

8^{du} Congrès national
de la Société française
de **tabacologie**

6&7
novembre
2014

**Tabagisme :
enjeu majeur
de santé
publique !**



ESPACE CHARENTON



LIVRET *du* CONGRESSISTE

Le mot de la présidente

Dans le cadre de ses missions de promotion de la formation à la tabacologie, la SFT, en réponse à un appel d'offres, a déposé en 2013 un projet visant à favoriser et valoriser l'enseignement de la tabacologie auprès des professionnels de santé. Non seulement l'INCa a décidé de financer ce projet sur deux ans mais la Mildt, dans le cadre du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017, lui a accordé son parrainage. Ce projet a pour objectif de renforcer l'implication de tous les professionnels de santé afin de réduire le tabagisme en France.

Plus récemment, François Hollande, dans son annonce du Plan cancer 3, a lancé un Programme national de réduction du tabagisme s'inscrivant dans une loi de santé qui insiste également sur l'implication des professionnels de santé et sur l'intérêt d'une meilleure prise en charge du traitement de l'addiction à la nicotine. Si la prise en charge est soutenue financièrement pour les femmes enceintes, pour les jeunes de vingt à trente ans, pour les bénéficiaires de la CMU et pour les patients atteints de cancer, elle reste néanmoins encore très insuffisante.

Nous profiterons du 8^e Congrès la SFT pour débattre entre nous de ces questions importantes afin de pouvoir proposer des pistes d'action efficace pour lutter contre le tabagisme et ses conséquences humaines et financières désastreuses pour notre pays.

Bon congrès à tous !

Nathalie Wirth
Présidente de la Société française de tabacologie



L'Arbre de Comm'
7 rue Charles Baudelaire
91340 Ollainville
☎ +33 (0)1 64 92 03 68
sft@larbredecomm.fr
societe-francaise-de-tabacologie.com

ESPACE CHARENTON

| 327 rue de Charenton | 75012 Paris |

☎ +33(0)1 43 95 06 10

www.espacecharenton.com

- station Porte de Charenton
- station Porte de Charenton
- arrêt Charenton Jardinier
- arrêt Porte de Charenton
- arrêt Porte de Charenton

Bienvenue à l'Espace Charenton

qui vous accueille sur 3 000 m² de plain-pied répartis en quatre zones :

- La salle **Ariane**, où se tiennent les stands de l'exposition, les pauses et déjeuners,
- La salle **Apollo** pour les sessions plénières, certaines parallèles et certains symposia,
- La salle **Mir** pour certaines parallèles et certains symposia,
- Les espaces **Gemini** pour certaines parallèles.



La manifestation est placée sous le haut patronage du ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes

Comité d'organisation | OFTA
13 rue d'Uzès | 75002 Paris
☎ +33(0)1 43 25 19 65
csft2014@ofta-asso.fr
www.csft2014.fr





Congrès national
de la **Société française de tabacologie**
ESPACE CHARENTON
6 et 7 novembre 2014

Comité **S**cientifique

Président
Daniel **Thomas**

Marion **Adler**
Henri-Jean **Aubin**
Ivan **Berlin**
Catherine **Charpentier**
Jacques **Cornuz**
Bertrand **Dautzenberg**
Anne-Laurence **Le Faou**
Catherine **Meier**
Gérard **Peiffer**
Jean **Perriot**
Rose-Marie **Rouquet**
Anne **Stobner-Delbarre**
Michel **Underner**
Nathalie **Wirth**

Comité d'**O**rganisation

Président
Bertrand **Dautzenberg**

Anne-Laurence **Le Faou**
Catherine **Minot**
Joseph **Osman**
Jean **Perriot**
Pascale **Sommerero**
Daniel **Thomas**
Nathalie **Wirth**

Le mot de la présidente -----2^e c
Bienvenue à l'Espace Charenton----- 2^e c

Planning jeudi 6 novembre -----2
Planning vendredi 7 novembre -----3

Programme détaillé

jeudi 6 novembre matin -----4
jeudi 6 novembre après-midi-----5
vendredi 7 novembre matin-----8
vendredi 7 novembre après-midi-----9

Résumés sessions plénières, parallèles et communications orales

jeudi 6 novembre matin -----12
jeudi 6 novembre après-midi-----18
vendredi 7 novembre matin-----29
vendredi 7 novembre après-midi-----36

Communications posters-----48

Index auteurs et orateurs -----3^e c

Planning du 8^e Congrès de la SFT

JEUDI 6 NOVEMBRE 2014

Horaires	Salle Apollo	Salle Ariane	Salle Mir	Espace Gemini 1	Espace Gemini 2
8h00-8h30 ▶	<i>Accueil et inscriptions</i>				
8h30-9h10 ▶	SO Session inaugurale				
9h10-10h40 ▶	S1 Session commune SFT et SFSP				
10h40-11h00 ▶	<i>Pause - Visite des posters et exposition</i>				
11h00-12h30 ▶	P1 Session commune SFT et SFC		P2 Jeunes et tabac	P3 Sevrage tabagique et aspects économiques	
12h30-14h00 ▶	<i>Pause déjeuner</i>				
12h45-13h45 ▶			SY1 Sympo Pfizer		
14h00-15h30 ▶	P4 Session commune SFT et Société française d'ORL et de chirurgie de la face et du cou	P5 AFIT	P6 CCLAT	P7 Éducation thérapeutique, transition hôpital/ville	
15h30-16h00 ▶	<i>Pause - Visite des posters et exposition</i>				
16h00-17h30 ▶	P8 Session commune SFT et SPLF		P9 Tabac et procréation	P10 Communications libres 1	
17h45-18h45 ▶	SY2 Sympo Pierre Fabre Santé				



19h30 : Dîner du congrès



Planning du 8^e Congrès de la SFT

VENDREDI 7 NOVEMBRE 2014

Horaires	Salle Apollo	Salle Ariane	Salle Mir	Espace Gemini 1	Espace Gemini 2
8h00-9h00 ▶	<i>Accueil</i>				CA SFT
9h00-10h30 ▶	S2 e-cigarette				
10h30-11h00 ▶	<i>Pause - Visite des posters et exposition</i>				
11h00-12h30 ▶	P12 Tabac, jeu excessif et autres addictions		P13 Stimulation transcrânienne	P14 Communications libres 2	
12h30-14h00 ▶	<i>Pause déjeuner</i>				
13h15-13h45 ▶			SY3 Sympo Johnson & Johnson		
14h00-15h30 ▶	P15 Mécanismes physiopathologiques	P16 Stress et tabac	P17 Mémoires DIU/Posters	P18 Sages-femmes	
15h30-16h00 ▶	<i>Pause - Visite des posters et exposition</i>				
16h00-17h30 ▶	P19 Mises au point 2014		P20 Prise en charge pratique des fumeurs difficiles	P22 Communications libres 3	
17h30-18h00 ▶	Session de clôture				

[Légende : **S** = session plénière **P** = session parallèle **SY** = symposium]

Programme détaillé du 8^e Congrès de la SFT

JEUDI 6 NOVEMBRE 2014 | Matin

S0	8h30/9h10 Session inaugurale	<i>Salle</i>	<i>Apollo</i>
-----------	---------------------------------	--------------	---------------

Présidents

D. Thomas

N. Wirth

B. Dautzenberg**Intervenants**G. Lecoq, Midelca. *Paris*B. Vallet, DGS. *Paris*N. Wirth, SFT. *Vandœuvre-lès-**Nancy*

S1	9h10/10h40 Session commune Société française de tabacologie et Société française de santé publique	<i>Salle</i>	<i>Apollo</i>
	<p>S1a. Contribution du tabagisme aux inégalités sociales de santé</p> <p>S1b. Sevrage tabagique en milieu carcéral : expérience de l'Unité sanitaire du Centre de détention de Muret</p> <p>S1c. <i>Treating disadvantaged smokers – English Stop Smoking Services</i></p> <p>S1d. Prise en charge des fumeurs précaires à l'Hôpital européen Georges Pompidou</p>		

