

La Tabac: l'abord du fumeur en officine :éléments de réflexions

Dr Vincent Lustygier

CHU Brugmann

Pr Ch. Kornreich

Introduction :

Éléments de tabacologie de base :

Tabac et société : Les manipulations de l'industrie du tabac

Tabac : Neurobiologie de l'addiction : le tabac drogue dure

Tabac : l'arrêt et les traitements.

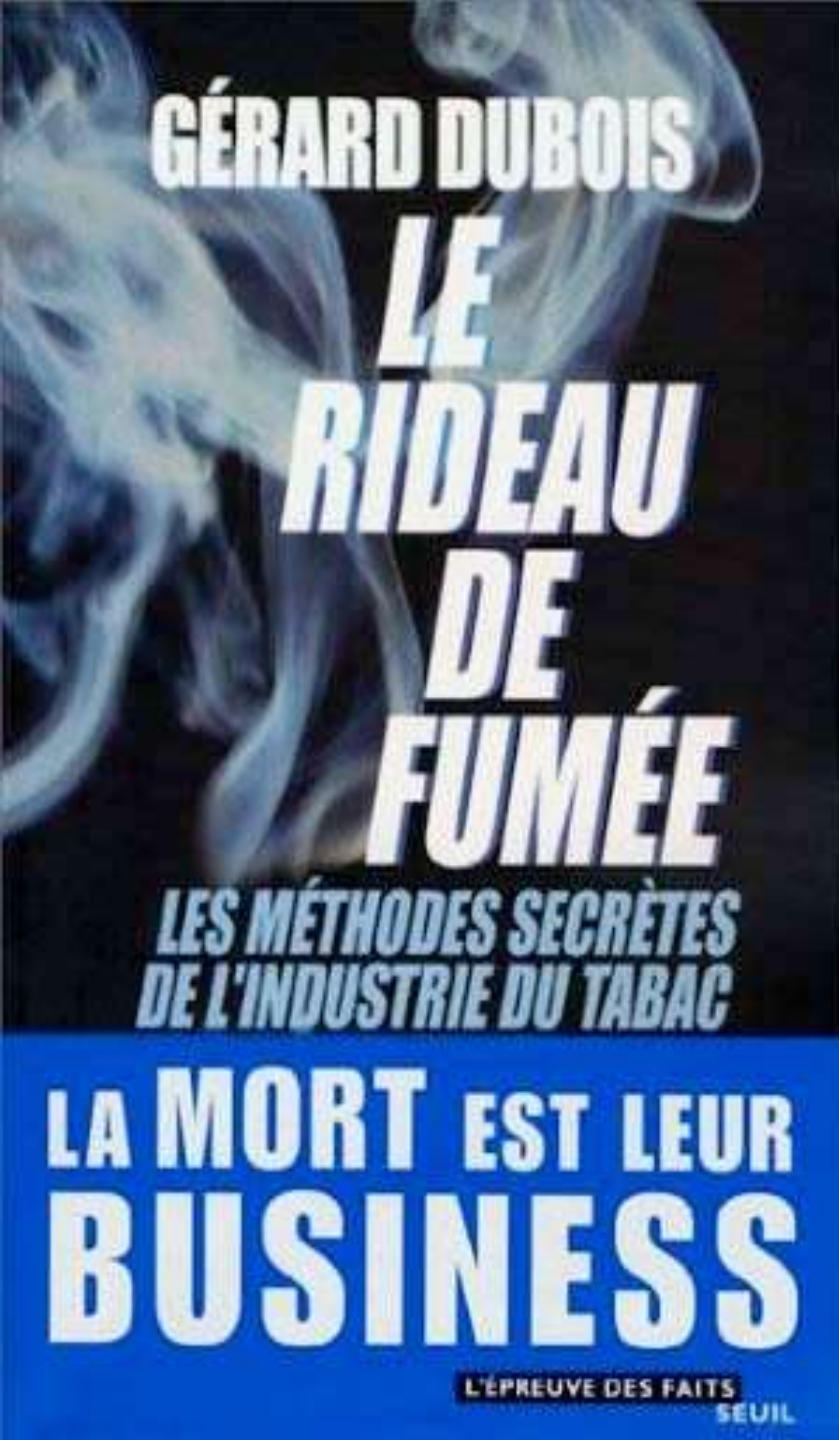
La motivation comme règle d'action :

Eléments de Tabacologie

1. La responsabilité de l'industrie du tabac dans la pandémie tabagique

Fiction?





Pandémie tabagique et politique publique

Pr Gérard Dubois

Université de Picardie

Président Commission Addiction

Association Nationale pour le Métabolisme



Butane

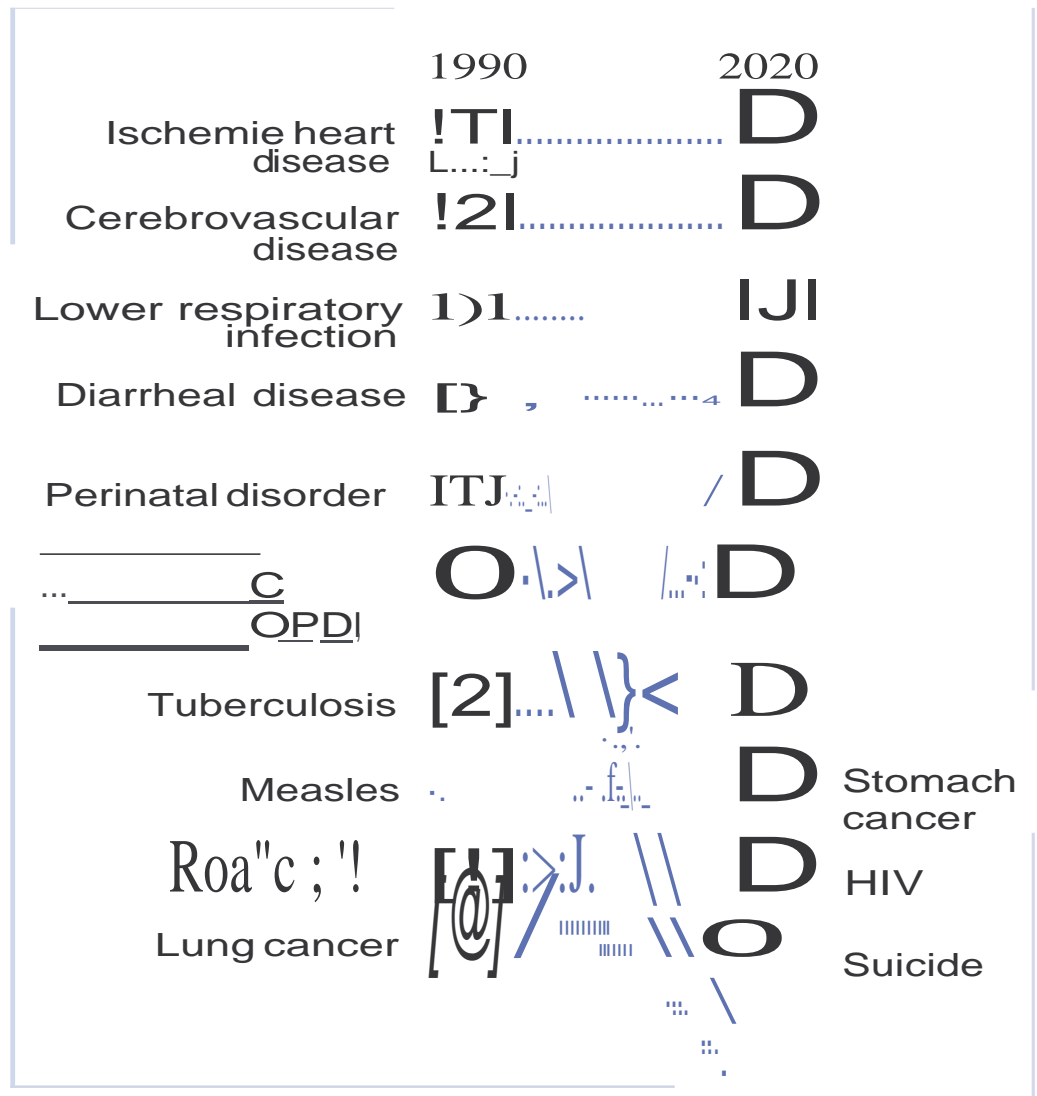
Polonium 210 *

DDT

ances cancérigènes

S

Mortalité mondiale: 1990-2020



Coupable ?

- Dissimulation des dangers du tabac
- Dissimulation de la nicotine drogue dure
- Manipulation chimique du produit
- Femmes et adolescents
- Contrebande
- Désinformation scientifique

Impact de ces informations en psychothérapie

- L'information comme germe de la motivation
- L'indignation comme énergie au changement
- La colère comme émotion adaptée

