

4^e Congrès de la Société française de tabacologie

PACI - Palais des arts et des congrès

25 avenue Victor Cresson – 92130 Issy-les-Moulineaux

www.paci.com.fr

Tél. : 01 46 45 60 90 ► Fax : 01 46 45 90 44

Coordonnées (lat. x long.) : 48.8230531, 2.2697797

ACCÈS

Métro

Ligne **12** : station Mairie d'Issy

Tramway

Ligne **2** : station Issy-Val de Seine

RER

Ligne **C** : station Issy Ville

Bus

Ligne **123** : station Porte d'Auteuil - Mairie d'Issy

Ligne **169** : station Pont de Sèvres - Balard

Ligne **190** : station Mairie d'Issy - Vélizy 2

Ligne **290** : station Mairie d'Issy - Vélizy/Europe Nord

Ligne **323** : station Issy Val de Seine - Ivry sur Seine



Station Vélib' à 150 mètres (21307 et 21309)

TABLE DES MATIÈRES

Comité scientifique	2 ^e
de couverture	
Comité d'organisation.....	2 ^e
de couverture	
Le mot du président	2 ^e
de couverture	
Planning <i>jeudi 4 novembre</i>	2
Planning <i>vendredi 5 novembre</i> ..	3
Niveaux PACI	3
Programme détaillé <i>jeudi 4 novembre</i>	4 à 8
Programme détaillé <i>vendredi 5 novembre</i>	8 à 11
Résumés sessions plénières, parallèles et communications orales <i>jeudi 4 novembre</i>	12 à 25
Résumés sessions plénières, parallèles et communications orales <i>vendredi 5 novembre</i>	26 à 37
Résumés ateliers <i>jeudi 4 et vendredi 5 novembre</i>	38
Résumés communications posters <i>jeudi 4 et vendredi 5 novembre</i> ..	39 à 54
Index auteurs et intervenants....	55 & 56
Plan PACI	3 ^e
de couverture	

Planning du 4^e Congrès de la SFT

JEUDI 4 NOVEMBRE 2010

Horaires	Amphi Berlioz	Salle Molière	Salle 10-11-12	Salle atelier 5	Salle atelier 9	Salle atelier 6
8h00- 8h45▶	<i>Accueil et inscriptions</i>					
08h45-10h30▶	P01 Session inaugurale : politique de lutte contre le tabagisme					
10h30-11h00▶	<i>Pause – Visite des posters et exposition (salle Menand et hall Debussy)</i>					
11h00-12h30▶	SP01 Session commune Société française de tabacologie et Société de pneumologie de langue française	SP02 Tabagisme et immuno suppression	SP03 Communications orales 1. De la nicotine au stress	A1a Les outils du tabacologue. Intérêt et validité des échelles et scores utilisés par les tabacologues	A3a Tabac et précarité, la double peine	A2a Tabac et religion
12h30-14h00▶	<i>Pause déjeuner (salle Menand) Visite guidée des posters (POS1) et exposition (salle Menand et hall Debussy)</i>					
14h00-15h30▶	SP04 Session commune Société française de tabacologie et Société française de cardiologie	SP05 IMAO : un bon sideman ?	SP06 Session mémoires DIU	A4a Organisation de la tabacologie (CDTNet)	A5a Entretien motivationnel. De la théorie à la pratique	
15h30-16h00▶	<i>Pause – Visite des posters et exposition (salle Menand et hall Debussy)</i>					
16h00-17h30▶	P10 Neurobiologie des addictions appliquée à la dépendance au tabac	SP07 Session infirmières				
17h30-19h00▶		SY1 Symposium Pfizer Fumeurs avec et sans comorbidité : quelles stratégies adopter ?	SY2 Symposium Atelier Pierre Fabre Fumeurs difficiles et troubles du comportement alimentaire : profil et prise en charge	SY3 Symposium Atelier McNeil Le sevrage sur mesure : l'adaptation des doses		

[Légende : **P** = session plénière **SP** = session parallèle **A** = atelier **SY** = symposium]

Planning du 4^e Congrès de la SFT

VENDREDI 5 NOVEMBRE 2010

Horaires	Amphi Berlioz	Salle Molière	Salle 10-11-12	Salle atelier 5	Salle atelier 9	Salle atelier 6
8h00- 9h00▶	<i>Accueil et inscriptions</i>					
9h00-10h30▶	P20 Actualités thérapeutiques				A3b Tabac et précarité, la double peine	A2b Tabac et religion
10h30-11h00▶	<i>Pause – Visite des posters et exposition (salle Menand et hall Debussy)</i>					
11h00-12h30▶	SP08 Le médecin face au fumeur : renforcer la motivation et laisser choisir ou traiter d'emblée tous les fumeurs ?	SP09 Session sages-femmes	SP10 Communications orales 2. Le tabac, du collège au lieu de travail	A1b Les outils du tabacologue. Intérêt et validité des échelles et scores utilisés par les tabacologues	A4b Organisation de la tabacologie (CDTNet)	
12h30-14h00▶	<i>Pause déjeuner (salle Menand) Visite guidée des posters (POS2) et exposition (salle Menand et hall Debussy)</i>					
14h00-15h30▶	SP11 Tabagisme et sociologie	SP12 Le tabacologue face au cannabis	SP13 Communications orales 3. Le sevrage et les professionnels de santé	A5b Entretien motivationnel. De la théorie à la pratique	A8 Atelier sages-femmes : Y a-t-il des alternatives au sevrage total chez les femmes enceintes ?	
15h30-16h00▶	<i>Pause – Visite des posters et exposition (salle Menand et hall Debussy)</i>					
16h00-17h30▶	P30 Tabac et maternité					
17h30-17h50▶	P40 Session de clôture					

Niveaux	Amphi Berlioz	Salle Molière
	+1	+3
	Salle 10-11-12	Salle Menand
	-2	-1
	Salle atelier 5	Salle atelier 9
	+4	+4
Salle atelier 6	Hall Debussy	
+4	+1	

Programme détaillé du 4^e Congrès de la SFT

JEUDI 4 NOVEMBRE 2010

P01

8h45/10h30

Amphi Berlioz

Session plénière inaugurale : politique de lutte contre le tabagisme

P01a. Allocution des représentants de l'Agence régionale de santé et de la Municipalité d'Issy-les-Moulineaux (*sous réserve*)

P01b. La France et la Convention-cadre de l'OMS : où en sommes-nous en 2010 ?

P01c. Épidémiologie du tabac en France : où en sommes-nous ?

P01d. La convention cadre de l'OMS : situation mondiale

Présidents

I. Berlin

B. Dautzenberg

Intervenants

P. De Bruyn, DGS. Paris

F. Beck, INPES. Paris

S. Ratte, UICITMR. Paris

SP01

11h00/12h30

Amphi Berlioz

Session commune Société française de tabacologie et Société de pneumologie de langue française

SP01a. L'arrêt du tabac : traitement de première et de deuxième ligne du cancer du poumon

SP01b. L'arrêt du tabac : traitement de première et de deuxième ligne de la BPCO

SP01c. L'arrêt du tabac et la prévention des rechutes, un outil de réhabilitation respiratoire ?

Présidents

G. Peiffer

T. Urban

Intervenants

T. Urban, CHU. Angers

B. Dautzenberg, GH Pitié-Salpêtrière. Paris

M. Catto, CH. Loos

SP02

11h00/12h30

Salle Molière

Tabagisme et immuno suppression

SP02a. Transplantation hépatique et tabac

SP02b. Tabagisme chez les personnes vivant avec le VIH : les enjeux du sevrage

SP02c. Le sevrage tabagique des patients infectés par le VIH

Président

M. Adler

Intervenants

H. Donnadieu-Rigole, CHU. Montpellier

A. Makinson, CHU. Montpellier

N. Wirth, CHU. Nancy

SP03

11h00/12h30 *Salle 10-11-12*

Communications orales 1. De la nicotine au stress

SP03a. Effet de la nicotine sur la circulation pulmonaire fœtale. Étude expérimentale chez le fœtus d'agneau

SP03b. Mésestimation de la consommation et phénomène de compensation chez les fumeurs. Intérêt de la cotinine salivaire

SP03c. Formation repérage précoce des cancers des voies aéro-digestives supérieures à destination des professionnels du champ de l'addictologie dans la région Nord Pas-de-Calais

SP03d. Prise de poids à l'arrêt du tabac : une méta-analyse

SP03e. Effets néfastes du tabac sur le vieillissement pulmonaire d'une population algérienne

SP03f. Fumer pour se « déstresser » ?

Présidents

J.-D. Dewitte

B. Le Maître

Intervenants

K. Hannebicque, CHRU Jeanne de Flandres. *Lille*

N. Jacob, GH Pitié-Salpêtrière. *Paris*

M.-A. Testelin, Eclat-Graa. *Loos*

H.-J. Aubin, Paul Brousse. *Villejuif*

M. Bougrida, CHU Benbadis. *Constantine (Algérie)*

P. Dupont, Paul Brousse. *Villejuif*

A1a

11h00/12h30 *Salle 5*

Les outils du tabacologue. Intérêt et validité des échelles et scores utilisés par les tabacologues

Intervenants

S. Guillaume, CHU. *Montpellier*

X. Quantin, CHU. *Montpellier*

A2a

11h00/12h30 *Salle 6*

Tabac et religion

Intervenant

O. Mandhouj, ASM13. *Paris*

A3a

11h00/12h30 *Salle 9*

Tabac et précarité, la double peine

Intervenant

R.-M. Rouquet, CHR Larrey, *Toulouse*

SP04

14h00/15h30 *Amphi Berlioz*
Session commune Société française de tabacologie et Société française de cardiologie

- SP04a.** État des connaissances et prise en charge du tabagisme par les cardiologues
SP04b. Spécificités du sevrage des patients coronariens en post-infarctus
SP04c. Impact de l'interdiction de fumer dans les lieux publics : résultats de l'étude EVINCOR-PMSI (Évaluation de l'impact de l'interdiction de fumer sur les syndromes CORonaires aigus)

Présidents

H.-J. Aubin
 D. Thomas

Intervenants

V. Aboyans, CHU Dupuytren. *Limoges*
 O. Stchepinsky, Centre William Harvey. *Saint-Martin-d'Aubigny*
 D. Thomas, GH Pitié-Salpêtrière. *Paris*

SP05

14h00/15h30 *Salle Molière*
IMAO : un bon sideman ?

- SP05a.** IMAOs et imagerie cérébrale
SP05b. Dérégulation du gène de la MAO : un effet épigénétique du tabac
SP05c. Inhibition de la MAO chez la femme enceinte fumeuse et retentissement chez le nouveau-né

Présidents

I. Berlin

Intervenants

C. Trichard, CEA-INSERM U1000. *Orsay*
 F. Rendu, UMRS 956 Inserm. *Paris*
 I. Berlin, GH Pitié-Salpêtrière. *Paris*

SP06

14h00/15h30 *Salle 10-11-12*
Session mémoires DIU

- SP06a.** L'évaluation de l'impact du tabagisme actif et passif sur les premières tentatives de FIV et d'ICSI avec eSET entre septembre 2005 et avril 2010 au CHU de Dijon (DIU universités Clermont-Ferrand/Dijon/Grenoble/Lyon/Saint-Étienne)
SP06b. Moyens et atouts des pharmacies Giropharm dans le sevrage tabagique et lien avec la Loi HPST. L'évolution à apporter (DIU interrégion ouest)
SP06c. Évaluation économique du projet d'aide au sevrage tabagique en Languedoc-Roussillon
SP06d. *Non communiqué*
SP06e. *Non communiqué*

Présidents

J. Perriot
 X. Quantin

Intervenants

I. Honor Hance, CHU. *Dijon*
 V. Loubrieu, *Angers*
 J. Oseni, *Paris*
 NC
 NC

A4a

14h00/15h30 *Salle 5*
**Organisation de la tabacologie
 (CDTNet)**

Intervenant

A.-L. Le Fou, Hôpital
 Européen G. Pompidou,
Paris

A5a

14h00/15h30 *Salle 9*
**Entretien motivationnel. De la théorie
 à la pratique**

Intervenant

P. Dupont, Paul Brousse,
Villejuif

P10

16h00/17h30 *Amphi Berlioz*
**Neurobiologie des addictions
 appliquée à la dépendance au tabac**
 P10a. La dépendance en héritage
 P10b. Gateway : mythe ou réalité ?
 P10c. Approche évolutionniste de la dépendance au
 tabac

Présidents

I. Berlin
G. Lagrue

Intervenants

S. Kelai, Inserm. *Paris*
X. Quantin, CHU.
Montpellier
H.-J. Aubin, Paul Brousse.
Villejuif

SP07

16h00/17h30 *Salle Molière*
Session infirmières
 SP07a. Le sevrage en hospitalisation programmée
 SP07b. Prise en charge du tabagisme péri opératoire :
 bilan et perspectives
 SP07c. L'éducation thérapeutique (ETP) au service de la
 tabacologie

Présidents

P. Gasparini
G. Heno

Intervenants

B. Faure, CH. *Agen*
M.-J. Lizée. *Lyon*
C. Phomsouvandara,
 Polyclinique Saint-Laurent.
Rennes
C. Valles, CH. *Cahors*

SY1

17h30/19h00 *Salle Molière*
**Symposium Pfizer. Fumeurs avec et
 sans comorbidité : quelles stratégies
 adopter ?**
 SY1a. Comment traiter un fumeur sans comorbidité ?
 SY1b. Comment traiter les fumeurs avec
 comorbidités ?
 SY1c. En pratique, quelle conduite à tenir ?

Modérateur

B. Dautzenberg

Intervenants

A. Borgne, Jean Verdier.
Bondy
G. Peiffer, Bon Secours.
Metz
B. Dautzenberg, GH
 Pitié-Salpêtrière, *Paris*

SY2

17h30/19h00 *Salle 10-11-12*

**Symposium Atelier Pierre Fabre.
Fumeurs difficiles et troubles du
comportement alimentaire : profil et
prise en charge**

SY2a. Sevrage tabagique des fumeurs difficiles. Prise en charge du syndrome de sevrage et du craving

SY2b. Tabagisme et troubles du comportement alimentaire. Optimisation du sevrage tabagique

Modérateur

E. André

Intervenants

J. Perriot, *Clermont-Ferrand*

A. Schmitt, *Clermont-Ferrand*

SY3

17h30/19h00 *Salle 9*

Symposium Atelier McNeil. Le sevrage sur mesure : l'adaptation des doses

Modérateur

T. Urban

Intervenants

J. Le Houezec, *Paris*

M. Adler, Antoine Béclère. *Clamart*

P20

9h00/10h30 *Amphi Berlioz*

Actualités thérapeutiques

P20a. Étude Adonis (*Adjustment of DOses of Nicotine in Smoking Cessation*) de la titration nicotinique

P20b. Tabac Info Service, présentation de la quit-line française

P20c. Les recommandations françaises pour l'aide à l'arrêt du tabac : similitudes et différences par rapport aux recommandations internationales

Présidents

M. Kuperminc-Le Ber

X. Quantin

Intervenants

I. Berlin, GH Pitié-Salpêtrière. *Paris*

L. Chareyre, INPES. *Paris*

O. Smadja, INPES. *Paris*

D. Thomas, GH Pitié-Salpêtrière. *Paris*

A2b

9h00/10h30 *Salle 6*

Tabac et religion

Intervenant

O. Mandhouj, ASM13.

Paris

A3a

9h00/10h30

Salle 9

Tabac et précarité, la double peine

SP08

11h00/12h30

Amphi Berlioz

Le médecin face au fumeur : renforcer la motivation et laisser choisir ou traiter d'emblée tous les fumeurs ?

SP08a. Renforcer la motivation et... laisser choisir !

SP08b. Traiter d'emblée tous les fumeurs

SP08c. Table ronde avec les participants

SP09

11h00/12h30

Salle Molière

Session sages-femmes

SP09a. Étude de prévalence des conduites addictives chez la femme enceinte dans trois maternités de Nantes (tabac, alcool, cannabis, TCA)

SP09b. Cotinine et grossesse, résultats de deux ans d'expérience à la maternité de Pau

SP09c. Prise en charge du tabagisme des femmes enceintes en situation de précarité

SP10

11h00/12h30

Salle 10-11-12

Communications orales 2. Le tabac, du collègue au lieu de travail

SP10a. Arrêt du tabac chez les consommateurs de cannabis

SP10b. Arrêt du tabac en entreprise : une nouvelle approche

SP10c. Tabagisme chez les jeunes travailleurs de vingt ans et moins

SP10d. Projet pluriannuel de prévention du tabagisme au collège : « 100 % santé, 0 % fumée »

SP10e. Qui sont les jeunes fumeurs consultant pour sevrage tabagique en centre de tabacologie ?

SP10f. Les aventures de Tintin, un moyen de prévention du tabagisme ?

Intervenant

R.-M. Rouquet, CHR
Larrey, Toulouse

Présidents

A. Borgne
G. Mathern

Intervenants

D. Touzeau, Paris
B. Dautzenberg, GH
Pitié-Salpêtrière, Paris

Présidents

E. Dautzenberg
C. Espiand-Marçais

Intervenants

A. Chassevent-Pajot,
Maternité du CHU.
Nantes
C. Meier, CH, Pau
C. Labroye-Signoret, CG
92, Bagneux

Présidents

C. Gillet
J. Perriot

Intervenants

I. Jacot-Sadowski,
Policlinique médicale
universitaire, Lausanne
(Suisse)
A. Delrieu, OFT, Paris
P. Brognon, Adhesia,
Mons (Belgique)
M.-E. Huteau, CDMR 34,
Montpellier
P. Lemaire, Dispensaire
Emile Roux, Clermont-
Ferrand
P. Dupont, Paul
Brousse, Villejuif

A1b

11h00/12h30 *Salle 5*
Les outils du tabacologue. Intérêt et validité des échelles et scores utilisés par les tabacologues

Intervenants

S. Guillaume, CHU.
Montpellier
X. Quantin, CHU.
Montpellier

A4b

11h00/12h30 *Salle 9*
Organisation de la tabacologie (CDTNet)

Intervenant

A.-L. Le Faou, Hôpital
 Européen G.
Pompidou, Paris

SP11

14h00/15h30 *Amphi Berlioz*
Tabagisme et sociologie
 SP11a. Tabac et religiosité
 SP11b. Tabac et pauvreté
 SP10c. Évaluation de la dépendance chez l'adolescent

Présidents

P. Rouzaud
A. Stoebner-Delbarre

Intervenants

H.-J. Aubin, Paul
 Brousse. *Villejuif*
R.-M. Rouquet, CHR
Larrey. Toulouse
M.-E. Huteau, CDMR 34.
Montpellier

SP12

14h00/15h30 *Salle Molière*
Le tabacologue face au cannabis
 SP12a. La fumée de cannabis et ses effets
 SP12b. Codépendance tabac-cannabis
 SP12c. Sevrage combiné tabac-cannabis

Présidents

M. Adler
G. Mathern

Intervenants

B. Dautzenberg, GH
 Pitié-Salpêtrière. *Paris*
X. Quantin, CHU.
Montpellier
P. Nuss, Saint-Antoine.
Paris
M. Adler, Antoine
 Béclère. *Clamart*

SP13

14h00/15h30 *Salle 10-11-12*

Communications orales 3. Le sevrage et les professionnels de santé

SP13a. Influence du statut tabagique des personnels sur leurs connaissances, opinions et attitudes selon l'enquête GH Pitié-Salpêtrière 2009

SP13b. Les élèves infirmiers fumeurs et non fumeurs agissent moins différemment qu'ils ne le pensent vis-à-vis des fumeurs

SP13c. Évaluation de la pratique du sevrage tabagique des omnipraticiens du Puy-de-Dôme

SP13d. Enquête sur le tabagisme auprès des consultants du CHU Beni-Messous d'Alger en juillet 2009

SP13e. SP13e. Sevrage tabagique chez les seniors. Résultats d'une étude en centre de tabacologie

SP13f. Projet Escscan : définition, recensement, échange et amélioration des consultations d'arrêt du tabac en Europe?

A5b

14h00/15h30 *Salle 5*

Entretien motivationnel. De la théorie à la pratique

A8

14h00/15h30 *Salle 9*

Atelier sages-femmes : Y a t-il des alternatives au sevrage total chez les femmes enceintes ?

P30

16h00/17h30 *Amphi Berlioz*

Tabac et maternité

P30a. Tabac et fertilité

P30b. État d'avancement de l'étude SNIPP (Étude sur l'efficacité des substituts nicotiques pendant la grossesse)

P30c. Difficultés à l'arrêt des femmes enceintes fumeuses en consultation de tabacologie

P4

17h30/17h50 *Amphi Berlioz*

Session de clôture

Présidents

M. Delcroix
J.-D. Dewitte

Intervenants

A. Diakhate, GH Pitié-Salpêtrière. *Paris*
A. Delrieu, OFT. *Paris*
J. Perriot, Dispensaire Emile Roux. *Clermont-Ferrand*
R. Belkaid, CHU Beni-Messous. *Alger (Algérie)*
A. Croizet, CHG Riom. *Clermont-Ferrand*
B. Dautzenberg, GH Pitié-Salpêtrière. *Paris*

Intervenant

P. Dupont, Paul Brousse, *Villejuif*

Intervenants

C. Pelle, CHU, Maternité La Tronche. *Grenoble*
S. Georgieu, Hôpital de la Côte Basque, *Bayonne*

Présidents

B. Benezech
G. Grangé

Intervenants

C. Dechanet, CHU. *Montpellier*
I. Berlin, GH Pitié-Salpêtrière. *Paris*
A.-L. Le Faou, Hôpital Européen G. Pompidou. *Paris*

Présidents

I. Berlin, **B. Dautzenberg**
N. Wirth

RÉSUMÉS

Session plénières et parallèles / Communications orales

JEUDI 4 NOVEMBRE 2010 | MATIN

P01. Session plénière inaugurale : politique de lutte contre le tabagisme

**P01a. Allocution des représentants de
l'Agence régionale de santé et de la
Municipalité d'Issy-les-Moulineaux (sous
réserve)**

**P01b. La France et la Convention-cadre
de l'OMS : où en sommes-nous en 2010 ?**

P. De Bruyn, DGS, Paris

**P01c. Épidémiologie du tabac en France :
où en sommes-nous ?**

F. Beck, INPES, Paris

Depuis la loi Veil du 9 juillet 1976 et, de façon plus intense depuis la loi Évin du 10 janvier 1991, de nombreuses mesures législatives et réglementaires ont été mises en place pour renforcer la lutte contre le tabagisme en France. Cette politique a connu des succès importants ces dernières années, récemment encore avec l'entrée en vigueur progressive de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs. Les mesures ont été, selon les périodes, d'intensité variable : les dernières fortes hausses des prix sont intervenues entre 2002 et 2004 avec un passage de 3,60 euros à 5 euros, sur une durée de deux ans, du prix du paquet de 20 cigarettes le plus vendu, tandis que depuis 2004, il n'a été augmenté que de 60 centimes. Le Baromètre santé 2010 de l'INPES permet de faire le point sur l'évolution de la prévalence du tabagisme depuis 2005, date du précédent exercice. De par sa grande taille d'échantillon et sa vocation de représentativité, cette enquête permet d'étudier ces évolutions sur l'ensemble de la population mais aussi sur des tranches d'âge détaillées ou des segments de population particuliers. Parmi les 15-75 ans, la part de fumeurs quotidiens a augmenté de 2 points entre 2005 et 2010, passant de 26,9 % à 28,7 % ($p < 0,001$). L'augmentation de la prévalence du tabagisme quotidien se révèle assez forte parmi les femmes (de 23,0 % à 25,7 % ; $p < 0,001$), et en particulier celles âgées de 45 à 65 ans. Elle n'apparaît pas

significative parmi les hommes (de 31,0 % à 31,8 % ; ns). Ces données seront mises en regard des données de vente récentes. Ainsi, la baisse du tabagisme observée depuis les années 1970 semble désormais enrayée. Au regard des évolutions par niveau d'éducation et catégories sociales, les inégalités sociales face au tabagisme semblent se creuser, les personnes en situation de chômage, celles ayant un niveau baccalauréat ou inférieur et les employés et ouvriers constituant des populations à cibler en priorité dans les actions de prévention et d'éducation à la santé. Concernant les plus jeunes, les prochaines enquêtes menées spécifiquement auprès des adolescents permettront bientôt de se prononcer sur le caractère durable de forte baisse qui a été observée entre 1990 et 2008.

