

EVALUATION DES METHODES D'AIDE A L'ARRET DU TABAGISME

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

DIU Clermont-Ferrand - 2013

NOTIONS GENERALES

INTRODUCTION.

LE TABAGISME EST UN COMPORTEMENT DE DEPENDANCE.

- Rencontre entre un individu, un produit, un environnement(socio-culturel...)
- Acquisition puis maintien (renforcements internes et environnementaux)

DOUBLE DEPENDANCE.

- Psycho-comportementale
- Pharmacologique (Nicotine acteur central mais non unique, système de récompense du cerveau : Dopamine, autres médiateurs et mécanismes impliqués dont la sensibilisation comportementale qui favorise la reprise après abstinence).

JUSTIFICATION DE L'AIDE A L'ARRET.

- Importante morbi-mortalité (73 000 décès 2004, 150 000 décès 2025 en France?)
- Demande croissante du public (transformation de la norme sociale, coût ...)
- Difficultés de l'arrêt ("Hard-Core-Smokers", "Heavy-Chronic-Smokers").

DIFFICULTES DE L'EVALUATION DES METHODES D'AIDE A L'ARRET.

- Règles de l'évaluation scientifiques difficilement applicables.
- Dimensions inquantifiables de la dépendance et pronostic du sevrage :
 - motivation, perception d'une compétence personnelle à s'arrêter.
 - maturation de la décision d'arrêt.
 - personnalité du sujet (et histoire personnelle) et environnement.

IL N'Y A PAS "UN" MAIS "DES" FUMEURS !

LES METHODES D'AIDE A L'ARRET DU TABAGISME.

LE MOT "METHODE" EST IMPROPRE ET L' EVALUATION DIFFICILE.

SEVRAGE TABAGIQUE : PRISE EN CHARGE GLOBALE.

- Dépendances psycho-comportementale et pharmacologiques.
- Syndrome de manque et "craving".
- Effets secondaires de l'arrêt.
- Psycho-pathologie, pathologies somatiques, co-dépendances associées.

EVALUATION DE L'ARRET ET DE LA PRISE EN CHARGE DIFFICILE.

METHODOLOGIE DES ETUDES SOUVENT MEDIOCRE.

- Définition de l'arrêt du tabagisme.
- Moyens d'aides pharmacologiques.
- Moyens d'aides non pharmacologiques.
- Discussion

COMMENT DEFINIR L'ARRET ?

CRITERES DE DEFINITION.

IL DOIT ETRE TOTAL ET ABSOLU LORS DE L'EVALUATION ("prévalence ponctuelle")

IL DOIT ETRE CONTINU ET PERMANENT DEPUIS LE DEBUT DU SEVRAGE

- Arrêt à 6 mois : arrêt récent
- Arrêt à 12 mois : arrêt persistant
- Arrêt à 24 mois : arrêt confirmé.

DIFFERENCE ENTRE DEFAILLANCE " Lapse " et RECHUTE " Relapse " .

PATIENTS PERDUS DE VUE = RECHUTES !

EVALUATION DE L'ARRET.

QUAND FAUT-IL EVALUER L'ARRET ?

- A chaque consultation.
- Essais cliniques (J0, J7 jusqu'à fin du traitement médicamenteux, J 90- 180 - 360).
- Abstinence ponctuelle - Abstinence maintenue

COMMENT EVALUER L'ARRET ?

- Interview (20 % de fausses assertions à J 360)
- Marqueurs biologiques (non spécifique : Co expiré, spécifique : Cotinine).

EVALUATION DES METHODES D'AIDE A L'ARRET.

RAPPEL SUR LA METHODOLOGIE DES ESSAIS CLINIQUES.

NORMES REQUISES POUR LES DEMANDES D'AMM.

- Etudes prospectives uni ou multicentriques randomisées en double aveugle contre placebo, avec groupes parallèles.
- Quatre étapes principales :
 - phase I : première utilisation chez l'homme volontaire sain (dose minimale toxique, pharmacocinétique du médicament).
 - phase II : porte sur des populations homogènes de petite taille (vérification des données précédentes, posologie optimale).
 - phase III : porte sur des populations de grande taille (comparaison à placebo ou médicament de référence : groupes parallèles, randomisation, double aveugle) vérification de l'efficacité, affiner le traitement, rechercher des effets secondaires non identifiés.
 - phase IV : après mise sur le marché, évaluation dans les conditions d'emploi, recherche d'effets secondaires ou autres bénéfiques (Marketing).

PROBLEME DE L'EVALUATION DES MOYENS MEDICAMENTEUX

- dernière semaine de traitement
- semaine 52 (traitement interrompu)

LES GRANDS ESSAIS CLINIQUES EN MATIERE DE SEVRAGE TABAGIQUE (ESSAIS DE PHASE III A ou B).

UNI OU MULTICENTRIQUES ET DEFINIS PAR UN PROTOCOLE PRECIS.

DEROULEMENT SCHEMATIQUE.

- Phase d'évaluation (Screening) et consentement éclairé.
- Phase de randomisation (Baseline Randomisation).
- Phase d'essai (Période thérapeutique, suivi ultérieur).
- Evaluation finale avec analyse statistique.

DIFFICULTES DES ESSAIS CLINIQUES DANS LE SEVRAGE TABAGIQUE.

- Population homogène de fumeurs (comportement multicomposante).
- Multiples surdéterminants influençant l'arrêt du tabagisme.
- Rappels :
 - évaluation et sélection des patients rigoureuses.
 - prise en charge standardisée (et personnalisée !).
 - validation de l'arrêt par interview et marqueurs du tabagisme.
 - disponibilité de l'expérimentateur .
 - suivi des cahiers investigateur et patient.
 - notification de tous les événements (effets secondaires ou problèmes intercurrents).

PRESENTATION D'UN ESSAI DE PHASE III DANS LE SEVRAGE TABAGIQUE.

