

Clermont Fd

7^e CONGRÈS NATIONAL
DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE TABACOLOGIE

Sous le haut patronage du Ministère de la Santé

24 & 25 OCTOBRE
2013

POLYDÔME

PLACE DU 1^{ER} MAI - 63050 CLERMONT FERRAND

De la **Clinique**
à la recherche



Abstracts Book

Publicis
MEDICAL SOLUTIONS



IRAAT
INSTITUT RHÔNE-ALPES AUVERGNE
DE TABACOLOGIE



MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA SANTÉ



Président d'honneur
MiLDT
SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE TABACOLOGIE



CONSEIL RÉGIONAL
AUVERGNE



PUY-DE-DÔME
CONSEIL GÉNÉRAL



VILLE DE
CLERMONT
FERRAND



UNIVERSITÉ
D'Auvergne

NOS PARTENAIRES



Association francophone
des diplômés et étudiants
en tabacologie



AstraZeneca



Comité Régional Auvergne
contre les Maladies Respiratoires



plus de 20 ans d'expérience



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline Santé Grand Public

Johnson & Johnson

SANTÉ BEAUTÉ FRANCE



COMITÉ DU
PUY-DE-DÔME



NOVARTIS



Pierre Fabre
Santé

mon-partenaire-sante.com



Les Volcans
chaPitre.com

8h30-9h15 - SESSION INAUGURALE

9h15-10h30 - SESSION PLÉNIÈRE

Du récepteur nicotinique à la pharmacologie de la dépendance

Président : P-M Llorca (Clermont-Fd) - Modérateur : G. Mathern (Lyon)

- Les récepteurs concernés par la dépendance nicotinique - U. Maskos et M. Besson (Paris)
- Mécanismes complémentaires de dépendances - G. Brousse (Clermont-Fd)

10h30-11h00 - Pause / Posters*

11h00 - 12h30

SEVRAGE ET PRISES EN
CHARGE INTEGREGES

Président : C. Charpentier
(Luxembourg)
Modérateur : A. Borgne (Paris)

- La place d'un réseau de soins
G. Demigneux (Blois)
- Les coaddictions
C. Gillet (Nancy)
- Education thérapeutique et tabac
S. Pruilhere (Clermont-Fd)
- Des missions à la pratique en officine
M-P Sauvant-Rochat et M-J Pojer-Medville (Clermont-Fd)

LES RELATIONS
TABAC ET SNC

Président : R. de Beaupaire
(Paris)
Modérateur : A. Eschalié
(Clermont-Fd)

- Suicide et tabac
I. Berlin (Paris)
- Relation tabac et douleur
N. Authier (Clermont-Fd)
- Parkinson et tabac
I. de Chazeron (Clermont-Fd)
- Tabac et schizophrénie
P-M Llorca (Clermont-Fd)

PAYS FRANCOPHONE :
POLITIQUES ET PREVENTION

Président : AL Le Faou (Paris)
Modérateur : B. Dautzenberg
(Paris)

- Prévention du tabagisme à l'école Projet transfrontalier
L. Galanti (Bruxelles)
- Développement des centres de tabacologie et expérience de la prise en charge de la lutte antitabac en Algérie
S. Nafti (Alger)
- Côte d'Ivoire - Spécificité de la prise en charge et de la formation S. Dje-Bi (Côte d'Ivoire)
- La prévention du tabagisme en Suisse
I. Jacot-Sadowski (Lausanne)

COMMUNICATIONS LIBRES
TENDANCE SANTÉ
PUBLIQUE

Président : F-J-D Dewitte (Brest)
Modérateur : P. Arvers (Lyon)

- Evolution des pratiques tabagiques entre 2001 et 2011 chez des étudiants en pharmacie - MP Sauvant-Rochat, Clermont-Fd
- Etat des connaissances en tabacologie chez une population suivie en Médecine du Travail. Le sevrage tabagique, un projet conduit par le service de santé au travail - C. Mostosi, Belgique
- Tab'agir un réseau d'aide à l'arrêt régional original - JL Duros, Tab'agir
- Interventions financières des pouvoirs publics dans l'aide au sevrage tabagique - l'exemplarité belge - A Wuyard, Belgique
- Suivi des consommations de tabac et d'alcool après un premier cancer du poumon ou des voies aériennes supérieures - C Vannimemus, Lille

12h30-14h00 - Déjeuner

13h00-14h00 - Symposium Laboratoire Pfizer

Dépression, Tabac et Sevrage tabagique

- Introduction - I. Berlin (Paris)
- L'hypoxie : facteur de risque de dépression chez le fumeur ? - M. Underner (Poitiers)
- Nouvelles données chez des patients souffrant ou ayant souffert de troubles dépressifs majeurs
A. Schmitt (Clermont-Ferrand)
- Est-ce que l'humeur s'améliore après l'arrêt de la consommation tabagique ? - I. Berlin (Paris)
- Conclusion et Q&A modéré - I. Berlin (Paris)

14h00 - 15h30

SESSION SFT/SOCIÉTÉ
FRANÇAISE DE
CARDIOLOGIE

Président : D. Thomas (Paris)
Modérateur : P. Motreff
(Clermont-Fd)

- Syndrome coronaire aigu chez le jeune fumeur - P. Motreff (Clermont Fd)
- Pilule, tabac et accidents cardiovasculaires - I. Berlin (Paris)
- Sevrage tabagique : impact d'un programme spécifique d'éducation thérapeutique dans l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs
V. Sicre-Gatimel (Toulouse)
- Tabagisme et pathologie cardiovasculaire : actualités 2013
D. Thomas (Paris)

INFECTION VIH ET TABAC
OU EN EST-ON ?

Président : H. Laurichesse
(Clermont-Fd)
Modérateur : M. Dematteis
(Grenoble)

- Brosser un tableau clinique du fumeur VIH - D. Garelik (Paris)
- Les pathologies psychiatriques du VIH - A. Schmitt (Clermont-Fd)
- Prise en charge du sevrage tabagique pour le fumeur infecté par le VIH ? - B. Lemaitre (Caen)
- Prise en charge et suivi de l'infection du VIH - Actualités dont la place de la prise en charge des addictions
C. Jacomet et M. Vidal (Clermont-Fd)

PAYS FRANCOPHONES :
AIDE A L'ARRET

Président : P Bartsch (Liège)
Modérateur : C. Laporte
(Clermont-Fd)

- Le point sur le vaccin et autres perspectives
J. Cornuz (Lausanne)
- Tabagisme : maladie chronique ?
M. Underner (Poitiers)
- Cigarette Electronique : état des lieux
G. Mathern (St-Etienne)
- Baclofène, topiramate et arrêt du tabac ?
L. Malet (Nice)

COMMUNICATIONS LIBRES
TENDANCE RECHERCHE

Président : F. Durif
(Clermont-Fd)
Modérateur : D. Touzeau (Paris)

- De faibles capacités d'inhibition prédisent la rechute chez des patients en arrêt tabagique
V Flaudias, Clermont-Fd
- Etudier le Sevrage Tabagique par une Approche Psychosociale (ESTAP)
F Merson, Clermont-Fd
- Education thérapeutique du patient appliquée à la tabacologie
RM Rouquet, Montpellier
- Pronostic du sevrage tabagique des fumeurs difficiles en centre de tabacologie
B Joly, Vichy-Dijon
- Le biais attentionnel dans l'addiction peut-il être qu'un simple défaut d'inhibition
V Flaudias, Clermont-Fd

JEUDI 24 OCTOBRE DÉPENDANCE TABAGIQUE

SUITE...

15h30-16h00 - Pause / Posters*

16h00 - 17h30

TCC ET TABACOLOGIE : ÉVALUER NOS PRATIQUES

Président : *C. Guillaumin (Angers)*
Modérateur : *G. Mathern (St-Etienne)*

- L'approche psycho-comportementale à partir de 2 cas cliniques
C. Potié (Grenoble)
- Thérapies cognitives et arrêt du tabac
X. Noël (Bruxelles)
- Apprendre à gérer ses émotions sans tabac
V. Bouté-Makota (Clermont-Fd)
- Thérapie de mindfulness
J. Geneste (Clermont-Fd)

TABAC ET GERIATRIE

Président : *I. Jalenques (Clermont-Fd)*
Modérateur : *A-S Ronnaux-Baron (Lyon)*

- Données actuelles en épidémiologie
R. Guignard (INPES-Paris)
- Comment accompagner l'aide à l'arrêt du tabac du sujet âgé ?
J. Perriot et A. Croizet (Clermont-Fd)
- Alzheimer et tabac
R. de Beaurepaire (Paris)
- Arrêt du tabac et personnes âgées - Le point de vue du cardiologue
D. Thomas (Paris)

ADOLESCENTS ET DETERMINANTS DU TABAGISME

Président : *E. André (Grenoble)*
Modérateur : *A. Labbé (Clermont-Fd)*

- Temporalité et conduites addictives à l'adolescence : expliquer et intervenir à partir de la psychologie sociale
N. Fieulaine (Lyon-Bron)
- Evaluer la dépendance chez les adolescents
J. Le Houezec (Rennes)
- Aspects sociologiques qui font le lit de la dépendance
R. Courtois (Tours)
- Composante identitaire de la dépendance au tabac
P. Dupont (Paris)

SESSION MEMOIRES DES DIU DE TABACOLOGIE

Présidentes : *N. Wirth (Nancy)*
L. Galanti (Bruxelles)

- DIU Paris (*Paris VI et Paris XI*)
- DIU inter-région Ouest (*Angers, Brest, Nantes, Poitiers, Rennes, Tours*)
- DIU inter-région Centre (*Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Saint-Etienne*)
- DIU inter-région Sud (*Bordeaux, Montpellier, Toulouse Marseille*)
- Formation continue Belgique (*Fares*)

17h30-18h45 - Symposium Laboratoire Pierre Fabre

Testez vos connaissances et améliorez votre pratique - 4 situations cliniques

- L'utilisation des forts dosages - quand, comment ? - *J. Perriot (Clermont-Fd)*
- L'arrêt du tabac en fin de vie - en connaître les bénéfices - *M. Bertocchi (Lyon)*
- La relation maladie parodontale et tabagisme - un moyen de motivation - *M. Underner (Poitiers)*
- L'arrêt progressif du traitement - gage de réussite - *D. Touzeau (Paris)*

* **Session Posters :**

Président : *P. Rouzeau (Toulouse)*

Membres : *J. Perriot (Clermont-Fd), B. Benezech (Albi), G. Brousse (Clermont-Fd)*

VENDREDI 25 OCTOBRE SEVRAGE TABAGIQUE DU FUMEUR DIFFICILE

8h30 - 10h30 - SESSION PLÉNIÈRE

Sevrage tabagique du fumeur difficile

Président : *N. Wirth (Nancy)* - Modérateur : *A. Schmitt (Clermont-Fd)*

- Le fumeur difficile : comment le définir, stratégie générale de prise en charge - *J. Perriot (Clermont-Fd)*
- Moyens thérapeutiques dans l'aide à l'arrêt du fumeur difficile - *I. Berlin (Paris)*

10h30-11h00 - Pause / Posters*

11h00 - 12h30

REDUCTION DES RISQUES

Président : *J. Le Houezec (Rennes)*
Modérateur : *P. Bartsch (Liège)*

- Consommation de nicotine : réduction des risques
Y. Martinet (Nancy)
- Le regard du cardiologue
D. Thomas (Paris)
- La réduction des risques en alcoologie, quel modèle pour les tabacologues ?
G. Brousse (Clermont-Fd)
- Aspects dynamiques de la réduction des risques
S. Massin (Paris)

TABAC, IMMUNOLOGIE, CANCEROLOGIE

Président : *J. Dauplat (Clermont-Fd)*
Modérateur : *J-M Vergnon (St-Etienne)*

- Cancer du poumon : fumeur et non-fumeur
P. Merle (Clermont-Fd)
- Intérêt du sevrage tabagique dans le cancer du poumon - *B. Michy (Nancy)*
- Intérêt du sevrage dans les situations de greffes (cas de la greffe du foie) - *A. Abergel (Clermont-Fd)*
- Tabagisme et Transplantation d'Organe - En direct de Seville. Une problématique au cœur des Universités d'été des médecins transplantateurs en septembre 2013 - *B. Lemaitre (Caen)*
- Peau muqueuse / Tabac - Point de vue du chirurgien
JM Mondié (Clermont-Fd)

LA (LES) MATERNITE(S) SANS TABAC

Président : *M. Berland (Lyon)*
Modérateur : *C. Guillon (Lyon)*

- Transfert de la nicotine et de la cotinine dans le lait maternel. A propos de l'étude ancillaire SNIPP N.
Jacob (Paris)
- Femmes enceintes, troubles psychiatriques et arrêt du tabac
A. Schmitt (Clermont-Fd)
- Etude CAFE - Substance Psychoactive et Femmes Enceintes
H. Laurichesse (Clermont-Fd)
- Conférence de consensus Tabac et Grossesse - 10 ans après -
M. Delcroix (Lille)

COMMUNICATIONS LIBRES TENDANCE CLINIQUE ET AIDE A L'ARRÊT

Président : *A. Stoebner (Montpellier)*
Modérateur : *F. Morel (Clermont-Fd)*

- Le sevrage tabagique, un projet conduit par le service de santé au travail -
P Pradeau, Colombes
- Favoriser l'engagement dans le sevrage tabagique -
ME Huteau, Montpellier
- Diminuer la consommation de tabac pendant la grossesse grâce à des mesures incitatives -
M Blanquet, Clermont-Fd
- Sevrage tabagique et Schizophrénie -
L Doly, Clermont-Fd
- Impact d'un programme d'éducation thérapeutique du patient sur le sevrage tabagique -
F Marchandise, Clermont-Fd

12h30-14h00 - Déjeuner

13h00-14h00 - Symposium Laboratoire Johnson and Johnson Santé Beauté France

Le craving du fumeur et sa prise en charge

- De l'importance du craving dans l'arrêt du tabac - *J. Le Houezec - Conseil en Santé publique, Dépendance tabagique (Rennes)*
- Place du traitement du craving dans le sevrage tabagique - *B. Le Maitre - service Tabacologie (CHU Caen)*
- Prévention et arrêt du tabac : l'expérience anglaise - *V. Doshi Consultant Pharmacist - NHS Stop Smoking Service (London UK)*

VENDREDI 25 OCTOBRE

SEVRAGE TABAGIQUE DU FUMEUR DIFFICILE

SUITE...

14h00 - 15h30

TABAC ET SPORT PERFORMANCE ET DÉPENDANCE

Président : L. Gerbaud (Clermont-Fd)
Modérateur : G. Errard-Dubois (Tours)

- Tabac et Sport : état des lieux
J. Coudert (Clermont-Ferrand)
- A propos de produits tabac et dopage
M. Guinot (Grenoble)
- Education thérapeutique, activité physique et santé
F. Martin (Chartres)
- Addiction et sport de haut niveau
J. Rougier (Clermont-Fd)

TABAC - POUMONS ALLERGIES

Président : D. Caillaud (Clermont-Fd)
Modérateur : R-M Rouquet (Toulouse)

- Tabac, cannabis et santé respiratoire
T. Urban (Angers)
- Sevrage tabagique et BPCO
G. Peiffer (Metz)
- Comparaison entre l'aérosol de la e-cigarette et celui de la fumée des cigarettes classiques et de la chicha
B. Dautzenberg (Paris)
- Asthme et tabac
M. Underner (Poitiers)

SESSION DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DES INFIRMIERS EN TABACOLOGIE (AFTT)

Président : G. Héno (Vannes)
Modérateur : P. Lemaire (Clermont-Fd)

- Importance du repérage et de la prise en charge des coaddictions dans le sevrage tabagique
C. Valles (Cahors)
- Impact d'une substitution nicotinique dans le cadre d'un sevrage alcool en hospitalisation
S. Darcy (Bondy)
- Place des infirmiers tabacologues dans un programme d'ETP pour l'asthme et la BPCO
F. Marchandise et P. Lemaire (Clermont-Fd)
- Place et rôle de l'infirmier spécialiste en TCC
F. Prat (Clermont-Fd)

SAGES FEMMES

Président : M. Adler (Paris)
Modérateur : P-A Migeon (Bourg-en-Bresse)

- Impact du tabac sur les pathologies du col utérin à papillomavirus
F. Messaouidi (Versailles)
- Alimentation du nouveau-né et tabac : que choisir ? Allaitement ou biberon ?
E. Lemetteil (Le Havre)
- Retentissement postnatal du tabagisme pendant la grossesse
I. Berlin (Paris)
- Femmes enceintes, Dépression et Tabagisme
F. Dupré (Grenoble)

15h30-16h00 - Pause / Posters*

16h00 - 17h30

SESSION DE CLOTURE « DE LA CLINIQUE A LA RECHERCHE »

Président : J. Perriot (Clermont-Fd)

- Comment les besoins de la pratique clinique peuvent-ils mieux orienter la recherche pharmacologique et le développement de stratégies thérapeutiques innovantes ?
- Table ronde - *E. André (Grenoble), A. Baumelou (Paris), G. Guièze (Clermont-Fd), J. Le Houezec (Rennes), J. Perriot (Clermont-Fd)*
- Désenfumer ses neurones - Synthèse par *Gérard Guièze (Agrégé de philosophie - Ethique et sciences)*

* Session Posters :

Président : P. Rouzeau (Toulouse)

**Membres : J. Perriot (Clermont-Fd), B. Benezech (Albi),
G. Brousse (Clermont-Fd)**

Jeudi 24 octobre

SESSION PLENIERE.....	p. 14
SESSION SEVRAGE ET PRISES EN CHARGE INTEGRES.....	p. 17
SESSION LES RELATIONS TABAC ET SNC.....	p. 22
SESSION PAYS FRANCOPHONE : POLITIQUES ET PREVENTION.....	p. 27
SESSION COMMUNICATIONS LIBRES TENDANCE SANTE PUBLIQUE.....	p. 32
SESSION SFT/SOCIETE FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE.....	p. 38
SESSION INFECTION VIH ET TABAC OU EN EST-ON ?.....	p. 43
SESSION PAYS FRANCOPHONES : AIDE A L'ARRET.....	p. 48
SESSION COMMUNICATIONS LIBRES TENDANCE RECHERCHE.....	p. 53
SESSION TCC ET TABACOLOGIE : EVALUER NOS PRATIQUES.....	p. 59
SESSION TABAC ET GERIATRIE.....	p. 64
SESSION ADOLESCENTS ET DETERMINANTS DU TABAGISME.....	p. 69
SESSION MEMOIRES DES DIU DE TABACOLOGIE.....	p. 74

Vendredi 25 octobre

SESSION PLENIERE.....	p. 76
SESSION REDUCTION DES RISQUES.....	p. 79
SESSION TABAC, IMMUNOLOGIE, CANCEROLOGIE.....	p. 84
SESSION LA (LES) MATERNITE(S) SANS TABAC.....	p. 89
SESSION COMMUNICATIONS LIBRES TENDANCE CLINIQUE ET AIDE A L'ARRET.....	p. 94
SESSION TABAC ET SPORT PERFORMANCE ET DÉPENDANCE.....	p. 100
SESSION TABAC – POUMONS ALLERGIES.....	p. 105
SESSION DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DES INFIRMIERS EN TABACOLOGIE (AFIT).....	p. 110
SESSION SAGES FEMMES.....	p. 115

Posters sélectionnés

EN SANTE PUBLIQUE.....	p. 120
EN RECHERCHE.....	p. 144
EN TENDANCE CLINIQUE ET AIDE A L'ARRET.....	p. 151

JEUDI 24 OCTOBRE

9h15-10h30 - SESSION PLÉNIÈRE

Du récepteur nicotinique à la pharmacologie de la dépendance

Président : P-M Llorca (Clermont-Fd)

Modérateur : G. Mathern (Lyon)

- Les récepteurs concernés par la dépendance nicotinique
U. Maskos et M. Besson (Paris)
- Mécanismes complémentaires de dépendances
G. Brousse (Clermont-Fd)

9h15-10h30 - SESSION PLÉNIÈRE

Les récepteurs concernés par la dépendance nicotinique

M. BESSON, C. MOREL, L. FATTORE, S. PONS, F. MARTI, S. GRANON, W. FRATTA, P. FAURE, U. MASKOS

Institut Pasteur - Unité Neurobiologie intégrative des systèmes cholinergiques

La nicotine est le composé majoritairement responsable des propriétés addictives du tabac. Elle modifie le fonctionnement du cerveau en interagissant avec les récepteurs nicotiniques de l'acétylcholine (nAChRs). Ces récepteurs sont des protéines pentamériques composées de sous-unités alpha et beta, s'assemblant entre elles selon différentes combinaisons.

Récemment, des études en génétique humaine ont rapporté une forte association entre un locus du chromosome 15 codant pour les sous-unités nicotiniques 5, 3 et 4, et une prédisposition au tabagisme. Notamment, un polymorphisme nucléotidique simple (SNP) a été identifié sur le gène de la sous-unité 5 (5SNP), qui confère un risque doublé de développer une dépendance tabagique. La sous-unité 5 est exprimée dans un ensemble de structures cérébrales engagées au cours de l'addiction.

Cependant, son implication dans les comportements contribuant à la dépendance, ainsi que les conséquences fonctionnelles du 5SNP restent à être déterminées. Dans ce contexte, nous avons examiné si des souris transgéniques 'knock-out' n'exprimant pas le gène de la sous-unité 5 (5-/-) présenterait des phénotypes comportementaux prédisposant à la vulnérabilité à l'addiction. Nous avons ensuite induit la réexpression, en utilisant des vecteurs lentiviraux chez ces souris, de la version soit sauvage soit mutée d'5 dans des régions cérébrales ciblées.

Nous avons observé que les souris 5-/- sont moins sensibles aux effets renforçants de la nicotine mais également à ses effets aversifs, et qu'elles présentent un ensemble de déficits émotionnels/motivationnels qui semblent soulagés par l'exposition à de fortes doses de nicotine.

En outre, nous avons observé que la présence de la mutation 5SNP dans les régions cérébrales impliquées dans ces déficits entraîne un phénotype de type 'knock-out', suggérant que cette mutation entraîne une perte de fonction du nAChR *in vivo*.

L'ensemble des données suggère que les porteurs de la mutation 5SNP pourraient consommer de forts taux de tabac selon une forme d'automédication.

9h15-10h30 - SESSION PLÉNIÈRE

Mécanismes complémentaires de dépendances

G. BROUSSE

Clermont-Ferrand

Les mécanismes neurobiologiques sous-tendant les effets psychostimulants de la nicotine ainsi que l'installation de la dépendance sont, aujourd'hui, pour partie, décryptés⁽¹⁾. L'hypothèse d'une activation des circuits dopaminergiques corticaux méso-limbiques via la stimulation des récepteurs nicotiques est fortement validée.

En dehors de cette traditionnelle approche dopaminergique (de récompense) il convient d'évoquer la mise en jeu des systèmes excitateurs et inhibiteurs glutaminergiques et Gabaergiques ainsi que l'implication des récepteurs aux opioïdes μ .

Les mécanismes complémentaires de la dépendance à la nicotine semblent également impliquer les autres monoamines et en particulier la sérotonine dont la sécrétion pourrait être perturbée de façon chronique dans le tabagisme. Cette perturbation qui pourrait venir expliquer les dysfonctionnements thymiques fréquents dans le sevrage tabagique serait à la fois consécutive à une stimulation nicotinique mais également à d'autres agents tels l'Harmane et de la Norharmane (alcaloïdes secondaires présents dans la fumée de tabac). Le système adrénergique semblerait impliqué dans les réponses aux stimuli environnementaux particulièrement opérants chez le fumeur.

Enfin la place potentielle du système endocannabinoïde doit être discutée à la fois de par les approches thérapeutiques qui ont pu être entrevues et de la fréquente co-occurrence de la consommation de cannabis et de nicotine.

Nous proposons de donner une vision générale de ces systèmes complémentaires ainsi que les approches thérapeutiques qu'ils pourraient suggérer.

1- G Koob, M Le Moal. Neurobiology of Addiction. Academic Press Elsevier. London. 2006

11h00-12h30 - SEVRAGE ET PRISES EN CHARGE INTEGRES

Président : C. Charpentier (Luxembourg)

Modérateur : A. Borgne (Paris)

- La place d'un réseau de soins
G. Demigneux (Blois)
- Les coaddictions
C. Gillet (Nancy)
- Education thérapeutique et tabac
S. Pruilhere (Clermont-Ferrand)
- Des missions à la pratique en officine
M-P Sauvart-Rochat et M-J Pojer-Medville (Clermont-Fd)

SEVRAGE ET PRISES EN CHARGE INTEGRÉES

Président : C. Charpentier (Luxembourg) - Modérateur : A. Borgne (Paris)

La place d'un réseau de soins en tabacologie

G. Demigneux

Blois

Face à « la plus vaste ingénierie du consentement jamais menée à bien » (R. Proctor), comment prétendre travailler seul ?

C'est grâce à un réseau dépassant nos frontières (L'Europe contre le cancer) que la tabacologie a pu naître et se développer en France depuis 1990.

Dans ce contexte est né le réseau « hôpital sans tabac » dont est issu le RESPAD.

Sociétés savantes, Clubs et Associations proposent mise à jour scientifiques, rencontre, informations et formation.

Des outils communs existent au niveau national : Conseil téléphonique, dossier de soin commun avec exploitation épidémiologique, documents d'information.

Quelques réseaux régionaux de soin en tabacologie existent. Certains parviennent à rester financés sur fonds publics tout en maintenant leur spécificité.

Le patient affronte seul une nébuleuse opaque et ingrate : Dans leur configuration minimale les partenaires du sevrage sont multiples et de statut différent : Infirmières, Médecin ou Sage-Femme, Pharmacien. Et des outils non négligeables sont promus et fournis en dehors de tout circuit sanitaire (e-cigarettes).

L'aide aux fumeurs n'est pas le monopole des soignants ?

Le lieu du réseau de soin utile est le territoire, s'il y installe un accès au soin différencié et de qualité.

Il tire sa légitimité de ses valeurs ajoutées : Visibilité, crédibilité, langage commun, confort, accessibilité.

Après étude de besoins, il installe des prestations aidantes pour les professionnels et pour les usagers.

Il trouve les modes de rémunération, de participation, les alliés, la forme administrative et le mode de gestion adéquats.

Au-delà du soin, il devient l'avocat du fumeur, un interlocuteur pour la prévention... voire le lobbying.

Et selon nous, devants ces exigences ambitieuses, et pour durer face à la « vaste ingénierie du consentement » évoquée au-début, il devra, dans les collaborations, défendre farouchement son espace mono-thématique, .

SEVRAGE ET PRISES EN CHARGE INTEGRÉES

Président : C. Charpentier (Luxembourg) - Modérateur : A. Borgne (Paris)

Les coaddictions

C. Gillet

Nancy

SEVRAGE ET PRISES EN CHARGE INTEGRÉES

Président : C. Charpentier (Luxembourg) - Modérateur : A. Borgne (Paris)

Éducation thérapeutique et tabac

S. Pruilhere

Clermont-Ferrand

SEVRAGE ET PRISES EN CHARGE INTEGRÉES

Président : C. Charpentier (Luxembourg) - Modérateur : A. Borgne (Paris)

Des missions à la pratique en officine

M-P Sauvant-Rochat

Université d'Auvergne, Faculté Pharmacie, EA 4681-PEPRADE Clermont-Ferrand, France

M-J Pojer-Medville

Pharmacien d'officine, Clermont-Ferrand, France.

Le sevrage tabagique est une pratique qui se doit d'être centrée sur le « futur ex-fumeur », et qui de ce fait, doit impliquer tous les professionnels de santé, en particulier dans le cadre d'une prise en charge intégrée. De par son accessibilité (rencontre sans rendez-vous), sa proximité géographique et la diversité des populations fréquentant les officines (femmes sous contraceptif oral, femmes enceintes, jeunes mamans, malades chroniques ...), le pharmacien d'officine peut se positionner aisément dans un réseau pluridisciplinaire.

Lors de la délivrance des substituts nicotiques et/ou lors de la dispensation d'ordonnances, le pharmacien d'officine peut contribuer au sevrage tabagique, directement à l'officine et/ou en partenariat avec les médecins traitants et/ou les consultations spécialisées en Tabacologie, selon le profil du patient.

En 2009, la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (communément appelée Loi HPST) a renforcé les missions du pharmacien d'officine en prévention, éducation à la santé et accompagnement du patient. Ce nouveau positionnement est en accord avec les pratiques d'autres pays où la contribution significative du pharmacien d'officine en sevrage tabagique a déjà été soulignée.

Après une analyse de la littérature internationale, soulignant l'engagement et les différentes pratiques des pharmaciens d'officine pour le sevrage tabagique, une illustration des activités possibles par les pharmaciens français est présentée, en s'appuyant sur l'expérience d'une officine auvergnate, où plus de cent patients ont été accueillis et/ou suivis depuis 2009.

Actuellement, l'engagement et les pratiques développées par les pharmaciens formés, dans des officines aménagées, et en collaboration avec les autres acteurs de santé, peuvent significativement contribuer à la prise en charge intégrée des fumeurs souhaitant un sevrage tabagique.

11h00-12h30 - LES RELATIONS TABAC ET SNC

Président : R. de Beaurepaire (Paris)
Modérateur : A. Eschaliier (Clermont-Fd)

- Suicide et tabac
I. Berlin (Paris)
- Relation tabac et douleur
N. Authier (Clermont-Fd)
- Parkinson et tabac
I. de Chazeron (Clermont-Fd)
- Tabac et schizophrénie
P-M Llorca (Clermont-Fd)

LES RELATIONS TABAC ET SNC

Président : R. de Beaurepaire (Paris) - Modérateur : A. Eschaliier (Clermont-Fd)

Suicide et tabac

I. Berlin
Paris

LES RELATIONS TABAC ET SNC

Président : R. de Beaupaire (Paris) - Modérateur : A. Eschaliér (Clermont-Fd)

Relation tabac et douleur

N. Authier

Clermont-Ferrand

LES RELATIONS TABAC ET SNC

Président : R. de Beaupaire (Paris) - Modérateur : A. Eschaliér (Clermont-Fd)

Parkinson et tabac

I. de Chazeron

CHU de Clermont-Fd - Recherche Clinique Service de Psychiatrie B – Neurologie A

La maladie de Parkinson est une maladie chronique dégénérative. La mort des neurones du Locus Niger entraîne inexorablement l'apparition de troubles du mouvement incluant des difficultés pour la marche, la perte d'équilibre...

Le risque de développer une maladie de Parkinson semble réduit chez le fumeur de tabac. Et bien que l'on ne puisse pas réduire les conclusions de ces études à 'fumer des cigarettes est bon pour la santé' car le risque du tabagisme est beaucoup plus grand que le bénéfique ; une meilleure compréhension des mécanismes par lesquels 'fumer' réduit la probabilité d'une maladie de Parkinson apparaît nécessaire. Les modèles animaux suggèrent que c'est la nicotine, un composant majeur de la fumée de tabac, qui a des effets neuro-protecteurs.

Cependant, si la nicotine possède bien ses effets ; à quelle dose quotidienne et par quel mode d'administration peut-on les observer ? Qu'en est-il une fois la maladie de Parkinson diagnostiquée ? Outre cet effet protecteur, existe-t-il des effets de la nicotine sur les symptômes moteurs et non moteurs de la maladie de Parkinson ? D'autres activateurs de récepteurs nicotiques peuvent-ils avoir un potentiel thérapeutique ?

Beaucoup de questions parfois sans réponse qui tendent à laisser espérer un traitement pour une maladie incurable à ce jour.

LES RELATIONS TABAC ET SNC

Président : R. de Beaupaire (Paris) - Modérateur : A. Eschalié (Clermont-Fd)

Tabac et schizophrénie

P-M Llorca

Clermont-Ferrand

11h00-12h30 - PAYS FRANCOPHONE : POLITIQUES ET PREVENTION

Président : AL Le Faou (Paris)

Modérateur : B. Dautzenberg (Paris)

- Prévention du tabagisme à l'école Projet transfrontalier
L. Galanti (Bruxelles)
- Développement des centres de tabacologie et expérience de la prise en charge de la lutte antitabac en Algérie
S. Nafti (Alger)
- Côte d'Ivoire - Spécificité de la prise en charge et de la formation
S. Dje-Bi (Côte d'Ivoire)
- La prévention du tabagisme en Suisse
I. Jacot-Sadowski (Lausanne)

PAYS FRANCOPHONE : POLITIQUES ET PREVENTION

Président : AL Le Faou (Paris) - Modérateur : B. Dautzenberg (Paris)

Prévention du tabagisme à l'école, projet transfrontalier

L. Galanti

CHU UCL Mont-Godinne, Yvoir, Belgique

Dans le cadre d'un programme transfrontalier de prévention des maladies cardiovasculaires, une action a été développée pour les jeunes scolarisés de 12 à 14 ans et les enseignants avec pour objectif de sensibiliser les adolescents à une alimentation saine, à l'activité physique, à la consommation de tabac et à l'influence des médias. Un dossier pédagogique a été conçu pour le personnel scolaire reprenant des informations sur ces différents thèmes et une partie pratique décrivant des ateliers ludiques adaptés.

Différents livrets d'information ont été élaborés et distribués aux étudiants. Les 6 écoles (3 en France et 3 en Belgique) participant au projet ont accepté l'organisation de 2 ateliers/an pendant 3 ans animés par une personne spécialement formée accompagnée d'un enseignant. Le but était de favoriser l'esprit critique des adolescents et leur estime de soi, d'améliorer leurs connaissances et de favoriser l'acquisition d'habitudes saines.

Ces ateliers devaient permettre aux enseignants de développer leurs connaissances, de favoriser une culture de débat et de réflexion et d'organiser les animations ultérieures. Cette expérience a reçu un accueil favorable au niveau des écoles, a permis des échanges et une vision différente des professeurs par rapport à leurs élèves.

Certaines difficultés et limitations sont apparues : difficulté de gestion des animations par une seule personne (discipline, horaire, nombre d'élèves), manque d'engagement des écoles, absence de relais par le personnel enseignant ou le personnel de santé scolaire, manque de contact entre les écoles.

Ce programme a permis le développement d'un projet de sensibilisation des adolescents, la mise à disposition d'outils et la mise en évidence des freins à la pérennisation de l'action. Diverses perspectives en découlent : diffusion de l'outil au niveau ces centres de promotion de la santé, meilleure sensibilisation des établissements scolaires, optimisation du format des actions, réflexion quant à la formation des enseignants.

PAYS FRANCOPHONE : POLITIQUES ET PREVENTION

Président : AL Le Faou (Paris) - Modérateur : B. Dautzenberg (Paris)

Développement des centres de tabacologie et expérience de la prise en charge de la lutte antitabac en Algérie

S. Nafti

Clinique des Maladies Respiratoires - CHU Mustapha - Alger

- La situation du tabagisme en Algérie est épouvantable illustrée par :
 - Le règne inviolable de la contrebande (profils incommensurables).
 - Marginalisant l'industrie nationale du tabac.
 - La politique de santé dans le domaine de lutte contre le tabac se résume en de fugitives célébrations annuelles de 31 Mai !
 - La quantité de tabac produit est très faible (moins 10% de la consommation)
 - L'Algérie est confrontée au problème de la contrebande qui représente le 1/3 de son marché.
 - Si la lutte antitabac ne prend pas en considération les 2 dimensions nationales et internationales, un programme national, risque d'être annihilé. la consommation est estimée à 30 000 tonnes avec un accroissement annuel en moyenne de 5 % et une consommation moyenne de 1800 cigarettes/habitant et/an. Importation du tabac au début des années 2000 : 97% du tabac consommé.
 - En population générale 44% fumeurs de sexe masculin pour 6% du sexe féminin et 5% pour les moins 15 ans (enfants).
 - En milieu scolaire une étude retrouve les chiffres suivants :
 - dans le primaire (5-11) 3% de fumeurs,
 - dans le moyen (12-14 ans) 12% de fumeurs,
 - dans le secondaire (15-17 ans) 26% de fumeurs.
 - A l'université une étude auprès des étudiants en médecine retrouve 16% de fumeurs : 93% de garçons pour 7% des filles.
- On retrouve que 44% des médecins fumaient contre 39% de paramédicaux.

Algérie le tabac est responsable de 15000 décès par an :

- 7000 infarctus du myocarde.
- 4000 cancers bronchiques.
- 3000 insuffisants respiratoires.

Pour réduire l'ampleur du fléau de tabagisme il faut :

- Renforcer les campagnes d'information et de sensibilisation de la population en général et des jeunes en particuliers.
- Augmenter de manière conséquente et régulièrement le prix du tabac.
- Interdire la vente du tabac aux enfants et aux mineurs.
- Faire appliquer l'interdiction de fumer d'espaces non fumeurs dans les entreprises.
- Mettre en place des consultations d'aide au sevrage tabagique dans les structures hospitalières, les centres de médecine du travail et de soins généraux cet aspect sera développé avec tous les détails nécessaires.