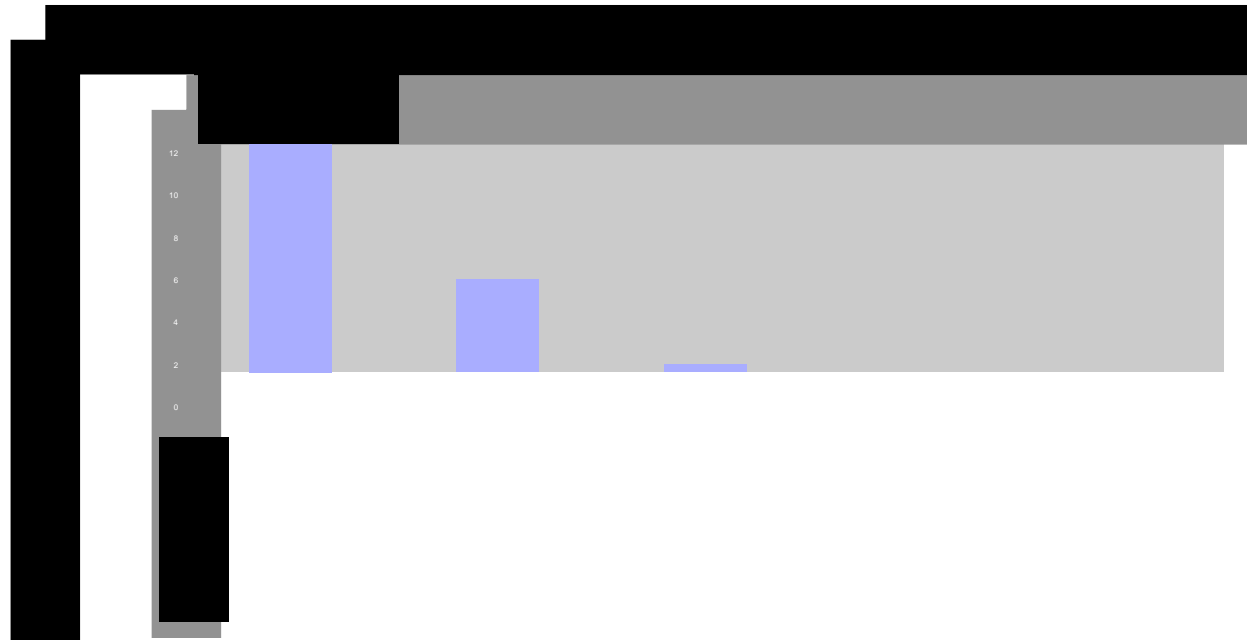
Eléments de Tabacologie

2 . Tabac : Neurobiologie de l'addiction : le tabac
drogue dure

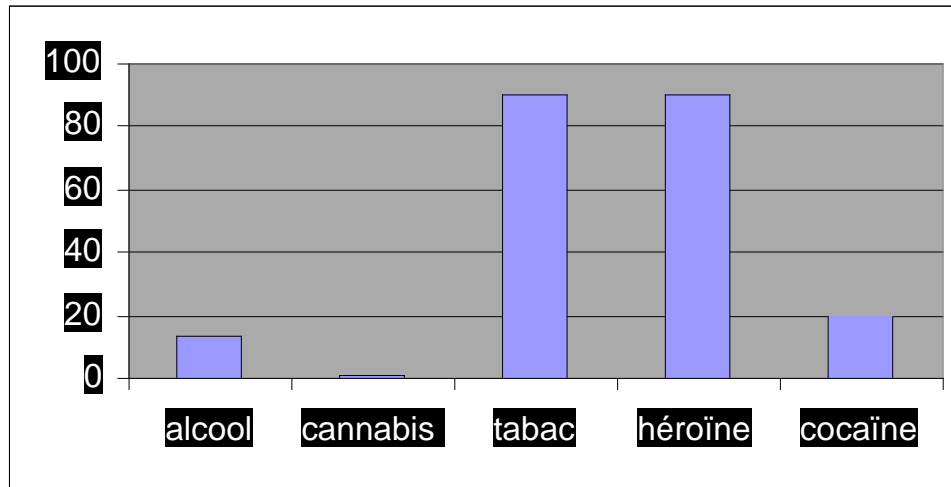
La nicotine drogue dure ?

- Importance de la cinétique d'action.
- Délai de dépendance qui varie .
- % de dépendance spécifique au produit.
- Notion Hédonique variable selon les produits.
- Synergie de produits.

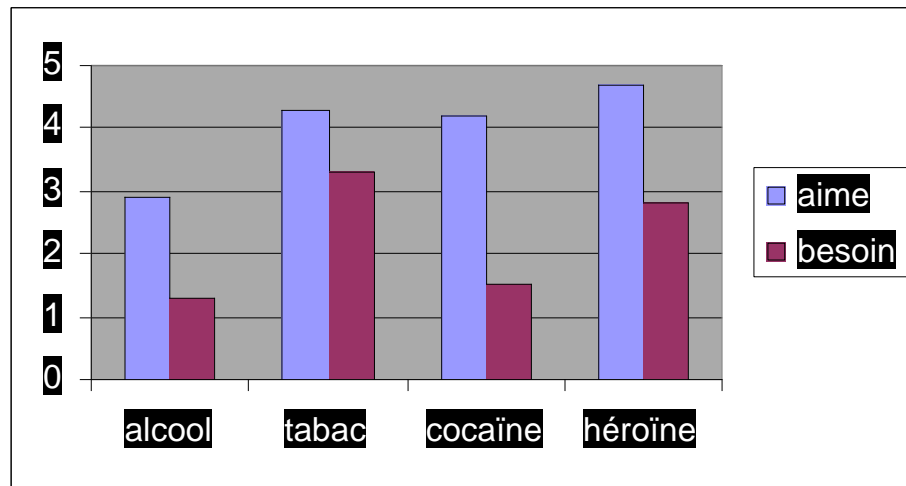
Délai pour la dépendance



% de Dépendance



Rapport “aime” - “a besoin de”



La Nicotine drogue dure:

- Taux d'abstinence spontané à un an de 2 à 3 % !! Ce succès augmente d'environ 5 % via un conseil médical
- Et de 10% via un conseil médical et un support additionnel
- Les chances de réussites augmentent également si:
 - La personne est enceinte ou a une pathologie cardiaque
 - Si la personne est volontaire (aspect motivationnel)
- Les programmes d'aide à l'arrêt tabagique prouvent une efficacité de 1,5 à 33%
- Plus un programme est « lourd », plus les chances d'abstinence à un an sont augmentées.

Neurobiologie de l'addiction:

- Différence entre l'abus , la dépendance et l'addiction.
- Rôle social dans la définition des limites.
- Evolution du modèle : de la dépendance à l'addiction.

Norme dépend du regard social:

- Le référent culturel de chaque population pose la limite entre l'usage et l'abus de certaines drogues licites.
- La répartition entre drogues dures et drogues douces est aussi une référence culturelle. La nicotine peut être considérée comme une drogue dure biologiquement alors que ce n'est pas le cas au niveau social.
- Le modèle de consommation change : on voit apparaître un usage doux de drogues dures, et un usage dur de drogues douces.

Le Circuit de récompense-Motivation:

- Centre effecteur final de l'action de toutes les drogues.
- Via la libération de Dopamine.
- Le principe de renforcement
- Sensibilité individuelle où interviennent des facteurs génétiques , le type de produits consommés , l'âge de début , la durée de consommation , les stress vécus.

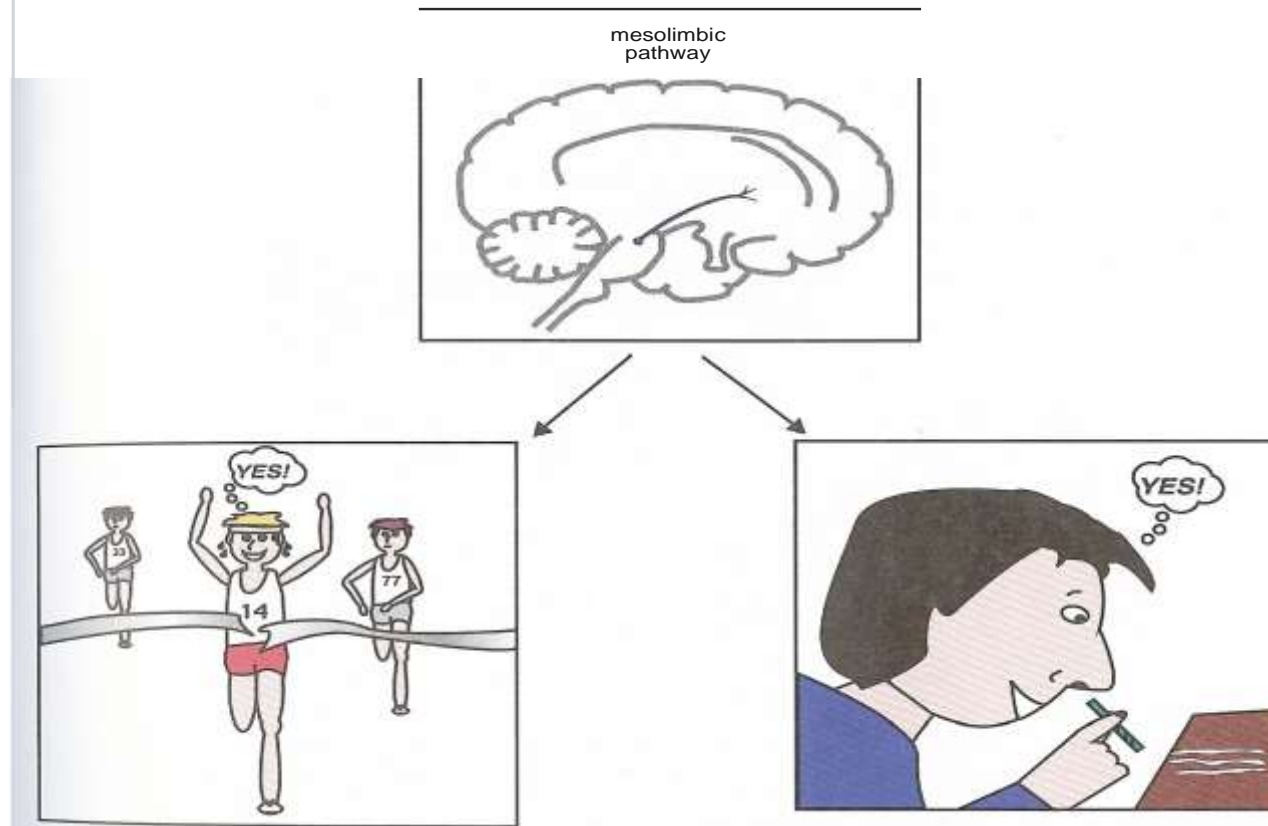


FIGURE 13-1. The mesolimbic dopamine pathway mediates the psychopharmacology of reward, whether that is a natural high or a drug-induced high.

- Stahl's Essential Psychopharmacology ,Third edition, March 17, 2008: Cambridge University Press

Renforçants naturels (nourriture, liquides, etc...)

intensité



temps

Le Circuit de « récompense-Motivation »:

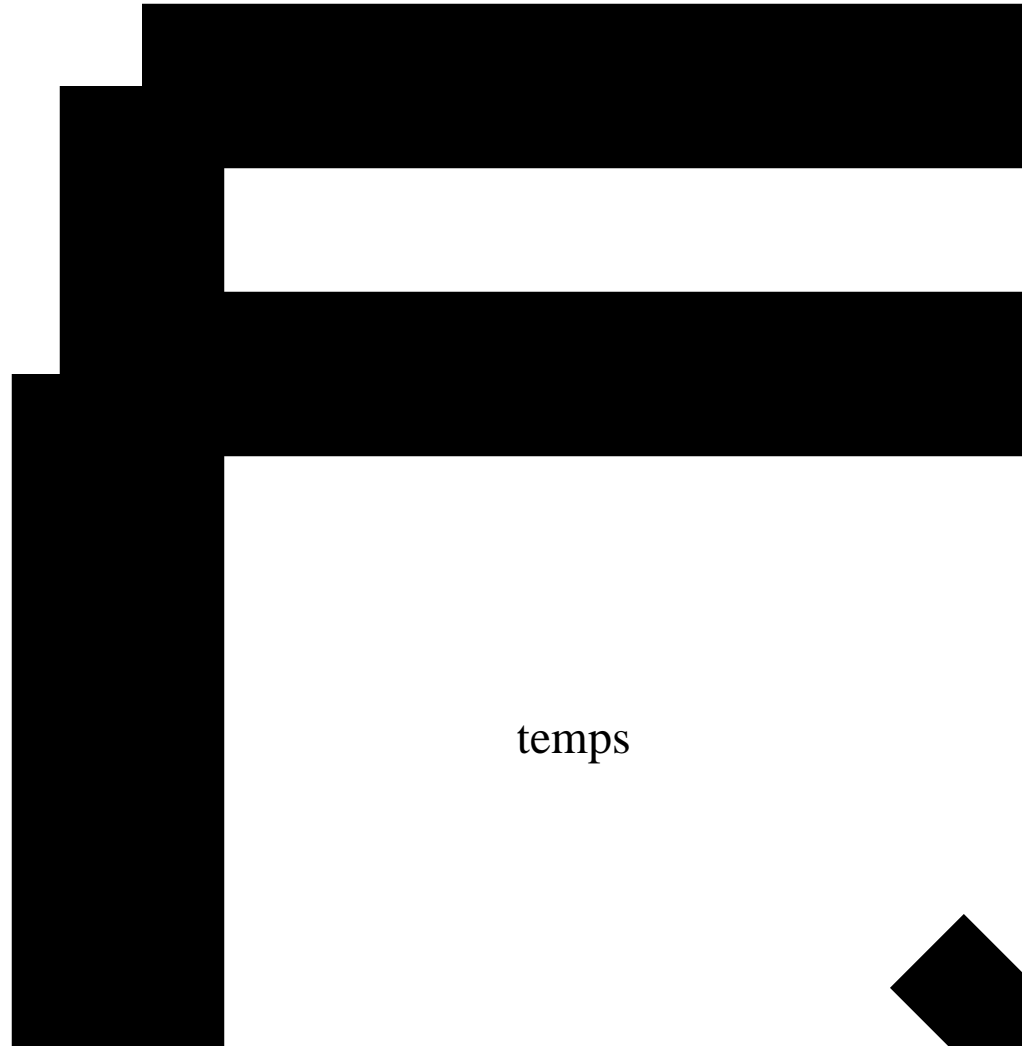
- Fonctionne aussi pour des stimuli physiologiques divers.
- Mais effet plus puissant des drogues.
- Toutes les drogues agissent là.