Président

A.-L. Le Faou

IntervenantsP. Arwidson, INPES. *Saint-Denis*R.-M. Rouquet, CHU. *Toulouse*L. Brose, King's College London Institute of Psychiatry, Centre for Tobacco and Alcohol Studies (UKTAS). *Londres (UK)*

A.-L. Le Faou, Hôpital européen

G. Pompidou. *Paris*

P1	11h00/12h30 Session commune Société française de tabacologie et Société française de cardiologie	<i>Salle</i>	<i>Apollo</i>
	<p>P1a. Sevrage tabagique en unité neurovasculaire</p> <p>P1b. Sevrage tabagique dans l'artériopathie de membres inférieurs en centre de réadaptation vasculaire</p> <p>P1c. L'exercice physique, efficacité et modalités dans le sevrage tabagique</p> <p>P1d. Tabagisme et troubles du rythme cardiaque</p>		

Président

D. Thomas

Modérateur

J. Cornuz

Intervenants

A. Léger, GH Pitié-Salpêtrière.

Paris

C. Voyer, Centre Bois Gibert.

Ballan-Miré

B. Paquito, Université de Montpellier 1, Epsilon EA 4556.

Montpellier

D. Thomas, Institut de cardiologie, GH Pitié-Salpêtrière.

Paris

P2	11h00/12h30 Jeunes et tabac	<i>Salle</i>	<i>Mir</i>
	<p>P2a. Le tabagisme des adolescents en France : évolution, caractéristiques et devenir</p> <p>P2b. Dispositifs spécialisés en addictologie : la consultation jeunes consommateurs</p> <p>P2c. Tabac et alcool chez les jeunes : état des lieux et prise en charge</p> <p>P2d. Tabac et cannabis chez les jeunes : état des lieux et prise en charge</p>		

Président

N. Wirth

Modérateur

M. Adler

Intervenants

M. Melchior, CESP Inserm

U1018. *Villejuif*

J.-P. Couteron, Fédération

addiction. *Paris*F. Lafaye, Paul Brousse. *Villejuif*A. Dervaux, Sainte-Anne. *Paris*

P3

11h00/12h30 *Espace Gemini 1*
Sevrage tabagique et aspects économiques

P3a. Les enjeux contradictoires des politiques de lutte contre le tabagisme

P3b. Le rôle de la préférence pour le présent et de l'aversion au risque dans les inégalités sociales de tabagisme : une étude en population

P3c. Coût-efficacité de la prise en charge du sevrage tabagique par l'Assurance maladie (Modélisation de Markov)

P3d. Incitation financière par bons d'achat dans le sevrage tabagique de la femme enceinte fumeuse

Président**I. Berlin****Modérateur****F. Jusot****Intervenants**

E. Lucioli et **D. Champetier de Ribes Christofle**, Cour des comptes. *Paris*

F. Jusot, Université Paris Dauphine. *Paris*

B. Cadier, URC Eco IdF. *Paris*

N. Berlin, Maison des sciences économiques, Paris I Panthéon-Sorbonne. *Paris*

SY1

12h45/13h45 *Salle Mir*
Symposium Pfizer
Sevrage tabagique : orientations et perspectives

Intervenants

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

D. Thomas, Institut de cardiologie, GH Pitié-Salpêtrière. *Paris*

R.-M. Rouquet, CHU. *Toulouse*

JEUDI 6 NOVEMBRE 2014 | Après-midi

P4

14h00/15h30 *Salle Apollo*
Session commune Société française de tabacologie et Société française d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie de la face et du cou

P4a. Manifestations pharyngées et otologiques du tabac chez l'enfant et l'adulte (cancer exclu)

P4b. Manifestations rhinologiques du tabac

P4c. Cancers des voies aérodigestives supérieures et tabac

P4d. Suivi addictologique et cancer des voies aérodigestives supérieures

Président**I. Berlin****Modérateur****D. Chevalier****Intervenants**

J.-M. Klein. *Paris*

A. Coste, CHIC. *Créteil*

D. Chevalier, CHU. *Lille*

P. Perney, CHU Carémeau. *Nîmes*

P6

14h00/15h30 *Salle Mir*
Contrôle du tabac : place de la CCLAT

P6a. Les 10 ans de la CCLAT : progrès, obstacles et perspectives

P6b. La CCLAT : où en est la France ?

P6c. Les avancées de la dernière conférence des membres de la CCLAT

Président**Y. Bur****Modérateur****A. Deutsch****Intervenants**

É. Tursan d'Espaignet, OMS. *Genève (Suisse)*

E. Béguinot, CNCT. *Paris*

S. Ratte. *Paris*

JEUDI 6 NOVEMBRE 2014 | *Après-midi***P5****14h00/15h30** *Salle Ariane*
Session AFIT (Association française des infirmières tabacologues)**P5a.** Au centre hospitalier de Rouffach, création de la « promenade des senteurs » : espace extérieur sans tabac**P5b.** Le sevrage tabagique, une démarche en santé active (ou l'impact du tabagisme sur les habitudes de vie)**P5c.** Aider la maturation au changement des usagers de cannabis lors des consultations infirmières de tabacologie de liaison**P5d.** Cas d'effets indésirables potentiellement associés à l'usage de la cigarette électronique**Modérateur****A. Pipon-Diakhaté****Intervenants****I. Hamm**, CH. *Rouffach***L. Louis**, CH. *Le Mans***S. Vannobel-Genou**, Hôpital Maison-Blanche. *Reims***G. Heno**, CH Bretagne-Atlantique. *Vannes-Auray***P7****14h00/15h30** *Espace Gemini 1*
Éducation thérapeutique, transition hôpital-ville**P7a.** L'ETP dans la BPCO : un outil d'aide à l'arrêt du tabac. Expérience du Dispensaire Émile Roux**P7b.** Comment éviter la rechute un an après un infarctus : expérience d'une intervention systématique**P7c.** Efficacité des méthodes d'auto-aide au sevrage utilisées par les fumeurs**P7d.** ETP tabac en cancérologie : protocole de prise en charge de l'hôpital à la ville**Président****J. Cornuz****Modérateur****A. Stoebner-Delbarre****Intervenants****F. Marchandise**, Dispensaire Émile Roux. *Clermont-Ferrand***R. Auer**, CHU. *Lausanne (Suisse)***A. Stoebner-Delbarre**, Épidaure. *Montpellier***M.-È. Huteau**, Institut régional du cancer. *Montpellier***P8****16h00/17h30** *Salle Apollo*
Session commune Société française de tabacologie et Société de pneumologie de langue française**P8a.** Tabagisme et infections respiratoires : de la prévention au traitement**P8b.** Tabagisme et asthme : de la prévention au traitement des crises**P8c.** Tabagisme et cancer du poumon : de la prévention aux soins palliatifs**P8d.** Comment gérer le tabagisme en centre de réhabilitation respiratoire**Président****T. Urban****Modérateur****M. Underner****Intervenants****B. Dautzenberg**, GH Pitié-Salpêtrière. *Paris***G. Peiffer**, CHR Mercy 1. *Metz***T. Urban**, CHU. *Angers***X. Quantin**, CHU. *Montpellier*

P9

16h00/17h30 *Salle Mir*
Tabac et procréation

- P9a.** Projet de grossesse et tabac
P9b. Contraception et tabagisme
P9c. Prise en charge systématique du tabac à la maternité, le point sur l'étude TGV-RCIU
P9d. Tabac et procréation : la SFT interpelle les pouvoirs publics

Président**M. Delcroix****Modérateur****N. Wirth****Intervenants**

- Y. Aubard**, Hôpital de la mère et de l'enfant. *Limoges*
D. Thomas, Institut de cardiologie, GH Pitié-Salpêtrière. *Paris*
M. Delcroix, Appri. *Bailleul*
N. Wirth, SFT, CHU. *Vandœuvre-les-Nancy*

P10

16h00/17h30 *Espace Gemini 1*
Communications libres 1 : Précarité, troubles de santé et tabac