**Effacité et tolérance d'un agoniste partiel
des récepteurs nicotiques $\alpha 4\beta 2$
dans l'arrêt du tabac**

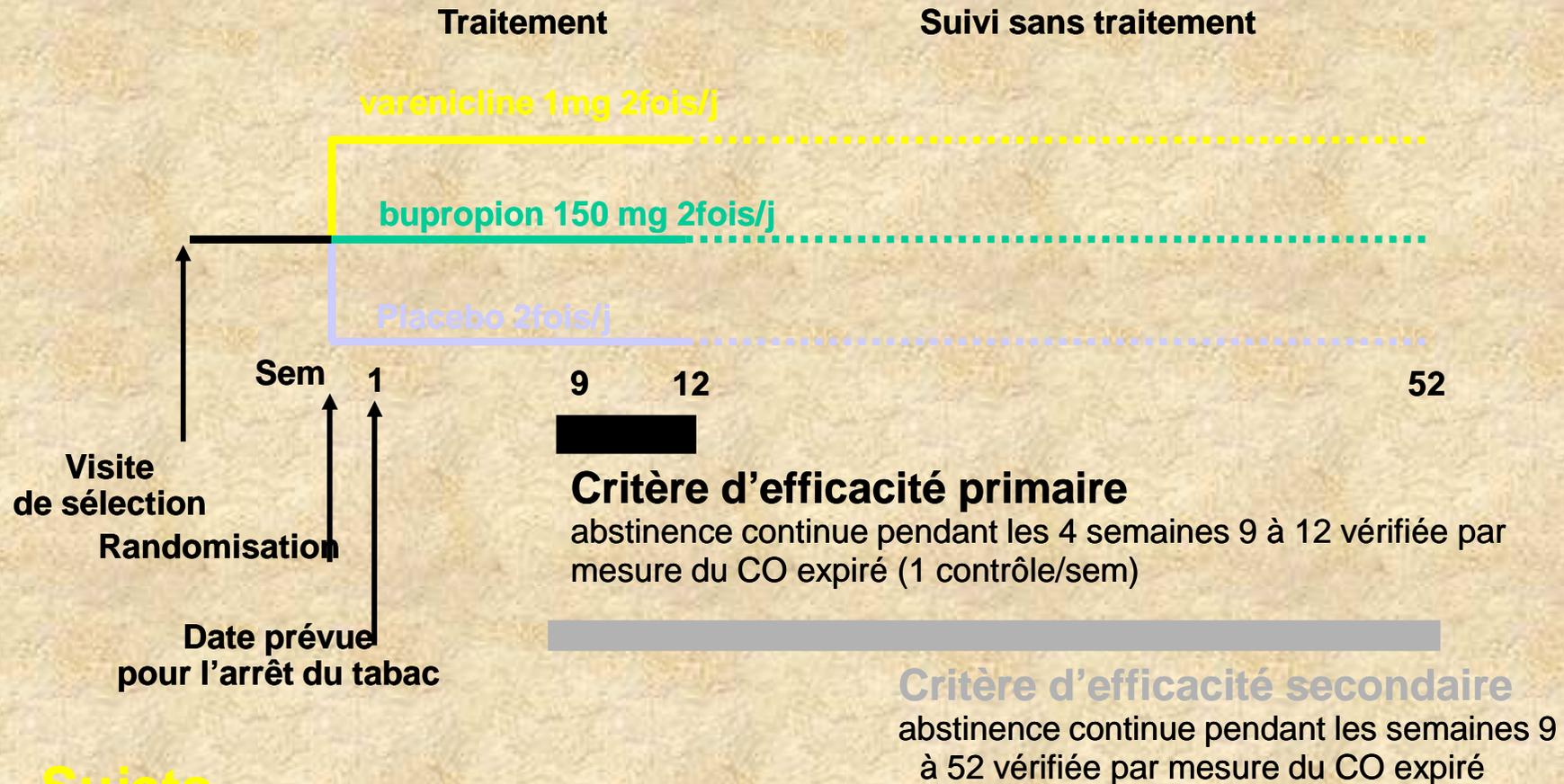
**Varénicline
Programme de phase 3**

Tonstad S, Hays JT, Jorenby DE, Reeves K,
Billing CB, Gong J, Azoulay S pour les investigateurs
du programme de phase 3 Présentation à l'AHA Nov 2005

Varénicline : programme de phase 3

- Comparaison de l'efficacité de la Varénicline avec celles du placebo et du bupropion dans l'arrêt du tabac : deux études identiques (études 1 & 2)
- Efficacité de la Varénicline dans le maintien de l'abstinence