Substances entraînant une assuétude

intensité

Stimulus X

temps



Le Circuit de récompense-motivation:

- Premier temps : L'expérience du plaisir
- Deuxième temps : Mémorisation complexe , contextuelle (spatio-temporelle, émotionnelle , ...).
- Troisième temps : L'anticipation , la préoccupation.

Le Circuit de récompense-Motivation:

Evolution dans le cadre de stimulation chronique:

- Anticipation progressivement plus grande.
- Diminution de la perception hédonique mais augmentation du pouvoir incitatif. Shift Hédonique progressif.
- Augmentation des quantités consommées (Tolérance selon type de produit mais aussi incitation augmentée).

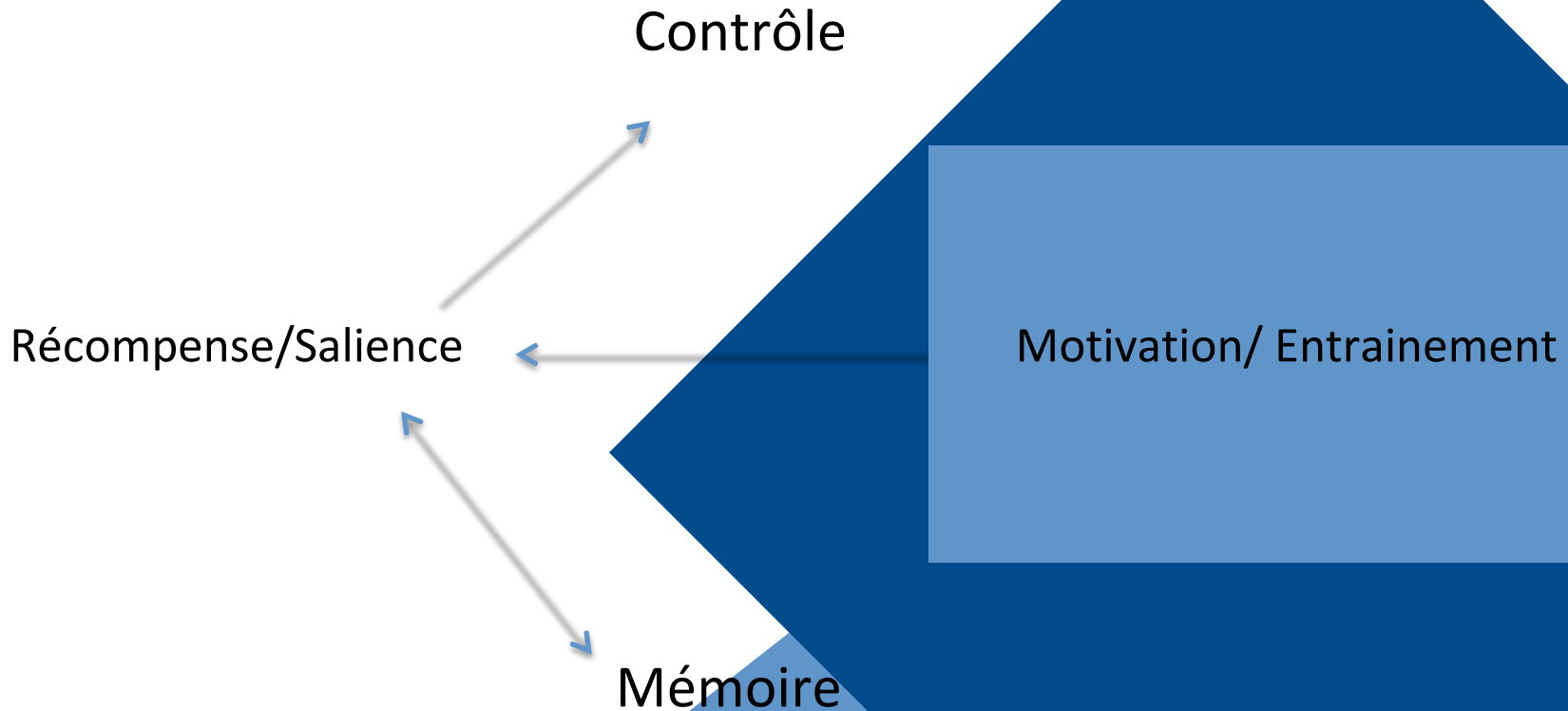
Le Circuit de récompense-Motivation:

- Perte de contrôle avec consommation explosive...
- Perte de contrôle croisée.

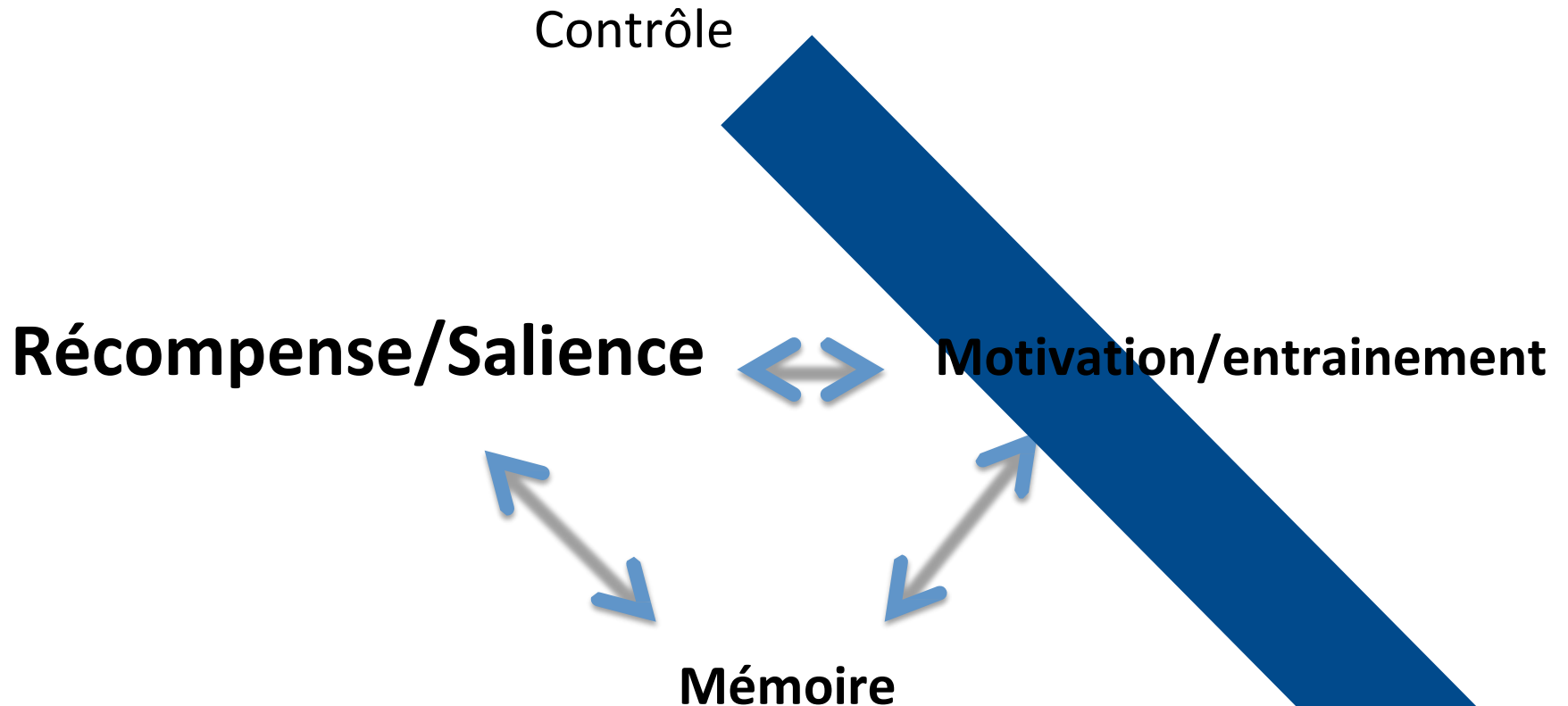
Le Circuit de récompense-Motivation: l'influence du stress

- Bien validé en expérimentation animale.
- Validé cliniquement : perte de contrôle fréquente à l'occasion de séparation , perte d'emploi
- Augmente la vitesse de sensibilisation du circuit de récompense.
- Action des noyaux du pont sur le noyau central de l'amygdale

Le cerveau Addictif : Modèle



Le cerveau Addictif : Modèle



En résumé :

- Sensibilisation par étape.
- Implication de différents circuits neurologiques.
- Shift hédonique progressif avec sensibilisation des comportements compulsifs et dérégulation des structures inhibitrice de contrôle.
- « Détournement » des comportement motivés en faveur des drogues.

L'addiction à la Nicotine : spécificité

Effets de la stimulation:

- Sensation de plaisir , de bien-être
- Stimulation des fonction cognitives (de la mémoire à court terme ,de la concentration, de la vigilance, diminution du temps de réaction , amélioration de l'éveil ,de l'apprentissage,de la résolution de problèmes, de la planification)
- Régulation positive de l'humeur et diminution de l'anxiété.
- Effet anorexigène et antinociceptif.

Box 1. The Nicotine Withdrawal Syndrome

| | |
|-------------------------------------|-------------------|
| 1. Anxiety | 87% |
| 2. Irritability, frustration, anger | 87% |
| 3. Decreased heart rate | 80% |
| 4. Difficulty concentrating | 73% |
| 5. Increased appetite, weight gain | 73% |
| 6. Restlessness | 71% |
| 7. Craving for cigarettes | 62% |
| 8. Depression, dysphoria | |
| No prior history of depression | 31% ¹¹ |
| Prior history of depression | 75% ¹¹ |

Data from Hughes JR, Hatsukami DK: Signs and symptoms of tobacco withdrawal. Arch Gen Psych 43:289-294, 1986; Hughes JR, Hatsukami OK, Pickens RW, et al: Effect of nicotine on the tobacco withdrawal syndrome. Psychopharmacology 83:82-87, 1984.

