

PRISE EN CHARGE DE L'AIDE A L'ARRÊT DU TABAC : ASPECTS THEORIQUES ET PRATIQUES

Docteur Jean PERRIOT

Dispensaire Emile Roux
Clermont-Ferrand

perriotjean@gmail.com



**DIU de Tabacologie
Clermont-Ferrand – Mars 2020**



INTRODUCTION

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

FAITS

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

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

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

OBJECTIFS

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

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

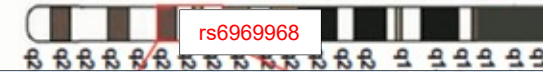
« *The Tobacco Endgame : Is it possible ?* » ²

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

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

**EQUIPEMENT NEUROBIOLOGIQUE
+ GENETIQUE + ENVIRONNEMENT**

Chromosome 15q24-25
Locus *CHRNA5-CHRNA3-CHRNA4*
Codant les sous unités $\alpha 5, \alpha 3, \beta 4$



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

Nicotine 95%
Autres alcaloïdes 5%

TABAC

INITIATION

EFFETS AVERSIFS

évitement

RENFORCEMENT

EFFETS NEUTRES

**Positif
Négatif**

CONSOMMATION

DEPENDANCE

Perte de contrôle
et craving
Automatisation du
comportement

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

Niveaux éducatif, socioéconomique

Entourage fumeur
Consommation d'alcool, SPA et café
Age de début du tabagisme régulier
Motivation à l'arrêt
Consommation quotidienne

Délai entre réveil et 1^{ère} cigarette

Intensité de craving

**Echec initial
du sevrage**

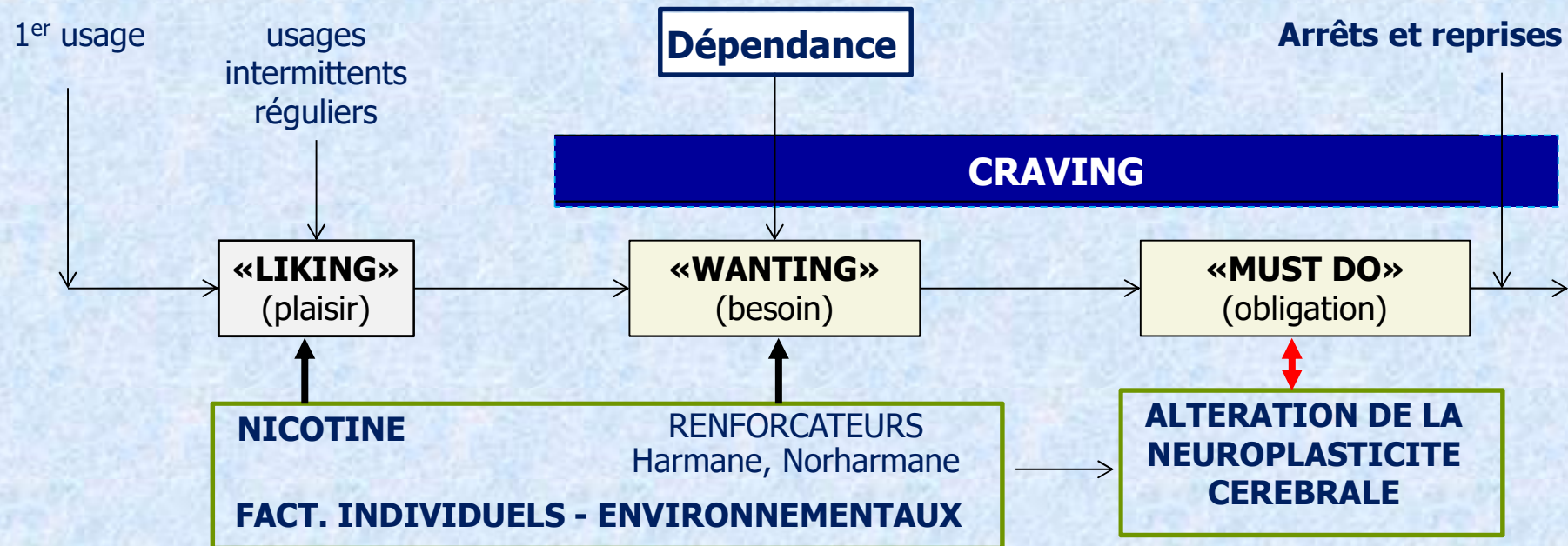
**Reprise après
arrêt initial**

Psycho-comportementale
Pharmacologique - tolérance

Sensibilisation comportementale
Altération de la neuroplasticité
Troubles anxio-dépressifs induits

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

DEVELOPPEMENT DE L'ADDICTION AU TABAC



18 Modèles de craving en 4 catégories :

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

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

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

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

PLAN DE L'EXPOSE

Remarques préalables :

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

ACCOMPAGNEMENT DU SEVRAGE TABAGIQUE

STRATEGIE DE REDUCTION DES RISQUES

POUR LA PRATIQUE DE L'AIDE A L'ARRÊT DU TABAC

CONCLUSION

CAS CLINIQUES

ACCOMPAGNEMENT DU SEVRAGE TABAGIQUE

IMPORTANCE DE LA CONSULTATION INITIALE

POSITION DANS LA PRISE EN CHARGE

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

TROIS OBJECTIFS

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

POINTS CLÉS

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

ELEMENTS DU BILAN

SITUATION PERSONNELLE DU FUMEUR

Base de la prise en charge personnalisée et élément du pronostic

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

Niveau de formation (scolaire, universitaire, professionnelle)

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

Contexte professionnel (emploi – environnement fumeur ? Retraité ?)

Contexte familial (isolement ? environnement fumeur – soutien ?)

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

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

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

Consommation de tabac minorités sexuelles vs populations hétérosexuelles

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

Les 11 questions du score Epices

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

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

NIVEAU D'INTOXICATION TABAGIQUE

Consommation quotidienne (cigarettes/jour)

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

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

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

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

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

Inférieure chez les petits fumeurs (vs F standards)

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

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

Inférieure chez les petits fumeurs

CO expiré (profondeur inhalation, comorbidités, intoxication CO)

Tabagisme passif (et pollution environnementale)

HISTOIRE DU TABAGISME

Ancienneté de la consommation

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

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

Comorbidités associées :

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

Traitements médicamenteux associés

QUESTIONNAIRES
www.iraat.fr

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

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

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

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

Questionnaire d'Hypomanie de ANGST

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

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

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

EVALUATION DE LA MOTIVATION A L'ARRET

NOTION CLASSIQUE

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

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

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

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

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

EXPLORATION DE L'AMBIVALENCE FACE AU CHANGEMENT

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

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

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

AUTRES ELEMENTS

- **Motif d'arrêt** (haut et bas grades)
- **Maturation de la décision d'arrêt**
- **Circonstances de la décision** (« notion de climat »)
- « ***Delay Discounting*** »

TEST D 'EVALUATION DE LA MOTIVATION

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

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

0-6 motivation faible ou moyenne

7-9 bonne motivation

10 très bonne motivation

EVALUATION DE LA DEPENDANCE ET DU CRAVING

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

DEPENDANCE

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

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

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

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

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

Evaluation de la dépendance et du craving

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

CRAVING

- EVA/EVN

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

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

Caractère tenace (95% des reprises du tabagisme)

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

TEST DE DEPENDANCE A LA CIGARETTE (FTCD)

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

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

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

Test HONC

(Hooked* on Nicotine Checklist)

Le Hooked on Nicotine Checklist (HONC) est un test dont l'objectif est de mesurer 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 ? ☐

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

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

Avez-vous déjà eu des envies impérieuses de fumer ? ☐

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

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

~~Quand vous essayez d'arrêter ou quand vous n'avez pas fumé depuis un certain t~~

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

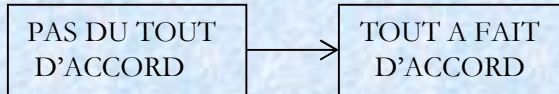
Avez-vous été plus irritable parce que vous ne pouviez pas fumer ? ☐

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

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

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

FRENCH TOBACCO CRAVING QUESTIONNAIRE (FTCQ-12)



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

TOTAL =

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

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

MINNESOTA WITHDRAWAL NICOTINE SCALE

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

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

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

(Hughes & Hatsukami 1986 et mise à jour 2014 :

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

SYNTHESE

Age	Consommation C/J	Paquets-Années
Bien-être /10	Situation personnelle professionnelle précarité - EPICES	Motivation /10 Confiance /10
Comorbidités Somatiques	Motifs de l'arrêt	Usage de SPA Alcool Cannabis Autre
Comorbidités Psychiatriques	Craintes (freins)	COE
Age du tabagisme (PC/TR/PD)	FTND FTCQ Minnesota	Tentatives d'arrêts (Nb/durée/dernière)
Traitements actuels	Prochaska Richmond	HAD D A BDI Angst Akiskal-Hantouche

PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE TABAGIQUE

PRINCIPE DE LA PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE

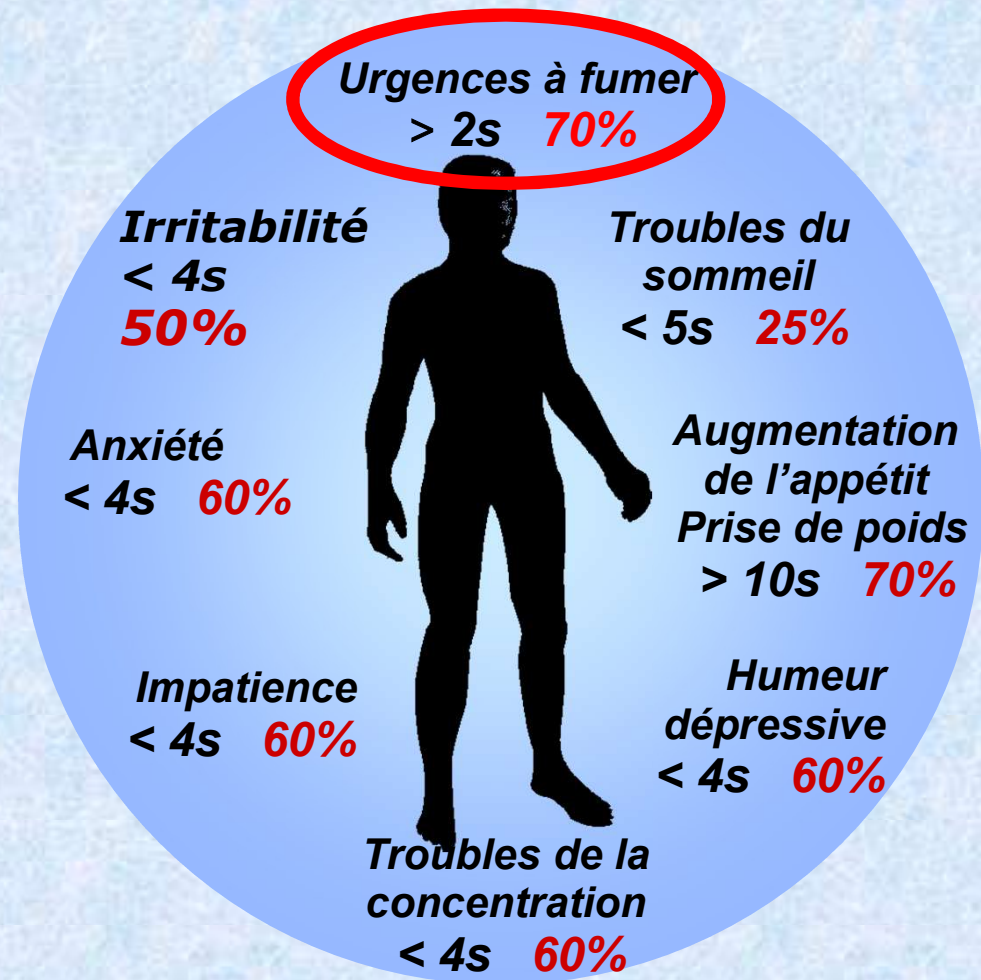
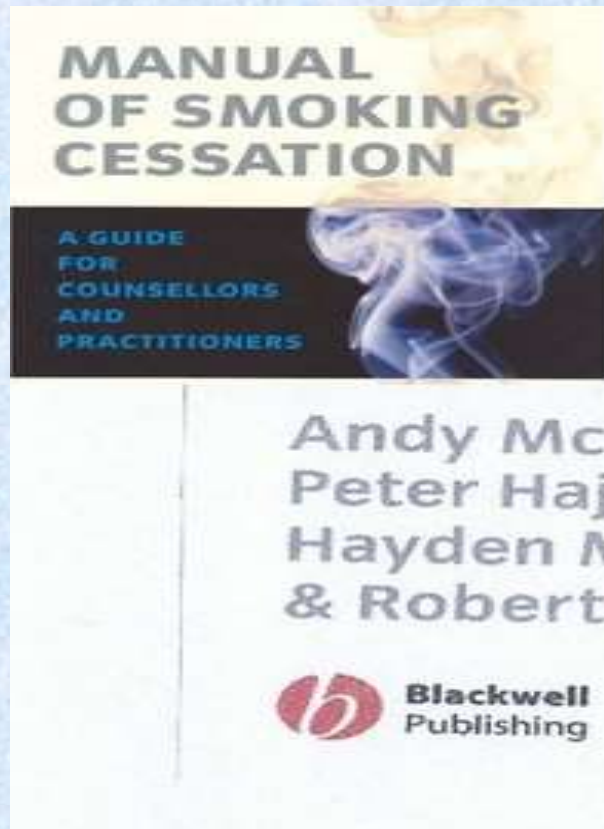
Il réalise une intervention structurée en trois étapes :

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

Compensation simultanée des dépendances psychologiques, comportementales et pharmacologiques.

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

TRAITEMENT DU SYNDROME DE SEVRAGE TABAGIQUE



TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

TRAITEMENT NICOTINIQUE SUBSTITUTIF (TNS)

Premier traitement d'aide à l'arrêt

(Nicotine : acteur principal de la dépendance).

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

Bonne tolérance et sécurité d'emploi.

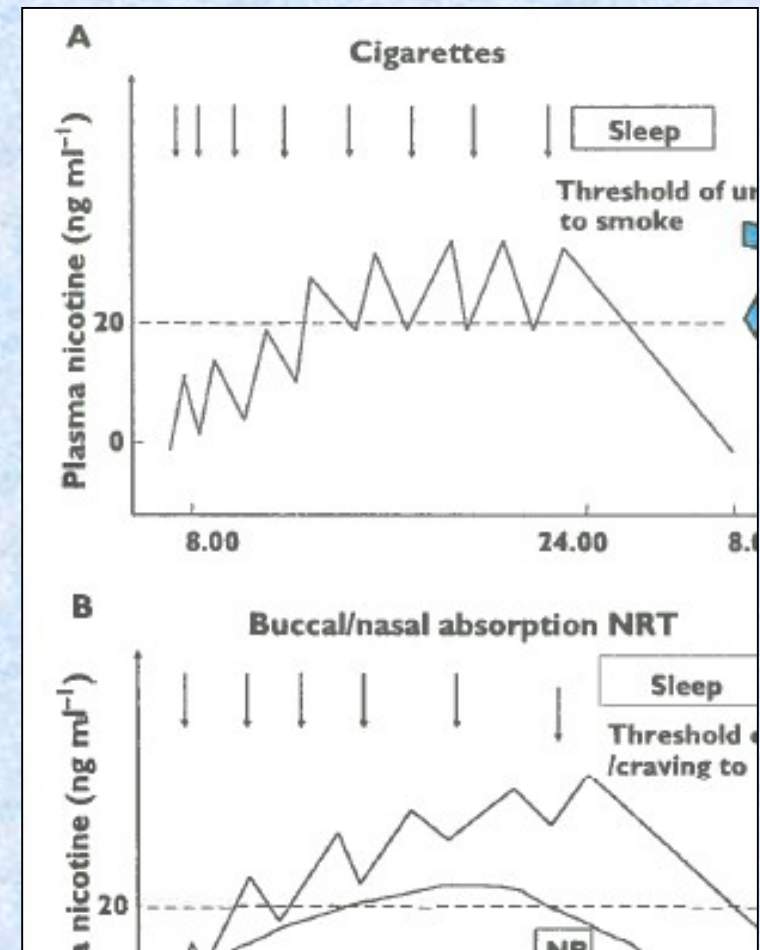
Efficacité de toutes les formes de TNS :

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

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

Autres intérêts :

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



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

Aubin HJ, et al. *BJCP* 2014 ; 77(2) : 324-36
 Anthenelli RM, et al. *Lancet* 2016 ; 387 (10037) : 2507-20

TRAITEMENT DE SECONDE LIGNE

Nortryptiline.

- antidépresseur inhibiteur de la recapture de NE et SER.

Clonidine.

- anti HTA agoniste/récepteurs α_2 adrénergiques.