P01d. La Convention-cadre de l'OMS : situation mondiale

S. Ratte, UICTMR, Paris

La consommation de tabac est une des plus importantes menaces pour la santé publique et l'un des principaux facteurs de risque pour plusieurs maladies non transmissibles dont le cancer, les maladies respiratoires et les maladies cardio-vasculaires.

On estime que le tabagisme tue plus de 5 millions de personnes par an – soit en moyenne une personne toutes les six secondes – et qu'il est responsable d'un décès d'adulte sur 10 dans le monde (Organisation mondiale de la santé).

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac est le premier traité de santé publique négocié sous les auspices de l'Organisation mondiale de la Santé.

Adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé le 21 mai 2003, elle est entrée en vigueur le 27 février 2005. Elle est devenue depuis l'un des traités ayant remporté la plus large adhésion dans l'histoire des Nations Unies et elle compte déjà 171 Parties (pays qui ont ratifié).

La Convention-cadre de l'OMS a été élaborée pour répondre de la mondialisation de l'épidémie de tabagisme. Il s'agit d'un traité fondé sur des données factuelles, qui réaffirme le droit de tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible. La CCLAT offre une dimension juridique à la coopération internationale en matière de santé. Un certain nombre de lignes directrices capitales ont été adoptées et le premier protocole à la Convention, visant à combattre le commerce illicite du tabac, est en cours de négociation.

La Convention vise à protéger les individus des conséquences du tabagisme en réduisant la demande et l'offre de tabac. Elle appelle les Parties entre autres :

- à renforcer les mesures fiscales et relatives aux prix, à interdire toute publicité et promotion en faveur du tabac et à faire figurer des mises en garde sanitaires graphiques percutantes sur les emballages de produits du tabac ;
- à adopter des mesures de protection de tous contre l'exposition à la fumée du tabac, à interdire la vente de tabac aux mineurs, à soutenir la reconversion des cultivateurs de tabac ;
- à protéger les politiques de santé publique des intérêts commerciaux et autres intérêts cachés de l'industrie du tabac ;
- à mettre en place plusieurs dispositions pour remplir leurs obligations de coopération internationale solide et un appui aux pays qui manquent de ressources afin de favoriser une action mondiale concertée contre le tabac.

La quatrième session de la Conférence des Parties se tiendra du 15 au 20 novembre 2010 à Punta del Este, en Uruguay. De nombreux thèmes et mesures seront examinés par les 171 pays représentés et des décisions importantes sont attendues notamment sur des lignes directrices sur la taxation des produits du tabac, l'aide à l'arrêt, l'information et la mobilisation de différents publics, la réglementation des produits du tabac, le soutien technique et financier entre partie et la suite des négociations sur le protocole contre le commerce illicite du tabac.

L'intervention sur la « Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'OMS : situation mondiale » fera le point sur les avancées, obstacles et enjeux de ce traité au niveau mondial.

SP01. Session commune Société française de tabacologie et Société de pneumologie de langue française

SP01a. L'arrêt du tabac : traitement de première et de deuxième ligne du cancer du poumon

T. Urban, CHU, Angers

Non communiqué

SP01b. L'arrêt du tabac : traitement de première et de deuxième ligne de la BPCO

B. Dautzenberg, GH La Pitié-Salpêtrière, Paris

La prévalence de la BPCO varie selon les pays de 3 à 8 % de la population, et augmente avec le tabagisme, pour atteindre jusque 24 % des hommes fumeurs dans certaines études. En 2020, la BPCO pourrait être la troisième cause de mortalité dans le monde. L'action délétère de la fumée de tabac est proportionnelle à l'importance du tabagisme avec un déclin accéléré du volume expiratoire maximal par seconde (VEMS), passant de 08-20 ml/an chez le sujet non fumeur à environ 45-60 ml/an chez le fumeur, voire plus dans la BPCO avérée.

Les sociétés savantes recommandent le sevrage tabagique comme élément essentiel de la prise en charge de la BPCO. Plusieurs études ont montré que le sevrage tabagique était la seule mesure susceptible d'interrompre la progression de l'obstruction bronchique et de retarder l'apparition de l'insuffisance respiratoire, quel que soit le stade de la maladie, en ralentissant le déclin annuel du VEMS, comme l'avait montré Fletcher dès 1977. Il permet aussi de réduire les symptômes comme la toux, l'expectoration et la dyspnée. C'est la méthode de réduction du risque de survenue d'une BPCO la plus efficace et la moins coûteuse. L'intervention doit être la plus précoce possible d'où l'importance de la détecter au plus tôt.

Le sevrage tabagique est particulièrement complexe chez les fumeurs déjà atteints de BPCO du fait d'un niveau de dépendance élevé, d'une plus forte consommation tabagique, d'une plus forte concentration de CO dans l'air exhalé, d'une motivation insuffisante après des tentatives de sevrage sans succès et de facteurs anxio-dépressifs plus fréquents. Une analyse de Van der Meer et al.

(Cochrane Library, 2004) conclut qu'une prise en charge psychosociale et pharmacologique est bénéfique et est supérieure à une simple prise en charge psychosociale ou à l'absence d'action, chez le patient fumeur porteur d'une BPCO. Une prise en charge plus globale, dans le cadre d'une réhabilitation respiratoire associant des entretiens éducatifs, un réentraînement à l'effort, un soutien psychologique et diététique et un suivi tabacologique prolongé permettent d'observer de meilleurs résultats du sevrage tabagique chez les patients atteints de BPCO. Des doses et des durées de traitement par substituts nicotiques voire des associations peuvent être utiles chez ces patients.

De même, récemment, la varénicline a montré une efficacité plus importante par rapport au placebo chez les patients BPCO que chez les fumeurs sans comorbidités.

Enfin, la réduction du tabagisme accompagnée de substituts nicotiques peut être un moyen de seconde intention de limiter le risque, mais surtout de renforcer la motivation et d'aboutir à un sevrage tabagique.

SP01c. L'arrêt du tabac et la prévention des rechutes, un outil de réhabilitation respiratoire ?

M. Catto, Centre hospitalier, Loos

La réhabilitation respiratoire se définit comme un ensemble de soins personnalisés, dispensés au patient atteint d'une maladie respiratoire chronique, par une équipe transdisciplinaire. Elle a pour objectif de réduire les symptômes, d'optimiser les conditions physiques et psychosociales, de diminuer les coûts de santé (SPLF 2005) ». Même si elle ne se limite pas qu'à la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), les preuves de l'efficacité de cette thérapeutique ont été essentiellement apportées dans le cadre cette pathologie respiratoire (grade A des recommandations).

Plus de 80 % des malades atteints de BPCO sont des fumeurs. Malgré leurs connaissances des risques à la poursuite de leur tabagisme, les malades continuent de fumer. Leur tabagisme en paquets-année est élevé et leur dépendance évaluée forte par le test de Fagerström les conformant à l'archétype du Hard Core. Seul l'arrêt du tabac est capable d'enrayer la progression de la maladie ; il est la clef de voûte de la prise en charge du patient BPCO et fait partie intégrante du

programme de réhabilitation respiratoire au même titre que la réadaptation, l'optimisation et l'éducation thérapeutique, la prise en charge nutritionnelle et psychosociale.

Le séjour en centre de réhabilitation respiratoire constitue une opportunité pour initier le sevrage. Les différentes méthodes pour mettre un terme à cette dépendance ne diffèrent pas des autres sevrages tabagiques. Elles font appel aux substituts nicotiques, à la varénicline, au bupropion de même qu'aux thérapies cognitivo-comportementales ; la réduction partiellement compensée par substitution nicotinique peut être également envisagée dans un objectif d'arrêt définitif.

SP02. Tabagisme et immuno suppression

SP02a. Tabagisme et greffe

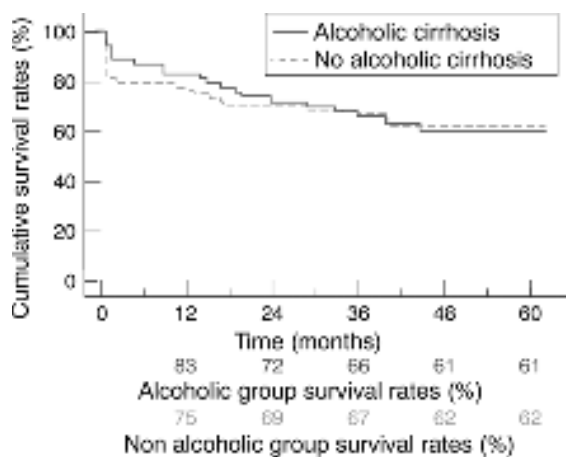
H. Donnadieu-Rigole, CHU, Montpellier

La transplantation hépatique (TH) est le traitement de référence de la cirrhose décompensée, ou compliquée d'un carcinome hépatocellulaire (CHC). Le nombre de TH en France est d'environ 1 000 par an, les principales étiologies sont : les hépatites virales (C, B) l'alcool et le CHC ; viennent ensuite les maladies cholestatiques, les cirrhoses auto-immunes et enfin les hépatites fulminantes. Ce traitement ne permet de sauver que 60 % des malades inscrits sur liste d'attente. Devant cette pénurie de greffons, il est important de définir le plus finement possible les indications de greffe, et d'assurer en post-greffe la meilleure survie possible à long terme.

Les indications sont définies par la Conférence de consensus (HAS) de 2005. Elles concernent principalement les cirrhoses décompensées dont la gravité est estimée par le score « MELD » (INR, bilirubine totale, créatinine), et les CHC dont les critères carcinologiques sont précis et évolutifs (critères de Milan, de San Francisco et dernièrement le « Up to seven »).

L'enjeu du suivi des patients transplantés est de lutter contre les complications susceptibles de mettre en jeu le pronostic vital. Parmi ces complications : la récurrence de la maladie initiale est la plus fréquente. La récurrence virale C concerne 100 % des patients à 5 ans de leur TH, elle est aisément diagnostiquée (virologie, biopsie hépatique) et traitée avec de bons résultats.

La rechute alcoolique est un risque ; elle constitue toute la singularité de l'indication de greffe pour cirrhose alcoolique. Cette rechute (quel que soit le mode de réalcoolisation) ne modifie pas la survie à 5 ans des malades.



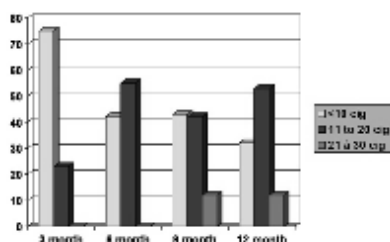
PAGEAUX GP. ET AL. GUT 1999

En revanche, au-delà de 5 ans, la mortalité des patients transplantés pour cirrhose alcoolique qui reconsumment de l'alcool et fument augmente de façon significative (A. Cuadrado et al. Liver Transplant 2005). Ces derniers décèdent de cancers liés à leur tabagisme (ORL, poumon, vessie).

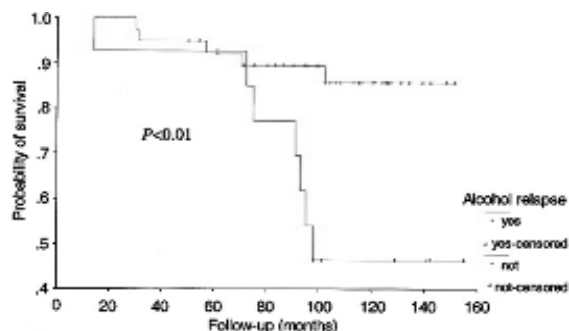
Les autres complications sont cardio-vasculaires (HTA, IDM, AVC) ; là aussi le rôle du tabac n'est pas négligeable et s'ajoute aux risques métaboliques (diabète, dyslipidémie, obésité) induits par la TH.

Le « risque tabagique » n'est actuellement pas suffisamment pris en compte dans les indications de greffe et le sevrage n'est pas systématiquement proposé avant ou après la greffe. Pour autant 40 % des patients greffés sont fumeurs actifs, 90 % quand l'indication est une cirrhose alcoolique (Di Martini et al. Liver Transplant 2005).

Vingt-trois pourcent refument 12 mois après la greffe avec une consommation rapidement croissante (11 à 20 cigarettes à 12 mois).



En post-opératoire, la morbi mortalité est plus importante chez les fumeurs (retard à la cicatrisation, augmentation des thromboses de l'artère hépatiques, infections pulmonaires). À moyen terme, les complications cardio-vasculaires sont plus fréquentes ; enfin, à long terme, les décès par cancers sont nettement plus fréquents chez les fumeurs (action synergique avec les immunosuppresseurs ?).



A. CUADRADO ET AL. LIVER TRANSPLANT 2005

En conclusion, il semble important de valider très rapidement l'efficacité d'une prise en charge tabacologique en pré et en post-greffe. Puis de la définir comme indispensable au même titre que le sevrage d'alcool dans la prise en charge du patient greffé.

SP02b. Tabagisme chez les personnes vivant avec le VIH : les enjeux du sevrage

A. Makinson, CHU Gui de Chauliac, Montpellier

Depuis l'avènement des combinaisons antirétrovirales, on constate une réduction spectaculaire de la mortalité des sujets vivant avec le VIH, par diminution des complications classant SIDA.

Cependant, l'augmentation de la survie a révélé d'autres morbidités ; par exemple, l'enquête française mortalité 2005 a montré que, sur 1 042 décès dans la population vivant avec le VIH, la proportion de décès liée au SIDA était en décroissance par rapport à l'année 2000, tandis que celle liée aux cancers non classant SIDA ou cardio-vasculaires était en augmentation. Dans plusieurs études réalisées au sein de la population vivant avec le VIH, les cancers broncho-pulmonaires (CBP) étaient la première cause de cancers non classant SIDA, et leur risque de survenue était majoré par rapport à la population générale, même après ajustement sur l'âge, le sexe et le tabagisme. Ainsi, ce cancer survient à un

âge généralement plus jeune par rapport à la population générale, avec une proportion importante de stades avancés.

D'autre part, le risque d'infarctus du myocarde est aussi majoré par rapport à la population générale. Si l'infection par le VIH et une exposition cumulée à certains antirétroviraux pourraient partiellement expliquer le sur-risque cardio-vasculaire, et l'immunodépression le sur-risque du CBP, le tabagisme n'en demeure pas moins l'un des facteurs principaux des deux complications. Par conséquent, le sevrage du tabac dans la population infectée par le VIH est un objectif primordial pour les médecins prenant en charge ces patients, d'autant plus que la prévalence du tabagisme est accrue dans cette population. Or, ce sevrage est souvent difficile, et la meilleure stratégie médicamenteuse reste encore à définir.

SP02c. Le sevrage tabagique du patient VIH

N. Wirth, CHU, Nancy, Y. Martinet, CHU, Nancy

Depuis l'introduction des combinaisons de traitements antirétroviraux, de l'augmentation de leur efficacité et de leur tolérance, une diminution de la mortalité des patients infectés due au VIH ainsi qu'une augmentation de leur espérance de vie sont observées. Parallèlement, les causes de morbidité ont été modifiées et le tabagisme apparaît de plus en plus comme un facteur de risque indépendant que l'on peut prévenir.

La prévalence des fumeurs dans la population infectée par le VIH étant plus importante que celle observée dans la population générale (environ 50 %), différentes études se sont attachées à étudier leurs caractéristiques. Si la motivation à l'arrêt du tabac, comme dans la population générale, est présente chez la plupart d'entre eux, certaines particularités peuvent compliquer la prise en charge de leur tabagisme. En effet, sont retrouvés plus fréquemment que dans la population générale : une dépendance nicotinique importante, des consommations associées de cannabis et/ou alcool et/ou autres produits psychoactifs, l'association d'une comorbidité psychiatrique, en particulier de troubles anxio-dépressifs, et des conditions sociales souvent plus précaires.

Les essais cliniques évaluant spécifiquement dans cette population les traitements de la dépendance nicotinique actuellement validés pour la

population générale sont encore peu nombreux et méritent d'être développés.

SP03 Communications orales 1. De la nicotine au stress

SP03a. Effet de la nicotine sur la circulation pulmonaire fœtale. Étude expérimentale chez le fœtus d'agneau

K. Hannebicque¹, E. Aubry², H. Coridon², A. Houeijeh³, P. Deruelle¹, L. Storme³, V. Houfflin-Debarge¹

¹Pôle d'obstétrique, Jeanne de Flandre, Lille ²Pôle de chirurgie pédiatrique, Jeanne de Flandre, Lille ³Pôle de néonatalogie, Jeanne de Flandre, Lille

But de l'étude. L'utilisation de substituts nicotiniques pendant la grossesse est possible en France depuis 1997. L'action de la nicotine sur la circulation pulmonaire fœtale étant mal connue, le but de notre travail était d'évaluer son effet sur un modèle de fœtus d'agneau chroniquement instrumentés.

Méthodes. Nous avons étudié la réponse vasculaire pulmonaire et systémique fœtale à l'injection de nicotine à différentes doses et selon deux voies d'injection : fœtale directe dans l'artère pulmonaire gauche (APG) à la dose de 4,5 mg (15 mg/kg/j) et 0,35 mg (1,5 mg/kg/j) et maternelle (1 mg/kg/j). Puis l'effet de la nicotine (dose de 4,5 mg) sur la réactivité vasculaire pulmonaire en présence de L-Nitro-Arginine (LNA, inhibiteur de la voie du monoxyde d'azote (NO)) a été étudié.

Résultats. La perfusion de nicotine dans l'APG n'avait pas d'effet sur la circulation pulmonaire fœtale à la dose de 0,35 mg. À la dose de 4,5 mg, on constatait une augmentation du débit dans l'APG ($p < 0,01$) et une baisse des résistances vasculaires pulmonaires (RVPulm) ($p < 0,01$). Cette vasodilatation pulmonaire fœtale était bloquée en présence de LNA. La perfusion de nicotine chez la brebis augmentait le débit dans l'APG ($p < 0,01$). Il en résultait une vasodilatation pulmonaire fœtale avec une baisse maximale des RVPulm de 31%.

Conclusion. La nicotine a un effet vasodilatateur pulmonaire lié à l'activation de la voie du NO lors d'une exposition fœtale à des doses supérieures à celle d'un tabagisme. À des doses équivalentes à un tabagisme ou à une substitution nicotinique, l'exposition maternelle à la nicotine induit une

vasodilatation pulmonaire foetale dont le mécanisme reste à déterminer.

SP03b. Mésestimation de la consommation et phénomène de compensation chez les fumeurs. Intérêt de la cotinine salivaire

N. Jacob¹, R. Gaucher¹, A. Diakhate²

¹Biochimie, GH La Pitié-Salpêtrière, Paris

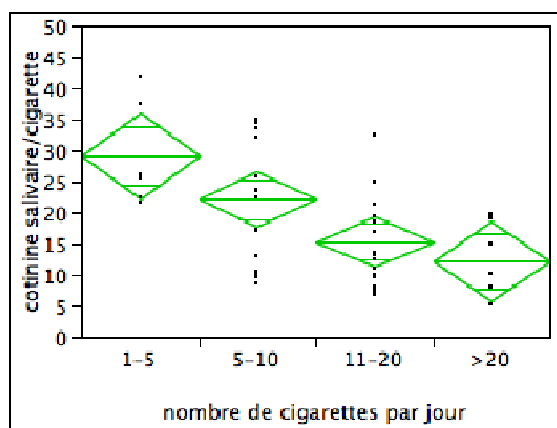
²Tabacologie, GH La Pitié-Salpêtrière, Paris

Un échantillon de salive a été recueilli chez 44 fumeurs (39 ± 12 ans; 14,7 ± 8,5 cig/j) pour voir la relation entre cotinine et consommation quotidienne de cigarettes.

La cotinine, dosée par chromatographie liquide, est égale à 159 ± 105 µg/L, 216 ± 153 µg/L, 272 ± 103 µg/L et 342 ± 165 µg/L, respectivement pour < 5, 5 à 10, 11 à 20 et > 20 cig/j.

Pour > 20 cig/j, la cotinine moyenne par cigarette est égale à 12,2 µg/L, proche du seuil fumeur/non fumeur de 14,2 µg/L établi pour la salive par Jarvis MJ¹. Si la consommation est moindre, on remarque une augmentation significative du rapport cotinine/cigarette (p = 0,0012).

Ces résultats sont en faveur d'un phénomène de compensation ou d'une mésestimation de la consommation.



¹ Am J Public Health 1987 ; 77 : 1435-38

SP03c. Formation repérage précoce des cancers des voies aéro-digestives supérieures à destination des professionnels du champ de l'addictologie dans la région Nord Pas-de-Calais

M.A. Testelin, Eclat-Graa, Loos

L'association ECLAT-GRAA est une structure reconnue pour initier des démarches innovantes dans la prévention et la prise en charge du tabagisme et de l'alcoolisme en région Nord Pas-de-Calais.

L'objectif du projet est de faciliter le repérage précoce des cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) pour des personnes à risque, fréquentant les structures du champ de l'addictologie. Les cancers des VADS représentent la quatrième cause de décès par cancer chez les hommes en France. La région compte 142 nouveaux cas de ce type de cancer sur 100 000 personnes en 2000. Seules 40 % des personnes atteintes d'un cancer vivent encore au bout de 5 ans. Cette situation préoccupe les professionnels de l'addictologie et les praticiens libéraux confrontés à des patients dépendants aux produits psychoactifs. Ce type de cancer survient très fréquemment chez les polyconsommateurs.

Une offre de formation 2009-2010 a été développée par l'association avec le soutien de ses partenaires experts de la région. Différentes sessions ont été organisées sur la région, sous forme de trois demi-journées :

1. Permettre aux professionnels d'échanger autour des représentations du cancer, de leurs craintes.
2. Repérer les signes d'alertes des cancers des VADS et inciter la personne à consulter.
3. Permettre aux professionnels d'échanger autour de leurs pratiques de terrain.

Au total près de 80 professionnels ont été formés en 2010. Ce projet est reconduit en 2011 et tout l'enjeu demeure dans le repérage précoce des cancers des VADS et les liaisons développées avec les spécialistes.

SP03d. Prise de poids à l'arrêt du tabac : une méta-analyse

H.J. Aubin¹, A. Parsons², D. Lyectt², P. Lahmek³, P. Aveyard²

¹Hôpital Paul Brousse, Villejuif ²UK Centre of Tobacco Control Studies, Birmingham, Grande-Bretagne ³Hôpital Émile Roux, Limiel-Brévannes

L'objectif de cette méta-analyse était d'estimer l'importance de la prise de poids à différents temps suivant l'arrêt du tabac.

Notre recherche a concerné les études incluses dans la revue *Cochrane* sur la prise de poids à l'arrêt du tabac. Nous n'avons considéré que les études concernant des fumeurs traités par placebo. Les moyennes (SD) de la prise de poids (kg) depuis l'inclusion chez les sujets abstinents ont été combinées à chaque temps disponible avec un modèle de variance inverse, afin d'estimer les variations moyennes de poids suivant le sevrage.

Trente-six études ont pu être incluses dans l'analyse. La moyenne pondérée (IC 95 %) de la prise de poids était 0,99 (0,52, 1,46) kg à un mois, 2,29 (2,05, 2,54) kg à 2 mois, 2,70 (2,21, 3,19) kg à 3 mois, 4,09 (3,61, 4,56) kg à 6 mois, 5,04 (4,46, 5,62) kg à 12 mois après la date d'arrêt. Les écarts-types moyens étaient 1, 2, 1,9, 2,7, 3,6, et 4,7 à 1, 2, 3, 6, et 12 mois respectivement. À 12 mois après l'arrêt du tabac, 14%, 21%, 50%, et 15% des fumeurs ont pris < 0 kg, > 0 kg - < 5 kg, > 5 kg - < 10 kg, et > 10 kg, respectivement. La prise de poids était significativement plus faible dans les études asiatiques que dans les études occidentales à 3 mois (seul point disponible pour les études asiatiques).

En conclusion, la prise de poids est plus prononcée pendant les 3 premiers mois suivant le sevrage (environ 1 kg/mois) qu'au cours des 9 mois suivants (2 kg). L'importance des écarts-types indique une large dispersion des valeurs de prise de poids autour de ces moyennes, avec des proportions notables de fumeurs prenant plus de 10 kg ou au contraire perdant du poids.

SP03e. Effets néfastes du tabac sur le vieillissement pulmonaire d'une population algérienne

M. Bougrida¹, M.K. Bourahli², N. Chibout², H. Mehdioui³

¹Service de physiologie et EFR CHU Benbadis, Constantine, Algérie ²Service de physiologie et des EFR CHU Benbadis, Constantine, Algérie ³Service de physiologie et des EFR CHU Benbadis, Constantine, Algérie

Objectifs. Déterminer le déclin de la fonction ventilatoire à partir de 30 ans chez des sujets sains sédentaires et des fumeurs confirmés.

