabinoïdes (**urines** : qualitatif ; **plasma** : quantitatif)
- . **Tabac**: COE, cotinine (plasma, urine, salive)

Rechercher le mésusage de médicament: ou autre SPA (cocaïne...), d'un TCA (SCOFF)
et évaluer les niveaux de précarité sociale (EPICES) et souffrance psychologique (K6)

ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES EFFETS DES CIGARETTES

Évaluez, les bouffées de la cigarette que vous venez de fumer et répondez aux questions suivantes en cochant une des réponses possibles (*Cigarette Evaluation Scale*)

Pas du tout = 1, Très peu = 2, Légèrement = 3, Modérément = 4, Beaucoup = 5, Enormément = 6, Extrêmement = 7

	1	2	3	4	5	6	7
1. A quel point avez-vous aimé les bouffées de cette cigarette ?							
2. Les bouffées de cette cigarette étaient-elles satisfaisantes ?							
3. Le contenu en nicotine des bouffées était-il élevé ?							
4. Les bouffées de cette cigarette étaient-elles comparables à celles de votre cigarette habituelle ?							
En utilisant la même échelle, déterminez l'impact des bouffées de fumée dans les régions suivantes (<i>Sensory Questionnaire</i>)							
5. Sur la langue ?							
6. Dans le nez ?							
7. Dans la gorge ?							
8. Dans la trachée ?							
9. Dans la poitrine ?							

SMOKERS IDENTITY SCALE (SIS)

TABLE 1. Smoker's Identity Scale (SIS) questionnaire

I feel like smoking characterizes me as a person.

I can't begin to imagine myself without cigarettes in my life.

I think others couldn't imagine me without cigarettes in my life.

I am afraid if I don't smoke, I won't be the same.

If I quit smoking, I will have to give up a part of myself.

Smoking is a part of me.

This is an self-rated questionnaire using a 4 point Likert scale (Completely disagree, somewhat disagree, somewhat agree, completely agree).

EVALUER LE NIVEAU DE PRECARITE SOCIALE (EPICES)

Les 11 questions du score Epices >30,14 : précarité; > 60 : grande précarité

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.

ZIMBARDO TIME PERSPECTIVE INVENTORY (ZTPI)

Evaluez par une note de 1 à 5 les phrases suivantes : 1 « Ne s'applique pas du tout à moi » et 5 « S'applique tout à fait à moi »

	Ne me correspond pas du tout			Me correspond tout à fait	
1. Les images, les odeurs et les sons familiers de mon enfance me rappellent souvent des souvenirs merveilleux.	1	2	3	4	5
2. Penser à mon futur me rend triste.	1	2	3	4	5
3. Je pense souvent à ce que j'aurais dû faire autrement dans ma vie.	1	2	3	4	5
4. Le fait de penser à mon passé me donne du plaisir.	1	2	3	4	5
5. Quand je dois réaliser quelque chose, je me fixe des buts et j'envisage les moyens précis pour les atteindre.	1	2	3	4	5
6. Puisque ce qui doit arriver arrivera, peu importe vraiment ce que je fais.	1	2	3	4	5
7. Les souvenirs heureux des bons moments me viennent facilement à l'esprit.	1	2	3	4	5
8. J'ai souvent l'impression que je ne pourrai pas respecter mes engagements.	1	2	3	4	5
9. C'est important de mettre de l'excitation dans ma vie.	1	2	3	4	5
10. Je n'ai plus aucun plaisir à faire des choses si je dois penser aux objectifs, aux conséquences et aux résultats.	1	2	3	4	5
11. Se préoccuper de l'avenir n'a aucun sens puisque de toute façon je ne peux rien y faire.	1	2	3	4	5
12. Je fais aboutir mes projets à temps en progressant étape par étape.	1	2	3	4	5
13. La nuit, je réfléchis souvent aux défis du lendemain.	1	2	3	4	5
14. Je prends des risques pour mettre de l'excitation dans ma vie.	1	2	3	4	5
15. Je suis capable de résister aux tentations quand je sais qu'il y a du travail à faire.	1	2	3	4	5
16. Le futur contient beaucoup trop de décisions ennuyeuses auxquelles je n'ai pas envie de penser.	1	2	3	4	5
17. Je me trouve toujours entraîné par l'excitation du moment.	1	2	3	4	5
18. Je pense aux mauvaises choses qui me sont arrivées dans le passé.	1	2	3	4	5
19. Je pense aux bonnes choses que j'ai ratées dans ma vie.	1	2	3	4	5
20. Je pense souvent que je n'ai pas le temps de faire tout ce que j'avais prévu dans la journée.	1	2	3	4	5
21. Habituellement, je ne sais pas si je vais être en mesure d'atteindre mes objectifs dans la vie.	1	2	3	4	5
22. Si j'ai une décision à prendre rapidement, j'ai souvent peur que cette décision soit mauvaise.	1	2	3	4	5
23. Je me sens stressé lorsque je ne peux terminer à temps ce que j'ai à faire.	1	2	3	4	5