PAYS FRANCOPHONE : POLITIQUES ET PREVENTION

Président : AL Le Faou (Paris) - Modérateur : B. Dautzenberg (Paris)

Pays francophone : politique de prévention et prise en charge : Côte d'Ivoire : spécificité de la prise en charge et de la formation

Dr Samedi DJE-BI

Tabacologue Université Paris 11 Kremlin Bicêtre, Addictologue Université Paris Descartes (Cochin) Médecin-Chef au centre d'accueil de la Croix bleue de Côte d'Ivoire. Ex- Assistant Associé des hôpitaux de Paris et du sud francilien. Membre de la Société Française de Tabacologie

Yessoh M. Kouassi J. Avoaka L. Tuo D . Gondo B. E.

Si le tabac est connu sur les côtes ouest africaines depuis le 15^{ème} siècle, il n'a cependant, jamais fait objet de soupçon, quand bien même les travaux de Doll. et Collaborateurs (1950), l'on incriminé comme pathogène.

De nombreuses raisons, telles que la structure à majorité jeune de la population, conjuguée à une rapide croissance, l'ignorance et les difficultés de communication au sein de cette population, mais aussi la complicité des Etats, en font un lieu propice pour les multinationales tabagières chassées des pays développés par la multiplication de lois et des procès. Le tabagisme mondial se refuse d'être uniforme au regard du cadre médico-légal, du profil de patients, des modes de consommation, mais aussi des stratégies de lutte et de l'approche thérapeutique. Si dans les pays du nord l'attaque est tenace et agressive, dans ceux du Sud, les réactions restent tristes et émoussées. Dans ces régions où l'accès aux soins demeure un luxe, le tabagisme représente une cause évitable de décès dans la mesure où les populations paient inconditionnellement un lourd tribut aux pandémies comme le paludisme, le VIH/ Sida et la tuberculose.

Pays du sous-continent ouest africain en voie de développement, la Côte d'Ivoire, de par sa position géographique, son ouverture et son relatif poids économique, avec une prévalence de tabagisme qui oscille entre 20 et 40% pour les hommes et entre 7 et 13% pour les femmes, responsable de 5000 décès par an, reflète et sait répondre avec justesse des réalités africaines sous régionales. Devant un cadre institutionnel et légal permissifs, l'industrie du tabac est florissante et l'Etat de Côte d'Ivoire pour pallier aux méfaits du tabagisme, devrait déboursier la somme de 28,6 milliards de nos francs, soit 43 600 419 Euros. Cette réalité contraste malheureusement avec un mutisme qui explique que l'approche formelle y est encore obsolète. Les Etats étant pris dans un arbitrage finance et santé, les chiffres répondant d'une situation globale sont inexistant, les intervenants, rares (1/22000000), la prise en charge désuète et la formation absente du répertoire académique. Force revient donc à la collaboration Nord Sud d'œuvrer à endiguer l'avancée de ce philtre maléfique qui met en mal, les efforts d'un développement en pleine amorce.

1. Les moins de 20 ans représentent plus de 50%

2. Taux d'accroissement de l'ordre de 2,04%

PAYS FRANCOPHONE : POLITIQUES ET PREVENTION

Président : AL Le Faou (Paris) - Modérateur : B. Dautzenberg (Paris)

La prévention du tabagisme en Suisse

I. Jacot-Sadowski

Policlinique médicale universitaire (Lausanne)

Malgré une baisse de la prévalence du tabagisme en Suisse depuis une dizaine d'années, 25% la population âgée de plus de 14 ans fume. Chaque année, environ 9000 décès sont attribuables au tabac.

La Suisse a signé la Convention cadre de l'OMS, mais fait partie des rares pays qui ne l'ont pas encore ratifiée. Certains aspects légaux, notamment en matière d'interdiction globale de la publicité, de la promotion et du parrainage des produits du tabac doivent être revus pour ratifier la convention-cadre.

Malgré des augmentations progressives du prix, le coût du paquet de cigarettes en Suisse reste modéré en comparaison internationale. La Suisse dispose d'une loi fédérale sur la protection contre la fumée passive qui accorde des exceptions, certains cantons ont cependant des lois plus sévères dans ce domaine

La Suisse dispose d'un programme national de prévention du tabagisme dont le but est de réduire le nombre de cas de maladie et de décès dus au tabagisme. Les objectifs de ce programme sont d'informer et sensibiliser la population, protéger contre le tabagisme passif, réglementer le marché, prévenir l'initiation chez les jeunes et encourager les fumeurs à l'arrêt, en utilisant et coordonnant efficacement les ressources disponibles

Les professionnels de la santé peuvent acquérir des connaissances et des compétences dans le domaine de la désaccoutumance au tabac : il existe des programmes de formations destinés aux médecins, aux dentistes, aux pharmaciens ainsi qu'aux professionnels de la santé travaillant dans le domaine de maladies cardiovasculaires.

11h00-12h30 - COMMUNICATIONS LIBRES TENDANCE SANTÉ PUBLIQUE

Président : FJ-D Dewitte (Brest)

Modérateur : P. Arvers (Lyon)

- Evolution des pratiques tabagiques entre 2001 et 2011 chez des étudiants en pharmacie
MP Sauvant-Rochat, Clermont-Fd
- Etat des connaissances en tabacologie chez une population suivie en Médecine du Travail. Le sevrage tabagique, un projet conduit par le service de santé au travail
C Mostosi, Belgique
- Tab'agir un réseau d'aide à l'arrêt régional original
JL Duros, Tab'agir
- Interventions financières des pouvoirs publics dans l'aide au sevrage tabagique - l'exemplarité belge
A Wuyard, Belgique
- Suivi des consommations de tabac et d'alcool après un premier cancer du poumon ou des voies aériennes supérieures
C Vannimendus, Lille

COMMUNICATIONS LIBRES TENDANCE SANTÉ PUBLIQUE

Président : FJ-D Dewitte (Brest) - Modérateur : P. Arvers (Lyon)

Evolution des pratiques tabagiques entre 2001 et 2011 chez des étudiants en pharmacie

MP Sauvant-Rochat, C. Savanovitch

Clermont Université, Université d'Auvergne, Faculté Pharmacie, EA4681 – PEPRADE, Clermont-Ferrand, France

Depuis 2000, l'Université d'Auvergne développe des actions de prévention du tabagisme à destination des étudiants. Une enquête transversale (initiée en 2001 (n=303 questionnaires) et répétée en 2006 (n=496) et 2011 (n=429)) a permis de caractériser l'évolution de la prévalence du tabagisme chez les étudiants en Pharmacie.

En 2011, la prévalence du tabagisme est inférieure à celle de 2006 et 2001 (-3%), avec une prédominance masculine. L'âge de la première cigarette (14.8+/-2.4 ans), le contexte d'initiation (majoritairement « à l'occasion d'une soirée »), ainsi que les motivations (« par plaisir », « pour soulager un stress », « pour être dans l'ambiance ») sont comparables.

De plus, la consommation tabagique est toujours modérée (pour 82% des fumeurs, <10 cigarettes/jr). La dépendance à la nicotine est majoritairement « nulle » (test de Fagerström : score 0-2) (78%) ou « faible (score 3-4) (18%). La motivation à l'arrêt est faible (test de Richmond <5 pour 72%). Le test de Gilliard souligne des comportements orientés vers la régulation des affects négatifs (score A = 10.7+/-4.7), ainsi que vers l'hédonisme et la gestuelle (score H = 11.1+/-4.4) ; la dépendance (score D = 8.1+/-5.3) et la dimension sociale (score S = 4.4+/-2.8) sont moins représentées.

En 2011, 2006 et 2001, la prévalence de fumeurs et la dépendance tabagique des étudiants en Pharmacie de l'Université d'Auvergne sont inférieures à celle observées pour des jeunes d'âge comparable. Par contre, leurs connaissances sur les méfaits du tabac sont supérieures.

COMMUNICATIONS LIBRES TENDANCE SANTÉ PUBLIQUE

Président : FJ-D Dewitte (Brest) - Modérateur : P. Arvers (Lyon)

Etat des connaissances en tabacologie chez une population suivie en Médecine du Travail

Mostosi C.

CESI (Centre de Services Interentreprises) asbl. Charleroi, Belgique

Jamart J.

Unité de Support Scientifique, CHU Mont-Godinne. Yvoir, Belgique

Introduction :

En Belgique, les dépenses liées aux maladies causées par le tabagisme dépassent les recettes générées par la vente des produits du tabac. Malgré une information étendue, un panel large de traitements et un remboursement partiel des consultations chez le tabacologue, le fumeur semble encore mal informé. Nous avons voulu objectiver les connaissances sur la prise en charge du sevrage.

Matériel et méthode :

Une enquête sur base volontaire et anonyme a été réalisée du 1er février 2012 au 30 novembre 2012 lors des consultations de Médecine du Travail dans les différents centres fixes et mobiles du CESI. Au total, 1611 questionnaires ont été recueillis et analysés.

Résultats :

Deux tiers des fumeurs (77%) ont déjà eu envie d'arrêter leur consommation et 92,5% d'entre eux ont déjà essayé au moins une méthode d'arrêt (notamment par arrêt seul, patchs, gommes, varénicline, bupropion et cigarette électronique). L'existence des tabacologues semble connue chez 84% des fumeurs mais seulement un tiers d'entre eux serait disposé à les consulter. Le remboursement des consultations semble connu auprès de 10% des participants et ne motiverait qu'un fumeur sur trois.

Discussion :

Le professionnel pourrait traiter plus efficacement les fumeurs ambivalents en étant formé à l'entretien motivationnel. Le conseil minimal pratiqué systématiquement stimulerait davantage la tentative d'arrêt. La mise en place d'un label « Entreprise sans tabac » devrait être encouragée.

Conclusions :

Le fumeur belge dispose d'outils et de moyens pour faciliter l'arrêt mais ceux-ci sont peu utilisés. Une meilleure information permettrait de faire plus facilement et plus efficacement appel aux tabacologues.

COMMUNICATIONS LIBRES TENDANCE SANTÉ PUBLIQUE

Président : FJ-D Dewitte (Brest) - Modérateur : P. Arvers (Lyon)

Tab'agir un réseau d'aide à l'arrêt régional original

JL Duros

Tab'agir

1999 naissance de Tab'agir.

Elle a pour but de rassembler les forces vives du département de l'Yonne dans la lutte contre le tabac (prévention). Initiative du Dr Tchérakian pneumologue, plan cancer 2003, action du Programme Régional de l'Assurance Maladie. Les indicateurs bourguignons, avec 960 décès par cancer du poumon / an entre 1997 et 1999 sont dans la moyenne nationale.

Le réseau d'aide à l'arrêt Tab'agir est né de cette initiative en 2004 dans l'Yonne, avec une extension bourguignonne en 2008. Financé par l'ARS, son objectif principal est de couvrir le territoire en généralistes formés à la tabacologie (prêt des CO testeurs). Prise en charge pluridisciplinaire incluant des psychologues (formés TCC) et des diététiciennes formés à la tabacologie. Numéro de téléphone unique et orientation vers le médecin formé le plus proche.

Les exigences « qualité » reposent sur une uniformité des consultations, l'appui sur le dossier INPES, Cdt-net, formation continue, engagement volontaire, étroite relation avec les médecins traitants.

Les objectifs secondaires du réseau se rassemblent autour du coaching initial et secondaire, une diffusion d'une culture tabacologique au sein de la Bourgogne, en particulier dans le monde libéral, un lien avec les autres structures d'aide à l'arrêt.

Paiement direct par le réseau : des trois premières consultations du généraliste formé (+1C), des TCC et des diététiciennes. Au 31/12/2012, 64 médecins ont adhéré au réseau avec 50 en position d'action sur le terrain. 17 psychologues initialement formées aux TCC, 22 sites différents en diététique.

Réalisation en 7 ans : Rencontre avec 2 229 fumeurs désirant s'arrêter de fumer, 5 512 consultations en tout. En 2012, 59% d'augmentation par rapport à 2011.

COMMUNICATIONS LIBRES TENDANCE SANTÉ PUBLIQUE

Président : FJ-D Dewitte (Brest) - Modérateur : P. Arvers (Lyon)

Interventions financières des pouvoirs publics dans l'aide au sevrage tabagique : l'exemplarité belge

Dr Wuyard A.

Généraliste tabacologue Liège, Belgique

Différents niveaux de pouvoir ont réalisé qu'il était intéressant de s'impliquer financièrement pour aider les fumeurs à concrétiser leur désir de cessation tabagique.

Ainsi, au niveau des traitements médicamenteux d'aide au sevrage, certaines mutualités interviennent dans la prise en charge des TSN, à hauteur de 25 à 50 € par an, sur prescription préalable par un médecin, pas obligatoirement tabacologue. En ce qui concerne le bupropion, l'INAMI (Assurance Maladie Invalidité) permettait, au niveau national, le remboursement préférentiel du Zyban®, pour autant que le patient réponde à certains critères, notamment spirométriques, et que cette demande transite par l'intermédiaire du Médecin Conseil de la Mutuelle. Cette option est cependant beaucoup moins utilisée depuis l'arrivée du bupropion sous sa marque Wellbutrin®, remboursée à hauteur de 80 % sur simple prescription médicale.

En ce qui concerne la varénicline, depuis août 2008, celle-ci fait aussi l'objet d'un remboursement partiel, intéressant pour le patient, qui ne paiera que 9,6 à 14,5 €, au lieu de 197 € pour le conditionnement de 140 comprimés. Ce remboursement n'est octroyé qu'une seule fois dans la vie du patient, via demande au Médecin Conseil de la Mutuelle introduite par tout médecin, tabacologue ou non.

Beaucoup mieux encore, le gouvernement belge a prévu, depuis l'A.R. du 31 août 2009, des remboursements pour les consultations spécifiques d'aide au sevrage tabagique, pour 8 consultations, concernant tous les fumeurs, mais mieux remboursées encore pour les femmes enceintes fumeuses. Des montants de 20 à 30 € par consultation sont ainsi prévus, échelonnés sur une durée de 2 ans, et reconductibles.

COMMUNICATIONS LIBRES TENDANCE SANTÉ PUBLIQUE

Président : FJ-D Dewitte (Brest) - Modérateur : P. Arvers (Lyon)

Suivi des consommations de tabac et d'alcool après un premier cancer du poumon ou des voies aériennes supérieures : premier bilan à fin des inclusions de l'étude ALTAK

Vannimetus C.

Unité de Tabacologie, CHRU Lille, Bricout H. C2RC, Lille, Rolland B. Service d'addictologie, CHRU Lille

L'identification et l'arrêt précoce des consommations d'alcool et de tabac constituent un facteur pronostique majeur d'un premier cancer du poumon ou des voies aérodigestives supérieures (VADS). Pourtant, l'évolution de la consommation de ces substances après le diagnostic reste peu étudiée.

L'objectif primaire de cette étude prospective multicentrique (ALTAK), soutenue par l'INCa, est de décrire l'évolution des consommations de tabac et d'alcool après un premier cancer des VADS (hors oesophage) ou du poumon (hors mésothéliome), par la constitution d'une cohorte de 352 patients suivis un an à compter du diagnostic de cancer. Les inclusions seront closes au 30 septembre 2013.

Le suivi se fait par entretiens semi-structurés lors du diagnostic (M0), à 3, 6 et 12 mois. A chaque temps sont réalisées des évaluations de la consommation de tabac, d'alcool selon les critères de l'OMS, ainsi que des motivations du patient à arrêter ses consommations.

Nous présentons les résultats préliminaires portant sur l'évaluation à M0 des 352 sujets. 189 sujets présentent un cancer du poumon, 163 sujets présentent un cancer VADS.

Ces premiers résultats montrent un haut niveau de consommation récente de substances addictives et cancérigènes chez les patients avec premier cancer du poumon ou des VADS.

Les objectifs secondaires de l'étude sont de savoir dans quelle mesure ces consommations régressent après l'annonce du diagnostic et d'identifier les facteurs liés à la réussite ou à l'échec des sevrages.

14h00-15h30 - SESSION SFT/SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

Président : D. Thomas (Paris)

Modérateur : P. Motreff (Clermont-Fd)

- Syndrome coronaire aigu chez le jeune fumeur
P. Motreff (Clermont Fd)
- Pilule, tabac et accidents cardiovasculaires
I. Berlin (Paris)
- Sevrage tabagique: impact d'un programme spécifique
d'éducation thérapeutique dans l'artériopathie oblitérante des
membres inférieurs
V. Sicre-Gatimel (Toulouse)
- Tabagisme et pathologie cardiovasculaire : actualités 2013
D. Thomas (Paris)

SESSION SFT/SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

Président : D. Thomas (Paris) - Modérateur : P. Motreff (Clermont-Fd)

Syndrome coronaire aigu chez le jeune fumeu

P. Motreff

Clermont-Ferrand

SESSION SFT/SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

Président : D. Thomas (Paris) - Modérateur : P. Motreff (Clermont-Fd)

Pilule, tabac et accidents cardiovasculaires

I. Berlin

Paris

SESSION SFT/SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

Président : D. Thomas (Paris) - Modérateur : P. Motreff (Clermont-Fd)

Sevrage tabagique: impact d'un programme spécifique d'éducation thérapeutique dans l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs

Virginie Sicre-Gatimel, Alessandra Bura-Rivière, Isabelle Bouissière, C. Ambid-Lacombe

CHU Rangueil, Médecine Vasculaire, Toulouse, France.

Rose-Marie Rouquet

CHU Larrey, Pneumologie, Toulouse, France.

Keywords: tobacco, peripheral arterial disease, patient education.

Introduction: no scientific study has yet described the specifications of smoking cessation in a population of patients with peripheral arterial disease (PAD) included in a specific PAD patient education program.

Objectives: 1) To describe the last three attempts of smoking cessations in patients with PAD included in a PAD patient education program and 2) to estimate the impact of such a program on the success of smoking cessation.

Method: Descriptive retrospective study realised in the department of vascular medicine of Toulouse. All the subjects who started the PAD educational program between January 1998 and June 2011 and recorded on the PAD register (COPART database). From February to March 2012, their smoking history was informed by phone, and then completed with the data of COPART.

Results: 91 patients were included (average age: 66.6 ± 11 years). Twenty-three patients (29.9 %) were active smokers, 4 (5.2 %) had stopped smoking for less than one year and 50 (64.9 %) had stopped for more than one year. The number of cigarette packages-years was on average 45.5 ± 22.6 . The average number of attempts of smoking cessation was 2.4 ± 1.4 . The average number of educational sessions was 2.5 ± 1.7 . Twenty-eight patients (34.6 %) had had a complete educational program and 44 benefited from a group session. Sixteen patients (40 %) stopped smoking after their inclusion into the educational program. Smoking cessation was significantly more often achieved when this objective was defined during the educational program ($p < 0.001$).

During the last attempt of smoking cessation, 25 patients (27.5 %) consumed nicotine substitutes, one person consumed bupropion. Fourteen persons were followed by a tobaccologist.

Forty-six former smokers deprived themselves brutally without reduction of consumption.

Conclusion: the PAD patients smoking cessation is insufficiently taken care. Patient education program can give a chance to improve in smoking cessation.

SESSION SFT/SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

Président : D. Thomas (Paris) - Modérateur : P. Motreff (Clermont-Fd)

Tabagisme et pathologie cardiovasculaire : actualités 2013

Daniel THOMAS

Institut de Cardiologie, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris

Physiopathologie - Bonne revue sur les mécanismes de l'impact cardiovasculaire (CV) (Csordas & Bernhard, Nature Reviews Cardiology 2013; 10: 219-230). Fonction endothéliale après sevrage (Dohi, ESC 2013). Atteinte microvasculaire coronaire (Miazaki, ESC 2013). Effet e-cigarette versus cigarette sur la circulation coronaire (Farsalinos, ESC 2013). Epidémiologie et clinique - Deux grandes études actualisent l'impact cardiovasculaire (CV) dans les deux sexes (Jha, N Engl J Med 2013;368:341-50) et les bénéfices CV du sevrage selon l'âge de l'arrêt chez les femmes (Pirie, Lancet 2013; 381: 133-41, suppl. appendix). Majorité des accidents coronaires des fumeurs attribuables au tabagisme, quel que soit l'âge (Tolstrup, doi: 10.2105/AJPH.2012.301091). Mort subite chez les femmes fumeuses (Sandhu, doi: 10.1161/CIRCEP.112.975219). Ex-fumeurs : lésions coronaires comparables à celles des fumeurs mais diminution des événements coronaires (Min, ESC 2013). Risque thromboembolique veineux confirmé chez la femme (Sweetland, Circulation 2013; 127: 1276-82) (Blondon, Thromb Haemost. 2013 109 891-6). Modifications ECG aigues, étudiées par Holter (Ramakrishnan, BMJ Open 2013;3:e002486).

Sevrage - La prise de poids n'altère pas le bénéfice CV du sevrage chez les non diabétiques (Clair, JAMA. 2013;309:1014-21) ni chez les femmes diabétiques (Luo, JAMA 2013 ; 310 ; 94-6). Nouvelle étude montrant l'absence d'effet délétère des substituts nicotiques après infarctus (IDM) (Woolf, Am J Cardiol 2012; 110: 968-70). Bonne tolérance, mais inefficacité du bupropion après IDM (Eisenberg, J Am Coll Cardiol 2013;61:524-32). Interdictions de fumer - Nouvelles études (Stallings-Smith, PLoS ONE 2013 8 e 62063 ; Schmucker, Eur J Prev Cardiol 2013 doi: 10.1177/2047487313483610; Porretta, ESC 2013) et méta-analyse (Lin, BMC Public Health 2013 ; 13: 529-35) confirmant leur efficacité sur la réduction des IDM. Publication de l'étude française, n'ayant pu mettre en évidence cet effet dans le contexte spécifique français (Séguret, Eur J Prev Cardiol 2013 doi: 10.1177/2047487313500569).

14h00-15h30 - INFECTION VIH ET TABAC : OU EN EST-ON ?

Président : H. Laurichesse (Clermont-Fd)

Modérateur : M. Dematteis (Grenoble)

- Brosser un tableau clinique du fumeur VIH
D. Garelik (Paris)
- Les pathologies psychiatriques du VIH
A. Schmitt (Clermont-Fd)
- Prise en charge du sevrage tabagique pour le fumeur infecté par le VIH ?
B. Lemaitre (Caen)
- Prise en charge et suivi de l'infection du VIH - Actualités dont la place de la prise en charge des addictions
C. Jacomet et M. Vidal (Clermont-Fd)

INFECTION VIH ET TABAC : OU EN EST-ON ?

Président : H. Laurichesse (Clermont-Fd) - Modérateur : M. Dematteis (Grenoble)

Tableau clinique du fumeur VIH

Daniel Garelik

Pitié-Salpêtrière. Paris

Association « Tabagisme-séropositivité VIH » : chapitre important de Santé Publique.

Les pathologies propres au Tabagisme surviennent avec une plus grande acuité et des conséquences plus graves chez les patients VIH, particulièrement vulnérables, d'où l'intérêt de préciser les caractéristiques de cette association pour mieux aborder ces patients et entreprendre une meilleure prise en charge.

La prévalence du Tabagisme chez les séropositifs VIH est supérieure à celle de la population générale : 50% vs 25%. Elle est plus élevée chez :

- Les hommes de moins de 45 ans.
- Les utilisateurs de drogues.
- Les patients dont l'infection est non contrôlée.

Caractéristiques de l'association Tabac-VIH :

- Dépendance nicotinique supérieure chez les séropositifs vs population générale : 60% des patients VIH ont une dépendance moyenne ou importante (≥ 5 au questionnaire de Fagerström).
- Consommation fréquente de drogues illicites (Cannabis +++).
- 4 raisons principales de Tabagisme (Etude EVIT 2009) : aide intellectuelle et émotionnelle, automatisme et réponse au stress, contrôle du poids, plaisir et convivialité (surtout chez les fumeurs à faible consommation).

Risques de consommation tabagique chez les séropositifs VIH :

- Cancer broncho-pulmonaire 2-6 fois plus fréquent que dans la population générale.
- Risque cardio-vasculaire +15-20%, surtout si traitement antirétroviral, risque rejoignant celui de la population générale après 3 ans d'abstinence.
- Tabac : facteur de risque indépendant lors du développement d'une candidose orale (rôle des T4).
- Augmentation du risque de pneumopathie bactérienne.
- Diminution de l'espérance de vie (Pirie et al. Lancet 2013).

Motivations à l'arrêt (Etude EVIT 2009) sont plus motivés :

- Les patients conseillés par leur médecin (Rôle déterminant).
- Les patients percevant un risque de maladie liée au Tabac.
- Les patients informés.
- Les patients les moins nicotinodépendants.

Conclusion :

Travailler la motivation d'arrêt (les risques de mourir d'une pathologie liée au Tabac sont plus importants que ceux liés à la séropositivité).

Rechercher une spécificité de prise en charge.

2 études en cours : Etude INTER-ACTIV, Etude TAVIH pour trouver des stratégies adaptées.

INFECTION VIH ET TABAC : OU EN EST-ON ?

Président : H. Laurichesse (Clermont-Fd) - Modérateur : M. Dematteis (Grenoble)

Pathologies psychiatriques et infection par le VIH

Dr Audrey Schmitt

CHU Clermont-Ferrand

Les études montrent qu'il existe à la fois une augmentation du risque d'une infection VIH dans la population présentant des troubles psychiatriques et une relativement haute fréquence de troubles psychiatriques chez les patients séropositifs. Des troubles psychiatriques ont été fréquemment décrits au cours de l'infection par le VIH, notamment la dépression, l'anxiété, les troubles de la personnalité, les toxicomanies, la dépendance à l'alcool et au tabac, et les troubles thymiques sur un versant maniaque.

Ces derniers représentent aussi 8% des manifestations de la démence du SIDA et ils semblent être secondaires à l'infection par le VIH. Les états dépressifs, quant à eux, fréquents chez le patient VIH+, sont connus pour perturber les fonctions cognitives et il est important en pratique clinique de distinguer l'épisode dépressif des troubles cognitifs liés au virus VIH par atteinte cérébrale, qui sont parfois intriqués.

Le clinicien doit être attentif à la plainte cognitive du patient ; le diagnostic des maladies psychiatriques et leur prise en charge, complexes chez ces patients, nécessite une coordination entre les psychiatres et les infectiologues.

INFECTION VIH ET TABAC : OU EN EST-ON ?

Président : H. Laurichesse (Clermont-Fd) - Modérateur : M. Dematteis (Grenoble)

Programme de prise en charge des PVIH au CHU de Caen : étude observationnelle TASMI

LE MAITRE B*, FERET P**, PARIENTI J-J***, DARGERE S***, MARTIN A***, de La BLANCHARDIERE A****, MICHON J***, NOYON V*** et VERDON R***.

* Tabacologie, ** Coordination Régionale de Lutte contre l'Infection VIH (COREVIH), *** Maladies Infectieuses, CHU de CAEN

L'amélioration de la prise en charge thérapeutique des patients infectés par le VIH, en diminuant les causes de morbi-mortalité dues à l'infection et en prolongeant la durée de vie des patients, a fait émerger toute l'importance de la problématique du tabagisme chez ces patients. C'est ainsi qu'une collaboration active entre le service de Tabacologie et le service des Maladies infectieuses du CHU de Caen a vu le jour en février 2012.

Les séropositifs meurent aujourd'hui davantage du tabac que de l'infection VIH. Les décès liés à un événement Sida sont passés de 47% en 2000 à 25% en 2010. Dans le même temps, l'augmentation des cancers, non liés au Sida et non CHC, très majoritairement les cancers du poumon, étaient multipliés par deux.

Le tabagisme est un facteur de risque modifiable à l'échelon individuel, au sein de nombreuses co-morbidités, principalement les cancers pulmonaires, mais aussi les affections cardiovasculaires, sachant que la séropositivité seule compte déjà pour 1 FDR cardiovasculaire. Ainsi, c'est 12 années de vie perdues pour les PVIH fumeurs, versus 5 années pour les PVIH non fumeurs. Aider les PVIH fumeurs à arrêter de fumer, c'est aussi leur permettre d'avoir une meilleure qualité de vie.

Ce fût le pari des services des Maladies infectieuses et de Tabacologie du CHU de Caen. Tous les patients de la file active des patients VIH ont été interrogés sur leur consommation, ou non de tabac (ou tabac et cannabis). Au 1er mars 2013, 38% se déclaraient NF, 13% ex-F, 18% n'avaient pas encore été interrogés et 31% (soit 252 PVIH) étaient fumeurs. Un premier questionnaire était proposé aux fumeurs lors de leur consultation habituelle dans le service de maladies infectieuses. Le médecin du service faisait le point avec eux, dosait le CO dans l'air expiré et leur proposait d'être rappelé par le service de Tabacologie pour envisager un suivi, les informant de la gratuité des traitements et des frais de déplacement si nécessaire. 57% d'entre eux ont accepté d'emblée et aujourd'hui la file active des PVIH suivis en tabacologie est de 147 PVIH. C'est cette expérience que je vous propose de partager lors de la présentation.

INFECTION VIH ET TABAC : OU EN EST-ON ?

Président : H. Laurichesse (Clermont-Fd) - Modérateur : M. Dematteis (Grenoble)

Prise en charge et suivi de l'infection VIH – Actualités

JACOMET C.

CHU Clermont-Ferrand

FRESARD A.

CHU Saint-Etienne

L'estimation du nombre de personnes VIH+ engagées dans les différentes étapes des soins révèle que 150 000 sont infectées en France, 120 000 diagnostiquées et 77 000 (52%) ont une charge virale indétectable. Ce pourcentage a des conséquences en terme de non contrôle de l'épidémie avec l'apparition d'environ 7000 nouveaux cas par an chez les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes HSH (40%), les migrants (40%) et les hétérosexuels (20%). Les stratégies de dépistage en France ont été basées sur la notion d'appartenance à un groupe à risque et/ou de symptôme relié au VIH et à ce jour 30% des patients pts VIH accèdent aux soins à un stade avancé de la maladie. L'étude ANRS Opportunités (2011) chez les pts nouvellement diagnostiqués a montré que 55% des HSH consultant en milieu de soins n'avaient pas eu de proposition de test, et que 82% pts n'avaient pas été dépistés alors qu'ils présentaient un symptôme lié au VIH. Ainsi les recommandations se sont élargies afin de proposer un dépistage à toute personne âgée de 15 à 70 ans.

Les causes de décès des pts VIH+ (2010) sont : le SIDA (25%), les cancers non liés au VIH (22%), les décès de cause hépatique (15%), les causes cardiovasculaires et décès inexpliqués (10%/10%). L'incidence plus élevée de comorbidités non liées au VIH (cardiaques, rénales, osseuses, hépatiques, neurocognitives) est une réalité et plusieurs facteurs peuvent en être responsables : inflammation chronique, activation immunitaire, sénescence, antirétroviraux, infections (CMV), tabagisme. L'étude danoise de Helleberg a montré qu'un pt VIH+ de 35 ans a une espérance de vie de 62.6 ans s'il est fumeur et de 78.4 ans s'il ne l'est pas.

14h00-15h30 - PAYS FRANCOPHONES : AIDE A L'ARRÊT

Président : P Bartsch (Liège)

Modérateur : C. Laporte (Clermont-Fd)

- Le point sur le vaccin et autres perspectives
J. Cornuz (Lausanne)
- Tabagisme : Maladie chronique ?
M. Underner (Poitiers)
- Cigarette Electronique : état des lieux
G. Mathern (St-Etienne)
- Baclofène, topiramate et arrêt du tabac ?
L. Malet (Nice)

PAYS FRANCOPHONES : AIDE A L'ARRÊT

Président : P Bartsch (Liège) - Modérateur : C. Laporte (Clermont-Fd)

Immunisation contre la nicotine : le point en 2013

Pr Jacques Cornuz

CHU Lausanne, responsable du programme suisse Vivre sans tabac

La nicotine est la principale substance addictive dans le tabac. La sensation de récompense (rewarding) induite par la nicotine constitue une des raisons pour lesquelles les gens continuent de fumer. L'immunisation active contre la nicotine est conçue pour agir en réduisant les effets de la nicotine sur le cerveau, ce qui signifie que le fumeur ressentira beaucoup moins, voire plus du tout, cette sensation de récompense lorsqu'il fumera une cigarette. En réduisant le plaisir ressenti en fumant, les vaccins sont susceptibles d'aider les fumeurs à arrêter de fumer ou aider les personnes ayant arrêté de fumer depuis peu à ne pas recommencer à fumer.

Aucun vaccin antinicotine n'est actuellement homologué pour l'usage public, mais un certain nombre sont en cours de développement. Dans le cadre d'une collaboration internationale, quatre essais cliniques comparant les vaccins antinicotines à un placebo. Ces essais, incluant 2 664 participants, n'ont pas démontré que les vaccins aident les gens à arrêter de fumer à long terme. Les quatre essais ont tous été menés par des laboratoires pharmaceutiques dans le cadre d'un processus de développement de médicaments et impliquaient des vaccins administrés par injection. Aucun des essais n'a testé les vaccins antinicotines pour déterminer s'ils aidaient les personnes ayant arrêté de fumer à ne pas recommencer à fumer. Seuls deux des quatre essais avaient des résultats complets disponibles. Les deux essais ont montré que les vaccins antinicotines sont généralement sans risques, la plupart des effets secondaires étant légers ou modérés. Dans un essai, des symptômes grippaux ont été considérés être un effet secondaire du vaccin antinicotine. Si des vaccins antinicotines sont un jour disponibles pour la population générale, il faudra les intégrer dans la pharmacopée contre le sevrage nicotinique. Les enjeux éthiques de ce développement sont nombreux et seront abordés lors de la présentation.

PAYS FRANCOPHONES : AIDE A L'ARRET

Président : P Bartsch (Liège) - Modérateur : C. Laporte (Clermont-Fd)

Tabagisme, maladie chronique ?

Michel Underner

Unité de Tabacologie et CLAT 86, Service de Pneumologie, CHU La Milétrie, Poitiers

Le tabagisme est un comportement renforcé par une double dépendance : physique et psycho-comportementale. La dépendance nicotinique est souvent sous-estimée. En effet, le test de Fagerström, le plus largement utilisé, a des qualités psychométriques médiocres et n'aborde pas des éléments importants de la dépendance définie dans le DSM-IV et la CIM-10. En 2011, l'ASAM (American Society of Addiction Medicine) a proposé une nouvelle définition de la dépendance : maladie chronique du cerveau caractérisée par des cycles répétés de périodes d'abstinence et de rechute (modèle de Prochaska). Dans ces conditions, la dépendance au tabac doit être prise en charge comme d'autres pathologies chroniques : diabète, asthme, hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, insuffisance coronarienne, dépression ou douleur chronique. Si cette notion est actuellement controversée, il existe toutefois une catégorie de fumeurs pour lesquels le tabagisme est bien une maladie chronique : les fumeurs « difficiles » (fumeurs irréductibles ou « Hard-core smokers » d'une part et les gros fumeurs en échec dans le sevrage tabagique d'autre part) souffrant de maladies chroniques somatiques (cancers, BPCO, maladies cardio-vasculaires), de troubles psychiatriques (troubles anxio-dépressifs, troubles bipolaires), d'autres addictions (alcool, cannabis, opiacés) et de précarité sociale. D'une manière générale, le traitement de la dépendance au tabac est trop souvent ponctuel, peu coordonné et insuffisant en termes de dose et/ou de durée. Saitz et al. ont montré les bénéfices d'une prise en charge au long cours de toute dépendance (Chronic Disease Management : CDM).

Le questionnaire PACIC (Patient Assessment of Chronic Illness Care), proposé par Glasgow et al. en 2005 permet au patient d'évaluer lui-même la qualité de la prise en charge de sa dépendance. Ainsi, pour de nombreux auteurs, la dépendance au tabac doit être abordée comme toute maladie chronique, avec une prise en charge pluridisciplinaire, une éducation thérapeutique et une coordination des soins.

Références

- 2008 PHS Guideline Update Panel, Liaisons, and Staff. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. Respir Care 2008 ; 53 : 1217-22.
- American Society of Addiction Medicine (ASAM) <http://www.asam.org/research-treatment/definition-of-addiction> (consulté le 24/06/2013).
- Saitz R, Larson MJ, Labelle C, et al. The Case for Chronic Disease Management for Addiction. J Addict Med 2008 ; 2 : 55-65.
- Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J, et al. Development and validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). Med Care 2005 ; 43 :436-44.

PAYS FRANCOPHONES : AIDE A L'ARRET

Président : P Bartsch (Liège) - Modérateur : C. Laporte (Clermont-Fd)

Cigarette électronique : Etat des lieux

Dr Gérard MATHERN

Session Pays Francophones - Aide à l'arrêt

Les informations, affirmations, déformations et autres révélations abondent et viennent enrichir, voire opacifier les données autour de ce dispositif dont le statut semble disputé par nombre de factions opposées et concurrentes. Mais seule la littérature scientifique compte et sa consistance permet aujourd'hui d'étayer une posture tabacologique beaucoup plus justifiée.

Après une année riche en travaux, publications et rapports, que devons-nous retenir pour notre pratique quotidienne ? Que nous apprennent les études menées depuis ces derniers mois ?

- 1) L'innocuité de l'utilisation de la cigarette électronique pour le vapoteur et son entourage. Les études sérieuses le montrent à l'évidence.
- 2) La connaissance des populations utilisatrices qui distingue les volontaires à l'arrêt du tabac jusqu'aux fumeurs qui n'entendent pas arrêter, c'est-à-dire ceux qui ne fréquentent pas les consultations de tabacologie, et n'entendent pas se soustraire à la dépendance nicotinique ; ils désirent cependant en éviter les conséquences néfastes et en mourir. Tous les intermédiaires entre ces postures se rencontrent.
- 3) Son efficacité à éviter la « tueuse », en termes de réduction, voire d'arrêt total de son utilisation. Cependant, les études sur de grandes cohortes s et cohérentes. La question éthique qui fait poser la question : faut-il absolument traiter un sujet dépendant à la nicotine si sa pratique ne l'expose pas à un vrai danger pour sa santé ? Car tel est bien le cas des vapoteurs non désireux de se passer de leur produit.