L'addiction à la Nicotine : spécificité.

- Au niveau du circuit de récompense:
 - Cinétique spécifique action dans le circuit de récompense via l'action sur le récepteur Nicotinique du Tegmentum Ventral donc l'activation provoque une libération de DA dans le noyau d'Accumbens. (Effet via un pic pulmonaire rapide (+/- 4 sec) et pas d'activation du CR par la NRT)

- Inactivation rapide du récepteur : puff autolimité de Dopamine
- Uprégulation des Récepteurs Nicotiques et explication de la « colère Nicotinique » : lorsque le niveau de Dopamine diminue après une cigarette le fumeur ressent progressivement de l'irritabilité et du stress.
- En plus de cet aspect , l'ensemble des contextes environnementaux et émotionnels participent à la dépendance via les stimuli préfrontaux et leur dérèglement.

Eléments de Tabacologie

3 . Tabac : l'arrêt et les traitements.

La Nicotine drogue dure:

- Taux d'abstinence spontané à un an de 2 à 3 % !! Ce succès augmente d'environ 5 % via un conseil médical
- Et de 10% via un conseil médical et un support additionnel
- Les chances de réussites augmentent également si:
 - La personne est enceinte ou a une pathologie cardiaque
 - Si la personne est volontaire (aspect motivationnel)
- Les programmes d'aide à l'arrêt tabagique prouvent une efficacité de 1,5 à 33%
- Plus un programme est « lourd », plus les chances d'abstinence à un an sont augmentées.

L'addiction à la Nicotine : spécificité

Effets de la stimulation:

- Sensation de plaisir , de bien-être
- Stimulation des fonction cognitives (de la mémoire à court terme ,de la concentration, de la vigilance, diminution du temps de réaction , amélioration de l'éveil ,de l'apprentissage,de la résolution de problèmes, de la planification)
- Régulation positive de l'humeur et diminution de l'anxiété.
- Effet anorexigène et antinociceptif.

Box 1. The Nicotine Withdrawal Syndrome

| | |
|-------------------------------------|-------------------|
| 1. Anxiety | 87% |
| 2. Irritability, frustration, anger | 87% |
| 3. Decreased heart rate | 80% |
| 4. Difficulty concentrating | 73% |
| 5. Increased appetite, weight gain | 73% |
| 6. Restlessness | 71% |
| 7. Craving for cigarettes | 62% |
| 8. Depression, dysphoria | |
| No prior history of depression | 31% ¹¹ |
| Prior history of depression | 75% ¹¹ |

Data from Hughes JR, Hatsukami DK: Signs and symptoms of tobacco withdrawal. Arch Gen Psych 43:289-294, 1986; Hughes JR, Hatsukami OK, Pickens RW, et al: Effect of nicotine on the tobacco withdrawal syndrome. Psychopharmacology 83:82-87, 1984.

Les traitements médicamenteux

Table 6.26. Meta-analysis (2008): Effectiveness and abstinence rates for various medications and medication combinations compared to placebo at 6-months postquit (n = 83 studies)^a

| Medication | Number of arms | Estimated odds ratio (95% C.I.) | Estimated abstinence rate (95% C.I.) |
|---|----------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| Placebo | 80 | 1.0 | 13.8 |
| Monotherapies | | | |
| Varenicline (2 mg/day) | 5 | 3.1 (2.5-3.8) | 33.2 (28.9-37.8) |
| 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 (21.3-32.5) |
| 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) |
| 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) |
| Nicotine Gum (6-14 weeks) | 15 | 1.5 (1.2-1.7) | 19.0 (16.5-21.9) |
| Combination therapies | | | |
| Patch (long-term; > 14 weeks) + <i>ad lib</i> NRT (gum 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 generation antidepressants (paroxetine, venlafaxine) | 3 | 2.0 (1.2-3.4) | 24.3 (16.1-35.0) |
| Medications not shown to be effective | | | |
| Selective Serotonin Re-uptake Inhibitors (SSRIs) | 3 | 1.0 (0.7-1.4) | 13.7 (10.2-18.0) |

Le cas particulier de la maladie mentale

Introduction:

- **Prévalence et cessation Tabagique chez les patients Psychiatriques:** Lasser et Al. JAMA-2000 (Smoking and Mental Illness: A Population-Based prevalence study , 2000)

Table 3. Smoking Status Among Respondents According to Psychiatric Diagnosis at Any Time in Their Life*

| Lifetime Diagnosis | US Population, % | Current Smoker, % | Lifetime Smoker, % | Quit Rate, % |
|--|------------------|-------------------|--------------------|--------------|
| No mental illness | 50.7 | 22.5 | 39.1 | 42.5 |
| Social phobia | 12.5 | 35.9† | 54.0† | 33.4‡ |
| Agoraphobia | 5.4 | 38.4† | 58.9† | 34.5 |
| Panic disorder | 3.4 | 35.9§ | 61.3† | 41.4 |
| Major depression | 16.9 | 36.6† | 59.0† | 38.1 |
| Dysthymia | 6.8 | 37.8† | 60.0† | 37.0 |
| Panic attacks | 6.5 | 38.1† | 60.4† | 36.9 |
| Simple phobia | 11.0 | 40.3† | 57.8† | 30.3 |
| Nonaffective psychosis | 0.6 | 49.4§ | 67.9‡ | 27.2 |
| Alcohol abuse or dependence | 21.5 | 43.5† | 65.9† | 34.0‡ |
| Antisocial personality, antisocial behavior, or conduct disorder | 14.6 | 45.1† | 62.5† | 27.8† |
| Posttraumatic stress disorder | 6.4 | 45.3† | 63.3† | 28.4§ |
| Generalized anxiety disorder | 4.8 | 46.0† | 68.4† | 32.7 |
| Drug abuse or dependence | 11.4 | 49.0† | 72.2† | 32.1§ |
| Biopolar disorder | 1.6 | 68.8† | 82.5† | 16.6† |

*Percentages of the National Comorbidity Study sample of 4411 persons are weighted to approximate the US population as determined from the 1989 US National Health Interview Survey.

†Significantly different from respondents without mental illness, χ^2 , $P \leq .0001$.

‡Significantly different from respondents without mental illness, χ^2 , $P \leq .01$.

§Significantly different from respondents without mental illness, χ^2 , $P < .001$.

||Significantly different from respondents without mental illness, χ^2 , $P < .05$.

EAGLES

(EVALUATING ADVERSE EVENTS IN A GLOBAL
SMOKING CESSATION STUDY)

Begin dosing bupropion and varenicline

Day 4

Day 8

Primary Efficacy Endpoint: Week 9-12 Continuous Abstinence Rate

Secondary Efficacy Endpoint: Week 9-24 Continuous Abstinence Rate

Screening
Visit

4

14 mg QD

Vert
repr
clini

BL=

St

Key Endpoints

Primary Outcome Measure: The percentage of subjects reporting at least one of the following Neuropsychiatric (NPS) adverse events (AEs) during treatment and up to 30 days after last dose:

Anxiety
Depression
Feeling abnormal
Hostility

Classified as
Severe

Agitation
Panic
Aggression
Paranoia
Delusions
Psychosis
Hallucinations
Suicidal ideation
Homicidal ideation
Suicidal behavior
Mania
Completed suicide

Classified as
Moderate or
Severe

Main Efficacy Measure: CO-confirmed 4-week continuous abstinence rates (CAR) for Weeks 9-12

Participant Flow

Screened = 11,186

Non-Psychiatric Cohort

| | | | | |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| All Randomized (ITT) | 1005 | 1001 | 1013 | 1009 |
| All Treated (Safety) | 990 | 989 | 1006 | 999 |
| Completed Study | 787 (79.5%) | 783 (79.2%) | 767 (76.2%) | 787 (78.8%) |
| Did Not Complete Study* | 203 | 206 | 239 | 212 |
| Deaths* | 0 | 1 | 0 | 2 |

| | | | | |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| All Randomized (ITT) | 1032 | 1033 | 1025 | 1026 |
| All Treated (Safety) | 1026 | 1017 | 1016 | 1015 |
| Completed Study | 811 (79.0%) | 803 (79.0%) | 790 (77.8%) | 765 (75.4%) |
| Did Not Complete Study* | 215 | 214 | 226 | 250 |
| Deaths* | 0 | 2 | 1 | 1 |

ITT: Intent-to-treat population (efficacy analysis). All Treated population (safety analysis): received at least one dose of study drug

Baseline Characteristics:

| | (N = 3984) | (N = 4074) |
|---------------------------------------|------------|------------|
| Demographic characteristics | | |
| Male, % | 50.2% | 38.0% |
| Age, years | 46.0 | 47.1 |
| Weight, kg | 80.7 | 82.2 |
| Smoking characteristics | | |
| FTCD score, mean | 5.5 | 6.0 |
| Duration of smoking, years | 28.1 | 28.6 |
| Cigarettes per day in past month | 20.7 | 20.7 |
| Previous quit attempts, mean | 3.2 | 3.5 |
| % with ≥ 1 previous quit attempt | 81.4% | 83.5% |

Primary Outcome Measure: Neuropsychiatric AE Composite Endpoint

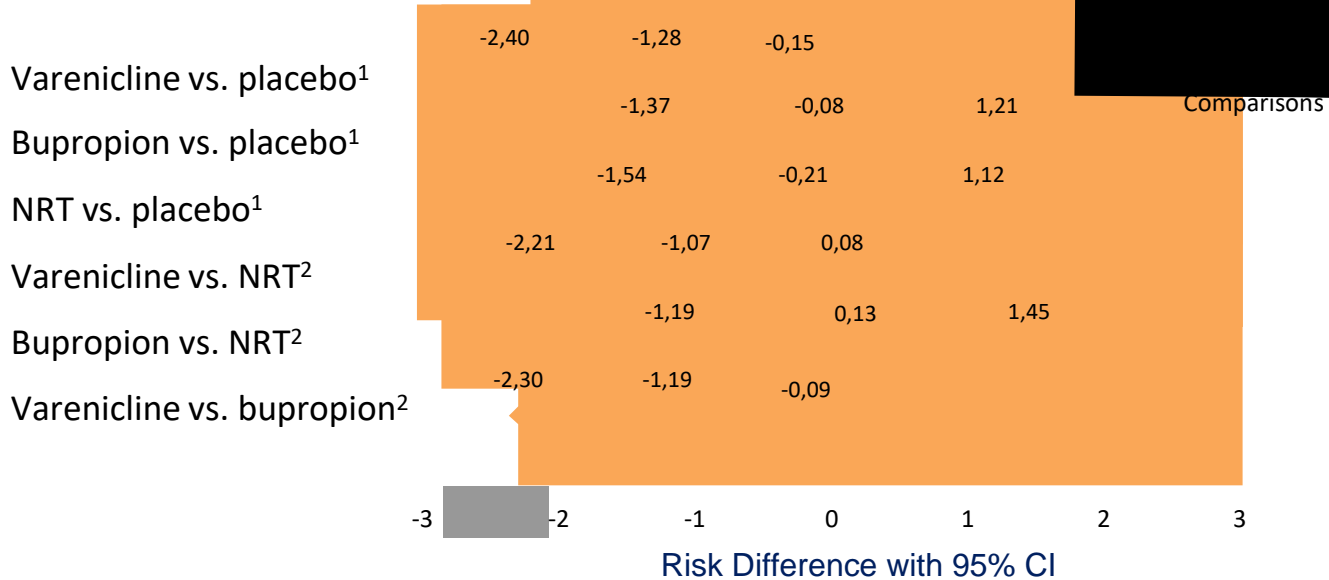
| | Varenicline | Bupropion | NRT | Placebo |
|------------------------|------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|
| Non-Psychiatric | 13/990 1.3% | 22/989 2.2% | 25/1006 2.5% | 24/999 2.4% |
| Psychiatric | 67/1026 6.5% | 68/1017 6.7% | 53/1016* 5.2% | 50/1015 4.9% |
| Overall (both cohorts) | 80/2016 4.0% | 90/2006 4.5% | 78/2022 3.9% | 74/2014 3.7% |

AEs reported during treatment and ≤30 days after last dose.