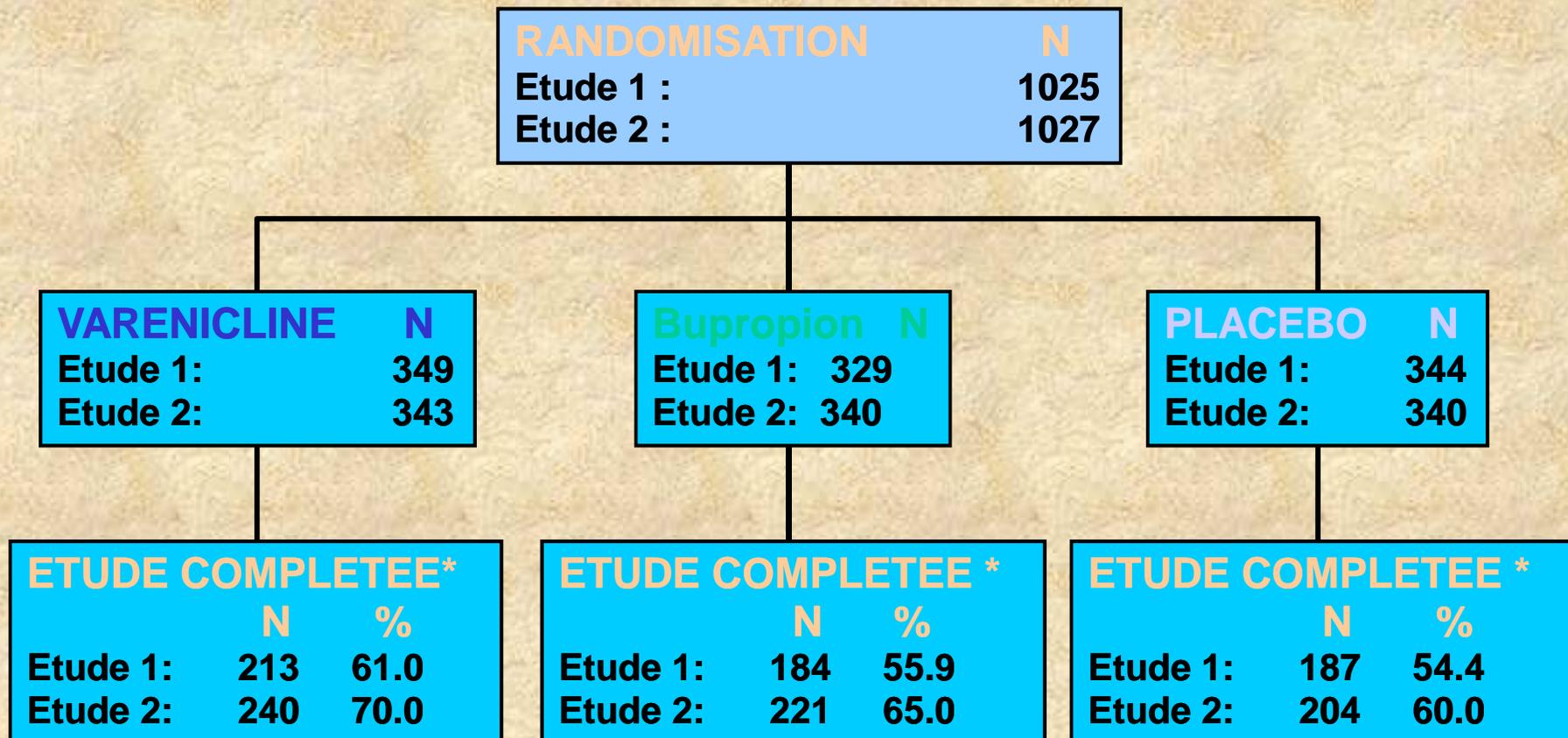
Schéma des études 1 & 2



Sujets

- Environ 340 sujets par bras dans chaque étude
- Fumeurs de 18 à 75 ans, motivés à l'arrêt du tabac
- Plus de 10 cigarettes par jour durant les 12 derniers mois, jamais traités par Bupropion

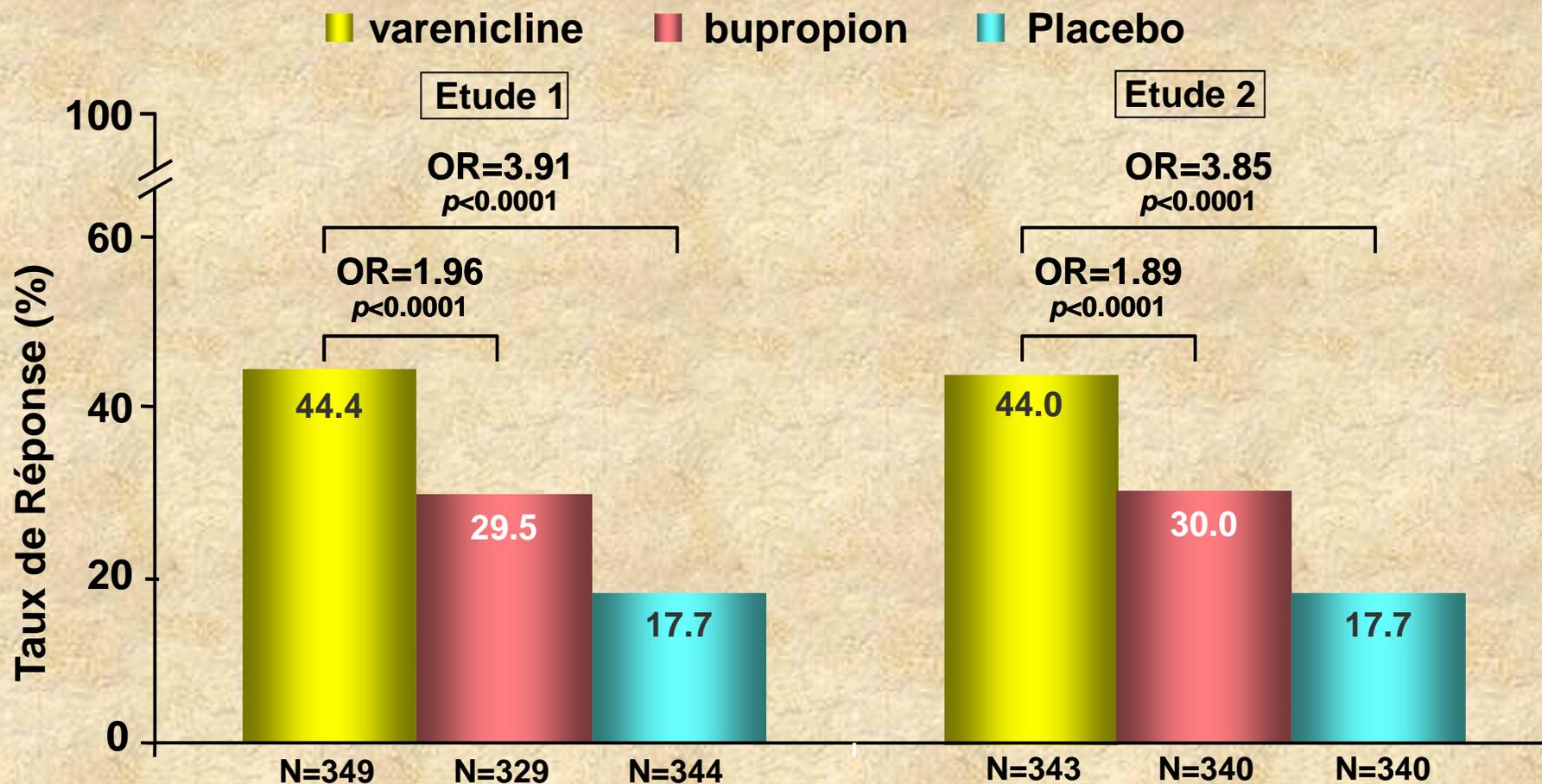
Etudes 1 & 2 : répartition des patients



* Les patients pouvaient arrêter le traitement étudié, tout en restant dans l'essai jusqu'à la fin.