Enfin, deux éléments doivent être ici retenus :

- L'hétérogénéité des populations utilisatrices, se démarquant ainsi de celles qui utilisent les substituts nicotiques, et des conditions d'usage rendant difficiles les enquêtes larges et cohérentes.
- La question éthique : faut-il absolument traiter un sujet dépendant à la nicotine si sa pratique ne l'expose pas à un vrai danger pour sa santé ? Car tel est bien le cas des vapoteurs non désireux de se passer de leur produit.

Au total, ce dispositif original qui s'est imposé à la tabacologie par la voix de ses utilisateurs a ouvert un large champ d'exploration à la fois novateur et porteur de promesses.

PAYS FRANCOPHONES : AIDE A L'ARRET

Président : P Bartsch (Liège) - Modérateur : C. Laporte (Clermont-Fd)

Baclofène, topiramate et arrêt du tabac ?

Laurent Malet

Centre Hospitalier Sainte-Marie - Nice

Le complexe récepteur nicotinique est la cible privilégiée des traitements indiqués en première intention dans l'aide à l'arrêt du tabac : substitutions diverses ou varénicline (Champix®). De nombreuses approches pharmacologiques différentes ont été envisagées.

Le baclofène (Lioréal®) est un agoniste GABA_B, spasmolytique, qui a révélé une action anti-craving i) suffisamment établie pour l'alcool pour avoir obtenu une ATU, ii) possible pour la cocaïne, iii) incertaine pour le cannabis. Lors d'une dépendance associée alcool-tabac, le baclofène ne modifie pas la consommation de tabac. Par contre, les rares travaux expérimentaux menés chez les fumeurs motivés, indiquent une diminution de consommation en lien avec une diminution du craving.

Le topiramate (Epitomax®) est un anti-épileptique au profil pharmacologique complexe : agoniste GABA_A, antagoniste glutamatergique au niveau des récepteurs AMPA/kainate. Il induit une neuromodulation dopaminergique cortico-mésolimbique ce qui suscite, depuis près de dix ans, un intérêt en addictologie. Chez l'animal, aucun effet du topiramate sur la nicotine n'a été mis en évidence. Chez l'homme, une large étude randomisée contrôlée publiée en 2004 montrait un intérêt du topiramate. Les résultats des travaux suivants (très hétérogènes) sont mitigés, parfois contradictoires. Le topiramate à faible dose augmenterait même le plaisir de consommer chez le fumeur (et chez l'usager de méthamphétamine). Le topiramate a toutefois peut-être une place, qui reste à préciser, dans la dépendance au tabac associée à des comorbidités addictives ou psychiatriques. Par ailleurs, l'hypothèse récente d'une assez nette différence d'efficacité selon le sexe ouvre de nouvelles perspectives de recherche.

L'approche clinique a pu faire essayer dans le sevrage tabagique divers anti-dépresseurs ou anxiolytiques. Une meilleure compréhension des mécanismes physiopathologiques et neurobiologiques des dépendances et des particularités concernant le tabac peuvent orienter la recherche dans l'aide pharmacologique avec des médicaments existants ou via de nouvelles cibles.

14h00-15h30 - COMMUNICATIONS LIBRES TENDANCE RECHERCHE

Président : F. Durif (Clermont-Fd)

Modérateur : D. Touzeau (Paris)

- De faibles capacités d'inhibition prédisent la rechute chez des patients en arrêt tabagique
V Flaudias, Clermont-Fd
- Etudier le Sevrage Tabagique par une Approche Psychosociale (ESTAP)
F Merson, Clermont-Fd
- Education thérapeutique du patient appliquée à la tabacologie
RM Rouquet, Montpellier
- Pronostic du sevrage tabagique des fumeurs difficiles en centre de tabacologie
B Joly, Clermont-Fd
- Le biais attentionnel dans l'addiction peut-il être qu'un simple défaut d'inhibition
V Flaudias, Clermont-Fd

COMMUNICATIONS LIBRES TENDANCE RECHERCHE

Président : F. Durif (Clermont-Fd) - Modérateur : D. Touzeau (Paris)

De faibles capacités d'inhibition prédisent la rechute chez des patients en arrêt tabagique

Flaudias V., Llorca P.M., Schmitt A.

Clermont Université, Université d'Auvergne, EA NPsy-Sydo, Clermont-Ferrand, France.

CHU Clermont-Ferrand, Pôle Psychiatrie B, Clermont-Ferrand, France

Perriot J.

Dispensaire Émile Roux, Clermont-Ferrand, France

Courtet P., Guillaume S.

Inserm, U1061, Montpellier, France; CHU Montpellier, Hôpital Lapeyronie, Pôle psychologie médicale et Psychiatrie, Montpellier, France

Picot M.C.

CHU Montpellier, Département d'information médicale, Montpellier, France

Quantin X.

Université de Montpellier 1, Laboratoire Epsilon EA 4556, Montpellier ;CHU Montpellier, Pôle de médecine respiratoire, Montpellier, France

Introduction

70% des patients initiant un sevrage tabagique vont rechuter dans les 6 mois (Hugues, 2000). Un enjeu majeur pour la prise en charge du tabagisme est donc la compréhension des processus en jeu dans la rechute.

Récemment, Billieux et al. (2010) ont observé que de faibles capacités d'inhibition étaient corrélées à une forte dépendance nicotinique et ceci indépendamment du score de craving ou de l'âge des participants.

Dans cette étude, nous nous sommes intéressés plus spécifiquement au lien entre les capacités d'inhibition, le craving, la dépendance tabagique et la rechute.

Méthode

134 fumeurs consultants pour une demande de sevrage ont été consécutivement inclus et suivis prospectivement. Ils ont réalisé un test de Hayling, test de moins de 5 mn mesurant leur capacité d'inhibition, et ont rempli un Fagerstorm ainsi qu'un auto-questionnaire sur leur craving à la cigarette (TCQ 12) à l'inclusion, à 1,3 et 6 mois après l'initiation de. Enfin, la présence d'une rechute durant les 6 premiers mois d'abstinences a été évaluée.

Résultats

Les analyses de régression et de corrélation montrent que des faibles capacités d'inhibition prédisent bien la dépendance au tabac. Cependant la dépendance au tabac, et le craving ne prédisent pas de la rechute à 6 mois à l'inverse des capacités d'inhibition ($R^2_{\text{logit}} = .08$, $F(2,134)=10,851$, $p<.004$).

Conclusions :

Ces résultats semblent indiquer que le craving n'est qu'un faible prédicteur à long terme de la rechute. Les analyses de corrélations semblent indiquer qu'il s'avère plutôt d'un prédicteur à court terme. A l'inverse, les capacités d'inhibition sont prédicteurs à plus long terme (6 mois). Dans la pratique clinique, il semble donc plus important de se focaliser sur les capacités d'inhibition que sur le craving ou la dépendance à la cigarette. Un test simple et rapide d'inhibition pourrait avoir un intérêt pour dépister des fumeurs à plus haut risque de rechute.

Bibliographie

Billieux, J., Gay, P., Rochat, L., Khazaal, Y., Zullino, D., & Van der Linden, M. (2010). Lack of inhibitory control predicts cigarette smoking dependence: Evidence from a non-deprived sample of light to moderate smokers. *Drug and Alcohol Dependence*, 112, 164-167.

Hugues, J.R. (2000). Nicotine-related disorders. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. K. Sadock. Philadelphia, Lippincott, Williams & Wilkins.

COMMUNICATIONS LIBRES TENDANCE RECHERCHE

Président : F. Durif (Clermont-Fd) - Modérateur : D. Touzeau (Paris)

Etudier le Sevrage Tabagique par une Approche Psychosociale (ESTAP) : rôle des insertions sociales et du rapport au temps dans le sevrage tabagique

Merson F.^{1,2}, Fieulaine N.¹, Préau M.¹, Perriot J.²

1. Groupe de Recherche en Psychologie Sociale (GRéPS), Institut de Psychologie – Université Lyon 2. Bron, France.

2. Dispensaire Emile Roux – Centre de Tabacologie, Centre de Lutte Antituberculeuse 63. Clermont-Ferrand, France.

Un gradient social existe dans la réussite du sevrage tabagique. L'environnement dans lequel évoluent les fumeurs représente un facteur prépondérant qui peut médiatiser les liens existant entre le statut socio-économique et la réussite du sevrage. Les conditions de vie sont intégrées au niveau psychologique et entraînent des modifications au niveau de la projection dans le temps. La question des mécanismes impliqués dans cette différenciation sociale se pose.

Un projet de recherche a été créé pour tenter de comprendre cette problématique. Son hypothèse principale postule que le gradient social lié à la réussite du sevrage tabagique serait dû aux différences dans le rapport au temps et aux processus impliqués dans cette différenciation.

Il s'organise sous forme d'un protocole longitudinal multicentrique. Deux questionnaires ont été créés. Ils s'adressent à des patients souhaitant arrêter de fumer et sont administrés dans 14 consultations de tabacologie réparties sur le territoire français.

Le premier questionnaire est proposé en amont de la première consultation de sevrage. Il recueille les conditions de vie du fumeur (logement, précarité, etc.), les croyances associées au tabagisme, au sevrage et aux traitements. Il s'intéresse également au rapport au temps des fumeurs, au désir de contrôle et à leur auto-efficacité. Les questionnaires de suivi sont administrés à 6 mois et 1 an. Ils mesurent l'évolution des conditions de vie, du tabagisme, des dimensions de l'autorégulation et l'auto-efficacité.

Le rapport au temps représente un élément central pour la compréhension des compromis et négociations entre court terme et long terme. Les connaissances apportées par cette recherche permettront l'adaptation et l'optimisation des modes de communication avec les patients.

COMMUNICATIONS LIBRES TENDANCE RECHERCHE

Président : F. Durif (Clermont-Fd) - Modérateur : D. Touzeau (Paris)

L'Éducation thérapeutique du patient appliquée à la tabacologie

R.M. Rouquet, M.E. Huteau, A. Stoebner-Delbarre

Unité de coordination d'aide au sevrage tabagique (UCAST) – Service de pneumologie de l'hôpital Larrey, CHU Toulouse, 24 chemin de Pouvoirville – 31059 Toulouse cedex 09, Epidaure - Pôle prévention de l'Institut régional du Cancer de Montpellier, Parc Euromédecine - Avenue des Apothicaires - 34298 Montpellier cedex 5 www.icm.unicancer.fr/

Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les personnes atteintes de maladie chronique à acquérir et maintenir les compétences nécessaires pour gérer leur vie de manière optimale. L'ETP repose sur des valeurs telles que le respect mutuel, le partage des responsabilités, l'autonomie, il s'agit d'une alliance thérapeutique. L'ETP respecte l'autodétermination du malade. Elle a prouvé son efficacité dans la gestion de nombreuses maladies chroniques mais elle a été très peu appliquée à la prise en charge des addictions.

Dans la plupart des études publiées sur l'ETP dans les pathologies chroniques, la question du tabagisme est abordée essentiellement sous l'aspect de l'apprentissage à gérer un facteur de risque parmi d'autres.

Nous détaillerons les éléments constitutifs d'un programme en ETP applicables à la tabacologie : bilan éducatif partagé avec ses 5 dimensions (bio-clinique, socio-professionnelle, cognitive, psycho-affective et projective), mise en œuvre d'un plan éducatif et évaluation. Nous présenterons des exemples pratiques pour l'aide au sevrage, issus de la revue de la littérature et de l'expérience des Unités de Tabacologie du CHU de Toulouse et de l'Institut Régional du Cancer de Montpellier. Des outils éducatifs testés seront également présentés.

Le bénéfice d'un « traitement » dépend en grande partie de la façon dont celui-ci est pris par le patient. La méthode et les techniques de l'ETP appliquées à la tabacologie pourraient améliorer l'adhésion du patient à la prise en charge globale de son sevrage et favoriser son autonomie sans produit. D'autres études sont nécessaires pour évaluer l'impact d'une telle démarche à long terme.

COMMUNICATIONS LIBRES TENDANCE RECHERCHE

Président : F. Durif (Clermont-Fd) - Modérateur : D. Touzeau (Paris)

Pronostic du sevrage tabagique des fumeurs difficiles en centre de tabacologie

B Joly

CH Vichy

J Perriot

Dispensaire Emile Roux. Clermont-Ferrand

INTRODUCTION :

Les caractéristiques des consultants d'un Centre de Tabacologie et la conduite de leur prise en charge ont été analysées afin d'identifier les facteurs pronostiques de leur sevrage tabagique.

MATERIEL ET METHODE :

Les 1 300 consultants du Dispensaire Emile Roux (Clermont-Ferrand, F 63 100) dans la période 1999-2009, classées en 3 populations (Hard-Core Smokers - HCS - définition Emery 2000*, fumeurs d'âge < 26 ans, autres consultants) ont été comparés (profil des patients, prise en charge, résultats du sevrage à 6 mois). Analyse statistique par logiciel R.2.10.1 (test Khi 2 ; ANOVA, $p < 0,05$).

RESULTATS :

Facteurs associés à l'échec du sevrage : la co-consommation de SPA, l'existence d'une dépression majeure, de pathologies cardiaques et/ou respiratoires, d'une posologie initiale élevée du TNS.

Facteurs associés à la réussite du sevrage : l'augmentation de l'âge, la prise de poids, la durée du TNS, une forte motivation à l'arrêt ($p < 10^{-16}$).

Interactions constatées : un fort impact de la durée du TNS sur l'arrêt du tabac pour les coconsommateurs de SPA ($p = 0,002$). La prise de poids est prédictive d'échec du sevrage en cas d'antécédents de dépression ($p = 0,0004$). Le vécu de l'arrêt est corrélé à son pronostic ($p < 10^{-16}$).

Les jeunes fumeurs de la population étudiée n'appartiennent pas à la catégorie des HCS.

CONCLUSION :

Des indications sont tirées de cette étude permettant de personnaliser et optimiser le sevrage tabagique des fumeurs difficiles en Centre de Tabacologie.

* Emery S, Gilpin EA, Ake C, Farkas AJ, Pierce JP. Characterising and identifying "Hard-core smokers": implications for further reducing prevalence. Am J Public Health 2000; 90 (3): 387-94

COMMUNICATIONS LIBRES TENDANCE RECHERCHE

Président : F. Durif (Clermont-Fd) - Modérateur : D. Touzeau (Paris)

Le biais attentionnel dans l'addiction peut-il être qu'un simple défaut d'inhibition ?

Flaudias V., Brousse G., Planche F. & Llorca P.M.

Clermont Université, Université d'Auvergne, EA NPsy-Sydo, Clermont-Ferrand, France.
CHU Clermont-Ferrand, Pôle Psychiatrie B, Clermont-Ferrand, France

Perriot, J.

Dispensaire Émile Roux, Clermont-Ferrand, France

Introduction :

Un Biais Attentionnel (BA) survient lorsqu'un item lié à une pathologie accapare une part importante de l'attention et que le patient a alors des difficultés à concentrer sur une autre tâche¹. Dans le « Alcohol Stroop Test », le patient doit dénommer la couleur d'un mot. Ce mot peut être relié à l'alcool, ou être neutre. Le BA est la différence des temps de réponses entre les mots liés à l'alcool et neutres².

Selon Fadardi et Cox³ cet effet n'est pas dû seulement à un trouble cognitif car lorsque le score aux fonctions exécutives des patients est contrôlé, le BA reste présent. Les caractéristiques émotionnelles et motivationnelles des items ont une part importante dans ces observations.

Cependant, les fonctions exécutives incluent plusieurs fonctions cognitives, et ce concept paraît alors trop large pour étudier une fonction cognitive en particulier. Qu'en serait-il si seulement les capacités d'inhibition, fonction importante dans l'attention, étaient mesurées ?

La présentation bicolore

Une présentation bicolore⁴ dans la tâche Stroop semble augmenter les capacités d'inhibition chez le sujet sain⁵. Lorsque ce paradigme est utilisé pour étudier le BA chez des patients alcool-dépendants, nous n'observons pas de diminution de l'effet Stroop, ni du BA⁶. Ce résultat suggère qu'il n'y a pas d'augmentation des capacités d'inhibition. Celles-ci pourraient alors être déficitaires.

Selon le modèle de Kaplan et al.⁷, l'effet Stroop est dû à la rencontre entre une réponse automatique à inhiber et une réponse moins familière pour laquelle il faut focaliser plus d'attention. Le BA pourrait alors être dû à un comportement automatisé avec un trouble de l'inhibition sans qu'une réponse émotionnelle soit nécessaire.

Conclusion

Le BA pourrait être un simple défaut d'inhibition d'une réponse automatique. Ces résultats sont à confirmer avec un protocole spécifique et à généraliser à d'autres addictions, comme le tabac.

1. Williams, J.M.G., Mahews, A., & MacLeod, C. (1996). The emotional Stroop Task and Psychopathology. *Psychological Bulletin*, 20 (1), 3-24.
2. Johnsen, B. H., Laberg, J. C., Cox, W. M., Vaksdal, A. & Hugdahl, K. (1994) Alcoholic subjects' attentional bias in the processing of alcohol-related words. *Psychology of Addictive Behaviors* 8, 111-115.
3. Fadardi, J.S., & Cox, W.M., (2006). Alcohol-attentional bias: drinking salience or cognitive impairment? *Psychopharmacology*, 185, 169-178.
4. Besner, D., Stolz, J. A., & Boutilier, C. (1997). The Stroop effect and the myth of automaticity. *Psychonomic Bulletin & Review*, 4, 221-225.
5. Flaudias, V., Ferrand, L., & Augustinova, M. (2009, November). Accès automatique au sens du mot: Analyse de sa remise en question dans une tâche Stroop à l'aide de mesures de potentiels évoqués [Automatic semantic activation in the Stroop task with ERPs]. Paper presented at the annual meeting of the ARC (Association pour la Recherche Cognitive), Rouen, France.
6. Flaudias, V., Brousse, G., Planche, F., & Llorca, P.M. (Manuscrit en préparation). Présentation bicolore et biais attentionnel chez des patients alcool-dépendants.
7. Kaplan, G. B., Sengör, N. S., Gürvit, H., & Güzelis, C. (2007). Modelling the Stroop effect: A connectionist approach. *Neurocomputing*, 70(7-9), 1414-1423.

16h00-17h30 - TCC ET TABACOLOGIE : ÉVALUER NOS PRATIQUES

Président : C. Guillaumin (Angers)

Modérateur : G. Mathern (St-Etienne)

- L'approche psycho-comportementale à partir de 2 cas cliniques
C. Potié (Grenoble)
- Thérapies cognitives et arrêt du tabac
X. Noël (Bruxelles)
- Apprendre à gérer ses émotions sans tabac
V. Bouté-Makota (Clermont-Fd)
- Thérapie de mindfulness
J. Geneste (Clermont-Fd)

TCC ET TABACOLOGIE : EVALUER NOS PRATIQUES

Président : C. Guillaumin (Angers) - Modérateur : G. Mathern (St-Etienne)

L'accompagnement psycho comportemental à partir de deux cas cliniques

Claire Potié

Psychologue clinicienne - CHU de Grenoble

Deux cas cliniques pour tenter d'illustrer ce qui se joue dans la démarche plus ou moins longue et sinueuse des fumeurs(ses) candidats à l'arrêt :

Pour la plupart des fumeurs, avec le temps et la dépendance qui s'installe, la cigarette finit par répondre de façon stéréotypée à toutes sortes d'états intérieurs déplaisants ou simplement déstabilisants, dans l'intention, plus ou moins consciente, de les modifier.

Arrêter de fumer est un véritable apprentissage au renoncement ; renoncement à un mode de gestion des émotions devenu caduc, renoncement à l'illusion d'une réponse magique face aux incertitudes du quotidien.

Bien souvent, pour arrêter, le fumeur tente de mobiliser sa volonté et découvre, dans la plupart des cas, que celle-ci est bien peu efficace lorsqu'il s'agit de faire échec à la dépendance.

Pour que l'apprentissage ait plus de chance de se faire de manière heureuse, on sait qu'un soutien extérieur est souvent nécessaire. L'accompagnement proposé aux fumeurs peut ainsi prendre une valeur d'étayage provisoire, le temps pour la personne de trouver dans cet apprentissage des sources de plaisir, de valorisation, parfois de découvertes sur soi-même. Le cheminement vers une nouvelle manière d'être au monde peut alors devenir expérience positive, enrichissante. Cela passe, pour certain(e)s, par chercher à comprendre ce qui se joue d'essentiel dans ses conduites apparemment banales et pourtant devenues besoins impérieux.

Le soignant peut dans cet accompagnement jouer le rôle de témoin du chemin parcouru, de guide, de passeur, de coach, prêtant parfois une oreille attentive et prêtant parfois «les mots pour le dire».

TCC ET TABACOLOGIE : EVALUER NOS PRATIQUES

Président : C. Guillaumin (Angers) - Modérateur : G. Mathern (St-Etienne)

Thérapies cognitives et arrêt du tabac

Xavier NOËL

Université Libre de Bruxelles (ULB), Faculty of Medicine, Brugmann-Campus, Psychological Medicine and Addiction Lab

A l'instar d'autres formes de mésusage de substances psychoactives, la dépendance tabagique s'accompagne de modifications cognitives de différentes natures. Ces perturbations entravent (sans l'annuler) la liberté décisionnelle, et cela en exacerbant la valeur des choix et actions dont les conséquences s'expriment à court terme, au détriment, parfois, de l'adaptation au long cours.

Certains processus touchés sont inaccessibles à la conscience et finissent par générer des sensations de manque, des images caractéristiques du désir de fumer ainsi que des routines d'action (p. ex., ouvrir le paquet, prendre une cigarette, la porter à la bouche avant de l'allumer, toujours de la même manière).

D'autres processus impliqués dans l'autorégulation sont touchés, en particulier lorsque le manque d'une cigarette se fait sentir. De ce cas précis, des ressources conscientes d'autocontrôle sont détournées au profit du seul traitement d'informations rivées à l'apprentissage tabagique (par exemple, l'odeur caractéristique du tabac). Cette hypothèse se trouve renforcée par des données comportementales et d'imagerie cérébrale, ce qui permet la formulation synthétique d'un modèle neurocognitif des addictions (Noël, Brevers & Bechara, 2013, *Current Opinion in Neurobiology*).

Selon ce modèle, un état addictif reflète un fonctionnement systémique sous-optimal du complexe amygdalo-striatal, du cortex préfrontal et de l'insula. Au niveau psychologique, on observe un déséquilibre entre des biais cognitifs poussant la personne à consommer et des systèmes de supervision affaiblis en raison d'un état de vulnérabilité (p. ex., impulsivité élevée chez l'enfant et d'adolescent), ou lors de fortes envies de fumer ou encore en raison des effets neurotoxiques d'une consommation excessive d'autres substances psychoactives (p. ex., de l'alcool).

Aussi, des interventions cognitives visant à rétablir un équilibre entre systèmes réflexif et réfléchif permettraient-elles de diminuer l'envie de consommer, d'augmenter le bénéfice d'une prise en charge psychothérapeutique et/ou pharmacothérapeutique ou encore de réduire, en association à d'autres types interventions, le risque de rechute.

TCC ET TABACOLOGIE : EVALUER NOS PRATIQUES

Président : C. Guillaumin (Angers) - Modérateur : G. Mathern (St-Etienne)

Apprendre à gérer ses émotions sans tabac

Dr Véronique Boute Makota

Psychiatre, UAL, Pôle psychiatrie B du Pr Llorca, CHU Clermont-Ferrand

On ne peut plus ignorer de nos jours que le tabagisme joue un rôle sur la régulation des émotions et de l'humeur. De nombreux travaux ont également examiné le rôle de la régulation des émotions dans l'initiation et le développement du comportement tabagique mais également dans l'arrêt du tabac et la prévention de la rechute. Fumer permettrait dans diverses situations de réguler les états émotionnels, d'augmenter les affects positifs (sensations plaisantes) et de minimiser les affects négatifs (sensations déplaisantes). Pour beaucoup de fumeurs, « la cigarette est devenue un buvard à émotion ».

Ainsi beaucoup de ces fumeurs redoutent de ne pas pouvoir contrôler les situations de stress, d'anxiété ou de colère après l'arrêt du tabac. La cigarette a toujours représenté pour eux une «béquille» qui les a soutenus dans les moments difficiles, de tension ou de nervosité. De la même manière, le fumeur utilise parfois la cigarette comme «antidépresseur» ou réconfortant pour lui remonter le moral. Heureusement, il existe d'autres solutions efficaces et faciles à mettre en œuvre pour faire face aux émotions pénibles. La régulation des émotions est en effet une tentative pour faire face ou soulager des états affectifs négatifs en utilisant des moyens ou des méthodes permettant d'obtenir des changements cognitifs ou comportementaux.

Les grands principes en thérapie comportementale et cognitive sont les suivants :

Il ne faut pas chercher à éviter ou nier ses émotions. Pour apprendre à les gérer efficacement, il faut d'abord les reconnaître et les accepter. Les émotions dites négatives ne sont pas forcément délétères et sont même souvent très utiles ! Elles nous informent sur la réalité de ce que nous vivons.

L'objectif est de devenir expert de ses émotions, c'est-à-dire repérer les situations ou les contextes qui les déclenchent afin d'être plus à même de les contrôler, connaître les sensations physiques qui y sont associées, reconnaître leur utilité et leur fonction... Les techniques les plus simples et les plus fréquemment utilisées dans la 3^{ème} vague des TCC seront abordées dans cet exposé.

TCC ET TABACOLOGIE : EVALUER NOS PRATIQUES

Président : C. Guillaumin (Angers) - Modérateur : G. Mathern (St-Etienne)

Thérapie de mindfulness

J. Geneste

Clermont-Ferrand

16h00-17h30 - TABAC ET GERIATRIE

Président : I. Jalenques (Clermont-Fd)
Modérateur : A-S Ronnaux-Baron (Lyon)

- Données actuelles en épidémiologie
R. Guignard (INPES-Paris)
- Comment accompagner l'aide à l'arrêt du tabac du sujet agé ?
J. Perriot et A. Croizet (Clermont-Fd)
- Alzheimer et tabac
R. de Beaurepaire (Paris)
- Arrêt du tabac et personnes âgées - Le point de vue du cardiologue
D. Thomas (Paris)

TABAC ET GERIATRIE

Président : I. Jalenques (Clermont-Fd) - Modérateur : A-S Ronnaux-Baron (Lyon)

Tabac et gériatrie – Données actuelles en épidémiologie

Romain Guignard, Julie Bodard, Christophe Léon, François Beck
INPES-Paris

Le tabagisme serait responsable de 73 000 décès par an en France, principalement par maladies cardio-vasculaires, cancers et affections respiratoires chroniques. La mortalité par cancer du poumon, qui constitue l'indicateur le plus spécifique des effets du tabac sur la santé, apparaît en baisse depuis les années 90 chez les hommes. En revanche, chez les femmes, la hausse apparaît particulièrement importante ces dernières années et pourrait se poursuivre du fait d'une entrée plus tardive dans le tabagisme actif et du délai de latence important avant la survenue d'un cancer bronchique.

Le Baromètre santé 2010 de l'INPES permet de faire le point sur le comportement tabagique des personnes âgées de 55 à 85 ans. La proportion de fumeurs au sein de cette population se situe bien en deçà de celle observée parmi les plus jeunes (13,4% vs 41,1% des 15-54 ans), et diminue avec l'avancée en âge au-delà de 55 ans. Une première explication est liée à l'arrêt du tabac, observé en moyenne autour de 40 ans. De plus, la proportion de femmes n'ayant jamais fumé augmente de manière importante dans cette tranche d'âge : on observe ici un effet de génération, lié au fait que les femmes ont commencé à entrer massivement dans le tabagisme plusieurs décennies après les hommes.

Parmi les femmes de 55 à 85 ans, le fait d'avoir déjà fumé augmente avec le niveau de diplôme et s'avère plus fréquent parmi les catégories sociales supérieures, à l'inverse de ce qui est observé parmi les hommes. Enfin, les aspects relationnels ont une place importante dans les habitudes de consommations. Ainsi, les individus de 55 à 85 ans qui vivent seuls sont plus nombreux à fumer que ceux vivant accompagnés. La participation sociale diminue également le risque de fumer.

TABAC ET GERIATRIE

Président : I. Jalenques (Clermont-Fd) - Modérateur : A-S Ronnaux-Baron (Lyon)

L'aide à l'arrêt du tabac du sujet âgé

Perriot J.

Dispensaire Emile Roux, Clermont-Ferrand, France

Croizet A.

CH de Riom F63

Le nombre de fumeurs âgés demeure trop élevé ; ce phénomène alerte les autorités sanitaires internationales. La fumée de cigarette accélère le processus de vieillissement ; la consommation de tabac est responsable du décès d'un fumeur sur deux, en particulier par maladies cardio-vasculaires, respiratoire ou cancers fréquents après 60 ans. Elle induit ou aggrave une morbidité spécifique (altération des fonctions cognitives, ostéoporose, dégénérescence maculaire rétinienne, etc.).

L'arrêt du tabac chez les séniors est source de bénéfices importants : la réduction de la mortalité et de la morbidité, l'amélioration de la qualité de vie ; l'ensemble justifie l'implication des acteurs sanitaires dans le conseil d'arrêt et le sevrage de ces fumeurs. De multiples facteurs pronostics sociaux, comportementaux ou sanitaires ont été identifiés. Les méthodes d'aide à l'arrêt incluant le conseil, le soutien dont les thérapies comportementales et cognitives, les traitements médicamenteux dont les différentes formes de substituts nicotiques, la Varénicline et le Bupropion ont une efficacité identique chez le fumeur âgé ou plus jeune. En revanche, le tabagisme des seniors et le niveau de leur dépendance sont sous estimés ; ils pâtissent enfin d'un fréquent déficit dans le conseil d'arrêt et la prise en charge médicale du sevrage tabagique malgré les bénéfices qu'ils peuvent en tirer et l'attente qu'ils ont de la proposition de soutien de la part de leur médecin.

Un renforcement du partenariat entre acteurs du soin en gériatrie et tabacologues doit permettre d'améliorer l'arrêt du tabac de nos aînés.

TABAC ET GERIATRIE

Président : I. Jalenques (Clermont-Fd) - Modérateur : A-S Ronnaux-Baron (Lyon)

Alzheimer et tabac

Renaud de Beaurepaire

GH Paul-Guiraud, Villejuif

La maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative ayant des déterminants multiples. Les patients souffrant d'une maladie d'Alzheimer sont parfois fumeurs, et le tabac fait partie des déterminants potentiels susceptibles de participer aux processus dégénératifs de la maladie.

D'un autre côté, il a été montré que la nicotine peut améliorer les fonctions cognitives chez les malades, et certains auteurs ont ainsi suggéré que fumer pourrait avoir un effet bénéfique dans la maladie, et même ralentir sa progression.

Dans cette intervention, on fera une revue rapide des études d'épidémiologie clinique portant sur les liens entre tabac et maladie d'Alzheimer, et une analyse des études précliniques sur les effets potentiellement neuroprotecteurs et neurotoxiques du tabac. On montrera que les effets bénéfiques du tabac sont certainement très mineurs comparativement à sa toxicité, et du fait des comorbidités dont il est la source, si bien qu'il est pratiquement certain que le tabac aggrave l'évolution de la maladie d'Alzheimer.

TABAC ET GERIATRIE

Président : I. Jalenques (Clermont-Fd) - Modérateur : A-S Ronnaux-Baron (Lyon)

Arrêt du tabac et personnes âgées – le point de vue du cardiologue

Daniel THOMAS

Institut de Cardiologie, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris

La prévalence du tabagisme reste élevée chez les sujets âgés. La mortalité des fumeurs âgés reste x 2 à 3 par rapport à celle des sujets qui n'ont jamais fumé et 70 % des décès liés au tabagisme surviennent au-delà de 60 ans. Les taux absolus de mortalité augmentent avec l'âge et la durée du tabagisme. Le tabagisme reste un facteur de risque de décès prématuré, même chez les plus âgés, avec une perte d'au moins 10 ans d'espérance de vie. Dans l'infarctus du myocarde, la prévalence du tabagisme reste 2 à 3 fois plus élevée que dans la population générale du même âge. Le risque relatif de décès coronaire reste significativement augmenté, même aux âges les plus avancés. Chez les sujets âgés, fumer augmente significativement le risque de développer une insuffisance cardiaque ainsi que la mortalité et la morbidité après chirurgie cardiaque.

Le sevrage tabagique augmente l'espérance de vie, même chez les sujets de plus de 60 ans avec une réduction relative du risque de décès de l'ordre de 20 à 30 %, y compris au-delà de 80 ans. Le bénéfice le plus rapide et le plus important est cardiovasculaire, en particulier en prévention secondaire.

Cet important bénéfice cardiovasculaire est lié à la réversibilité rapide des mécanismes responsables des accidents aigus cardiovasculaires. Le bénéfice global du sevrage augmente avec son ancienneté, d'où l'importance d'un sevrage le plus précoce possible. Le sevrage n'est pas plus difficile que chez les sujets jeunes. En pratique, même si il est essentiel d'arrêter de fumer le plus tôt possible, il n'y a pas d'âge au-delà duquel cela soit totalement inutile. Un sevrage doit être proposé même aux sujets les plus âgés.

16h00-17h30 - ADOLESCENTS ET DETERMINANTS DU TABAGISME

Président : E. André (Grenoble)

Modérateur : A. Labbé (Clermont-Fd)

- Temporalité et conduites addictives à l'adolescence : expliquer et intervenir à partir de la psychologie sociale
N. Fieulaine (Lyon-Bron)
- Evaluer la dépendance chez les adolescents
J. Le Houezec (Rennes)
- Aspects sociologiques qui font le lit de la dépendance
R. Courtois (Tours)
- Composante identitaire de la dépendance au tabac
P. Dupont (Paris)

ADOLESCENTS ET DETERMINANTS DU TABAGISME

Président : E. André (Grenoble) - Modérateur : A. Labbé (Clermont-Fd)

Temporalité et conduites addictives à l'adolescence : expliquer et intervenir à partir de la psychologie sociale

N. Fieulaine

Lyon-Bron

ADOLESCENTS ET DETERMINANTS DU TABAGISME

Président : E. André (Grenoble) - Modérateur : A. Labbé (Clermont-Fd)

Evaluer la dépendance au tabac chez les adolescents

Jacques Le Houezec

Conseil en Santé publique, Dépendance tabagique, Rennes

La dépendance au tabac s'installe très rapidement lorsque l'initiation se fait au début de l'adolescence (DiFranza et al. 2000, 2002), alors même que la consommation est faible et irrégulière. Les échelles développées pour l'évaluation de la dépendance chez les fumeurs réguliers, comme le FTQ, le FTND, ou la CDS, ne sont donc pas adaptées au tabagisme irrégulier des adolescents (ex : nombre de cig./j limité, cacher son tabagisme, raisons pécuniaires).

En conséquence, des échelles ont été adaptées (mFTQ, ou Modified Fagerström Tolerance Questionnaire, Prokhorov et al. 1996, Rojas et al. 1998), ou créées et validées comme la Hooked On Nicotine Checklist (HONC; O'Loughlin et al. 2002a, 2002b), ou la Nicotine Dependence Scale for Adolescents (NDSA ; Nonnemaker et al. 2004).

La plus couramment utilisée est certainement la HONC. Elle comporte 10 questions dont les réponses par oui ou non donnent un score de 0 à 10. Répondre au moins 1 fois «oui» est considéré comme un indice de dépendance, celle-ci est d'autant plus sévère que le score est élevé. L'échelle HONC, pour évaluer la dépendance chez les adolescents, a été validée par l'étude de Wheeler et al. (2004) chez des adolescents de 13 à 15 ans.

Le questionnaire a été complété par 88 élèves ayant au moins une fois essayé de fumer (23,7% d'un échantillon total de 314 adolescents), dont 74 ont été retestés 2 semaines plus tard. Le coefficient de consistance interne (alpha de Cronbach) est élevé (0,90) et sa fiabilité en test-retest aussi (corrélation intra-classe = 0,88; $p < 0,001$). Le score du HONC a été très corrélé au tabagisme avoué des adolescents ($r = 0,70$; $p < 0,001$).

Elle a été traduite en français, et est utilisée dans le dossier de tabacologie, mais n'a jamais été validée dans notre langue.

ADOLESCENTS ET DETERMINANTS DU TABAGISME

Président : E. André (Grenoble) - Modérateur : A. Labbé (Clermont-Fd)

Aspects sociologiques qui font le lit de la dépendance

R. Courtois

Tours

Le tabagisme véhicule des stéréotypes sociétaux (idée d'une certaine liberté, accès à l'âge adulte). Il peut représenter des messages puissants à destination des pairs et des parents pour faire valoir un statut nouveau. La dépendance tabagique peut survenir rapidement après les premières cigarettes quotidiennes. Un usage tabagique important et précoce peut être prédictif d'une consommation tabagique ultérieure et de son abus, mais aussi d'autres substances psychoactives (alcool, cannabis ou autres drogues illicites).