* One additional participant (Psychiatric/NRT group) who reported suicidal ideation was identified after clinical database lock and was not included in the analysis

In a general linear model analysis pre-specified in the protocol, there was a significant treatment-by-cohort interaction. Therefore statistical analyses of the NPS AE endpoint by treatment assignment were conducted for each cohort separately.

Risk Differences Between Treatment groups

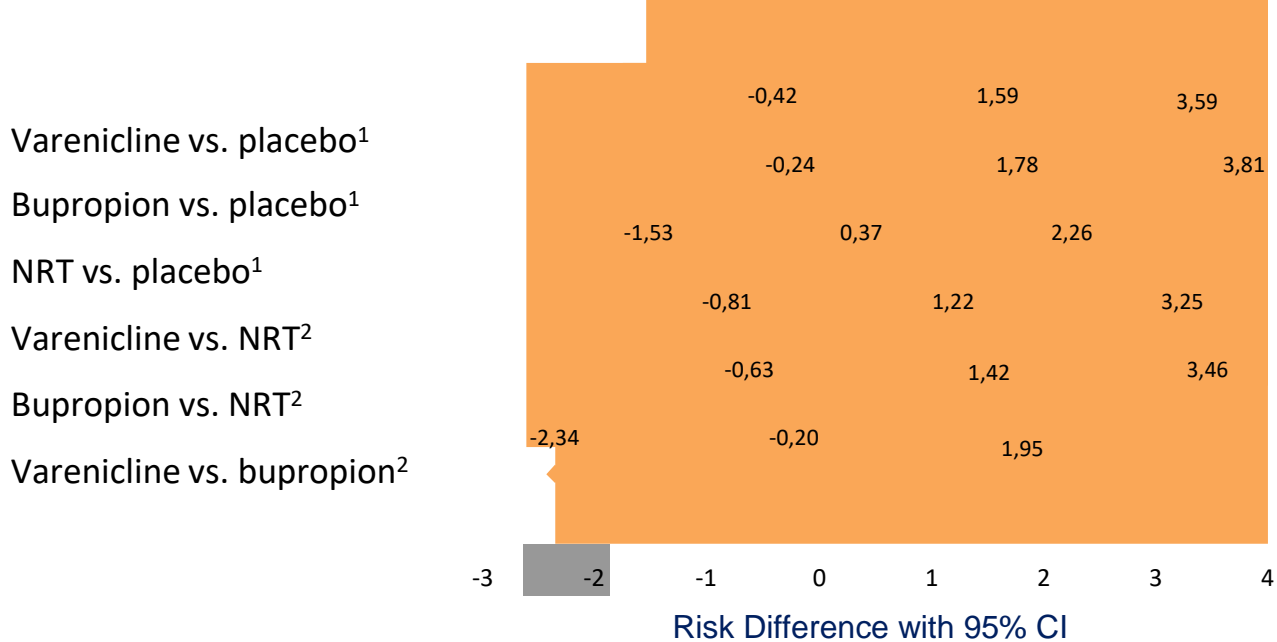


Risk Difference (95% Confidence Interval)

| | |
|--|----------------------|
| Varenicline vs. placebo ¹ | -1.28 (-2.40, -0.15) |
| Bupropion vs. placebo ¹ | -0.08 (-1.37, 1.21) |
| NRT vs. placebo ¹ | -0.21 (-1.54, 1.12) |
| Varenicline vs. NRT ² | -1.07 (-2.21, 0.08) |
| Bupropion vs. NRT ² | 0.13 (-1.19, 1.45) |
| Varenicline vs. bupropion ² | -1.19 (-2.30, -0.09) |

1. Benowitz N et al. Presented at Society for Research on Nicotine and Tobacco Annual Meeting, Symposium 5B, Chicago Ill, March 3, 2016
2. Pfizer Inc, Data on file

Risk Differences Between Treatment groups



Comparisons

Risk Difference (95% Confidence Interval)

| | |
|--|---------------------|
| Varenicline vs. placebo ¹ | 1.59 (-0.42, 3.59) |
| Bupropion vs. placebo ¹ | 1.78 (-0.24, 3.81) |
| NRT vs. placebo ¹ | 0.37 (-1.53, 2.26) |
| Varenicline vs. NRT ² | 1.22 (-0.81, 3.25) |
| Bupropion vs. NRT ² | 1.42 (-0.63, 3.46) |
| Varenicline vs. bupropion ² | -0.20 (-2.34, 1.95) |

1. Benowitz N et al. Presented at Society for Research on Nicotine and Tobacco Annual Meeting, Symposium 5B, Chicago Ill, March 3, 2016
 2. Pfizer Inc, Data on file

Severe-Only

| Non-Psychiatric Cohort, N | 990 | 989 | 1006 | 999 |
|----------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| NPS AE Endpoint, n (%) | 13 (1.3%) | 22 (2.2%) | 25 (2.5%) | 24 (2.4%) |
| Severe only | 1 (0.1%) | 4 (0.4%) | 3 (0.3%) | 5 (0.5%) |

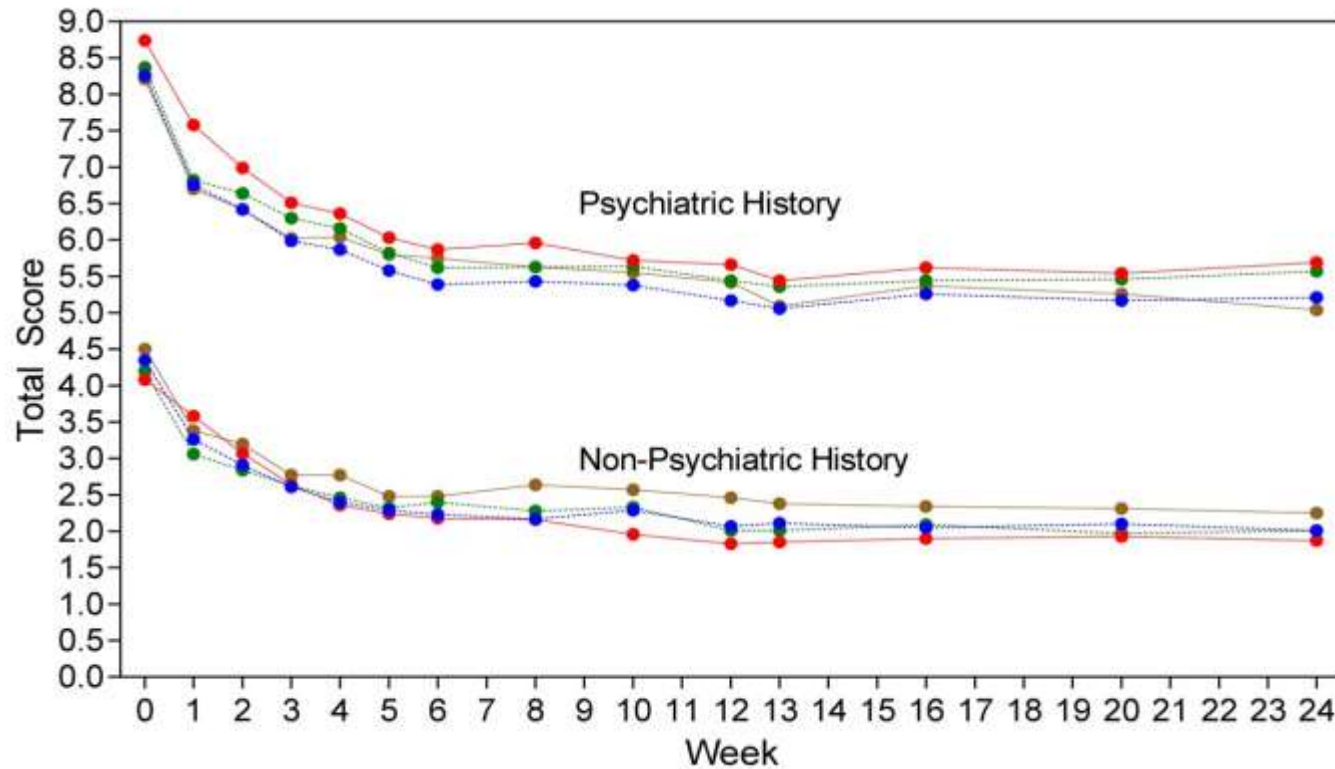
| Psychiatric Cohort, N | 1026 | 1017 | 1016 | 1015 |
|-------------------------------|------------------|------------------|-------------------|------------------|
| NPS AE Endpoint, n (%) | 67 (6.5%) | 68 (6.7%) | 53* (5.2%) | 50 (4.9%) |
| Severe only | 14 (1.4%) | 14 (1.4%) | 14 (1.4%) | 13 (1.3%) |

* One additional participant (Psychiatric/NRT group) who reported suicidal ideation was identified after clinical database lock and was not included in the analysis

Behavior: Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS):

| | Varenicline | Bupropion | NRT | Placebo |
|-------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Non-Psychiatric Cohort | N=990 | N=989 | N=1006 | N=999 |
| Lifetime | | | | |
| Behavior | 6 (0.6%) | 9 (0.9%) | 7 (0.7%) | 6 (0.6%) |
| Ideation | 48 (4.8%) | 43 (4.3%) | 50 (5.0%) | 49 (4.9%) |
| Treatment + 30 days | | | | |
| Behavior | 0 | 0 | 1 (0.1%) | 1 (0.1%) |
| Ideation | 7 (0.7%) | 4 (0.4%) | 3 (0.3%) | 6 (0.6%) |
| Psychiatric Cohort | N=1026 | N=1017 | N=1016 | N=1015 |
| Lifetime | | | | |
| Behavior | 137 (13.4%) | 143 (14.1%) | 111 (10.9%) | 123 (12.1%) |
| Ideation | 338 (32.9%) | 357 (35.1%) | 333 (32.8%) | 349 (34.3%) |
| Treatment + 30 days | | | | |
| Behavior | 0 | 1 (0.1%) | 0 | 2 (0.2%) |
| Ideation | 27 (2.7%) | 15 (1.5%) | 20 (2.0%) | 25 (2.5%) |