- P10a.** Problématiques addictives chez les bénéficiaires d'actions d'insertion par l'activité économique : l'expérience du dispensaire Émile Roux
P10b. État des lieux de la motivation au sevrage tabagique et de l'auto-efficacité des personnes affectées par la pauvreté en Belgique
P10c. Mise en place d'un programme d'aide à l'arrêt du tabac à l'attention de personnes en situation de précarité, bénéficiaires des permanences du Secours populaire français (SPF) : étude pilote
P10d. Pourquoi les fumeurs en situation de précarité fument plus et arrêtent moins : résultats de l'enquête Estap (Étudier le sevrage tabagique par une approche psychosociale)
P10e. Évaluation du module de « mise en projet » auprès des personnes en situation de précarité, sous format de groupe
P10f. Tabac et maladie thromboembolique : risque de récurrence et d'hémorragie dans une cohorte de personnes âgées

Président**B. Le Maître****Intervenants**

- J. Perriot**, Dispensaire Émile Roux. *Clermont-Ferrand*
C. Corman, Service d'étude et de prévention du tabagisme. *Mons (Belgique)*
H. Forthin, Souffle L-R. *Montpellier*
J. Perriot, Dispensaire Émile Roux. *Clermont-Ferrand*
C. Corman, Service d'étude et de prévention du tabagisme. *Mons (Belgique)*
P. Carruzzo, Polyclinique médicale universitaire. *Lausanne (Suisse)*

SY2

17h45/18h45 *Salle Apollo*
Pierre Fabre Santé
Des cas cliniques fréquents (vidéo), du sur-mesure comme solution

Animateur**É. André****Table ronde****G. Errard-Dubois, M. Bertocchi,****Synthèse****J. Perriot**

VENDREDI 7 NOVEMBRE 2014 | *Matin*

S2

9h00/10h30

Salle

Apollo

e-cigarette

S2a. Les données publiées sur la toxicité et les effets indésirables de l'e-cigarette

S2b. Quatre cas cliniques pour illustrer une pratique non validée

S2c. Enquête sur les opinions des membres de la SFT sur l'e-cigarette

S2d. Méthode et résultats du consensus d'experts suisses sur l'e-cigarette

Président

B. Dautzenberg

Modérateur

G. Mathern

Intervenants

M. Underner, CHU La Milétrie.
Poitiers

M. Adler, Antoine Bécère.
Clamart

B. Dautzenberg, GH La Pitié-Salpêtrière. *Paris*

J. Cornuz, CHU Vaudois/Polyclinique médicale universitaire. *Lausanne (Suisse)*

P12

11h00/12h30

Salle

Apollo

Session commune Société française de tabacologie et THS (Toxicomanie hépatite sida) : tabac, jeu excessif et autres addictions

P12a. Le craving du joueur fumeur addict

P12b. Tabac et addictions à Internet

P12c. Consommation de tabac, jeux de hasard et d'argent. Quels liens chez les jeunes ?

P12d. Sevrage combiné alcool tabac

Modérateur

D. Touzeau

Intervenants

M. Fatseas, CH Charles Perrens/Université de Bordeaux/UMR CNRS 3413.
Bordeaux

A. Dervaux, Sainte-Anne. *Paris*

L. Romo, Université Paris Ouest.
Nanterre La Défense

H. Donnadiou-Rigole, CHRU.
Montpellier

P13

11h00/12h30

Salle

Mir

Stimulation transcrânienne : nouvelle approche thérapeutique de l'aide à l'arrêt du tabac

P13a. Les techniques de stimulation transcrânienne : rTMS et tDCS

Revue de la littérature relative à l'arrêt du tabac

P13b. Effet de la stimulation transcrânienne par tDCS sur la consommation tabagique : protocole et résultats

P13c. Stimulation du noyau accumbens dans les dépendances : évaluation en Allemagne

P13d. Étude randomisée contrôlée sur l'intérêt d'associer la Stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS) aux Traitements de substitution nicotinique (TSN) dans le sevrage tabagique

Président

R.-M. Rouquet

Modérateur

I. Berlin

Intervenants

M. Simonetta Moreau, CHU.
Toulouse

R.-M. Rouquet, CHU. *Toulouse*

F. Hertel, CH. *Luxembourg (Luxembourg)*

V. Meille, CHU. *Dijon*

P14**11h00/12h30 Espace Gemini 1****Communications libres 2 : Différentes visions du sevrage tabagique****P14a.** Intégration du suivi de consultations tabacologiques dans un logiciel de gestion d'activité : expérience du dispensaire Émile Roux**P14b.** Hospitalisation pour un sevrage au tabac : l'expérience du premier programme français**P14c.** Efficacité de la prise en charge hospitalière systématique du tabagisme en cardiologie**P14d.** Collaboration entre tabacologue et addictologue dans la prévention et l'arrêt du tabac en entreprise**P14e.** Doses de nicotine utilisées par les vapoteurs dans la *1 million puffs study***P14f.** Facteurs professionnels de rechute tabagique dans les six premiers mois après un arrêt**Président****J.-D. Dewitte****Intervenants****J. Perriot**, Dispensaire Émile Roux. *Clermont-Ferrand***D. Cozzolino**, CHU Louis Mourier. *Colombes***N. Wirth**, CHU. *Vandœuvre-les-Nancy***J. Perriot**, Dispensaire Émile Roux. *Clermont-Ferrand***B. Dautzenberg**, GH Pitié-Salpêtrière. *Paris***C. Denis-Vatant**, CHU. *Saint-Étienne***SY3****13h15/13h45 Salle Mir****Symposium Johnson & Johnson « J'accomplis l'Incroyable » : une nouvelle WebAppli patient en complément de votre expertise****Intervenants****K. Dolgin**, Observia/IAE. *Paris***A.-L. Le Faou**, Hôpital européen Georges Pompidou. *Paris***VENDREDI 7 NOVEMBRE 2014 | Après-midi****P15****14h00/15h30 Salle Apollo****Mécanismes physiopathologiques****P15a.** Progrès dans la connaissance des modifications génétiques induites par le tabac**P15b.** Les mécanismes des effets cardio-vasculaires du tabagisme : multiples, très sensibles et réversibles !**P15c.** Rôle ambivalent du tabac dans les maladies inflammatoires intestinales : pathophysiologie et implications cliniques**P15d.** Influence du tabac sur les mécanismes inflammatoires**Président****L. Galanti****Modérateur****A. Stoebner-Delbarre****Intervenants****M. Schlessler**, CH. *Luxembourg (Luxembourg)***D. Thomas**, Institut de cardiologie, GH Pitié-Salpêtrière. *Paris***P. Juillerat**, Hôpital universitaire. *Berne (Suisse)***B. Lauwerys**, Cliniques universitaires Saint-Luc. *Bruxelles (Belgique)***P16****14h00/15h30 Salle Ariane****Stress et tabac****P16a.** Stress : définitions et mécanismes**P16b.** Détente trompeuse : fumer réduit le stress ?**P16c.** Réussir à gérer son stress : mythe ou nécessité**Président****G. Peiffer****Modérateur****M. Underner****Intervenants****S. Corone**, Centre médical de Bligny. *Briis-sous-Forges***G. Peiffer**, CHR Mercy 1. *Metz***J.-P. Houppé**, CHR. *Metz-Thionville*

VENDREDI 7 NOVEMBRE 2014 | *Après-midi*

P17

14h00/15h30

Salle

Mir

Session SFT : mémoires DIU/posters

P17a. Interaction entre tabagisme et médicaments. Mythe ou réalité ? Implications pour le clinicien (DIU Belgique)

P17b. État des connaissances et opinions des vendeurs d'e-cigarettes sur la réduction et l'aide à l'arrêt du tabac (DIU Rhône-Alpes-Auvergne)

P17c. Évaluation de la pertinence et de la faisabilité de la mise en place d'une démarche d'accompagnement à l'arrêt du tabac auprès des patients fumeurs sous oxygénothérapie à domicile (DIU Ouest)

P17d. Rédaction et mise en place d'un protocole de recherche visant à évaluer les effets de l'utilisation d'une technique respiratoire spécifique dans le cadre d'un programme d'accompagnement au sevrage tabagique réalisé en centre de réhabilitation sur le craving à court terme chez les patients BPCO et fumeurs fortement dépendants (DIU Grand Sud)