Rapport des individus avec leur passé, présent et futur
 - Passé positif ou négatif,
 - Présent fataliste ou hédoniste.
 - Futur

COMMENT UTILISER L'E-CIGARETTE ?

E-cig : balance bénéfice - risque positive en usage exclusif à court terme (vs. cigarette) et apport dans l'aide à l'arrêt du tabac.

Choisir une e-cigarette de bonne qualité (dernière génération) et e-liquide (norme AFNOR), la résistance est un consommable, la mèche doit être humidifiée.

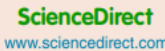
Obtenir l'effet sensoriel pharyngé optimal et éviter le manque d'apport en nicotine. Des aspirations lentes et une bonne hydratation oro-pharyngée.

Diminuer graduellement l'apport en nicotine le sevrage tabagique obtenu. Possibilité d'associer TNSTD et e-cig.

Utilisation en seconde intention; expliquer le bon usage de l'e-cig au fumeur qui veut l'employer pour arrêter le tabac.

Après arrêt complet du tabac un usage exclusif prolongé de l'e-cig expose l'ex-fumeur aux risques lié au tabagisme passé et à une toxicité (à déterminer) de l'e-cig.

Dautzenberg B, et al. *Rev Mal Respir* 2017; 34:155-164.

Disponible en ligne sur  www.sciencedirect.com Elsevier Masson France  www.em-consulte.com