Les facteurs qui influencent l'initiation tabagique à l'adolescence dépendent à la fois de caractéristiques individuelles (héritabilité génétique, dimension anxieuse et dépressive, traits de personnalité, etc.) et de caractéristiques environnementales (familiales et sociales). L'usage et la dépendance tabagique des parents ont un impact fort sur l'usage tabagique des enfants, différemment pour le garçon ou la fille en fonction du père ou de la mère. Le mode d'éducation intervient également. Les adolescents fument davantage dans des familles qui n'exercent pas ou peu de contrôle ou qui se désengagent sur un plan affectif. Les ruptures familiales peuvent entraîner un risque d'initiation tabagique.

Parallèlement au rôle de la famille, l'influence des pairs à cet âge croît pour devenir prépondérant. Ainsi par exemple, l'initiation à l'usage tabagique dépend sensiblement du choix et de la fréquentation de camarades déjà consommateurs. L'appartenance à tel ou tel groupe qui permet à un adolescent de satisfaire ses besoins cognitifs, affectifs, mais aussi de répondre à une quête identitaire, pourra en partie déterminer ses consommations. Si le groupe est « déviant », il sera caractérisé par un usage de substances psychoactives qui s'éloignera aussi de celui de la norme sociale.

ADOLESCENTS ET DETERMINANTS DU TABAGISME

Président : E. André (Grenoble) - Modérateur : A. Labbé (Clermont-Fd)

Composante identitaire de la dépendance au tabac

Dupont P, Tack V*, Amirouche A, Reynaud M, Benyamina A, Blecha L, Aubin HJ.

CERTA, AP-HP, Groupe Hospitalo-universitaire Paris-Sud, site Paul Brousse.

* Médecin généraliste

Certains auteurs parlent de l'identité de fumeur comme d'un facteur important de résistance au changement. (Falomir et Invernizzi 1999) Existe-t-il vraiment une composante identitaire (CI) au sein de la dépendance au tabac ? Après un bref rappel des caractéristiques des concepts d'identité personnelle et sociale, nous présentons les résultats d'une étude prospective réalisée chez 200 fumeurs consultants afin de répondre à trois questions : (1) une « identité » de fumeur est-elle perçue comme une cause de tabagisme, un frein à l'arrêt, (2) comment la mesurer ? (3) réduit-elle la confiance en l'arrêt ? 170 dossiers ont pu être analysés. Nous avons élaboré et évalué un auto-questionnaire en 6 questions, le Smoker's Identity Scale (SIS) composé de trois classes de CI : composante identitaire nulle à faible moyenne et forte. 12% de notre effectif ont une composante identitaire forte et 42% ont une composante identitaire moyenne. Tous les résultats vont dans le sens de l'importance de la CI dans les difficultés d'arrêt du tabac. Entre autre, plus la CI est élevée, moins les fumeurs ont confiance dans leur chance d'arrêt aussi bien à 1 qu'à 6 mois (respectivement $p=0,037$ et $p=0,002$).

West a plaidé en faveur d'un retour à l'examen du rôle de l'identité (par exemple: «Je me vois comme un fumeur») dans le changement de comportement de fumer, (West 2005) et propose d'ajouter un item « j'aime être un fumeur » au questionnaire d'évaluation du tabagisme. (Fidler et West 2009). Nous pensons au vue de nos résultats, que la CI doit être recherchée de façon systématique par exemple avec le SIS, outil court, informatif et simple à réaliser.

16h00-17h30 - SESSION MEMOIRE DIU DE TABACOLOGIE

*Présidentes : N. Wirth (Nancy)
L. Galanti (Bruxelles)*

- DIU Paris
(Paris VI et Paris XI)
- DIU inter-région Ouest
(Angers, Brest, Nantes, Poitiers, Rennes, Tours)
- DIU inter-région Centre
(Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Saint-Etienne)
- DIU inter-région Sud
(Bordeaux, Montpellier, Toulouse Marseille)
- Formation continue Belgique
(Fares)

VENDREDI 25 OCTOBRE

8h30-10h30 - SESSION PLÉNIÈRE

Sevrage tabagique du fumeur difficile

Président : N. Wirth (Nancy)

Modérateur : A. Schmitt (Clermont-Fd)

- Le fumeur difficile : comment le définir, stratégie générale de prise en charge
J. Perriot (Clermont-Fd)
- Moyens thérapeutiques dans l'aide à l'arrêt du fumeur difficile
I. Berlin (Paris)

8h30-10h30 - SESSION PLÉNIÈRE

« Le fumeur difficile » : comment le définir ; stratégie générale de sa prise en charge

Perriot J.

Dispensaire Emile Roux, Clermont-Ferrand, France

Les spécialistes en tabacologie prennent fréquemment en charge des fumeurs en grandes difficultés pour s'arrêter de fumer, qu'ils soient motivés à le faire ou qu'ils y soient contraints pour des raisons sanitaires, économiques ou réglementaires.

Ces fumeurs constituent une population très hétérogène, les critères distinguant les différents groupes qui la compose varient selon les définitions retenues. Tous ont en commun une forte dépendance à la nicotine ; ils éprouvent un syndrome de sevrage marqué et ont un niveau de craving élevé qui sont les principaux responsables de l'échec immédiat de l'arrêt. La persistance du craving favorisant la reprise à distance du début de la tentative d'arrêt. Ils cumulent souvent des facteurs défavorables à la réussite du sevrage : faible motivation à l'arrêt, troubles anxio-dépressifs, co-consommation de substances psychoactives, pathologies somatiques ou psychiatriques chroniques, précarité socio-économique. Ils sont particulièrement exposés aux risques de maladies et de mort induits par leur forte consommation de cigarettes et constituent de ce fait une cible prioritaire des consultations spécialisées de tabacologie.

Leur prise en charge relève d'interventions multi-composantes étalées dans le temps mettant à profit les médicaments d'aide à l'arrêt disponibles. Un partenariat entre les acteurs du soin est requis autour de schémas d'interventions clairs. Des stratégies de réduction de risque pourront être proposées aux fumeurs irréductibles. Une meilleure connaissance des mécanismes de la dépendance tabagique permettra de développer l'arsenal thérapeutique.

8h30-10h30 - SESSION PLÉNIÈRE

Moyens thérapeutiques dans l'aide à l'arrêt du fumeur difficile

I. Berlin

Paris

11h00-12h30 - REDUCTION DES RISQUES

Président : J. Le Houezec (Rennes)

Modérateur : P. Bartsch (Liège)

- Consommation de nicotine : réduction des risques
Y. Martinet (Nancy)
- Le regard du cardiologue
D. Thomas (Paris)
- La réduction des risques en alcoologie, quel modèle pour les tabacologues ?
G. Brousse (Clermont-Fd)
- Aspects dynamiques de la réduction des risques
S. Massin (Paris)

REDUCTION DES RISQUES

Président : J. Le Houezec (Rennes) - Modérateur : P. Bartsch (Liège)

La dépendance à la nicotine Réduction des risques

Yves Martinet, Carina Peyrin-Biroulet, Nathalie Wirth

Unité de Coordination de Tabacologie - CHU de Nancy

La réduction des risques liés à la dépendance à la nicotine avec usage de tabac fumé peut s'envisager sous trois aspects : arrêt du tabac avec prescription de substituts nicotiques (SN), réduction de consommation, et/ou passage à un autre mode de consommation (snus, cigarettes électroniques).

La réduction du nombre de cigarettes fumées, du fait du phénomène de compensation, n'a pas d'effet sur la santé des fumeurs, alors qu'arrêter de fumer à 60, 50, 40, ou 30 ans se traduit par un gain de vie respectif de 3, 6, 9 ou 10 ans. Toutefois, la réduction de consommation assistée par SN est une étape efficace dans un objectif final d'arrêt complet.

L'usage du snus, tabac oral Suédois, provoque ni cancers du poumon ou oral, ni BPCO, un risque cardiovasculaire faible, et augmente celui de cancer du pancréas; son risque global pour la santé est de 1 à 5 % celui du tabac fumé. L'intérêt du snus pour arrêter de fumer, probable en Suède, reste à démontrer en France où sa vente est interdite. Il n'est pas certain, que sa consommation puisse être pour les jeunes une porte d'entrée vers le tabac fumé.

Les cigarettes électroniques correspondent à différents dispositifs et produits consommés, avec ou sans nicotine. Leur innocuité reste à démontrer de façon formelle de même que leur aide possible pour arrêter de fumer. Il est nécessaire d'évaluer si leur usage peut être une porte d'entrée à la dépendance à la nicotine et à la consommation de tabac fumé.

Au total, face à la dépendance à la nicotine, il faut être pragmatique, définir l'avenir souhaité de la nicotine dans notre société, et prendre l'avis des fumeurs et des non-fumeurs, compte tenu du coût considérable pour la société de la consommation de tabac.

REDUCTION DES RISQUES

Président : J. Le Houezec (Rennes) - Modérateur : P. Bartsch (Liège)

Réduction des risques : le regard du cardiologue

Daniel THOMAS

Institut de Cardiologie, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris

Le principe de la « réduction des risques » est d'obtenir du fumeur une réduction de sa consommation quotidienne de cigarettes avec l'objectif de l'amener à terme vers l'arrêt complet. Cette réduction de consommation doit être obligatoirement associée à une substitution nicotinique pour éviter le phénomène de compensation.

Des effets bénéfiques sur des marqueurs de risque cardiovasculaire, tels une amélioration significative du taux de fibrinogène, du taux d'hémoglobine, de l'hématocrite, de l'hyperleucocytose, et du HDL-cholestérol ont été inconstamment rapportés. Cependant, compte tenu de l'impact du tabagisme sur la thrombose et la vasomotricité coronaire, il n'est pas évident qu'une simple réduction soit suffisante pour diminuer significativement le risque d'événements cardiovasculaires,

Dans une étude prospective de cohorte danoise concernant des sujets non coronariens, les gros fumeurs ayant réduit leur consommation de 50% gardaient un risque d'infarctus du myocarde équivalent à celui des gros fumeurs. Le risque de décès par maladies cardiovasculaires n'était pas diminué.

La motivation à l'arrêt paraît significativement renforcée par la stratégie de réduction tabagique. Ce renforcement de motivation n'est cependant constaté que chez les sujets ayant effectivement réussi à baisser leur consommation de cigarettes de plus de 50%.

L'objectif prioritaire chez le coronarien fumeur est l'arrêt total et définitif de la consommation de tabac. La stratégie de « réduction » ne doit être envisagée que chez les patients ayant rechuté de façon itérative ou ayant un sentiment d'incapacité majeure à arrêter totalement leur consommation de façon brutale. Elle doit toujours être présentée comme une étape vers l'arrêt complet et jamais comme une solution définitive.

REDUCTION DES RISQUES

Président : J. Le Houezec (Rennes) - Modérateur : P. Bartsch (Liège)

La réduction des risques en alcoologie, quel modèle pour les tabacologues ?

G. Brousse
Clermont-Ferrand

La réduction des risques se conçoit comme une prévention tout au long d'un comportement de consommation.

C'est un principe de santé qui cherche à diminuer le risque de survenue de maladies liées à la consommation des produits et à éviter une aggravation une fois les troubles présents^[1]. Très largement utilisée dans les interventions auprès des patients toxicomanes cette approche trouve progressivement sa place dans toutes les interventions en addictologie.

Du côté du mésusage de l'alcool, où l'abstinence était la réponse jusqu'à présent sanctuarisée, elle offre des perspectives d'amélioration des soins, en élargissant l'éventail des patients pouvant être soigné ou bien en s'adaptant au plus près des dynamiques de changement.

Du côté de la dépendance à la nicotine, au-delà de la perspective de substitution (qui est un pilier de la réduction des risques), d'autres apports pourraient être à l'avenir envisagés. Nous proposons de les discuter ici.

1. Neale J, Tompkins C, Sheard L. (2008) Barriers to accessing generic health and social care services: a qualitative study of injecting drug users. Health Soc Care Community. Mar;16(2):147-54

REDUCTION DES RISQUES

Président : J. Le Houezec (Rennes) - Modérateur : P. Bartsch (Liège)

«Aspects dynamiques de la réduction des risques»

Sophie Massin
LEM, Université d'Artois

Suivant la typologie proposée par MacCoun (1998), deux types d'actions peuvent être envisagés pour réduire les dommages attribuables à la consommation de substances au cours d'une période de temps : la réduction de l'usage (réduction du nombre d'usagers ou de la quantité consommée par chacun d'eux) et la micro-réduction des dommages (réduction des dommages moyens par unité de consommation ou par type de consommateur).

Alors que les effets attendus de ces deux types d'action sont assez intuitifs et évidents lorsqu'ils sont envisagés d'un point de vue statique (à court terme), ils sont plus difficiles à prévoir dans une perspective dynamique (à long terme). C'est ce que démontre un ensemble de contributions s'appuyant sur des modélisations dites « épidémiques » de la consommation de drogues (au sens large, légales et illégales), qui mettent l'accent sur le rôle des interactions sociales et de la réputation des biens dans l'initiation à la consommation. Ainsi, par le biais d'effets de feedback, les groupes de consommateurs actuels ainsi que l'importance des dommages qu'ils subissent influencent le nombre de nouveaux consommateurs à la période suivante, et par conséquent l'importance des dommages qui apparaîtront au cours de l'ensemble de la période considérée.

Ces éléments ont des conséquences importantes en termes d'efficacité des politiques publiques. En effet, selon cette approche, la mise en œuvre de certaines actions de réduction des dommages telles que l'aide au sevrage, l'aide à la réduction de la consommation, ou la micro-réduction des dommages (par la mise à disposition de produits moins dangereux par exemple) peut être contreproductive (au sens où elle conduit à une augmentation des dommages de long terme) à certains moments.

Ce cadre d'analyse permet aussi d'appréhender les stratégies mises en œuvre par les producteurs de biens addictifs (industriels du tabac par exemple) sous la forme de comportements dits « responsables » sous un angle nouveau.

11h00-12h30 - TABAC, IMMUNOLOGIE, CANCEROLOGIE

Président : J. Dauplat (Clermont-Fd)

Modérateur : J-M Vergnon (St-Etienne)

- Cancer du poumon : fumeur et non-fumeur
P. Merle (Clermont-Fd)
- Intérêt du sevrage tabagique dans le cancer du poumon
B. Michy (Nancy)
- Intérêt du sevrage dans les situations de greffes
(cas de la greffe du foie)
A. Abergel (Clermont-Fd)
- Tabagisme et Transplantation d'Organe - En direct de SEVILLE.
Une problématique au cœur des Universités d'été des médecins
transplanteurs en septembre 2013
B. Lemaitre (Caen)

TABAC, IMMUNOLOGIE, CANCEROLOGIE

Président : J. Dauplat (Clermont-Fd) - Modérateur : J-M Vergnon (St-Etienne)

Cancer du poumon : fumeur et non-fumeur

Patrick MERLE MD-PhD

Pneumologie-Oncologie Thoracique CHU G-Montpiéd Clermont-Fd ; EA 7283-Université d'Auvergne

Le cancer bronchique, un des premiers fléaux du tabagisme, est un enjeu santé publique majeur avec 37000 nouveaux cas en France en 2010 et 28000 décès. Chez les fumeurs le risque de mortalité par cancer est maintenant équivalent chez l'homme et la femme avec un risque relatif de 25. De plus les évolutions des habitudes tabagiques et de la conception des cigarettes sont responsables d'une modification des caractéristiques des cancers bronchiques.

Cependant les données d'épidémiologie mondiales estiment entre 10 et 25% des cas de cancers bronchiques chez les non fumeurs CBNF (i.e. moins de 100 cigarettes dans leur vie). Les 2 facteurs de risque principaux du CBNF, retrouvés dans 2/3 des cas, sont le tabagisme passif (surtout chez la femme) et l'exposition aux carcinogènes professionnels (chez l'homme), mais également rôle du statut hormonal chez la femme, de facteurs héréditaires, des antécédents d'inflammation ou d'infection respiratoire, de la pollution de l'air environnemental ou domestique, de l'exposition aux radiations ionisantes.

L'étude du polymorphisme identifie des variations d'expression génique fonction du statut tabagique, intervenant dans le métabolisme de carcinogène, les mécanismes de réparation des dommages à l'ADN ou de gènes impliqués dans l'addiction au tabac ou l'inflammation. Les drivers oncogéniques impliqués sont aussi différents avec mutation de p53 et KRAS chez les fumeurs alors que les mutations du gène EGFR ou le gène de fusion EMLA-ALK sont majoritaires chez les non fumeurs.

L'ensemble de ces éléments plaident en faveur de voies génétiques séparées du cancer bronchique chez les fumeurs et non fumeurs.

TABAC, IMMUNOLOGIE, CANCEROLOGIE

Président : J. Dauplat (Clermont-Fd) - Modérateur : J-M Vergnon (St-Etienne)

Intérêt du sevrage tabagique dans le cancer du poumon

B. Michy

Nancy

En France, la gravité du cancer bronchique (CB) en fait la première cause de mortalité par cancer avec 29 100 décès par an. La lutte contre le tabac est la mesure la plus efficace pour diminuer l'incidence du CB. Cependant, une fois le diagnostic de CB posé, seule la moitié des patients cessent de fumer.

La survie des patients malades de CB est améliorée par le sevrage tabagique. En effet, la poursuite du tabac augmente le risque de seconds cancers et de récurrences, l'état nutritionnel et l'état général sont dégradés chez les patients fumeurs persistants et la fumée du tabac pourrait promouvoir la croissance tumorale. De plus, la pleine efficacité des traitements du CB est remise en cause par le tabagisme. Les complications post-opératoires sont plus nombreuses chez les fumeurs, la radiothérapie serait moins efficace en raison d'une hypoxie induite par la fumée du tabac, les tumeurs seraient plus chimio-résistantes et l'Erlotinib insuffisamment dosé en cas de tabagisme actif. La qualité de vie des patients malades de CB est altérée par le tabac. L'appétit, l'état général et les activités de la vie quotidienne sont diminués chez les fumeurs persistants. L'asthénie, la toux, la dyspnée et les douleurs sont quant à elles majorées.

L'arrêt du tabac est aussi psychologiquement important. La prise en charge de la dépendance tabagique devrait pouvoir améliorer l'estime de soi des patients et lutter contre les sentiments d'abandon, de culpabilité et de stigmatisation. Ces affects négatifs sont souvent ressentis par les malades de CB et sont associés à une majoration des symptômes dépressifs. Le diagnostic de cancer bronchique est un moment favorable au sevrage tabagique et le taux d'abstinence tabagique est amélioré par les substituts nicotiques et les thérapies cognitivo-comportementales. Le sevrage tabagique fait donc partie intégrante du traitement de tous les patients malades de cancer bronchique.

TABAC, IMMUNOLOGIE, CANCEROLOGIE

Président : J. Dauplat (Clermont-Fd) - Modérateur : J-M Vergnon (St-Etienne)

Intérêt du sevrage dans les situations de greffes (cas de la greffe du foie)

A. Abergel

Clermont-Ferrand

Le tabagisme est à l'origine de 70 000 décès par an, liés dans plus de la moitié des cas à la survenue de cancers, le reste des décès étant lié aux maladies cardio-vasculaires et respiratoires.

De nombreux arguments sont en faveur d'un rôle profibrogénique du tabac ; ainsi a-t-on pu établir une relation significative entre la consommation de tabac et la sévérité de la fibrose en cas d'hépatite C et de cirrhose biliaire primitive. Le tabac favorise la survenue et/ou la progression de la cirrhose alcoolique, de la stéato-hépatite non alcoolique. Son rôle dans la carcinogénèse est établi : c'est un facteur prédictif indépendant du carcinome hépatocellulaire notamment chez les sujets atteints d'hépatite chronique virale.

Trois quarts des patients en attente de greffe pour cirrhose alcoolique fument, la moitié arrête de fumer lorsqu'ils sont inscrits sur liste de greffe, mais soixante pour cent fumeront à nouveau après la greffe et seront dépendants.

Bien qu'il n'augmente pas le risque de survenue de rejet (aigu ou chronique), le tabac est à l'origine de complications opératoires précoces vasculaires ou biliaires et de complications plus tardives cardiovasculaires et carcinologiques. Il favoriserait également la survenue de sepsis.

Tous ces résultats laissent entendre que le sevrage tabagique doit être un objectif essentiel chez les patients en attente de greffe ou déjà transplantés.

TABAC, IMMUNOLOGIE, CANCEROLOGIE

Président : J. Dauplat (Clermont-Fd) - Modérateur : J-M Vergnon (St-Etienne)

**Tabagisme et Transplantation d'Organe. En direct de SEVILLE.
Une problématique au cœur des Universités d'été des médecins transplantateurs en septembre 2013**

Le MAITRE B, BOTTET F, CLEREN P

Service de tabacologie CHU de Caen

Plus de 90 000 greffes d'organes, foie, poumons, cœur, reins et pancréas ont lieu chaque année dans le monde, soit 250 greffes/j. En France, ce sont près de 6000 greffes qui sont réalisées chaque année. La transplantation pulmonaire est une des moins pratiquées des greffes d'organes. La greffe rénale est l'intervention la plus pratiquée. Elle représente plus de 60% de la totalité des greffes effectuées en France ; 45% des insuffisants rénaux chroniques sont greffés. Le cœur est, après le rein et le foie, l'organe le plus transplanté. 17 627 personnes étaient en attente de greffe en 2012. La fréquence de la transplantation va croître dans les années à venir: le second Plan greffe 2012-2016 a pour ambition de soutenir et de promouvoir cette activité.

Le succès de la greffe repose sur la bonne santé du greffon, menacé par des thromboses artérielles et les complications infectieuses. Le tabagisme est un facteur de risque majeur pour leur apparition. A plus long terme, les immunosuppresseurs, nécessaires à la prévention du rejet du greffon, accentuent, pour le patient greffé, le risque de complications cardiovasculaires, de troubles métaboliques et de cancers. Ce risque est fortement amplifié chez les patients greffés fumeurs.

20% des patients sont fumeurs au moment d'une greffe rénale et 40% au moment de la greffe hépatique. Tout doit être mis en œuvre pour faire reculer le tabagisme dans cette population à haut risque.

Les patients inscrits sur liste d'attente doivent souvent attendre entre 6 et 24 mois pour être greffé. Il est essentiel de mettre à profit ce délai pour prendre en compte la problématique du tabagisme, qui peut aussi s'accompagner d'une consommation excessive d'alcool, voire d'une toxicomanie (cocaïne, en particulier pour ses risques vasculaires).

11h00-12h30 - LA (LES) MATERNITE(S) SANS TABAC

Président : M. Berland (Lyon)

Modérateur : C. Guillon (Lyon)

- Transfert de la nicotine et de la cotinine dans le lait maternel.
A propos de l'étude ancillaire SNIPP
N. Jacob (Paris)
- Femmes enceintes, troubles psychiatriques et arrêt du tabac
A. Schmitt (Clermont-Fd)
- Etude CAFE - Substance Psychoactive et Femmes Enceintes
H. Laurichesse (Clermont-Fd)
- Conférence de consensus Tabac et Grossesse - 10 ans après
M. Delcroix (Lille)

LA (LES) MATERNITE(S) SANS TABAC

Président : M. Berland (Lyon) - Modérateur : C. Guillon (Lyon)

Transfert de la nicotine et de la cotinine dans le lait maternel. A propos de l'étude ancillaire SNIPP.

Nelly JACOB, Ivan BERLIN

Service de Pharmacologie, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris

Les nouveaux-nés de mères fumeuses présentent un déficit de poids en relation avec l'intensité du tabagisme maternel.

La nicotine quelle qu'en soit l'origine (tabagisme maternel et/ou paternel et/ou environnemental, substitution) a tendance à se concentrer dans le lait maternel en raison de son caractère lipophile et du fait de la richesse du lait en lipides.

La dose théorique de nicotine ingérée lors des tétées peut être calculée d'après la concentration de nicotine observée dans le lait maternel. Mais, la dose réellement absorbée par les nourrissons va dépendre de la biodisponibilité intestinale et du catabolisme hépatique de la nicotine ingérée et de la dose potentiellement inhalée dans un environnement fumeur, sachant que les spécificités physiologiques propres à l'enfant et à la mère évoluent sans cesse après la naissance.

Lors de l'étude ancillaire SNIPP, un échantillon de lait maternel a été obtenu chez 42 participantes. Un échantillon de salive maternelle (n = 36) a été prélevé le même jour.

Dix sept participantes ont déclaré fumer : la concentration moyenne [IC 95 %] de nicotine dans le lait est 35 [26-44] µg/L, avec un maximum de 91 µg/L. Il existe une corrélation hautement significative entre le nombre de cigarettes fumées le jour de l'échantillonnage et la concentration de nicotine ($R^2 = 0,53$, $p < 0,0001$).

De même, il existe une corrélation forte entre le nombre de cigarettes fumées et la cotinine dans le lait maternel ($R^2 = 0,67$, $p < 0,0001$) et dans la salive maternelle ($R^2 = 0,50$, $p < 0,0001$). La concentration de cotinine dans le lait maternel est sensiblement égale à la concentration salivaire maternelle, la médiane (interquartile) du rapport lait/salive étant égale à 0,81 (0,68 - 1,07).

Il faut continuer à prôner l'allaitement maternel, bénéfique pour l'enfant, malgré le fait que la nicotine passe aisément dans le lait. Il faut conseiller aux mères, si elles sont incapables d'arrêter, de fumer à distance des tétées et d'éviter d'exposer leurs bébés à la fumée.

LA (LES) MATERNITE(S) SANS TABAC

Président : M. Berland (Lyon) - Modérateur : C. Guillon (Lyon)

Femmes enceintes, troubles psychiatriques et arrêt du tabac

Dr Audrey Schmitt

CHU Clermont-Ferrand

Les études montrent que les patients atteints de troubles psychiatriques fument plus par rapport à la population générale. Qu'en est-il des femmes enceintes qui poursuivent leur tabagisme et qui sont en grandes difficultés pour stopper cette addiction malgré une réelle motivation ?

Peu d'études permettent de définir la prévalence des troubles psychiatriques dans cette population, alors que l'on sait que la dépression concerne 1 femme enceinte sur 10, et que l'incidence de la dépression est multipliée par 3 en post partum. La poursuite du tabagisme après l'accouchement constitue également d'après les études un important facteur de risque de dépression du post partum. La conférence de consensus « tabagisme et grossesse » mentionne de rechercher un trouble anxiodépressif avec le questionnaire HAD chez toute femme enceinte fumeuse et d'y apporter une réponse.

D'autres questionnaires peuvent aider les professionnels de la maternité (Edinburgh Post Natal Depression Scale) mais indéniablement des moyens de dépistage autres doivent être mis en place. La mesure du craving est un aspect à considérer également. La prise en charge doit s'articuler avec les professionnels de la maternité, obstétriciens et sages-femmes, et ceux de la santé mentale, psychiatres, psychologues et addictologues.

LA (LES) MATERNITE(S) SANS TABAC

Président : M. Berland (Lyon) - Modérateur : C. Guillon (Lyon)

Malformations fœtales et morts fœtales *in utero* : Que peut-on dire de la consommation maternelle de xénobiotiques et du profil des mères ?

H Laurichesse Delmas^{1,2}, B Perreira³, D. Richard^{2,4}, I Perthus^{2,5}

Réseau de Santé Périnatal d'Auvergne, Réseau de Santé Périnatal de Loire et maternités de Corrèze

1 Pôle de gynécologie-Obstétrique et reproduction humaine, CHU Clermont Ferrand, France

2 Clermont Université, Université d'Auvergne, EA 4681, PEPRADE (Périnatalité, grossesse, Environnement, PRAtiques médicales et
 Développment), Clermont-Ferrand, France ;

3 Unité de Biostatistiques, DRCl, CHU Clermont Ferrand, France

4 Service de toxicologie, CHU Clermont Ferrand, France

5 Centre d'étude des malformations congénitale d'Auvergne ; Service de génétique , Pôle de pédiatrie, CHU Clermont Ferrand, France

Objectifs :

Evaluation de la prévalence des femmes enceintes consommatrices de xénobiotiques (cotinine, alcool, cannabis, psychotropes) en population générale, en distinguant les issues de grossesse normales ou compliquées (décès *in utero* ou malformation fœtale). Détermination du profil (sociodémographique, psychologique) des consommatrices.

Patientes et Méthode :

Etude épidémiologique transversale populationnelle interrégionale cas-témoin concernant 1646 parturientes (1312 grossesses normales et 334 compliquées) L'évaluation des consommations repose sur un auto-questionnaire anonyme (données sociodémographiques, consommations de toxiques, questionnaires de Fagerström FACE et Edimburg (dépression post-partum), score de précarité EPICES) et sur un screening toxicologique objectif (cheveux, urines)

Résultats :

55% de l'ensemble des parturientes déclarent une consommation de tabac avant la grossesse, dont 19% de poursuite. 22.9% avouent une consommation de cannabis avant grossesse, dont 19,8% au cours des 3 mois précédant et 6.3% de poursuite. Une consommation d'alcool est déclarée par 3.3% des patientes (mais score FACE de consommation dangereuse ou dépendance chez 12.6%). La grossesse ne semble pas modifier les taux de consommation de psychotropes (environ 22%). Une dépression majeure a été retrouvée chez 18.7% des femmes.

24.6% des femmes avec issue de grossesse compliquée déclarent avoir fumé jusqu'au terme, versus 18.3% pour les témoins (p:0.01) avec significativement moins d'arrêt avant terme (p:0.048) Le score EPICES et le taux de dépressions majeures sont significativement plus élevés pour les grossesses compliquées (p= 0.0001). Résultats toxicologiques à l'étude.

Conclusion :

Les décès *in utero* et les malformations fœtales surviennent chez des femmes enceintes en situation de précarité significativement plus marquée. Parmi les consommations, seul le tabagisme est significativement élevé dans ce groupe. Des résultats toxicologiques seront disponibles pour le congrès.

LA (LES) MATERNITE(S) SANS TABAC

Président : M. Berland (Lyon) - Modérateur : C. Guillon (Lyon)

Les maternités sans tabac en France La Conférence de Consensus Tabac et grossesse 10 ans après

M-h Delcroix, C. Gomez, Y. Aubard, G. Barau, D. Dallay, J-P Fabries, A. Henry, P. Lemarie, P. Marres, P. Marquis, D. Nguyen, D. Tardif, E. Welter, V. Zerr

Centre hospitalier d'Arras, CHU de Limoges, CH de Châteaudun, CH de Sens, CH de la Région d'Annecy - Pringy, CHIC Castres , CH Sud Réunion - St Pierre, CHU Pellegrin Tripode - Bordeaux, CHR Metz-Thionville, CHU Caremeau - Nîmes, CH de Neufchâteau, CH d'Haguenau

Alors que la France est le seul pays dans le monde à avoir organisé il y a près de 10 ans une conférence de consensus Grossesse et tabac¹ et consacre le plus fort pourcentage de son PIB aux dépenses de soins, elle reste le pays industrialisé où les taux de femmes enceintes fumeuses et de mortalité sont les plus élevés.

Cette situation représente un défi majeur pour la santé des enfants à naître et la santé publique de notre pays. La gravité et la multiplicité des conséquences du tabagisme durant la grossesse sur la mère et l'enfant, au-delà de leur surcoût socio-économique ou de la réduction de l'efficacité des soins, aggravent les inégalités de santé.

Pourtant la marge d'amélioration des indicateurs de qualité des soins périnataux et de l'allaitement maternel est possible : elle passe par l'amélioration des dépistages et prises en charge du tabagisme maternel par la généralisation de la mesure du monoxyde de carbone expiré pendant les consultations de suivi de grossesse et le soutien au déploiement du dispositif «maternité sans tabac».

Le développement du réseau «maternité sans tabac» s'appuie sur la signature de la Charte Maternité sans Tabac par 430 maternités. Douze d'entre elles se sont engagées dans la recherche action «tabac grossesse vulnérabilités TGV-Retard de Croissance Intra-Utérin». L'objectif principal est de démontrer que la prise en charge de l'arrêt du tabac dès le début de la grossesse diminue le risque de RCIU et apporte ainsi la preuve du lien causal avec le tabac.

La stratégie de prise en charge optimale des femmes enceintes fumeuses s'appuie sur les recommandations de la Conférence de consensus et la circulaire DGOS du 17 février 2012. Les femmes enceintes fumeuses trouveront auprès des professionnels de la périnatalité et de l'addictologie l'aide nécessaire pour réussir l'arrêt de l'exposition de leur enfant au tabac.

1. Conférence de consensus « Grossesse et tabac » oct.2004

11h00-12h30 - COMMUNICATIONS LIBRES TENDANCE CLINIQUE ET AIDE A L'ARRET

Président : A. Stoebner (Montpellier)

Modérateur : F. Morel (Clermont-Fd)

- Le sevrage tabagique, un projet conduit par le service de santé au travail
P Pradeau (Colombes)
- Favoriser l'engagement dans le sevrage tabagique
ME Huteau (Montpellier)
- Diminuer la consommation de tabac pendant la grossesse grâce à des mesures incitatives
M Blanquet (Clermont-Fd)
- Sevrage tabagique et Schizophrénie
L Doly (Clermont-Fd)

COMMUNICATIONS LIBRES TENDANCE CLINIQUE ET AIDE A L'ARRET

Président : A. Stoebner (Montpellier) - Modérateur : F. Morel (Clermont-Fd)

Le sevrage tabagique, un projet conduit par le service de santé au travail

Dr Pradeau P

Service de santé au travail, General Electric (GE) Buc.

Dr Cozzolino D

Tabacologue Hôpital Louis Mourier, Colombes France

Un projet global de sevrage tabagique est développé depuis deux ans dans l'entreprise General Electric. 1800 salariés occupent à Buc un bâtiment de production de matériel médical ainsi que la direction Europe de la « branche santé » de GE.

Forte de sa culture anglo-saxonne, l'entreprise est engagée dans la prévention primaire. Un programme « Healthahead » déclinant auprès de son personnel, des actions de santé publique concernant l'alimentation, l'activité physique, le tabac, est impulsé dans chaque site par des relais internes (HSE, service de santé, Ressources humaines).

L'aide au sevrage tabagique initialement développée sur le site de Buc tend à se démultiplier sur tous les sites GE Healthcare France par l'intermédiaire de la formation de personnes relais (infirmière, médecin du travail), d'outil de communication (kit de sevrage avec patchs nicotiques, suivi d'indicateur, semaine OMS sans tabac...) et de matériel commun (CO testeur, mini spiromètre).

Ce projet d'aide au sevrage tabagique sur le lieu de travail est un exemple de coordination en santé au travail d'un projet de prévention de santé publique déclinant sur le terrain les recommandations des derniers plans gouvernementaux cancer et addiction.

Médecin du travail et tabacologue chez GE, cette publication sera l'occasion de faire connaître le projet d'aide au sevrage tabagique actuel (90 consultations réalisées en 2012) en évoquant tour à tour l'historique, le déroulement actuel et l'avenir de cette démarche de prévention. Cette analyse sera également l'occasion d'évoquer les freins et les leviers d'action du sevrage tabagique en entreprise.

COMMUNICATIONS LIBRES TENDANCE CLINIQUE ET AIDE A L'ARRÊT

Président : A. Stoebner (Montpellier) - Modérateur : F. Morel (Clermont-Fd)

Favoriser l'engagement dans le sevrage tabagique : l'apport des théories

M.E. Huteau, A. Stoebner-Delbarre

Epidaire - Pôle prévention de l'Institut régional du Cancer de Montpellier, Parc Euromédecine - Avenue des Apothicaires - Montpellier

Trois fumeurs sur quatre désirent arrêter de fumer mais seulement un sur cinq initie un sevrage et jusqu'à 28% d'entre eux ne reviendront pas après une première consultation. Développer l'engagement du fumeur dans un projet d'arrêt durable est donc crucial. Les théories de l'engagement développées aux Etats-Unis et en France ont prouvé leur efficacité pour favoriser l'engagement d'un individu dans un comportement mais ont été essentiellement appliquées dans le domaine commercial, en milieu du travail, ou en politique.

Nous avons étudié les possibilités de transférabilité de ces théories à la tabacologie à partir d'une revue de la littérature puis évalué la faisabilité de cette démarche auprès de 38 tabacologues.

Les résultats de la revue de la littérature seront détaillés. Des exemples d'application des techniques comme le pied dans la porte ou l'acquiescement répété seront présentés pour l'aide à la réduction du tabac et la diminution du nombre de perdus de vue.

L'évaluation de la transférabilité de ces théories auprès des tabacologues montre que ces techniques présentent de nombreux avantages. Elles sont simples, rapides et nécessitent très peu de moyens. Elles semblent pouvoir s'adapter à toutes les étapes du sevrage. Les limites à leur transfert sont reliées à leurs origines et à la manipulation. Utilisées dans un cadre éthique et déontologique, les théories de l'engagement offrent aux tabacologues de nouvelles possibilités pour accompagner les fumeurs dans leur projet de réduction ou d'arrêt de leur consommation. L'intégration de ces techniques d'engagement est réalisable à toutes les étapes du sevrage. Des études sont nécessaires pour évaluer leur impact à long terme et leur coût-bénéfice.