P17e. Étude prospective des comportements alimentaires lors du sevrage tabagique brutal des patients hospitalisés en unité de soins intensifs de cardiologie (DIU Paris)

Jury

I. Berlin

C. Charpentier-Chaix

M. Delcroix

G. Lagrue

A.-L. Le Faou

P. Rouzaud

N. Wirth

Intervenants

P. Bachez, Clinique Saint-Luc.
Bouge (Belgique)

S. Lhommet, Clermont-Ferrand

M. Gaillard, Aair. Tours

M. Courbon, SOS Oxygène.
Narbonne

A.-S. Guélou. Paris

P18

14h00/15h30

Espace

Gemini 1

Session sages-femmes

P18a. Les enjeux du post-partum

P18b. Duo entretien prénatal précoce-aide au sevrage tabagique

P18c. Incidences du tabagisme sur le mode d'accouchement

Président

M.-H. Guerra

Modérateur

N. Bonneu

Intervenants

C. Monard, CHU. Nantes

L. Galmiche, CH. Marmande

C. Meier, CH. Pau

P19

16h00/17h30

Salle

Apollo

Mises au point 2014 : revues de la littérature

P19a. Cardiologie et tabac en 2014

P19b. Pneumologie et tabac en 2014

P19c. Métabolisme et tabac en 2014

P19d. Cancers et tabac en 2014

Président

C. Charpentier-Chaix

Modérateur

B. Benezech

Intervenants

D. Thomas, Institut de cardiologie, GH Pitié-Salpêtrière.
Paris

L. Greillier, CHU. Marseille

C. Clair, CHU Vaudois, Polyclinique médicale universitaire. *Lausanne (Suisse)*

A. Deutsch, INCa. Boulogne-Billancourt

P20

16h00/17h30

*Salle Mir***Prise en charge pratique des fumeurs difficiles****P20a.** Sevrage du fumeur atteint de BPCO**P20b.** Sevrage du fumeur co-consommateur de SPA**P20c.** Sevrage du fumeur schizophrène**P20d.** Interférences médicamenteuses possibles lors de la prise en charge du fumeur difficile**P22**

16h00/17h30

*Espace Gemini 1***Communications libres 3 : Jeunes et tabac****P22a.** Tabagisme chez les jeunes en milieu scolaire dans la wilaya de Sétif 2014**P22b.** Évolution du tabagisme avec l'arrivée de l'e-cigarette chez les collégiens parisiens (2011-2014)**P22c.** Variabilité des connaissances et des attitudes envers le narguilé entre les fumeurs en milieu professionnel et universitaire**P22d.** Profil des fumeurs quotidiens chez les étudiants en France**P22e.** Quelles sont les particularités des jeunes vapoteurs non-fumeurs comparés à ceux qui fument et vapotent ?**Président****J. Perriot****Modérateur****G. Peiffer****Intervenants****M. Underner**, CHU. *Poitiers***D. Touzeau**, Paul

Guiraud/Clinique Liberté.

*Bagneux***A. Schmitt**, CHU. *Clermont-**Ferrand***I. Berlin**, GH La Pitié-Salpêtrière.*Paris***Président****N. Jacob****Intervenants****S. Bouaoud**, Laboratoire SantéEnvironnement, UFA. *Sétif**(Algérie)***B. Dautzenberg**, GH Pitié-Salpêtrière. *Paris***W. Feki**, CHU Hédi Chaker. *Sfax**(Tunisie)***J. Hazart**, CHU. *Clermont-**Ferrand***B. Dautzenberg**, GH Pitié-Salpêtrière. *Paris*

Résumés

Session plénières et parallèles / Communications orales

JEUDI 6 NOVEMBRE 2014 | MATIN

S0. Session inaugurale

S0a. Allocution du Dr Gilles Lecoq, délégué à la Midelca (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives)

S0b. Allocution du Pr Benoît Vallet, directeur général de la DGS (Direction générale de la santé)

S0c. Allocution du Dr Nathalie Wirth, présidente de la SFT (Société française de tabacologie)

S1. Session commune Société française de tabacologie et Société française de santé publique. Tabagisme et inégalités sociales

S1a. Contribution du tabagisme aux inégalités sociales de santé

P. Arwidson, Inpes. Saint-Denis

La lutte contre le tabagisme doit être centrale à toute stratégie visant à réduire les inégalités de santé. En effet, le tabagisme contribue pour à peu près la moitié de la différence dans l'espérance de vie entre les groupes sociaux aux revenus les plus bas et les plus hauts (Marmot 2010).

Il y a des spécificités à la sortie du tabagisme de populations moins favorisées. Kotz et West (2009) ont montré chez les moins aisés une dépendance à la nicotine plus forte, une proportion équivalente de tentatives d'arrêts mais deux fois moins de chances de succès par rapport aux plus aisés. Roddy (2006) et Wiltshire (2003) ont interrogé dans le cadre d'études qualitatives des fumeurs défavorisés : ils ont décrit l'importance du rôle de la cigarette dans un quotidien souvent stressant, une peur d'être jugé ou mal reçu dans les dispositifs d'aide qui sont de plus en plus connus.

Il faut donc sortir d'une stratégie universelle et unique et imaginer des stratégies différenciées adaptées en qualité et en quantité aux besoins différents des différents segments de la population (universalisme proportionné, Marmot 2010).

McNeill (2012), faisant la synthèse de travaux de réduction des inégalités sociales liées au tabagisme subventionnée par le ministère de la Santé britannique, en résume les trois étapes clés : un repérage actif, une transition du repérage à un dispositif adapté, une prise en charge qui prenne en compte les difficultés supplémentaires de chaque population.

Un rapide panorama des expérimentations françaises passées et en cours sera présenté.

S1b. Sevrage tabagique en milieu carcéral : expérience de l'Unité sanitaire du Centre de détention de Muret

E. Rostaing (Tribet)¹, S. Grill², M. Bertoia¹, R.-M. Rouquet¹

¹Unité de coordination d'aide au sevrage tabagique, Hôpital Larrey, CHU. Toulouse

²Unité sanitaire du Centre de détention de Muret, CHU. Toulouse

Le Centre de détention de Muret (périphérie de Toulouse) bénéficie depuis 2003 d'une consultation hebdomadaire d'aide au sevrage tabagique, assurée par une infirmière tabacologue.

Méthode. Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective sur cinq années. Les données ont été recueillies à partir du cahier de tabacologie élaboré par l'Inpes auxquelles était rajouté le parcours pénal. Après la consultation initiale, le détenu souhaitant un sevrage ou une réduction se voyait proposé une substitution nicotinique. Il était revu à J8 en cas de sevrage « sec » puis un suivi mensuel était proposé jusqu'au sevrage, puis espacé. L'étude a porté sur le profil de la population pénale exclusivement masculine qui a accepté et bénéficié d'une aide au sevrage et sur la comparaison de deux groupes : l'un abstinent pendant un an et un groupe « témoin » n'ayant pas pu sevrer. Les données du groupe « sevré » ont été comparées aux données CDTnet de la population générale.

Résultats. L'étude a porté sur 171 détenus et 201 cycles de prise en charge tabacologique. Ils représentent 11% des détenus ayant transité sur la période étudiée. Les demandes de consultations de tabacologie interviennent surtout au début de

l'incarcération et avant la libération. Les motivations sont les mêmes que dans la population générale. L'âge moyen est de 42 ans, près de 17% purgent une peine supérieure à vingt ans. Leur tabagisme se caractérise par : un début précoce, une consommation surtout de roulées, qui progresse en détention, une dépendance physique élevée, une coaddiction au THC marquée, des antécédents psychiatriques peu nombreux, une motivation élevée. Chez les 11,9% des participants sevrés durant douze mois, deux facteurs prédictifs dominant : l'absence de consommation de cannabis et le choix d'un sevrage « sec ».

S1c. Treating disadvantaged smokers – English Stop Smoking Services

L. Bose, King's College London Institute of Psychiatry Centre for Tobacco and Alcohol Studies (UKCTAS). London (UK)

The WHO European review on health and inequalities concludes that social injustice not only kills but has numerous other negative social and health outcomes, making it unaffordable not to tackle inequalities. The two main approaches recommended are universal healthcare and addressing adverse health behaviours. Among the health behaviours, smoking is a main determinant of health inequalities.