Méthodes. Population : 100 sujets sains, genre masculin âgés de 30 à 70 ans, et 100 sujets fumeurs âgés de 30 à 70 ans.

Un questionnaire médical a été réalisé pour les critères d'inclusions (sujets sains) et fumeurs de plus de 10 P/années.

La fonction ventilatoire a été mesurée à l'aide d'un pléthysmographe qui répond aux critères de l'ATS, ERS ; les mesures ont été réalisées selon les critères de l'ATS-ERS 2006. Des régressions simples et multiples ont été réalisées pour déterminer le déclin des variables ventilatoires par rapport à l'âge.

Des comparaisons de moyennes par le test de Student et des comparaisons graphiques des volumes expiratoires maximaux à la première seconde (VEMS) et capacité vitale forcée (CVF) ont été réalisées (statistica 5,1).

Résultats. Le déclin du VEMS et la CVF par année d'âge est significativement plus important chez les fumeurs que les sujets sains.

La comparaison graphique des équations du VEMS et de la CVF des sujets sains et des fumeurs a montré des différences significatives entre les deux populations.

Discussion. Le vieillissement physiologique du poumon s'explique par la perte de la taille surtout celle du buste, la perte de l'élasticité pulmonaire secondaire aux modifications thoraco-pulmonaires et aux facteurs environnementaux. Ce déclin est accéléré par le tabac comme le montre nos résultats.

Conclusion. En plus de l'effet physiologique de l'âge, Le tabac est un facteur détériorant de la fonction ventilatoire.

SP03f. Fumer pour se « déstresser » ?

P. Dupont, Hôpital Paul Brousse, Villejuif

Une majorité de fumeurs venant en consultation de tabacologie font un lien entre leur comportement tabagique et leur stress, et plusieurs études ont montré qu'ils considèrent le stress comme un élément empêchant l'arrêt du tabagisme.

Mais existe-t-il une relation entre l'importance de ce lien stress/usage du tabac avec d'une part, le nombre de cigarettes fumées, la dépendance physique mesurée par le test de Fagerström, et d'autre part avec les antécédents de dépression, l'état « moral » mesuré par le test HAD lors de la première consultation ?

Nous avons analysé les dossiers de 66 patients tirés au sort parmi ceux venus en décembre 2009 et janvier 2010. Notre échantillon est composé de 36 femmes et 30 hommes (respectivement 54,5 et 45,5 %) avec une dépendance physique forte (le

test de Fagerström est en moyenne de 5,9 (+/- 2,7) pour l'ensemble de la population).

Le stress est perçu par l'ensemble des patients comme un motif important à fumer. Sur une échelle visuelle analogique de 10 points (0 pas important du tout, 10 très important), l'ensemble de notre échantillon juge importante la relation entre le stress et le fait de fumer à 7,4 (+/- 2,4). Les femmes pensent fumer à cause du stress de façon plus significative que les hommes ($p=0,048$).

Une corrélation statistique a été recherchée entre le stress perçu comme facteur favorisant le tabagisme et chacun des autres facteurs étudiés. Une régression logistique a été faite afin de quantifier la force de l'association de chaque variable avec le stress perçu. Plusieurs pistes explicatives se dégagent de ces calculs et sont discutées.

De nouvelles recherches seront utiles afin de mieux comprendre ces liens et d'affiner les stratégies de prise en charge du stress chez nos patients fumeurs.

JEUDI 4 NOVEMBRE | APRÈS-MIDI

SP04. Session commune Société française de tabacologie et Société française de cardiologie

SP04a. État des connaissances et prise en charge du tabagisme par les cardiologues

V. Aboyan, CHU Dupuytren, Limoges

Parmi les facteurs de risque cardio-vasculaires (CV) modifiables, le tabagisme contribue lourdement à l'épidémie des maladies CV dans le monde. De toutes les actions préventives, l'arrêt de tabac est la plus performante, tant en prévention primaire que secondaire. Une intervention durant l'hospitalisation des patients CV est la stratégie la plus coût-efficace pour diminuer la mortalité.

Les données concernant l'investissement des cardiologues à réduire le tabagisme sont rares et alarmantes. Les enquêtes soulignent le faible niveau de connaissances concernant le sevrage tabagique et leur faible implication. Et même si beaucoup ne considèrent pas l'aide à l'arrêt du tabac comme partie intégrante de leur exercice, ils n'ont pas pour autant recours à des structures

spécialisées. En dehors d'un renforcement nécessaire de la formation initiale et post-universitaire des cardiologues, des études spécifiques sont nécessaires pour clarifier les barrières à une plus forte implication des cardiologues dans ce domaine.

SP04b. Spécificités du sevrage des patients coronariens en post-infarctus

O. Stchepinsky, Centre William Harvey. Saint-Martin-d'Aubigny

Le patient cardiaque fumeur a des particularités psychologiques différentes des autres fumeurs qu'il est nécessaire d'identifier et de prendre en charge : le déni fréquent, le risque anxio-dépressif élevé après l'accident coronarien et la décision d'un sevrage à un stade de maturation souvent inopérant sont les principaux facteurs expliquant les échecs du sevrage avec l'insuffisance de prescription des substituts nicotiques et sa mauvaise observance.

1) Le patient cardiaque fumeur n'a pas suivi le parcours de maturation ; il se retrouve le plus souvent à devoir interrompre son tabagisme en pleine phase de consonance. Le travail avec le

tabacologue en individuel et en groupe permettra au fumeur d'intégrer le changement et de se l'approprier.

- 2) La prise en charge du tabagisme est difficile chez le coronarien en déni qui refuse d'admettre sa pathologie et donc de remettre en cause son mode de vie. Il est nécessaire initialement de respecter le déni en phase aiguë, puis secondairement, les entretiens répétés permettront de lever progressivement ce déni en instaurant un climat de confiance et en obtenant du patient une prise de conscience de la réalité de la maladie.
- 3) Le risque anxio-dépressif : e coronarien en sevrage tabagique est un patient à haut risque de décompensation anxio-dépressive. Un dépistage du risque anxio-dépressif est indispensable. La classe des IRS apporte le meilleur bénéfice sur l'état thymique et les paramètres CV.
- 4) Le traitement substitutif nicotinique doit faire partie intégrante de l'ordonnance du coronarien fumeur. L'innocuité totale des substituts nicotiques est confirmée par l'Afssaps depuis mai 2003.

SP04c. Impact de l'interdiction de fumer dans les lieux publics : résultats de l'étude EVINCOR-PMSI (Évaluation de l'impact de l'interdiction de fumer sur les syndromes CORonaires aigus)

D. Thomas¹, F. Séguret², M. Tremblay², I. Carrière³, S. Escolano⁴, J.Ph. Empana⁴, J.P. Cambou⁵

¹Institut de cardiologie, Paris ²Unité des bases nationales d'activité hospitalière, Département d'information médicale, CHU Lapeyronnie, Montpellier ³INSERM U888, Montpellier ⁴INSERM U970, Paris ⁵jean-pierre.cambou@orange.fr

Objectif. Évaluer l'évolution des hospitalisations pour syndrome coronaire aigu (SCA) après les dates d'application du décret d'interdiction de fumer dans les lieux publics en France.

Méthode. Analyse des admissions pour SCA de 2003 à 2009 à partir des bases nationales PMSI des séjours pour infarctus ou angor instable avec recherche de l'impact de chaque phase d'application du décret.

Résultats. Il existe une diminution régulière des hospitalisations pour SCA sur toute la période avec une tendance linéaire significative ($p < 0.01$), mais qui n'est pas plus marquée après février 2007 et janvier 2008. Pour chaque période analysée après le 1^{er} février 2007, le risque relatif (ratio du taux d'admissions standardisé dans la période analysée/taux d'admissions standardisé avant février 2007), étudié par régression de Poisson, est non significatif.

Discussion. Cette étude ne permet pas de mettre en évidence un effet spécifique de l'application du décret sur les hospitalisations pour SCA. Ce résultat, différent de ceux retrouvés dans d'autres pays (États-Unis, Italie, Écosse), pourrait être expliqué essentiellement par un niveau moindre d'exposition au tabagisme passif de la population avant l'application du décret, en raison de l'application de la loi Évin en vigueur depuis une quinzaine d'années. Cette absence apparente d'effet du décret est à rapprocher des observations faites dans d'autres pays où l'effet est atténué ou non visible dans les zones où des mesures antérieures d'interdiction avaient déjà été appliquées. Ce résultat ne retire rien à l'intérêt global de cette mesure législative qui représente une avancée considérable dans le domaine de la santé publique.

SP05. IMAO : un bon sideman ?

SP05a. IMAOs et imagerie cérébrale

C. Leroy^{1,2}, C. Trichard^{1,3}

¹INSERM-CEA U1000, Institut d'imagerie biomédicale, SHFJ, Orsay ²CEA, I2BM, SHFJ, Orsay ³Centre hospitalier, Orsay

Certains effets cliniques du tabagisme pourraient être dus à des substances inhibitrices de l'activité des monoamines oxydases (MAO-A et MAO-B) contenues dans la fumée de tabac. Les données in vivo sur les effets du tabac sur les MAOs cérébrales chez l'homme restent cependant rares, essentiellement par faute de radiotraceurs facilement utilisables.

Une inhibition des MAO-B cérébrales de l'ordre de – 40 % dans un groupe de fumeurs chroniques (Fowler et al, 1996) a été rapportée. Cette diminution apparaît liée à la consommation chronique de tabac puisqu'une simple cigarette chez des sujets non fumeurs ne suffit pas à la produire (Fowler et al, 1999) et qu'elle disparaît

chez des anciens fumeurs (Fowler et al, 1996). Une inhibition d'un niveau presque comparable (en moyenne -28 %) a été observée pour la MAO-A dans toutes les régions cérébrales étudiées (Fowler et al, 1996). Cet effet a été récemment confirmé par notre équipe à Orsay avec un autre radioligand (Leroy et al, 2009) avec une diminution de la disponibilité des MAO-A de l'ordre de -60 % dans les régions corticales et de -40 % dans les régions sous-corticales.

Ainsi, le tabac pourrait modifier les fonctions monoaminergiques des fumeurs par au moins deux mécanismes distincts : l'augmentation de la libération de dopamine, mécanisme commun à l'ensemble des substances addictives, mais aussi par un effet direct d'inhibition des MAOs qui pourrait renforcer les propriétés addictives de la nicotine. L'inhibition des MAO-A par le tabac pourrait également être impliquée dans les liens entre le tabagisme et la dépression.

SP05b. Dérégulation du gène de la MAO : un effet épigénétique du tabac

F. Rendu^{1,3}, K. Peoc'h², M. Del Pino¹, G. Chironi¹, A. Simon¹, J.M. Launay²

¹UMR 7131, CNRS, Université Paris 6 ²Service de biochimie et biologie moléculaire, Hôpital Lariboisière, Paris ³Adresse actuelle : UMRS 956 Inserm, Faculté de médecine La Pitié-Salpêtrière, UPMC, Paris

Les plaquettes circulantes stockent dans leurs granules la sérotonine (5-hydroxytryptamine 5-HT), évitant qu'elle ne provoque des vasoconstrictions locales. La 5-HT libérée des plaquettes activées des fumeurs pourrait être à l'origine des désordres vasculaires observés chez les fumeurs.

Nous avons étudié 115 hommes sans antécédent de maladie cardio-vasculaire ni diabète, répartis en fumeurs (F), anciens fumeurs (AF) qui avaient en moyenne arrêté de fumer depuis 13 ans et non-fumeurs (NF). Les moyennes d'âge, BMI, tension et statut lipidique étaient identiques dans les 3 groupes. 5-HT et monoamine oxydase (MAO) ont été mesurées dans des plaquettes, l'acide 5-hydroxyindolacétique (5-HIAA) – le catabolite majeur du système 5-HT/MAO – dans le plasma.

La séquence génomique du promoteur de gène de la MAO a été obtenue à partir des monocytes.

Contre toute attente, les taux de 5-HT plaquettaire et de 5-HIAA plasmatique étaient identiques chez les F et NF. En revanche, la 5-HT plaquettaire était significativement plus faible chez les AF avec parallèlement un taux plasmatique plus élevé de 5-HIAA. Ce résultat était inattendu puisque l'activité de la MAO est inhibée chez les F, mais s'explique par une plus grande quantité d'enzyme chez F et AF que chez NF. L'inhibition de la MAO du fumeur est compensée par une synthèse accrue, ce que nous avons confirmé par une diminution significative de la méthylation du promoteur de son gène chez F et AF, puisque la méthylation d'un gène est un moyen de réprimer sa transcription.

C'est la première observation que le tabagisme modifie la transcription du gène de la MAO, effet qui perdure plus de dix ans après le sevrage. Ce résultat trouve son importance dans le fait qu'une méthylation génique aberrante est l'authentification de cancérogénèse.

SP05c. Inhibition de la MAO chez la femme enceinte fumeuse et retentissement chez le nouveau-né

I. Berlin, GH La Pitié-Salpêtrière, Paris

Non communiqué

SP06 Session mémoires DIU

SP06a. L'évaluation de l'impact du tabagisme actif et passif sur les premières tentatives de FIV et d'ICSI avec eSET entre septembre 2005 et avril 2010 au CHU de Dijon (DIU universités Clermont-Ferrand/Dijon/Grenoble/Lyon/Saint-Étienne)

I. Honor Hance, CHU, Dijon

Les centres d'aide médicale à la procréation sont de plus en plus confrontés à un double problème de santé publique qui est l'augmentation du tabagisme des jeunes femmes et le risque de grossesses multiples.

Or, le tabac et les grossesses multiples sont responsables de pathologies similaires chez la femme enceinte, notamment cardio-vasculaires.

Méthode. Dans un centre de fécondation in vitro ayant une population jeune et homogène nous avons retrospectivement comparé les résultats des fécondations in vitro (avec ou sans microinjection) en fonction du statut tabagique des patientes ayant pu bénéficier d'un eSET.

Résultats. Il n'y a pas de différence significative sur le nombre de naissances en fonction de la technique employée, le nombre d'ovocytes, d'embryons et d'embryons congelés obtenus. La maturité ovocytaire, les taux de fécondation et l'épaisseur de l'endomètre sont comparables.

En revanche, les patientes fumeuses étaient significativement plus jeunes, signe peut-être d'une réserve ovarienne prématurément altérée.

Le fait de fumer au moins 10 cigarettes par jour diminue non seulement la probabilité d'obtenir une grossesse (27,7 % versus 50 %) ($p=0,017$), mais augmente également les risques de fausses-couches (40 % versus 8 %) ($p=0,014$).

Conclusion. Dans notre étude, le tabagisme d'au moins 10 cigarettes est apparu comme le facteur indépendant responsable de l'absence de grossesse. Il paraît donc de plus en plus urgent d'intégrer une consultation de tabacologie à la prise en charge des patientes consultant pour infertilité de façon à optimiser les résultats des fécondations in vitro, à prévenir les complications des grossesses issues de ces techniques et non d'augmenter le nombre d'embryons transférés comme le préconisent certains auteurs.

SP06b. Moyens et atouts des pharmacies Giropharm dans le sevrage tabagique et lien avec la Loi HPST. L'évolution à apporter (DIU interrégion ouest)

V. Loubrieu, Angers

La Journée mondiale sans tabac du 31 mai 2005 a amené le groupement de Pharmaciens Giropharm à conclure un partenariat avec le RHST pour développer un conseil pharmaceutique expert en matière de sevrage tabagique.

Nous avons analysé le résultat du partenariat sur la pratique en tabacologie du pharmacien Giropharm et son lien avec le rôle du pharmacien défini dans la loi HPST. Nous avons étudié le type de fumeur qui se présente à l'officine en vue d'un arrêt du tabac.

Méthodologie. La base de données étudiée a été élaborée à partir du recueil de 238 dossiers « entretien pharmacien » et de 72 questionnaires « pharmacien Giropharm ».

Elle a été informatisée à l'aide du logiciel Épidata.

Résultats. La pharmacie Giropharm est majoritairement urbaine, d'une équipe de 6 membres, pratiquant des prix bas sur les substituts nicotiques, ayant un membre référent en tabacologie et ayant très majoritairement (83,3 %) suivi la formation RHST.

Les fumeurs s'adressant dans les officines Giropharm sont majoritairement des femmes (55,3 %), d'une moyenne d'âge de 37,7 ans, présentant une dépendance nicotinique de 4,76 au score de Fagerström, motivés (QMAT=16,02) et se présentant très majoritairement pour le premier ou deuxième arrêt (72 %).

Conclusion. Cette étude met en évidence la mission de prévention qui est donnée au pharmacien dans le cadre de la loi HPST. Le groupement Giropharm a anticipé cette loi. Le pharmacien joue un rôle pivot dans le processus d'arrêt du tabac puisque 42 % des fumeurs qu'il reçoit, en vue d'un sevrage tabagique, appartiennent à la tranche d'âge 15-34 ans. Il y a une grande complémentarité avec les consultations spécialisées de tabacologie où cette tranche d'âge est sous représentée.

Un référent tabac formé dans l'équipe officinale renforce la prise en charge et les suivis des fumeurs.

L'axe de formation des équipes officinales doit se développer autour du fumeur en quête d'un premier ou d'un second arrêt car le pharmacien a un rôle primordial dans la phase de maturation décrite dans le cycle de Prochaska. Il est un professionnel de santé facilement accessible par sa proximité.

SP06c

Non communiqué

SP06d

Non communiqué

SP06e

Non communiqué

P10. Neurobiologie des addictions appliquée à la dépendance au tabac

P10a. La dépendance en héritage

S. Kelai, C. Boni, N. Ramoz, P. Gorwood, I. Berlin

Inserm, Paris

Le tabagisme est responsable de la grande majorité des cancers et provoque la mort de 6 000 personnes en France. Il constitue la première cause de mortalité évitable. Malgré la diversité des moyens thérapeutiques : traitements substitutifs nicotinique (TSN), bupropion (antidépresseur atypique) et plus récemment l'agoniste partiel des récepteurs nicotiques de l'acétylcholine (nAChR) $\alpha 4\beta 2$, la varénicline (Champix®) et des interventions non-pharmacologiques diverses, l'abstinence au tabac à long terme reste difficile à atteindre, en particulier pour des fumeurs fortement dépendants.

Il a été clairement démontré qu'il existait une vulnérabilité au développement des addictions ; de fait, tous les consommateurs ne deviennent pas dépendants. Les études recherchant les facteurs de prédisposition individuelle ont mis en avant le poids des facteurs génétiques (ou héritabilité) qui sont estimés à 50 %. Les études de vulnérabilité génétique à la dépendance au tabac sont nombreuses et mettent en avant le rôle des gènes du métabolisme de la nicotine, des gènes des récepteurs cérébraux de la nicotine (nAChR) mais aussi des gènes de différents systèmes de neurotransmission impliqués dans les mécanismes de récompense (dopamine et sérotonine).

D'autre part, ces études ont analysé l'implication de ces gènes avec de nombreux traits liés à la dépendance au tabac : âge de début, nombre de cigarettes consommées par jour, dépendance à la nicotine (mesurée à l'aide de questionnaires comme celui de Fagerström), symptômes de sevrage à l'arrêt, heure de la première cigarette ou encore le *craving* (envie irrésistible d'une substance).

P10b. Gateway : mythe ou réalité ?

X. Quantin, CHU, Montpellier

Non communiqué

P10c. Approche évolutionniste de la dépendance au tabac

H.J. Aubin, Paul Brousse, Villejuif

Le renforcement procuré par les drogues psychoactives peut aboutir à la répétition de leur consommation malgré un rapport bénéfice/risque de plus en plus défavorable. Ce renforcement répond à des systèmes motivationnels ayant évolué sous la pression de la sélection naturelle. Les conduites addictives se développent à partir d'une stimulation inadaptée de systèmes sélectionnés pour favoriser les comportements à forte valeur adaptative : recherche de nourriture, de partenaires sexuels, de relations sociales positives favorisant la coopération, et attachement au nouveau-né. Les neurosciences permettent de distinguer trois composantes du renforcement : le *liking*, à fort impact hédonique, signale la valeur adaptative du comportement ; le *wanting*, lui donne de la saillance, et motive à produire le comportement ; le *learning* permet l'apprentissage des associations entre les situations et la réponse. Les drogues psychoactives piratent ces systèmes renforçateurs, sans bénéfice en termes d'aptitude pour la survie ou la reproduction.

La théorie de l'histoire de vie impose une hiérarchisation de la valeur des stimuli en fonction de l'état interne de l'organisme et de l'environnement : il faut faire des choix dans les investissements pour la survie, la croissance, la reproduction à court terme ou la reproduction différée. Cette théorie permet d'expliquer les différences de prévalence du tabagisme observées en fonction de l'âge, du sexe et de la situation sociale : typiquement, les hommes jeunes non mariés ont des comportements à risque, alors que les hommes plus âgés et les femmes dédient leurs ressources à la reproduction et à l'éducation des enfants. Un environnement précaire induit une absence d'investissement dans des gains futurs hypothétiques et une prise de risque.

SP07 Session infirmières

SP07a. Le sevrage en hospitalisation programmée

B. Faure, Centre hospitalier, Agen

Le tabagisme est la première cause de mortalité évitable en France. La prise en charge des patients pour un sevrage tabagique n'est pas aisée de part la complexité de la dépendance entraînée par le tabac, mais également du fait que chaque individu ressent et vit de façon unique sa dépendance.

Au Centre hospitalier général (CHG) d'Agen, l'UCT expérimente le sevrage en hospitalisation, en plus

du sevrage en ambulatoire. Une étude descriptive rétrospective de ces deux types de prise en charge a fait l'objet d'une thèse. Le but de cette étude était de décrire ces deux types de prise en charge, d'évaluer les taux de réussite de sevrage à 6 mois et à 1 an dans les deux types de population, et d'essayer de dégager les facteurs influençant la réussite du sevrage dans chacun des deux types de prise en charge.

Ainsi, pour les patients ayant initié leur sevrage tabagique en hospitalisation, 60,7 % des patients sont sevrés à 6 mois, 42,5 % le sont à 1 an. 81 % des patients qui avaient arrêté de fumer à 6 mois n'ont pas repris à 1 an. Pour ceux ayant initié leur sevrage tabagique en consultation externe, 36,3 % sont sevrés à 6 mois, 32,6 % le sont à 1 an. 65,9 % des patients qui avaient arrêté de fumer à 6 mois n'ont pas repris à 1 an.

Comment se déroule un sevrage en hospitalisation ? Sur quels critères de recrutement se fait le choix de l'hospitalisation ? Les pourcentages de réussite sont intéressants, mais que ce soit dans le cadre de l'hospitalisation ou celui de la consultation externe, le principal facteur associé de façon significative à la réussite du sevrage tabagique est le nombre de suivis des patients assurés par l'équipe de tabacologie et principalement par les IDE tabacologues : un suivi régulier de qualité optimise les chances de succès.

SP07b. Prise en charge du tabagisme péri opératoire: bilan et perspectives

M.J. Lizée, Lyon

Depuis la Conférence d'experts sur le tabagisme péri-opératoire de septembre 2005 promue par l'OFT, la SFAR et la SFC, les unités de coordination de tabacologie des établissements hospitaliers ont pour mission de prendre en charge les futurs opérés dans l'esprit des recommandations de cette conférence.

Pour faire une évaluation de cette action, une enquête a été entreprise auprès de 212 ex-patients opérés en 2009 et auprès de 194 infirmières et de 46 anesthésistes ou chirurgiens de la clinique. Les réponses aux trois questionnaires distincts ont permis de confronter les expériences et ressentis de ces trois populations.

Nous discuterons ainsi des convergences et divergences des réponses qui confirment, par rapport aux enquêtes précédentes, la mise en route de la prise en charge du tabagisme

périopératoire. Les résultats mettent également en exergue la nécessité de poursuivre les efforts de mobilisation en amont de l'hospitalisation. En effet, la prise en charge tabagique préopératoire repose essentiellement sur les chirurgiens et anesthésistes. Si la question du tabagisme est posée aux patients la plupart du temps, 60 % des médecins ne proposent pas d'aide concrète pour réaliser un sevrage tabagique.

Nous évaluerons cette même prise en charge pendant la période périopératoire révélant que si la plupart des patients n'ont pas cessé de fumer à l'entrée à la clinique, des explications sur les risques du tabagisme périopératoire entraînent une abstinence chez presque tous les malades pendant l'hospitalisation.

Nous donnerons également un bilan du statut tabagique des patients qui démontre sans ambiguïté le bénéfice de l'hospitalisation avec prise en charge tabagique, sur le sevrage à long terme.