COMMUNICATIONS LIBRES TENDANCE CLINIQUE ET AIDE A L'ARRÊT

Président : A. Stoebner (Montpellier) - Modérateur : F. Morel (Clermont-Fd)

Diminuer la consommation de tabac pendant la grossesse grâce à des mesures incitatives : un problème difficile à résoudre

Pr Gerbaud L.^{1,3} ; Dr Blanquet M.^{1,3} ; Mme Leger S.^{1,3} ; Pr Vendittelli F.^{1,2,3,4}

1 Service de santé publique, CHU de Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, France ;

2 Pôle de Gynécologie Obstétrique et Reproduction Humaine, CHU de Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, France ;

3 Clermont Université, Université d'Auvergne, EA 4681, PEPRADE (Périnatalité, grossesse, Environnement, PRATIques médicales et DEveloppement), Clermont-Ferrand, France ;

4 Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne.

Objectif : Le tabagisme des femmes est un problème de santé publique majeur en France. Il augmente la morbi-mortalité périnatale et néonatale. Notre objectif est d'évaluer l'impact de mesures incitatives développées au sein d'un réseau de santé périnatale sur la diminution du tabagisme actif pendant la grossesse.

Patientes et méthode : Les femmes incluses étaient majeures et avaient accouché d'un enfant d'au moins 22 semaines d'aménorrhée (SA). Une étude transversale multicentrique « avant-après » (2003-2004 vs. 2008-2011) a été conduite au sein des maternités d'Auvergne. Entre les deux périodes de l'étude, un programme d'information et d'éducation du public et des professionnels de santé a été mis en place. Le principal résultat final mesuré a été la prévalence de femmes fumeuses pendant la grossesse.

Résultats : Respectivement, 1027 femmes et 833 femmes ont été incluses dans l'enquête « avant » et l'enquête « après ». Les femmes étaient âgées en moyenne de 29 ans +/- 5 ans et vivaient en couple dans 95% des cas. La prévalence du tabagisme parmi les femmes fumeuses avant la grossesse était significativement plus élevée dans l'étude « après », à l'annonce de la grossesse (51,76% vs 43,49%, p=0,0087), à la fin de la grossesse (51,05% vs 40,53%, p=0,0008) et en post-partum immédiat (47,73% vs 39,87%, p=0,0124).

Conclusion : Les mesures incitatives développées ont échoué à faire baisser la prévalence du tabagisme pendant la grossesse. De nouvelles mesures prenant en considération une approche motivationnelle de la femme et de son environnement sont nécessaires et la vigilance et l'action de tous les professionnels de santé recommandée.

COMMUNICATIONS LIBRES TENDANCE CLINIQUE ET AIDE A L'ARRÊT

Président : A. Stobner (Montpellier) - Modérateur : F. Morel (Clermont-Fd)

Sevrage tabagique et Schizophrénie

Doly-Kuchcik L.¹, Perriot J.¹, Merson F.¹, Lemaire P.¹, Schmitt A.², Brousse G.²

¹ Dispensaire Emile Roux, Clermont-Ferrand France 63100

² CMP B CHU, Clermont-Ferrand France 63000

OBJECTIF :

Les schizophrènes (S) présentent des comorbidités somatiques et sociales, une forte dépendance, des polyaddictions avec échecs répétés des sevrages. Le but de l'étude est de dégager des propositions d'optimisation de l'arrêt du tabac des S en décrivant leurs caractéristiques individuelles, modalités, résultats de la prise en charge et ressentis comparativement à ceux des non S.

POPULATION ET METHODE :

1630 fumeurs dont 116 S souhaitant arrêter leur tabagisme ont été suivis au Dispensaire Emile Roux à Clermont-Ferrand - France, entre le 01/01/1999 et le 31/12/2009. Les analyses statistiques ont été réalisées par le logiciel SPSS 2 (test Khi 2 et ANOVA, $p < 0,05$).

RESULTATS :

Les S (vs non S) consomment plus de tabac (33,4 vs 24 cig./j) sont plus dépendants (FTND : 8,5 vs 7,2), sont plus jeunes au jour de l'arrêt (QD) mais leur tabagisme cumulé est supérieur (34,1 vs 29,3 PA). Ils présentent plus de complications somatiques renforcées par l'existence de co-addictions. Au QD, les troubles anxio-dépressifs sont plus fréquents, justifiant une utilisation d'IRS supérieure. Ils sont peu motivés à s'arrêter. Les traitements de substitution nicotinique sont prescrits à des posologies supérieures et plus longtemps mais quelle que soit la thérapeutique, leur taux d'échec est plus important dès J7. Ils perçoivent l'arrêt comme plus difficile qu'ils ne l'avaient prévu. Après J7, la décroissance du taux de réussite est similaire à celle des non S.

CONCLUSION :

Le sevrage tabagique des S doit être optimisé, des propositions sont rassemblées dans un schéma décisionnel

COMMUNICATIONS LIBRES TENDANCE CLINIQUE ET AIDE A L'ARRÊT

Président : A. Stobner (Montpellier) - Modérateur : F. Morel (Clermont-Fd)

Impact d'un programme d'Education Thérapeutique du Patient sur le sevrage tabagique

Marchandise F., Perriot J., Doly-Kuchcik L., Merson F.

Dispensaire Emile Roux, Clermont-Ferrand, France

OBJECTIF :

L'Education Thérapeutique du Patient (ETP) accroît la qualité de vie et l'autonomie des patients BPCO. Le but de l'étude est de montrer que l'ETP peut également faciliter l'arrêt du tabac.

POPULATION et METHODE :

L'étude inclus 108 patients fumeurs bénéficiant d'une aide au sevrage tabagique atteints de BPCO suivis au Dispensaire Emile Roux (DER) de Clermont-Ferrand -France.

L'arrêt du tabagisme de 54 fumeurs BPCO intégrés dans le programme d'ETP développé au sein du DER dont la majorité voulait arrêter de fumer est comparé à celui de 54 fumeurs BPCO (population témoin) ne bénéficiant pas du programme d'ETP.

Des critères de sexe, d'âge, de consommation en paquets années et la catégorie socioprofessionnelle ont été utilisés pour l'appariement.

L'arrêt est évalué à J 7 et J 90 du jour d'arrêt (QD).

L'analyse statistique est réalisé par le logiciel SPSS 2 (Khi2 et ANOVA, $p < 0,05$).

RESULTATS et DISCUSSION :

Les résultats à J 7 sont identiques pour les deux populations.

En revanche à J 90, une différence significative est observée dans le taux d'arrêt pour les patients ayant suivi un programme d'ETP (54%) vs les patients témoins (33%) OR=2,3 [1,065-5,054].

Le programme d'ETP permet aux patients l'acquisition de nouvelles compétences qui renforce la motivation à l'arrêt et accroît la réussite à J 90.

CONCLUSION :

Cette étude montre le bénéfice du suivi d'ETP auprès une population de fumeurs BPCO suivi au DER. Ces résultats ainsi que ceux plus généralement observés sur le renforcement de l'autonomie face à la maladie sont en faveur de la généralisation de ce type de prise en charge.

14h00-15h30 - Tabac et sport

Performance et dépendance

Président : L. Gerbaud (Clermont-Fd)

Modérateur : G. Errard-Dubois (Tours)

- Tabac et Sport : Etat des lieux
J. Coudert (Clermont-Ferrand)
- A propos de produits tabac et dopage
M. Guinot (Grenoble)
- Education thérapeutique, activité physique et santé
F. Martin (Chartres)
- Addiction et sport de haut niveau
J. Rougier (Clermont-Fd)

TABAC ET SPORT PERFORMANCE ET DÉPENDANCE

Président : L. Gerbaud (Clermont-Fd) - Modérateur : G. Errard-Dubois (Tours)

Tabac et Sport : Etat des lieux

Pr. Jean COUDERT

Président du Comité Régional AUVERGNE contre les Maladies Respiratoires et le Tabagisme

L'usage du tabac + pratique sportive constituent une association des plus contradictoires. En effet, les différents composants de la fumée de cigarettes et en particulier, la nicotine et le monoxyde de carbone (CO) ont des effets négatifs sur l'ensemble du système respiratoire :

- 1- Au niveau bronchopulmonaire (inflammation, hypersécrétion et constriction des voies bronchiques, altération des échanges gazeux au niveau pulmonaire et alvéolo-capillaire).
- 2- Au niveau cardio-vasculaire (élévation des pressions artérielles systémiques avec vasoconstriction artériolaire périphérique sous l'influence, en particulier, de la stimulation adrénérgique de la nicotine, altération progressive des parois vasculaires sous l'influence des lésions endothéliales associées aux perturbations métaboliques lipidiques (augmentation du cholestérol libre et des lipoprotéines) et induction d'un stress oxydant (libération accrue de radicaux libres et diminution du statut antioxydant, lié à la chute du stock de vitamine C, en particulier).
- 3- Au niveau du transport de l'oxygène par l'hémoglobine (Hb). Le CO, à haute affinité pour Hb (250 fois plus élevée qu'O₂) aboutit à une forte concentration de HbCO (jusqu'à 15% chez les gros fumeurs, alors qu'elle n'est que de 1% chez les non fumeurs, non exposés au tabagisme passif), et immobilise une partie de la myoglobine musculaire, indispensable pour le bon fonctionnement de la voie métabolique aérobie cellulaire (muscle squelettique et myocarde).
- 4- Au niveau musculaire lui-même : en diminuant le pourcentage des fibres lentes, de type I (aérobie), en faveur des fibres glycolytiques de type II.

Tous ces effets aboutissent à une hypoxie cellulaire avec production accrue d'acide lactique facilitant l'apparition de la fatigue et rendant plus difficile la récupération chez le sportif.

La première victime sera surtout le sportif endurant, avec chute de ses performances «aérobie» et de sa capacité d'endurance. Ce dernier, s'il veut atteindre le haut niveau, sera, bien entendu, le plus souvent un non fumeur (3% des fumeurs dans cette catégorie contre 23% dans les sports collectifs tels que le football, SERRAINO D. et al, 1988). L'opposition effets néfastes du tabac – effets bénéfiques de l'activité physique et sportive (APS), justifie l'utilisation précoce et soutenue des programmes d'éducation physique pour prévenir le tabagisme, en particulier en milieu scolaire (TRUDEAU F. et al, 1999). Enfin les programmes d'APS individualisés, progressifs et soutenus doivent être considérés comme une aide indispensable dans le cadre du sevrage tabagique. Ils seront associés à une prise en charge psychologique et à une éducation nutritionnelle dans le but d'éviter la prise de poids, souvent observée dans de telles conditions.

TABAC ET SPORT PERFORMANCE ET DÉPENDANCE

Président : L. Gerbaud (Clermont-Fd) - Modérateur : G. Errard-Dubois (Tours)

Problématiques de la consommation de tabac et pratique sportive

M Guinot

Antenne médicale de prévention du dopage Rhône-Alpes - UM Sports & Pathologies - HU de Grenoble

Le tabac est consommé de façon régulière par une part importante de la population mondiale essentiellement sous forme inhalée, en raison notamment des effets psycho-actifs puissants de la nicotine, principal alcaloïde contenu dans les feuilles de tabac.

La plupart des études ont montré que la consommation de tabac fumé est moindre chez les sportifs qui pratiquent à bon niveau, surtout dans les disciplines qui requièrent une capacité cardiorespiratoire optimale. En effet, plusieurs travaux ont montré que les sportifs qui fumaient régulièrement avaient une diminution des capacités cardiorespiratoires. Au cours des dernières décennies, pour des raisons de santé publique mais également d'évolution des représentations sociales face à la consommation de tabac fumé, de nombreuses dispositions ont été mises en place dans les sociétés occidentales pour la réduire entraînant la commercialisation de dérivés nicotiques non inhalés qui n'auraient pas les inconvénients des formes inhalés.

Ainsi, la consommation de la nicotine sous forme de chique (Snuss ou snuff-dipping) augmente régulièrement dans la population générale des pays d'Europe du Nord, mais aussi chez les sportifs, en particulier dans les sports alpins mais aussi le Hockey sur glace comme une première enquête en région Rhône Alpes l'avait montré en 2006. Une étude récente menée par l'agence mondiale antidopage a montré que la présence en quantité élevée de métabolites de la nicotine dans 23% des échantillons urinaires prélevés lors de contrôles antidopage, et ce, dans un large échantillon de disciplines sportives.

Bien que la nicotine ne fasse pas partie de la liste des interdictions prévues par le code mondial antidopage, la fréquence élevée de la consommation de tabac non fumé chez le sportif interroge sur les effets potentiellement ergogènes de la nicotine et sur la santé psychologique de ces consommateurs dans la mesure où le risque addictogène de la nicotine ne soit pas réduit par rapport aux formes inhalées.

TABAC ET SPORT PERFORMANCE ET DÉPENDANCE

Président : L. Gerbaud (Clermont-Fd) - Modérateur : G. Errard-Dubois (Tours)

Education thérapeutique, activité physique et santé

F. Martin

CH Dreux

Depuis longtemps l'activité physique est utilisée dans les actions d'éducation thérapeutiques comme outil contributif à l'estime de soi.

A ce titre la mobilisation de la personne dans une activité physique témoigne de la pertinence de la promotion des compétences d'adaptation que ce soit dans le domaine des maladies chroniques ou des addictions. C'est à partir du modèle de Young et des constats des conséquences de la sédentarité que les programmes de réhabilitation respiratoire ont fait la preuve de leur efficacité chez les patients porteurs de BPCO.

Plus difficile à objectiver mais contributif, l'impact de l'activité physique sur l'aide à l'arrêt du tabac.

TABAC ET SPORT PERFORMANCE ET DÉPENDANCE

Président : L. Gerbaud (Clermont-Fd) - Modérateur : G. Errard-Dubois (Tours)

Addiction et sport de haut niveau Consommation de tabac, alcool et cannabis chez le sportif de haut niveau

J. Rougier

Clermont-Ferrand

Objectif de l'étude :

Notre étude a pour objectif d'effectuer un inventaire des consommations de tabac, alcool et cannabis chez le sportif de haut niveau. Pour chaque produit, nous avons évalué le taux d'initiation, le taux de consommation et la quantité consommée par semaine. Ces résultats ont été croisés avec l'âge du sportif, son sexe, le fait qu'il pratique un sport individuel ou collectif, son nombre d'heures de pratique sportive hebdomadaire et la présence ou non de troubles des conduites alimentaires, de syndrome anxieux ou de syndrome dépressif.

Méthodologie :

Etude épidémiologique rétrospective sur une population de 417 sportifs représentatifs de la population des sportifs de haut niveau français (listés « SHN », partenaires d'entraînement ou pôles espoirs). Contexte : Les sportifs devaient répondre à un hétéro questionnaire dans le cadre de leur suivi longitudinal d'aptitude psychologique au sport de haut niveau. Cet entretien est structuré de manière reproductible et standardisée. Les conditions de confidentialité et de secret médical sont explicitées à chaque sujet au début de l'entretien.

Principaux résultats :

Les résultats montrent un taux d'initiation au tabac à l'alcool et au cannabis respectivement de 42, 76 et 16 %. La consommation régulière de tabac et de cannabis est très faible (avec respectivement 7,2 et 1% de la population étudiée). La consommation régulière d'alcool est plus importante (55%). La consommation hebdomadaire moyenne s'établit chez les fumeurs à 42 cigarettes, chez les consommateurs d'alcool à 6 unités d'alcool et pour les consommateurs de cannabis, à 2 joints. Les effets du sexe, de l'âge, du type de sport pratiqué, du volume horaire moyen de pratique sportive seront évoqués. Le lien entre consommation de substances et baisses de moral ou trouble anxieux sera détaillé.

14h00-15h30 - TABAC - POUMONS - ALLERGIES

Président : D. Caillaud (Clermont-Fd)

Modérateur : R-M Rouquet (Toulouse)

- Tabac, cannabis et santé respiratoire
T. Urban (Angers)
- Sevrage tabagique et BPCO
G. Peiffer (Metz)
- Comparaison entre l'aérosol de la e-cigarette et celui de la fumée des cigarettes classiques et de la chicha
B. Dautzenberg (Paris)
- Asthme et tabac
M. Underner (Poitiers)

TABAC - POUMONS - ALLERGIES

Président : D. Caillaud (Clermont-Fd) - Modérateur : R-M Rouquet (Toulouse)

Tabac, cannabis et santé respiratoire

T. Urban

Angers

TABAC - POUMONS - ALLERGIES

Président : D. Caillaud (Clermont-Fd) - Modérateur : R-M Rouquet (Toulouse)

Sevrage tabagique et BPCO

Gérard Peiffer

Tabacologie Mercy CHR cs 45001 Metz

Le tabagisme des fumeurs souffrant de BPCO, affection à dépister le plus précocement possible^[1], présente des spécificités par rapport à celui de fumeurs indemnes de cette affection : selon Perriot^[2] leurs inhalations de fumée sont plus profondes, leur dépendance est plus forte, la fréquence des dysthymies est plus forte (comorbidité anxio-dépressive), le niveau de motivation pour le sevrage inférieur.

La Cochrane rassemble les études du sevrage tabagique des patients atteints de BPCO^[3]. Dans la Lung Health Study, avec gommes de nicotine (vs placebo) + prise en charge intensive, les traitements de substitution nicotinique (TSN) doublent les taux des arrêts / placebo ; leur efficacité est renforcée par un soutien intensif et un suivi prolongé (gestion du stress, prévention de la reprise). Tolérance excellente (5 % d'arrêt pour intolérance buccale et digestive). Tashkin et al^[4] compare le bupropion (150 mg x 2/jour) pendant 12 semaines versus placebo + thérapie de soutien. Le bupropion double le taux d'arrêt à court et à moyen termes; à 12 mois, plus de différence significative bupropion / placebo. Tolérance: arrêts plus fréquents dans le groupe bupropion (14 %) / placebo.

Tashkin et al^[5] compare la varenicline prescrite sur 12 semaines, au placebo, chez des patients BPCO avec suivi jusqu'à un an. Le taux d'abstinence à 9-52 semaines, reste significativement élevé / placebo (18.6% vs 5.6%) [P<.0001]. Effets secondaires: nausées, rêves bizarres, insomnie ; effets secondaires graves rares.

L'effet des comorbidités sur le sevrage tabagique^[6] et les facteurs de risque de mortalité ont été : l'abus d'alcool (OR 2,1) et les troubles psychiatriques (OR 1,8), liées à de faibles taux de réussite de sevrage.

A côté de l'arrêt complet initial, le BPCO fumeur passe parfois par une phase de réduction tabagique initiale (sous TSN), l'arrêt complet devant rester l'objectif final^[7].

1. Peiffer G, Perriot J., Heno G. Courrier des addictions 2010 ; 12 : 19-21.

2. Perriot J. Le Courrier des addictions 2004 ; 6 : 161-4.

3. Van der Meer RM et al. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009

4. Tashkin D.P. et al Lancet 2001 ; 357 : 1571-8.

5. Tashkin D.P. et al. Chest; 2011; 139; 3: 591-599

6. Kupiainen H. et al Pulm Med. 2012;2012:725024.

7. Perriot J. : Sevrage tabagique des fumeurs avec BPCO. Cours DIU <http://www.iraat.fr/>

TABAC - POUMONS - ALLERGIES

Président : D. Caillaud (Clermont-Fd) - Modérateur : R-M Rouquet (Toulouse)

Comparaison entre l'aérosol de la e-cigarette et celui de la fumée des cigarettes classiques et de la chicha

B. Dautzenberg

Paris

TABAC - POUMONS - ALLERGIES

Président : D. Caillaud (Clermont-Fd) - Modérateur : R-M Rouquet (Toulouse)

Asthme et tabac

Michel Underner

Unité de Tabacologie et CLAT 86, Service de Pneumologie, CHU La Milétrie, Poitiers

La prévalence du tabagisme actif chez les asthmatiques adultes est identique à celle de la population générale (20 à 35%). La morbidité et de la mortalité liées à l'asthme sont augmentées chez les fumeurs. L'incidence de l'asthme est augmentée chez les adolescents et les adultes fumeurs.

Le tabagisme a de nombreuses conséquences néfastes chez l'asthmatique : augmentation de la sévérité des symptômes, utilisation plus importante des bêta-2-adrénergiques de courte durée d'action, exacerbations plus nombreuses, hospitalisations plus fréquentes, mauvais contrôle de l'asthme et diminution de la qualité de vie. Le tabagisme est associé à une diminution de la sensibilité aux corticoïdes inhalés et oraux.

De plus, il augmente le nombre de visites aux urgences pour exacerbation d'asthme ou asthme aigu grave, notamment après un pic de pollution à l'ozone. Enfin, la mortalité par asthme est augmentée chez fumeurs, notamment au cours des 6 années suivant un épisode d'asthme aigu grave. L'inhalation de fumée de tabac provoque une bronchoconstriction immédiate. A long terme, l'hyperréactivité bronchique est augmentée et le syndrome obstructif est aggravé) chez les asthmatiques fumeurs, comparativement aux asthmatiques non-fumeurs.

L'arrêt du tabac a des conséquences cliniques bénéfiques chez l'asthmatique : amélioration des symptômes, de la qualité de vie et du contrôle de l'asthme, diminution de la consommation de médicaments et amélioration de la sensibilité aux corticoïdes. L'hyperréactivité bronchique diminue après arrêt ou réduction du tabagisme. En revanche, les études sur l'amélioration du syndrome obstructif sont discordantes. Si le sevrage tabagique reste l'élément primordial, de nouveaux traitements de l'asthme sont étudiés chez les fumeurs et les ex-fumeurs afin de restaurer la sensibilité aux corticoïdes (inhibiteurs sélectifs des phosphoinositide-3-kinases, vitamine D, béclo-métasone inhalée ultrafine) et de diminuer l'inflammation bronchique (rosiglitazone, statines).

Il est donc essentiel que les jeunes asthmatiques ne commencent pas à fumer et que ceux qui fument arrêtent le plus précocement possible.

Références :

- Thomson NC, Chaudhuri R, Livingston E. Asthma and cigarette smoking. Eur Respir J 2004;24(5):822-33.
- Polosa R, Thomson NC. Smoking and asthma: dangerous liaisons. Eur Respir J 2013;41(3):716-26.

14h00-15h30 - SESSION DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DES INFIRMIERS EN TABACOLOGIE (AFIT)

Président : G. Héno (Vannes)

Modérateur : P. Lemaire (Clermont-Fd)

- Importance du repérage et de la prise en charge des coaddictions dans le sevrage tabagique
C. Valles (Cahors)
- Impact d'une substitution nicotinique dans le cadre d'un sevrage alcool en hospitalisation
S. Darcy (Bondy)
- Place des infirmiers tabacologues dans un programme d'ETP pour l'asthme et la BPCO
F. Marchandise et P. Lemaire (Clermont-Fd)
- Place et rôle de l'infirmier spécialiste en TCC
F. Prat (Clermont-Fd)

SESSION DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DES INFIRMIERS EN TABACOLOGIE (AFIT)

Président : G. Héno (Vannes) - Modérateur : P. Lemaire (Clermont-Fd)

Importance du repérage et de la prise en charge des coaddictions dans le sevrage tabagique

C. Valles

CH Cahors

Dans le cadre d'une consultation d'aide à l'arrêt du tabac, on ne peut pas faire l'impasse sur la recherche d'autres comportements addictifs. Il est nécessaire de les prendre en compte afin d'optimiser le sevrage et ainsi augmenter les chances d'un arrêt.

Le repérage de ces comportements n'est possible que si une alliance thérapeutique est établie avec le patient.

Les consommations associées les plus couramment rencontrées sont tabac-cannabis, tabac-alcool, tabac-alcool-cannabis. Il faudra les évaluer avec l'aide de tests spécifiques mis à notre disposition, rechercher aussi d'autres conduites addictives (mésusage de médicaments ou d'autres drogues illicites) ainsi que d'éventuelles comorbidités psychiatriques associées.

Le sevrage tabac avec co-dépendance est souvent, pour ne pas dire toujours, complexe. Il faudra tenir compte des polyconsommations et/ou polyaddictions sachant qu'il y a un renforcement réciproque de la dépendance à chaque substance en cas de consommation associée. Le sevrage nécessitera une prise en charge médico psycho social avec une équipe pluridisciplinaire

SESSION DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DES INFIRMIERS EN TABACOLOGIE (AFIT)

Président : G. Héno (Vannes) - Modérateur : P. Lemaire (Clermont-Fd)

Impact d'une substitution nicotinique dans le cadre d'un sevrage alcool en hospitalisation

S. Darcy

Hôpital Jean-Verdier (Bondy) ; Unité Addictologie

La majorité des patients alcoolo-dépendants sont fumeurs. Si le sevrage tabagique doit être envisagé, il convient de respecter le rythme du patient : entamer les deux sevrages simultanément, peut lui sembler difficile.

Cependant, l'hospitalisation en SSR d'addictologie est un moment privilégié pour aborder cette question.

Expérimenter la substitution nicotinique en milieu hospitalier, lors d'un sevrage alcoolique, influence-t-elle la motivation du patient à changer son comportement de fumeur?

Quel impact cette expérience a-t-elle sur sa confiance à réussir une telle démarche ?

SESSION DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DES INFIRMIERS EN TABACOLOGIE (AFIT)

Président : G. Héno (Vannes) - Modérateur : P. Lemaire (Clermont-Fd)

Place de l'infirmier tabacologue dans un programme d'ETP pour l'asthme et la BPCO

Marchandise F, Lemaire J, Doly-Kuchcik L, Perriot J

Dispensaire Emile Roux, Clermont-Ferrand, France

La prise en charge proposée par le Dispensaire Emile Roux (DER) dans son programme d'ETP BPCO/asthme suit une architecture très proche de celle qu'il propose aux patients en sevrage tabagique. Ainsi ces deux programmes fonctionnent-ils de pair.

L'infirmier tabacologue y occupe une place prépondérante en intervenant à différentes étapes de ces deux programmes. Lors du sevrage tabagique, l'infirmier tabacologue assure le premier rendez-vous : entretien motivationnel, screening de la situation tabagique, balance décisionnelle recueil des données biomédicales... Cette analyse de données lui permet d'orienter si nécessaire les patients vers le programme d'ETP.

Sa place dans le programme d'ETP est elle aussi importante puisqu'il est en charge de par sa formation, de la séance éducative sur la dépendance nicotinique : il renforce les compétences à l'arrêt des patients en sevrage et permet l'acquisition de capacités d'adaptations en favorisant l'entrée dans le sevrage des patients encore fumeurs. Les résultats de cette double prise en charge sont encourageants avec un taux d'abstinence à J90 du jour de l'arrêt supérieurement significatif pour les patients BPCO ayant suivis le programme d'ETP par rapport à ceux qui n'ont bénéficié que du programme de sevrage.

Il apparaît ainsi que le rôle de l'infirmier tabacologue dans un programme d'ETP BPCO/asthme est essentiel. Sa vision globale sur les deux activités ainsi que ses compétences permettent l'orientation des patients d'un programme à l'autre. Son niveau de connaissance engendre la mise en dissonance cognitive des patients pour déconstruire leur croyance et ainsi acquérir de nouvelles compétences qui renforcent la décision d'arrêt et/ou l'incite et ce de façon probante.

SESSION DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DES INFIRMIERS EN TABAICOLOGIE (AFIT)

Président : G. Héno (Vannes) - Modérateur : P. Lemaire (Clermont-Fd)

Place et rôle de l'infirmier spécialiste en TCC

F. Prat

Clermont-Ferrand

Lorsque l'on prend en charge un patient pour un sevrage tabagique, il est important de prendre en compte les différentes dimensions de la dépendance.

La dépendance physique : en proposant une aide au sevrage tabagique.

La dépendance psycho comportementale : en proposant une thérapie comportementale et cognitive.

Cette thérapie permet d'analyser la ou les situations déclenchantes et d'en comprendre les liens avec les émotions ressenties, avec les pensées associées et avec le comportement.

Mon propos aujourd'hui est de vous présenter les techniques issues des thérapies comportementales et cognitives permettant d'amener le patient au changement et de lui permettre de maintenir le sevrage débuté.

Nous agissons soit directement sur la pensée, soit sur l'émotion, soit sur le comportement.

Dans cette présentation, je décrirais en quelques mots le modèle de thérapie comportementale et cognitive.

J'aborderai l'entretien motivationnel très rapidement et son rôle dans le changement.

Je présenterai de manière très concrète les différentes techniques que l'on peut utiliser par le biais de deux cas concrets.

14h00-15h30 - SAGES FEMMES

Président : M. Adler (Paris)

Modérateur : P-A Migeon (Bourg-en-Bresse)

- Impact du tabac sur les pathologies du col utérin à papillomavirus
F. Messaoudi (Versailles)
- Alimentation du nouveau-né et tabac : que choisir ?
Allaitement ou biberon ?
E. Lemetteil (Le Havre)
- Retentissement postnatal du tabagisme pendant la grossesse
I. Berlin (Paris)
- Femmes enceintes, Dépression et Tabagisme
F. Dupré (Grenoble)

SAGES FEMMES

Président : M. Adler (Paris) - Modérateur : P-A Migeon (Bourg-en-Bresse)

Impact du tabac sur les pathologies du col utérin à papillomavirus

Docteur Fabienne MESSAOUDI

Gynécologue-obstétricienne à l'hôpital de Versailles

Le cancer du col ; 3 000 nouveaux cas diagnostiqués et plus de 1 000 décès chaque année Cancer de la femme jeune, pic d'incidence 40 ans :

- Prévention primaire par la Vaccination contre les infections à HPV , à l'origine de ce cancer amplifié par le tabagisme.
- Prévention secondaire par le frottis cervico-utérin.

Le tabagisme actif triple le risque de développer un cancer du col de l'utérus. Toutefois, l'exposition au tabagisme passif se révèle presque aussi dangereux, en doublant ce risque.

Les femmes fumeuses voient leur risque de développer un cancer du col de l'utérus multiplié par 2,6, par rapport aux non-fumeuses et non exposées. Mais en cas de tabagisme passif, ce risque est également potentialisé puisqu'il est multiplié par 2,1.

Globalement, on peut retenir que fumer triple le risque de cancer du col de l'utérus, tandis que l'exposition passive à la fumée des autres double ce risque.

Cancer du col de l'utérus : un élément de prévention supplémentaire, arrêter le tabac.

SAGES FEMMES

Président : M. Adler (Paris) - Modérateur : P-A Migeon (Bourg-en-Bresse)

L'alimentation du nouveau-né et le tabac : Que choisir : Allaitement ou biberon ?

E. Lemetteil

Hôpital Privé de l'Estuaire au Havre ; Service Maternité et Bloc Obstétrical

Cette étude a été réalisée lors du travail de fin d'étude du Diplôme Inter Universitaire de Tabacologie et Sevrage Tabagique en 2012 au sein d'une maternité de niveau 1.

La question de recherche est : « Quels sont les critères de l'alimentation du nouveau-né, allaitement maternel ou alimentation artificielle, par les femmes fumeuses primipares ou multipares venant d'accoucher par voie basse de façon eutocique ou par césarienne lors de leur séjour à la maternité de l'Hôpital Privé de l'Estuaire au Havre en France ? ».

Celle-ci a pour objectif de mettre en avant les éléments considérés comme essentiels par les femmes fumeuses venant d'accoucher dans leur choix d'allaiter ou non leur nouveau-né. Le but final est d'établir un discours pertinent et favorable à l'allaitement maternel et au sevrage tabagique tenu par l'ensemble du personnel soignant.

Ainsi, les points repris dans cette étude sont d'abord l'âge de la femme, sa situation familiale, sa situation professionnelle, le nombre de grossesse et le nombre d'enfants.

Puis, une évaluation de son habitude tabagique, les informations reçues concernant l'alimentation du nouveau-né et le tabac, à quel moment et par qui, l'impact de ses informations sur le choix d'alimentation de leur enfant et à quel moment ce choix est fait.

Un point sur le lien entre le choix d'alimentation et la voie d'accouchement.

Enfin, l'influence de l'entourage de la femme mais aussi de son conjoint pour la décision d'allaiter ou non son enfant. Mais aussi, par le discours du personnel soignant.

Ainsi, ces différents critères interagissent dans l'environnement de la femme fumeuse, ce qui rend parfois la décision difficile à prendre. D'où la très grande importance en tant que personnel soignant de concilier tous ces critères afin d'avoir une prise en charge globale et efficace.

SAGES FEMMES

Président : M. Adler (Paris) - Modérateur : P-A Migeon (Bourg-en-Bresse)

Retentissement postnatal du tabagisme pendant la grossesse

I. Berlin

Paris

SAGES FEMMES

Président : M. Adler (Paris) - Modérateur : P-A Migeon (Bourg-en-Bresse)

Dépression chez la femme enceinte fumeuse : impact sur la motivation à l'arrêt du tabac

Frédéric Dupré, Sages-femmes tabacologues IRAAT

Institut Rhône-Alpes Auvergne de Tabacologie (IRAAT), Hôpital de la Croix-Rousse, Lyon

La proportion du tabagisme féminin et périnatal demeure très élevée en France. Malgré les progrès accomplis dans l'aide à l'arrêt du tabac en milieu obstétrical depuis la conférence de consensus « tabac et grossesse » de 2004, la connaissance des freins à l'arrêt peut améliorer la prise en charge du sevrage chez les femmes enceintes. L'étude des troubles anxio dépressifs de la femme enceinte et de leur profil tabagique est l'objet de cet exposé.

Objectif de l'étude : évaluer la prévalence des troubles dépressifs chez des femmes enceintes fumeuses comparativement aux non fumeuses ; juger de leur impact sur la motivation à l'arrêt du tabac.

Matériels et méthodes : enquête prospective multicentrique portant sur 792 femmes en régions Rhône-Alpes (435 fumeuses et 357 non fumeuses). L'évaluation de la dépression actuelle est faite par le Hospital Anxiety Depression scale (HAD); celle de la motivation à l'arrêt par le test de Richmond.

Résultats : les femmes enceintes fumeuses, comparativement au non fumeuses, présentent des antécédents et des dépressions plus fréquentes (actuelles : OR = 2,4 ; antécédents : OR = 2). La motivation au sevrage n'est pas modifiée par un état dépressif mais reste peu élevée. Dépression et faible motivation sont associées à une dépendance nicotinique élevée et à des bas niveaux socio-économiques. Leur repérage est facilement réalisé par le test HAD.

Conclusion : le dépistage systématique des troubles dépressifs chez les femmes enceintes fumeuses peut faciliter la prise en charge du sevrage tabagique.

Mots clés : sevrage tabagique, dépression, grossesse, sage-femme, motivation.

POSTERS SÉLECTIONNÉS EN SANTÉ PUBLIQUE

Attitudes towards a total smoking ban among mental health hospital employees in France

Renaud de Beaurepaire, Pascal Rat, Noureddine Hachimi, Nadia Benslimane, Fatiha Djellil, David Lafarge, Karim Lalam, Anne-Lise Lavazais, Robert Molimard

Groupe Hospitalier Paul-Guiraud, 54, avenue de la République 94806 Villejuif - France

Abstract

BACKGROUND: Incitements to smoking cessation in patients hospitalized in mental health settings should be an ethical commitment for the mental health staff. However, worldwide studies have shown that the mental health staff is often reluctant to the implementation of smoking bans, and that the attitude of the nursing staff may even sometimes wreck the efforts to ban smoking. No studies have been made in France investigating the attitudes of mental health employees towards a total smoking ban.

METHODS: A given day, all the employees in daily contact with patients were individually interviewed regarding their smoking habits, their attitude towards a total smoking ban, their opinion regarding the consequences of a total smoking ban on the behavior of patients, and, for smokers, their willing to change their smoking habits in the eventuality of a total ban.

RESULTS: All 264 employees working the day of the study responded to the questionnaire: 41.6% were smokers, 84% disagreed with a total ban, 90% believed that a total smoking ban would worsen the behavior of patients, and, among smokers, 68% were not willing to change their smoking habits.

CONCLUSIONS: In French mental health hospitals, employees in close contact with patients are not prepared, and in a large majority are opposed, to a total smoking ban. Such a generalized opposition obviously raises barriers to smoking cessation interventions or other smoking reduction policies. The possible roles of unawareness and denial of the harmfulness of smoking in French mental health employees are discussed. The necessity of implementing educational programs for mental health employees is stressed.

Evolution de la consommation de tabac chez les étudiants clermontois entre 2008 et 2012

Gerbaud L. ^(1,2,3), **Auclair C.** ^(1,2,3), **Gagne A.** ⁽¹⁾, **Perreve A.** ⁽¹⁾

(1) Service de Santé Universitaire, Universités d'Auvergne, Clermont-Ferrand, France

(2) Service de Santé Publique, CHU de Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, France

(3) EA 4681, PEPRADE, Clermont Université, Université d'Auvergne, Clermont-Ferrand, France

Objectif : Evaluer la consommation de produits addictifs (tabac, alcool, cannabis) chez les étudiants clermontois à l'occasion du « Forum Santé Etudiants », action de prévention qui se déroule au mois de novembre de chaque année universitaire depuis 2008.

Méthodes : Les étudiants remplissent un auto-questionnaire sur la base du volontariat portant sur leur consommation de produits addictifs et en particulier le tabac.