OFFICIAL TEXT – ARTICLE IN ENGLISH AND FRENCH

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

 English / French

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

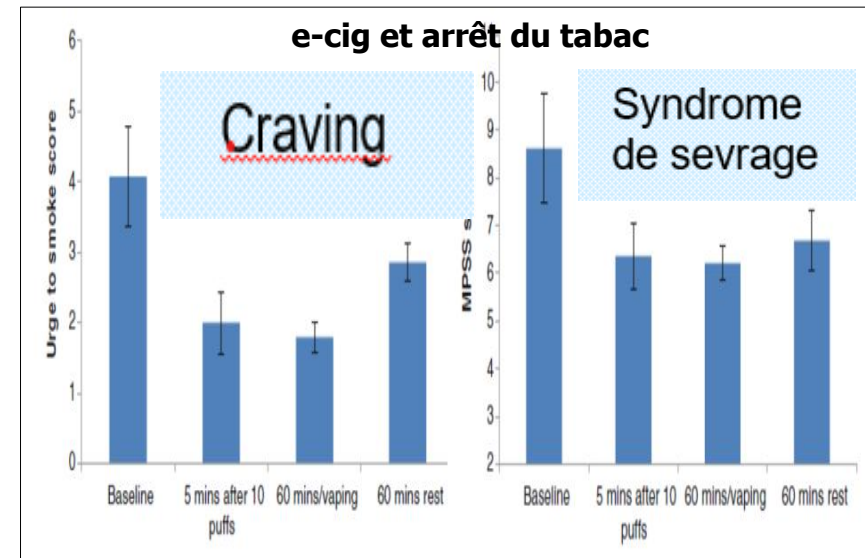
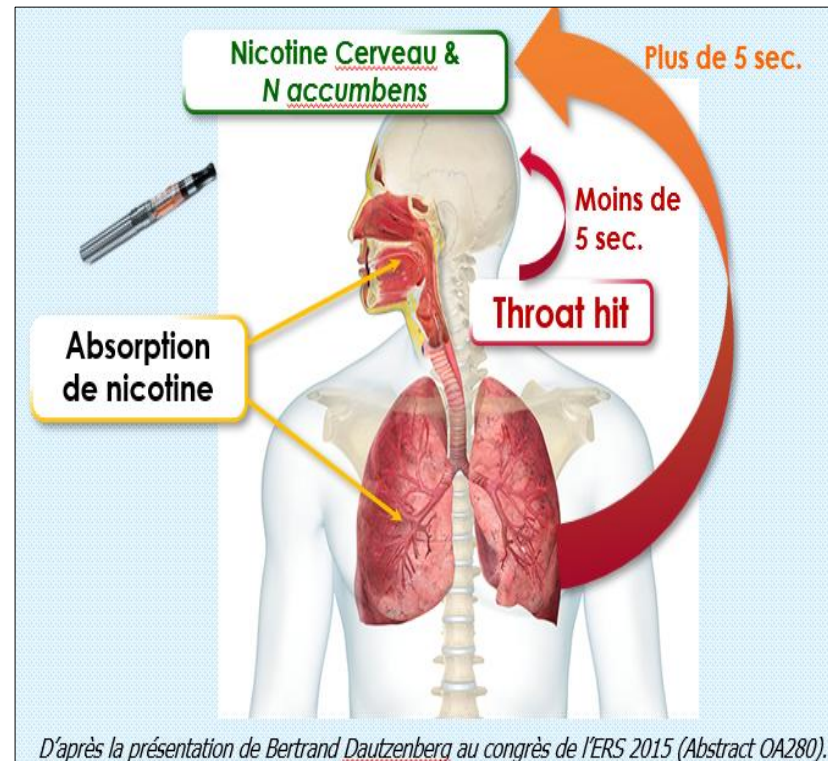
B. Dautzenberg^{a,*}, M. Adler^b, D. Garelik^c, J.F. Loubrieu^d, G. Mathern^e, G. Peiffer^f, J. Perriot^g, R.M. Rouquet^h, A. Schmittⁱ, M. Underner^j, T. Urban^k

HCSP - Avis relatif aux bénéfices - risques de la cigarette électronique.
26 novembre 2021.

“*THROAT HIT*” (Effet sensoriel pharyngé)

Importance du plaisir de vapoter pour arrêter de fumer (dépendance sensorielle ?)

Effet sensoriel pharyngé ressenti en **moins de 5 secondes** par stimulation trigéminal due à la fumée de tabac ou à la vapeur de e-cigarette +/- nicotine.