Abstinence continue au cours des sem 9-12

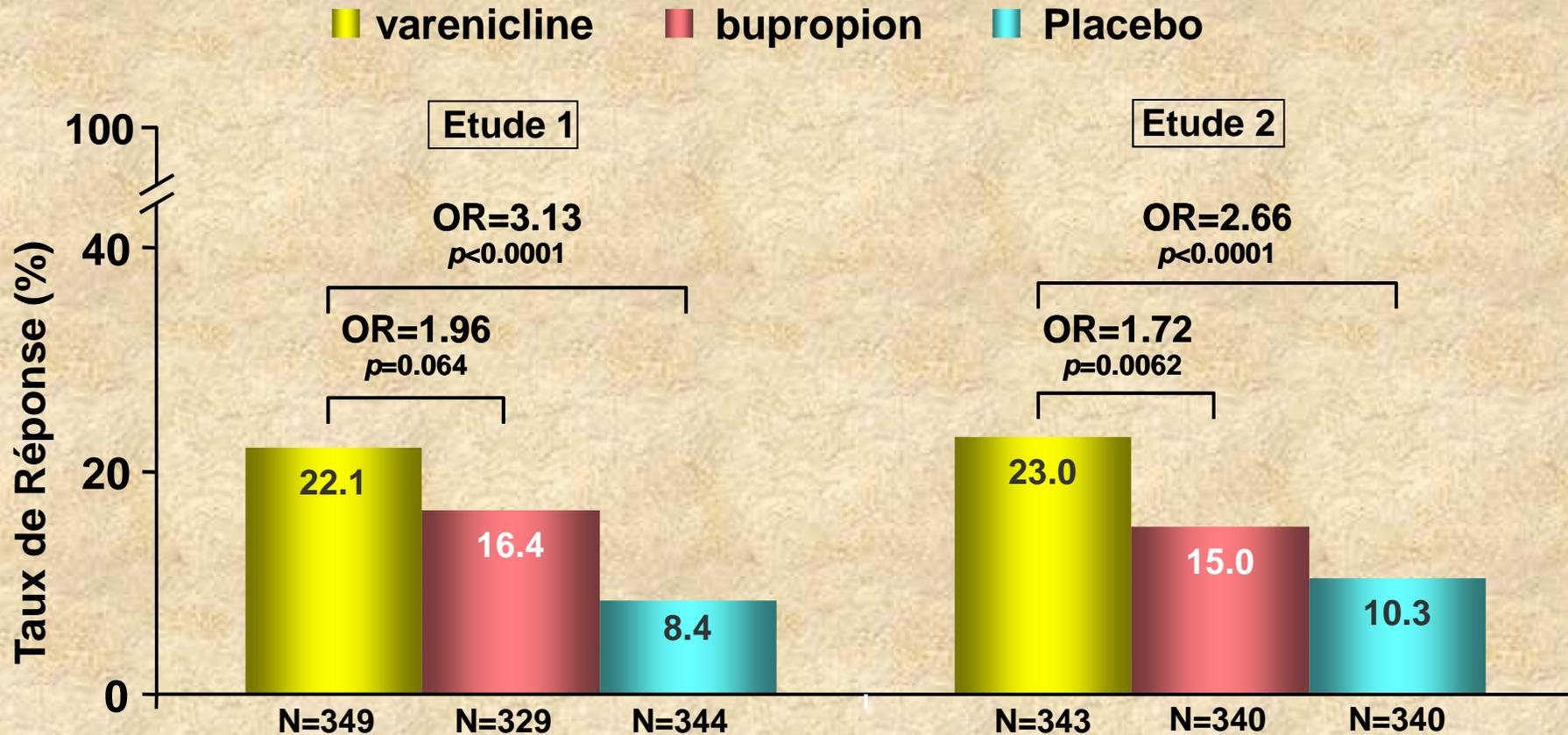
Critère d'efficacité primaire



Les chances de succès sont x par 2,6 versus placebo (passant de 17,7% à 44,4%) et par 1,5 versus bupropion (passant de 29,5% à 44%)

Abstinence continue au cours des sem 9-52

Critère d'efficacité secondaire



Les chances de succès sont x par 2,6 versus placebo (passant de 8,4% à 22,1%) et par 1,3 versus bupropion (passant de 16,4% à 22,1%)

Études 1 & 2 : événements indésirables

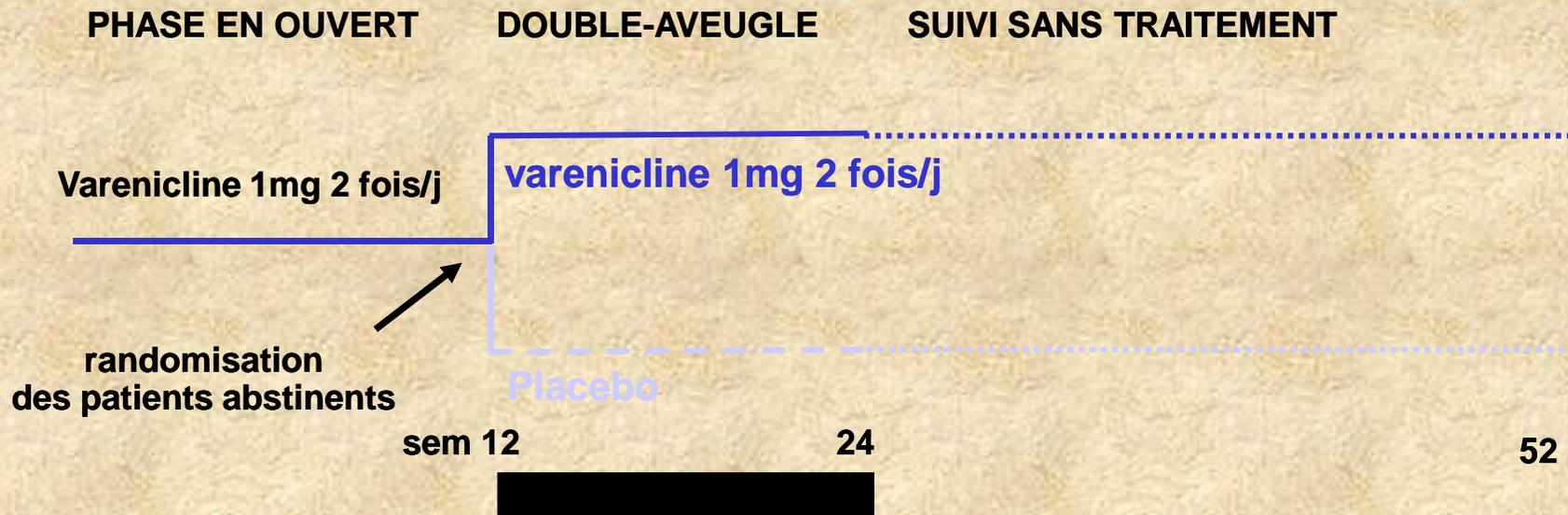
événements indésirables les plus fréquents (varenicline)