MÉDICAMENTS POUR DEMAIN

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

Médicaments IMAO A ou B

Vaccin anti Nicotine

Médicaments de la transmission

GABA/NMDA

Modafinil

Antagonistes des R. Dopamine (D3)

Naltrexone, Nalméfène

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

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

DCI	NOM COMMERCIAL	GOUT	POSOLOGIE	EFFETS SECONDAIRES	CONTRE INDICATIONS
Dispositifs transdermiques	Nicopatch Nicotinell Niquitin Clear Nicorette		21 mg/24h 14 mg/24h 7 mg/24h 25 mg/16h 15 mg/16h 10 mg/16h	Allergie cutanée, Trouble du sommeil	Non fumeur Non dépendants Intolérance cutanée (pour les timbres)
Gomme (2-4 mg)	Nicorette Nicotinell Nicogum (2 mg)	Normal, menthe, orange, fruits rouges neutre Menthe, fruits rouges Fruit, Normal	A la demande 2 mg →30/jour 4 mg→15/jour	Irritation buccale , aphtes hoquet, brûlures gastriques potentiel addictogène (?)	
Inhalateur 10 mg	Nicorette	Menthol	Idem	Idem	
Tablettes à sucer 1 –2- 4 mg	Nicorette Microtab	Normal Menthe, divers	Idem	Idem	
Comprimés à sucer 1,5-2-4 mg	Niquitin		Idem	Idem	
Spray buccal	Nicorette	Menthe	30/J (1 mg)	Toux – Irritation buccale	Pas d'association
Pastilles à sucer 1.5 -2.5 mg	Nicopass	Menthe ; eucalyptus Régisse menthe	Idem	Idem	
Chlorhydrate de Bupropion Cp 150 mg LP	Zyban LP		150 ou 300 mg en deux prises espacées d'au moins huit heures	Fréquence >1/100 trouble du sommeil, sécheresse buccale, céphalées, sensations vertigineuses, troubles digestifs, troubles du goût, éruption cutanée, fièvre Fréquence entre 1/100 et 1/1000 : tachycardies, bouffées vasomotrices, élévation de la PA, anorexie, confusion Fréquence entre 1/1000 et 1/10000 : Crises convulsives, syncopes, réactions d'hypersensibilité générale	Insuffisance hépatique sévère, hypersensibilité au bupropion ou excipients, épilepsie et antécédents épileptiques, tumeurs cérébrales abaissement du seuil épileptique, psychose maniaco-dépressive, anorexie boulimie, prise d'IMAO, grossesse, allaitement, sevrage alcool ou BZD
Varénicline Cp 0,5 mg et 1 mg	Champix		Titration 0,5 mg x 3j 0,5 mg x 2 x 4j 1 mg 2,5 mois ± 3 mois si arrêt	Nausées légères à l'induction 28 % Céphalées 14 % Troubles du sommeil 15 % Divers x % (RS ?)	Pas d'interférence médicamenteuse connue Grossesse et allaitement Mineurs Insuffisance rénale grave

PREPARER L'ARRÊT ?

SOULIGNER LES BÉNÉFICES DE L'ARRÊT ET PROPOSER UNE AIDE

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

ACCROÎTRE LA MOTIVATION À L'ARRÊT

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

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

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

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

Varénicline (vs PCB, arrêt S2-S24)⁴

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

PRÉ-TRAITEMENT AVANT LE DÉBUT DE L'ARRÊT

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

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

TNSTD (3 sem en prequit vs control)

↘ craving à 4 semaines et à 6 mois post TQD

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

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

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

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

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

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

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

⁶ Hajek P, et al. *Addiction* 2018;113:2280-2289.

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

DES MOYENS MÉDICAMENTEUX

SUBSTITUTS NICOTINIQUES (TNS)

Adapter la posologie

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

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

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

Allonger la durée du traitement

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

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

Associer les formes galéniques

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

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

BUPROPION

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

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

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

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

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

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

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

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

VARÉNICLINE

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

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

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

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

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

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

EFFICACITÉ & BONNE TOLÉRANCE SPÉCIFIQUES (*vs* PCB)

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

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

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

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

³ Tonstad S, *et al. JAMA* 2006;64-7.

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

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

⁶ Ferketich AK, *et al. Nicotine Tob Res* 2013; 15:247-5.

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

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

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

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

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

TRAITEMENT NON MEDICAMENTEUX (TNM)

THERAPIES COMPORTEMENTALE ET COGNITIVES

Intérêt dans l'aide à l'arrêt du tabac

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

Efficacité dans le contrôle du craving

Stead LF, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2015 ; 10CD009670 (TCC + médicaments)

Kober H, et al. *Drug Alcohol Dep* 2010 ; 106 : 52-5 (stratégies cognitives)

De Souza IC, et al. *J Altern Complement Med* 2015 ; 21 : 129-40

Efficacité dans le contrôle des troubles anxio-dépressifs

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

ACTIVITE PHYSIQUE

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

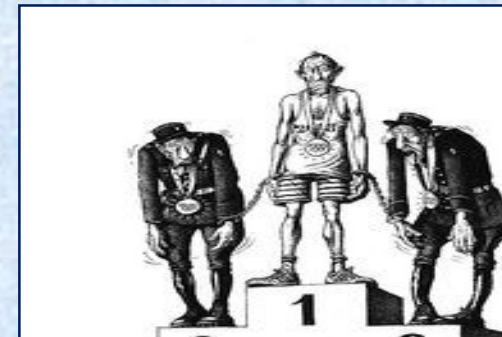
Ussher M, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;8:CD00295

Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2015;32:1016-33

Efficacité dans le contrôle du craving

Bernard P, et al. *Le courrier des addictions* 2014;16:14-15

Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2016 ; 33 : 431-43



THERAPIES NON CONVENTIONNELLES

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

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

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

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

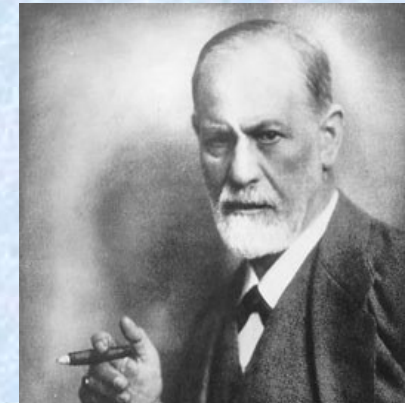


TRAITEMENT DU CRAVING TABAGIQUE

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

Addiction aux substances Psycho-Actives

= Perte de contrôle de leur usage (syndrome de sevrage et craving,



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

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

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

OPTIONS THERAPEUTIQUES

- Médicaments d'aide à l'arrêt de 1^{ère} ligne (associations > monothérapies) et 2^{ème} ligne
- Thérapies comportementales et cognitives, activité physique, e-cig, TCSM
- Médicaments et modalités thérapeutiques du futur

Brousse G, et al. *Alcoologie Addictologie* 2014 ; 36 : 105-115
Samalin L, et al. *Rev F Psy Psychol Méd* 2010 ; XVI : 38-43
Hughes JR. *Nicotine Tob Res* 2010 ; 12 : 459-62

Dawkins L, et al. *Psychopharmacology* 2013 ; 227:377-84
Perriot J. *Science Tab*, Lyon 2012
Haasova M, et al. *Addiction* 2013 ; 108:26-37

POURQUOI S'INTERESSER AU CRAVING ?

Echecs : 50% à M1 et rechutes : 30% M3 ¹⁻³

Pronostic de l'arrêt à M12: TTFC^{4,5} et craving⁴⁻⁸

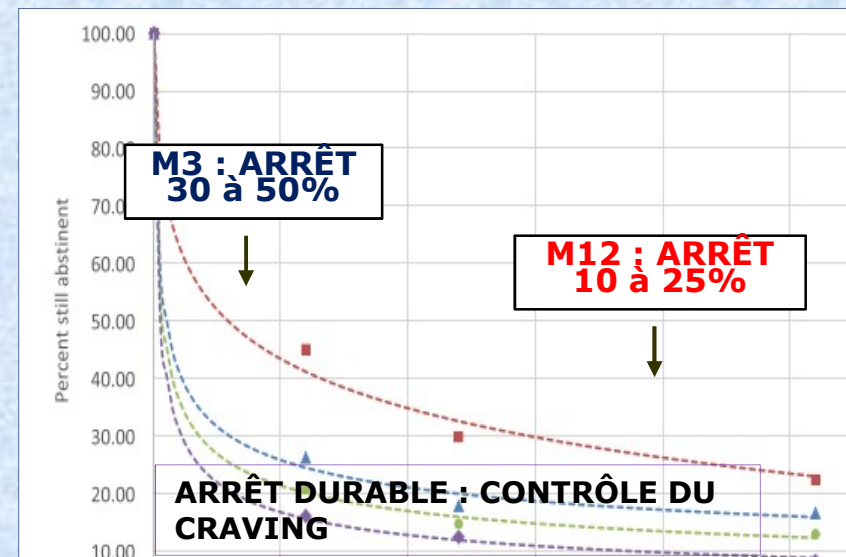
Elément de définition des «*Hard-core smokers*»⁹⁻¹⁰