SP07c. L'éducation thérapeutique (ETP) au service de la tabacologie

C. Phomsouvandara, Polyclinique Saint-Laurent, Rennes, C. Valles, Centre hospitalier, Cahors

À l'heure où les maladies chroniques progressent considérablement, les besoins en soin augmentent. Le tabac est un facteur de risque majeur pour beaucoup de ces maladies. La prévention, la prise en charge précoce et adaptée permettent de diminuer la mortalité évitable. Le Plan national d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011) fait obligation de développer une stratégie de développement de l'ETP. Ce défi requiert de nouvelles réponses qui sont au cœur de l'exercice infirmier.

L'OMS définit l'ETP comme un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. Elle associe des actions de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, les traitements, les soins. Elle est gérée par une équipe pluridisciplinaire.

Les objectifs : aider le patient et l'entourage à comprendre sa maladie, son traitement, obtenir une meilleure coopération, acquérir et maintenir les compétences de soin, maintenir ou améliorer la qualité de vie.

Les enjeux : diminuer les coûts de santé.

En tabacologie, nous pratiquons l'ETP, sans la nommer ainsi, et pourtant... C'est en la pratiquant chez le patient BPCO que nous avons mis en évidence toute sa place chez le fumeur. Au delà de l'accompagnement, de l'information, de l'écoute empathique, nous souhaitons construire avec le fumeur un nouveau projet de vie. Après une « lecture du fumeur », il s'agit de déterminer des objectifs et des moyens, de définir un contrat éducatif et d'en évaluer le résultat. L'enjeu est d'amener le fumeur à devenir acteur de sa prise en charge, à passer d'un état de dépendance à une attitude « responsable ».

SY1. Symposium Pfizer. Fumeurs avec et sans comorbidité : quelles stratégies adopter ?

SY1a. Comment traiter un fumeur sans comorbidité ?

A. Borgne, Hôpital Jean Verdier, Bondy

SY1b. Comment traiter les fumeurs avec comorbidités ?

G. Peiffer, Hôpital Bon Secours, Metz

SY1c. En pratique, quelle conduite à tenir ?

B. Dautzenberg, GH La Pitié-Salpêtrière, Paris

SY2. Symposium Atelier Pierre Fabre. Fumeurs difficiles et troubles du comportement alimentaire : profil et prise en charge

SY2a. Sevrage tabagique des fumeurs difficiles. Prise en charge du syndrome de sevrage et du craving

J. Perriot, Clermont-Ferrand

SY2b. Tabagisme et troubles du comportement alimentaire. Optimisation du sevrage tabagique

A. Schmitt, Clermont-Ferrand

SY3. Symposium Atelier McNeil. Le sevrage sur mesure : l'adaptation des doses

SY3a. Le sevrage sur mesure : l'adaptation des doses

J. Le Houezec, Paris, M. Adler, Hôpital Antoine Bécclère, Clamart

P20. Actualités thérapeutiques

P20a. Étude Adonis (Adjustment of DOses of Nicotine in Smoking Cessation) de la titration nicotinique

I. Berlin, GH La Pitié-Salpêtrière, Paris

Non communiqué

P20b. Tabac Info Service, présentation de la quit-line française

L. Chareyre, INPES, Paris, O. Smadja, INPES, Paris

Non communiqué

P20c. Les recommandations françaises pour l'aide à l'arrêt du tabac : similitudes et différences par rapport aux recommandations internationales

D. Thomas, GH La Pitié-Salpêtrière, Paris

Non communiqué

SP08. Le médecin face au fumeur : renforcer la motivation et laisser choisir ou traiter d'emblée tous les fumeurs ?

SP08a. Renforcer la motivation et... laisser choisir !

D. Touzeau, Paris

Les « autoroutes médicales, balisées de protocoles » se focalisent sur la correction des dysfonctionnements (ici le tabagisme) alors qu'une approche motivationnelle conduit le clinicien et le patient à s'intéresser aux routes secondaires tout en laissant le choix de la conduite au chauffeur (le fumeur)...

L'apport d'une médicalisation n'est pas ici discutable mais ce sont son appropriation et sa gestion autonome qui autorisent la personne à nommer ses difficultés voir ses souffrances. La variabilité des situations et des contextes incite à faire la part de ce qui médical et de ce qui est psychosocial et à valoriser les stratégies mise en œuvre par la personne pour gérer sa dépendance. Autrement dit, les modes d'entrée mais aussi les modes de sortie sont extrêmement variés. Pour éviter les chemins parallèles, il nous paraît donc souhaitable de privilégier la liberté de parole et les attitudes ouvertes.

SP08b. Traiter d'emblée tous les fumeurs

B. Dautzenberg, GH La Pitié-Salpêtrière, Paris

Autant le tabagisme non quotidien peut être considéré comme un comportement, autant tout fumeur quotidien qui fume dans l'heure du lever a une maladie : la dépendance tabagique.

La dépendance tabagique est une maladie chronique grave récidivante, une maladie qui, comme toute maladie chronique récidivante, justifie une prise en charge médicale, quelles que soient les comorbidités, quelle que soit la motivation du patient à se traiter.

Cette affirmation n'exclut pas que la cause initiale de cette dépendance tabagique soit comme pour beaucoup de maladies comportementales liée à la société : le sida est souvent contracté par un comportement, mais, une fois installé, il s'agit bien d'une maladie chronique ; le mésothéliome est contracté par une exposition à l'amianté en l'absence de protection adéquate, mais c'est bien une maladie ; le cancer du poumon est dans l'immense majorité des cas lié à un comportement individuel ou collectif (expositions professionnelles et tabagisme), c'est pourtant bien une maladie chronique.

Quel médecin ne va pas d'emblée prendre en charge un patient atteint de cancer du poumon, de mésothéliome, de sida ou d'une autre maladie chronique grave ? La réponse devrait être « aucun », mais dans le cas de la dépendance tabagique c'est la majorité ! Pour trop de médecins et de soignants, fumer sa première cigarette avant son café du matin n'est pas une maladie mais est un comportement. Les travaux récents montrant les modifications cérébrales en imagerie n'y ont pas changé grand chose. Ainsi la première cause de mort prématurée (la dépendance tabagique) n'est qu'inconstamment prise en charge par le système de santé comme il devrait l'être.

Ouvrir en préambule de la consultation un discours sur la motivation détériore la prise en charge de la maladie chronique, ouvrant d'emblée la possibilité de ne pas traiter la maladie. Ce discours sur la motivation ne doit survenir qu'en deuxième intention, comme un moyen d'améliorer la prise en charge du professionnel de santé.

Conclusion : tout fumeur dépendant doit être pris en charge sans délais par les professionnels de santé qu'il consulte ou auxquels il est référé. Cette

prise en charge inclut une éducation thérapeutique et souvent les médicaments d'aide à l'arrêt afin d'obtenir immédiatement ou après une phase de réduction une rémission du tabagisme. L'absence de motivation complique la prise en charge de la dépendance tabagique comme de toute maladie chronique, mais n'est pas un obstacle à la prise en charge de tout fumeur.

SP09. Session sages-femmes

SP09a. Étude de prévalence des conduites addictives chez la femme enceinte dans trois maternités de Nantes (tabac, alcool, cannabis, TCA)

S. Chaplot, Clinique Jules Verne, Nantes, A. Chassevent-Pajot, Maternité du CHU, Nantes

Méthodes. Une enquête épidémiologique de prévalence sur les conduites addictives a été menée à la maternité du CHU de Nantes en 2008 auprès de 300 femmes en post-partum immédiat. La prévalence des consommations de substances psychoactives était évaluée par les consommations déclarées de substances licites et illicites et à partir des questionnaires de Fagerström, AUDIT et CAST. Le diagnostic de troubles du comportement alimentaire (TCA) était posé à partir des critères du DSM IV de l'anorexie mentale et de la boulimie nerveuse.

Résultats. En début de grossesse, 34 % des femmes consommaient du tabac, 63 % de l'alcool et 8 % du cannabis. Parmi les femmes interrogées, 0,7 % présentaient les critères diagnostiques d'anorexie mentale, 2,3 % de boulimie nerveuse et 9 % de TCA non spécifié autrement.

Au-delà du premier trimestre, 22 % des femmes ont déclaré avoir consommé du tabac, 20 % de l'alcool et 3 % du cannabis. Les polyconsommations pendant la grossesse concernaient 6,3 % des femmes, et 38 % ont consommé au moins une substance psychoactive au delà du premier trimestre.

Conclusion. L'importance de la prévalence des conduites addictives pendant la grossesse doit inciter les professionnels de la périnatalité à mettre en place des stratégies de repérage systématique de ces problématiques : tabac, alcool, cannabis et troubles du comportement alimentaires en particulier.

SP09b. Cotinine et grossesse, résultats de deux ans d'expérience à la maternité de Pau

C. Meier, Centre hospitalier, Pau, S. Joussein-Remacle, Centre hospitalier, Pau

L'objectif de l'étude est double : mesurer l'impact de la nicotine sur l'accouchement et le nouveau-né et évaluer l'efficacité des traitements nicotiques substitutifs (TNS) auprès des femmes enceintes venues consulter en tabacologie. Les doses de TNS sont fonction de l'examen clinique. 226 consultations d'inclusion, 564 de suivi et 163 à l'accouchement sont réalisées. En moyenne, les patientes fument 19,67 cigarettes/jour, le test de Fagerström est supérieur à 6, l'anxiété du test HAD à 8, le CO est à 14,76 et totalisent de 0 à 9 tentatives d'arrêt. 70,7 % souhaitent uniquement une réduction. Le nombre de cigarettes chute à 11,17 lors des suivis et à 6,22 à l'accouchement, le taux de CO descend à 8,28 puis à 6,58. La cotinine à l'inclusion croît avec la grossesse et décroît au 9^e mois ($p=0,02$). Une corrélation significative est retrouvée entre le nombre de cigarettes et la cotinine lors des suivis ($r=0,824$, $n=90$, $p<0,05$) : cotinine en ng/mg de créatinine = $465,56 \times$ nombre de cigarettes/jour + 189,23. Les taux de cotinine sont plus élevés chez les patientes substituées versus non traitées ($p=0,02$). Un taux élevé de cotinine a un impact négatif sur la taille du bébé ($p=0,05$). 79,5 % des femmes ont utilisé des TNS. Le schéma classique de traitement n'est presque jamais respecté et des femmes sont traitées presque toute la grossesse. Le fait de fumer sans TNS réduit le risque d'extraction par voie basse ($p=0,02$) mais le nombre de césariennes est plus élevé (non significatif). Seul le sevrage, avec ou sans TNS, a des répercussions positives sur le poids ($p=0,01$) et la taille ($p=0,02$). Les TNS sont efficaces sur les sevrages constatés à l'accouchement ($p=0,02$).

SP09c. Prise en charge du tabagisme des femmes enceintes en situation de précarité

C. Labroye-Signoret, Conseil général 92, Bagneux

Le tabagisme touche de plus en plus les femmes en situation de précarité. Elles se retrouvent dans un cercle vicieux car le coût du tabac pèse de plus en plus sur leur budget.

L'aide au sevrage tabagique des femmes enceintes en situation de précarité est un enjeu majeur de

Santé Publique. Leurs enfants sont directement touchés par leur tabagisme (intoxication chronique du fœtus au monoxyde de carbone, tabagisme passif de l'enfant, d'autant plus important que le logement est exigu) et indirectement (31 % du revenu des familles les plus démunies sont consacrés à l'achat de cigarettes en 2005) autant d'argent qui ne sera pas consacré à l'alimentation, à l'éducation ou aux dépenses de santé.

Toute la difficulté pour la sage-femme réside dans le fait que l'on n'aborde pas le tabagisme d'une femme en situation de précarité comme on l'aborderait avec une femme qui ne vit pas cette situation. Il n'est pas question de stigmatiser ces patientes mais bien de les aider efficacement en se penchant sur la complexité de la notion de précarité, de la définir et ainsi d'élaborer des stratégies de prises en charge spécialement adaptées à cette population vulnérable.

SP10. Communications orales 2. Le tabac, du collègue au lieu de travail

SP10a. Arrêt du tabac chez les consommateurs de cannabis

I. Jacot-Sadowski, Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne (Suisse), J. Cornuz, Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne (Suisse)

Introduction. L'arrêt de la cigarette chez les fumeurs consommant du cannabis soulève la question du lien entre ces deux produits et l'indication à un sevrage simultané. En poursuivant la consommation de joints, l'habitude de fumer est maintenue avec généralement un apport en nicotine en raison de l'utilisation de tabac pour la confection des joints. En outre, les risques liés à l'exposition à la fumée sont toujours présents. L'objectif de notre travail est d'améliorer la prise en charge des doubles consommateurs.

Méthode. Nous avons effectué une recherche de la littérature, interrogé différents professionnels de la santé et réuni quelques consommateurs de cannabis souhaitant arrêter de fumer la cigarette pour une évaluation de type « focus group ».

Résultat. La consommation conjointe de cannabis semble diminuer les chances de réussite de sevrage au tabac. Les méfaits du cannabis sont souvent sous-estimés et un phénomène de compensation avec une augmentation de la consommation de joints lors de l'arrêt du tabac est

parfois rapporté. Nous avons publié une brochure d'information à l'intention des fumeurs pour les sensibiliser au rôle du cannabis lors du sevrage au tabac.

Conclusion. La consommation de cannabis est un facteur à prendre en considération lors du sevrage au tabac. Le sevrage simultané du tabac et du cannabis est la démarche à recommander en termes de bénéfices pour la santé. Nous conseillons une approche globale avec une évaluation de la motivation à l'arrêt des deux produits et une sensibilisation au lien entre ces deux produits.

SP10b. Arrêt du tabac en entreprise : une nouvelle approche

A. Delrieu¹, M. Osman¹, J. Osman¹, L. Terrasse¹, M. Zaleski-Zamenhof¹, B. Dautzenberg¹

¹Office français de prévention du tabagisme (OFT), Paris

Utilisée pour les maladies chroniques, l'éducation thérapeutique (ET) est peu exploitée pour l'aide à l'arrêt du tabac au travail.

Dans une entreprise de 600 salariés, la direction souhaite apporter une aide aux fumeurs avant d'interdire totalement le tabac dans l'enceinte de l'usine. En accord avec la médecine du travail et la DRH, l'accent sera mis sur l'apprentissage à l'arrêt et non sur la motivation.

Enjeu. Permettre au fumeur d'acquérir des connaissances, de faire un bilan de son tabagisme pour entreprendre éventuellement un travail d'arrêt immédiat ou différé.

Méthodes. Une sensibilisation collective pendant les heures de travail permet de faire une démonstration de mesure du CO sur deux non-fumeurs et deux fumeurs, puis l'exposé est centré sur les dépendances et les traitements validés. Un entretien individuel d'ET est proposé à tous les fumeurs sans prise en compte du niveau de motivation à l'arrêt.

Résultats. Sur 600 salariés, 180 sont fumeurs (30 %). 130 sont venus à la sensibilisation (72 %). Les 130 ont sollicité une mesure de CO en fin de séance (100 %). 120 se sont inscrits à l'entretien thérapeutique (92 %).

Ces ET sur le tabac et l'arrêt ont été menées par quatre tabacologues de l'OFT. À leur issue, il était

proposé aux fumeurs un suivi de 6 consultations pour arrêter. 110 fumeurs se sont inscrits (92 %), 98 immédiatement, 12 ultérieurement.

Conclusion. Proposer aux fumeurs de suivre une sensibilisation et une ET pour arrêter de fumer est une démarche positive à recommander car à son issue, 61 % des fumeurs de l'entreprise sont en démarche d'arrêt, alors qu'en se basant sur motivation et volontariat, le taux de participation habituel des fumeurs en entreprise est de 10 à 20 %.

SP10c. Tabagisme chez les jeunes travailleurs de vingt ans et moins

P. Brognon, Adhesia, Mons (Belgique)

Nous avons exploité les données informatiques relatives aux habitudes tabagiques d'une banque de données (N=144495) d'un service de médecine du travail inter-entreprise en Belgique et spécifiquement les jeunes de 20 ans et moins (N=2780, [15-20 ans]) pour la période 2009-2010.

Nous observons 39,05 % de fumeurs réguliers sur l'ensemble de l'échantillon composé de 31,3 % de femmes. Ces fumeurs consomment une moyenne de 11,9 cigarettes quotidiennes (écart-type 7,03). Ils ont ce statut depuis 2,64 années.

Les jeunes hommes sont plus fumeurs (44,08 % vs 29,34 %) et consomment plus de cigarettes (12,58 vs 9,84) que les jeunes femmes. Les provinces d'Anvers, du Hainaut, des Flandres orientales et occidentales connaissent un tabagisme régulier supérieur à 44 %. Concernant les fonctions occupées, nous constatons que les ouvriers du bâtiment et les magasiniers affichent des prévalences tabagiques de 49 %. Les fonctions les plus préservées de ces habitudes sont les employé(e)s administratif(ve)s, les puéricultrices, les étudiants stagiaires avec un taux oscillant entre 25 et 29 %.

Ces données semblent confirmer que le tabagisme des jeunes ouvriers reste important, spécialement dans les travaux lourds et peu qualifiés. On peut s'interroger sur la possible action de repères socio-culturels où la valeur de la santé et les moyens à mettre en œuvre sont soumis à une certaine inertie. Un travail de mobilisation de ces ressources doit être entamé et évalué.

SP10d. Projet pluriannuel de prévention du tabagisme au collège : « 100 % santé, 0 % fumée »

M.E. Huteau¹, C. Plassot², A. Arino¹, C. Gallice-Gaillard¹, S. Bricout¹, M. Bousquet³, N. Molinari², X. Quantin¹

¹CDMR34 www.cdmr34.com, Mireval ²IURC Biostatistiques, Montpellier ³Collège du Pic Saint-Loup, Saint-Clément-de-Rivière

Objectif. Mettre en place et évaluer un projet pilote de prévention du tabagisme en collège en favorisant une démarche communautaire.

Matériel et méthode. En 2006 nous sommes intervenus auprès de 600 élèves de 6^e de 5 collèges. Ces élèves ont bénéficié sur 4 ans consécutifs d'actions incluant la participation de l'équipe éducative. Une enquête par auto-questionnaire a permis d'évaluer l'impact. Les élèves de 6^e interrogés en 2006 (n=597 dont 46,67 % de garçons) ont été interrogés 4 ans après (n=552 dont 45,23% de garçons).

Résultats. Après 4 ans de programme, les connaissances des élèves sont améliorées ($p < 0,05$). Le pourcentage de fumeurs augmente (3,03 % en 6^e vs 35,96 % en 3^e) ainsi que le pourcentage d'élèves ayant arrêté (0,84 % vs 4,22 %) ($p < 0,05$). Parmi les fumeurs, en 6^e, 66,67 % disent avoir besoin d'une cigarette pour se sentir bien contre 33,87 % en 3^e ($p = 0,01934$). Le nombre de cigarettes/jour ne varie pas ($3,92 \pm 4,05$ vs $3,485 \pm 3,26$). Chez les fumeurs, l'expérimentation du cannabis augmente (40 % vs 61,80 %) ($p < 0,05$).

Parmi les 3^e suivis, les fumeurs sont plus âgés que les non-fumeurs ($14,22 \pm 0,52$ vs $14,09 \pm 0,50$) ($p < 0,05$). Ils ont plus souvent un membre de leur famille fumeur (73,68 % vs 50,30 %) ($p < 0,05$) et un niveau de connaissances plus faible ($p < 0,05$). Plus le taux d'exposition des élèves à des messages de prévention est élevé, plus le niveau de connaissances s'améliore ($p < 0,05$) et plus le nombre de cigarettes/jour diminue ($5,5$ vs $2,7$) ($p < 0,05$).

Discussion. Nous intervenons dans le cadre d'un projet innovant, avant l'âge d'initiation. L'implication de l'équipe éducative et des parents doit être renforcée, tout comme la mise en place de projets d'éducation par les pairs.

SP10e. Qui sont les jeunes fumeurs consultant pour sevrage tabagique en centre de tabacologie ?

P. Lemaire¹, J. Perriot¹, B. Joly¹, A. Croizet², A. Aublet Cuvelier³, A. Schmitt⁴, P. Legendre¹

¹Dispensaire Émile Roux Clermont-Ferrand ²CHG Riom ³CHU DIM ⁴CHU CMPB Clermont-Ferrand

Objectif. Identifier les caractéristiques des fumeurs âgés de moins de 25 ans et les résultats de leur sevrage tabagique en les comparant à ceux des fumeurs seniors (> 60 ans) et de la population générale des consultants d'un centre de tabacologie.

Population et méthode. Enquête rétrospective menée sur les 1 184 dossiers de consultants du Dispensaire Émile Roux (Clermont-Ferrand) entre le 1^{er} janvier 1999 et le 31 décembre 2006 (exhaustivité 84 %) : 40 patients d'âge < 25 ans (H : 19, F=21, SR : 0,9), 128 d'âge ≥ 60 (SR : 1,37), la population générale des consultants est constituée par l'ensemble des patients (SR : 0,87). Analyse statistique par logiciel SAS version 8. Seuil de significativité p < 0,001.

Résultats. Les différences significatives (fumeurs d'âge < 25 vs autres catégories) constatées sont : une consommation cumulée (5,2 PA), un score de FTND (6,4) des tentatives d'arrêts (nombre, durée), une fréquence de pathologies somatiques associées (26,1 %) moins élevés. La fréquence des épisodes dépressifs vie entière est identique à celle des seniors. Les niveaux de faible motivation à l'arrêt sont fréquents. Les effets secondaires de l'arrêt (prise de poids, troubles anxio-dépressifs) moins fréquents et marqués que dans les autres groupes. Les taux d'arrêt à 6 mois (40 %) et 12 mois (28,1 %) sont plus faibles que dans les deux groupes de comparaison.

Conclusion. Les fumeurs jeunes consultent peu en centre de tabacologie pour sevrage tabagique, moins dépendants et motivés à s'arrêter, le résultat de leur tentative est moins souvent marqué de succès que dans les autres groupes de fumeurs.

SP10f. Les aventures de Tintin, un moyen de prévention du tabagisme ?

P. Dupont, Paul Brousse, Villejuif

Non communiqué

SP11. Tabagisme et sociologie

SP11a. Tabac et religiosité

H.J. Aubin, Paul Brousse, Villejuif

Alors que la production scientifique sur la spiritualité et la religiosité dans les champs de la psychiatrie et de l'addictologie connaît un dynamisme notable aux USA depuis quelques années, elle est beaucoup plus modeste en Europe, notamment en France. Ce contraste renvoie aux différences culturelles profondes entre :

- les États-Unis, où l'athéisme/agnosticisme fait figure d'exception, et la religion a une place centrale dans une société organisée sur le mode communautaire ;
- et la France, où l'athéisme/agnosticisme est beaucoup plus banal, et la religion reléguée dans le champ de l'intime, dans une société affirmant sa laïcité.

Pour autant, les questions existentielles, le sens qu'on peut donner à sa propre existence, la représentation de la mort, la ritualisation d'activités permettant de renforcer l'affiliation à une coalition, sont autant de dimensions qui participent au bien-être individuel. C'est ce qu'a reconnu l'OMS quand elle a introduit la spiritualité comme une dimension essentielle de l'état de santé, en plus du bien-être physique, mental et social.

Cette communication vise à répondre aux deux questions suivantes :

- Comment comprendre que la religiosité paraît être un des facteurs les plus protecteurs de la dépendance à l'alcool et au tabac ?
- Peut-on considérer que l'investissement spirituel peut constituer un facteur de motivation au changement et de gestion du stress chez les personnes souffrant de conduites addictives ?

SP11b. Tabac et pauvreté

R.M. Rouquet, CHR Larrey, Toulouse

Comme le disait l'éditorialiste, R. Dobson, « Poor more likely to smoke and less likely to quit ». Dans les pays développés, la pauvreté ou précarité désigne les groupes à faible niveau socio-économique (NSE) et des groupes défavorisés

spécifiques. Les pauvres cumulent, en général, un faible niveau d'éducation, une basse position dans le marché du travail et de faibles revenus. Le tabagisme des pauvres est la première cause d'inégalités sanitaires en termes de morbidité et de mortalité notamment par cancer bronchique, maladies cardio-vasculaires et BPCO. Ce tabagisme se caractérise du fait de la précarité même, par un début précoce, une rapide et forte dépendance, un maintien à l'âge adulte. Le sevrage est plus difficile pour des raisons multiples : « vécu de la cigarette » différent, souci de l'immédiateté avec difficultés à se projeter dans le futur, troubles anxio-dépressifs et/ou psychiatriques associés, poly-addictions, mauvaise accessibilité aux structures de soins, messages sanitaires inadaptés, mesures classiques de lutte contre le tabac inefficaces.