	Etude 1			Etude 2		
	V N=349	B N=329	P N=344	V N=343	B N=340	P N=340
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
NAUSEES	98 (28.1)	41 (12.5)	29 (8.4)	101 (29.4)	25 (7.4)	33 (9.7)
Moyennes*	70 (71.4)	27 (65.9)	22 (75.9)	72 (71.3)	14 (56.0)	30 (90.9)
Modérées*	26 (26.5)	12 (29.3)	5 (17.2)	25 (23.8)	10 (40.0)	3 (9.1)
Sévères*	2 (2.0)	2 (4.9)	2 (6.9)	5 (5.0)	1 (4.0)	0 (0)
CEPHALEES	54 (15.5)	47 (14.3)	42 (12.2)	44 (12.8)	27 (7.9)	43 (12.6)
REVES ANORMAUX	36 (10.3)	18 (5.5)	19 (5.5)	45 (13.1)	20 (5.9)	12 (3.5)
FLATULENCE	20 (5.7)	14 (4.3)	10 (2.9)	20 (5.8)	7 (2.1)	8 (2.4)
CONSTIPATION	19 (5.4)	23 (7.0)	13 (3.8)	31 (9.0)	22 (6.5)	5 (1.5)

Études 1 & 2 : Arrêts prématurés de traitement

	Etude 1			Etude 2								
	V		B	V		B	P					
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)				
Tous évènements indésirables	30	(8.6)	50	(15.2)	31	(9.0)	36	(10.5)	43	(12.6)	25	(7.4)
Evènements indésirables reliés au traitement	28	(8.0)	43	(13.1)	22	(6.4)	27	(7.9)	38	(11.2)	22	(6.5)
Nausées	9	(2.6)	6	(1.8)	1	(0.3)	8	(2.3)	1	(0.3)	1	(0.3)

Maintien de l'abstinence : Schéma de l'étude



Critère d'efficacité primaire :

abstinence continue au cours des semaines 13–24, vérifiée par CO expiré

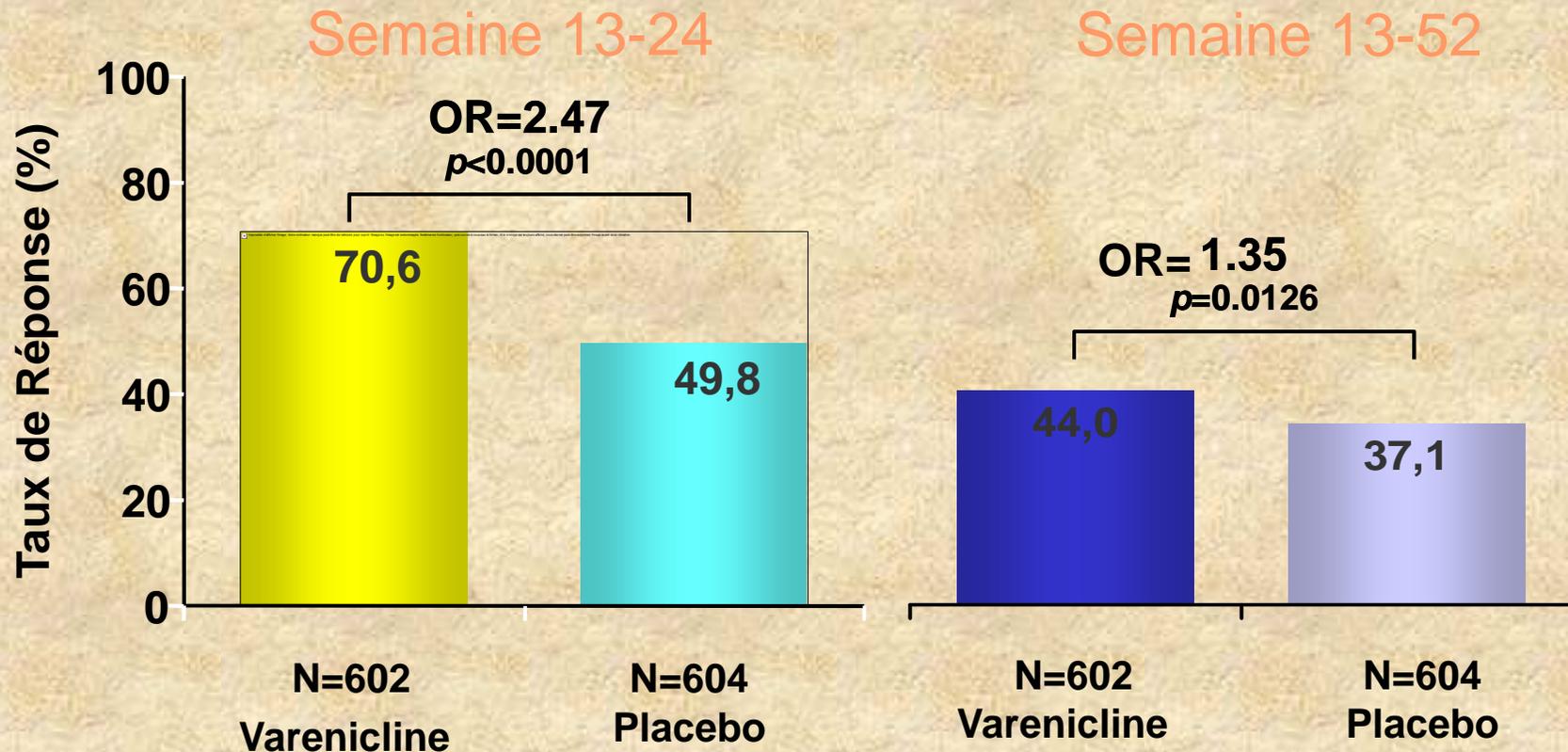
Critère d'efficacité secondaire :

abstinence continue au cours des semaines 13–52, vérifiée par CO expiré

Patients

- Hommes ou femmes fumeurs
- 18-75 ans, motivés à l'arrêt du tabac
- Moyenne de ≥ 10 cigarettes/jour durant l'année précédente

Étude de maintien de l'abstinence : Abstinence continue confirmée par mesure du CO



Les chances de succès versus placebo sont x par 1,4 (passant de 49,8% à 70,6%) entre la semaine 13 et 24, et par 1,2 (passant de 37,1% à 44,0%) entre la semaine 13 et 52

Étude de maintien de l'abstinence : Événements indésirables

Effets secondaires les plus fréquents (Phase en ouvert)