CONTRÔLE DU CRAVING ET ABSTINENCE ^{11,12}

Contrôle du craving:

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

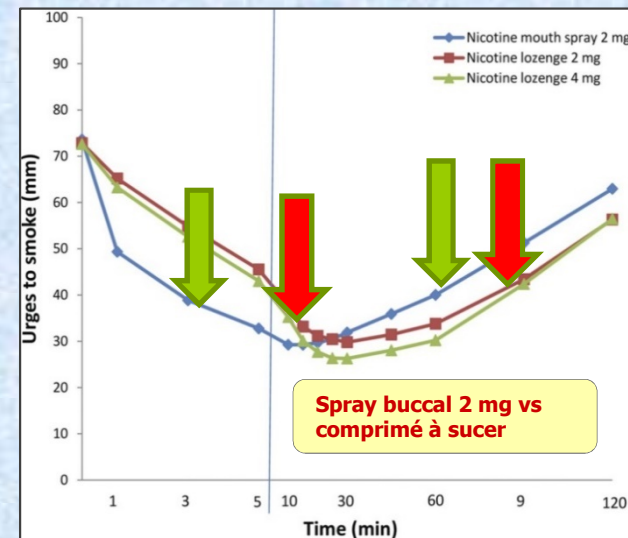
12 Grousse G, et al. *Alcoologie et Addictologie*; 2014;36:105-115.

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

TRAITEMENT NICOTINIQUE SUBSTITUTIF (TNS)

- TNS TD Fortes posologies plus efficaces¹
réponse aux stimuli inducteurs persiste
- TNS FO Formes les plus dosées, les plus efficaces (G=P)²
Spray buccal plus rapidement efficace³, les autres plus durablement⁴
- TNS TD + FO Effets complémentaires⁵

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



BUPROPION

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

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

VARENICLINE

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

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

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

Autres mécanismes d'action évoqués

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

TRAITEMENT NON MEDICAMENTEUX (TNM)

THERAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES

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

EVEIL SPIRITUEL⁴

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

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

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

ACTIVITE PHYSIQUE^{11,12,13}

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

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



TCC et réalité virtuelle

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

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

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

4 Gonzales D, et al. *Nicotine Tob Res* 2007 ; 9:299-303.

5 Park CB, et al. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2014 ; 17:262-7.

6 Unrod M, et al. *Nicotine Tob Res* 2014 ; 16:306-15.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« **SMOKELESS TOBACCO** » (SNUS)

Pas de syndrome de sevrage ni de craving ; très addictif

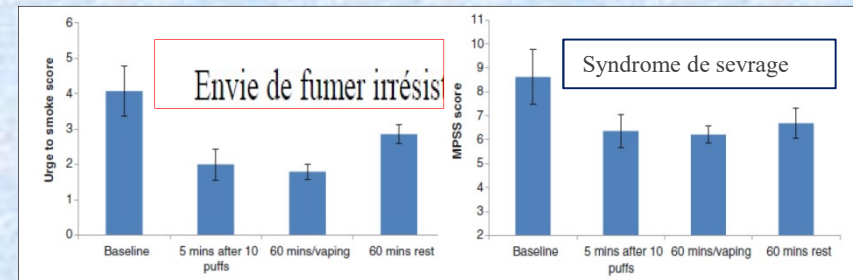
Underner M, et al, *Rev Mal Respir* 2011;28:978-94

E-CIGARETTE

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

Effets sur le manque et le **craving**

Rôle de nicotine et/ou throat it ?



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

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

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

Throat it optimal

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

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

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

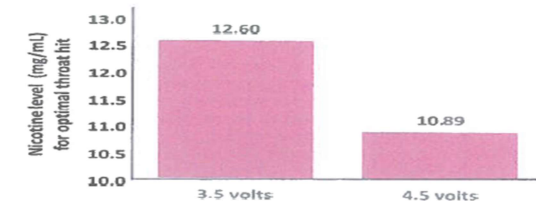
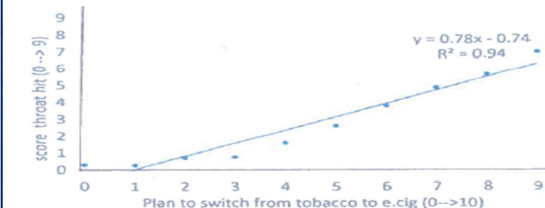


Figure 4: Relationship between the mean throat hit score and the score of the intent to switch from tobacco to e-cigarettes (n = 350 puffs).



STRATEGIE DE REDUCTION DES RISQUES

PAS DE REDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES

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

Référence: pas de réduction	Risque relatif	IC 95%
Mortalité toute cause	0.92	0.85–1.0
Risque cardiovasculaire	0.93	0.84–1.0
		0.74–0.8

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

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

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

PREMIERE SOLUTION : LE TNS



School of Health and Population
Sciences, University of
Birmingham, Edgbaston,
Birmingham B15 2TT
Correspondence to: D Moore
dj.moore@bham.ac.uk

Cite this as: *BMJ* 2009;338:b1024.
doi:10.1136/bmj.b1024

RESEARCH

Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis

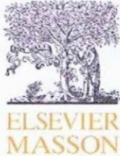
David Moore, senior reviewer Paul Aveyard, NIHR career scientist Martin Connock, systematic reviewer Dechao Wang, systematic reviewer Anne Fry-Smith, information specialist Pelham Barton, senior lecturer

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

Moore D, et al. Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking : systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2009;338:b1024

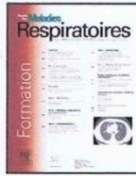
Risks and benefits of Long-Term Use of Nicotine Replacement Therapy (NRT) Products (Public Workshop). October 26-27, 2010
www.fda.gov/Drugs/NewsEvents/ucm221185htm

DEUXIEME SOLUTION : SMOKELESS TOBACCO (SNUS)



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



REVUE GÉNÉRALE
Tabac non fumé *Rev Mal Respir* 2011; 28(8) : 978-84.
Smokeless tobacco

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

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

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

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

N'induit pas de cancer bronchique ni de BPCO

Mais responsable de maladies et de morts

Mortalité globale

OR:1,17 (IC95%: 1,11-1,23)

OR:1,18 (IC95%:1,08-1,29)

Cardiovasculaire

RR=1,28 (IC95%:1,06-1,55)

Cancer du pancréas

RR=1,67 (IC95%:1,12-2,50)

Pathologie gravidique & mortalité périnatale

Addictif (sevrage difficile)

TROISIEME SOLUTION : LA CIGARETTE ELECTRONIQUE

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

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

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

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

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

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

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

Toxicité e-liq très inférieure à la fumée de cigarette

Toxicité sur poumon humain non démontrée

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

Peu aider arrêt ou réduction fumeur motivé à son utilisation

PLACE DE L'E-CIG DANS LA REDUCTION DE CONSOMMATION ET DES DOMMAGES ?

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

Eviter le « vapo-fumage » bénéfique dans la réduction de consommation par l'e-cig (réduction des risques et induction de l'arrêt complet) ?

Intérêt réel dans l'arrêt du tabac

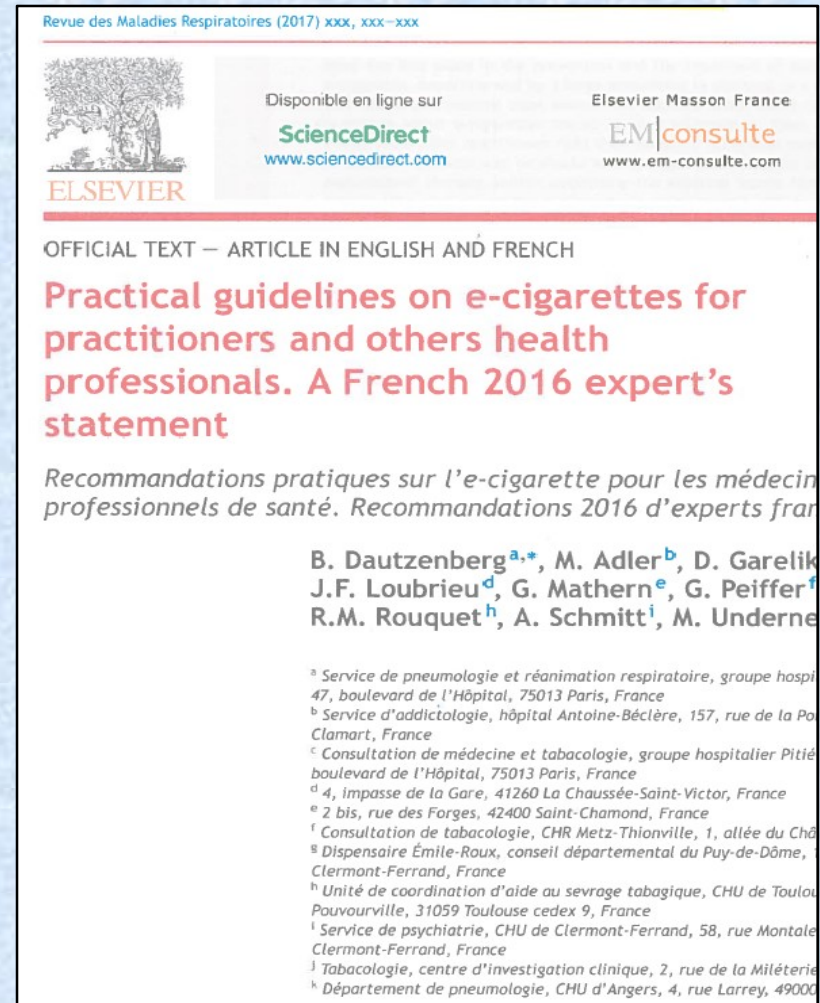
Choisir une e-cig (et e-liquide) de bonne qualité (dernière génération)