Dans le tiers-monde, la pauvreté touche la grande majorité de la population. Les États sont confrontés à un dilemme : mettre en place une politique sanitaire devant l'épidémie de tabagisme galopante et le tabac qui représente une source majeure de revenus. Ils sont pour la plupart sous l'emprise des multinationales du tabac. Aux impacts sanitaires catastrophiques attendus se rajoutent des impacts économiques et écologiques majeurs.

Outre la lutte contre la pauvreté elle-même, celle contre le tabagisme des pauvres passe par la gratuité des traitements, des actions ciblées, une communication et des outils de lutte adaptés.

SP11c. Évaluation de la dépendance chez l'adolescent

M.E. Huteau, CDMR 34, Montpellier, A. Stoebner-Delbarre, Épidaure, Montpellier

Le tabagisme des adolescents est un problème de santé publique. Selon l'enquête Escapad 2008, à 17 ans, 34 % des jeunes pensent être dépendants. Évaluer le moment de survenue de leur dépendance et la quantifier sont des challenges qui devraient permettre la réalisation d'actions de prévention et d'aide à l'arrêt du tabac plus efficaces.

Jusque dans les années 1990, le modèle d'installation de la dépendance chez les jeunes est inspiré de l'expérience des adultes. Il propose une progression séquentielle en 5 étapes finissant par la dépendance après 2 à 3 ans de consommation régulière. Dans les années 2000, ce modèle est

remis en question. De nombreux auteurs ont montré, par exemple, que des états de manque peuvent apparaître rapidement même en cas de consommation épisodique. Mais la cinétique menant de la première bouffée à la dépendance est encore mal connue. De même, l'influence respective des facteurs génétiques, métaboliques et sociaux sur la dépendance reste indéterminée.

Plusieurs échelles ou questionnaires ont été élaborés (HONC, FTND et mFTQ, Prokhorov, Échelle de Necker...) afin de caractériser et/ou quantifier la dépendance des jeunes. Ces différents outils explorent des domaines variés (symptômes de manque, *craving*, consommation, perte d'autonomie, risque du sevrage...). Ils présentent des avantages mais aussi des limites d'utilisation auprès des jeunes qui seront détaillés. À notre connaissance, aucun n'a permis à ce jour de définir une méthode de sevrage efficace et validée.

D'autres travaux de recherches sont nécessaires pour mieux comprendre la cinétique de la dépendance chez les jeunes et modéliser l'utilisation pratique des échelles d'évaluation chez les adolescents.

SP12. Le tabacologue face au cannabis

SP12a. La fumée de cannabis et ses effets

B. Dautzenberg, GH La Pitié-Salpêtrière, Paris

La fumée de cannabis. En brûlant, toute substance organique libère des produits toxiques, particules fines, goudrons, monoxyde de carbone et des milliers de substances dont une soixantaine sont cancérigènes et plusieurs centaines toxiques pour l'homme. Le cannabis que l'on cultive soit même de façon bio est tout aussi toxique. Par rapport au tabac, le cannabis brûle moins bien, expliquant que la fumée du joint soit plus toxique que la fumée du tabac.

En roulant 300 joints d'herbe pure, de mélange de feuille de cannabis et de tabac et de mélange de résine de cannabis et de tabac, le Laboratoire national d'essais, travaillant sous commande de 60 Millions de consommateurs, avait montré que les feuilles de cannabis (« herbe ») pures ou associées au tabac libéraient 5,7 à 5,8 fois plus de goudrons que les cigarettes industrielles, et que la résine de cannabis mélangée au tabac en libérait 7,2 fois plus. Il en est de même du monoxyde de carbone (CO) qui est 5,8 à 6,4 fois plus libéré par un joint roulé à partir de feuilles de cannabis plus ou moins associé au tabac et 7,8 fois plus libéré par un joint

de résine de cannabis et tabac que d'une cigarette industrielle. Le benzène est 2 fois plus libéré par un joint de résine de cannabis+tabac que d'une cigarette. Les données sur le goudron et le CO conduisent à dire en prévention pour ce qui concerne la fumée que « *fumer un joint, c'est fumer 6 cigarettes* ».

Les effets de la fumée. Outre les effets du THC sur le cerveau et sur tout l'organisme, la fumée de cannabis, comme toute fumée inhalée, produit son effet maximum sur le système respiratoire où elle favorise BPCO et cancer mais a également un effet important sur le système cardio-vasculaire où elle favorise athérome et thrombose, que ce soit sur les artères cérébrales ou coronaires, sur la vessie et le système urinaire, sur le système reproductif de l'homme et de la femme en dehors de la grossesse et durant la grossesse.

Conclusion. La fumée du cannabis a les mêmes types d'effets toxiques que la fumée de cigarettes de tabac sur l'organisme, mais de nombreux composés toxiques sont en plus fortes concentrations dans la fumée de cannabis que dans la fumée de tabac. De plus, la fumée de cannabis est le plus souvent inhalée très profondément et le temps d'apnée survenant en fin d'inspiration augmente encore le dépôt des toxiques. Ainsi, à côté des effets neurologiques du THC, la fumée du cannabis est une fumée toxique comme une autre.

SP12b. Codépendance tabac-cannabis

X. Quantin, CHU, Montpellier, C. Froment-Teffene, CHU, Montpellier

La consommation conjointe de tabac et de cannabis est devenue une problématique quotidienne dans les consultations d'aide à l'arrêt du tabac (10 % des patients, données CDTnet).

La consommation conjointe de tabac et de cannabis a-t-elle des conséquences sur la dépendance et le déroulement du sevrage tabagique?

En 1975, Kandel a introduit la notion de « gateway » qui implique que la consommation d'un produit, en l'occurrence le cannabis, entraînait secondairement un phénomène d'escalade conduisant à la consommation de drogues dites dures. Le tabac tout comme le cannabis est un mode d'entrée dans la dépendance et les polyconsommations. Valjent et al (2002) ont démontré qu'il existait une

potentialisation des effets du cannabis par la prise de nicotine. Il est de plus démontré que l'inhibition des récepteurs au cannabis CB1 entraînait une inhibition de l'auto-administration de nicotine (Fernandez J 2004). Dans la pratique courante, la codépendance rend le sevrage plus difficile. Il est en effet d'observation courante que les patients interrompant le cannabis majorent leur consommation de cigarettes ou inversement, à l'arrêt de tabac, certains fumeurs augmentent leur consommation de cannabis, ce qui permet d'atténuer les symptômes de manque. Il est de fait démontré que la consommation de cannabis diminue la probabilité de devenir ex-fumeur (Ford D 2002).

Conclusion. Ces données montrent que la prise en charge de la codépendance tabac-cannabis est spécifique. Les co-consommations étant de plus en plus fréquentes, un effort de recherche doit être produit afin de proposer et d'évaluer des stratégies de prise en charge innovantes.

SP12c. Sevrage combiné tabac-cannabis

P. Nuss, Hôpital Saint-Antoine, Paris

Non communiqué

SP13. Communications orales 3. Le sevrage et les professionnels de santé

SP13a. Influence du statut tabagique des personnels sur leurs connaissances, opinions et attitudes selon l'enquête GH Pitié-Salpêtrière 2009

A. Diakhate¹, F. Bovet², V. Trosini-Désert³, C. Degennes⁴, C. Vu⁵, B. Dautzenberg³

¹Unité tabac GH La Pitié-Salpêtrière, Paris

²Direction communication GH La Pitié-Salpêtrière, Paris ³Service pneumologie et Unité tabac GH La Pitié-Salpêtrière, Paris ⁴Consultation médecine et Unité tabac GH La Pitié-Salpêtrière, Paris

⁵Médecine du travail GH La Pitié-Salpêtrière, Paris

Afin de savoir quel était le lien, 2 ans après l'interdiction, entre le tabagisme des soignants et leurs opinions, connaissances et attitudes envers les patients, une enquête par auto-questionnaire a été conduite un jour donné dans différents bâtiments du GHPS.

Résultats. Sur 1834 réponses exploitables :

- 487 émanent d'infirmiers, 225 de médecins, 1 131 d'autres personnels ;
- âge moyen: 32,9 ans ;
- on dénombre 45 % de non fumeurs (NF), 22 % d'ex-fumeurs (EF), 25 % de fumeurs quotidiens (FQ) et 8 % de fumeurs occasionnels (FO) ;
- les fumeurs (FQ+FO) pensent (45 %-40 %) que la prise en charge du tabagisme est plus du domaine des tabacologues que de tous (32 %-29 %) ;
- si la majorité des NF (59 %) est favorable à l'interdiction de fumer en blouse, ce pourcentage tombe à 13 % chez les FQ>20 cig/j ;
- seul 1/5 se dit bien formé (19 %). Les fumeurs se disent plus souvent bien formés (FO=25 %-FQ=23 %) ;
- les EF (53 %) et les FQ (49 %) se disent plus en mesure d'orienter les fumeurs vers une consultation de tabacologie que les NF (41 %) ;
- les FO (53 %) et les FQ (53 %) sont moins concernés par la prise en charge des fumeurs que les NF (66 %) et les EF (63 %) ;
- les FQ et FO (39 %-43 %) interviennent moins devant un contrevenant à l'interdiction de fumer que les NF et EF (48 %-50 %).

Conclusion. Bien que se disant mieux formés, les fumeurs prennent moins part au contrôle du tabac, parlent moins aux contrevenants, prennent moins en charge les fumeurs, pensent plus que la prise en charge des fumeurs est du ressort des spécialistes. Le statut tabagique des soignants influence le soin aux fumeurs. Ceux-ci sont moins favorables à l'interdiction de fumer à l'hôpital et à l'interdiction de fumer en blouse.

SP13b. Les élèves infirmiers fumeurs et non fumeurs agissent moins différemment qu'ils ne le pensent vis-à-vis des fumeurs

A. Delrieu¹, F. Lecousse-Bouvier¹, J. Osman¹, J. Visier¹, B. Dautzenberg¹

¹Office français de prévention du tabagisme (OFT), Paris

Il est important que les infirmiers reçoivent une formation à la prise en charge du tabagisme. Une formation d'une journée ($\pm \frac{1}{2}$ j) a été conduite dans 9 IFSI d'Île-de-France dans le cadre d'un projet PRSP, principalement en deuxième année (70 %).

Méthodes. Pour étudier en quoi le statut tabagique influençait les pratiques, un auto-questionnaire sur le tabagisme, les opinions et les connaissances a été passé en début (n=478) et fin (n=461) de formation.

Résultats. 30 % des élèves sont fumeurs quotidiens, 13 % fumeurs occasionnels et 10 % ex-fumeurs.

Les fumeurs déclarent dans 20 % des cas avant la formation et 19 % après que leur statut tabagique influence leur comportement envers les fumeurs. Cette croyance n'apparaît pas dans les QS portant sur la prise en charge des fumeurs (pas de différence significative de réponse). Les élèves infirmiers qui fument répondent aussi souvent qu'un infirmier doit connaître le statut tabagique de tous ses patients (+3,4 % NS), qu'il doit informer ses patients sur le tabagisme (-8,4 % NS) et qu'il faut aider les femmes enceintes à quitter le tabac (-1,2 % NS). La formation délivrée renforce les compétences et le désir d'intervention sur le tabac, mais autant chez les fumeurs que chez les non-fumeurs.

Les étudiants fumeurs qui ont l'intention de s'arrêter de fumer et qui fixent une date répondent de façon similaire sur la prise en charge des fumeurs à ceux qui n'ont pas de projet d'arrêt.

Conclusion. Si 1 fumeur sur 5 pense que son statut de fumeur influence son attitude vis-à-vis des fumeurs, les pratiques déclarées des fumeurs et non-fumeurs sont très voisines et s'améliorent de façon identique avec la formation.

Remerciements : PRSP Île-de-France

SP13c. Évaluation de la pratique du sevrage tabagique des omnipraticiens du Puy-de-Dôme

J. Perriot¹, F. Leborgne¹, A. Aublet Cuvelier², P.M. Llorca³

¹Dispensaire Émile Roux Clermont-Ferrand, France ²CHU DIM, France ³CHU CMP B Clermont-Ferrand, France

Objectif. Évaluer la pratique du sevrage tabagique des omnipraticiens libéraux du Puy-de-Dôme face aux recommandations d'experts, identifier les facteurs influençant leur pratique comparativement à une étude analogue de 2006.

Méthode. Enquête prospective par questionnaires (35 items : le praticien, sa pratique du sevrage, son usage des traitements) adressés en février 2009. Analyse statistique des 243 réponses (45,09 %) par logiciel SAS version 8 (seuil de significativité $p \leq 0,01$).

Résultats. Prédominance de réponses d'hommes (SR = 2,6), non ou ex-fumeurs (92 %) ayant une formation spécifique en tabacologie (35 % dont 4 DIU). Connaissance des recommandations HAS 2007 (40 %), Grossesse 2004 (35 %), Afssaps 2003 (18 %).

Pratique du sevrage. Conseil minimal connu (49 %) systématique (31 %), consultation de sevrage spécifique dans 44 % des cas, dépistage des troubles anxio-dépressifs (59 %), co-addictions (59 %).

Usage des tests et outils. FTND (36 %), mini spiromètres (13 %), consultation de tabacologie connue (84 %).

Traitements utilisés. TNS (TD 37,7 %, TD + FO 19,3 %, FO 2,2 %), varéclique (34,2 %), bupropion (2,2 %), TCC (8,8 %).

Discussion. La pratique en tabacologie des omnipraticiens doit s'accroître en raison du déficit de leur formation initiale (usage des auto-questionnaires, conseil minimal, mini spiromètres, connaissance et application des recommandations d'experts) afin d'optimiser leur pratique individuelle et favoriser le travail en réseau.

Conclusion. Depuis 2006, la pratique des omnipraticiens s'est améliorée. Seules les formations en addictologie améliorent les connaissances des praticiens (formations spécifiques en tabacologie du Réseau PARAD et DIU de tabacologie).

SP13d. Enquête sur le tabagisme auprès des consultants du CHU Beni-Messous d'Alger en juillet 2009

R. Belkaid¹, G. Brahim¹, R. Belaoudmou¹, Y. Mokadem¹, M. Belkadi¹, S. Hamadi¹, A. Larinouna¹, N. Smail¹, A. Soukehal¹

¹Service d'épidémiologie et de médecine préventive, CHU Beni-Messous, Alger, Algérie

Introduction. Une enquête a été menée auprès des consultants du CHU, pour déterminer l'attitude et la perception des fumeurs face au tabagisme, la conception individuelle des moyens de lutte anti-tabac et les facteurs qui ont amené à un sevrage pour les ex-fumeurs.

Objectifs. Déterminer la fréquence du tabagisme dans la population enquêtée et apprécier les connaissances, attitudes et pratiques des enquêtés en matière d'usage du tabac.

Matériel et méthodes. Il s'agit d'une étude transversale qui s'est déroulée du 10 au 30 juillet 2009 auprès de 200 consultants de notre CHU.

Résultat. L'âge moyen est de 36,77 ±12,75 ans, le sex-ratio est de 2. Les non-fumeurs représentent la moitié, 22,5 % sont des ex-fumeurs et 27 % sont des fumeurs. 84 % ont eu connaissance de campagnes anti-tabac. 85 % n'ont reçu aucune information sur l'arrêt du tabac à l'hôpital ; cependant, la famille encourage à l'arrêt du tabac dans 80 % des cas. 50 % des fumeurs quotidiens ont tenté d'arrêter de fumer, seulement 2 % ont consulté un médecin pour cela. Les facteurs qui ont aidé à réussir l'arrêt du tabac sont : la motivation, la faible consommation de cigarettes et la concomitance de la tentative d'arrêt avec le mois de jeun du ramadhan. 24 % des fumeurs sont très dépendant à la cigarette. Ils fument pour combattre le stress dans 62,5 %, pour le plaisir dans 41,66 % des cas.

Conclusion. Les tentatives de sevrage souffrent de l'absence d'une assistance collective, le conseil minimal n'existe pas, la thérapeutique d'accompagnement dans l'arrêt du tabac n'est pas disponible en pharmacie. Il est justifié de repenser une nouvelle stratégie de prise en charge de ce problème de santé publique prioritaire.

SP13e. Sevrage tabagique chez les seniors. Résultats d'une étude en centre de tabacologie

A. Croizet¹, A. Aublet Cuvelier², J. Perriot³

¹CHG Riom ²CHU-DIM ³Dispensaire Émile Roux, Clermont-Ferrand

Objectif. Comparer les caractéristiques des fumeurs âgés de 60 ans et plus aux autres consultants d'un centre de tabacologie et les résultats de leurs sevrages.

Population et méthode. Enquête rétrospective menée sur les 1 184 dossiers de consultants du Dispensaire Émile Roux (Clermont-Ferrand) entre le 1^{er} janvier 1999 et le 31 décembre 2006 (exhaustivité 84 %) : 128 patients d'âge ≥ 60 ans (H : 74, F : 54, SR : 1,37) et 1056 d'âge < 60 ans. Analyse statistique par logiciel SAS version 8 seuil de significativité p ≤ 0,001, régression logistique.

Résultats. La consommation moyenne (23c/j) et dépendance (FTND m=7,44) est supérieure chez les seniors (p=0,007). Ceux-ci ont plus souvent une pathologie cardio-pulmonaire ou ORL que les moins de 60 ans (82 % vs 40 %) ils sont plus souvent dépressifs (43 % vs 34 %). 19 % n'ont jamais tenté d'arrêter, 17 % sont précontemplatifs.

Le déroulement du sevrage est identique dans les deux groupes. Les seniors reçoivent plus souvent du bupropion (21 % vs 13 %), des IRS (62 % vs 50 %), leur substitution nicotinique (TNS) est plus longue. La prise de poids des abstinents est identique dans les deux groupes.

Le taux d'abstinence est supérieur chez les seniors à 6 mois (62,5 % vs 51,2 % p=0,016) et 12 mois (46,1 % vs 33,8 % p=0,006) ; la régression logistique souligne que l'âge ≥ 60 ans est un facteur indépendant de la réussite de l'arrêt à 12 mois.

Conclusion. Dans cette étude, malgré des facteurs de mauvais pronostics plus fréquents, les fumeurs seniors réussissent mieux à s'arrêter de fumer (deux fois mieux) que les plus jeunes.

SP13f. Projet Escscan : définition, recensement, échange et amélioration des consultations d'arrêt du tabac en Europe

A. Delrieu¹, B. Dautzenberg¹, S. Fleitmann², J. Osman¹

¹Office français de prévention du tabagisme (OFT), Paris ²Consultante tabac, Allemagne

Ce projet vise à rechercher des définitions communes en Europe, faire l'inventaire, échanger sur les bonnes pratiques et éliminer les mauvaises.

La première année, des experts de 21/27 pays couvrant 85 % de la population européenne se sont réunis. En Suède, la prise en charge est uniquement communautaire. En Belgique, en Italie et en Espagne, le système est voisin du système français. En Allemagne, seuls les centres de conseil existent. En Angleterre, le généraliste prescrit et contrôle le travail d'infirmières qui assurent l'arrêt. Au Danemark, les sevrages de groupe ont lieu surtout en pharmacie. Malgré ces différences, les experts ont voulu obtenir des définitions communes.

Résultats. Il a été décidé de classer les lieux d'arrêt du tabac en 3 catégories :

- 1) Les centres de consultation de tabacologie ouverts à tout fumeur, qui ont un tabacologue formé, plusieurs professionnels de santé, un accès à tous les médicaments, la mesure du CO, la prise en charge psychologique par TCC ou autre, une aide au contrôle du poids et évaluant régulièrement leur activité.
- 2) Les cabinets de tabacologie qui ont un médecin (ou une sage-femme) diplômé(e) de tabacologie mais n'ont pas tous les outils des centres.
- 3) Les centres de conseil à l'arrêt du tabac qui ne prescrivent pas de médicaments d'arrêt, mais assurent le conseil et l'information. Il s'agit en particulier de centres pratiquant uniquement les psychothérapies.

Les centres n'utilisant que des pratiques non validées sont exclus.

Conclusions. Le projet Escscan progresse comme planifié et devrait fin 2011 permettre d'avoir une

meilleure visibilité des consultations de tabacologie en Europe.

Projet OFT soutenu par un grant de Pfizer Europe

P30. Tabac et maternité

P30a. Tabac et fertilité

C. Dechanet¹, T. Anahory¹, X. Quantin², B. Hedon¹, H. Dechaud¹

¹Service de médecine de la reproduction, CHU Arnaud de Villeneuve, Montpellier ²Service de pneumologie, CHU Arnaud de Villeneuve, Montpellier

Le tabagisme est associé à une diminution de la fertilité, un allongement du délai de conception et à des risques d'échec en fécondation in vitro. Depuis quelques années, la prévalence du tabagisme chez les femmes en âge de procréer n'a cessé d'augmenter. Toutes les étapes de la reproduction constituent des cibles des métabolites du tabagisme.

En effet, le tabagisme féminin engendre une perturbation de la folliculogénèse, une déperdition folliculaire et une altération de la réserve ovarienne, pouvant expliquer une baisse de la fertilité spontanée et les échecs en fécondation in vitro. Une anomalie de la stéroïdogénèse est observée sous l'effet de certains métabolites issus du tabagisme.

Une altération de la fonction tubaire, avec anomalie du transport de l'ovocyte et de l'embryon, sont observés lors d'un tabagisme féminin pouvant expliquer un taux accru de grossesse ectopique.

Enfin, le tabagisme féminin entraîne une diminution de l'implantation embryonnaire et de la placentation responsable d'échec en fécondation in vitro et de fausses couches précoces.

P30b. État d'avancement de l'étude SNIPP (Étude sur l'efficacité des substituts nicotiques pendant la grossesse)

I. Berlin, GH La Pitié-Salpêtrière, Paris

Non communiqué

P30c. Difficultés à l'arrêt des femmes enceintes fumeuses en consultation de tabacologie

M. Baha¹, A.L. Le Faou²

¹Doctorante. École doctorale de santé publique, Faculté de médecine Paris VI, Université Pierre et Marie Curie, Paris

²Unité de recherche 4069 : Épidémiologie, évaluation et politique de santé, Faculté de médecine René Descartes, Université Paris V, École des hautes études en santé publique, Paris ; Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris

Objectif. Cette étude porte sur le profil et les perceptions face à l'arrêt des femmes enceintes fumeuses en démarche de sevrage, afin de comprendre leurs difficultés.

Données. 682 femmes de moins de 50 ans ont été reçues dans des services participant au programme Consultation de tabacologie (CDT) à l'échelle nationale entre 2004 et 2006. Les données suivantes avaient été collectées dans la base de données CDT : variables sociodémographiques, antécédents médicaux et psychologiques, profil tabagique et information sur la prise en charge proposée en consultation. À la fin de la première consultation, les tabacologues avaient la possibilité de saisir leurs commentaires libres, apportant des informations complémentaires sur les fumeuses. Les déclarations d'arrêt durant la grossesse ont été vérifiées par des mesures de monoxyde de carbone dans l'air expiré inférieures à 5 parties par millions.

Méthodes. Des méthodes bivariées et un modèle de régression logistique ont permis de tester les variables associées avec un arrêt durant la grossesse. Les commentaires des tabacologues ont été analysés de façon qualitative.

Résultats. 16,3 % (n=111) ont arrêté de fumer, 23,9 % (n=163) n'étaient pas en arrêt et 59,8 % (n=408) ne sont jamais revenues en tabacologie après leur première visite. Les commentaires des tabacologues sur ces femmes perdues de vue révèlent qu'elles présentaient une faible motivation à l'arrêt malgré une offre de prise en charge. Elles souhaitaient maintenir une consommation tabagique, même réduite, afin de gérer le stress de la grossesse. Les femmes ayant un entourage fumeur craignaient de ne pouvoir rester abstinentes.

Conclusion. Malgré une offre de prise en charge, la majorité des femmes enceintes fumeuses reçues en consultation ne sont pas prêtes à arrêter de fumer. Une coordination accrue entre les professionnels du suivi de la grossesse et les tabacologues est indispensable, ainsi qu'une prise en charge psychosociale intensive.

Les ateliers proposés dans le cadre du 4^e Congrès de la SFT sont programmés deux fois (une fois le jeudi [a] et une fois le vendredi [b]) pour permettre au plus grand nombre d'y participer, à l'exception de l'atelier sages-femmes (A8). Merci de vous reporter au programme pour connaître les horaires.