	Etude en ouvert V n (%)	Nouvellement apparus Double aveugle	
		V n (%)	P
NAUSEES	645 (33.5)	7 (1.2)	4 (0.7)
Moyennes*	452 (70.1)	5	4
Modérées*	162 (25.1)	2	0
Sévères*	31 (4.8)	0	0
INSOMNIES	377 (19.6)	16 (2.7)	17 (2.8)
CEPHALEES	304 (15.8)	17 (2.8)	12 (2.0)
REVES ANORMAUX	276 (14.3)	6 (1.0)	0 (0)

Étude de maintien de l'abstinence : Arrêts prématurés de traitement

	Phase en ouvert V	Double aveugle V P	
	n (%)	n (%)	n (%)
Tous événements indésirables	229 (11.9)	10 (1.7)	8 (1.3)
événements indésirables liés au traitement	200 (10.4)	6 (1.0)	4 (0.7)
Nausées	62 (3.2)	0 (0)	0 (0)

Nonpharmacologic Treatment for Smoking Cessation

Comparison	N Trials	N Participants	Pooled OR* (95% CI)
Physician advice¹			
Brief vs no advice (usual care)	17	>13,000	1.74 (1.48-2.05)
Intensive vs minimal advice	15	>9,000	1.44 (1.24-1.67)
Individual counseling²			
Vs minimal behavior intervention	18	>6,000	1.56 (1.32-1.84)
Group counseling³			
Vs self-help	16	>4,000	2.04 (1.60-2.60)
Vs no intervention	7	815	2.17 (1.37-3.45)
Proactive Telephone counseling⁴			
Vs less intensive interventions	13	>16,000	1.56 (1.38-1.77)
Self-help⁵			
Vs no intervention	11	>13,000	1.24 (1.07-1.45)

*Abstinence assessed at least 6-months following intervention

1. Lancaster T, Stead LF. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(4):CD000165. 2. Lancaster T, Stead LF. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(2):CD001292. 3. Stead LF, Lancaster T. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(4):CD001007. 4. Stead LF et al. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(4):CD002850. 5. Lancaster T, Stead LF. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(3):CD001118.

Efficacy of Nicotine Replacement Therapy (NRT)^{1,2}

Comparison	N Trials	N Participants	Pooled OR (95% CI)
Gum	52	17,783	1.66 (1.52-1.81)
Patch	37	16,691	1.81 (1.63-2.02)
Nasal spray	4	887	2.35 (1.63-3.38)
Inhaler	4	976	2.14 (1.44-3.18)
Tablets/lozenges	4	2739	2.05 (1.62-2.59)
Combination vs single type	7	3202	1.42 (1.14-1.76)
Any NRT vs control	103	39,503	1.77(1.66-1.88)

1. Silagy c et al. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(3):CD000146. 2. Stead L, Lancaster T. *Int J Epidemiol.* 2005;34:1001-1003.

Antidepressants for Smoking Cessation

Comparison	N Trials	N Participants	Pooled OR (95% CI)
Bupropion alone vs placebo	19	6443	2.06 (1.77-2.40)
Bupropion plus nicotine patch vs placebo	2	728	1.60 (1.09-2.34)
All bupropion vs placebo	21	7171	1.99 (1.73-2.30)
Nortriptyline alone vs placebo	4	703	2.79 (1.70-4.59)
Nortriptyline plus nicotine patch vs placebo	2	318	1.53 (0.90-2.61)
All nortriptyline vs placebo	6	1021	2.14 (1.49-3.06)

- Limited or no evidence of long-term benefit with other antidepressants, including fluoxetine, sertraline, paroxetine, moclobemide, and venlafaxine,

LE RIMONABANT

MECANISME D'ACTION

- Antagoniste des récepteurs cannabinoïdes CB1 (cerveau - adipocytes)
- **Double effet** : limitation du syndrome de manque voire « craving » et contrôle de l'équilibre énergétique (sevrage tabagique - limitation de la prise de poids)

RESULTATS

ETUDE STRATUS-EUROPE

- 787 fumeurs (m=23c/j), randomisation : 20 mg, 5 mg, placebo.
Traitement 10 semaines, arrêt total du tabagisme à J15.
- 36 % des patients sous 20 mg avaient arrêté (versus 20 % sous 5 mg ou placebo ; ces derniers avaient pris 84 % de plus de poids que sous 20 mg de Rimonabant)

ETUDE RIO-EUROPE

- 1036 obèses, rimonabant 20 mg 12 mois, légère restriction calorique.
- √ poids moyenne : 9 kgs, √ tour de taille : 9 cm, √ HDL : 23 %, √ TG : 15 %