Résultats : De 2008 à 2012, 2637 étudiants ont participé à cette enquête. L'expérimentation du tabac est passée de 60,1% en 2008 à 66,8% en 2012, sans tendance nette entre ces années. En revanche, l'âge moyen de la première cigarette a augmenté progressivement et significativement entre 2008 et 2012, passant de 14,9 ans (ET=2,2) à 15,7 ans (ET=2,5). Un usage occasionnel de tabac (moins d'une cigarette par jour) a augmenté entre 2008 et 2011, passant de 14,8% à 24,6%, pour diminuer à 19% en 2012. L'usage quotidien de tabac a nettement diminué en 5 ans : 33,0% des étudiants fumaient tous les jours en 2008 contre 19,3% en 2012. Les étudiants fumant plus de 10 cigarettes par jour étaient 13,3% en 2008 contre 8,5% en 2012, ce chiffre augmentant et diminuant durant ces 5 années sans jamais dépasser les 10%. Par ailleurs, en 2012, 40% des étudiants déclaraient avoir déjà consommé de la chicha ou narguilé.

Conclusion : L'expérimentation a légèrement augmenté tandis que les usages quotidiens ont diminué. De nouveaux modes de consommation du tabac, plus attractifs, comme la chicha ou narguilé, sont en très nette augmentation.

Tabac et association de produits addictifs chez les étudiants en France

Gerbaud L. ^(1,2,3), **Auclair C.** ^(1,2,3), **Hazart Juliette** ⁽²⁾, **Gagne A.** ⁽¹⁾, **Perreve A.** ⁽¹⁾

(1) Service de Santé Universitaire, Universités d'Auvergne, Clermont-Ferrand, France

(2) Service de Santé Publique, CHU de Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, France

(3) EA 4681, PEPRADE, Clermont Université, Université d'Auvergne, Clermont-Ferrand, France

Objectif : Evaluer les pratiques addictives des étudiants en France en termes de tabac, alcool, cannabis et autres drogues.

Méthode : Auto-questionnaire en ligne anonyme proposé à l'ensemble des étudiants inscrits dans les universités en 2012/2013 via leur courriel.

Résultats : Du 02 février au 30 juin 2013, 36 427 étudiants, âgés de 21,2 ans (ET=3,1) en moyenne, 70,5% de femmes, ont participé à l'enquête. 63,1% ont déjà consommé du tabac au cours de leur vie, sans différence selon le sexe, l'âge moyen de la 1ère cigarette étant 15,4 ans (ET=2,3). Les fumeurs quotidiens sont 16,1%, les fumeurs actuels (quotidiens ou occasionnels) 24%, plus fréquemment chez les hommes. Parmi les fumeurs actuels, 12,7% ont fumé plus de 20 cigarettes par jour au cours du mois et 20,1% fument leur 1ère cigarette le matin dans les 30 minutes après leur réveil. 17% fument du tabac lorsqu'ils sont malades au point de devoir rester au lit presque toute la journée. 41,1% consomment aussi du narguilé. Le cannabis est expérimenté par 86% des fumeurs quotidiens. 35,1% en ont consommé au cours du mois, 14,1% régulièrement et 6,4% quotidiennement. 93,4% ont bu de l'alcool au cours du mois, 18,8% régulièrement et 4,9% quotidiennement. Les ivresses régulières concernent 26,6% d'entre eux, et le « binge-drinking » (consommation d'au moins 5 verres en une seule occasion) 46,2%. Entre 1 et 3% ont consommé au cours du mois des médicaments psychotropes, amphétamines, cocaïne, ecstasy et autres drogues.

Conclusion : Les étudiants fumant quotidiennement du tabac sont plus souvent multi-consommant, augmentant les risques liés à ces addictions.

Tabagisme et pathologies associées chez les titulaires du rSa socle bénéficiant d'une orientation sociale

F. Merson, J. Perriot, L. Doly Kuchcik, S. Canton, N. Plazenet

Dispensaire Emile Roux, Clermont-Ferrand 63, France

Les bénéficiaires du rSa se trouvent souvent dans des situations sociales dégradées. Ces conditions de vie se répercutent sur leur état de santé pouvant conduire à des situations d'exclusion. Depuis 2011, des bilans de santé pour les titulaires du rSa socle bénéficiant d'un accompagnement social renforcé sont réalisés au Dispensaire Emile Roux à Clermont-Ferrand.

MATERIEL ET METHODE

77 personnes titulaires du rSa (SR=0,9 ; âge moyen=45,3 ans ; EPICES moyen=64,1) ont été reçues dans le cadre de bilans de santé.

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SPSS 21 (Khi2 et ANOVA, $p < 0,05$).

RESULTATS

Les personnes reçues dans le cadre des bilans de santé sont majoritairement isolées (87,7% célibataires, divorcés ou veufs) présentent de faibles niveaux d'éducation (84,6% < niveau Bac).

Parmi les principales problématiques sanitaires observées, les troubles anxiodépressifs (TAD) concernent 51,6% de la population, 32,8% présentent une BPCO, 35,4% un surpoids ou de l'obésité. Les fumeurs représentent 67,7% de la population (65,1% ont un tabagisme cumulé ≥ 20 PA) 7,7% sont ex-fumeurs. La majorité des bénéficiaires dispose d'un médecin traitant mais ne semble le fréquenter que dans les situations d'urgence.

98,4% des personnes sont en situation de précarité dont 63,6% en grande précarité (score EPICES ≥ 60). Les histoires de vie sont souvent marquées de ruptures, de parcours chaotiques et d'antécédents sociaux (dont 13,8% SDF, 7,7% prison).

CONCLUSION

Les consommations de substances psychoactives participent à la dégradation de l'état de santé des personnes en situation de précarité mais représentent un moyen de coping. Les désirs d'arrêt existent et le sevrage est possible sous réserve d'une prise en charge renforcée.

Tabagisme et pathologies associées chez les personnes participant à une activité d'insertion professionnelle

F. Merson, J. Perriot, L. Doly Kuchcik, S. Canton, N. Plazenet, P. Lemaire

Dispensaire Emile Roux, Clermont-Ferrand 63, France

La prévalence du tabagisme et ses conséquences sont élevées chez les personnes en situation de précarité sociale. Un inventaire a été réalisé au Dispensaire Emile Roux à Clermont-Ferrand lors de bilans de santé proposés à des bénéficiaires de minima sociaux participant à des activités d'insertion professionnelle. Le recueil des données a été effectué entre 2005 et 2012.

MATERIEL ET METHODE

519 adultes (SR = 3,9 ; âge moyen = 39 ans ; score EPICES moyen = 50,5) en situation d'insertion professionnelle dans le Puy-de-Dôme ont participé à des bilans de santé. Les consommations de substances psychoactives et les troubles associés ont été identifiés.

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SPSS 21 (test du Khi2 et ANOVA, $p < 0,05$).

RESULTATS

La prévalence des troubles anxio-dépressifs (TAD : 33,6 %), de la BPCO (13,7 %), de l'obésité (32,6 %), d'une addiction associée (64,1%) est supérieure à celle de la population générale. Les fumeurs représentent 74,7% de la population (45% ont un tabagisme cumulé ≥ 20 PA dont 55 % avec un score FTND ≥ 7), 7,6 % sont ex-fumeurs.

Le niveau de précarité représente un indicateur majeur. 28,7% des individus reçus au bilan vivent en situation de grande précarité (score EPICES ≥ 60). Ils sont plus souvent fumeurs (84,5%) avec un tabagisme cumulé plus important (56% ≥ 20 PA). Ils présentent plus de TAD (46,5%), de co-addictions à l'alcool (37,9%) et d'antécédents sociaux (37,9%).

CONCLUSION

Les degrés de précarisation et de tabagisme représentent des indicateurs permettant le repérage des problématiques médico-psychologiques et sociales. Leur identification est primordiale pour mettre en place les prises en charge adaptées car ces facteurs sont susceptibles de mettre en échec l'insertion sociale et professionnelle.

Prévention des addictions en milieu scolaire : évaluation des actions de Liber' Addict

Lacelle D.¹, Rougier J.², Morel F.¹, Perriot J.³, Flaudias V.^{1,4}, Schmitt A.^{1,4}, & Llorca P.M.^{1,4}

1 CHU Clermont-Ferrand, Pôle Psychiatrie B, F-63001 Clermont-Ferrand, France.

2 Ligue nationale contre le cancer, comité du Puy-de-Dôme, F-63400 Chamalières, France.

3 Dispensaire Emile Roux, F-63000 Clermont-Ferrand, France.

4 Clermont Université, Université d'Auvergne, EA NPsy-Sydo, BP 10448, F-63000 Clermont-Ferrand, France.

Liber'Addict est un programme de prévention des addictions auprès des collégiens, des lycéens et des adultes les encadrant (familles, équipes éducatives et enseignantes).auprès des adolescents, les actions visent à apporter des connaissances relatives aux substances psychoactives (SPA), et d'améliorer leurs compétences psychosociales (CPS). Nous présentons ici l'évaluation de ces deux types d'interventions.

Méthode :

Intervention SPA :

160 élèves ont répondu à 11 questions mesurant leur niveau de connaissances sur les SPA une semaine avant l'intervention et trois mois après.

Intervention CPS :

75 élèves ont répondu à 4 questions concernant l'identification des techniques de pression, les moyens d'y répondre et le sentiment d'auto efficacité à faire face à ces situations. Ce questionnaire était complété une semaine avant l'intervention et trois mois après.

Résultats :

Les résultats montrent une amélioration globale du nombre de bonnes réponses concernant les connaissances sur les SPA trois mois après l'intervention ($t(157)=10.40$; $p<.001$). Une analyse plus fine indique une augmentation des bonnes réponses en particulier sur 7 questions, et 4 questions n'ont pas de différences significatives. La progression la plus faible concerne les connaissances sur le cannabis.

Nous n'observons pas une meilleure identification des moyens de pression sociale ($t(74)=-.09, p=.93$), mais une augmentation du nombre de stratégies pour savoir formuler un refus ($t(74)=-2.21, p=.03$).

Discussion

Les actions mises en œuvre par Liber'Addict auprès des élèves permettent d'accroître leurs connaissances relatives aux SPA et leurs compétences pour faire face à la pression d'un groupe. Ces effets sont présents trois mois après l'intervention. Ces résultats soulignent l'intérêt de la prévention.

Il serait intéressant d'évaluer dans quelles mesures ces acquisitions peuvent conduire à un changement de comportement face à ces substances.

La formation en tabacologie : pistes de réflexion

Godin V., Galanti L.

Unité de Tabacologie, CHU Mont-Godinne, Yvoir, Belgique

Diverses formations en tabacologie sont actuellement proposées aux professionnels de santé. Cette étude a pour objectifs de comparer les formations développées dans le cadre des DIU en France et en Belgique et de réaliser une enquête auprès des diplômés belges sur base du référentiel NICE. L'analyse comparative des programmes de formation, tous de même intitulé, met en évidence une variabilité inter-programme dans l'importance respective accordées aux différentes rubriques du référentiel, d'autant plus que certains programmes développent des thématiques qui ne sont que peu voire non reprises dans le référentiel (addictologie clinique, approche «santé publique», comorbidités psychiatriques). Cependant à volume de formation constant, l'introduction de nouveaux thèmes ou le renforcement de thèmes existants interfère avec la formation aux problématiques spécifiques à la tabacologie (tabagisme passif, répercussions pathologiques spécifiques, aspects médicamenteux du sevrage,...).

L'enquête auprès des diplômés belges et des étudiants en cours de formation a permis l'identification de besoins de formation dont la plupart semblent relever d'avantage de la mise en pratique des savoirs transmis, voire de l'acquisition plus complexe de compétences que d'une «simple» transmission de savoirs. Cette observation confirme la nécessité de situer et d'explicitier la contribution respective de chacune des activités de formation (cours, ateliers, stages) par rapport aux apprentissages visés. Les responsables de ces formations doivent se pencher et s'accorder sur la question du profil du «tabacologue compétent» et des apprentissages visés au terme de la formation avant toute planification de contenus et d'activités de formation.

Place du Dispensaire Emile Roux dans l'organisation des soins en tabacologie en Auvergne

Perriot J., Doly-Kuchcik L., Lemaire P., Laime D., Vieillemaringe H., Merson F., Rude-Bache M., Martin J., Marchandise F.

Dispensaire Emile Roux, Clermont-Ferrand, France

Le Dispensaire Emile Roux, structure de Santé Publique du Conseil général du Puy-de-Dôme développe une activité de Tabacologie depuis 1985. Cette activité voulue par le Conseil général et décentralisée sur le territoire du Puy-de-Dôme s'intègre à l'ensemble des missions développées : lutte contre la tuberculose (CLAT 63), information et dépistage des infections sexuellement transmissibles et du VIH (CIDDIST 63 et CDAG 63), vaccination (C-VACC 63), ETP chez l'insuffisant respiratoire.

L'ensemble des prestations assurées dans le domaine de la tabacologie est gratuite (bilan médical et para-médical initial, prise en charge et suivi partenarial respectant les recommandations d'experts). Cette activité s'insère dans l'organisation des soins en addictologie de la région auvergne et donne lieu à des collaborations avec les autres acteurs et structures d'addictologie (CHU de Clermont-Ferrand, ANPAA 63, etc.). Le service est lieu d'accueil pour les étudiants se formant en addictologie.

Il assure la prise en charge des « fumeurs difficiles » et notamment de ceux qui présentent des pathologies associées en particulier respiratoires (BPCO/asthme), infectés par le VIH et le VHC ou en situation de précarité sociale. L'équipe a participé à de nombreuses publications et communications scientifiques en tabacologie ; elle s'est impliquée dans des essais cliniques d'aide à l'arrêt ce qui positionne ce service comme l'un des référents de l'inter-région Rhône-Alpes-Auvergne dans ce domaine de l'Addictologie.

Connaissances des étudiants en médecine de l'UFR/SDS de l'Université de Ouagadougou sur le tabagisme

G. Ouédraogo, B.A.K.F Oubda, G. Badoum, K. Boncounou, M Ouédraogo

Service de Pneumologie du CHU YO, Ouagadougou Burkina Faso

Introduction : Selon l'OMS, le tabagisme est l'une des principales causes de décès évitable dans le monde. Pour lutter contre ce fléau, le Burkina Faso dispose d'un plan stratégique de lutte antitabac. Dans ce plan, les agents de santé ont un rôle primordial, dans la prévention et la prise en charge du tabagisme : ils se doivent donc d'avoir d'excellentes connaissances sur le tabagisme.

Matériel et méthode : Il s'est agit d'une étude transversale descriptive et comparative. Les données ont été collectées par questionnaire auto administré.

Résultats : Dans notre échantillon, 14% des étudiants en médecine attribuaient des bienfaits au tabac ; 98% pensaient que le tabac était nocif pour la santé. Parmi les étudiants en médecine, 18,5% avaient une connaissance faible ou nulle des effets nocifs du tabac sur la santé. Les pathologies les plus citées comme effets nocifs du tabac étaient les maladies pulmonaires (n=155). Ces étudiants étaient 29% à ignorer l'existence de la loi antitabac ; 61% savaient que la loi interdit la consommation du tabac dans les lieux publics clos ; seuls 56% savaient que la loi antitabac interdit l'usage du tabac dans les hôpitaux.

Conclusion : Bien qu'ils reconnaissent majoritairement la nocivité du tabac sur la santé, nombreux sont les étudiants en médecine qui ont une connaissance faible ou nulle de ces effets nocifs, et ignorent même l'existence de la loi antitabac. Bon nombre des aspects de cette loi sont méconnus par les étudiants en médecine. Des réformes pédagogiques allant dans le sens d'une meilleure prise en compte des risques liés au tabagisme par les étudiants en médecine sont nécessaires.

Mots clés : Tabagisme. Etudiants en médecine. Connaissances. Burkina Faso.

Attitudes professionnelles des étudiants en médecine de l'UFR/SDS de l'Université de Ouagadougou face au tabagisme

G. Ouédraogo, B.A.K.F Oubda, G. Badoum, K. Boncounou, M Ouédraogo

Service de Pneumologie du CHU YO, Ouagadougou Burkina Faso

Introduction :

Le tabac reste l'une des principales causes de mortalité dans le monde avec près de cinq millions de décès par an selon l'OMS. Afin de réduire cette tendance, l'OMS accorde une place primordiale aux professionnels de santé dans la lutte contre le tabagisme. Ces derniers, en contact avec les populations, peuvent beaucoup aider à changer les comportements, en intégrant systématiquement la prévention des risques liés au tabagisme dans leur activité professionnelle courante.

Matériel et méthode :

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive et comparative. Les données ont été collectées par questionnaire auto administré.

Résultats :

Dans notre échantillon : 94,9% des étudiants en médecine mettraient systématiquement en garde leurs patients fumeurs contre les méfaits du tabac si ces derniers avaient une pathologie liée au tabac ; 92,7% conseilleraient leurs patients si ceux-ci posaient des questions sur leur consommation tabagique ; seuls 45% le feraient même si le patient ne posait pas de question et ne présentait pas de pathologie liée au tabac. Parmi ces futurs médecins, 83% attribuaient au médecin le rôle de convaincre les gens de ne plus fumer ; 87% attribuaient au médecin le rôle de donner le bon exemple en ne fumant pas.

Conclusion :

La promotion de la santé par la prévention des risques liés au tabac n'est prise en compte par les futurs médecins que lorsque le patient manifeste un besoin, alors que cela devrait être systématique selon l'OMS.

Mots clés : Tabagisme. Etudiants en médecine. Attitudes. Burkina Faso.

Evolution du tabagisme quotidien des collégiens (12-15 ans) parisiens sous les quinquennats de J. Chirac, N. Sarkozy et F. Hollande

Dautzenberg B^{1,2,3,4}, Birkui P¹, Dautzenberg MD^{2,3,6}

1 Paris Sans Tabac

2 OFT

3 APHP

4 upmc

5 Académie de Paris

6 Univ. René Descartes, Paris, France

La société a une influence particulièrement importante sur le tabagisme des 12-15, qui ne sont pas ou peu dépendants du tabac et qui gardent la liberté de changer leur consommation en fonction de la norme sociale qui s'impose à eux.

Méthodes :

Les enquêtes anonymes par questionnaire de PST sont conduites de façon annuelle sur un échantillon de 2% des élèves des collèges et lycées de Paris tiré au sort par classe.

Résultats :

43 674 jeunes de 12 à 15 ans ont été interrogés au cours des enquêtes 2001 à 2013. Le taux de tabagisme quotidien qui était à cet âge de 12,8% chez les 12-15 ans en 2001, taux assez stable les 10 années précédentes, s'est effondré avec les campagnes de 2001 à 7,5% en 2002 pour atteindre 1,9% en 2007 au cours du quinquennat de Jacques Chirac (la baisse relative atteint 75%). Ce taux est remonté de 1,9% à 4,5% au cours du quinquennat de Nicolas Sarkozy (taux de fumeur multiplié par 2,4). Ce taux est quasi stable en ce début de quinquennat de François Hollande passant de 4,5% en 2012 à 3,9% en 2013 (Variation non significative).

Conclusions :

Le taux de collégiens (12-15 ans) fumeurs quotidiens qui s'était effondré avec la quinquennat Chirac et le premier plan cancer qui sur le plan du tabagisme a été un grand succès, a plus que doubler avec Nicolas Sarkozy et le deuxième plan cancer qui sur le plan du tabagisme a été un cuisant échec d'un plan sans volonté claire de lutte contre le tabac. Le taux de tabagisme stagne en ce début de quinquennat de François Hollande et il est nécessaire que le troisième plan cancer en préparation relance la décroissance du tabagisme chez les adolescents prenant modèle sur le premier plan cancer pour ne pas reproduire les erreurs du second plan cancer.

L'expérimentation de la chicha en reflux chez les collégiens et lycéens parisiens

Dautzenberg MD^{2,3,6}, Birkui P¹, Rieu N⁵, Dautzenberg BD^{1,2,3,4}

1 Paris Sans Tabac

2 OFT

3 APHP

4 upmc

5 Académie de Paris

6 Univ. René Descartes, Paris, France

Paris sans tabac avait sonné l'alarme en 2007 alors que plus d'un tiers des élèves des collèges et lycées de Paris avaient expérimentés la chicha, un produit ignoré dix ans plus tôt des élèves. Nous avons voulu savoir comment évoluait cette consommation depuis 6 ans.

Méthodes :

Les enquêtes anonymes par questionnaire de PST sont conduites chaque année en février sur un échantillon de 2% des élèves des collèges et lycées de Paris tirés au sort par classe avec l'aide du Rectorat de l'Académie de Paris.

Résultats :

19 744 jeunes de 12 à 19 ans ont été interrogés en 2008-2013.

Le taux d'expérimentateur de chicha est passé de 24,8% en 2008 à 34,7% en 2009, 36,2% en 2010 pour atteindre un pic de 42,4% en 2011. Ce taux est redescendu à 41,1% en 2012 puis 38,2% en 2013.

Chez les garçons le taux d'expérimentation est passé de 37,6% en 2008 pour atteindre un pic à 46% en 2011 et redescendre à 39,9% alors que chez les filles le taux d'expérimentation est plus bas et est passé de 32,4% en 2008 pour atteindre un pic moins prononcé que chez les garçons à 38,7% en 2011 et redescendre à 36,0% en 2013.

La baisse de l'expérimentation est particulièrement visible chez les 12-15 ans qui sont toujours particulièrement réactifs aux nouvelles modes. L'expérimentation de la chicha qui était de 16,8% en 2008 à cet âge est passée à 25,5% en 2011 pour redescendre à 19% en 2013.

Conclusions :

La chicha qui est apparue en ce début de siècle comme un outil précoce d'expérimentation de la prise de tabac ne progresse plus et semble même en régression chez les collégiens et lycéens parisiens.

Leçons tirées du dosage de la cotinine urinaire chez des utilisateurs d'e-cigarettes

Barbare E., Diakhaté A., Mutz G., Dautzenberg B.

Hôpital de Meaux, Hôpitaux Universitaires Pitié Salpêtrière-Charles Foix, upmc.

Il existe un manque cruel de données sur le rendement, l'absorption de la nicotine délivrée par l'e-cigarette et sur l'évolution des consommations de nicotine.

Méthodes :

Il a été proposé à des utilisateurs exclusifs d'e-cigarette de remplir un questionnaire sur leur tabagisme ancien et leur vapotage et de signer un consentement pour analyser la cotinine urinaire par immunodosage.

Résultats :

5 sujets ont donné entre 1 et 4 fois leurs urines.

- La quantité de nicotine prise a été estimée sur la concentration affichée sur les cartouches et le volume utilisé ; elle est corrélée à la cotinine urinaire (ng/ml) ($r=0,86$) avec une pente de 0,0179.
- Le rendement en nicotine des e-cigarette apparaît beaucoup plus élevé que celui des cigarettes. En estimant que nicotine inhalée = 0,013 x cotinine urinaire ($\mu\text{g/L}$), la quantité de cotinine retrouvée dans les urines correspond au dépôt dans le corps de 3/4 de la nicotine introduite dans la cartouche, soit plus que ne l'anticipe la loi des dépôts des particules. Ceci conduit à envisager le rôle majeur de la revaporisation partielle dans l'alvéole des gouttelettes d'e-liquide qui triplerait le taux de dépôt.
- Deux patients ont un suivi de la cotinine : 1pt) la baisse en 7 mois de 18 à 12, 4 puis 3 mg/ml de taux de nicotine s'accompagne d'une baisse parallèle de la cotininurie, 2pt) même cinétique chez une patiente passée de 11 mg/ml à 0 mg de nicotine. La réduction de la prise nicotine s'est faite naturellement et aucun des 2 patients n'a eu de syndrome de sevrage.

Conclusion :

Bien que très parcellaire, cette étude pilote évoque que l'e-cigarette est remarquablement efficace pour délivrer la nicotine, que les doses de nicotine prises régulièrement au cours de la journée peuvent décroître naturellement et sans manque, comme avec les substituts nicotiniques.

Les adolescents expérimentateurs de produit expérimentent tous les produits

Dautzenberg MD^{2,3,6}, Birkui P¹, Rieu N⁵, Dautzenberg BD^{1,2,3,4}

1 Paris Sans Tabac

2 OFT

3 APHP

4 upmc

5 Académie de Paris

6 Univ. René Descartes, Paris, France

Nous avons voulu étudier le lien entre l'expérimentation de différents produits addictifs à partir des enquêtes de Paris Sans Tabac en comparant l'expérimentation du tabac, de la chicha, de l'e-cigarette, du cannabis, de l'alcool et de l'excès d'alcool.

Méthodes :

Les enquêtes anonymes par questionnaire de PST sont conduites sur un échantillon de 2% des élèves des collèges et lycées de Paris tirés au sort par classe.

Résultats :

6 688 jeunes de 12 à 19 ans ont été interrogés en 2012-2013.

Globalement l'expérimentation augmente de 12 à 19 ans. La moitié des adolescents ont expérimenté le tabac à 15 ans, l'alcool à 15,5 ans, la chicha à 15,8 ans, l'excès d'alcool en une fois à 16 ans. Pour le cannabis et l'e-cigarette, le taux d'expérimentateur est plus faible, mais le fait que le pic soit à 18 et à 17 ans témoigne que ces deux types d'expérimentation sont en croissance dans ces populations.

Les mono-expérimentateurs d'alcool sont 12,9%, 10,1% pour le tabac, 7,5% pour la chicha et moins de 2% pour les autres produits. Les expérimentations les moins concernées par les poly expérimentateurs (3 produits ou plus) sont l'e-cigarette (53,1%) et le cannabis (93,7%). A âge égal, le fait d'être poly-expérimentateur augmente le risque de prise de nouveaux produits. Cependant 36% des élèves n'ont expérimenté aucun produit (75% à 12 ans, 24% à 16 ans, 10% à 19 ans).

Conclusions :

Les collégiens et lycéens expérimentateurs de produits, expérimentent plus souvent tous les produits. Le cannabis et l'e-cigarette restent en 2012-2013 en retrait des autres expérimentations.

Qui utilise l'e-cigarette parmi les adultes en France en 2013 ? Données d'enquêtes sur 4 populations

Baril S., Dautzenberg B., Sommero P., Delrieux A., Osman J.

OFT, Paris, France

Les seules données nationales existantes sur l'utilisation de l'e-cigarette sont issues de l'Eurobaromètre mai 2012 (3 millions de français l'ont essayé, dont 22% des fumeurs et 500 000 l'utilisent régulièrement). Toutes les enquêtes publiées montrent que ces chiffres bougent très rapidement.

Méthodes :

Une enquête anonyme par questionnaire ont été conduite en 2013 par l'OFT sur 4 populations : consultants de tabacologie, étudiants, médecine du travail, consultants hospitaliers. Dans tous les cas la consigne visait à recueillir l'exhaustivité de personnes vues dans une journée ou un lieu.

Résultats :

Sur 1000 répondants, (239) 23,9% ont essayé l'e-cigarette (23,6% des femmes, 24,6% des hommes). Seul 14 des 239 expérimentateurs étaient non-fumeurs (0,6%). Chez les fumeurs le plus fort taux d'expérimentation (46%) survient chez les 25-30 ans.

Parmi les 333 personnes salariées vues en médecine du travail, le taux d'expérimentation baisse avec l'âge passant de 50% pour les moins de 20 ans à 12% pour les 55 ans. Deux tiers des vapoteurs avaient utilisés des dispositifs réutilisables. Il a été identifié 58 vapoteurs réguliers (24% des expérimentateurs, 6% de la population globale). Parmi les 58 utilisateurs réguliers 42% disent la prendre pour arrêter de fumer, 27% pour réduire, 24% pour le plaisir ou « essayer », 3% pour pouvoir utiliser une cigarette dans des lieux non-fumeur.

Conclusions :

Bien que cet échantillon ne soit pas représentatif, on observe en 2013 que l'expérimentation se fait à un taux voisin dans les deux sexes, plus chez les jeunes que les aînés, qu'1/4 des expérimentateurs sont des utilisateurs réguliers et que moins de la moitié l'utilisent dans l'intention d'arrêter de fumer.

Parcours sans T

Caroline RASSON et Bérengère JANSSEN

Avec le soutien du SPF Santé Publique et de l'INAMI

Principes

Outil d'animation qui permet d'aborder la question du tabagisme de manière ludique.

Il a été créé pour une utilisation par des professionnels sociaux, de la santé ou de l'éducation, dans le respect de la démarche de promotion de la santé, ainsi que dans l'esprit de l'entretien motivationnel.

Une démarche participative

Le résultat de nombreuses réflexions intégrant tant le questionnement de professionnels de terrain que celui du grand public. Pré testé et enrichi auprès de groupes de profils divers : personnes fragilisées sur le plan socio-économique, groupes de paroles en milieu psychiatrique, primo-arrivants...

Public cible

Ce jeu s'adresse au grand public, y compris aux personnes dites « fragilisées » pouvant connaître des difficultés de lecture ou de compréhension. Les fumeurs, comme les non-fumeurs, peuvent y participer. Certaines adaptations sont proposées pour permettre à chacun d'y jouer.

L'animateur

Ce jeu peut être animé par un ou deux intervenant(s) par exemple, un éducateur de terrain et un tabacologue. La co-animation est formatrice et vise l'autonomie à terme de l'animateur de terrain. Par ailleurs, le recours au tabacologue permet non seulement de se faire épauler par un professionnel possédant les notions de tabacologie, mais également d'assurer une continuité dans l'accompagnement des participants souhaitant entamer un suivi par rapport à leur tabagisme.

Objectifs généraux du jeu

Inviter à une réflexion sur différents aspects du tabagisme
Susciter un échange de connaissances, de représentations et d'expériences à propos du tabac
Sensibiliser et informer sur la consommation de tabac et sur les aides disponibles
Valoriser les comportements positifs des participants qu'ils soient ou non en lien avec le tabac.

Le rôle de l'animateur

Veille à rendre l'animation agréable. Se présente et définit le cadre des échanges : il n'y a pas forcément de « bonnes », ni de « mauvaises » réponses. Seules les cartes « Infos » et « Qu'en pensez-vous ? » proposent des informations plus précises. Définit les règles inhérentes au groupe : confidentialité, non jugement, prise de parole libre. Laisse les participants exprimer leur propre opinion, leur propre expérience, sans jugement. Valorise la parole des participants, leurs réflexions ou comportements positifs afin qu'ils aient une plus grande confiance et estime d'eux-mêmes.

Initiation tabagique et facteurs de prise de risque chez l'adolescent : Optimisme comparatif, normes anti-tabac et distance entre image de soi et image prototypique du fumeur

Piano S.¹, Marescaux P.-J.², Rougier J.³, Lacelle D.¹, Morel F.¹, Dr Schmitt A.¹, Perriot J.⁴ & Llorca P.-M.¹

¹ Pôle Psychiatrie, CHU Clermont-Ferrand, France ;

² LAPSCO (UMR CNRS 6024) – Université Blaise Pascal, Clermont-Ferrand, France ;

³ Ligue Nationale contre le Cancer, Comité du Puy-de-Dôme, Clermont-Ferrand, France ;

⁴ Dispensaire Emile Roux, Clermont-Ferrand, France.

Ce travail explore une nouvelle piste pour élaborer des interventions destinées à prévenir l'initiation tabagique des adolescents, en référence au modèle de « l'influence du déviant prototypique » (Gerrard et al., 2008). Ce modèle postule que la prise de risque est prédite par l'intention de fumer (la volonté) et par la susceptibilité à fumer (l'ouverture à l'idée de fumer). L'intention et la susceptibilité seraient à leur tour influencées par i) la perception de normes anti-tabac; ii) la perception de vulnérabilité; et iii) la distance perçue entre l'image de soi et l'image du fumeur typique.

Une étude a été réalisée auprès d'élèves de classes de 3^{ième} d'un établissement scolaire de Clermont-Ferrand afin de vérifier la pertinence de ce modèle. Les résultats obtenus révèlent une corrélation entre la consommation de tabac déclarée et l'intention ainsi que la susceptibilité. Par ailleurs, les élèves qui expriment le plus d'optimisme comparatif, de même que ceux qui perçoivent une norme anti-tabac faible, présentent une intention et une susceptibilité à fumer plus élevée. Enfin, plus les élèves ont une image d'eux même inférieure à celle du fumeur typique, plus ils présentent une forte susceptibilité à fumer.

Ces résultats corroborent le modèle et suggèrent de cibler ces principaux facteurs déterminants de la susceptibilité et de l'intention de fumer pour prévenir l'initiation tabagique.

Evaluation de l'impact de la campagne BPCO 2010-2013 (Valais – Suisse)

Alexandre Dubuis¹, Dr Dominique Evéquo^{1,2}, Dr Arlette Closuit-Jenzer^{1,4}, Marie-Jeanne Gard Meichtry³, Cathy Berthouzo⁵, Elodie Zufferey⁵

1. CIPRET Valais, secteur de Promotion Santé Valais, rue des Condémines 16, 1950 Sion
2. Société Médicale du Valais
3. PharmaValais, Société Valaisanne de Pharmacie
4. Tabacologue
5. Promotion Santé Valais

CONTEXTE

La Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) désigne une affection pulmonaire causée principalement par la consommation de tabac, dont la lente progression entraîne une diminution des débits aériens. En Suisse plus de 300'000 personnes en sont affectées, soit l'équivalent d'environ 9'000 personnes pour le Valais. Malgré sa fréquence, ses symptômes et leur impact sont méconnus du grand public, y compris des fumeurs¹. Pour preuve plus de 3'000 Valaisans sont atteints sans le savoir de cette maladie et risquent à terme un handicap pulmonaire important. Fort de ce constat, le CIPRET Valais (Centre d'Information pour la Prévention du Tabagisme), la Société Médicale du Valais (SMV), PharmaValais, Promotion Santé Valais et l'Hôpital du Valais ont mené une campagne commune d'information bilingue qui s'est déroulée sur une durée de trois ans sur l'ensemble du canton (de 2010 à 2012), en vue de faire diminuer le nombre de personnes atteintes de la BPCO. La campagne s'adressait aux publics cibles suivants: les fumeurs réguliers de plus de 40 ans, les conjoints/proches des fumeurs et les patients fumeurs suivis par la LPVs (Ligue Pulmonaire valaisanne). Ce partenariat innovant a eu comme objectif de favoriser les synergies afin d'encourager les fumeurs âgés de plus de 45 ans à effectuer un test de dépistage gratuit.

OBJECTIFS DE LA CAMPAGNE

Objectif de connaissance

– Faire connaître la dangerosité de la BPCO et ses symptômes au grand public, en particulier aux fumeurs âgés de plus de 45 ans.

Objectifs comportementaux

- Motiver les fumeurs à entreprendre des démarches concrètes, c'est-à-dire effectuer un test de dépistage en pharmacie ou chez leur médecin traitant.
- Motiver les fumeurs à initier une démarche d'arrêt avec l'aide de professionnels de la santé (médecins traitants, tabacologues, pharmaciens, infirmiers, etc.).

METHODOLOGIE DU SONDAGE²

Un sondage d'opinion téléphonique (CATI) mandaté par le CIPRET Valais a été effectué en mars 2013 par l'institut M.I.S. Trend auprès de 1000 Valaisans âgés de 14 à 74 ans représentatifs de l'ensemble du territoire. Il se donnait notamment les objectifs suivants: évaluer la connaissance de la BPCO en Valais et l'impact comportemental de la campagne surtout chez les fumeurs.

RESULTATS

Connaissance de la BPCO

69% des Valaisans connaissent la BPCO et ses conséquences. 90% d'entre eux affirment que les symptômes (toux, expectorations, essoufflement) de la maladie ne sont généralement pas pris au sérieux. L'un des objectifs principaux de la campagne a été atteint, puisque 77 % de la proportion des fumeurs connaissent désormais cette maladie.

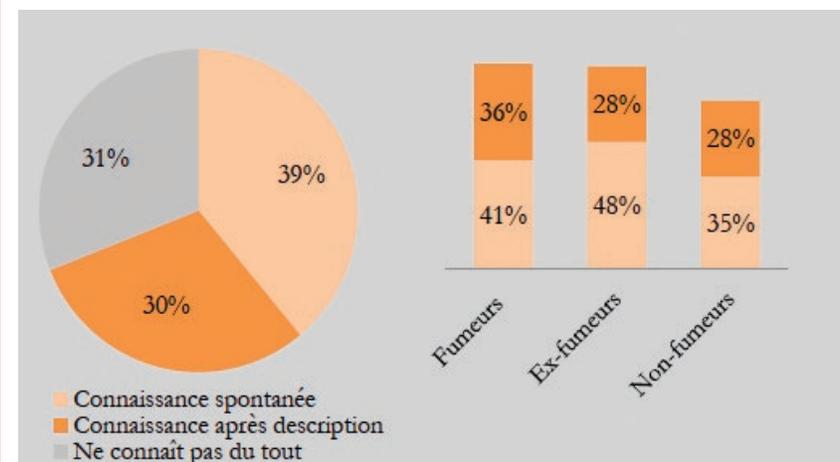


Figure 1 : Connaissance de la BPCO - Base : 1'000 Valaisans, âgés de 14 à 74 ans

Impact comportemental de la campagne

3295 tests de dépistage ont été effectués au total. La plupart des personnes testées consomment ou ont consommé régulièrement du tabac (67,42%). Depuis 2010, 293 tests ont indiqué un résultat en-dessous de la limite fixée (Volume Expiratoire Maximum par Seconde < 65%).