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

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

STADES DE PRÉPARATION À L'ARRÊT DU TABAC

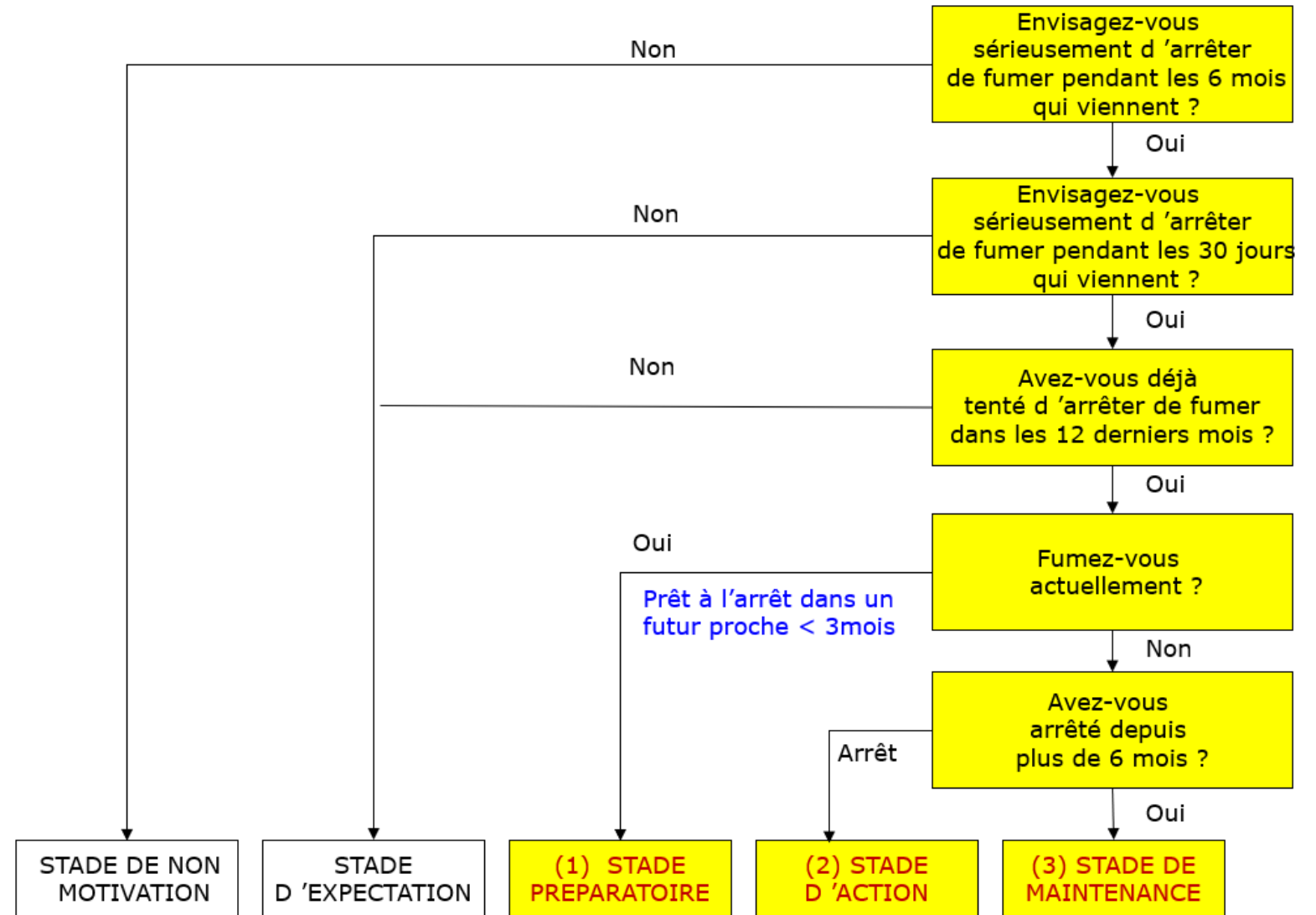
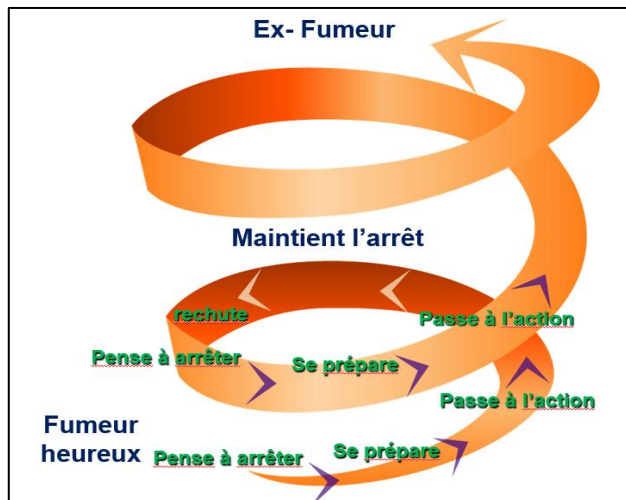
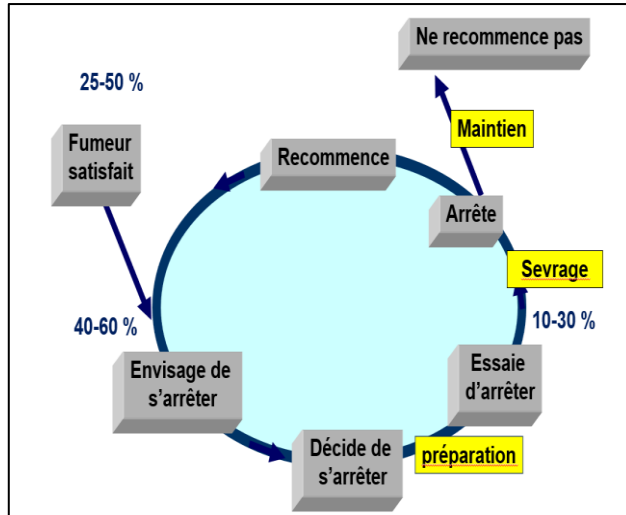