**A1a et A1b. Les outils du tabacologue.
Intérêt et validité des échelles et scores
utilisés par les tabacologues**

X. Quantin, CHU, Montpellier, S. Guillaume, CHU, Montpellier

A2a et A2b. Tabac et religion

O. Mandhouj, ASM13, Paris

**A3a et A3b. Tabac et précarité, la double
peine**

R.M. Rouquet, CHR Larrey, Toulouse

**A4a et A4b. Organisation de la
tabacologie (CDTNet)**

A.L. Le Faou, Hôpital Européen G. Pompidou, Paris

**A5a et A5b. Entretien motivationnel. De
la théorie à la pratique**

P. Dupont, Paul Brousse, Villejuif

La motivation est un élément essentiel pour changer de comportement. Mais qu'est-ce que la motivation, au juste ? Ce n'est pas seulement l'ensemble des motifs qui expliquent un acte. ⁽²⁾

Comment aider un fumeur à se motiver à arrêter de fumer ? L'Entretien Motivationnel (EM), décrit par Rollnick et Miller ⁽³⁾ depuis les années 1980, validé par de nombreuses études, a montré une efficacité plus grande, dans l'aide au changement, que les entretiens directifs où l'on cherche à convaincre par exemple. (Méta-analyse : OR 1.45 (95 % CI 1.14 to 1.83). ⁽⁴⁾

Être empathique, savoir explorer l'ambivalence du patient, faire émerger le discours changement, repérer les signes de résistance, autant d'éléments capitaux pour aider à la motivation et aussi la pérenniser ! Mais l'EM n'est pas un ensemble de techniques que l'on applique, c'est une façon d'être avec eux. Avant tout autre chose, être « motivationnel », cela change le thérapeute !

Des situations filmées seront présentées et discutées au cours de cet atelier afin de mieux comprendre pourquoi et comment l'EM est efficace. ⁽⁵⁾

**A8. Atelier sages-femmes : Y a-t-il des
alternatives au sevrage total chez les
femmes enceintes**

C. Pelle, Maternité La Tronche, CHU, Grenoble, S. Georgieu, Hôpital de la Côte Basque, Bayonne

² Le Petit Larousse Illustré, 2005, Paris, 1 vol, 709

³ Rollnick S., & Miller, W.R. What is motivational interviewing ? Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 1995;23: 325-334.

⁴ Heckman CJ, Egleston BL, Hofmann MT. Efficacy of motivational interviewing for smoking cessation: a

systematic review and meta-analysis. [Tob Control](#). 2010 Oct;19(5):410-6. Epub 2010 Jul 30.

⁵ Daeppen JB, Fortini C. Comment aider mes patients à changer leurs comportements liés à la santé ? CHUV, 2010

Posters

JEUDI 4 & VENDREDI 5 NOVEMBRE 2010

Les communications par posters proposées dans le cadre du 4^e Congrès de la SFT feront l'objet d'une visite guidée animée par un président de session au cours de laquelle les auteurs répondront aux questions. Merci de vous reporter à la grille en page 54 pour connaître les heures de visite de chaque série de posters.

AFF01. « Moi et les autres ». Suivi de cohorte en éducation à la santé

F. Lefebvre¹, P. Savouret²

¹Service d'addictologie, Boulogne-sur-Mer

²Conseil général 62, Boulogne-sur-Mer

L'action « Moi et les autres » labélisée par les PTS (Nord-Pas-de-Calais), avec le soutien du réseau ECLAT s'est déroulée de 2003 à 2007 sur une cohorte allant du CE2 à la 3^e dans les circonscriptions de 3 collèges, 2 « action », 1 « témoin ». Avec l'aide d'un réseau informel « RésOdyssee ». L'objectif était de permettre à chaque jeune de prendre conscience de l'importance de ses choix en ce qui concerne sa santé, pour faire face aux différentes substances qu'il rencontrerait, en analysant son vécu et ses représentations quant à l'usage de substances addictives. Pour chaque niveau du CE2 à la 3^e, étaient réalisées une action santé publique avec utilisation d'outils validés suivie d'une intervention spécifique, alimentation, tabac, alcool, violence, sexualité, produits illicites. L'évaluation finale retenue était de type « cas témoin » : collège action versus collège témoin. Elle comparait non seulement l'aspect épidémiologique traditionnel des consommations mais aussi les aspects comportementaux du vécu et des représentations. Trois types d'évaluations sont disponibles : l'évaluation de procédure, l'évaluation de processus, l'évaluation d'efficacité, avec deux axes d'analyse retenus ici parmi bien d'autres :

1^o axe : l'évaluation comparative chronologique. Comparaison des résultats du dépouillement de l'évaluation des élèves de 3^e de 2007/2008 des collèges action par rapport aux résultats de 2004/2005, alors que ces mêmes élèves étaient scolarisés en 6^e ;

2^o axe : l'évaluation comportementale comparative en 2007/2008 des élèves de 3^e « action » versus « témoin » non bénéficiaire des actions de prévention. Ce sont ces résultats qui seront présentés ici après un rappel rapide de l'action.

AFF02. Intérêt d'une réunion d'alliance thérapeutique d'aide à l'arrêt du tabac

P. Dupont¹, A.M. Verdier¹

¹Service d'addictologie, Hôpital Paul Brousse, Villejuif

Réaliser une réunion de groupe préalable aux consultations individuelles est fréquent en tabacologie. Nous procédons également à ce type de réunion avant la première consultation. Les patients sont invités à y venir, lors de leur demande de premier rendez-vous. Nous avons voulu savoir si les « groupes » dit d'alliance thérapeutique que nous réalisons, ont une influence sur la motivation. Pour ce faire, nous avons mesuré la différence statistique de deux paramètres de la motivation de nos patients avant et après le groupe. La population étudiée est composée de l'ensemble des patients venus en mai et juin 2009, soit un total de 41 patients.

Le « groupe » tel qu'il est pratiqué dans notre unité n'a pas prouvé d'action sur les intérêts qu'ont les fumeurs à arrêter de fumer. En revanche, cette étude montre que ce type de réunion augmente de façon très significative ($p < 0,00001$) la confiance qu'ont les patients d'arrêter de fumer, paramètre fondamental de la motivation au changement. Le groupe d'alliance thérapeutique est donc un outil utile dans la prise en charge des fumeurs venant en consultation de tabacologie.

AFF03. BPCO, bronchite chronique : ça se discute ?

M.E. Huteau, A. Arino, C. Beurain, S. Bricout, X. Quantin

CDMR34 www.cdmr34.com, Mireval

Objectif. Apporter un soutien aux malades respiratoires et mener une action de dépistage de la BPCO.

Matériel et méthode. De janvier à juin 2010, 6 séances de 2h00, gratuites, ouvertes à tous, sans RDV et animées par 2 éducatrices de santé (dont 1 tabacologue) et 1 stagiaire en Master Activités physiques adaptées, ont eu lieu. Lors des séances collectives, des entretiens individuels sont possibles. Des dépistages de la BPCO et des mesures du CO ont été réalisés à l'aide d'appareils de mesure. Une enquête par auto-questionnaire a permis d'évaluer l'action.

Résultats. 102 personnes ont participé. Le taux de réponse est de 80,39 % (n=82) dont 31,71 % d'hommes. L'âge moyen est 57,27±16,13 ans. 23 personnes ont au moins une maladie respiratoire (BPCO, bronchite chronique, asthme, emphysème) dont 13 ont une BPCO connue. 21 personnes sont fumeuses. 49 personnes ont été orientées pour un suivi pneumologique et 16 pour un sevrage tabagique.

74 participants sont satisfaits (NR=6), 51 trouvent les outils adaptés (NR=21), 61 estiment avoir eu des informations intéressantes (NR=16) et 37 ont pu prendre des contacts (NR=32).

Sur les 23 participants ayant au moins une maladie respiratoire, 2 bénéficient déjà d'une prise en charge dans une structure, 12 pensent que la séance a amélioré leurs compétences dans la prise en charge de leur maladie, 11 pensent que la séance les aidera à mieux gérer leur maladie au quotidien et 11 aimeraient intégrer une structure de prise en charge.

Discussion. L'évaluation de ces permanences est positive avec une participation croissante des sujets. Les objectifs initiaux sont atteints et ont été complétés afin de répondre à la demande et de s'adapter aux attentes et changement de profil des participants.

AFF04. Dependance Day : expérience d'un projet d'éducation par les pairs

M.E. Huteau, A. Arino, C. Gallice-Gaillard, S. Bricout, X. Quantin

CDMR34 www.cdmr34.com, Mireval

Objectif. Évaluer un projet d'éducation par les pairs sur les produits psychoactifs inhalés.

Matériel et méthode. De mars à juin 2010, sur 5 séances, 30 élèves de 2nde ont été formés à mener une action de prévention auprès d'élèves. 1 animateur et 1 professeur accompagnent les lycéens. Une note est attribuée en fin de cycle. 2 enquêtes ont permis d'évaluer l'impact auprès des « élèves-animateurs » et des « élèves-pairs ».

Résultats. Pour les « élèves-animateurs » : Cf. table 1. 82,66 % des 75 « élèves-pairs » sont satisfaits de l'intervention. 44 % pensent qu'elle les fera « sûrement » réfléchir sur leur consommation et 33 % pensent « peut-être ».

Discussion. L'éducation par les pairs paraît être un outil adapté. Il serait intéressant de reproduire cette action sur un plus grand nombre d'élèves et sur un temps plus long.

	Nombre de participants	% de réponse
Je me considère comme un fumeur régulier	40	0
Je ne fume pas	36	44
Je fume occasionnellement	2	0
Je fume de la marijuana	29	35
Je fume du cannabis	21	25
Je ne fume rien	10	12
Je fume du tabac	10	12
Je ne fume pas de tabac	8	9
Je fume du tabac et de la marijuana	20	25
Je ne fume pas de tabac et de la marijuana	19	23
Je fume du tabac et de la marijuana	24	29
Je ne fume pas de tabac et de la marijuana	6	7
Consommation d'alcool	8	0
Je ne bois pas d'alcool	10	12
Je bois de l'alcool	20	25
Je ne bois pas d'alcool	2	2
Je bois de l'alcool	3	3
Je ne bois pas d'alcool	4	5
Je bois de l'alcool	11	13

AFF05. Tabac en milieu hospitalier

R. Brixi

Service de pneumologie Hassani Abdelkader, Sidi Bel Abbas, Algérie

La lutte contre le tabagisme a pris une importance croissante ces dernières années.

Le tabagisme à l'hôpital prend une dimension particulière : en effet, l'hôpital n'est pas un lieu

comme les autres. Sa spécificité lui impose de servir d'exemple au reste de la population.

Nos objectifs :

- Évaluer la prévalence du tabagisme parmi l'ensemble des hospitaliers.
- Apprécier l'impact de la lutte contre le tabagisme dans l'enceinte de l'hôpital.
- Obtenir une réduction de la morbidité et de la mortalité des affections liées au tabac.
- Sensibiliser le personnel de la santé afin qu'il soit un exemple au reste de la population.
- Protéger et promouvoir la santé au travail.
- Enfin lutter pour un hôpital sans tabac.

L'enquête tabac et personnels hospitaliers réalisée durant l'année 2008/2009 a concerné 400 sur 2 000 travailleurs occupant différents postes de travail.

Un questionnaire anonyme a permis de recueillir des données concernant le profil des travailleurs et leurs habitudes tabagiques.

Les données recueillies sont saisies et traitées sur logiciel SPSS.

On note la difficulté de réaliser ce travail surtout chez les femmes (sujet tabou en Algérie).

L'analyse des résultats a montré qu'il reste beaucoup à faire à propos du tabagisme en Algérie et que le personnel hospitalier semble peu convaincu ou pas assez sensibilisé.

Notre rôle est de lutter contre le tabac par l'incitation au sevrage tabagique et l'interdiction de fumer dans tous les espaces publics et surtout au sein de l'hôpital.

AFF06. La varénicline dans le sevrage tabagique. Avis des omnipraticiens du Puy-de-Dôme

F. Leborgne¹, J. Perriot¹, A. Aublet Cuvelier², P.M. Llorca³

¹Dispensaire Émile Roux Clermont-Ferrand ²CHU DIM ³CHU CMP B Clermont-Ferrand

Objectif. Connaître le point de vue des omnipraticiens libéraux du Puy-de-Dôme sur la varénicline, médicament du sevrage tabagique.

Méthode. Enquête prospective par questionnaires (35 items : le praticien, sa pratique du sevrage, son usage des traitements, dont la varénicline) adressés en février 2009. Analyse statistique des 243 réponses (45,09 %) par logiciel SAS version 8 (seuil de significativité $p \leq 0,01$).

Résultat. Les médecins répondants sont surtout des hommes (SR = 2,6), non ou ex-fumeurs (92 %), 35 % formés en tabacologie. Les médicaments du sevrage utilisés : TNS (TD 37,7 % TD + FO 19,3 % FO 2,2 %), varénicline (34,2 %), bupropion (2,2 %), 70 % méconnaissent les TCC.

Points de vue sur la varénicline.

- 63,4 % jugent qu'elle a modifié leurs habitudes de prescription (par son efficacité : 37,4 %, son bon rapport efficacité/tolérance 16,5 %, la demande du public 9,4 %).
- 34,2 % l'utilisent en première intention ; 38,4 % en seconde.
- Les effets secondaires constatés sont : troubles digestifs (57 %), du sommeil (52,9 %), céphalées (26,9 %), anxio-dépressifs (15,9 %), vertiges (13,1 %). Le traitement est arrêté dans 57,1 % des cas, il reste inchangé dans 23,9 % ; un traitement symptomatique est ajouté dans 38,1 % des cas.
- Deux médecins signalent des cas d'« addiction » au médicament, douze des effets secondaires graves (2 notifiés à la pharmacovigilance) : 6 états anxio-dépressifs, HTA, trouble de l'humeur, céphalées, 2 états d'agitation, éruption cutanée.
- Globalement, les praticiens estiment le médicament efficace et la tolérance bonne.

Conclusion. L'arrivée de la varénicline a modifié et enrichi les habitudes de prescription des omnipraticiens dans le sevrage tabagique.

AFF07. Distorsion de la perception du temps chez les fumeurs en situation de précarité et pronostic du sevrage tabagique

F. Merson¹, J. Perriot¹, P. Lemaire¹, N. Plazenet¹

¹Dispensaire Émile Roux, Clermont-Ferrand

Objectif. Évaluer l'impact de la précarité et des distorsions de perception du temps associées sur la réussite du sevrage tabagique.

Matériel et méthode. Enquête prospective réalisée entre le 1^{er} mars 2009 et 1^{er} juin 2010 sur 192 consultants (SR = 1,3 exhaustivité = 84 %) pour sevrage tabagique au Dispensaire Émile Roux distingués en précaires (score Épices > 40) ou non (score < 40). Prise en charge du sevrage selon les recommandations actuelles, évaluation de l'arrêt à 1, 2, 3 mois (COE). Évaluation de l'orientation temporelle des patients par le test ZTPI (spécifie 5 dimensions temporelles). Analyse statistique par logiciel SAS version 8, seuil de significativité $p \leq 0,05$.

Résultats. De fortes dépendances tabagiques, fréquents états anxio-dépressifs, faibles motivations à l'arrêt sont souvent constatés chez les fumeurs précaires vs non précaires ($p < 0,0001$).

L'orientation temporelle des fumeurs diffère selon qu'ils sont en situation de précarité ou non : passé négatif (12,1 %), présent fataliste (8,7 %), perception du futur (21 %) ; ($p < 0,0001$).

Chez les fumeurs précaires, la nature de l'orientation temporelle a un impact positif (perception du futur 18,4 %) ou négatif (passé négatif 15,2 %, présent fataliste 11,6 %) sur le pronostic du sevrage.

Conclusion. La perspective temporelle dans laquelle l'individu s'inscrit est un élément d'évaluation indispensable de la précarité et du pronostic du sevrage tabagique.

AFF08. Influence de la précarité sur le résultat du sevrage tabagique en centre spécialisé de tabacologie

F. Merson¹, J. Perriot¹, P. Lemaire¹, N. Plazenet¹

¹Dispensaire Émile Roux, Clermont-Ferrand

Objectif. Évaluer l'impact de la précarité sur le résultat du sevrage tabagique de consultants en centre de tabacologie.

Matériel et méthode. Étude prospective réalisée entre le 1^{er} mars 2009 et le 1^{er} juin 2010 sur 192 consultants pour sevrage tabagique au Dispensaire Émile Roux (SR = 1,3 exhaustivité 84 %). Suivi par dossier de tabacologie INPES/SFT avec évaluation de l'arrêt à 1, 2, 3 mois (COE) ; 17 items dont les conditions socio-économiques (activité professionnelle, revenus, score Épices) sont corrélés aux résultats de l'arrêt. Analyse statistique par logiciel SAS version 8 seuil de significativité $p \leq 0,05$.

Résultat. Les fumeurs précaires (P n = 74) à score Épices > 40 sont plus souvent inactifs, avec bas revenus, motif d'arrêt lié au coût du tabac, faible motivation à l'arrêt, troubles anxio-dépressifs associés que les fumeurs non précaires (NP n=117) à score Épices < 40 ($p < 0,0001$).

Les orientations temporelles : passé négatif (15,2 %), présent fataliste (11,6 %) à impact négatif sur le résultat du sevrage sont plus fréquents chez les précaires ($p < 0,0001$).

Les deux groupes (P et NP) bénéficient de la même prise en charge renforcée, néanmoins le taux d'arrêt est inférieur en cas de précarité (41,9 % vs 56 %, $p = 0,05$).

Conclusion. La précarité pèse négativement sur le résultat du sevrage tabagique des fumeurs frappés de bivulnérabilité justifiant la levée d'un maximum d'obstacles à la réussite de leurs tentatives d'arrêts.

AFF09. Tabagisme passif et qualité de l'air dans l'habitat : agir à l'échelon local en impliquant tous les acteurs

L. Delattre¹, C. Chambon²

¹Association ECLAT-GRAA Nord-Pas-de-Calais, Loos ²APPA Nord-Pas-de-Calais, Loos

Nous passons en moyenne 80 % de notre temps dans des espaces clos. Les sources de pollution dans les logements sont multiples : cigarette, chauffage, désodorisant... et peuvent provoquer des effets néfastes sur la santé. Des actions de communication ont été développées ces dernières années pour informer la population sur cet enjeu de santé publique, mais les acteurs de terrain

relèvent que ces campagnes « grand public » n'atteignent pas toujours les populations les plus précaires. Une première phase du projet a consisté en une sensibilisation de la population, par une visite à domicile, dans 353 logements de zones urbaines sensibles d'Armentières, Arras et Roubaix. Des étudiants d'IFSI préalablement formés sont intervenus au porte à porte, munis d'un guide d'entretien et de différents documents de sensibilisation. Cette action a aussi permis d'identifier les pratiques et besoins d'informations de la population.

Dans la seconde phase, les acteurs locaux agissant auprès des publics sensibles (services communaux, travailleurs sociaux, professionnels de santé, bailleurs mais aussi associations...) sont d'abord identifiés, en lien avec la collectivité locale. Des formations sur l'air intérieur et le tabagisme passif leur sont alors proposées, visant tout autant à monter en compétences les professionnels qu'à développer une culture commune leur permettant ensuite de travailler en réseau. Des outils sont mis à disposition des acteurs afin d'intervenir auprès de la population.

Ce projet est financé par le Groupement régional de santé publique et la Région Nord-Pas-de-Calais.

AFF10. Tabagisme et sevrage chez un fumeur irréductible (hard-core smoker)

J. Perriot¹, G. Jeannin², S. Montcouquiol², P. Merle², A. Greil², D. Caillaud²

¹Dispensaire Émile Roux, Clermont-Ferrand

²Service de pneumologie, CHU, Clermont-Ferrand

Histoire de la maladie. Monsieur Kamel H., 43 ans, tente à nouveau d'arrêter de fumer après une deuxième décompensation de son insuffisance respiratoire (BPCO IV) diagnostiquée 7 ans plus tôt lors de sa première décompensation (BPCO III + légionellose). Depuis il est en ALD sous OLD (1l/mn 24h/24), fume 10 c/j (60 PA). Une greffe pulmonaire lui a été proposée (VEMS 18 %, VEMS/CV 24 %, DLCO impossible... PaCO₂ 57, PaO₂ 50, SaO₂ 85%... Emphysème pan lobulaire au scanner).

Antécédents. La première prise en charge de sevrage (diagnostic de BPCO) a corrigé un trouble bipolaire, permis l'arrêt de l'alcoolisation (8 u/24h : début 3 u/24h à 14 ans) puis de la prise de cannabis (12 prises/24h ; début à l'âge de 12 ans) et la réduction du tabagisme (30 c/j lors de la réduction, début du tabagisme à 8 ans).

Prise en charge. Le bilan constate une forte dépendance (FTND = 8, cotininémie : 237 ng/ml) l'absence de décompensation anxio-dépressive (clinique, HAD, MNPI), une faible motivation à l'arrêt (Richmond). Perception temporelle (ZTPI : présent indifférent, avenir absent). Pas d'autre prise de SPA (CDT et cannabinoïdes normaux) le score Épices est de 72,13 (précarité), *craving* important (TCQ).

Le suivi proposé est hebdomadaire, le traitement associe : varénicline (2 mg/24h), inhalateur nicotine (Ad Lib), Topiramate 50 mg/24h et traitement habituel par Divalproate (1g/24h). Le patient est abstinent à la quatrième semaine (COE < 5 ppm) mais perdu de vue à la sixième !

Conclusion. Les *Hard-Core smokers* associent une faible motivation à l'arrêt, de fréquentes pathologies somatiques chroniques, psychiatriques et polyconsommations, une précarité sociale. Leur sevrage tabagique est difficile avec pronostic péjoratif.

AFF12. L'estime de soi chez l'adolescent fumeur

P. Brognon

Mons (Hyon), Belgique

L'initiation tabagique, majoritairement débutée à l'adolescence, suscite de nombreuses questions quant à ses mécanismes psychologiques sous-jacents. Certaines études semblent mettre en évidence le statut anxio-dépressif comme facteur principal, en relation avec l'estime de soi, dans cette initiation. Nous avons souhaité explorer ce lien au travers d'un questionnaire évaluant l'histoire tabagique, l'estime de soi (échelle de Rosenberg) et le statut anxio-dépressif (test HAD) ainsi que la qualité du sommeil, la consommation d'alcool, de cannabis, sur un échantillonnage de jeunes de moins de 20 ans, issu d'une consultation de médecine du travail. Nous avons collecté 48 questionnaires avec 14 % de femmes, d'une moyenne d'âge de 17,9 ans [15-20], regroupant 48,8 % de fumeurs avec un début de consommation tabagique estimé à 13,8 ans, fumant une moyenne de 10,4 cigarettes quotidiennes. 71,4 % d'entre eux ont fumé la chicha, 57 % ont essayé le cannabis (14,3 % fument occasionnellement). Concernant l'alcool, 85 % en consomment occasionnellement comme les non-fumeurs.

À propos de l'échelle d'estime de soi, on obtient un score de 31,9, sans différence significative avec les non-fumeurs. Concernant le test HAD, on observe un score d'anxiété de 7,2 et de dépression de 4,6, sans différence significative avec les non-fumeurs. 12,1% ont un score d'anxiété supérieur à 12 et 9% un score de dépression supérieur à 8.

Notre échantillonnage ne permet pas de conclure sur l'effet significatif de l'estime de soi ou du statut anxio-dépressif sur le statut tabagique de l'adolescent dans une filière de travail, mais tout en révélant qu'il y a plus de fumeurs parmi les personnes avec une estime de soi plus faible.

AFF13. Réussite du sevrage tabagique en centre spécialisé et algorithme de prise en charge

J. Perriot¹, L. Doly¹, C. Brugière¹, A. Schmitt², V. Bouté Makota², G. Brousse²

¹Dispensaire Émile Roux, Clermont-Ferrand ²CMP B CHU Clermont-Ferrand

Objectif. Identifier les facteurs associés à la réussite du sevrage tabagique après 6 mois, en déduire un algorithme de prise en charge.

Population et méthode. Étude réalisée à partir des 1 366 consultants (709 F et 657 H, âge < 25 : 40 - 26/59 : 1182 - ≥ 60 : 144) du Dispensaire Émile Roux (Clermont-Ferrand, F63) entre le 1^{er} janvier 1999 et le 3 décembre 2008. La réussite du sevrage caractérise les patients ayant rempli leur questionnaire d'évaluation à J180, avec un taux de COE < 10 ppm. Exhaustivité du recensement 82%. Analyse statistique par logiciel SAS version 8, seuil de significativité 5%.