RETIRE DU MARCHE EN 2008

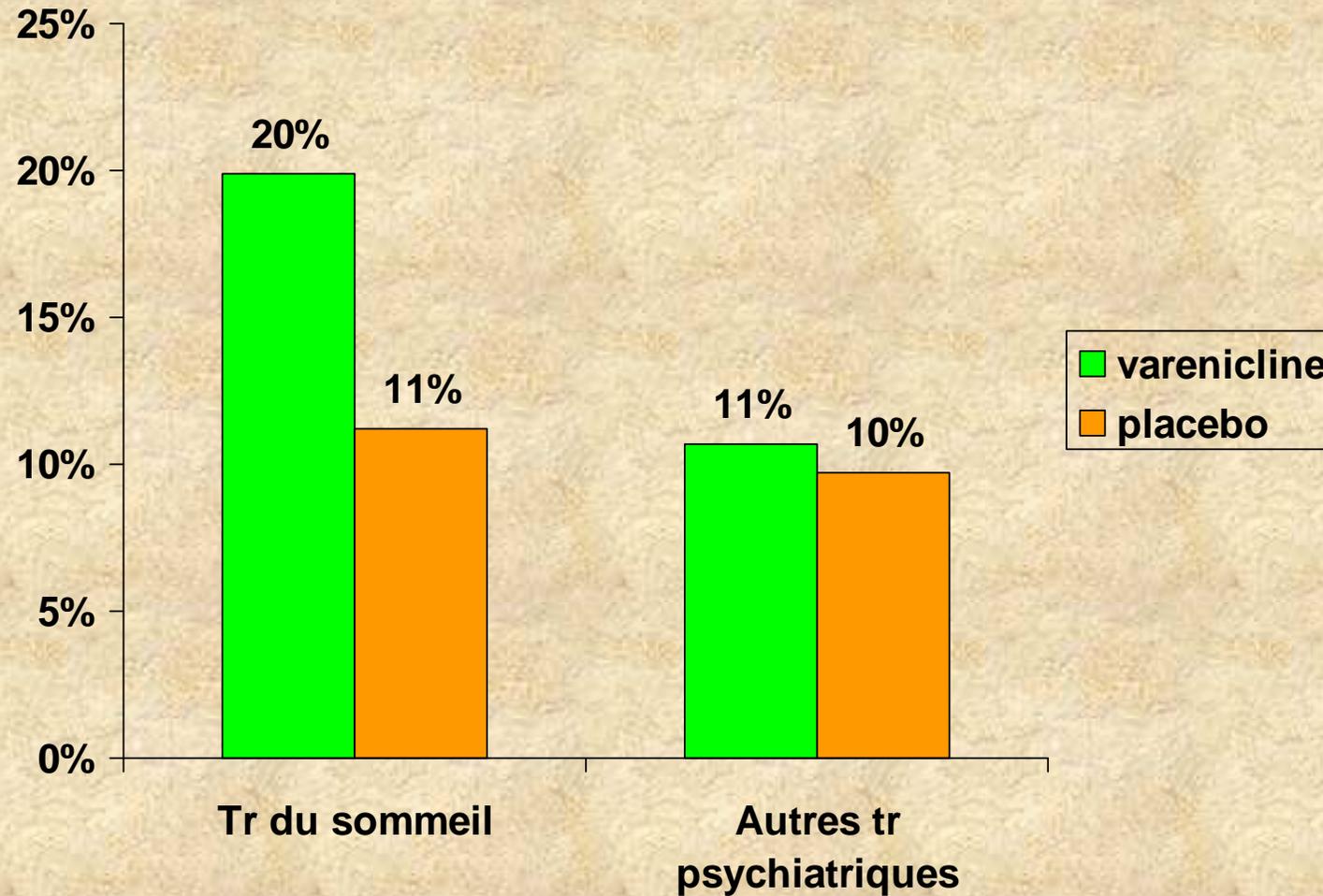
VARENICLINE: AGONISTE DES RECEPTEURS NICOTINIQUES $\alpha 4\beta 2$

	OR	IC 95%
12 semaines versus placebo Varenicline - abstinence continue à S52 (4 études)	3,22	2,43-4,27
52 semaines versus placebo Varenicline - abstinence ponctuelles à S52 (1 étude)	6,71	3,35-13,45
12 semaines versus Bupropion Varenicline - abstinence continue à S52 (3 études)	1,66	1,28-2,16
Cochrane Database Syst Rev Cahill, <i>et al</i> /2007		

- Action de limitation du manque et du craving
- **Souligne le rôle de la nicotine et de ses récepteurs dans la dépendance tabagique.**

Effets sur troubles neuropsychiatriques:

Analyse combinée des 10 essais varénicline vs placebo



TONSTAD et al (2010) Psychiatric adverse events in randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trials of varenicline: a pooled analysis, *Drug Saf*, 33, 289-301.

Varenicline and suicidal behaviour: a cohort study based on data from the General Practice Research Database

D Gunnell, professor of epidemiology,¹ D Irvine, pharmacoepidemiologist,² L Wise, senior pharmacoepidemiologist,² C Davies, senior pharmacovigilance assessor,² R M Martin, professor of clinical epidemiology¹

- 80 660 fumeurs âgés de 18 à 95 ans

- Initiation d'un nouveau traitement pharmacologique dans le sevrage tabagique
 - Substitut nicotinique (n= 63 265)
 - Varénicline (n= 10 973)
 - Bupropion (n= 6 422)

Varénicline: pas d'excès de risque

Hazard ratio (IC 95%)	Nicotine	Bupropion	Varénicline
TS + suicides	1,0	1,17 (0,59-2,32)	1,12 (0,67-1,88)
Idées suicidaires	1,0	1,20 (0,28-5,12)	1,43 (0,53-3,85)
Initiation d'un traitement antidépresseur	1,0	0,91 (0,77-1,07)	0,88 (0,77-1,00)

GUNNELL, D., IRVINE, D., WISE, L., DAVIES, C. & MARTIN, R. M. (2009) Varenicline and suicidal behaviour: a cohort study based on data from the General Practice Research Database, BMJ, 339, b3805

Méta-analyses : efficacité (OR) et taux d'abstinence (%) estimé pour différents médicaments et combinaisons médicamenteuses vs placebo au 6^{ème} mois (83 études - USDPHHS, 2008)

PLACEBO	80	1,0	13,8
Monothérapies			
Nicotine Gum (6-14 weeks)	15	1,5 (1,2 - 1,7)	19,0 (16,5 - 21,9)
Nicotine Nasal Spray	4	2,3 (1,7 - 3,0)	26,7 (21,5 - 32,7)
High-Dose Nicotine Patch (>25 mg) (These included both standard or long-term duration)	4	2,3 (1,7-3,0)	26,5 (21,3-32)
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)
Clonidine	3	2,1 (1,2 - 3,7)	25,0 (15,7 - 37,3)
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)
Nortriptyline	5	1,8 (1,3 - 2,6)	22,5 (16,8 - 29,4)
Varenicline (2 mg/day)	5	3,1 (2,5 - 3,8)	33,2 (28,9 - 37,8)
Combinaison thérapies			
Patch (long-term ; > 14 weeks) + ad lib NRT (oral or spray)	3	3,6 (2,5 - 5,2)	36,5 (28,6 -45,3)
Patch + Bupropion SR	3	2,5 (1,9 - 3,4)	28,9 (23,5 - 35,1)
Patch + Nortriptyline	2	2,3 (1,3 - 4,2)	27,3 (17,2 - 40,4)
Patch + Inhaler	2	2,2 (1,3 - 3,6)	25,8 (17,4 - 36,5)
Patch + Second génération antidépresseurs (paroxétine, venlafaxine)	3	2,0 (1,2 - 3,4)	24,3 (16,1 - 35,0)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DISCUSSION.

1. LA PRISE EN CHARGE EST CODIFIEE (France, USA, etc).

ELLE DOIT OBEIR AUX REGLES DE L'EVIDENCE BASED MEDICINE MAIS S'ADAPTER AUX BESOINS DE CHAQUE FUMEUR.

- Importance de l'évaluation initiale (alliance et décisions thérapeutiques).
- Clinique, outils, expérience du thérapeute.
- Différents niveaux d'intervention (prise en charge globale).