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

Diminuer graduellement l'apport en Nicotine

Possibilité d'associer TNSTD et e-cig

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



POUR LA PRATIQUE DE L'AIDE A L'ARRÊT DU TABAC

PRINCIPES GENERAUX DE LA PRISE EN CHARGE

UNE EVALUATION INITIALE EFFICACE (exhaustivité relative)

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

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

DECISIONS THERAPEUTIQUES

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

DES CONSULTATIONS EFFICACES

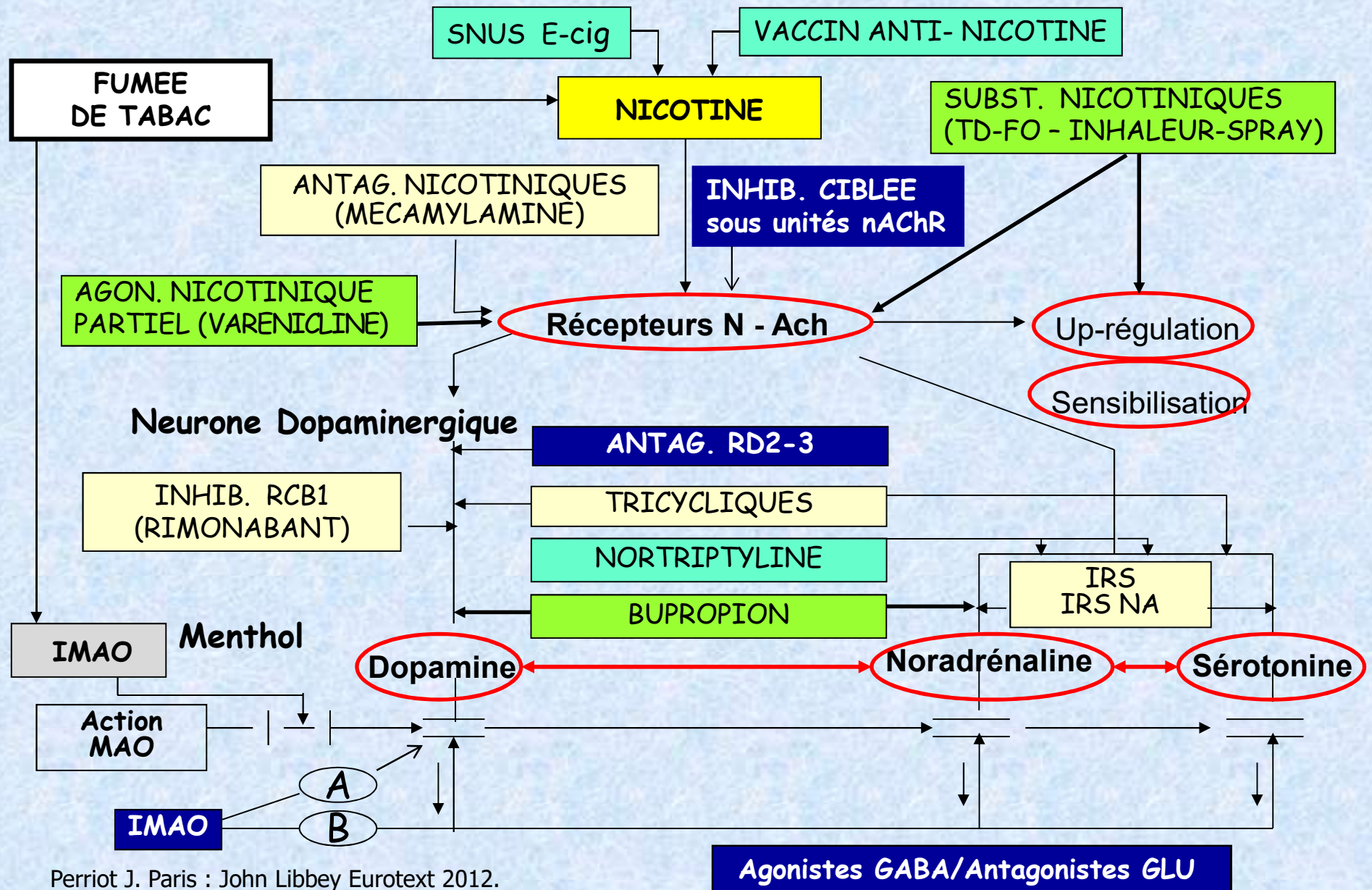
- Empathie, registre motivationnel (4R), Pb et difficultés résolues
- «temps utile» et suivi régulier de durée >6 mois (12 mois)
- Médicaments : éviter le sous dosage et l'arrêt trop précoce des TNS, pas de crainte des EI de la varénicline), contrôle du craving (reprise)
- Associer systématiquement TCC et partenariats dans le suivi

EFFICACITÉ DES MÉDICAMENTS D'AIDE À L'ARRÊT

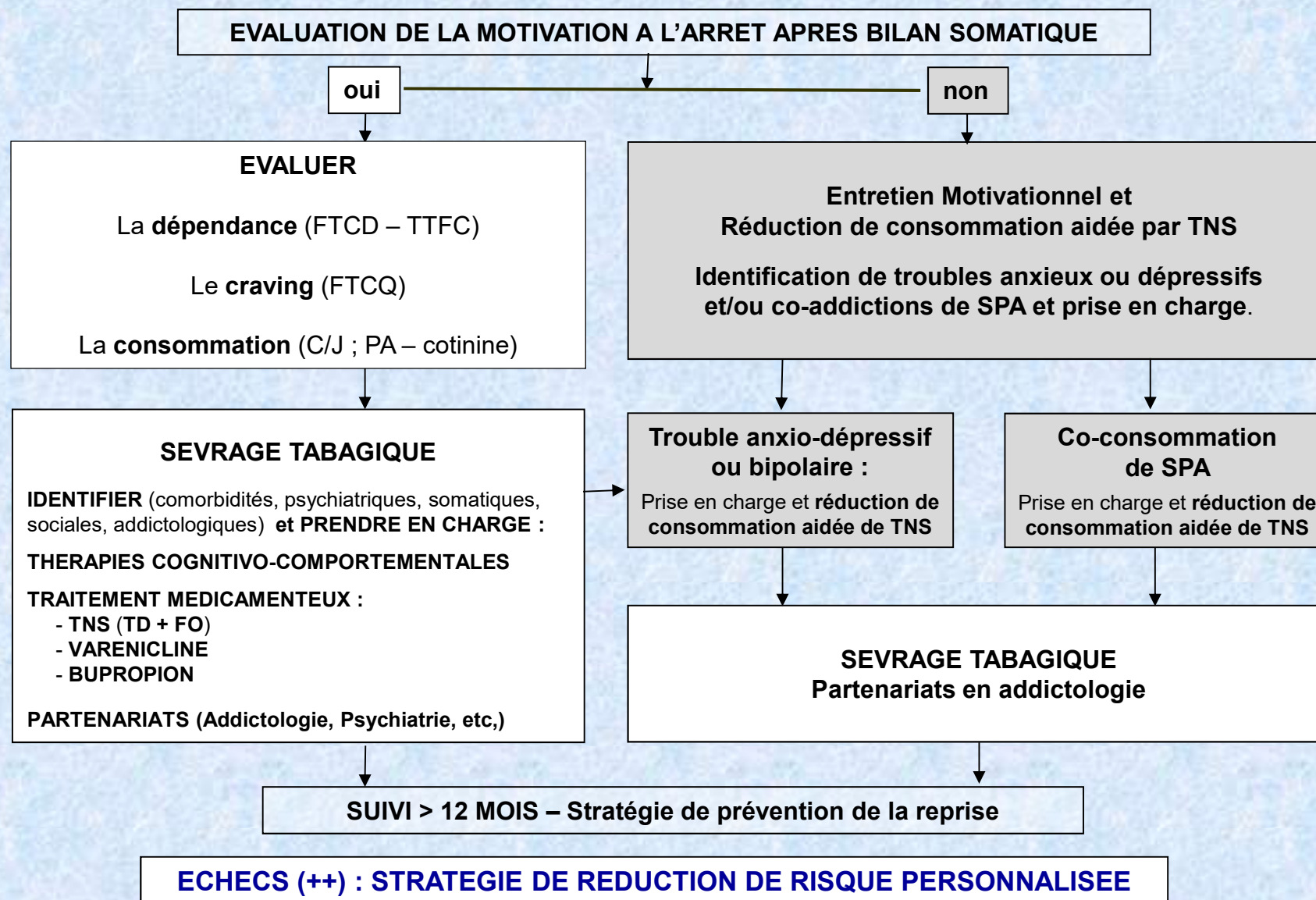
Fiore MC, et al. Treating Tobacco Use and Dependence, 2008 update