Tableau de synthèse : Médicaments de l'aide à l'arrêt du tabac (® remboursé AM)

DCI	NOM COMMERCIAL	GOUT	POSOLOGIE	EFFETS SECONDAIRES	CONTRE INDICATIONS
Dispositifs transdermiques Remboursé 65%	<u>NicopatchLib®</u> <u>Nicotinell®</u> <u>Niquitin Clear®</u> <u>Nicorette®</u>		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 (timbres)
Gomme (2-4 mg) Remboursé 65%	<u>Nicorette®</u> <u>Nicotinell®</u> <u>Nicogum (2 mg) ®</u>	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 addictif (?)	Parodontite, <u>pesophagite</u> , gastrite, RGO : précautions (idem pour autres TNS FO)
Inhalateur 10 mg	<u>Nicorette inhalateur</u>	Menthol	Idem	Idem	
Tablettes à sucer 1 –2- 4 ®	<u>Nicorette®</u> <u>Microtab®</u>	Normal Menthe, divers	Idem	Idem	
Comprimés à sucer 1,5-2-4 mg®	<u>Niquitin®</u>		Idem	Idem	
Spray buccal EG Remboursé 65%	<u>Nicorette spray</u> <u>Spray EG®</u>	Menthe	30/J (1 mg)	Toux – Irritation buccale	Pas d'association avec autres TNS
Pastilles à sucer 1.5 -2.5 mg	<u>Nicopass®</u>	Menthe ; eucalyptus Régisse menthe	Idem	Idem	
Chlorhydrate de Bupropion Cp 150 mg LP	<u>Zyban LP®</u>		Titration la 1ère semaine et arrêt du tabac dans la seconde, Cp 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 général	Insuffisance hépatique sévère, hypersensibilité au <u>bupropion</u> ou excipients, épilepsie (et ATCD) 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 Remboursé 65%	<u>Champix®</u>		Titration 1ère semaine (0,5 mg x 3j puis 0,5 mg x 2/j) puis 1 mg x2 (3 mois ± 3 si arrêt à M3)	Nausées légères à l'induction 28 % Céphalées 14 % Troubles du sommeil 15 %	Pas d'interférence médicamenteuse connue Grossesse et allaitement Insuffisance rénale grave

PARTENARIAT D'INTERVENTION