Résultats. Les consultants se répartissent selon le score de FTND (< 7 : 29,4% - 7/8 : 38,6% - ≥ 9 : 32,1%). Le taux d'arrêt après 6 mois est de 37,9%. Les facteurs significatifs associés à la réussite de l'arrêt après 6 mois (vs échec) : une moindre fréquence d'antécédents dépressifs (EDM) vie entière (54,4% vs 90,1%) ou anxieux (29,3% vs 46,9%) et de co-addictions (18,7% vs 28,6%). Les faibles niveaux de motivation et maturation de la décision d'arrêt sont associés à l'échec de la tentative. Les patients classés « réussite » ont des antécédents d'arrêts plus longs (10,7 mois vs 7,5) que ceux qui échouent.

Depuis 1999, l'association TNSTD + TNSFO est systématique avec une durée moyenne chez les

patients abstinents de 16,4 semaines. Le bupropion a été bien toléré, de même que la varénicline qui s'est révélée efficace en monothérapie. Dans 50,1% des cas, l'usage de psychotropes ou d'une prise en charge psychiatrique est nécessaire.

Conclusion. L'ensemble de ces constatations a conduit à l'élaboration et l'utilisation du nouvel algorithme de prise en charge qui est présenté.

AFF14. Expertise santé tabac. Le relais médical au sein de l'entreprise : atout d'efficacité au sevrage tabagique en milieu professionnel

J. Rougier¹, P.M. Llorca¹, O. Bichard¹, F. Demeocq², J. Perriot³

¹CMP B CHU Clermont-Ferrand ²CD 63 Ligue contre le cancer, Clermont-Ferrand ³Dispensaire Émile Roux, Clermont-Ferrand

Le Comité départemental de la Ligue contre le cancer, le Pôle psychiatrie du CHU de Clermont-Ferrand, le Dispensaire Émile Roux ont mis à disposition des entreprises du Puy-de-Dôme, en 2007, un service d'accompagnement au sevrage dans le cadre du programme national « Entreprise sans tabac ».

Objectif. Tester l'opportunité d'une formation à l'accompagnement des stoppeurs pour les personnels médicaux des entreprises.

Introduction. Un pack formation destiné aux personnels médicaux des entreprises a été élaboré et servi à leur enseignement, afin de les aider à se positionner par rapport au tabac et leur offrir des outils de communication pour assurer un soutien pertinent à leurs salariés stoppeurs.

Méthode. L'analyse de l'impact sur le taux de réussite des sevrages a utilisé un design expérimental transversal. Les résultats obtenus dans les entreprises, dont les personnels soignants avaient été formés, ont été comparés à celles où ils ne l'avaient pas été.

Résultats. Après 25 sessions de sevrage (128 réunions, 171 stoppeurs avec un taux de réussite moyen 43%), les résultats confirment que les entreprises ayant bénéficié des formations ont un taux d'arrêt à 4 mois très supérieur à celles n'en ayant pas reçu (62% vs 34,2%). La formation des professionnels au sein de l'entreprise à être des acteurs relais, comme l'hypothèse de départ le

prévoyait, accroît l'efficacité des groupes de sevrage.

Le contenu du pack formation, les résultats de notre recherche-action, les limites, les pistes d'amélioration seront détaillées.

AFF15. Détresse respiratoire aiguë chez un patient atteint d'insuffisance respiratoire chronique

J. Perriot¹, A. Naamee², D. Guelon³, Y. Skrzypczak³, M. Filaire², P. Schoeffler³

¹Dispensaire Émile Roux Clermont-Ferrand, France ²Chirurgie thoracique CHU Clermont-Ferrand, France ³Réanimation médico-chirurgicale CHU Clermont-Ferrand

Le tabagisme est la première cause de BPCO. Son diagnostic est souvent trop tardif. Un sevrage tabagique précoce évite l'évolution de la BPCO et ses complications.

Histoire de la maladie

J1. Hospitalisation en urgence d'un homme de 68 ans en ALD pour BPCO et sous oxygénothérapie (16h/24h) pour douleur hémithoracique (absence de SDRA) : diagnostic de pneumothorax droit complet non compressif sur emphysème diffus.

J3. En service de chirurgie thoracique, une mini thoracotomie vidéo assistée permet un talcage pleural et la résection de bulles d'emphysèmes. Poumon ramené à la paroi. Suites opératoires simples.

J16. Transfert en réanimation médico-chirurgicale pour syndrome infectieux + détresse respiratoire aiguë. Petit pyopneumothorax à pneumocoque. Hémodynamique – rein – neurologie = RAS. Antibiothérapie adaptée – VVC et VNI.

J18. Patient épuisé, détérioration de l'état respiratoire. Trachéotomie et ventilation mécanique (narcose, soins habituels). Explorations à visée étiologique : RAS

J33 Défaillance multiviscérale et décès (juin 2010).

Antécédents

1998. Diagnostic de BPCO (stade III) et prise en charge du tabagisme (50c/j, 150 PA, FTND 10, dépression) à l'aide de TNSTD 21 mg + TNSFO (Ad lib) et IRS : réduction à 20cig/j.

2000. Arrêt total TNSTD 42 mg (initial) + TNSFO Ad lib (durée 24 mois) + IRS poursuivi.

2009. Dernière EFR (05-12 : VEMS/CV 29 %, VR 140 %, DCO 27 %, paCO₂ 40mmHg, paO₂ 60mmHg, SaO₂ 94 %, OLD 1,5l/mn 16h/24h).

Conclusion. La BPCO sévère évolue vers des complications irréversibles. Son diagnostic doit être précoce (EFR-NEO 6) et évoqué chez tout fumeur quotidien. Sa prise en charge doit être immédiate et inclure nécessairement un sevrage tabagique renforcé.

AFF16. Les thérapies cognitivo-comportementales dans les consultations de tabacologie

A.L. Le Faou, Hôpital Européen G. Pompidou, Paris

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) permettent d'apporter une aide personnalisée aux fumeurs en démarche de sevrage. Elles sont particulièrement utiles pour les fumeurs présentant des symptômes anxieux ou dépressifs, ainsi que pour les fumeurs consommant d'autres substances psychoactives.

En janvier 2010, nous avons mené un sondage auprès de 481 consultations afin de présenter l'utilisation de TCC en tabacologie.

50 centres ont répondu à notre enquête dont 15 n'utilisaient pas de TCC. Parmi les 35 centres utilisant les TCC, 16 comptaient des professionnels ayant bénéficié d'une formation spécifique aux TCC. Les séances de TCC duraient en moyenne 28,9 (ET 13,9) minutes. Les thérapies les plus fréquemment employées incluaient :

- entretien motivationnel : accroître et entretenir leur motivation à l'arrêt ;
- balance décisionnelle : lister les avantages et inconvénients d'une poursuite du tabagisme et/ou les avantages et inconvénients d'un sevrage ;
- apprentissage de nouveaux comportements et/ou restructuration cognitive : gérer les situations et les pensées automatiques favorisant la consommation tabagique, relaxation, gestion du stress.

De futures études seraient nécessaires afin de déterminer l'association entre TCC et les profils particuliers de fumeurs (fumeurs anxieux ou

dépressifs, femmes enceintes, fumeurs précaires, etc.), ainsi que l'impact sur les taux de sevrage.

AFF17. Le dispositif addictologique au sein du département du Puy-de-Dôme

A. Schmitt¹, J. Perriot², V. Bouté-Makota¹, P.M. Llorca¹

¹Service de psychiatrie d'adultes B, CHU, Clermont-Ferrand ²Dispensaire Émile Roux, Clermont-Ferrand

Le Puy-de-Dôme comprend 627 000 habitants dont 262 000 au sein de Clermont-Ferrand et son agglomération. Un réseau de professionnels en addictologie, le réseau PARAD, assure la formation des différents intervenants (médecin, infirmiers, sages femmes...) des secteurs privés et publics pour les produits alcool, tabac et cannabis. Par ailleurs, il existe une coordination entre les différents établissements de santé, publics, privés, associatifs afin de répondre au mieux aux besoins des patients, notamment en termes de prise en charge des comorbidités psychiatriques qui sont fréquentes chez les fumeurs difficiles. Des antennes de consultations existent à distance des grandes villes.

Plus récemment, le service d'addictologie du CHU de Clermont-Ferrand a mis en ligne un site internet sur les addictions ayant pour but de s'informer sur les conduites addictives, de faire le point (différents tests mis en ligne dont le test de Fagerström) et de trouver la consultation la plus proche de chez soi (annuaire des structures d'addictologie).

AFF18. Champix® et effets indésirables : étude sur un an d'utilisation dans deux services de tabacologie brestois

C. Colin¹, J.D. Dewitte²

¹Médecin libéral, Brest ²Service de tabacologie, Hôpital Morvan, Brest

La varénicline est commercialisée en France depuis février 2007. Les résultats des études pré-marketing réalisées avec une population indemne de pathologies ne peuvent être généralisés à l'ensemble des malades.

En 18 mois, les pharmacovigilances internationales ont émis deux alertes de vigilance sur les plans cardio-vasculaire et psychiatrique.

Le but de l'étude était de répertorier en 2008 les événements indésirables rencontrés dans la pratique lors du sevrage sous Champix®. Sur 103 dossiers INPES, seuls les cas où la varénicline a été prescrite pendant 3 mois, ou arrêtée pour intolérance, ont été conservés (soit 63 cas). Les données recueillies ont été comparées à la bibliographie et à la base pharmacovigilance française.

Selon notre étude, 25 % des patients sont indemnes d'intolérance et 25 % d'entre eux arrêtent leur traitement suite aux effets secondaires. On retrouve des troubles digestifs (40 %), du sommeil (40 %), de l'humeur ou dépressifs (15,8 %) et céphalées (17,46 %). Les autres effets sont plus rares. En dépit des intolérances, les patients semblent accepter les contraintes thérapeutiques. La réduction de posologie peut être une aide à l'amendement des symptômes. Parmi ces intolérances, les nausées sont les plus fréquentes (comparable à la bibliographie). Cependant, il est parfois difficile d'isoler les effets propres du Champix® de ceux liés au sevrage tabagique. En effet, différents symptômes peuvent être communs tels que insomnie, constipation, troubles dépressifs ou de l'humeur...

Même si aucune relation de cause à effet n'a pu être établie entre l'apparition de troubles psychiatriques ou cardiaques et la varénicline, la vigilance reste de rigueur.

AFF19. Groupes de motivation à l'arrêt du tabac en milieu scolaire : aspects pratiques

F. Morel, CHU, Clermont-Ferrand

Notre travail s'inscrit dans le cadre d'un programme de prévention des addictions en milieu scolaire intitulé Liber'Addict. Ce programme a été mené conjointement par le CHU de Clermont-Ferrand et la Ligue contre le cancer du Puy-de-Dôme en partenariat avec l'Éducation nationale. Il s'agissait d'un programme global de promotion de la santé qui comportait différents volets : étude auprès de collégiens et lycéens, actions de prévention primaire en direction des élèves, formation des adultes encadrant, conférences pour les parents, groupes de motivation à l'arrêt pour les adolescents.

L'étude sur les perceptions et attitudes des élèves mesurait entre autres le sentiment d'efficacité

personnelle des adolescents à ne pas fumer dans certaines situations. Les résultats de cette étude nous ont permis d'ajuster nos interventions de prévention primaire mais également d'envisager des actions de prévention secondaire auprès des élèves. La prévention secondaire auprès des élèves (groupes de motivation à l'arrêt du tabac) s'organisait en 5 séances de motivation à l'arrêt du tabac qui regroupaient 5 élèves. Ce travail s'est effectué en s'appuyant sur les méthodes des thérapies cognitives et comportementales. Les adolescents ont appris à observer leur comportement, à connaître les situations qui déclenchaient le comportement et à gérer ces situations et ainsi leur consommation.

AFF20. Intoxication par le tabac au Maroc : étude rétrospective sur vingt ans

H. Hami¹, A. Soulaymani¹, S. Skalli², A. Mokhtari¹, R. Soulaymani²

¹Faculté des Sciences, Université Ibn Tofail, Kénitra, Maroc ²Centre anti-poison et de pharmacovigilance, Rabat, Maroc

Une étude rétrospective descriptive a été menée sur les cas d'intoxication au tabac répertoriés entre 1989 et 2008 au Centre anti-poison et de pharmacovigilance du Maroc. L'objectif est de déterminer le profil des sujets intoxiqués, ainsi que de présenter les caractéristiques de cette forme d'intoxication.

Durant la période considérée, 36 cas d'intoxication par le tabac ont été notifiés au Maroc. Les victimes, d'après les déclarations, sont souvent des jeunes adultes de sexe masculin, qui utilisent le tabac sous diverses formes (cigarettes, tabac à priser « nefha »). Plus d'un tiers des victimes d'intoxication, soit 36 % sont des jeunes enfants, qui se sont intoxiqués par ingestion accidentelle de cigarettes ou de mégots de cigarettes, l'âge n'excédant pas 5 ans. À cet âge-là, l'enfant explore le monde extérieur, il a un besoin de toucher, de mettre tout à la bouche. Suivant les données de l'étude, les cas déclarés d'intoxication, que ce soit pour l'expérimentation, la consommation répétée ou l'ingestion accidentelle de tabac, sont survenus en majorité à domicile. Les symptômes d'intoxication sont extrêmement divers. Toute une gamme de troubles neurologiques et respiratoires est retrouvée : céphalées, vertiges et dyspnée. Dans certains cas s'y associent des signes digestifs tels que douleurs abdominales, nausées et

vomissements. L'état des patients s'est amélioré sous traitement évacuateur et symptomatique.

AFF21. Étude des facteurs psychosociaux du maintien du tabagisme pendant la grossesse

I. Varescon¹, F. Aubourg², C. Gérard³, S. Leignel³, G. Grangé⁴, M. Detilleux⁵

¹Université Paris Descartes ²CHU Cochin-Saint Vincent-de-Paul ³CHU Cochin-Saint-Vincent-de-Paul ⁴Maternité Port-Royal, CHU Cochin, Université Paris ⁵CHU Cochin-Saint-Vincent-de-Paul, Université Paris

Depuis plusieurs années, l'information des femmes relative au caractère impératif de l'arrêt du tabac en cours de grossesse est très largement diffusée et d'ailleurs largement connue des intéressées. Pourtant, certaines femmes continuent à fumer et nous n'en connaissons pas clairement les raisons qui les différencient des femmes devenues abstinentes.

Objectif. L'objectif principal du projet est d'étudier l'impact de la maternité sur la consommation de tabac en identifiant les facteurs individuels, environnementaux et liés aux effets de la nicotine qui seraient susceptibles de favoriser le maintien du tabagisme chez les femmes enceintes.

Méthode. À l'aide de questionnaires et d'échelles validés, nous avons évalué les facteurs environnementaux (entourage fumeur, support social, situation familiale et économique), les facteurs individuels (anxiété, dépression, *coping*, stress) et les facteurs liés au tabac (niveau de dépendance tabagique, mesure du monoxyde de carbone, parcours de consommation, comportement tabagique, motivations à l'arrêt du tabac).

Population. Les données ont été recueillies auprès de 40 femmes enceintes et fumeuses répondant aux critères d'inclusion de l'étude.

Lieu de la recherche. CHU Cochin, consultation de tabacologie de la maternité Port-Royal (Paris).

Les résultats quantitatifs présentés au congrès permettront une meilleure connaissance des facteurs de maintien du tabagisme pendant la grossesse et serviront à discuter d'une part, les modalités de prises en charge médico-psychologique des femmes et d'autre part, de

cibler les messages de prévention destinés aux futures mères et à leur entourage.

AFF22. Perception des manipulations des cigarettiers dans une population de 592 lycéens

A. Ribier¹, I. Chartron²

¹Service de cardiologie, Hôpital des Chanaux, Mâcon ²Service de tabacologie, Hôpital des Chanaux, Mâcon

Parler du tabac à des lycéens est un exercice difficile. Lister les dangers pour la santé a peu d'impact dans cette tranche d'âge. Pour orienter le contenu d'interventions de tabacologie en milieu lycéen, nous avons réalisé une enquête sur les connaissances de l'ensemble des lycéens de 2^{nde} et 1^{ère} d'un même lycée sur les manipulations des cigarettiers.

Parmi ces 592 lycéens, 72,8 % étaient non fumeurs, 10,4 % fumaient moins d'une cigarette par jour et 16,8 % au moins une cigarette par jour.

Ces lycéens ont considéré que le tabac est : cher (91 %), dangereux (89 %), désagréable (73 %), addictif (56 %) (résultats identiques pour fumeurs et non-fumeurs).

Le tabac peut calmer pour 45 % des fumeurs versus 22 % des non-fumeurs, et la notion de plaisir est citée par seulement 35 % des fumeurs versus 18 % des non-fumeurs.

Le nombre de lycéens qui pensent que les fumeurs sont manipulés par l'industrie du tabac est directement corrélé au statut tabagique : 61 % pour les non-fumeurs, 51 % pour les fumeurs occasionnels, 41 % pour les fumeurs réguliers.

Parmi les lycéens ayant répondu oui à la question sur les manipulations, 42 % ont pu citer au moins 1 exemple de manipulation (entre parenthèses le nombre de fois où cet item est cité) :

- la dépendance (69) ;
- les arômes (39) ;
- les techniques publicitaires (38) ;
- le cinéma (7) ;
- le nombre de cigarettes par paquet (4) ;
- la désinformation (4) ;

- les soirées sponsorisées (3) ;
- les cigarettes légères (3) ;
- la négation de la dangerosité (1).

Nous développons ces différents exemples et posons l'hypothèse que la notion de perte de liberté, renforcée par des comportements manipulateurs, peut toucher un public adolescent et influencer son tabagisme.

AFF23. Fréquence du tabagisme chez le personnel hospitalier du CHU Béni-Messous d'Alger en 2008

G. Brahimi, R. Belkaid, I. Hamzaoui, R. Belaoudmou, M. Belkadi, S. Hamadi, A. Larinouna, A. Soukehal

Service d'épidémiologie et médecine préventive, CHU Béni-Messous Alger, Algérie

Introduction. Dans le tabagisme, l'attitude du personnel de santé est déterminante dans l'image qu'il véhicule face aux patients. Il est le relais indispensable pour l'information aux malades sur les risques encourus. Le but de ce travail est de mesurer la fréquence du tabagisme parmi les personnels du CHU et de déterminer ses caractéristiques épidémiologiques.

Méthode. C'est une étude transversale « un jour donné », le 11 mai 2008, un questionnaire auto-administré a été renseigné par l'ensemble du personnel médical et paramédical, ainsi qu'administratif et technique, présent ce jour. La saisie et l'analyse des données ont été réalisées sur logiciel Epi Info 6.

Résultats. 32 services ont participé à l'enquête, 604 personnes ont renseigné le questionnaire, l'âge moyen est de 36.5 ± 10 ans, le sex-ratio est de 1,25. Le personnel médical était de 23,7 %, les paramédicaux 32,3 %, les étudiants en médecine 15,6 %, le personnel administratif 10,8 %, le personnel d'hygiène et technique 14,8 %. Les fumeurs représentent 9,5 % dont 49 % fument en moyen 10 à 20 cigarettes par jour, 83,9 % des personnes enquêtées sont des non fumeurs. L'âge de début de la fume se situe entre 13 et 16 ans dans 35,5 %. 42,2 % des fumeurs quotidiens n'ont aucune intention d'arrêter de fumer. 49 % déclarent avoir fait 2 à 5 tentatives d'arrêt du tabagisme. 73,3 % des fumeurs consomment le tabac pendant le travail.

Conclusion. En dépit du fait que notre pays soit signataire de la Convention-cadre de l'OMS et de la riche législation en faveur de la lutte contre le tabagisme dont il dispose, l'application sur le terrain demeure insuffisante. L'hôpital doit offrir un soutien actif aux fumeurs lors du sevrage.

AFF24. Repérage systématique des fumeurs avant chirurgie programmée durant un trimestre au GH Pitié-Salpêtrière

D. Garelik¹, C. Dascievici¹, T. Iatchev¹, V. Trosini-Désert¹, J.L. Jost², Y. Catonné², F. Ménégaud², G. Lamas², J.P. Lefranc², P. Goudot², B. Dautzenberg²

¹Unité tabac GH La Pitié-Salpêtrière, Paris

²Fédération de chirurgie du GH La Pitié-Salpêtrière, Paris

Les fumeurs ont 2-3 fois moins de complications chirurgicales que les non-fumeurs. Ce surrisque est supprimé en arrêtant 6-8 semaines avant l'intervention.

Dans le cadre d'une étude de faisabilité, une recherche systématique du tabagisme des patients planifiés à >8 semaines pour une intervention a été conduite.

Les critères d'inclusion à un protocole ont été vérifiés sur les plannings existants (>18 ans, <80ans, incision cutanée >3cm, résident Île-de-France), puis au téléphone (fumeur>10cig/j, pronostic vital non engagé).

Méthodes. 5/11 services de chirurgie n'ont pas d'interventions programmées à plus de 8 semaines. Les tableaux opératoires des 6 autres services ont été revus et les fumeurs répondant potentiellement aux critères appelés au téléphone.

Résultats. Durant le premier trimestre 2010, 756 interventions étaient planifiées 8 semaines à l'avance. 329/756 patients ne répondaient pas avant appel aux critères d'inclusion (43 %). 325/427 patients potentiellement éligibles (76 %) ont pu être joints : 69 déclarent fumer (21 %), 256 être anciens ou non fumeurs.

Il a pu être identifié 46/69 fumeurs>10 cig./j ; 91 % de ces fumeurs déclarent vouloir quitter avant l'intervention à la suite du conseil bref de l'appel par un tabacologue.

11/42 fumeurs n'ont pas été inclus dans l'étude pilote car ils utilisaient des psychotropes ou pour d'autres raisons. Seuls 10/31 patients ont accepté

de participer quand le nombre de fumeurs dans la population étudiée est estimée à 160/756.

Conclusion. Un essai randomisé large d'arrêt du tabac en préopératoire ne peut être réalisé qu'en incluant dans l'étude de nombreux centres et en utilisant des critères d'inclusion larges, proches de la vraie vie.

AFF25. Place du tabagisme dans les fiches d'information préopératoire des patients

M. Bougdal¹, B. Dautzenberg^{1,2}, J. Visier¹, M.D. Dautzenberg¹, J. Osman¹

¹Office français de prévention du tabagisme (OFT), Paris ²Unité tabac GH La Pitié-Salpêtrière, Paris

En 2008, une conférence d'experts a montré que les fumeurs avaient 3 fois plus de complications de cicatrice et que l'arrêt 6-8 semaines avant l'intervention et durant la cicatrisation supprimait ce risque. Nous analysons les données incluses dans un échantillon de fiches d'information aux patients (FIP).

Méthodes. Les 100 premières fiches (FIP) relevées en tapant sur Google « information patient chirurgie » ont été analysées en 4 thèmes : effets du tabac, motivation à l'arrêt, conseil d'arrêt et prévention.

Résultats. Les 100 FIP émanent de 32 émetteurs, 2 émetteurs ont plus de 6 FIP, 20/32 n'en ont qu'une. Ces FIP concernent 13 spécialités. Seule la chirurgie plastique et l'orthopédie ont plus de 10 FIP.

Dans 76 % des cas, le mot « tabac » n'est pas présent. Un mot du tabac n'est présent dans la majorité des FIP que dans 3 spécialités : chirurgie vasculaire, maxillo-faciale et plastique. 2 % des FIP abordent les 4 aspects du tabac. Il s'agit de 2 FIP de chirurgie plastique. La technique d'arrêt est le thème le moins abordé (18 %).

Conclusion. Même si ce travail n'est fait que sur un échantillon, il montre une dramatique lacune d'information sur le tabagisme dans les FIP mises à disposition des futurs opérés.

Nous proposons un paragraphe générique à introduire dans toutes les FIP en attendant une réflexion plus en profondeur :

« Le tabagisme aggrave le risque de complication opératoire de toute intervention chirurgicale. Arrêter de fumer 6-8 semaines avant une intervention supprime ce surrisque. Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, à votre chirurgien et à votre anesthésiste ou téléphonez à Tabac-Info-Service (3989) pour vous faire aider à réduire ce risque et à mettre toutes les chances de votre côté».