MEDICATION	Number of arms	Estimated odds ratio (95 % CI)	Estimated abstinence rate (95 % CI)
Placebo (medication alone)	80	1,0	13,8
Nicotine Gum (6-14 weeks)	15	1,5 (1,2 - 1,7)	19,0 (16,5 - 21,9)
High-Dose Nicotine Patch (> 25 mg)	4	2,3 (1,7 - 3,0)	26,5 (21,3 - 32,5)
Long-Term Nicotine Gum (> 14 weeks)	6	2,2 (1,5 - 3,2)	26,1 (19,7 - 33,6)
Varenicline (1 mg/day)	3	2,1 (1,5 - 3,0)	25,4 (19,6 - 32,2)
Nicotine Inhaler	6	2,1 (1,5 - 2,9)	24,8 (19,1 - 31,6)
Bupropion SR	26	2,0 (1,8 - 2,2)	24,2 (22,2 - 26,4)
Nicotine Patch (6-14 weeks)	32	1,9 (1,7 - 2,2)	23,4 (21,3 - 25,8)
Long-Term Nicotine Patch (> 14 weeks)	10	1,9 (1,7 - 2,3)	23,7 (21,0 - 26,6)
Nicotine patch + inhaler	2	2,2 (1,3-3,6)	25,8 (17,4-36,5)
Nicotine patch + nortriptyline	2	2,3 (1,3-4,2)	27,3 (17,2-40,4)
Nicotine patch + bupropion	2	2,2 (1,2-2,36)	28,9 (23,5-35,1)
Varenicline (2 mg/day)	5	3,1 (2,5-3,8)	33,2 (28,9-37,8)
Patch (long-term 14 weeks)+ad lib NRT (oral/nasal)	3	3,6 (2,5-5,2)	36,5 (28,6-45,3)
Medication	8	1,0	21,7
Medication and counseling	39	1,4 (1,2-1,6)	27,6 (25-30,3)
> 8 cons + med (2008)	9	1,7 (1,3-2,2)	32,5 (27,3-38,3)
2 interv. dif. (2000)	16	2,5 (1,9-3,4)	23,6 (18,4-28,7)

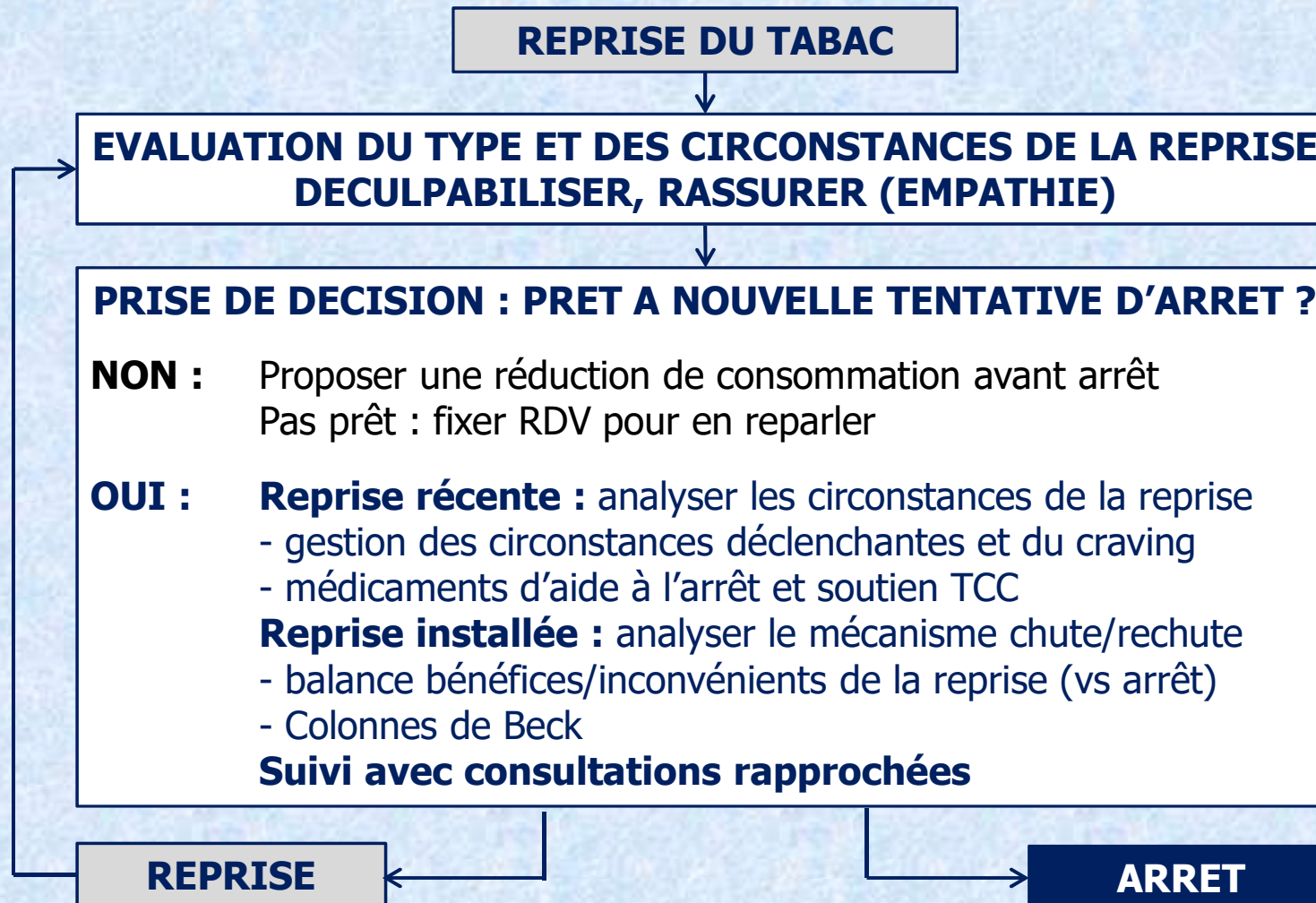
SYNTHESE



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



INTERVENTION FACE A UNE REPRISE APRES ARRET



DES POPULATIONS SPECIFIQUES

Fumeurs avec comorbidités psychiatriques

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

Femmes enceintes

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

Adolescents

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

Hard-Core smokers

PREVENTION DE LA REPRISE

- Intérêt des médicaments (TNS, Bupropion, Varénicline)
- Observance et Traitements prolongés (TNS<145J : rechutes + 44%)¹
- TCC (contrôle du craving, autogestion, motivation, estime de soi,,,))
- Contrôle du poids et des TAD

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

NOTION DE « FUMEURS DIFFICILES »