Secondary Outcome Measure



| Treatment | Non-Psychiatric History | Psychiatric History |
|--------------------------------|-------------------------|---------------------|
| ---●--- Varenicline 1.0 mg BID | (N=990) | (N=1026) |
| —●— Bupropion 150 mg BID | (N=989) | (N=1017) |
| ---●--- NRT patch QD | (N=1006) | (N=1016) |
| —●— Placebo | (N=999) | (N=1015) |

Reported Adverse Events*: All Treated Subjects (Both Cohorts Pooled) Treatment-Emergent, Solicited and Volunteered: All Causalities

| Evaluable for adverse events (n) With ≥1 serious adverse events (%) | 2016 | 2006 | 2022 | 2014 |
|--|-------|-------|-------|------|
| Nausea | 25.4% | 10.0% | 9.8% | 6.8% |
| Headache | 12.2% | 9.3% | 11.5% | 9.9% |
| Abnormal dreams | 10.0% | 6.5% | 12.4% | 4.6% |
| Insomnia | 9.4% | 12.2% | 9.6% | 6.9% |
| Nasopharyngitis | 8.6% | 7.8% | 6.2% | 6.7% |
| Anxiety | 6.6% | 8.4% | 6.8% | 6.0% |
| Fatigue | 6.2% | 2.8% | 3.7% | 4.1% |
| Upper respiratory tract infection | 5.4% | 5.2% | 4.8% | 5.7% |
| Dry mouth | 3.3% | 7.3% | 2.9% | 3.2% |
| Irritability | 4.1% | 3.5% | 5.3% | 5.2% |
| Application site pruritus | 1.1% | 0.6% | 5.4% | 0.8% |

*Reported from start of treatment through 30 days following treatment discontinuation

La e-cigarette entre espérance et inquiétude dans la prise en charge du sevrage tabac

E-cigarette le danger :







#58881998



- Et la e-cigarette ? :

Une batterie, une recharge d'e-liquide et un atomiseur

- La base de l'e-liquide est le propylène glycol et/ou la glycérine végétale, qui produit une fumée visible lors de l'évaporation.
- L'e-liquide contient également de l'eau, des arômes et, éventuellement, de la nicotine. La variété de saveurs est immense : menthe, chocolat, café, vanille, etc (Tierny et al., 2015)

Niveau européen

- normes au niveau européen -> transposée pour 20/05/2016
- logo CE
- -> qualité

Nocivité de l'e-cigarette par rapport au tabac

- e-cigarette moins toxiques que le tabac
- propriétés toxiques des arômes, colorants et saveurs autorisés et utilisés -> pas été suffisamment évaluées
- effets à long terme de l'exposition à la nicotine via l'utilisation à des e-cigarettes -> encore méconnus
- les cartouches de liquides -> peuvent avoir des effets toxiques aigus, voir mortels quand ingérées accidentellement ou utilisées de manière incorrecte

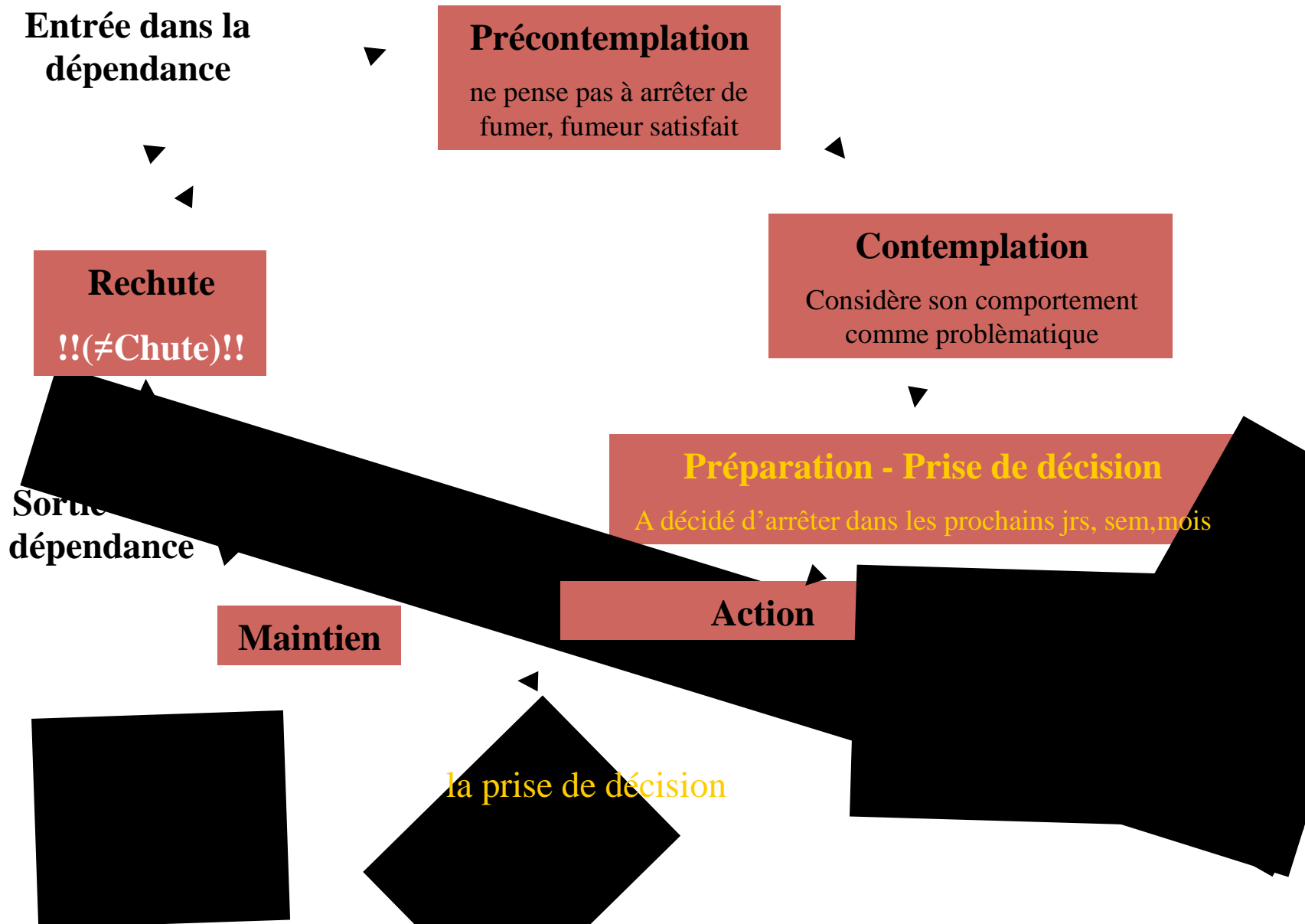
E-cigarette à la nicotine pour l'arrêt du tabac

- peut être un outil efficace pour arrêter de fumer -> les premiers résultats sont positifs et encourageants mais devront être confirmés
- pas de sens si fumeur continue à fumer du tabac en même temps que le vapotage
- facilitant le passage du tabac vers l'arrêt complet de ce dernier, suivi lui-même de l'arrêt de l'e-cigarette

,

Les aspects de Psychothérapie

Présentation du modèle de Prochaska et DiClemente



2. Processus motivationnel de changements de comportements

Tout thérapeute, tout éducateur, a été confronté

- aux résistances du patient ou des adolescents,
- à son manque d'observance des consignes
- ou à son absence de motivation à changer de style de vie
- même si ce changement peut être bénéfique pour sa santé.

William MILLER & Stephen ROLNICK

- William MILLER et Stephen ROLNICK ont mis au point un style d'approche relationnelle qui ne nécessite pas d'être un psychothérapeute expérimenté pour l'appliquer.
- Cette démarche se caractérise surtout par un état d'esprit s'opposant à une approche habituelle basée sur la confrontation.
- Elle vise toute relation qui nécessite une alliance dans un processus de changement.

James PROCHASKA et Carlo Di CLEMENTE

- S'est ensuite ajouté le modèle athéorique de James PROCHASKA et Carlo DI CLEMENTE décrivant les étapes qui mènent au changement.
- En effet un changement (et surtout le maintien) ne s'obtient pas d'un coup. Il se fait par étapes.
- Ne pas tenir compte de ces différentes étapes et du sens de ces étapes aboutit souvent à l'essoufflement du thérapeute et à la démotivation du patient.
- Pouvoir recadrer où se situe le patient dans son cycle motivationnel permet à chacun de ne pas vivre les résistances aux changements comme des échecs mais comme un processus inhérent à la prise de décision.

Information
(Pré contemplation)

Etape 1: Etape cognitive

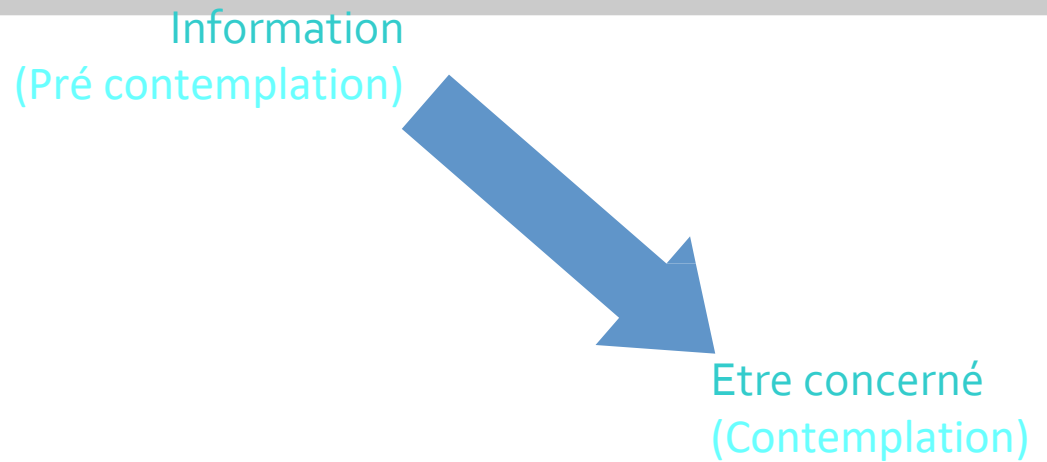
- Avoir connaissance que le problème existe et qu'il y a des solutions.

- Si on ne sait pas que le Cholestérol est préoccupant pour son avenir vasculaire, pourquoi ferait-on attention à son alimentation ?

- Si on ne sait que le tabac est cancérigène ou qu'il entraîne des enfants de petits poids, pourquoi arrêterait-on ?

- Font également partie de cette étape, les situations où le patient sait que cela existe mais ne se sent pas personnellement concerné ou refuse d'envisager de faire quelque chose pour lui-même.