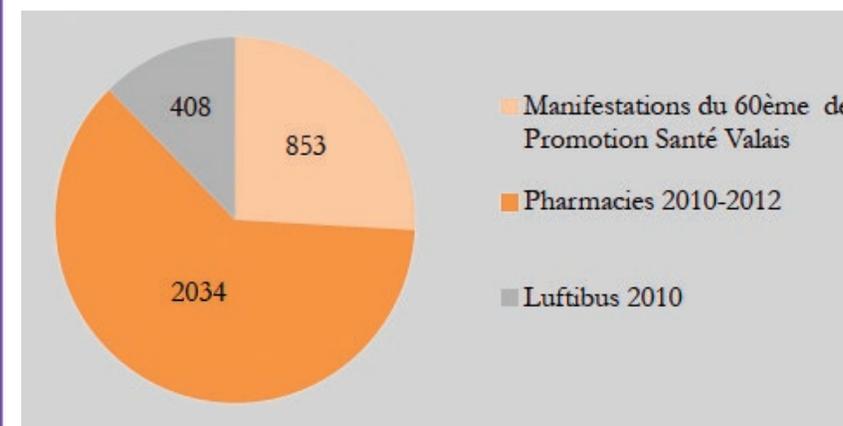


Figure 2 : Nombre de tests effectués de 2010-2012, répartition par lieux

CONCLUSIONS

Cette campagne prouve une fois de plus que l'information grand public a besoin d'être complétée par des actions concrètes si on entend influencer sur les comportements. En ce sens, grâce à l'implication des partenaires PharmaValais, SMV, LPVs et Hôpital du Valais, elle est parvenue à interpeller les fumeurs et à les inciter à s'enquérir de leur santé. De plus, la campagne a montré l'importance d'aller à la rencontre du public et de proposer des tests de dépistage dans des cadres moins habituels comme des manifestations grand public.

REFERENCES

- 1 Miravittles M, Ferrer J, Barò E, Leonart M, Galera J. (2013) Differences between physician and patients in the perception of symptoms and their severity in COPD, Respir Med., Jul 24.
- 2 Rémoincence de la campagne sur la BPCO (2013) Étude réalisée auprès de la population valaisanne. M.I.S Trend 24 avril : Informations complémentaires www.stop-bpco.ch

Opérations VESALE 2012 et 2013 : dépistage échographique de l'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) sous rénale. Présentation et résultats de VESALE 2012, perspectives pour VESALE 2013. Rôle du tabac

Dr H THIEL, Dr JP LAROCHE, Dr G MISEREY, Dr M VERGNES, Dr A DUPRE et l'ensemble des 70 responsables des sites VESALE

L'opération VESALE 2012 est une journée de dépistage qui a eu lieu le 29 Mars 2012, organisée par la Société Française de Médecine Vasculaire (SFMV) avec le soutien de la Société Française de Tabacologie (SFT). Le moyen de dépistage est l'échographie car elle est fiable, reproductible et peu coûteuse.

5953 personnes se sont présentées dont 5193 obéissant aux critères de la SFMV. 102 AAA ont été dépistés soit 2% de la population, La prévalence de 2%, faible, pouvait s'expliquer par le mode de recrutement du dépistage qui attire des personnes plutôt soucieuses de leur santé. L'AAA le plus important avait un diamètre de 80 mm. Pour les AAA dépistés, 85 % étaient des hommes, 15% des femmes avec une moyenne d'âge de 71 ans. Le tabac est apparu au premier plan (51% versus 23 % dans la population totale) avec l'hypertension. Des antécédents familiaux d'AAA au premier degré étaient retrouvés dans 15% de l'ensemble de la population et 22% des AAA dépistés.

L'opération a rempli ses objectifs de sensibilisation du grand public et des médecins généralistes en faisant apparaître la découverte l'AAA comme déclenchant la procédure de prise en charge des facteurs de risque vasculaire, dont l'arrêt du tabac, et la prise en charge thérapeutique du risque cardiovasculaire global (hypertension artérielle, hypercholestérolémie, diabète, surpoids, sédentarité).

Depuis, les recommandations de l'HAS sont parues en Février 2013 en faveur d'un dépistage opportuniste, ciblant essentiellement l'homme, ne prenant pas en compte les femmes et surtout les femmes tabagiques : pourtant, maintenant en nombre au moins égal aux hommes tabagiques, elles semblent, dans la littérature, développer des anévrismes de profil évolutif rapide avec risque de rupture et risque opératoire plus importants.

L'opération VESALE 2013 aura lieu le Jeudi 21 Novembre 2013 avec le soutien renouvelé de la Société Française de Tabacologie : les hommes de plus de 60 ans et femmes tabagiques ou hypertendues de plus de 60ans seront dépistés de même que les hommes ou femmes de plus de 50ans avec une histoire familiale d'anévrisme de l'aorte au premier degré. Après 75 ans, il ne sera proposé que si bonne santé apparente.

Le tabac en Auvergne

Venzac M., Maquinghen S.

Observatoire régional de la santé d'Auvergne. Clermont-Ferrand, France

En 2011, le Centre ressources Auvergne addictions a sollicité l'Observatoire régional de la santé d'Auvergne afin de dresser un état des lieux de la situation des drogues et dépendances, et notamment du tabac, au plan régional, en rassemblant et valorisant les différentes sources d'information disponibles. Cet état des lieux des connaissances disponibles à une période donnée avait pour objectif de faire apparaître les particularités régionales et les évolutions afin d'être un outil d'aide à la décision. Concernant le tabac, différents indicateurs ont été présentés : offre, consommation, conséquences sanitaires, prise en charge. Les données analysées sont notamment issues de l'exploitation du Baromètre santé Auvergne 2010.

Ainsi, en 2010, comme dans le reste de la France, près des trois quarts des 15-85 ans de la région déclarent avoir déjà fumé du tabac au cours de leur vie. Les hommes ont plus souvent expérimenté le tabac que les femmes, et à un âge plus précoce. Près d'un quart des 15-85 ans fument régulièrement et plus de la moitié des fumeurs réguliers présentent des signes de forte dépendance à la nicotine.

En 2011, trois jeunes auvergnats de 17 ans sur quatre ont déjà fumé du tabac au cours de leur vie et 37 % ont un usage quotidien. En ce qui concerne le tabagisme quotidien, après une baisse franche constatée entre 2005 et 2008, il est remarqué une progression entre 2008 et 2011 dans la région. La France métropolitaine a également enregistré une hausse du tabagisme quotidien, mais moins importante qu'en Auvergne.

Sur la période 2006-2010, les taux de mortalité liée au tabac sont comparables entre la région Auvergne et la France métropolitaine.

En termes de prévention, de nombreux services de consultations de tabacologie sont recensés en Auvergne.

Problématique du tabagisme dans une population gériatrique

Monballin G. ⁽¹⁾, **Jamart J.** ^(2,3), **Galanti L.** ⁽³⁾

(1) Service de Gériatrie, Clinique André Renard (Herstal, Belgique)

(2) Unité Support Scientifique, CHU Mont-Godinne (Yvoir, Belgique)

(3) Unité de Tabacologie, CHU Mont-Godinne (Yvoir, Belgique)

Ce travail se veut être un regard spécifique sur la gériatrie et la tabacologie au travers de deux différentes enquêtes menées auprès des patients et du personnel de la Clinique André Renard (Herstal, Belgique).

Nous avons pu mettre en évidence que l'autonomie chez les fumeurs et ex-fumeurs reste semblable alors qu'il y a une différence significative entre non-fumeurs/fumeurs et non-fumeurs/ex-fumeurs sans qu'une raison particulière n'ait pu être relevée. On a constaté que parmi le personnel soignant, le discours tenu face à un patient gériatrique n'est pas influencé par le sexe mais principalement par la fonction et dans une moindre mesure par le statut tabagique.

En effet, le personnel infirmier semble plus conscient des possibilités de changement que les aides-soignants et ces derniers vont ignorer l'état clinique du patient. Cela pourrait être expliqué par une meilleure connaissance des effets néfastes du tabac pour la santé, des bénéfices à l'arrêt et des moyens d'aide au sevrage. L'influence du statut tabagique se marque par contre lorsqu'une personne gériatrique demande pour fumer : les fumeurs/non-fumeurs vont davantage accompagner le patient que les ex-fumeurs.

Centre de Ressources Auvergne Addiction (CR2A)

Flaudias V., Morel F., Drissi N., Brousse G. & Llorca P.M.

CR2A, CHU Clermont-Ferrand, Pôle Psychiatrie B, Clermont-Ferrand, France.

Le CR2A est un dispositif d'appui auprès des chefs de projet MiLDT (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies) de la région Auvergne. Ceux-ci sont chargés de la déclinaison régionale du plan d'orientation national.

Le CR2A est à disposition des chefs de projets et coordonnateurs MiLDT, de l'ensemble des acteurs de la politique publique, des professionnels de la prévention, de la lutte contre le trafic, de l'application de la loi, et de la prise en charge sanitaire et sociale.

Pour cela, le CR2A est chargé de trois missions : l'aide au diagnostic local, l'appui méthodologique et le relais d'information.

AIDE AU DIAGNOSTIC LOCAL :

- Réaliser un état des lieux régulier des consommations, des ressources locales et des actions menées sur le territoire,
- En analyser les résultats pour dégager les forces et les faiblesses du dispositif de lutte contre les addictions sur la région, et prioritairement du dispositif de prévention,
- Proposer des orientations sur la base de cette analyse.

Exemple : Parution de l' « Etat des lieux des drogues et dépendances en Auvergne, 2012 ».

APPUI MÉTHODOLOGIQUE :

- Appui aux chefs de projet dans la mise en œuvre des objectifs des plans départementaux, et en particulier pour déployer les actions de prévention auprès des jeunes et des adultes,
- Identification et évaluation des acteurs susceptibles de porter les projets
- Recherche des partenariats,
- Évaluation des actions et analyse des résultats,
- Construction d'indicateurs de suivi et d'efficacité,
- Aide au montage des projets.

Exemple : Soutien de l'évaluation des actions de préventions de Liber'Addict et Auvernight respectivement portés par la « Ligue contre le cancer » et « Avenir Santé ».

RELAIS D'INFORMATION:

- Recenser, évaluer et valoriser les bons outils et les bonnes pratiques,
- Veiller à leur diffusion,
- Orienter vers les lieux ressources d'information et de documentation sur les addictions.

Exemple : Site internet et compte twitter diffusant des informations sur la prévention des addictions.

POSTERS SÉLECTIONNÉS EN RECHERCHE

« SANS TABAC J'Y GAGNE » : SEVRAGE TABAGIQUE AU SEIN DU SECOURS POPULAIRE DE L'HERAULT

C. Beurain¹, C. Gallice-Gaillard¹, C. Poisson¹, S. Bricout¹, X. Quantin^{1,2}

¹ SOUFFLE L-R, Comité du Languedoc Roussillon contre les Maladies Respiratoires. Souffle L-R: www.soufflelr.fr.

² Epsilon EA 4556

Contexte :

La lutte contre le tabagisme est une priorité de santé publique. La précarité est associée avec une fréquence accrue de la consommation de tabac et des niveaux de consommations et de dépendances supérieures. Les tentatives de sevrage sont moins nombreuses et les échecs plus fréquents.

Objectif :

Identifier les attentes en matière d'accompagnement à l'arrêt du tabac de fumeurs en situation de précarité.

Méthode : focus groups. L'étude a été menée auprès d'antennes du Secours Populaire 34. Le recrutement des fumeurs, désirant ou non s'arrêter de fumer, a été réalisé entre février et mai 2013 dans leurs antennes respectives. Une analyse de type thématique du contenu des focus groups a été faite.

Résultats :

33 sujets ont été recrutés et 5 focus groups ont été réalisés au sein de 4 antennes du SPF34.

Thèmes centraux	Sous thèmes centraux	Sous thèmes secondaires
Motivation	Personnelle et pour autrui	
Facteurs extérieurs	Conditions de vie stables	Stress, conjoint, emploi
	Environnement	Entourage, lieu public
	Société	Interdiction de vente, augmentation des prix
Forme de l'accompagnement	Arrêt en binôme / groupe / individuel	
Contenu de l'accompagnement	Proximité et régularité	
	Traitements	Informations, gratuité
	Activités physiques	Marche, gym douce
	Méthodes	Témoignages d'anciens fumeurs, défis, objectifs, cure de sommeil, récompenses, coaching téléphonique
	Soutien psychologique	
	Discours adapté	Encouragement, non moralisateur

Discussion :

Cette étude a permis l'élaboration d'un programme de sevrage tabagique fondé sur une offre de soins de proximité et la gratuité. Ce programme comprendra des consultations individuelles et collectives, du coaching téléphonique et des séances d'activité physique. L'intervention, de type intensive, sera concentrée sur les 3 premiers mois.

Conclusion :

Ce programme sera testé sur 30 patients fumeurs en situation de précarité, de septembre 2013 à septembre 2014, dans 2 antennes du SPF34.

Analyse de la place du tabac dans les chansons françaises de 1981 à 2012

E Estrade*, RM Rouquet*, ME Huteau, A. Stoebner-Delbarre****

*Unité de coordination d'aide au sevrage tabagique – Hôpital Larrey, CHU Toulouse

**Epidaire - Pôle prévention de l'Institut régional du Cancer de Montpellier, Montpellier

Les objectifs de cette étude sont de quantifier la place du sujet «tabac» dans les chansons françaises et sa possible évolution en fonction des dates clés de la lutte anti-tabac puis de dégager la typologie de jugement du tabagisme par les artistes.

Méthode

Un recensement des chansons françaises de 1981 à 2012 contenant des mots clés en lien avec le tabac a été effectué à partir des bases de données de Paroles Mania, Musikiwi, Bide-et-musique et de Google. Une analyse de contenu de ces chansons a ensuite été réalisée et les typologies regroupées suivant la méthode de Primack et al.

Résultats

Cette recherche a permis de recenser 356 chansons dont 13 ont été exclues car leur année de parution n'a pu être identifiée. L'analyse des 343 chansons révèle une augmentation du nombre de chansons traitant du tabagisme à partir des années 2000, et notamment en 2003, lors de la hausse du prix du tabac puis, en 2006-2007 au moment du décret Bertrand. Depuis le nombre de chansons mentionnant le tabac diminue.

L'analyse du contenu met en évidence une image associée au tabac positive, sociale, conviviale, voire séductrice ou thérapeutique. L'association aux autres addictions est rare. Les verbatim de chansons en lien avec ces images seront présentés.

Conclusion

Le tabac est davantage présent dans les chansons françaises en 2003 et 2006-2007 à des périodes clés de la lutte anti-tabac en France mais il est nettement moins cité depuis 2010. Quelle que soit la période entre 1981 et 2012, l'image du tabac véhiculée par les chansons est majoritairement positive. Il serait intéressant d'évaluer l'impact de la musique sur les consommations de tabac et peut-être d'imaginer une prévention à travers la musique destinée aux jeunes.

Comportements et cognitions face au tabac chez 700 lycéens et collégiens

Ducher JL¹, Pignide M², Monier J³, Lemaire P⁴, Merson F⁴, Perriot J⁴

1. Clinique de l'Auzon, 63670 La Roche Blanche

2. Lycée Godefroy de Bouillon, 63000 Clermont-Ferrand

3. Collège Les Francs Rosiers, 63000 Clermont-Ferrand

4. Dispensaire Emile Roux, 63100 Clermont-Ferrand

Introduction

L'adaptation des campagnes de prévention du tabagisme en milieu scolaire passe par une connaissance accrue des intentions et comportements des collégiens et lycéens.

Méthode

Lors du premier semestre 2013, une étude a été réalisée au Collège/Lycée Francs Rosiers et Godefroy de Bouillon à Clermont-Ferrand. Deux questionnaires ont été utilisés : un premier dans le but d'appréhender la consommation de tabac, un deuxième mesurant (de 0=absence de pensée à 10=comportement) le niveau de décision des élèves concernant une éventuelle consommation de tabac (AEDDT).

Au total, 500 lycéens et 200 collégiens, élèves de la Cinquième à la Terminale de deux établissements scolaires ont participé à cette étude.

Résultats

Conformément à nos attentes, nous observons une augmentation de la prévalence du tabagisme avec le niveau scolaire à la fois chez les garçons ($p < 0,0001$) et chez les filles ($p = 0,0002$).

Nous constatons que les réponses intermédiaires du questionnaire AEDDT ont peu été utilisées. Les pensées (avec ou sans envie de consommation) existent dès les collèges. L'envie de consommation diminue avec le passage au lycée marqué d'une augmentation significative de la consommation ($p < 0,0001$), laissant penser à une concrétisation des pensées de ces élèves.

Conclusion

Les résultats obtenus montrent une forte augmentation de la prévalence du tabagisme avec le passage au lycée. Le faible taux de réponse aux questions intermédiaires du questionnaire AEDDT peut signifier un comportement d'initiation tabagique marqué par une absence de planification des comportements de consommation. Ces données sont à approfondir mais peuvent représenter des pistes d'amélioration des actions de prévention du tabagisme en milieu scolaire.

Les niveaux de construit : interprétation du gradient social lié à l'arrêt du tabagisme

Merson F.^{1,2}, Fiulaine N.¹, Préau M.¹, Perriot J.²

1. Groupe de Recherche en Psychologie Sociale (GRePS), Institut de Psychologie – Université Lyon 2. Bron, France.
2. Dispensaire Emile Roux – Centre de Tabacologie, Centre de Lutte Antituberculeuse 63. Clermont-Ferrand, France.

Les populations de bas statut socio-économique (SSE) sont particulièrement touchées par le tabagisme. Elles présentent de moindres intentions ou tentatives d'arrêt. Quand elles essaient, échouent plus fréquemment. Plusieurs études ont montré un lien entre les comportements tabagiques, les insertions sociales et le rapport au temps. Le gradient social ainsi observé pourrait s'expliquer par une différenciation dans le rapport au temps mais se pose alors la question des mécanismes sous-jacents impliqués.

La théorie des niveaux de construit propose qu'une même information, selon son éloignement temporel, est représentée à différents niveaux. Les événements distants psychologiquement renvoient à des concepts plus abstraits qualifiés de haut niveau. Ils correspondent à des idées générales, décontextualisées (le pourquoi). Les événements proches renvoient à des construits de bas niveau caractérisés par leur aspect concret et contextuel (le comment). La préférence pour le présent dans les populations de bas SSE conduirait à une perception de l'arrêt centrée sur la faisabilité au détriment de la désirabilité : traitement, coût, syndrome de sevrage... Les ressources d'autorégulation s'épuiseront plus rapidement provoquant la rechute. Les fumeurs orientés vers le futur et donc vers les construits de haut niveau de l'arrêt utiliseront plus efficacement leurs capacités d'autorégulation et endureront mieux les coûts associés à l'adoption du comportement.

Une communication régulière pour chaque patient centrée sur ses éléments de haut niveau propres pourrait représenter une voie d'optimisation des prises en charge du sevrage tabagique.

Qui sont ces vapoteurs rencontrés en boutiques spécialisées dans la vente des cigarettes électronique ?

Sylvie Bedock, Gérard Mathern

IRAAT

Nous avons réalisé une enquête épidémiologique longitudinale, à l'aide d'un questionnaire proposé sur une période de trois mois (Avril 2013 à Juin 2013) aux acheteurs dans deux enseignes de boutiques spécialisées en vente de cigarettes électroniques (e-cigarette) de la région Rhône Alpes. Parmi les 135 vapoteurs ayant répondu au questionnaire, le but de cette enquête était d'en dresser un profil, de déterminer notamment si ce profil était ou non superposable à celui retrouvé dans les études réalisées en ligne, d'analyser les motivations de départ et le ressenti (avantages et inconvénients) après une utilisation d'au moins un mois de e-cigarette.

Résultats :

Population : 135 questionnaires exploitables. 62% d'hommes et 38% de femmes, la plupart actifs (80%) et fumant en majorité de 11 à 20 cigarettes/j.

Leur dépendance est évaluée au test de Fagerström court. La moitié ont une réponse à 3 ou 4, 26% ont un score de 5 ou 6 (maximum 6).

Ils étaient gros consommateurs de café (3 à 5 tasses en moyenne) et avaient déjà tenté de s'arrêter 1 à 2 fois (42%).

Usage de l'e-cigarette : Depuis 6 mois pour 33% d'entre eux, mais 22% « vapotaient » depuis plus d'un an.

Leur motivation était majoritairement pour arrêter le tabac (62%), le réduire (36%), améliorer sa santé (33%) réduire les coûts (29%) et vapoter n'importe où (13%). L'appareil était acheté le plus souvent par choix personnel (61%), mais l'idée de cadeau par des proches se développe.

36% utilisaient des concentrations de nicotine de 11 mg/ml, 33% à 16 mg et 21% à 6 mg.

Pour 65% d'entre eux, la sensation était proche de celles ressenties avec la cigarette de tabac.

74% ne fumaient plus de tabac. Parmi ceux qui continuaient de fumer, 66% n'en fumaient que 5/jour.

2% utilisaient conjointement d'autres moyens (TSN).

86% pensaient continuer à vapoter car ils étaient satisfaits de la méthode.

Les avantages constatés : Economie (57%), amélioration de l'état de santé, en particulier respiratoire, ressenti (36%), disparition des mauvaises odeurs (32%), liberté de vapoter partout (25%), réduction et arrêt du tabac (20%), plaisir conservé (15%), plus de gêne pour l'entourage (12%)

Inconvénients : Recharges (30%), fragilité, fuites et pannes (26%), méconnaissance de la nocivité à long terme (15%), poids et taille de l'appareil (14%), Absorption inconnue de la nicotine (10%).

Limites de l'étude et biais : Clients d'une boutique ; un profil socio-économique domine. Les biais de recrutement sont clairs, mais l'objectif d'explorer cette population le permettait.

Conclusions :

Doit-on intégrer l'e-cigarette dans l'arsenal de la tabacologie ? Le rôle du tabacologue n'est-il pas d'accepter une démarche qui fonctionne chez son patient ? La notion de réduction des risques est indéniable. Mais la technique n'exclut pas un accompagnement personnalisé ni l'adjonction des traitements conventionnels.

Elle maintient en revanche les différents types de dépendance du tabagisme en étant toutefois moins nocive que la cigarette conventionnelle.

Un contrôle de qualité des produits semble aujourd'hui s'imposer.

Habitudes d'utilisation de la cigarette électronique et son potentiel addictif : enquête auprès des internautes vapoteurs quotidiens

N Morand

Contexte

La cigarette électronique serait aujourd'hui utilisée quotidiennement par cinq cent mille français, un nombre en constante augmentation. Elle suscite aujourd'hui de nombreuses interrogations sur sa capacité à aider les fumeurs à se sevrer du tabac, sa nocivité pour la santé... Les habitudes d'utilisation de ses consommateurs semblent totalement différentes de celles des fumeurs, et de nombreuses données scientifiques manquent encore pour évaluer les bénéfices comme les risques de son utilisation. Elle semble cependant permettre à bon nombre de ses utilisateurs une diminution voire un arrêt complet du tabagisme. Si des études sont en cours aujourd'hui pour évaluer si elle pourrait être un moyen d'aide au sevrage tabagique, peu de publications s'intéressent à comparer les habitudes de consommation des utilisateurs de cigarette électronique par rapport à celle des fumeurs.

Objectif

Définir les habitudes d'utilisation de la cigarette électronique au quotidien en les comparant aux habitudes des fumeurs et estimer le niveau de dépendance de ses consommateurs.

Méthodes

Enquête sur Internet réalisée au cours de l'année 2013 auprès de participants volontaires vivant en France, âgés de 15 ans au moins, utilisateurs quotidiens de cigarette électronique et fumeurs ou ex-fumeurs, recrutés grâce à des messages postés sur les forums spécialisés et les pages de réseaux sociaux dédiées à la cigarette électronique.

Résultats

224 participants ont pris part à l'enquête dont 68% d'hommes. La tranche d'âge la plus représentée est celle des 35-44 ans. 58% d'entre eux ont un diplôme supérieur au baccalauréat et 83% sont actifs professionnellement. 41% des sondés ont commencé à utiliser l'e-cigarette il y a moins de 3 mois mais 21% l'utilisent depuis plus d'un an. 70% l'utilisent plus de 20 fois par jour. La durée d'une session de vapotage est la plupart du temps de moins de 5 minutes mais 41,5% des sondés vapotent durant plus de 20 minutes quotidiennement ou pluri-quotidiennement. Les e-liquides à une concentration de 11 mg/ml sont les plus utilisés, 37% des vapoteurs les fabriquent eux-mêmes. L'usage détourné reste très rare. 12% des participants sont toujours fumeurs. Parmi ceux qui ont arrêté, 95% indiquent l'avoir fait exclusivement grâce à la cigarette électronique. Les habitudes tabagiques passées ou actuelles des participants relèvent une consommation de cigarettes en majeure partie manufacturées, à raison de plus de 20 unités par jour pour 56% des participants. Les lieux d'utilisation de l'e-cigarette sont plus larges que ceux du tabac fumé. L'indice de satisfaction de la cigarette électronique est plus élevé que celui de la cigarette traditionnelle. Les indicateurs de dépendance physique semblent indiquer une dépendance nicotinique moyenne, avec une certaine facilité à s'abstenir sur des périodes courtes, mais une sensation de manque si l'attente doit se prolonger. 37% des participants envisagent d'arrêter la cigarette électronique. Tous les utilisateurs de cigarette électronique ne semblent pas avoir la même approche vis-à-vis de l'utilisation du produit.

Discussion

La méthode d'échantillonnage volontaire ainsi que le mode de recrutement des volontaires peuvent introduire des biais liés à un effet de sélection mais un échantillonnage non-probabiliste aurait nécessité une meilleure connaissance de la population-cible et des moyens de mise en oeuvre plus importants. La cigarette électronique est beaucoup moins nocive pour la santé que le tabac fumé, cependant de nombreuses données scientifiques sont encore manquantes, notamment concernant son pouvoir addictif tant sur le plan physique que psychique. Elle semble néanmoins permettre à ses utilisateurs de diminuer leur dépendance physique et elle permet à bon nombre d'entre eux de stopper leur consommation de tabac ou de la réduire notablement. Des outils spécifiques à l'évaluation de cette dépendance sont également manquants. La prudence reste de mise dans la pratique : la cigarette électronique est un bon outil de réduction des risques et il convient de ne pas décourager les utilisateurs qui ont pu stopper ou réduire leur tabagisme grâce à elle, mais il est important de les informer clairement sur nos connaissances actuelles. Des évolutions du statut de l'e-cigarette sont en cours et le produit lui-même devrait évoluer et peut être prendre des orientations différentes dans les années qui viennent.

POSTERS SÉLECTIONNÉS

EN TENDANCE CLINIQUE ET AIDE À L'ARRÊT

Combiner les techniques pour obtenir le sevrage tabagique

Guichenez P.

Centre de tabacologie, Espace perreal, 2 boulevard perreal, Béziers, France

Ce cas clinique permet de discuter plusieurs points en pratique tabacologique : la réduction de la consommation, la forte substitution nicotinique chez les fumeurs dépendants, la prise en charge optimisée des troubles anxio-dépressifs.

1^{ère} consultation : 60 ans, 60 cigarettes/jour. Fagerström à 10., stade de contemplation. test HAD à 13-10. Sous paroxétine 20 mg /jour pour un état dépressif majeur. CO dans l'air expiré est à 65 ppm. Une balance décisionnelle est réalisée. La stratégie consiste à passer à paroxétine 30 mg/j, réduction de la consommation avec patch à 21 mg + pastilles nicotiniques.

2^{ème} consultation : 30 cigarettes/j, 10 pastilles/jour. CO à 39 ppm. Toujours au stade de contemplation. On réalise : entretien motivationnel, 2^{ème} patch nicotinique à 21 mg.

3^{ème} consultation : 15 cigarettes/j, prend 15 pastilles, CO à 25 ppm. Elle est passée au stade de décision et on propose un 3^{ème} patch à 21 mg.

4^{ème} consultation : A arrêté de fumer sans difficulté, CO à 3 ppm, test HAD est à 12-3, beaucoup de bénéfices au sevrage, poursuite de la substitution nicotinique.

5^{ème} consultation : L'arrêt du tabac se maintient, le CO à 3 ppm, début de diminution de la substitution nicotinique.

6^{ème} consultation suivantes : Diminution progressive de la substitution nicotinique, retour à la posologie initiale de paroxétine. Le suivi prolongé avec maintien de l'abstinence confirmé par des mesures du CO.

La prise en charge doit être étalée sur 1 an, associant plusieurs techniques notamment motivationnelles. La pierre angulaire est le traitement de substitution nicotinique.

Comment augmenter et soutenir la motivation a l'arrêt du tabagisme

Guichenez P⁽¹⁾, Babeau T⁽¹⁾, Perriot J⁽²⁾

(1) Espace perreal 2 boulevard perreal, Béziers, France

(2) Dispensaire Émile Roux 11 rue vaucanson, Clermont-Ferrand, France

Une partie des consultants en centre d'aide à l'arrêt du tabagisme sont au stade de contemplation selon Prochaska et Di Clemente. Quelles sont les six techniques qui permettent de les aider à augmenter leur motivation ?

Avantages/inconvénients court terme/long terme

Évalue les avantages et inconvénients de continuer et d'arrêter puis les avantages à court terme comparés aux inconvénients à long terme.

“ Mise en évidence des cercles vicieux et la mise en place d'un cercle constructif ”

La mise en évidence du cercle vicieux permet de se retrouver devant la réalité des choses. La mise en place d'un cercle constructif aura un effet sur la motivation.

Histoire du problème et l'évaluation court terme/long terme

Échelle qui va de “ tout sacrifier à l'avenir ” à “ tout sacrifier au plaisir immédiat (croix entre ses deux items). Faire l'histoire de sa vie tabagique permet de ne plus négliger les conséquences à long terme.

Désamorcer les « je dois », « il faut que ». Quand on se dit “ je ne dois pas fumer ”, cela augmente l'envie de fumer, et le découragement. Ce travail diminue l'urgence (4 colonnes « je dois il faut, émotions, conséquences de l'émotion sur la consommation, remplacer les phrases).

L'avocat du diable insiste sur les bienfaits du tabagisme, ralentit la thérapie et met le patient en position de demandeur.

La lettre de rupture

Ecrire : ma vie avec la cigarette, ce que j'ai aimé, ce qu'elle m'a apporté, ce qui me gêne maintenant et pourquoi je souhaite m'en séparer, comment je vais m'y prendre, comment je vois la vie sans elle.

Impact d'une forte incitation au sevrage tabagique chez des patients venus en hospitalisation pour un sevrage en alcool

Guichenez P, Rento A, Galland P, Babeau T, Duhamel O

Unité d'addictologie, centre hospitalier, 2 rue Valentin Haüy – Béziers, France

80 % des malades d'alcool en traitement fument. Chez les patients alcooliques, 51 % des décès sont liés au tabac. Prendre en compte le tabagisme des malades d'alcool est un enjeu de santé publique.

Objectifs :

- évaluer l'impact de l'incitation à l'arrêt du tabac au moins 6 mois après hospitalisation pour sevrage d'alcool
- déterminer les caractéristiques des patients ayant diminué leur tabagisme.

Méthode :

À tous les patients hospitalisés, on propose :

- dès le début du séjour : évaluation de la dépendance tabagique, substitution nicotinique, arrêt du tabac par restriction de sortie de chambre les 3 premiers jours ;
- au cours du séjour : consultations individuelles avec le tabacologue, mesures itératives du CO expiré, atelier de groupe sur l'arrêt du tabac ;
- à la fin du séjour : orientation et proposition de suivi à la consultation externe de tabacologie ;
- au moins 6 mois après : évaluation par contact téléphonique.

Résultats :

Sur 115 patients alcoolo-tabagiques inclus, 53 (46,1%) ont répondu :

- diminution de la consommation : 30 (56,6%) ;
- sevrés : 3 (5,7 %) ;
- Le nombre de cigarettes consommées par patient a diminué significativement ($p=0,0001$) ;
- Les patients ayant diminué leur tabagisme : sont plus allés en SSR addictologique ($p=0,02$), sont plus jeunes ($p=0,002$).

Conclusion :

L'incitation à la diminution de la consommation de tabac est possible lors d'une hospitalisation pour sevrage d'alcool ; 6 mois après, plus d'un malade sur 2 a diminué son tabagisme, 1 sur 18 est abstinent. La double prise en charge alcoolologique et tabacologique est possible. Une meilleure évaluation de la motivation à l'arrêt du tabac est nécessaire afin de mieux cibler les actions du tabacologue.

Essais thérapeutiques sur le sevrage tabagique au Centre de Pharmacologie Clinique de Clermont-Ferrand

C.Dubray, G.Pickering, C.Dualé, G.Ducheix, S.Eschalier

CPC/Inserm CIC-501, CHU de Clermont-Ferrand et Université d'Auvergne – Clermont-Ferrand

Le Centre de Pharmacologie Clinique (CPC) du CHU de Clermont-Ferrand est une structure totalement dédiée à la Recherche Clinique, labellisée par l'Inserm comme Centre d'Investigation Clinique depuis 2006.

Cette structure plurithématique (douleur, nutrition, cardiologie, vaccinologie, ophtalmologie, neurologie...) consacre régulièrement, en lien étroit avec le Docteur Jean PERRIOT, une part de ses activités à des essais thérapeutiques de phases II et III sur de nouvelles thérapeutiques indiquées dans le sevrage tabagique.

Implantée sur 750 m², elle dispose de 18 lits monitorés, adaptés à la réalisation d'études de phase I (premières administrations à l'Homme).

Le Centre a vocation à accueillir les cliniciens et enseignants-chercheurs du site clermontois. Il s'appuie sur une équipe de 12 personnes associant médecins, pharmaciens, ingénieur biomédical, secrétaires, assistants de recherche clinique, techniciens d'essai clinique... et infirmières de recherche, dont une a suivi une formation en tabacologie.

L'environnement médicalisé permet de réaliser divers tests, associant, selon les protocoles, des questionnaires, des explorations fonctionnelles multiples, des investigations cardiovasculaires spécifiques... ainsi que des prélèvements biologiques avec prétraitement des échantillons et conservation sur place, si besoin.

Cette structure académique est régulièrement associée à des industriels du secteur de la santé (médicaments, dispositifs médicaux...) dans le cadre de partenariats de recherche ou de prestation de service pour la réalisation d'essais cliniques mono ou multicentriques. Elle bénéficie directement du soutien de la Direction à la Recherche Clinique et aux Innovations (DRCI) du CHU pour la gestion des bases de données et les analyses biostatistiques.

ETTAB : PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT POUR L' AIDE AU SEVRAGE DU TABAC

Isabelle HAMM, Christine SUSSMUTH, Julie RIBSTEIN, Claudine CLEMENT, Claire DENIS, Yann HODE

Unité d'éducation Thérapeutique Transpolaire, Centre Hospitalier de Rouffach, Hôpital de Jour Pôle8/9

INTRODUCTION

Entre 70 et 90 % des schizophrènes sont fumeurs et leur consommation journalière de tabac est également plus élevée que pour la population générale. Le tabagisme contribue largement aux 25 ans de baisse d'espérance de vie de ces patients et constitue un des principales causes de décès évitable dans cette population. Par ailleurs, le fait de fumer peut induire une augmentation du traitement voire une résistance au traitement psychiatrique⁽¹⁾. De plus, il concourt à l'appauvrissement des patients psychiatriques qui consacrent, pour certains, jusqu'à la moitié de l'Allocation Adulte Handicapé à l'achat de leur tabac. Nous avons développé un programme d'Education Thérapeutique du Patient appelé ETTAB, destiné à l'aide au sevrage tabagique pour des patients souffrant de pathologies psychiatriques ; Il est proposé aux patients du département du Haut Rhin depuis 2012.

MATERIEL ET METHODES :

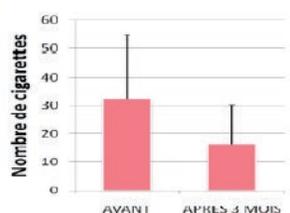
Recrutement des participants : patients éligibles. Le programme d'éducation thérapeutique du patient ETTAB s'adresse aux sujets de 18 à 65 ans, bénéficiant d'un suivi psychiatrique et ayant demandé une consultation de tabacologie (spontanée ou encouragée par l'équipe de soins ou ayant exprimé auprès de leur équipe soignante le désir de faire une démarche de réduction ou d'arrêt du tabac ou capable de participer de façon coopérante à un groupe d'éducation thérapeutique.

Description du programme : Le programme est animé par 4 personnes (2 infirmières dont une spécialiste de la tabacologie, un médecin tabacologue et une diététicienne), chaque séance ayant en général deux animateurs.

Il comprend 6 séances collectives (une par semaine) d'une durée de 2 heures, avec prescription d'exercices individuels à réaliser entre les séances. Il a été proposé à 12 patients.

Evaluations : Il est réalisé 2 évaluations, une évaluation préalable de la consommation de cigarettes à l'inclusion, et trois mois après la fin du programme.

RESULTATS



Trois mois après la fin du programme 1 patient était « perdu de vue » et 1 patient était devenu abstinent.

Pour l'analyse, la donnée manquante est remplacée par la valeur initiale.

On observe une baisse statistiquement significative de la consommation de cigarette 3 mois après la fin du programme.

Test bilatéral de Wilcoxon ($p < 0.0039$).