In England, those living in the most deprived areas are far more likely to smoke than those living in less deprived areas, which contributes to a considerable gap in life expectancy. More deprived individuals are also less likely to be ex-smokers, not because they are less likely to make attempts to quit smoking but because these attempts are less likely to be successful.

Evidence suggests that the English Stop Smoking Services have been successful in reaching disadvantaged smokers. We have now linked over half a million treatment episodes supported by the Services to an index of deprivation for the clients' immediate neighbourhood. We evaluated the association of deprivation with treatment outcomes while taking client and support characteristics and their association with outcomes into account.

S1d. Prise en charge des fumeurs précaires à l'hôpital européen Georges Pompidou : l'intérêt d'une prise en charge spécifique

A.-L. Le Faou¹, M. Baha²

¹Centre de tabacologie de l'Hôpital européen Georges Pompidou. Paris

²Université Paris-Descartes, PRES Sorbonne. Paris Cité

Introduction. Compte tenu des échecs fréquemment rencontrés par les fumeurs précaires dans leurs tentatives d'arrêt, les consultations de tabacologie doivent leur offrir un accompagnement psychosocial.

Objectif. Nous avons testé l'efficacité sur l'arrêt à six semaines de suivi d'une prise en charge du sevrage tabagique qui s'appuie sur un soutien social intensif hebdomadaire en groupe, comparé à un suivi individuel standard dans le service de tabacologie de l'Hôpital européen Georges Pompidou de 2011 à 2013.

Méthodes. 6 sessions de groupe étaient proposées afin d'apporter à chacun des solutions concrètes pour : gérer le stress sans la cigarette, les pulsions à fumer, mieux comprendre les risques sur la santé, envisager son budget sans la cigarette, etc. Tous les fumeurs recevaient un traitement de substitution nicotinique gratuit. L'arrêt du tabac était validé par la mesure du CO dans l'air expiré.

Résultats. 6 cycles de 6 séances en groupe ont été menés accueillant 33 fumeurs. 67 fumeurs ont été suivis en individuel. Les fumeurs étaient majoritairement des hommes, avec des caractéristiques similaires dans les deux groupes, exception faite des précédentes tentatives d'arrêt plus souvent rapportées par les fumeurs suivis en groupe ($p < 0,001$). 6 semaines après la première visite, 24,2% ($n=8$) des patients suivis en groupe avaient arrêté de fumer contre 11,9% ($n=8$) en suivi individuel (0,115). En excluant les fumeurs qui avaient fait ≥ 2 tentatives d'arrêt, 47,6% ($n=10$) avaient réduit leur consommation de tabac de $> 50\%$ chez les fumeurs suivis en groupe versus 15,4% ($n=8$) chez les patients suivis en individuel ($p=0,007$).

Conclusion. Cette étude pilote a permis de tester la faisabilité d'une prise en charge structurée du sevrage chez les fumeurs précaires.

P1. Session commune Société française de tabacologie et Société française de cardiologie

P1a. Sevrage tabagique en unité neuro-vasculaire

A. Léger, GH Pitié-Salpêtrière. Paris

Non communiqué

P1b. Sevrage tabagique dans l'artériopathie de membres inférieurs en centre de réadaptation vasculaire

C. Voyer, Centre Bois Gibert. Ballan-Miré

La réadaptation de l'artériopathe, spécifique et pluridisciplinaire, nécessite un travail au long cours, où l'alliance thérapeutique initiale et la confiance sont indispensables. Elle associe un réentraînement ciblé sur la marche et la gestion de la claudication, une optimisation thérapeutique adaptée et une éducation thérapeutique qui doit donner au patient les moyens d'améliorer son pronostic par des comportements adaptés.

Le sevrage tabagique est une des priorités, et les patients bénéficient d'un accompagnement basé sur le principe de l'entretien motivationnel pour les aider à explorer et résoudre leur ambivalence. Les substituts nicotiques doivent être fréquemment utilisés dans cette population souvent fortement dépendante et l'hospitalisation permet un suivi tabacologique rapproché, associé à un soutien psychologique et diététique.

Un séjour en réadaptation offre des conditions précieuses pour initier ou consolider un sevrage tabagique. Les progrès sur la marche leur démontrent que des changements sont possibles et les patients vont faire un important travail global, de maturation et de confiance en soi. Le rôle des soignants, convaincus, vigilants, et empathiques, y est très important, dans un environnement lui-même favorable, afin de faire découvrir aux patients qu'il est possible de réapprendre à marcher et d'arrêter de fumer, ces deux actions étant intimement liées.

P1c. L'exercice physique : efficacité et modalités dans le sevrage tabagique

B. Paquito, Université de Montpellier 1, Epsilon EA 4556. Montpellier

Au Royaume-Uni, une enquête auprès de 170 tabacologues suggère que seulement 56% d'entre eux promeuvent l'activité physique durant leur consultation.

Plusieurs études longitudinales indiquent que l'activité physique pourrait favoriser l'arrêt et l'abstinence tabagique à long terme. En terme interventionnel, l'analyse des effets de l'activité physique sur l'arrêt du tabac se fait à trois niveaux : des programmes interventionnels d'activité physique supervisés par un professionnel, des programmes interventionnels de conseil à l'AP, une combinaison de ces deux types de programme.

L'organisme indépendant Cochrane a examiné l'efficacité de l'exercice sur la rechute tabagique à travers plusieurs revues de littérature et conclut que le niveau de preuve est insuffisant, en

particulier à cause de l'hétérogénéité des interventions.

En revanche, la littérature scientifique suggère que l'activité physique est une stratégie efficace pour réduire l'intensité du craving et les symptômes de sevrage. À titre d'exemple, la diminution significative de craving due à une séance d'activité physique est retrouvée pour différentes modalités : une durée de 5 à 20 minutes, une intensité faible à élevée, différentes natures (ergocycle, résistance sans appareil, marche sur tapis). Ces résultats ont été reproduits en milieu « naturel ». Conseiller l'activité physique pour aider le fumeur à mieux gérer son arrêt du tabac reste un défi pour les professionnels de la santé.

P1d. Tabagisme et troubles du rythme cardiaque

D. Thomas, Institut de cardiologie, GH Pitié-Salpêtrière. Paris

La relation entre tabagisme et troubles du rythme cardiaque (TDR) est complexe. Il n'y a pas de mécanisme arythmogène univoque identifiable. Par ailleurs les pathologies induites par le tabagisme (BPCO, athérosclérose), également susceptibles d'être elles-mêmes à l'origine de TDR, sont des facteurs confondants.

Données expérimentales. Les mécanismes invoqués pour favoriser les TDR sont multiples. Action directe de la nicotine sur les canaux transmembranaires des myocytes et induction de fibrose interstitielle, en particulier atriale, qui facilite les TDR. La nicotine est également responsable d'une stimulation adrénergique augmentant la fréquence cardiaque et la pression artérielle ; le monoxyde de carbone diminue les capacités de transport d'oxygène ; ces deux effets combinés sont à l'origine d'un déficit de la balance myocardique en oxygène avec diminution du seuil de fibrillation ventriculaire (FV). Enfin, le stress oxydant est en cause dans la pathogénie et le maintien de la fibrillation atriale (FA).