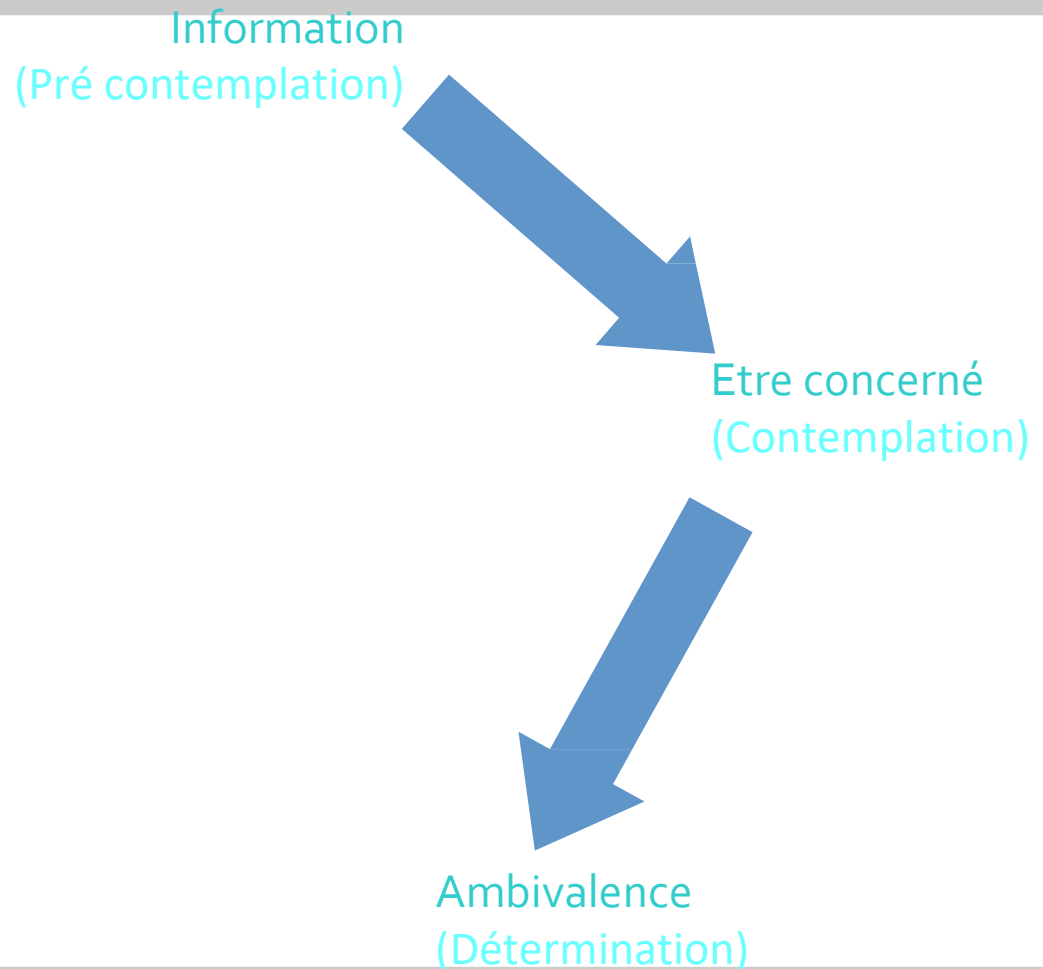
Cycle motivationnel – Etape 2



Etape 2 : Personnalisation de la problématique

- A ce stade, le patient perçoit que le problème le concerne lui-même.
 - Par exemple qu' il est dépendant du tabac ou de l' alcool, ou en surpoids réel.
 - Arrêter de fumer ne sera maintenu que si on le fait pour soi. La plupart des femmes enceintes savent arrêter pendant leur grossesse , mais recommencent après la naissance
- C' est également le moment du « oui, mais » ou du « oui, plus tard » ou des « bonnes excuses ».
- La plupart des fumeurs savent que le tabac est cancérigène et qu' ils devraient arrêter. Mais ils ont tous un grand père qui fumait 2 paquets de cigarettes par jour et qui n' est mort qu' à 90 ans d' autre chose que d' un cancer

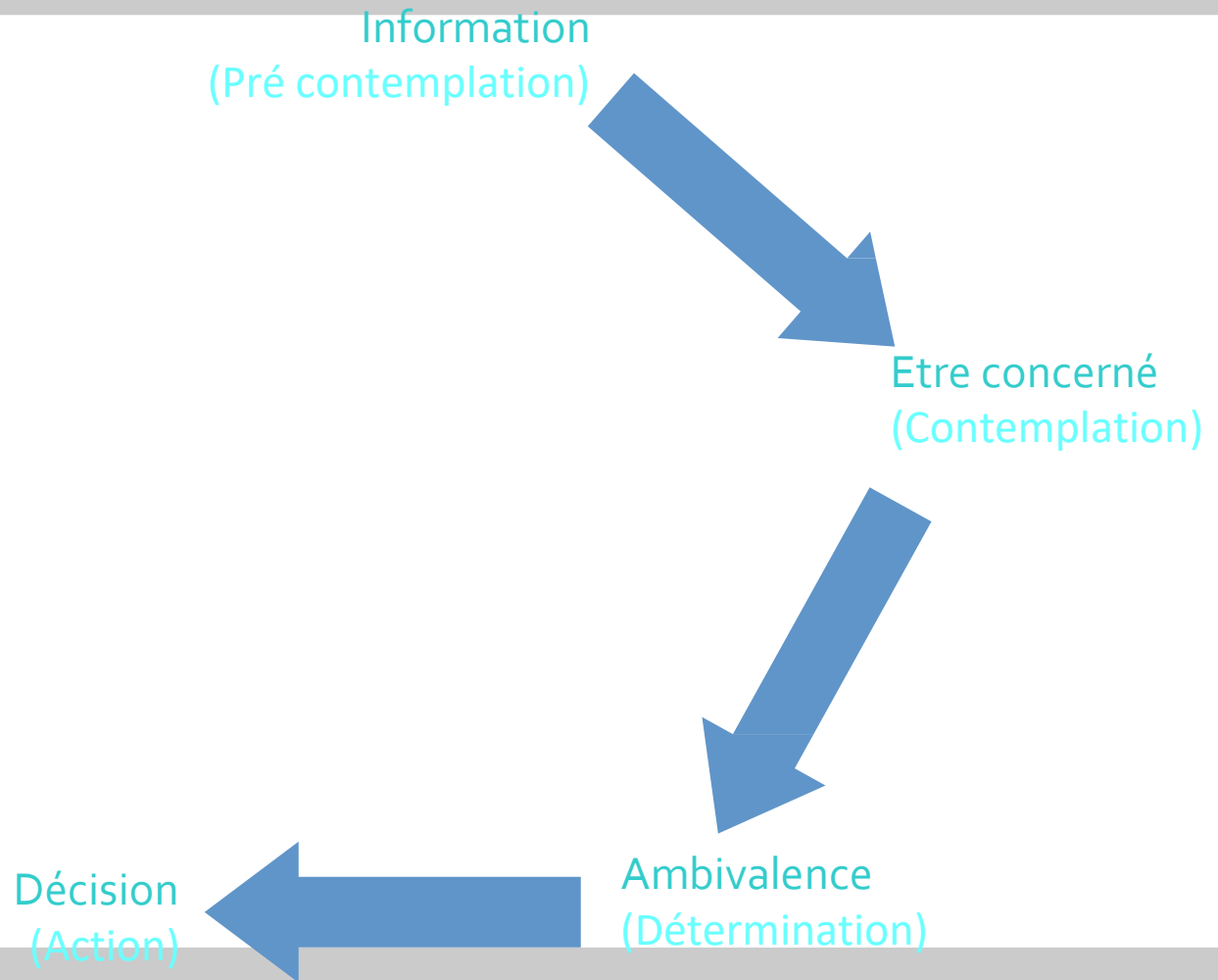
Cycle motivationnel – Etape 3



Etape 3 : Le marchandage et l'ambivalence

- **Etape d'ambivalence fondamentale avec des tentatives personnelles mais au moindre coût :**
 - A ce stade, le patient va essayer de diminuer son comportement à risque, mais en ne prenant pas la décision de cesser définitivement.
 - La personne qui a pris du poids décide de faire attention à ce qu'elle mange, mais n'est pas prête à faire un régime.
- Parfois, ces décisions sont efficaces. Et cela fait partie d'une part de notre autonomie d'essayer par soi-même d'abord.

Cycle motivationnel – Etape 4



Etape 4 : Se décider vraiment

- « Maintenant je change vraiment (plus de demi mesure) et je demande de l'aide »
- Faire avant une balance avantages/ Inconvénients à 4 entrées :
 - Si avantage de changer + inconvénients de ne pas changer > avantage de continuer + inconvénients de changer => OK