AFF26. L'interdiction de fumer a diminué de façon spectaculaire la pollution des locaux, mais n'a aucune influence sur la vente de cigarettes en France

M.D. Dautzenberg¹, J. Osman¹, J. Visier¹, B. Dautzenberg¹

¹Office français de prévention du tabagisme (OFT), Paris

En 2003-2004, le Plan cancer visait à réduire le tabagisme en France. Ce plan comprenait en particulier une augmentation de 32 % des taxes et des campagnes de prévention.

En 2007-2008, la France a mis en place une interdiction de fumer en 2 étapes : février 2007 et janvier 2008 pour le secteur CHR. L'interaction entre les deux plans a été recherchée.

Résultats. Le plan 2003-2004 a été très efficace pour réduire la consommation de tabac (1,5 million de fumeurs en moins, baisse de moitié du taux d'écoliers fumeurs de Paris, baisse des ventes de cigarettes de 80,5 Mds/an à 54,9 Mds/an entre 2002 et 2005. Il n'a pas été rapporté avec ce plan de baisse significative du tabagisme passif.

L'interdiction de fumer 2007-2008 a eu, elle, un effet important sur le tabagisme passif. La pollution intérieure par PM1 a diminué de > 80% dans les lieux de travail et le secteur de l'hospitalité.

La pollution par les PM2.5 qui avant d'interdiction dépassait la valeur d'alerte (25 mcg/m³) dans 12 % des lieux de travail et 60 % des établissements du secteur de l'hospitalité est passée dans tous les cas en dessous de ce seuil, atteignant des niveaux inférieurs de ceux de la rue.

La vente de tabac est cependant restée inchangée de 2005 à 2009 (54,9 Mds cig/an) et aucun rapport d'enquête ne montre de fortes variations du taux de fumeurs.

Conclusions. Les deux plans sont mis en œuvre en France vis-à-vis de leur objectif respectif, mais aucun effet croisé n'est observé. Pour être efficace, un plan de lutte contre le tabac doit inclure des actions ciblant indépendamment les deux formes actives et passives du tabagisme.

AFF27. Les analyseurs de CO dans les maternités françaises : état des lieux

M. Delcroix¹, C. Gomez², B. Dautzenberg³

¹APPRI, Lille ²Association nationale des sages-femmes tabacologues, Lille ³Office français de prévention du tabagisme (OFT), Paris

La mesure du CO expiré chez les femmes enceintes lors de la consultation prénatale et à l'accouchement est une des mesures phare de la Conférence de consensus Grossesse et tabac. L'analyse du taux de CO expiré est une porte d'entrée au dépistage, au diagnostic, au suivi du tabagisme et à la prévention des rechutes durant la grossesse. Nous avons voulu étudier comment les maternités françaises étaient équipées.

Méthode. Un mail a été adressé à une sage-femme responsable de chacune des 550 maternités de France afin de répondre à un questionnaire simple en ligne (< 5 min.). Une seule relance a été faite. Les statistiques d'activités des maternités sont celles publiées en ligne par le ministère de la Santé (nombre de naissances, pourcentage de poids <2 500 g, pourcentage de césarienne, niveau de la maternité).

Résultats. 128 maternités de 68 départements ont répondu. 13 % des maternités répondantes ont plus de 3 analyseurs de CO. 41 % des maternités n'ont pas d'analyseur de CO.

Parmi celles qui ont un analyseur, 5 % ne l'utilisent jamais, 38 % l'utilisent rarement, 45 % l'utilisent souvent et 12 % l'utilisent chez toutes les femmes enceintes. Il y a en moyenne 1 CO-testeur pour 749 naissances. Ce sont les maternités de niveau 2 qui sont les plus équipées. Il y a plus de CO-testeurs dans les maternités où existe le plus fort pourcentage de petits poids de naissance. Il existe un lien statistique entre un nombre élevé de CO-testeurs et un pourcentage faible de césariennes dans une maternité.

Conclusions. Du chemin reste à faire pour que toutes les maternités soient équipées et utilisent en routine l'analyseur de CO, un outil simple et

efficace de la lutte contre le tabagisme des femmes enceintes.

AFF28. Évolution du score de Fagerström chez les adolescents en fonction de l'âge d'initiation du tabagisme

B. Dautzenberg¹, P. Birkui¹, M. Noël², J. Rubal¹, M.D. Dautzenberg^{1,3}

¹Paris Sans Tabac, Paris ²Rectorat de l'Académie de Paris, Paris ³Hôpital Necker Enfants-Malades, Paris

L'initiation du tabagisme en France en 2010 se fait principalement à 12-18 ans. Nous avons étudié en quoi l'âge d'initiation influence la dépendance au tabac.

Méthodes. PST effectuée chaque année depuis 1991 une enquête sur 2 % des élèves sur les habitudes tabagiques des élèves de Paris, avec le soutien des autorités (Rectorat de l'académie et CPAM de Paris). Le test de Fagerström a été introduit dans le questionnaire en 1995, l'analyse porte donc sur 16 ans.

Résultats. Parmi la cohorte, 11 125 élèves déclarent être fumeurs quotidiens, depuis 0 à 4 ans, et précisent sexe, âge et 6 questions du Fagerström.

Le Fagerström passe de 1,20 après un an de tabac à 2,12 au bout de 4 ans.

Chez ceux qui commencent à fumer avant 15 ans, le Fagerström passe de 1,29 la première année à 2,26, après 4 ans de tabagisme.

Chez les fumeurs qui commencent après 15 ans le Fagerström passe de 1,15 après la première année du tabagisme à 1,86, après 4 ans de tabagisme.

L'augmentation du Fagerström est supérieure de 31 % chez les adolescents qui commencent à fumer avant 15 ans par rapport à ceux qui commencent après. Si la première question du Fagerström sur le délai de la première cigarette (question contestée chez les ados) est supprimée, cette augmentation reste plus élevée (31 %) chez ceux qui commencent tôt que chez ceux qui comment plus tard.

L'initiation précoce avant 15 ans, entraîne une augmentation de 64 % du Fagerström chez les garçons, et une variation non significative de +6 % chez les filles.

Conclusion. L'augmentation du Fagerström est plus élevée chez les adolescents qui commencent à fumer avant 15 ans qu'après. Dans cette enquête, les garçons sont particulièrement sensibles à cette initiation précoce du tabagisme.

AFF29. Vingt ans d'évolution du tabagisme chez les collégiens et lycéens parisiens

P. Birkui¹, M. Noël², J. Rubal¹, B. Dautzenberg¹
¹Paris Sans Tabac, Paris ²Rectorat de l'Académie de Paris, Paris

Méthodes. Après sélection de 2 % des classes sur les listes de l'Académie, chaque année les proviseurs et principaux désignent l'enseignant qui fait passer le questionnaire préidentifié par classe. Récupérées via l'Académie, les feuilles sont scannées et le taux de fumeurs quotidiens analysé en fonction de l'année, du sexe et de la tranche d'âge.

Résultats. Le taux de fumeurs montre que le tabagisme suit l'évolution des politiques :

- De 1991, date du vote de la loi Évin, à 2001 le taux de fumeuses chez les lycéennes était de 41 % et chez les lycéens de 34 %. Les collégiennes fumaient également plus que les lycéens (11 % vs 9 %).
- De 2001 à 2004, la consommation s'effondre avec les campagnes montrant la fumée comme polluante et le lancement du premier Plan cancer. Quel que soit l'âge, la chute est plus importante chez les filles que les garçons.
- De 2004 à 2008, la consommation est presque stable montrant une très légère croissance chez les lycéens et décroissance chez les collégiens des 2 sexes. Les mesures prises, telle que l'interdiction du paquet de 10, l'interdiction de vente aux moins de 16 ans, pourraient expliquer cette dissociation.
- De 2008 à 2010, la remontée de la consommation aussi bien chez les filles que les garçons, aussi bien chez les lycéens que les collégiens, survient alors que les arbitrages concernant le contrôle du tabac sont pris en France en faveur du ministère du Budget et non celui de la Santé.

Conclusions. Les données de PST, disponibles pour le 31 mai chaque année, suivent l'évolution des politiques tabac, même si ces données ne

concernent que Paris (où les jeunes fument moins) et les jeunes scolarisés ; elles montrent que l'initiation au tabagisme des jeunes dépend fortement des décisions politiques.

AFF30. Quel tabac fument les collégiens et lycéens parisiens ?

M.D. Dautzenberg^{1,2}, P. Birkui¹, J. Rubal¹, M. Noël², B. Dautzenberg¹

¹Paris Sans Tabac, Paris ²Hôpital Necker Enfants-Malades, Paris ³Rectorat de l'Académie de Paris, Paris

Avec l'altération de l'image de la cigarette acquise dans les années 2001-2005 par la politique volontariste de l'époque, l'offre de produits du tabac aux jeunes s'est diversifiée.

Méthodes. Afin de mieux connaître quel tabac est fumé, nous avons introduit en 2007 une nouvelle question dans l'enquête conduite annuellement avec l'académie de Paris dans 2 % des classes.

Résultats. De 2007 à 2010, 4 040 élèves déclarent fumer quotidiennement ou occasionnellement du tabac, 2 343 filles et 2 140 garçons. De nombreux fumeurs annoncent fumer plusieurs types de tabac.

Les cigarettes industrielles sont consommées par 73,2 % des jeunes fumeurs.

Les cigarettes roulées sont fumées par 20,5 % des jeunes fumeurs, 14,8 % des filles et 26,7 % des garçons. Chez les garçons de 15 ans 33,3 % des fumeurs en consomment.

Les cigarettes parfumées sont fumées par 10,3 % des jeunes fumeurs. Chez les 14 ans, ce produit est fumé par 35 % des fumeuses. Chez les garçons c'est à 12 ans que cette consommation est maximum (18,2 %).

Les cigarillos sont fumés par 6 % des jeunes fumeurs, 2,4 % des filles et 9,9 % des garçons.

La pipe est fumée par 3,2 % des jeunes qui fument, 2 % des filles et 4,6 % des garçons.

De très nombreux jeunes fument au moins occasionnellement le narguilé (ou chicha) qui est fumé par 43,4 % des jeunes qui fument, 38,4 % des filles et 48,8 % des garçons.

Conclusions : moins de 3/4 des jeunes se déclarant fumeurs consomment des cigarettes industrielles, même occasionnellement. Les cigarettes roulées sont particulièrement consommées par les garçons. Les collégiennes consomment particulièrement les cigarettes parfumées, les cigarillos et la pipe sont peu consommés. La chicha est fumée par plus de 40 % des fumeurs.

AFF31. Mésestimation de la consommation et phénomène de compensation chez les fumeurs. Intérêt de la cotinine urinaire

N. Jacob¹, A. Diakhate², I. Zeggane²

¹Biochimie, GH La Pitié-Salpêtrière, Paris

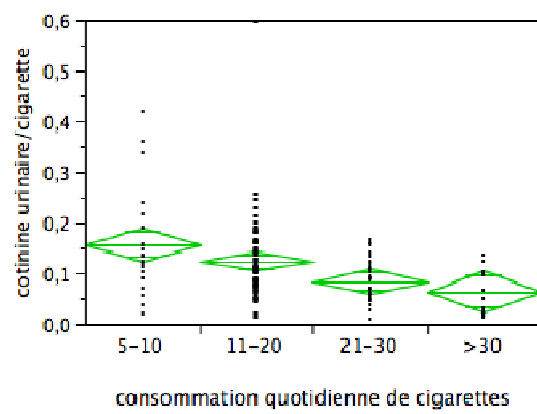
²Tabacologie, GH La Pitié-Salpêtrière, Paris

Nous avons étudié la relation entre consommation quotidienne de cigarettes et cotinine urinaire chez 128 fumeurs (42 ± 11 ans; 21,2 ± 10,9 cig/j) à la première visite en tabacologie.

La cotinine, mesurée par immunodosage, est égale à 1,31 ± 0,80 mg/L, 2,02 ± 0,94 mg/L, 2,32 ± 1,09 mg/L et 2,75 ± 1,99 mg/L, respectivement pour 5 à 10, 11 à 20, 21-30 et > 30 cig/j.

Pour > 30 cig/j, la cotinine par cigarette est égale à 0,065 mg/L, proche du seuil fumeur/non-fumeur de 0,0497 mg/L établi pour l'urine par Jarvis MJ⁶. Si la consommation est moindre, on observe une augmentation significative du rapport cotinine/cigarette (p = 0,0006).

Ces résultats sont en faveur d'un phénomène de compensation ou d'une mésestimation de la consommation.



⁶ Am J Public Health 1987; 77 : 1435-38.

AFF32. Intérêt des substituts nicotiques dans la prise en charge du sevrage du cannabis

S. Latour¹, M. Adler², M.C. Lott², E. Guillem³

¹Faculté de pharmacie, Chatenay-Malabry

²Hôpital Antoine Bécclère, Clamart

³Hôpital Lariboisière, Paris

Bien que le cannabis reste considéré comme une drogue « douce » et sans risque pour la santé, sa toxicité est prouvée. La fumée de cannabis est plus fortement concentrée en substances cancérigènes que la fumée de cigarette. La dépendance au cannabis est de plus en plus souvent observée.

Face à ce phénomène, la demande de soins est en constante augmentation depuis 1997. Même si l'on constate la nécessité d'une prise en charge spécifique, peu de recherches ont été menées sur ce sujet. La principale stratégie reste la thérapie cognitivo-comportementale associée à des entretiens motivationnels et à la résolution des problèmes contingents. Le fait que le cannabis soit fumé avec du tabac sous forme de joints est rarement pris en compte et l'utilisation des substituts nicotiques dans le sevrage du cannabis peut être discutée.

Dans cet article, la comparaison de deux méthodes de prise en charge, l'une utilisant les substituts nicotiques (forte dose et associés) et l'autre uniquement la TCC associée aux entretiens motivationnels et à la résolution des problèmes contingents, a permis de mettre en évidence l'intérêt des substituts nicotiques dans le sevrage du cannabis. Malgré les limites de cette étude, on a pu constater qu'aucun des patients sous substituts nicotiques n'a compensé sa diminution de consommation de joints par une augmentation de sa consommation de cigarettes, contrairement aux patients suivis uniquement par TCC. L'association des substituts nicotiques et de la TCC semble être une stratégie intéressante car elle permet de prendre en charge le sevrage du cannabis tout en préservant la santé du patient en lui évitant une toxicité supplémentaire avec la fumée de tabac.

AFF33. Évaluation de la consultation hospitalière de tabacologie du CHRU Morvan Brest (version anonyme: évaluation d'une consultation de tabacologie hospitalière)

C. Fortin, CHT CHRU Morvan, Brest

Objectif. Afin d'optimiser la prise en charge pluridisciplinaire proposée à nos consultants, notre CHT a souhaité évaluer de manière quantitative et qualitative notre pratique auprès des consultants.

Méthode. Les données ont été recueillies à l'aide d'un auto-questionnaire et d'une relance téléphonique.

Critères d'inclusion. Tous les consultants vus pour la première fois en 2007 au niveau de la CHT.

Résultats. 151 consultants ont répondu entre mai 2009 et juin 2009, soit 25 % de la population étudiée. 58,9 % sont des femmes et 41,1 % des hommes. La tranche d'âge la plus importante se situe entre 40 et 49 ans.

Plus d'un an après leur premier rendez-vous, 55 % des consultants se déclarent fumeurs et 45 % ex-fumeurs.

La réunion de groupe, dont l'objectif initial est de diminuer le délai des premiers rendez-vous et ainsi assurer un contact rapide, devient un élément de motivation supplémentaire.

76,5 % des ex-fumeurs déclarent avoir pris du poids or, nous savons que cela peut être un facteur de rechute. La prise de poids est donc une réalité que nous devons mieux prendre en compte.

La prise en charge pluridisciplinaire (psychologue, diététicienne, sophrologue) optimise l'offre de soins de la consultation. 86 % des consultants en sont satisfaits.

Conclusion. La CHT est un lieu privilégié pour l'aide au sevrage tabagique. La pluridisciplinarité de l'équipe est un atout de notre consultation. Cette étude demande à être approfondie afin de toujours mieux répondre à l'attente de nos consultants.

AFF34. Le tabagisme est associé aux taux d'arrêt et d'accident du travail dans l'enquête 3T

J. Osman¹, N. Rahhali², B. Dautzenberg¹, C. Taieb²
¹Office français de prévention du tabagisme (OFT), Paris ²Pierre Fabre santé, Castres

Il existe un lien entre tabac et travail. Le tabagisme coûte cher à l'entreprise selon de nombreuses études, mais les données manquent en France.

Méthodes. L'enquête 3T par interview téléphonique a porté en 2009 sur 3 000 personnes représentatives de la population au travail. Elle interrogeait sur le statut tabagique, les arrêts maladie et les accidents de travail.

Résultats: Le taux de tabagisme est comparable au taux rapporté par l'INPES dans sa répartition par âge et sexe.

Un arrêt maladie ces 6 derniers mois est rapporté par 11,6 % des non-fumeurs contre 19 % des fumeurs quotidiens. L'arrêt du tabac est associé à un pic à 33,3 % d'arrêt maladie les 6 derniers mois (la maladie peut être cause ou conséquence de l'arrêt du tabac), mais ce taux redescend à 14,1 % chez les ex-fumeurs de plus de 6 mois.

Un accident de trajet ces 6 derniers mois est rapporté par 0,9 % des non-fumeurs contre 1,2 % des ex-fumeurs et 1,6 % des fumeurs (les effectifs ne sont pas suffisants pour séparer en 2 catégories les ex-fumeurs).

Les accidents de travail dans leur ensemble sont rapportés ces 6 derniers mois par 1,8 % des non-fumeurs contre 4 % des fumeurs. Les ex-fumeurs récents ont un taux d'arrêt élevé (4,2 %) et là encore l'accident du travail peut tout aussi bien être la cause de l'arrêt du tabac que l'inverse. Chez ceux qui ont arrêté de fumer depuis plus de 6 mois, le taux d'accident de travail ces 6 derniers mois retombe à 2,6 %.

Conclusions. Que ce soit pour les accidents de trajet, l'ensemble des accidents de travail ou les arrêts maladie, les fumeurs ont beaucoup plus d'événements que les non-fumeurs. Le bénéfice de l'arrêt du tabac apparaît globalement pour ceux qui ont arrêté depuis plus de 6 mois.

L'espace d'exposition (salle Menand, niveau -1) des posters est en libre accès pendant toute la durée du congrès. Deux visites commentées sont organisées de la manière suivante :

POS1

Jeudi 4/11

13h00/13h50

Visite guidée de posters

AFF01 à AFF16

Salle Menand

Président

M.-D. Dautzenberg

Intervenants

Auteurs des

POS2

Vendredi 5/11

13h00/13h50

Visite guidée de posters

AFF17 à AFF34

Salle Menand

Président

D. Garélik

Intervenants

Auteurs des posters

Index auteurs/intervenants

- A** Aboyans V. 6, 19
Adler M. 8, 25, 53
Anahory T. 36
Arino A. 29, 40
Aubin H.J. 5, 7, 10, 18, 23, 31
Aublet Cuvelier A. 30, 34, 35, 41
Aubourg F. 47
Aubry E. 16
Aveyard P. 18
- B** Baha M. 37
Beaurain C. 40
Beck F. 4, 12
Belaoudmou R. 35, 48
Belkadi M. 35, 48
Belkaid R. 11, 35, 48
Berlin I. 6, 8, 11, 21, 23, 26, 36
Birkui P. 51, 52
Boni C. 23
Borgne A. 7, 25
Bougdal M. 49
Bougrida M. 5, 18
Bourahli M.K. 18
Bousquet M. 29
Bouté Makota V. 44, 46
Bovet F. 33
Brahimi G. 35, 48
Bricout S. 29, 40
Brixl R. 40
Brognon P. 9, 29, 43
Brousse G. 44
Brugière C. 44
- C** Caillaud D. 43
Cambou J.P. 20
Carrière I. 20
Catonné Y. 49
Catto M. 4, 14
Chambon C. 42
Chaplot S. 9, 27
Chareyre L. 8, 26
Chartron I. 48
Chassevent-Pajot A. 9, 27
Chibout N. 18
- Chironi G. 21
Colin C. 46
Coridon H. 16
Cornuz J. 28
Croizet A. 11, 30, 35
- D** Dascievici C. 49
Dautzenberg B. 4, 7, 9, 10, 11, 13, 25, 26, 28, 32, 33, 36, 49, 50, 51, 52, 54
Dautzenberg M.D. 49, 50, 51, 52
De Bruyn P. 4, 12
Dechanet C. 11, 36
Dechaud H. 36
Degennes C. 33
Del Pino M. 21
Delattre L. 42
Delcroix M. 50
Delrieu A. 9, 11, 28, 33, 36
Deruelle P. 16
Detilleux M. 47
Dewitte J.D. 46
Diakhate A. 11, 17, 33, 52
Doly L. 44
Donnadieu-Rigole H. 4, 14
Dupont P. 5, 7, 9, 11, 19, 30, 38, 39
- E** Empana J.Ph. 20
Escolano S. 20
- F** Faure B. 7, 23
Filaire M. 45
Fleitmann S. 36
Fortin C. 53
Froment-Teffene C. 32
- G** Gallice-Gaillard C. 29, 40
Garelik D. 49
Gaucher R. 17
Georgieu S. 11, 38
Gérard C. 47
Gomez C. 50
Gorwood P. 23
- Goudot P. 49
Grangé G. 47
Greil A. 43
Guelon D. 45
Guillaume S. 5, 38
Guillem E. 53
- H** Hamadi S. 35, 48
Hami H. 47
Hamzaoui I. 48
Hannebicque K. 5, 16
Hedon B. 36
Honor Hance I. 6, 21
Houeijeh A. 16
Houfflin-Debarge V. 16
Huteau M.E. 9, 10, 29, 31, 40
- I** Iatchev T. 49
- J** Jacob N. 5, 17, 52
Jacot-Sadowski I. 9, 28
Jeannin G. 43
Joly B. 30
Jost J.L. 49
Joussein-Remacle S. 27
- K** Kelai S. 7, 23
- L** Labroye-Signoret C. 9, 27
Lahmek P. 18
Lamas G. 49
Larinouna A. 35, 48
Latour S. 53
Launay J.M. 21
Le Faou A.L. 7, 10, 11, 37, 38, 45
Le Houezec J. 8, 25
Leborgne F. 11, 34, 41
Lecousse-Bouvier F. 33
Lefebvre F. 39
Lefranc J.P. 49
Legendre P. 30
Leignel S. 47

Lemaire P. 30, 42
Leroy C. 20
Lizée M.J. 7, 24
Llorca P.M. 34, 41, 44, 46
Lott M.C. 53
Loubrieu V. 6, 22
Lyectt D. 18

M Makinson A. 4, 15
Mandhouj O. 5, 8, 38
Martinet Y. 16
Mehdioui H. 18
Meier C. 9, 27
Ménégaud F. 49
Merle P. 43
Merson F. 42
Mokadem Y. 35
Mokhtari A. 47
Molinari N. 29
Montcouquiol S. 43
Morel F. 46

N Naamee A. 45
Noël M. 51, 52
Nuss P. 10, 33

O Osman J. 28, 33, 36, 49, 50,
54
Osman M. 28

P Parsons A. 18
Peiffer G. 7, 25
Pelle C. 11, 38
Peoc'h K. 21
Perriot J. 8, 9, 25,
30, 34, 35, 41, 42, 43, 44,
45, 46
Phomsouvandara C. 7, 24
Plassot C. 29
Plazenet N. 42

Q Quantin X. 5, 7, 10,
23, 29, 32, 36, 38, 40

R Rahhali N. 54
Ramos N. 23
Ratte S. 4, 12
Rendu F. 6, 21

Ribier A. 48
Rouquet R.M. 5, 9, 10, 31,
38
Rubal J. 51, 52

S Savouret P. 39
Schmitt A. 8, 25, 30, 44, 46
Schoeffler P. 45
Séguret F. 20
Simon A. 21
Skalli S. 47
Skrzypczak Y. 45
Smadja O. 8, 26
Smail N. 35
Soukehal A. 35, 48
Soulaymani A. 47
Soulaymani R. 47
Stchepinsky O. 6, 19
Stoebner-Delbarre A. 31
Storme L. 16

T Taieb C. 54
Terrasse L. 28
Testelin M.A. 5, 17
Thomas D. 6, 8, 20, 26
Touzeau D. 9, 26
Tremblay M. 20
Trichard C. 6, 20
Trosini-Désert V. 33, 49

U Urban T. 4, 13

V Valles C. 7, 24
Varescon I. 47
Verdier A.M. 39
Visier J. 33, 49, 50
Vu C. 33

W Wirth N. 4, 16

Z Zaleski-Zamenhof M. 28
Zeggane I. 52