Études cliniques. Troubles du rythme

ventriculaires. Une étude prospective de prévention secondaire (BIP trial) montre que le tabagisme est un puissant prédicteur de risque de mort subite (x 2,5) et que les patients qui arrêtent de fumer ont une réduction significative de risque, rejoignant celui des sujets n'ayant jamais fumé. Même démonstration (risque x 2,5) chez des femmes en prévention primaire (*Nurses' Health Study*). Baisse significative des décès rythmiques par sevrage dans une population de patients coronariens, d'autant plus marquée que le risque

rythmique est élevé (CAST). Chez des patients porteurs d'un défibrillateur, le tabagisme est le prédicteur le plus puissant de chocs pour tachycardie ventriculaire rapide et FV et de chocs inappropriés pour tachycardie supraventriculaire (MADIT), indépendamment de l'évolution de la maladie coronaire, ce qui est en faveur d'un effet arythmogène direct du tabagisme. **Fibrillation atriale.** Ont été rapportés des cas cliniques isolés de FA lors de l'administration de substituts nicotiques ainsi qu'avec l'e-cigarette, mais qui n'ont pas de valeur démonstrative. Dans les études prospectives longitudinales, seule la Rotterdam Study montre un sur-risque de FA, à la fois chez les fumeurs et chez les ex-fumeurs (RR de l'ordre de 1,5), mais les autres études, négatives, soit ne concernaient pas spécifiquement cette évaluation, soit étudiaient des populations plus jeunes. Enfin, paradoxalement, les fumeurs ont un risque inférieur à celui des non-fumeurs de présenter une FA en post-opératoire, ceci pouvant être expliqué par un phénomène de tolérance vis-à-vis des catécholamines en raison de la stimulation adrénergique chronique liée à leur tabagisme. **Variabilité sinusale.** Le tabagisme affecte le système nerveux autonome dont témoigne la diminution de la variabilité sinusale, facteur prédictif de troubles du rythme ventriculaire et marqueur de mauvais pronostic après infarctus du myocarde. Le tabagisme passif a également été incriminé dans l'altération de la variabilité sinusale.

Au total, le tabagisme est, par des mécanismes multiples, un inducteur de troubles du rythme cardiaque, dont certains très graves. Le sevrage tabagique constitue un élément protecteur déterminant de morbidité et de mortalité, en particulier chez les patients cardiaques à haut risque de trouble du rythme. Le rôle potentiel de la nicotine rapporté dans les données expérimentales ne doit pas faire craindre l'utilisation clinique de la substitution nicotinique qui présente un très bon rapport bénéfice/risque lié à terme aux effets anti-arythmiques majeurs du sevrage tabagique.

Pour en savoir plus

D'Alessandro A et al. Nicotine, cigarette smoking and cardiac arrhythmia: an overview. European Journal of Preventive Cardiology 2012; 19: 297-305

P2. Jeunes et tabac

P2a. Le tabagisme des adolescents en France : évolution, caractéristiques et devenir

M. Melchior, Eres, IPLESP, Inserm UMR_S 1136. Villejuif

En France le niveau de tabagisme des adolescents est élevé, par rapport à d'autres pays (15,8% des élèves en classe de troisième sont fumeurs réguliers et 31,5% des jeunes de 17 ans). De plus, la consommation de tabac ne semble pas diminuer dans le temps mais reste stable voire a un peu augmenté entre 2005 et 2011. Si le tabagisme a longtemps été particulièrement fréquent chez les jeunes hommes, les niveaux de consommation sont maintenant comparables dans les deux sexes. Le tabagisme est largement disséminé dans la population générale mais dès l'adolescence, on observe des inégalités sociales dans ce domaine, les jeunes issus de milieux défavorisés fumant plus souvent et plus que ceux qui viennent de milieux favorisés. Si, selon la tendance observée dans d'autres pays européens, on peut s'attendre à une baisse de la consommation de tabac des jeunes dans les prochaines années, les niveaux de tabagisme actuels sont tels que les effets néfastes de la consommation de tabac dans la génération qui est en train de faire la transition vers l'âge adulte seront certainement importants, particulièrement chez les femmes et les jeunes venant de milieux défavorisés.

P2b. Dispositifs spécialisés en addictologie : la consultation jeunes consommateurs

J.-P. Coueron, Fédération addiction. Paris

Pour la grande majorité des fumeurs, la consommation de tabac débute à l'adolescence. Avec 40% de fumeurs réguliers parmi les 16-25 ans, le tabac est le produit le plus consommé et constitue une préoccupation majeure de santé publique chez les jeunes.

Développant une approche et une clinique spécifique, les Consultations jeunes consommateurs (CJC) ont mission de rencontrer les jeunes le plus tôt possible dans leur expérience de consommation de substances psychoactives. Il s'agit notamment d'éviter un passage à l'addiction. Initialement centré sur les consommations de cannabis, ce dispositif s'est élargi à l'ensemble des produits psychoactifs et pratiques à risque (écrans, jeux, etc.).

Or le tabac reste un produit « à part », insuffisamment pris en compte par les professionnels. La Fédération addiction et le Respadd ont donc amorcé, grâce au soutien de l'INCa (Institut national du cancer) un travail visant à augmenter l'implication des professionnels des CJC sur les usages du tabac.

Par la mise en place d'une démarche participative basée sur l'expérience des professionnels de terrain, il s'agit de recenser et de capitaliser les actions conduites dans les CJC sur la question du tabac, d'identifier les freins et les leviers à sa prise en compte et, in fine, de définir des principes et modalités d'actions utiles à la pratique, en lien avec l'expérience capitalisée par les tabacologues.

Ce travail aboutira à la publication d'un guide pratique à destination des professionnels des CJC et de premier recours. Une journée nationale de diffusion sera organisée au dernier trimestre 2015. Cette communication permettra d'en restituer la première étape et d'échanger sur les perspectives.

P2c. Tabac et alcool chez les jeunes : état des lieux et prise en charge

G. Lafaye, Hôpital Paul Brousse. Villejuif

Non communiqué

P2d. Tabac et cannabis chez les jeunes : état des lieux et prise en charge

A. Dervaux, Sainte-Anne. Paris

Le cannabis est aujourd'hui la drogue illicite la plus fréquemment consommée en France et en Europe. Alors que l'usage avait progressé chez les adolescents au cours des années 1990 et jusqu'en 2002-2003, on constate une baisse significative de l'expérimentation et de l'usage régulier à l'âge de 17 ans. Les niveaux restent toutefois élevés : dans l'enquête Escapad, 41,5% des adolescents de 17 ans en 2011 avaient déjà fumé du cannabis au moins une fois (39% des filles et 44% des garçons). L'âge moyen d'initiation était de 15,3 ans. Les usages réguliers de cannabis (au moins dix fois dans le mois) concernent 2% des élèves de Troisième en 2010, 6% des élèves de Seconde en 2011, 7% des élèves de Terminale en 2011. Environ 5% des adolescents de 17 ans présentaient un risque élevé d'usage problématique (7% des garçons et 3% des filles), voire de dépendance au cannabis.

Alors que le tabagisme est très fréquent chez les consommateurs de cannabis, peu d'études cliniques ont évalué spécifiquement le tabagisme chez les consommateurs réguliers de cannabis ou leur prise en charge conjointe (*Bélangier et al. 2011; Lee et al. 2014 Webster et al. 2014*). La prise en charge des consommateurs réguliers de cannabis est fondée sur les entretiens motivationnels, les TCC et les approches familiales. Les traitements du sevrage sont symptomatiques. Il n'y a pas, à ce jour, de traitement disponible de

l'appétence ou de traitement de substitution, ayant fait la preuve de leur efficacité dans des essais en double aveugle contre placebo, sur de grands nombres de patients dépendants au cannabis. La n-acétyl-cystéine à fortes doses (hors AMM) pourrait réduire la consommation. Les comorbidités psychiatriques justifient des traitements spécifiques (antidépresseurs, thymorégulateurs, antipsychotiques).

P3. Sevrage tabagique et aspects économiques

P3a. Les enjeux contradictoires des politiques de lutte contre le tabagisme

D. Champetier de Ribes, E. Luciolli, Cour des comptes. Paris

Les travaux menés par la Cour en 2012 ont mis en lumière quelques grands paradoxes de la lutte contre le tabagisme : contradiction, dans le champ de la santé publique, entre un enjeu énorme en termes de morbidité et de mortalité associées, et des moyens d'action mobilisés qui restent limités. Contradiction médico-économique, car le tabac génère des recettes importantes pour la sécurité sociale, tout en représentant aussi un coût économique conséquent pour le système de santé. Il en résulte une autre contradiction entre des logiques sectorielles, budgétaires et des logiques de santé publique, se traduisant in fine par l'existence non pas d'une mais de plusieurs politiques de lutte contre le tabagisme. Contradiction enfin entre un dispositif législatif et réglementaire important mais sous utilisé et mal appliqué. L'exemple de certains pays étrangers – notamment le Royaume-Uni – montre qu'une politique spécifique, faisant l'objet d'un pilotage porté par l'administration sanitaire et assurant une coordination forte avec les autres acteurs publics ainsi qu'avec les professionnels, les associations et le monde de la recherche, pouvait être très efficace. La continuité et la mise en œuvre coordonnée d'une synergie de mesures qui se renforcent mutuellement sont des conditions indispensables à une véritable politique de lutte contre le tabagisme, dont on peut espérer qu'elle se mette en place en France avec le nouveau plan qui vient d'être annoncé.