Fumer

Continuer

Avantages

- Stimulant
- Coup de fouet
- Détente
- Le plaisir

Inconvénients

- Le coût
- L'odeur

Changer

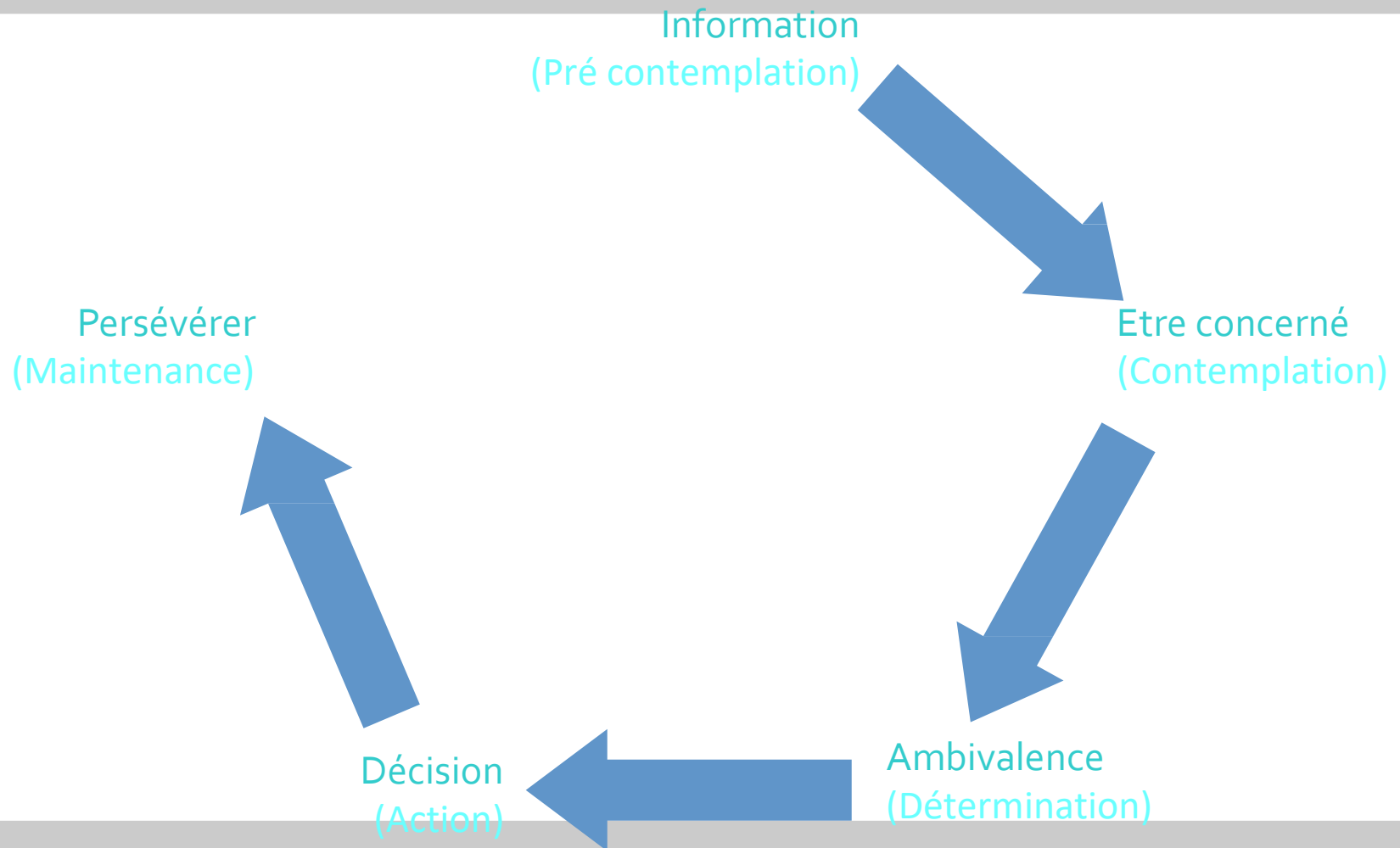
- Santé
- Courir

- Manque
- Prise poids
- Les autres fumeurs
- Les amis

Etape 4 : Se décider vraiment

- Si balance avantages/ Inconvénients à 4 entrées est OK => 3 questions
 1. Est-ce que je suis vraiment décidé pour moi?
 2. Est-ce que j'ai suffisamment confiance en moi qu'avec cette méthode (cette aide) je peux y parvenir?
 3. Est-ce que c'est le bon moment?

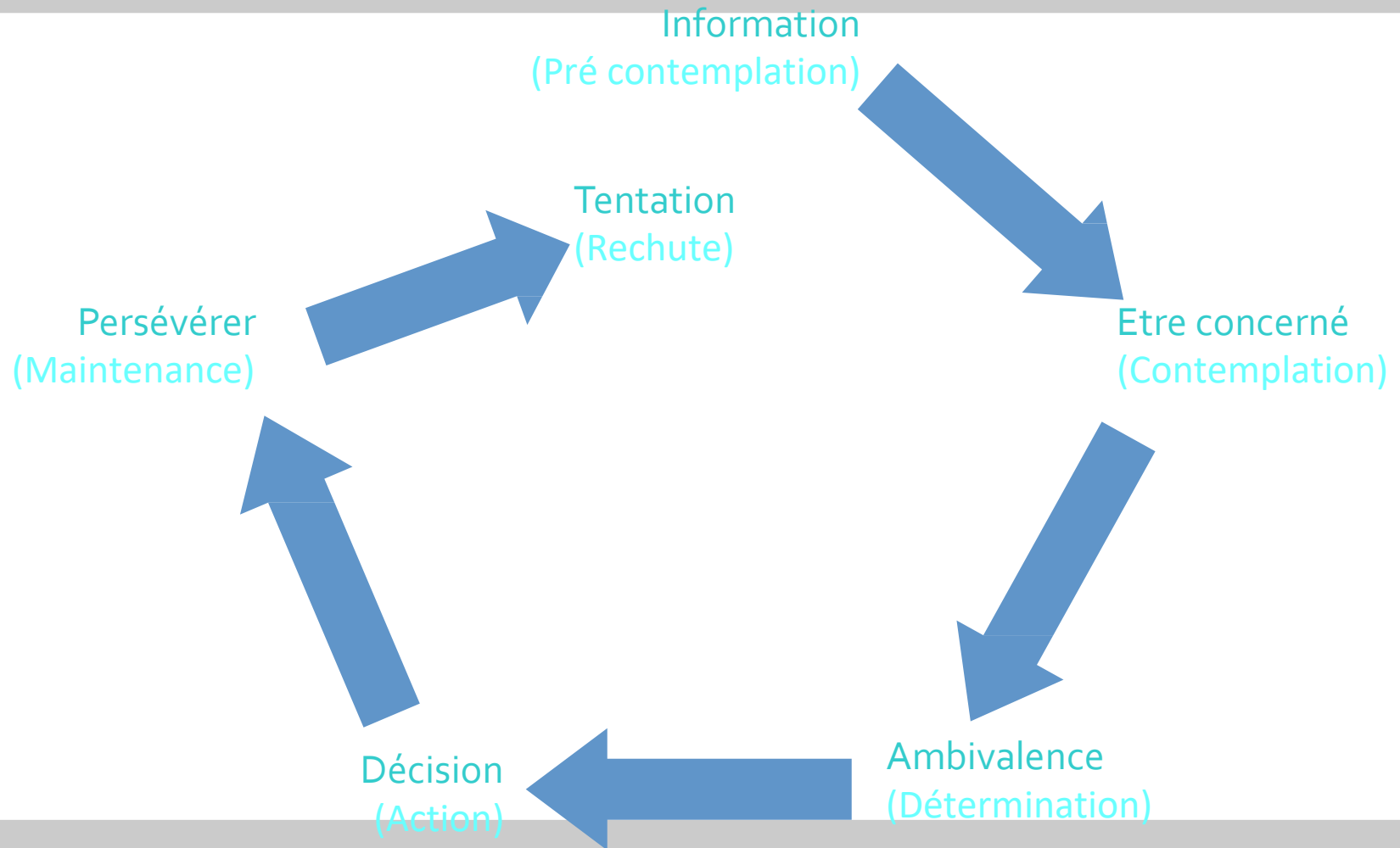
Cycle motivationnel – Etape 5



Etape 5 - Persévérer

- Est-ce que mon choix d'activités ou de nouveau style de vie m'apporte plus de plaisirs qu'avant?
- Ai-je bien mesuré les inconvénients de changer et les avantages de mon ancien style de vie?
 - Qu'ai-je pris comme mesures pour y pallier?
- Comment puis-je être stimulé à persévérer?

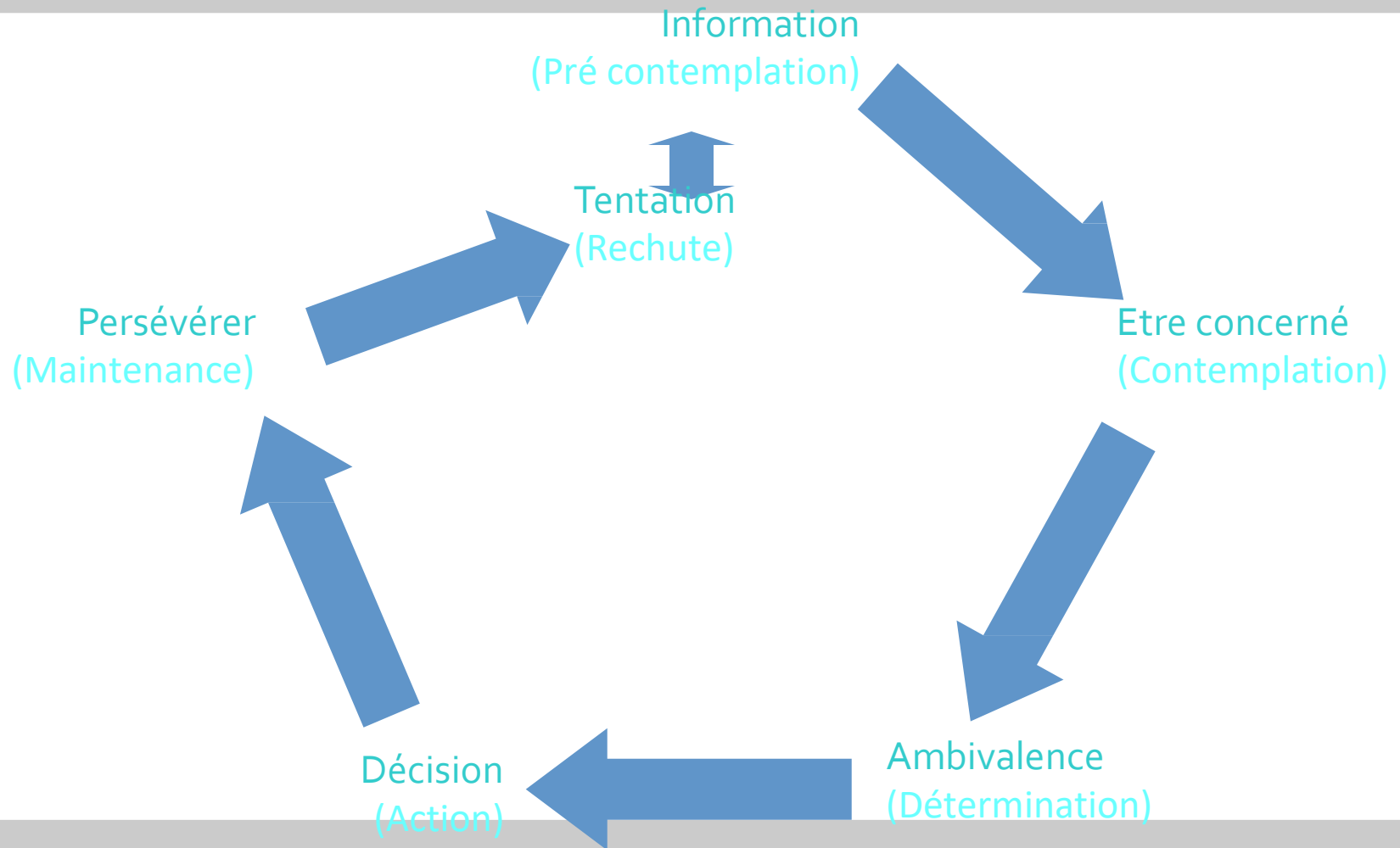
Cycle motivationnel – Etape 6



Etape 6 : La tentation et la (re)chute

- Craquer est normal. C' est humain et ce n' est pas catastrophique pour autant que l' on puisse trouver en soi la motivation à se relever.
- Quelles informations complémentaires dois-je chercher pour asseoir mon nouveau style de vie?
 - Si je veux arrêter vraiment de fumer
 - Peut-être ai-je avantage à être aidé par des patchs et un médicament plutôt que de ne compter que sur ma volonté
 - J'ai avantage à ne pas être le seul à la maison à ne pas fumer (maison non fumeurs)
 - Instaurer des règles pour les fumeurs quand ils viennent chez moi
 - ...

Cycle motivationnel – Retour dans le cycle



- La dépendance nicotinique mène à des biais comportementaux (impulsivité) dans le traitement de l'information affective et cognitive.
- Ces biais sont une raison du maintien du comportement , d'échec du sevrage et de rechutes

L'individualisation de l'accompagnement thérapeutique est donc essentiel.

Conclusion :

- Nicotine drogue « pluridimensionnelle » : explique son addictivité (> santé mentale)
- Impulsivité comportementale apparait
- Vulnérabilité individuelle et conditionnements individuels : traitement adapté
- Accompagner la motivation et stades du changement