UNE DEFINITION SIMPLE¹

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

LES CONSULTANTS EN TABACOLOGIE²

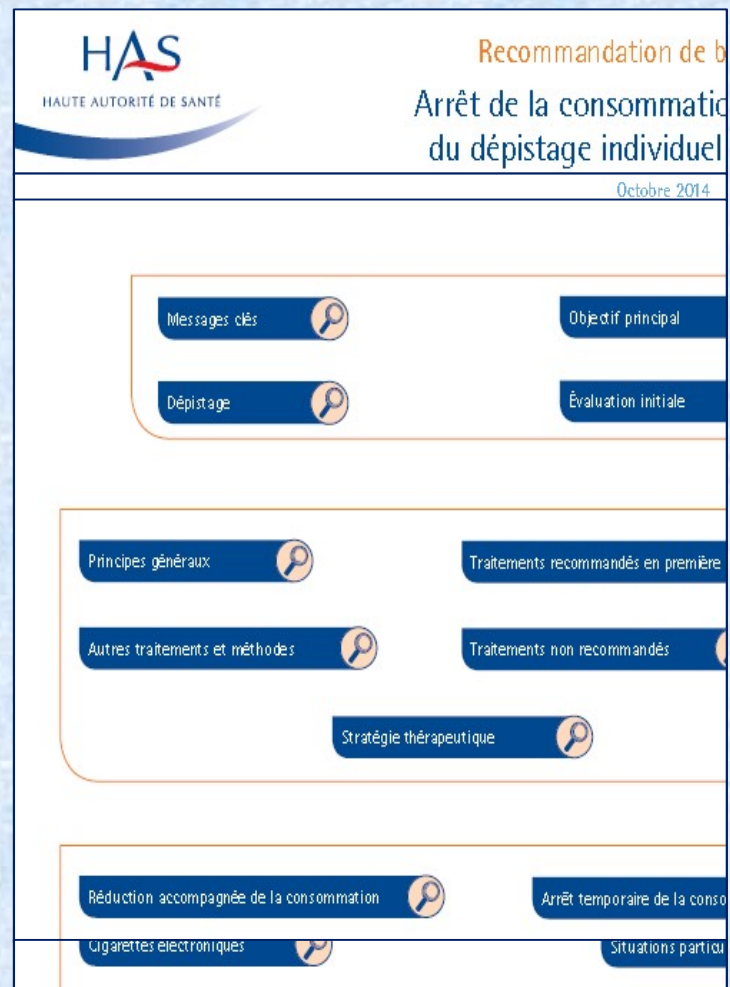
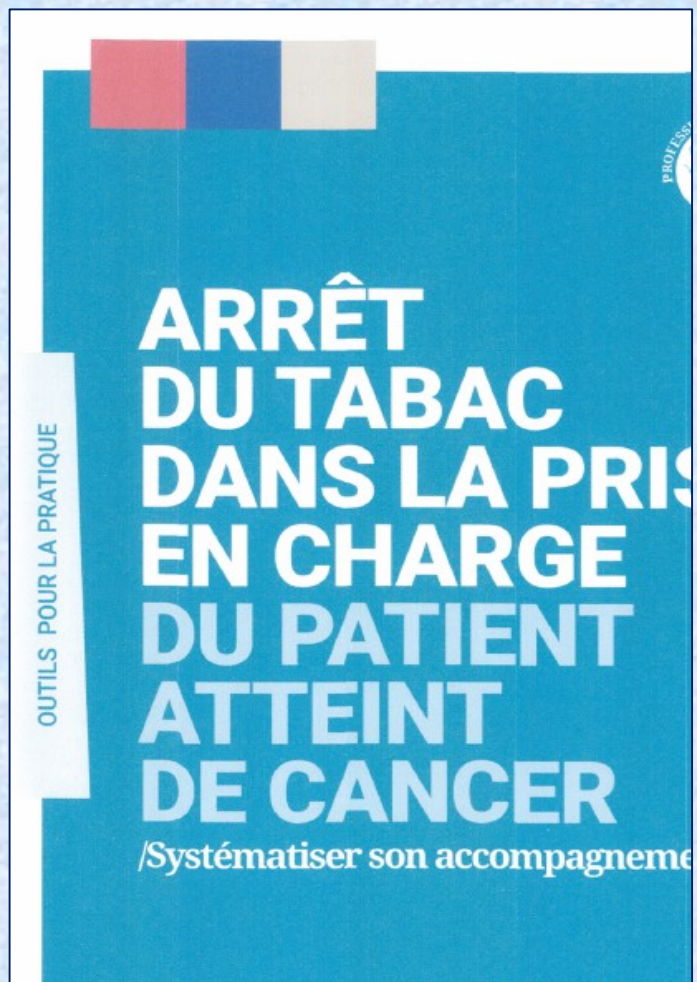
- Fortes dépendance (TTFC) et consommation
- Faible motivation à l'arrêt
- Pathologie psychiatrique fréquente (TAD)
- Coconsommation de SPA (actuelle, passée)
- Pathologie somatique associée (BPCO, etc.)
- Précarité socio économique fréquente
- Niveau de formation souvent peu élevé
- Femmes enceintes

PREVALENCE : 5 à 16 %¹

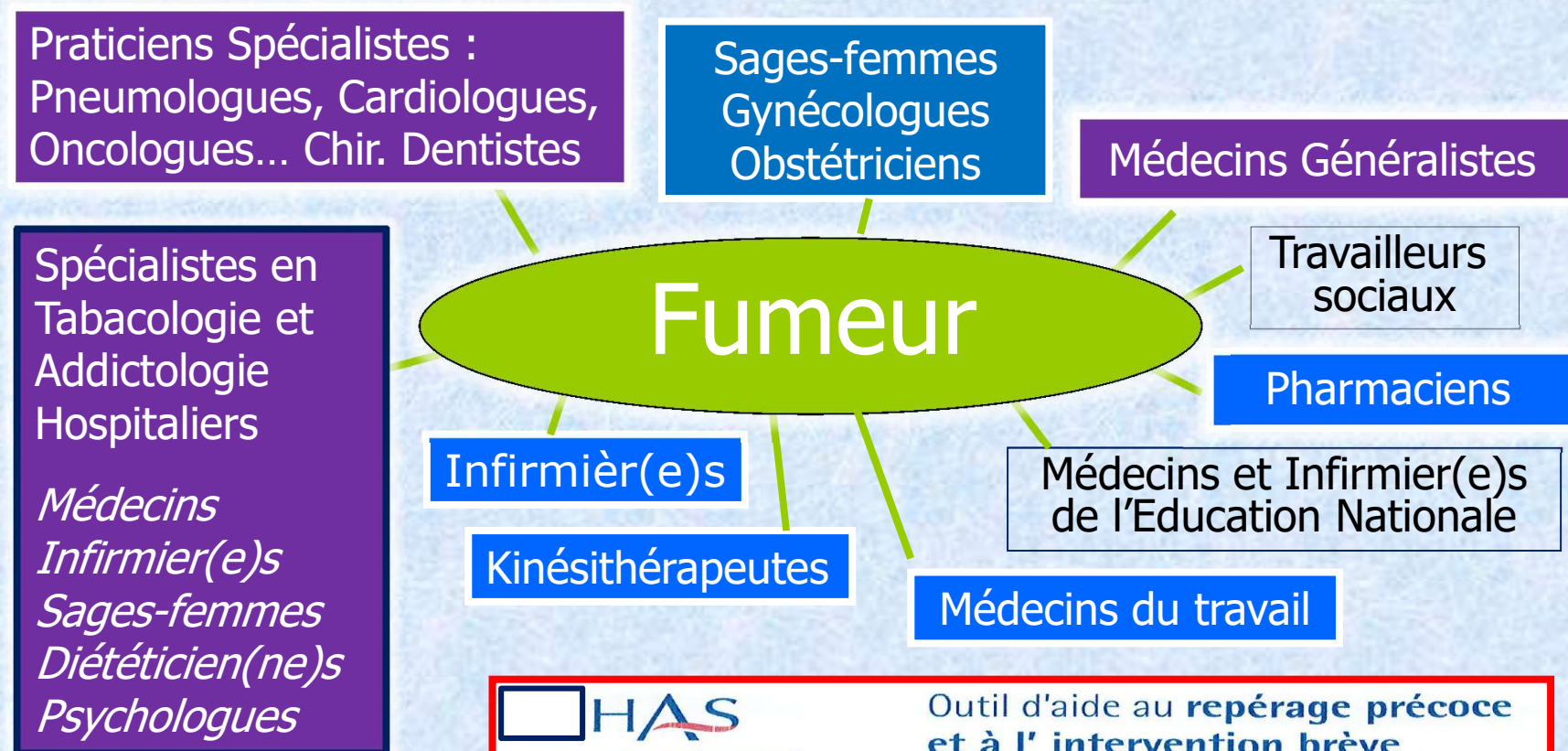
¹ Seidman DF, Covey LS. Lawrence Erlbaum Associates Publishers ; 1999