P3b. Le rôle de la préférence pour le présent et de l'aversion au risque dans les inégalités sociales de tabagisme : une étude en population

F. Jusot, Université Paris-Dauphine. Paris

Non communiqué

P3c. Coût-efficacité de la prise en charge du sevrage tabagique par l'Assurance maladie (Modélisation de Markov)

K. Chevreul, B. Cadier, URC Eco IdF. Paris

Contexte et objectif. Parmi les nombreuses actions développées en France depuis la loi Évin de 1991 pour lutter contre le tabagisme, l'assurance maladie a proposé, depuis 2007, le remboursement partiel des médicaments de sevrage à hauteur de 50 € par bénéficiaire et par an. L'absence d'effet de cette mesure sur la prévalence du tabagisme questionne sa capacité à lever les barrières financières d'accès au sevrage médical et l'intérêt d'une prise en charge à 100%. Afin d'éclairer les décideurs publics, cette étude a pour objectif d'estimer le rapport coût-efficacité de la prise en charge médicale à 100% du sevrage tabagique comparé au forfait annuel de 50 € du point de vue de l'Assurance maladie en prenant en compte ou non les coûts liés aux maladies issues du tabac.

Méthode. Un modèle de Markov a été utilisé pour estimer les coûts et la survie de deux cohortes de 1 000 fumeurs représentatives des fumeurs réguliers français âgés de 15 à 75 ans, l'une bénéficiant de la prise en charge à 100% et l'autre du forfait actuel de 50 €. Le rapport coût-efficacité de la prise en charge à 100% a été estimé par le ratio coût-efficacité incrémental (ICER), exprimé en euros par année de vie gagnée (€/AVG), à l'horizon temporel de l'espérance de vie de chaque cohorte. Enfin, une analyse de sensibilité probabiliste de type Monte Carlo a été menée pour tenir compte de l'incertitude liée aux paramètres du modèle.

Résultats. L'ICER de la stratégie de prise en charge à 100% dans le scénario de référence comparé au forfait actuel de 50 € était de 5 996 €/AVG sans tenir compte des coûts associés aux principales maladies issues du tabac, et de 2 903 €/AVG en tenant compte de ces coûts associés. Dans l'analyse de sensibilité l'ICER était inférieur à 7 765 €/AVG dans 95% des cas et la prise en charge à 100% était moins onéreuse que le forfait annuel dans 5% des cas lorsque l'on tenait compte des coûts associés.

Conclusion. Comparée aux autres mesures de prévention des maladies cardio-vasculaires remboursées par l'assurance maladie, la prise en charge à 100% du sevrage tabagique apparaît comme la mesure la plus coût-efficace.

P3d. Incitation financière par bons d'achat dans le sevrage tabagique de la femme enceinte fumeuse

I. Berlin¹, N. Berlin^{2,3}, L. Goldzahl², F. Jusot⁴

¹GH Pitié-Salpêtrière. Paris

²Maison des sciences économiques, Paris I Panthéon-Sorbonne. Paris

³Université d'Édimbourg. Édimbourg (Écosse)

⁴Université Paris-Dauphine. Paris

La consommation de tabac par la femme enceinte augmente les risques pendant la grossesse, à la naissance, et peut avoir des conséquences néfastes et durables pour l'enfant. Les traitements substitutifs nicotiques (TSN) sont indiqués en France pour aider les femmes enceintes fumeuses à arrêter de fumer mais deux récentes études et deux métaanalyses ont montré qu'ils sont inefficaces pour augmenter l'abstinence au tabac et le poids de naissance. Des études récentes laissent entrevoir une efficacité prometteuse des incitations financières. Notre étude est une expérience randomisée, nationale et multicentrique, visant à augmenter le taux d'abstinence au tabac pendant la grossesse grâce à un système d'incitations financières. L'abstinence est testée dans les urines et par monoxyde de carbone expiré, puis dédommée par bons d'achat. Nous supposons que les incitations financières rémunérant progressivement l'abstinence au tabac (groupe traitement) augmenteront significativement le taux d'abstinence par rapport à l'absence d'incitation monétaire (groupe contrôle). Nous étudions l'hétérogénéité de l'efficacité d'une telle intervention selon les caractéristiques individuelles (statut socioéconomique, milieu social, caractéristiques de consommation tabagique, traits de personnalités, les préférences face au temps et au risque). À terme, nous fournirons une analyse coût-bénéfice basée sur les coûts des maladies chez le nourrisson et l'enfant causées par la consommation de tabac pendant la grossesse.

SY1. Symposium Pfizer. Sevrage tabagique : orientations et perspectives

I. Berlin¹, D. Thomas¹, R.-M. Rouquet²

¹GH Pitié-Salpêtrière. Paris

²CHU. Toulouse

P4. Session commune Société française de tabacologie et Société française d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie de la face et du cou. Manifestations ORL du tabagisme

P4a. Manifestations pharyngées et otologiques du tabac chez l'enfant et l'adulte (cancer exclu)

J.-M. Klein, Paris

Non communiqué

P4b. Manifestations rhinologiques du tabac

A. Coste, CHIC. Créteil

Non communiqué

P4c. Cancers des voies aérodigestives supérieures et tabac

D. Chevalier, CHU. Lille

Non communiqué

P4d. Cancers des voies aérodigestives supérieures et tabac

P. Perney, CHU Carémeau. Nîmes

Les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) surviennent principalement chez des patients consommateurs de tabac et/ou d'alcool. Après le traitement carcinologique, la poursuite de la consommation de ces deux produits est fréquente. Il a été montré que ces consommations aggravaient le pronostic et diminuaient l'espérance de vie.

L'objectif de notre étude était d'évaluer la faisabilité et l'efficacité d'une prise en charge addictologique systématique, proposée à la fin du traitement carcinologique.

Méthodes. Dans quatre unités spécialisées prenant en charge les cancers des VADS, nous avons proposé un traitement addictologique à chaque patient qui continuait à fumer ou à boire à la fin du traitement carcinologique. Les critères d'exclusion étaient l'existence de troubles psychiatriques ou cognitifs sévères et une espérance de vie inférieure à douze mois. Les critères d'évaluation étaient les

taux d'abstinence pour le tabac et l'alcool évalués après six et douze mois de suivi.

Résultats. 106 malades ont été inclus (84,5% d'hommes). Au moment du diagnostic, 98% des malades avaient une consommation d'alcool, 56% étaient alcoolodépendants et 97% fumaient tous les jours. Parmi les 73 patients qui avaient au moins une consommation à la fin du traitement carcinologique, 46,6% ont accepté un suivi addictologique. Chez ces patients, les taux d'abstinence à 12 mois étaient de 52,2% versus 31,03% chez ceux n'ayant pas accepté de suivi ($p=0,07$). Chez les malades qui avaient maintenu une double consommation alcool et tabac après leur traitement carcinologique, la prise en charge addictologique permettait de doubler les taux d'abstinence pour ces deux produits : 31% vs 14%.

Conclusion. Un suivi addictologique chez des malades traités pour un cancer des VADS est accepté par près de la moitié des malades consommateurs de tabac ou d'alcool. Ce suivi permet d'augmenter les taux d'abstinence au long cours et pourrait améliorer le pronostic de ces patients.