DISCUSSION

Le programme ETTAB a entraîné une réduction tabagique observable 3 mois après la fin du programme. Le recrutement étant fait en partie au cours des consultations de tabacologie, la motivation à l'arrêt ou à la réduction est présente avant l'inscription au programme. Cependant 5 patients étaient venus « pour voir », encouragés par l'équipe soignante et avec une motivation faible. Il n'a pas été observé de corrélation entre le degré de motivation initiale et la baisse de la consommation, une des personnes est devenue abstinent 5 mois après l'arrêt du programme alors qu'elle était très peu motivée au départ. Suite au programme, 9 participants ont demandé des consultations individuelles. A ce jour 4 sujets sont abstinentes et les autres continuent à œuvrer pour diminuer leur consommation.

CONCLUSIONS

Une étude menée en 2006 dans notre établissement montre que 60 % d'entre eux souhaiteraient arrêter de fumer et que 72 % ont déjà tenté un arrêt⁽²⁾. Le programme ETTAB permet une réduction tabagique à terme et augmente la motivation à réduire la consommation y compris chez des patients initialement peu motivés. Il devrait être proposé plus systématiquement.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Conférence d'experts « arrêt du tabac chez les patients souffrant d'affections psychiatriques » - 2009- OFT éditions
2. Une politique de prévention du tabagisme en hôpital psychiatrique - Mémoire de DIU de tabacologie et d'aide au sevrage tabagique- Isabelle HAMM- Juin 2006.

De faibles capacités d'inhibition prédisent la rechute chez des patients en arrêt tabagique

Flaudias V.¹, Llorca P.M.¹, Schmitt A.¹, Perriot J.², Courtet P.³, Picot M.C.⁴, Quantin X.⁵ & Guillaume S.³

¹ Clermont Université, Université d'Auvergne, EA NPsy-Sydo, Clermont-Ferrand, France.

CHU Clermont-Ferrand, Pôle Psychiatrie B, Clermont-Ferrand, France.

² Dispensaire Émile Roux, Clermont-Ferrand, France.

³ Inserm, U1061, Montpellier, France;

CHU Montpellier, Hôpital Lapeyronie, Pôle psychologie médicale et Psychiatrie, Montpellier, France.

⁴ CHU Montpellier, Département d'information médicale, Montpellier, France.

⁵ Université de Montpellier 1, Laboratoire Epsilon EA 4556, Montpellier, France;

CHU Montpellier, Pôle de médecine respiratoire, Montpellier, France.

Introduction

70% des patients initiant un sevrage tabagique vont rechuter dans les 6 mois (Hugues, 2000). Un enjeu majeur pour la prise en charge du tabagisme est donc la compréhension des processus en jeu dans la rechute.

Récemment, Billieux et al. (2010) ont observé que de faibles capacités d'inhibition étaient corrélées à une forte dépendance nicotinique et ceci indépendamment du score de craving ou de l'âge des participants.

Dans cette étude, nous nous sommes intéressés plus spécifiquement au lien entre les capacités d'inhibition, le craving, la dépendance tabagique et la rechute.

Méthode

134 fumeurs consultant pour une demande de sevrage ont été consécutivement inclus et suivi prospectivement. Ils ont réalisé un test de Hayling, test de moins de 5 mn mesurant leurs capacités d'inhibition, et ont rempli un Fagerstorm ainsi qu'un auto questionnaire sur leur craving à la cigarette (TCQ 12) à l'inclusion, à 1,3 et 6 mois après l'initiation de. Enfin, la présence d'une rechute durant les 6 premiers mois d'abstinences a été évaluée.

Résultats

Les analyses de régression et de corrélation montrent que des faibles capacités d'inhibition prédisent bien la dépendance au tabac. Cependant la dépendance au tabac, et le craving ne prédisent pas de la rechute à 6 mois à l'inverse des capacités d'inhibition ($R^2_{\text{logit}} = .08$, $F(2,134) = 10,851$, $p < .004$).

Conclusions :

Ces résultats semblent indiquer que le craving n'est qu'un faible prédicteur à long terme de la rechute. Les analyses de corrélations semblent indiquer qu'il s'avère plutôt d'un prédicteur à court terme. A l'inverse, les capacités d'inhibition sont prédicteurs à plus long terme (6 mois). Dans la pratique clinique, il semble donc plus important de se focaliser sur les capacités d'inhibition que sur le craving ou la dépendance à la cigarette. Un test simple et rapide d'inhibition pourrait avoir un intérêt pour dépister des fumeurs à plus haut risque de rechute.

Bibliographie

- Billieux, J., Gay, P., Rochat, L., Khazaal, Y., Zullino, D., & Van der Linden, M. (2010). Lack of inhibitory control predicts cigarette smoking dependence : Evidence from a non-deprived sample of light to moderate smokers. *Drug and Alcohol Dependence*, 112, 164-167.
- Hugues, J.R. (2000). Nicotine-related disorders. Kaplan & Sadock' comprehensive textbook of psychiatry. K. Sadock. Philadelphia, Lippincott, Williams & Wilki

Problématique du tabagisme dans une population gériatrique

Monballin G.¹, Jamart J.^{2,3}, Galanti L.³

1 Service Gériatrie, Clinique André Renard, CHU Mont-Godinne, Yvoir, Belgique

2 Unité Support Scientifique, CHU Mont-Godinne, Yvoir, Belgique

3 Unité de Tabacologie, CHU Mont-Godinne, Yvoir, Belgique

Le tabac est nocif pour la santé et l'arrêt de sa consommation a des effets bénéfiques quel que soit l'âge d'arrêt.

Cependant le tabagisme des personnes âgées est souvent peu pris en considération alors qu'il peut influencer tant la sphère physique que psychique de cette population.

L'objectif de cette étude est d'évaluer la prévalence du tabagisme dans une population gériatrique et les facteurs influençant ce tabagisme et d'analyser le comportement du personnel soignant vis-à-vis de cette population en fonction de leur propre statut tabagique.

Deux enquêtes ont été menées dans les services de gériatrie de la Clinique André Renard à Herstal auprès du personnel (n=29) et de patients (n=164). Le comportement du soignant face à un patient fumeur est influencé par son propre statut tabagique ainsi que par sa formation. Chez les patients gériatriques, le pourcentage de fumeurs actifs (F=13%, n=21) est inférieur à celui des ex-fumeurs (ExF=34%, n=54) et des non-fumeurs (NF=53%, n=85). Leur statut tabagique est principalement lié à l'entourage. Si le degré d'autonomie des F et ExF est plus important que celui des NF, l'âge des NF est plus élevé que celui des F et ExF.

Une formation spécifique du personnel de soins de patients gériatriques devrait être envisagée afin de mieux prendre en charge le tabagisme de ces patients, les aider dans leur sevrage au travers d'information sur les effets du tabac, le sevrage et les bénéfices liés à celui-ci.

Corrélations entre les paramètres cliniques et biologiques du tabagisme

Galanti L.^{1,3}, Duclos M.², Godet M.³, Picard G.³, Jamart V.³, Jamart J.^{1,2}

1 Unité de Tabacologie, CHU Mont-Godinne, Yvoir, Belgique

2 Unité Support Scientifique, CHU Mont-Godinne, Yvoir, Belgique

3 Laboratoire de Biologie, CHU Mont-Godinne, Yvoir, Belgique

La dépendance physique induite par la consommation de tabac peut être évaluée sur base de données cliniques, de questionnaires ou de marqueurs biologiques.

Le but de ce travail est l'analyse des corrélations entre ces différents paramètres pour mieux évaluer cette dépendance considérée comme un frein au sevrage et un facteur de rechute.

Les paramètres cliniques [âge, sexe, Fagerström(FAG), début et durée du tabagisme, consommation de tabac, anxiété, dépression, degré de motivation] et les dosages biologiques [cotinine urinaire (COT), cotinine/créatinine (CCr), 3OH-cotinine (3OH), thiocyanates (THIO), CO expiré] de patients fumeurs ont été revus. Si une corrélation est observée entre l'âge et le début (n=550, p<0.001) et la durée (n=508, p<0.001) du tabagisme, FAG est corrélé à chacun des paramètres cliniques [début (n=480, p<0.001), durée (n=433, p=0.010), consommation (n=469, p<0.001), anxiété (n=419, p=0.001, dépression (n=420, p=0.002)] à l'exception de la motivation (n=257, NS) et est le seul paramètre clinique à être corrélé à tous les marqueurs biologiques. La motivation n'est liée qu'à la dépression (n=266, p=0.004), anxiété et dépression étant de plus corrélées à la consommation. La majorité des paramètres biologiques corrélaient entre eux (p entre <0.001 à 0.049). COT et CCR (n=495, p<0.001), THIO (n=424, p=0.015) et CO (n=466, p<0.001) sont liés à la consommation, et le plus souvent à la durée et au début du tabagisme. 3OH est uniquement corrélée à FAG. Aucun paramètre biologique n'est lié à l'anxiété, la dépression ou la motivation.

Cette étude confirme que FAG est aussi bien corrélé avec les différents paramètres cliniques qu'avec tous les paramètres biologiques

La gravité de la pathologie ORL influence-t-elle l'arrêt du tabac ?

Theux A.¹, Jamart J.^{2,3}, Galanti L.³

¹Service ORL, CHU Mont-Godinne, Yvoir, Belgique

²Unité Support Scientifique, CHU Mont-Godinne, Yvoir, Belgique

³Unité de Tabacologie, CHU Mont-Godinne, Yvoir, Belgique

Diverses pathologies laryngées sont favorisées par la consommation de tabac, en particulier les cancers.

L'objectif de ce travail est d'évaluer sur base de questionnaires et dans le cadre d'un suivi, l'influence du type de pathologie laryngée sur la persistance ou non de la consommation de tabac. 52 sujets ont été sélectionnés. Au moment du diagnostic, 24 sont non-fumeurs, 8 sont ex-fumeurs (ExF) et 20 sont fumeurs (F). Parmi les 20 F, 10 ont arrêté de fumeur lors du suivi. Aucune corrélation significative n'a pu être observée entre le type de pathologie (cancer vs autre), la perception par le patient du lien entre sa maladie et sa consommation de tabac, la connaissance des moyens d'aide à l'arrêt et l'arrêt du tabac.

Lors du suivi, aucune différence significative n'a été mise en évidence entre F et ExF pour les différentes variables : index d'intensité du tabagisme, motivation à arrêter le tabac, capacités à arrêter, sentiment de pouvoir y parvenir, questionnaires HAD et S-SCQ. Les caractéristiques des F varient de manière significative entre le moment du diagnostic et le suivi : diminution de l'intensité du tabagisme ($p=0.010$), augmentation de la motivation ($p=0.018$), augmentation du sentiment d'y parvenir ($p=0.011$). Tous les ExF ont des connaissances sur les effets nocifs du tabac, sur le lien entre leur maladie et leur consommation tabagique et ont peur de la récurrence de leur pathologie. Les F persistants semblent se différencier en 2 sous-groupes : une moitié plus motivée à l'arrêt du tabac, l'autre ne l'envisageant pas.

En conclusion, la gravité des pathologies ORL semblerait avoir une influence sur le changement de comportement tabagique, cette influence devant être confirmée sur un plus grand nombre de patients.

Substituts nicotiniques dans les institutions psychiatriques belges - projet-pilote

B. Janssen, J. Dumont (tabacologues)

FARES asbl, Bruxelles, Belgique

La prévalence de consommation de tabac chez les patients psychiatriques est deux à trois fois plus élevée que dans la population générale (jusqu'à 70 % ou 90 % suivant les sources). Les patients avec une maladie mentale fument significativement plus et ont des taux de dépendance à la nicotine plus élevés.

En Belgique, les initiatives autour de la gestion du tabagisme dans le secteur de la santé mentale se multiplient, entre autres à l'initiative du réseau belge des hôpitaux sans tabac.

Un des freins à ces initiatives trouve place au niveau de l'accessibilité aux substituts nicotiniques. Malgré leur efficacité et leur sécurité les substituts sont trop peu utilisés auprès des patients hospitalisés en psychiatrie car ils sont à charge de l'institution où est hospitalisé le patient. Ce frein financier s'ajoute aux croyances des soignants pour lesquels l'arrêt du tabagisme ou le « contrôle » de la consommation ne constituent que des objectifs très secondaires de la prise en charge.

Afin de sensibiliser les autorités à l'importance de cette accessibilité un projet-pilote subventionné a été réalisé en 2012.

A l'intérieur de 4 institutions hospitalières psychiatriques 76 patients ont été inclus dans une recherche-action qui avait comme objectif premier d'évaluer l'impact sur la motivation à l'arrêt et sur la consommation de tabac (diminution, arrêt) de la mise à disposition gratuite de substituts nicotiniques (timbres, pastilles, gommes...). Une stratégie d'information/formation des équipes soignantes a été mise en place afin d'assurer leur collaboration optimale. Le suivi des patients a été assuré par des tabacologues.

Les résultats montrent une diminution significative de la consommation tabagique (objectivée par les taux de COex) et des tentatives d'arrêt.

Mise à disposition gratuite de substitution nicotinique chez patients en situation de précarité (2012)

Béregère JANSSEN et Caroline RASSON

FARES

7 tabacologues en Centres d'Aide aux fumeurs (CAF). Ceux-ci ont recensé 48 nouveaux patients répondant aux critères d'inclusion et débuté un suivi tabacologique. Les patients devaient bénéficier d'un statut d'assuré OMNIO / BIM ainsi que d'un index d'intensité du tabagisme (Heatherton et al.) (ou Fagerstrom 2 questions) ≥ 3 (dépendance faible à très forte). Les substituts nicotiques ont été mis à disposition des patients par le tabacologue lors des consultations pendant une durée de maximum 3 mois. Les types et la dose ont été adaptés à chaque patient au cours du suivi. Le niveau de satisfaction de la démarche de gratuité des substituts nicotiques (SN) a été évaluée à 3 mois lors d'un entretien téléphonique.

Recrutement

- | | |
|---|--|
| Population ciblée | Tabacologues |
| - Statut OMMIO/BIM de l'assurance maladie | - 7 tabacologues répartis en 6 CAFs : |
| - Fumeurs avec une intensité de tabagisme >3 | Province du Hainaut (Tournai, Charleroi, Soignies) ; |
| - Patients débutant une prise en charge tabacologique (consultation ou hospitalisation) | Province de Liège (Verviers) ; Bruxelles |

Méthodologie : Procédure

- Information du patient
- Suivi tabacologique habituel + distribution SN
- Entretien téléphonique auprès des usagers avec psychologue du FARES après 3 mois
- Fin des inclusions le 31/09/2012
- Fin des suivis le 31/12/2012

Résultats : 48 patients inclus

- 40 patients recontactés
- 21 femmes et 17 hommes
- 36 ont accepté l'entretien téléphonique à 3 mois
- Âge moyen : 53 ans (Ecart-type : 8.8 ans)

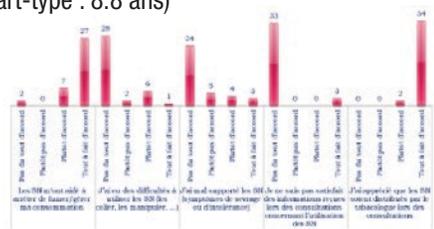
Evaluation de la gratuité
Critères de satisfaction

En synthèse

Très bon niveau de satisfaction Importance de la gratuité, de l'efficacité du produit et la délivrance des produits lors des consultations de tabacologie. Après 3 mois de traitement, 100% des participants recommanderaient l'usage des SN à un membre fumeur de leur entourage. 78 % des participants envisagent de réutiliser les SN à l'avenir si besoin. Les patients valorisent majoritairement le rôle de soutien du tabacologue ainsi que l'effet des SN. Evolution du regard du patient sur l'aide des SN malgré le prix.

Conclusion

Ce projet-pilote apporte des arguments en faveur d'un remboursement de la SN en début de prise en charge afin que les patients expérimentent son efficacité. En effet, après 3 mois d'utilisation, lors de notre évaluation, une majorité des participants ne perçoit plus le prix comme un frein et envisage son utilisation et son achat à l'avenir si besoin.



Après 3 mois de traitement N=36



La moitié des formes orales de substituts nicotiques destinées aux personnels de la Pitié-Salpêtrière ne sont pas utilisées pour l'arrêt mais pour la réduction du risque

Diakhaté A ; Dautzenberg B. Trosini-desert V, Mutz G, Iatchev T, Degennes C.

Hôpitaux universitaires Pitié- Salpêtrière-Charles Foix, APHP, Paris, France.

Notre hôpital offre gratuitement sur ordonnance les substituts nicotiques pour les personnels de l'hôpital depuis 2001. Pour mieux connaître l'objectif d'utilisation des substituts nicotiques nous avons analysé les bons de délivrance de toutes les boîtes de substituts nicotiques (NRT) distribuées en 2012 au personnel. Les délivrances de 2011 et les plus anciennes ont été également étudiées pour connaître la durée de la délivrance.

Méthodes :

Le personnel hospitalier de notre hôpital peut recevoir gratuitement les NRT sur prescription d'un tabacologue (département de pneumologie de la Salpêtrière et de médecine de la Pitié) ou demande du médecin du travail. Le coût pour l'hôpital est de 12 000 € / an.

Les utilisateurs ont été classés en 3 catégories : 3 mois ou moins de NRT (groupe SC), 4-12-mois NRT (groupe PC), 2-7 ans de NRT (groupe Addict).

Résultats :

En 2012, 145 fumeurs ont reçu 894 boîtes de NRT : 437 boîtes de 28 dispositifs transdermiques (49% des NRT) soit 12 236 patches et 457 boîtes de 105 comprimés ou gommes de substituts oraux (51% des NRT), soit 47 985 comprimés, gommes ou capsules d'inhalateur.

Les d'utilisateurs du groupe SC ont été : 113 fumeurs (82,9%) (38M/75F). Ils ont reçu des NRT pour 3 mois ou moins ; 15 fumeurs (5%) ont reçu 4-12 mois de NRT (8M/7F) (groupe PC) ; 17 fumeurs (11%) (9F/8M) ont reçu NRT pour 2-7 ans.

Les formes orales sont les plus distribuées dans les 3 groupes (53,3% (SC), 58,1% (PC)), mais sont particulièrement distribuées chez les utilisateurs au long cours : (60,3% NRT Oral) vs 39,7% (NRT patches).

Conclusions :

Les patches sont principalement (66%) utilisées pour le sevrage du tabac. Près de la moitié (49,2%) des substituts oraux sont dispensés pour une substitution à long terme pour les 17 membres des personnels utilisateurs de substituts qui restent addicts à la nicotine. Le remplacement du tabac par la nicotine médicale est une réduction claire du tabagisme et donc du risque, mais 11% des utilisateurs au long terme de NRT ont besoin d'une attention prolongée.

Utilisation de l'e-cigarette chez la femme enceinte

Dautzenberg B ; Espian-Marçais C ; Delrieu A ; Dautzenberg MD.

OFT, upmc, Necker Enfants Malades ; Paris et Maternité de Montpellier

L'e-cigarette ne devrait pas être utilisée dans l'état actuel des connaissances chez une femme enceinte. Malgré cette contre-indication, il est probable que sur les 1 500 000 Françaises qui ont essayé l'e-cigarette, certaines aient été enceintes lors de cette utilisation. L'OFT a souhaité faire un premier relevé de ces cas de grossesse où la femme a pris au moins une bouffée d'e-cigarette afin de savoir s'il est possible d'aller ou non plus loin dans la recherche. Méthodes : un questionnaire sur les cas rencontrés d'utilisation d'e-cigarette chez la femme enceinte a été adressé à toutes les consultations de tabacologie en septembre 2013.

Résultats :

Les réponses concernant 12 femmes enceintes fumeuses montrent une durée moyenne d'utilisation de l'e-cigarette de 53 jours (2 à 270). L'utilisation a été maximum au cours du 3^{ème}, 4^{ème} puis 9^{ème} mois de grossesse. Sept des 12 femmes ont fumé constamment du tabac jusqu'au 7^{ème} mois. Les 12 femmes ont connu au total 7 mois au total d'utilisation de l'e-cigarette sans tabac et 12 mois d'utilisation simultanée d'e-cigarette et de tabac. Les 12 femmes ont fumé en cumulé 55 mois de tabac sans vapoter.

Quatre femmes considèrent que l'e-cigarette ne les a pas aidés, 8 femmes considèrent qu'elle a aidé à arrêter ou réduire le tabac. La moitié des femmes la conseilleraient à une autre femme enceinte. Dix des femmes ayant utilisés l'e-cigarette ne décrivent aucune complication de la grossesse, une réponse n'est pas connue et une des femmes (fumeuse) a fait une menace d'accouchement prématurée.

Conclusions :

Ces résultats très préliminaires invitent à poursuivre l'étude de l'utilisation des e-cigarettes chez la femme enceinte. Mais actuellement tout médecin doit déconseiller le produit aux femmes enceintes, bien que cette interdiction ne doive pas contrecarrer un arrêt du tabac qui est toujours hautement prioritaire.

Remerciements : JM . PLassart, S. Fonne, g.Letanche, S. Kalamarides, N. Verroit, M.Leray.

Le profil nutritionnel du fumeur en cours de sevrage

Aoun Z.⁽¹⁾, Challita S.⁽¹⁾, Papazian T.⁽²⁾

⁽¹⁾Service de pneumologie, CHU Hôtel-Dieu de France, Département de Pneumologie-Réanimation, FSM Université St Joseph, Beyrouth, Liban

⁽²⁾Service Diététique, CHU Hôtel-Dieu de France, Beyrouth, Liban

Malgré les conséquences multiples de la consommation du tabac, allant de l'insomnie au cancer pulmonaire, cette pratique reste toujours très répandue. La plupart des consommateurs (80%) souhaitent arrêter de fumer, alors que 30 % seulement y réussissent malgré les efforts. A la dépendance physique et psychique s'ajoute l'effet anorexigène de la nicotine, facteur important diminuant la détermination des consommateurs à arrêter de fumer.

Notre étude a inclus 40 patients en période de sevrage tabagique, dont 25 suivis dans le centre de sevrage de l'Hôtel-Dieu de France, bénéficiant d'un suivi diététique, un traitement médicamenteux, et un traitement comportemental et d'un encouragement à l'activité physique et 15 suivis en ambulatoire, ayant bénéficié d'un traitement par Varénicline mais sans recommandations nutritionnelles. Un questionnaire évaluant les habitudes alimentaires des patients dans les 2 groupes a été distribué avant et 3 mois après le début du sevrage. Durant le sevrage, nous avons noté une augmentation de l'appétit (58% des patients), du grignotage (80%), de la consommation de légumes frais (33%) et de chocolat (58%) ainsi qu'une diminution de la consommation de viande (32,5%) et de café (90%) de façon significative. Le grignotage et le nombre de calories consommées par jour étaient moindres dans le groupe suivi, avec une différence de 100 calories par jour en moyenne. Un gain de poids moyen de 2,1 kg en 3 mois a été retrouvé, avec une différence significative entre les deux groupes (1,18 kg chez les patients bénéficiant d'un suivi et 3,7 kg chez les patients sans suivi ; $p = 0,02$).

Le fumeur est donc confronté à des problèmes nutritionnels rendant son sevrage difficile. Une prise en charge globale aide à éviter le gain de poids.

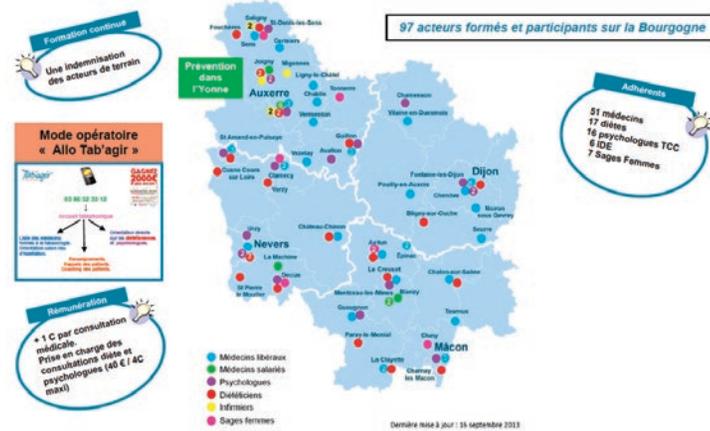
Tab'agir : réseau d'aide à l'arrêt du tabac

JL Duros

Tab'agir

Un réseau d'aide à l'arrêt bourguignon, avec une répartition territoriale, une médecine ambulatoire et des partenariats. Sa création fait suite à un financement ARS.

Les avantages pour le patient fumeur : APPEL téléphonique avec accueil personnalisé / confirmation de la motivation du patient fumeur / explication du concept et adhésion. Une consultation réalisée par un médecin formé à la tabacologie / une orientation possible personnalisée vers DIETE et/ou TCC. Contact permanent auprès du secrétariat (patient et professionnel), l'ensemble des communications repasse par Tab'agir qui concentre et redistribue. Les médecins traitants sont informés. Coaching et soutien par l'accueil téléphonique. Lien entre les coordonnateurs médical et administratif et les professionnels adhérents.



Les outils pour la qualité

Travail sur dossier de tabacologie, Médecin traitant informé, Ensemble des acteurs formés, Réception téléphonique et coaching, Réunions semestrielles par département pour entretien des connaissances et vie du réseau.

Travail sur les zones désertes

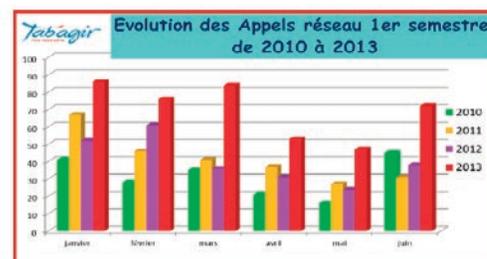
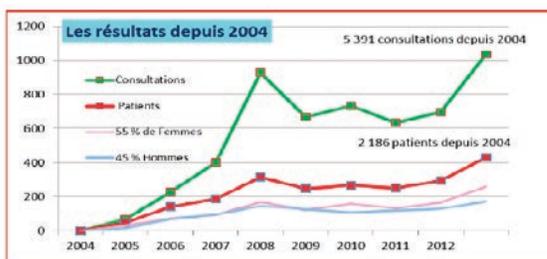
Repérage des acteurs sensibilisés, Prise de contact avec les instances reconnues, Courrier et publicité auprès des médecins, Passage de notre chargé de mission, Conférence locale, formation, inclusion recrutement.

Objectifs secondaires

Diffusion de la culture antitabac : - Professionnels de santé, - Acteurs médicosociaux, - Partenaires en addictologie, - Médias.

Nos partenaires

ARS, ANPAA, Centres Hospitaliers, Maisons de Santé pluri professionnelles, IDE, Sages Femmes, Centre d'Examens de Santé de l'Yonne, CPAM, Mutuelles, les Services Départementaux de l'Education Nationale de l'Yonne, les dentistes, les gynécologues...



Résultats de l'aide au sevrage dans les consultations de tabacologie en 2007-2010

AL Le Faou

Paris, France

Objectif :

Déterminer les pourcentages d'abstinence dans les consultations du programme CDT ainsi que les facteurs prédictifs de l'abstinence.

Méthodes :

Entre octobre 2007 et décembre 2010, les dossiers de 63 275 consultants ont été saisis dans la base CDTnet. Le critère de jugement principal est l'abstinence continue sur un mois, validée par une mesure de monoxyde de carbone dans l'air expiré ≤ 10 parties par million. Nous avons exclu de notre analyse 47,0% des consultants qui n'ont assisté qu'à une seule consultation. Nous avons utilisé un modèle de régression logistique avec sélection de variables pour déterminer les facteurs prédictifs de l'abstinence.

Résultats :

53,0% (n=33 520) des consultants ont été suivis en CDT avec une médiane de 3 consultations. 54,9% (n=18 389) de ces consultants ont arrêté de fumer au cours de leur suivi. Parmi eux, 35,9% (n=6595) sont restés abstinents pendant un mois.

Les personnes sans diplôme avaient moins de chances d'être abstinentes que les plus éduquées : odds-ratio (OR) 0,80 (0,74 – 0,88). Les chômeurs étaient moins souvent abstinents que les actifs : OR 0,72 (0,65 – 0,81). Un historique de précédentes tentatives d'arrêt favorisait l'abstinence : OR 1,37 (1,27 – 1,47). Étonnamment, les fumeurs quotidiens de ≤ 10 cigarettes n'étaient pas plus souvent abstinents que les fumeurs de ≥ 31 cigarettes (p=0,55). Les chances d'être abstinent augmentaient avec le nombre de consultations : ceux ayant assisté à 4–6 consultations étant 2 fois plus souvent abstinents que ceux ayant assisté à 2–3. La prescription de substituts nicotiques associant patch et formes orales favorisait l'abstinence, de même que la varenicline.

Tabacologie en milieu pénitentiaire : aspects cliniques et prise en charge

Cutarella C

Pôle transversal, centre hospitalier Montperrin, Aix-en-Provence, France

Abstract

En tabacologie, les idées reçues sont nombreuses : pour chaque fumeur le sevrage tabagique constitue un réel défi pour lequel il existe de nombreuses difficultés.

Lorsque la question du sevrage tabagique en milieu pénitentiaire se pose, bon nombre de patients détenus penseraient que cela relève de l'impossible.

Parfois, nos propres représentations nous amèneraient à penser qu'il est effectivement préférable d'initier un sevrage tabagique à l'extérieur des murs d'un centre pénitentiaire. Or la littérature a souvent montré qu'au contraire un sevrage peut tout à fait s'initier et se dérouler en milieu carcéral.

A ce sujet, les motivations du patient et les prises en charge qui lui seront proposées devront être spécifiques car prenant en compte le contexte environnemental et clinique.

En faisant une revue de la littérature au niveau national et international, nous proposons d'étudier dans un premier les prises en charges proposées en milieu pénitentiaire ainsi que leurs résultats et dans un second la prise que nous proposons à la maison d'arrêt d'Aix-en-Provence.

Incidence d'une aide à l'achat des substituts de nicotine Fondation contre le cancer : ligne Tabacstop (Belgique)

R. Colot

Fondation contre le Cancer, Bruxelles, Belgique

Le projet pilote « Participation financière aux substituts de nicotine (NRT) » a été mis en œuvre en juin 2010 afin de rendre les substituts nicotiques plus abordables pour les fumeurs défavorisés inscrits à un programme d'accompagnement auprès de Tabacstop (suivi téléphonique) et afin d'augmenter ainsi la probabilité qu'ils essaient réellement d'arrêter de fumer, qu'ils suivent correctement leur traitement et accroissent leurs chances de réussite.

Les participants devaient satisfaire aux conditions suivantes : suivre le programme d'accompagnement proactif par téléphone, être bénéficiaires de l'intervention majorée mutuelle (sécurité sociale) (statut BIM ou OMNIO) ou bénéficier d'une aide financière du Centre Public d'Aide sociale.

De juin 2010 à fin décembre 2012, 256 personnes ont été bénéficiaires de ce projet.

L'objet de l'exposé sera de comparer ce groupe de personnes à un groupe témoin ayant également bénéficié d'un accompagnement personnalisé de Tabacstop mais sans remboursement. Les taux de réussite à la fin de l'accompagnement, 6 mois après l'accompagnement et un an après l'accompagnement seront comparés pour ces 2 groupes de personnes.

Nos observations étayent la recommandation préconisant de combiner accompagnement personnel et aide pharmacologique dans un programme de sevrage tabagique. Les pourcentages de réussite sont en effet toujours plus élevés chez les personnes qui ont associé un accompagnement personnalisé à l'aide pharmacologique que chez celles qui n'ont pris ni substitut nicotinique ni autre médication. La durée de l'accompagnement peut également s'avérer importante pour la réussite du sevrage. En effet, les clients qui ont eu au moins six contacts téléphoniques obtenaient au terme de l'accompagnement, ainsi que 6 mois et 12 mois après, des pourcentages de réussite plus élevés que les clients ayant eu moins d'entretiens.

Nous comptons montrer par nos résultats que, pour notre public ayant bénéficié d'une aide financière pour les substituts de nicotine, bien qu'étant un public plus fragilisé (troubles psychologiques et psychiatriques associés plus fréquent, consommation plus importante, ...), le projet représente un stimulant important à l'arrêt tabagique.

L'association de TNS : meilleur traitement pour l'arrêt du tabac ?

Jacques Le Houezec

Conseil en Santé publique, Dépendance tabagique, Rennes

Anna Hansson

Global clinical research, McNeil AB, Lund, Suède

Les chances d'arrêt avec le traitement nicotinique de substitution (TNS) sont 50% à 70% plus fortes qu'avec un placebo (Stead et al. 2012).

L'association d'un patch, assurant une nicotémie de fond, et d'une forme orale à action plus rapide peut améliorer l'efficacité du TNS, car les formes orales permettent de rapidement soulager les envies irrésistibles (Hughes 2013, Fiore et al. 2008).

Stead et al. (2012), montrent que l'association d'un patch et d'une forme orale augmente les chances d'arrêt par rapport à la monothérapie, avec un RR=1,34 (IC95% 1,18-1,51). L'amélioration d'efficacité apportée par l'association, par rapport à une monothérapie, est du même ordre de grandeur qu'un TNS seul par rapport au placebo.

Benowitz et al. (1982) ont montré que la nicotémie mesurée dans l'après-midi (plateau) chez des fumeurs fumant leurs propres cigarettes allait de 18,4 ng/ml à 55,1 ng/ml. Basé sur des données cliniques obtenues chez des fumeurs (département de pharmacologie clinique, J&J), le patch Nicoretteskin® 25 mg/16h produit un pic de nicotémie (Cmax) d'environ 24 ng/ml. L'association de ce patch et de gommes à 2 mg (12 gommes sur 16h) donne un pic Cmax de 36,6 ng/ml ; celle d'un patch et d'un inhalateur à 15 mg (6 cartouches sur 16h) donne un Cmax de 36,4 ng/ml ; et l'association d'un patch et de Nicorette® 1 mg spray buccal pris à la dose de 2 fois 1 mg/h (32 doses sur 16h) donne un Cmax de 40,2 ng/ml. Les fumeurs utilisant cette association devraient obtenir des nicotémies équivalentes à celles qu'ils obtiennent quotidiennement avec leurs cigarettes, tout en profitant d'une meilleure efficacité, renforcée par l'action rapide du spray buccal sur les envies irrésistibles.

Centre de Ressources Auvergne Addiction (CR2A)

Flaudias V., Morel F., Drissi N., Brousse G. & Llorca P.M.

CR2A, CHU Clermont-Ferrand, Pôle Psychiatrie B, Clermont-Ferrand, France

Le CR2A est un dispositif d'appui auprès des chefs de projet MiLDT (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies) de la région Auvergne. Ceux-ci sont chargés de la déclinaison régionale du plan d'orientation national.

Le CR2A est à disposition des chefs de projets et coordonnateurs MiLDT, de l'ensemble des acteurs de la politique publique, des professionnels de la prévention, de la lutte contre le trafic, de l'application de la loi, et de la prise en charge sanitaire et sociale.

Pour cela, le CR2A est chargé de trois missions : l'aide au diagnostic local, l'appui méthodologique et le relais d'information.

AIDE AU DIAGNOSTIC LOCAL :

- Réaliser un état des lieux régulier des consommations, des ressources locales et des actions menées sur le territoire,
- En analyser les résultats pour dégager les forces et les faiblesses du dispositif de lutte contre les addictions sur la région, et prioritairement du dispositif de prévention,
- Proposer des orientations sur la base de cette analyse.

Exemple : Parution de l' « Etat des lieux des drogues et dépendances en Auvergne, 2012 ».

APPUI MÉTHODOLOGIQUE :

- Appui aux chefs de projet dans la mise en œuvre des objectifs des plans départementaux, et en particulier pour déployer les actions de prévention auprès des jeunes et des adultes,
- Identification et évaluation des acteurs susceptibles de porter les projets
- Recherche des partenariats,
- Évaluation des actions et analyse des résultats,
- Construction d'indicateurs de suivi et d'efficacité,
- Aide au montage des projets.

Exemple : Soutien de l'évaluation des actions de préventions de Liber'Addict et Auvernight respectivement portés par la « Ligue contre le cancer » et « Avenir Santé ».

RELAIS D'INFORMATION:

- Recenser, évaluer et valoriser les bons outils et les bonnes pratiques,
- Veiller à leur diffusion,
- Orienter vers les lieux ressources d'information et de documentation sur les addictions.

Exemple : Site internet et compte twitter diffusant des informations sur la prévention des addictions.

Blank lined area for notes on page 172.

Blank lined area for notes on page 173.

Blank lined area for notes on page 174.

Blank lined area for notes on page 175.

ARRÊT DU TABAC

Vous voulez arrêter de fumer ?

avec **Nicotinell**[®]
NICOTINE

DOUBLEZ
vos chances
de réussite*

* à 6 mois par rapport à la volonté seule



Nicotinell
NICOTINE

PRENEZ LE POUVOIR,
MAÎTRISEZ VOS PULSIONS !



NOVARTIS

Médicaments réservés à l'adulte de plus de 15 ans (limbres) et 18 ans (gommes à mâcher et comprimés à sucer). Lire attentivement la notice. Demandez conseil à votre pharmacien. En cas de difficulté, consultez votre médecin. Visa GP : 13/05/60401745/GP/015 - Août 2013.