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

DES GUIDES D'INTERVENTION POUR LES PRATICIENS



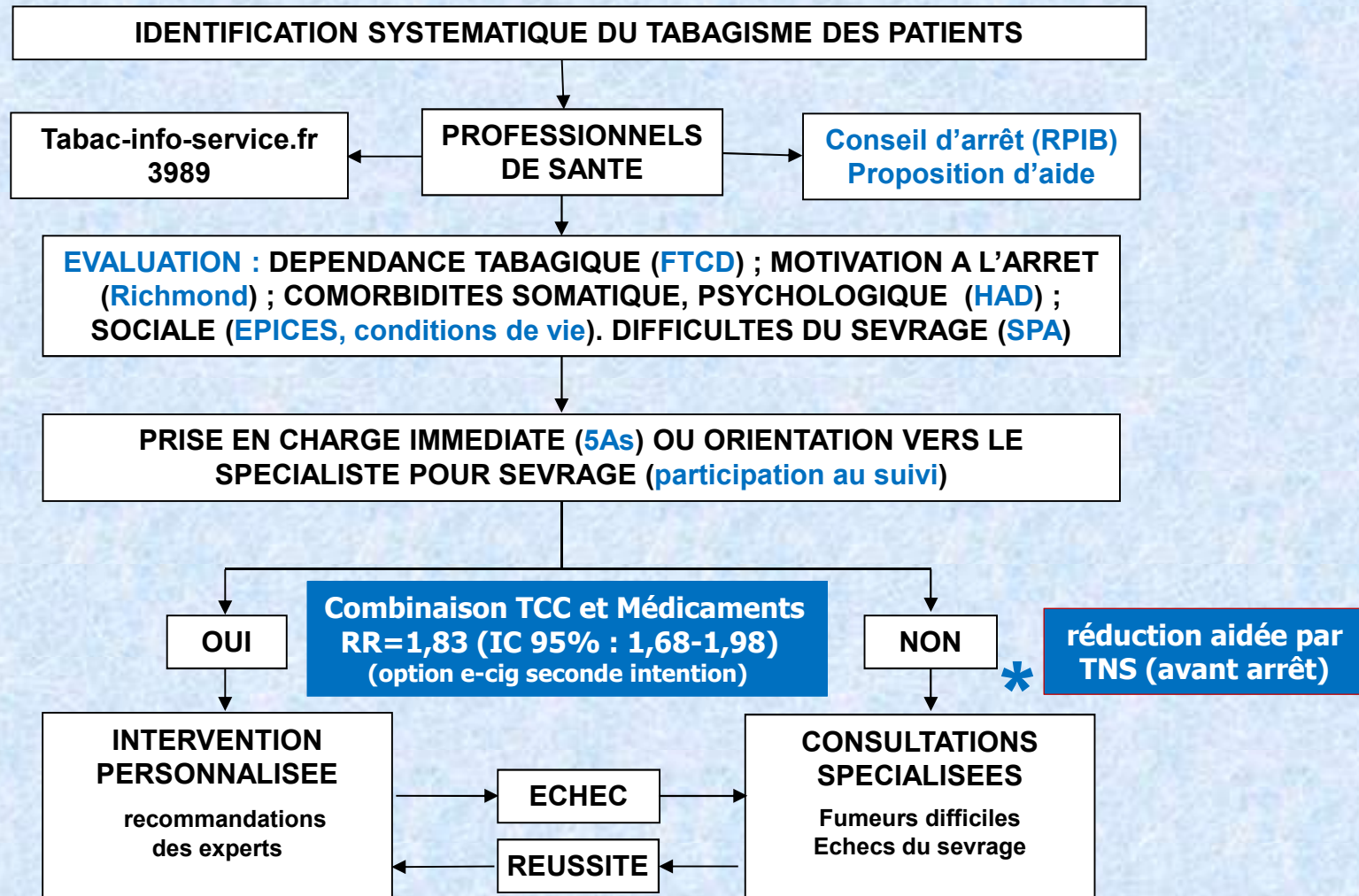
PARTENARIAT ENTRE LES PROFESSIONNELS DANS LE CONSEIL ET L'AIDE A L'ARRET DU TABAC DES FUMEURS



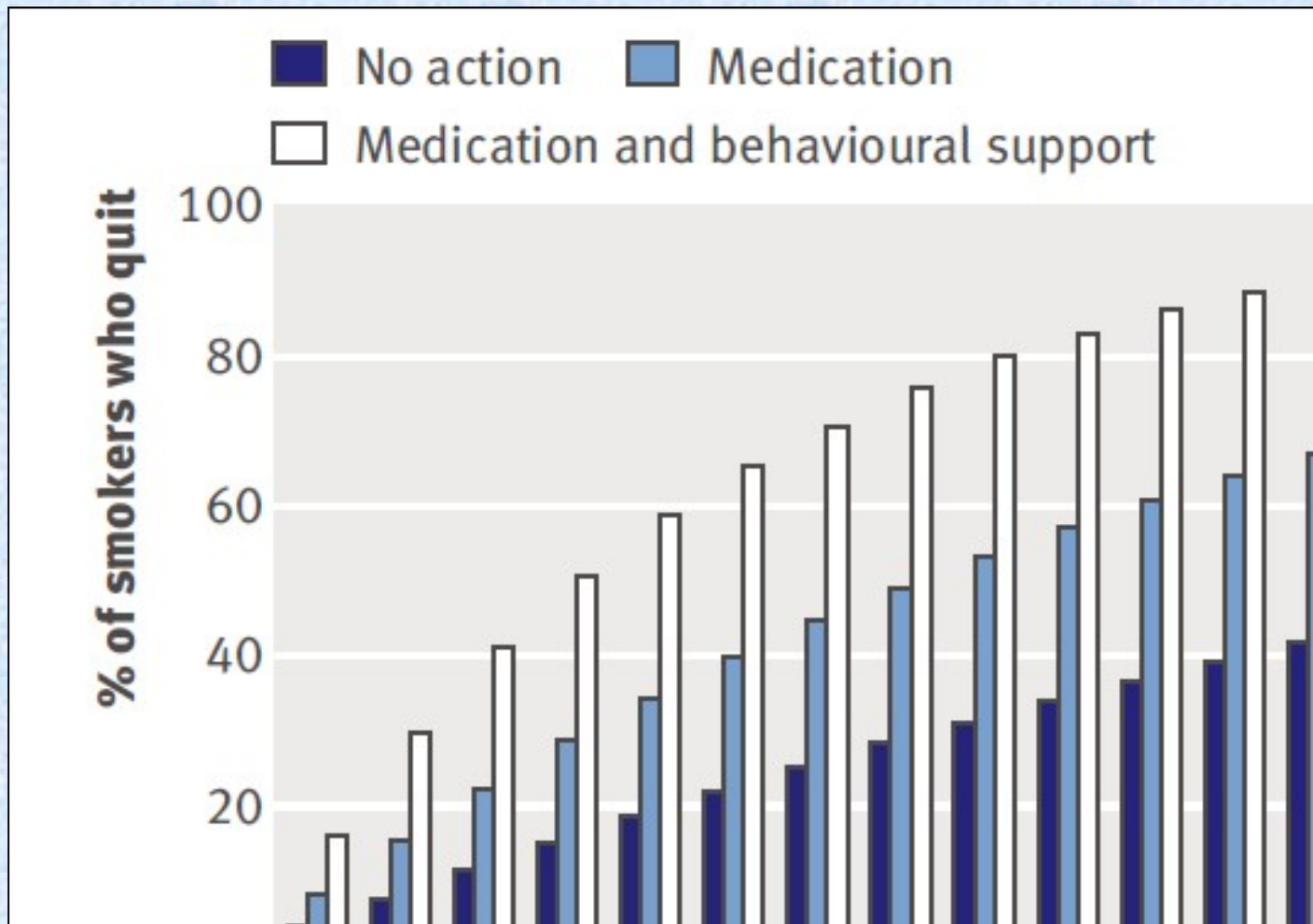
Outil d'aide au **repérage précoce**
et à l'**intervention brève**
ALCOOL, CANNABIS, TABAC CHEZ L'ADULTE

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

ATTITUDE DES PROFESSIONNELS DE SANTE



OPTIMISER LA TENTATIVE D'ARRET



PRISE EN CHARGE RESIDENTIELLE

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

Hays JT, et al. *Mayo Clinic Proc* 2011 ; 86(3) : 203-9

SOUTIEN A DISTANCE

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

Ace C, et al. *PloS Med* 2013 ; 10(1) e1001362

CONCLUSION

Tabac : substance très addictive et tabagisme maladie chronique

Aide à l'arrêt du tabac : combiner traitements médicamenteux et thérapies non médicamenteuses

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

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

Assurer une prise en charge globale, personnalisée et protocolisée

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

M. Auriacombe (Le Courrier des addictions, 2002)

CAS CLINIQUES

CAS CLINIQUE 1

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

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

Le bilan initial a montré :

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

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

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

CAS CLINIQUE 2

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

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

Actuellement, elle fume 25 cigarettes/jour.

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

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

Le bilan initial a montré :

- Indice de FAGERSTROM : **7 (/10)** TTFC : 5 mn
- Indice de RICHMOND : **8 (/10)** FTCQ : 50 MNWS : 25
- Indice HAD versant dépression : 6 ; versant anxiété : **12**

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

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