CONDUITE DE LA PRISE EN CHARGE (ROLES RESPECTIFS DE THERAPEUTE ET FUMEURS AUTOUR D'UN OBJECTIF COMMUN).

2. QUE PENSER DE TOUTES CES "METHODES" ?

EVALUATION DIFFICILE ET METHODOLOGIE SOUVENT PEU RIGOUREUSE.

DES REGLES CLAIRES DOIVENT ETRE DEFINIES.

- Objectif, population (inclusion, exclusion).
- Définition de la prise en charge et du suivi.
- Validation de l'arrêt.

DES BIAIS METHODOLOGIQUES.

- Il n'y a pas de "fumeur moyen".
- Les essais cliniques sont réalisés dans des centres spécialisés.
- Arrêt et maintien dans l'abstinence sont des notions différentes (rôle du suivi).

CONCLUSION.

LE "FUMEUR MOYEN" N'EXISTE PAS, COMMENT FACILITER L'ARRET ?
DEVELOPPER LES MOYENS D'AUTO ASSISTANCE.

LES THERAPIES DE GROUPE ONT UNE EFFICACITE.

AMELIORER L'IMPLICATION ET LA COMPETENCE DES ACTEURS
SANITAIRES.

HIERARCHISER ET COORDONNER L'INTERVENTION EN TABACOLOGIE.

TOUTE AIDE EST-ELLE BONNE A PRENDRE ?

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE (TNS) : EFFICACITE INDEPENDANTE DU
SOUTIEN ASSOCIE.

LE SEVRAGE TABAGIQUE ELEMENT INCONTOURNABLE DE LA LUTTE
CONTRE LE TABAGISME (Prévention, Contrôle du tabac, etc),

ATTITUDE CRITIQUE.

QCM 1

LA CONSULTATION INITIALE D'AIDE A L'ARRÊT DU TABAGISME EVALUE :

- | | | |
|--|--|-------------------------------|
| l'histoire du tabagisme et les tentatives d'arrêt antérieurs | Vrai <input checked="" type="checkbox"/> | Faux <input type="checkbox"/> |
| les éléments du pronostic (troubles anxio-dépressifs, co-dépendance) | Vrai <input checked="" type="checkbox"/> | Faux <input type="checkbox"/> |
| le niveau de dépendance par le test de Fagerström | Vrai <input checked="" type="checkbox"/> | Faux <input type="checkbox"/> |
| le niveau d'anxiété dépression par le test HAD | Vrai <input checked="" type="checkbox"/> | Faux <input type="checkbox"/> |
| le niveau de motivation à l'arrêt par le test de RICHMOND | Vrai <input checked="" type="checkbox"/> | Faux <input type="checkbox"/> |
| les freins à la tentative d'arrêt | Vrai <input checked="" type="checkbox"/> | Faux <input type="checkbox"/> |

LORS DES CONSULTATIONS DE SUIVI, ON DOIT :

- | | | |
|---|--|-------------------------------|
| à chaque consultation, fixer la date de la suivante | Vrai <input checked="" type="checkbox"/> | Faux <input type="checkbox"/> |
| assurer un suivi \geq 6 mois (12 mois) | Vrai <input checked="" type="checkbox"/> | Faux <input type="checkbox"/> |
| valider l'arrêt : mesure du COE | Vrai <input checked="" type="checkbox"/> | Faux <input type="checkbox"/> |
| apprécier la qualité de vie et réaliser test HAD | Vrai <input checked="" type="checkbox"/> | Faux <input type="checkbox"/> |
| Evaluer syndrome de sevrage et craving | Vrai <input checked="" type="checkbox"/> | Faux <input type="checkbox"/> |
| Rechercher des effets secondaires du sevrage | Vrai <input checked="" type="checkbox"/> | Faux <input type="checkbox"/> |

PROTOCOLE D'INTERVENTION :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Utilisez vous dans votre pratique professionnelle un protocole | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Si NON envisagez-vous d'en utiliser un | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

QCM 2

La Substitution Nicotinique (SN) est contre-indiquée chez les cardiaques et femmes enceintes. Les formes galéniques ne peuvent être associées.

VRAI

FAUX

Les grands principes de la SN sont : éviter le sous dosage initial, durée du traitement suffisante, diminution progressive de la posologie.

La SN (versus placebo) permet de doubler le taux d'arrêt à court terme (fin du traitement) et long terme (12 mois).

La SN peut donner lieu à des abstinences temporaires ou à une stratégie de réduction de la consommation.

L'association des formes galéniques (FO et TD) accroît le taux de succès dans l'arrêt à long terme (vs une seule forme).

Chez le fumeur fortement dépendant, les FO les plus dosés permettent d'améliorer significativement la réduction de la consommation de tabac et l'abstinence durable.

Le dosage de la cotinine permet d'adapter le TNS

QCM 3**EFFETS SECONDAIRES DU SEVRAGE ET/OU MEDICAMENTS DU SEVRAGE**

	SYNDROME DE MANQUE	NICOTINE (PATCH)	NICOTINE (ORALE)	BUPROPRION	VARENICLINE
Activité onirique accentuée, durée de nuit raccourcie, absence d'asthénie psychique ou physique au réveil		X		X	X
Prise de poids, impression de faim, constipation, bradycardie	X				
Eruption cutanée prurigineuse apparaissant quelques jours après le début de la tentative.		X		X	X
Hoquet, gastralgies, aphtes.			X		X
Syndrome cutané sévère avec fièvre, arthralgies ou convulsions				X	
Hypotension, bradycardie, asthénie psychique et/ou physique, constipation	X				
Nausées, troubles du sommeil, colopathie, vertiges					X

QCM 4**EFFETS SECONDAIRES DU SEVRAGE ET/OU MEDICAMENTS DU SEVRAGE**

	SYNDROME DE MANQUE	NICOTINE (PATCH)	NICOTINE (PERLINGUALE)	BUPROPRION	VARENICLINE
Absence de manque mais tachycardie, hypertension artérielle et bouffées vasomotrices				X	?
Céphalées, palpitations, tachycardie, gastralgies, excitation, diarrhée		X			?
Difficulté de concentration, diminution des capacités mnésiques, impression de « tête vide »	X				?
Sécheresse buccale, agueusie, nausées.			X	?	X
Flatulences, nausées, troubles du sommeil	X			?	X
Irritabilité, colère, tremblement, accès de violence, impatience.	X			?	?