P5. Session AFIT (Association française des infirmières tabacologues)

P5a. Au centre hospitalier de Rouffach, création de la « Promenade des senteurs » : espace extérieur sans tabac

I. Hamm, CH. Rouffach

La coordination de la direction des soins, du comité de prévention du tabagisme, de l'IFSI et l'implication d'étudiants en soins infirmiers volontaires va permettre la création d'un espace extérieur sans tabac dans cet hôpital psychiatrique de structure pavillonnaire. Appelé « Promenade des senteurs » et dédié au bien-être et à la détente, il sera agrémenté de nombreuses plantes aromatiques. Cette zone, englobant l'IFSI, l'unité d'hospitalisation Ado'sphère et la cafétéria a pour principaux objectifs :

- de protéger les jeunes hospitalisées à Ado'sphère de l'initiation tabagique et/ou d'un environnement tabagique autour de leur pavillon entraînant une forte envie de fumer ;
- de permettre aux usagers de la cafétéria de profiter de la terrasse sans environnement

tabagique, sachant que ce lieu est régulièrement fréquenté par des familles avec des enfants en bas âge ;

- de permettre aux étudiants de l'IFSI sensibles à la stimulation tabagique de bénéficier d'une zone extérieure protégée du tabac durant les pauses entre les cours.

Le Plan cancer 2014, dans son objectif n° 10, met l'accent sur l'importance de préserver les jeunes de l'initiation tabagique et de leur faciliter l'arrêt. Les jeunes Français de 15-16 ans ont un niveau d'usage plus élevé que la moyenne européenne (38% contre 28%). Une des orientations du Plan cancer 2014, dans le cadre du Programme national de réduction du tabagisme est de « renforcer l'implication des professionnels de santé [...] et des établissements de santé [...] dans la démarche d'arrêt du tabagisme », d'où notre souhait d'impliquer précocement les futurs professionnels envers un enjeu majeur de santé publique.

Par ailleurs, la conférence d'experts *Arrêt du tabac chez les patients atteint d'affections psychiatriques* met l'accent sur l'installation rapide de la dépendance et les conséquences sur la santé psychique avec une augmentation de l'anxiété et de la dépression ainsi que des tentatives de suicide. L'accompagnement doit être adapté à cette population vulnérable et l'existence d'une zone protégée faciliterait cela.

Enfin, notre établissement est adhérent au Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions. Il doit donc avoir un fonctionnement en accord avec cet engagement institutionnel fort. La création d'une zone où l'on s'abstient de fumer viendrait marquer cet engagement au service du public et il compléterait utilement le dispositif d'aide au sevrage tabagique déjà mis en place dans l'établissement.

P5b. Le sevrage tabagique, une démarche en santé active (ou l'impact du tabagisme sur les habitudes de vie)

L. Louis, Centre hospitalisé spécialisé de la Sarthe. Le Mans

Le concept de santé active, qui s'inscrit dans celui de promotion de la santé, s'adresse plus globalement à la santé du sujet plutôt qu'à ses pathologies. Son principe consiste à proposer à l'individu d'agir lui-même sur les déterminants de santé en modifiant ses comportements et habitudes de vie comme l'alimentation, l'activité physique, le sommeil... La santé active est une prise en charge par soi-même de sa propre santé. Si le seul comportement tabagique est un

comportement qui nuit à la santé (premier facteur de risque de cancer et plus de 20% de la mortalité mondiale selon l'OMS), il induit aussi d'autres comportements plus insidieux mais tout autant délétères pour l'homme. La dépendance et le comportement tabagique influent directement sur les habitudes de vie. L'alimentation du fumeur est différente de celle du non-fumeur et la question de la prise de poids est une question essentielle dans le cadre du sevrage. L'activité physique est très souvent réduite à sa plus simple expression et la (re)mettre en place n'est pas toujours chose aisée pour le futur ex-fumeur. Et il en va de même pour tous les liens existant entre tabac et sommeil, tabac et stress, tabac et environnement... Le tout fonctionnant dans un engrenage ou chaque facteur interagit avec les autres. Il est alors indispensable d'aborder tous ces facteurs lors de la prise en charge du sujet tabagique car il est quelque peu illusoire de penser pouvoir se séparer durablement d'un produit sans opérer des changements dans son mode de vie.

P5c. Aider la maturation au changement des usagers de cannabis lors des consultations infirmières de tabacologie de liaison

S. Vannobel-Genou, Unité de coordination de tabacologie, CHU. Reims

Il n'est plus utile de démontrer que la consommation de cannabis (majoritairement sous forme de joint) augmente les risques propres à la consommation de tabac et constitue un frein à l'arrêt de celle-ci. Cependant les outils usuels (CAST, ADOSPA...) ne vont pas au-delà du repérage de l'usage problématique. Ainsi la création d'un outil d'aide à la maturation à l'arrêt, adapté aux consommateurs de cannabis et à la pratique d'infirmière en tabacologie m'a semblé utile.

Inspirée des principes et techniques de communication de Miller et Rollnick et de la balance décisionnelle de Janis et Mann, j'ai élaboré une grille décisionnelle spécifique et utilisable :

- dans toutes les étapes du modèle transthéorique du changement de Prochaska et Di Clemente ;
- dans tous les usages (à risque, nocif...) du cannabis.

Ses objectifs sont d'explorer l'ambivalence, d'aider à la prise de conscience des effets attendus (bénéfiques), de rechercher des facteurs susceptibles d'influencer une décision (coûts) et d'évaluer les freins (craintes), pour favoriser le

changement de la consommation de cannabis et ainsi faciliter à plus ou moins long terme l'arrêt du tabac.

Cette adaptation de l'entretien motivationnel en une intervention courte et standardisée pour notre pratique a l'avantage d'être reproductible. Elle permet maintenant aux quatre infirmières de l'équipe d'aborder cet usage de façon systématisée et probablement efficace, sans être « chrono-phage ». Puis, nous rappelons toujours la loi, explorons les situations à risque, informons des dangers de l'association tabac/cannabis et valorisons le changement de consommation lié à l'hospitalisation.

Respectueuse du Frames (Recommandations pour une attitude adaptée dans une intervention brève), ce type d'intervention structurée pourrait-il constituer un Repérage Précoce et Intervention Brève-Cannabis (RPIB-Cannabis) ?

P5d. Cas d'effets indésirables potentiellement associés à l'usage de la cigarette électronique

G. Heno, CH Bretagne Atlantique. Vannes-Auray

L'apparition de la cigarette électronique a suscité beaucoup d'espoir pour un grand nombre de fumeurs. Son succès le démontre. Face au fléau que représente le tabagisme, les responsables de santé publique se félicitent de cet engouement. Au Centre hospitalier de Vannes, l'équipe de tabacologie de liaison a cependant observé quelques cas d'évènement coronarien chez des patients fumeurs qui avaient commencé à vapoter quelques semaines avant leur hospitalisation. Bien évidemment, les facteurs de risque chez ces patients expliquent amplement l'apparition brutale de ces pathologies. Mais pouvons-nous aujourd'hui exclure totalement que l'emploi de l'e-cigarette n'y ait pas contribué ? Par précaution, plusieurs distributeurs de cigarettes électroniques déconseillent son utilisation chez les patients à risques cardio-vasculaires. Dans leurs recommandations publiées en avril 2014, les experts estiment préférable de la déconseiller à un patient ayant présenté un évènement coronarien aigu récent. L'e-cigarette n'étant pas un dispositif médical, aucune procédure simple de signalement n'est aujourd'hui à disposition des professionnels de santé pour recenser les effets indésirables suspectés de la cigarette électronique !

P6. Contrôle du tabac : place de la CCLAT

P6a. Les dix ans de la CCLAT : progrès, obstacles et perspectives

É. Tursan d'Espaignet, OMS. Genève (Suisse)

La CCLAT, entrée en vigueur en 2005, rassemble aujourd'hui 179 pays des 195 États membres de l'OMS. C'est un des traités qui a été signé le plus rapidement par les pays membres des Nations-Unies. Parmi les 38 articles de la Convention, ceux qui concernent la réduction de la demande et la réduction de l'offre sont les plus importants pour la lutte antitabac.

La présentation pointera les progrès faits durant la dernière décennie sur les mesures concernant la réduction de la demande et en particulier sur la protection contre l'exposition à la fumée du tabac, les mesures visant à réduire la dépendance et le sevrage tabagique, le conditionnement et l'étiquetage des produits du tabac, l'interdiction de la publicité, la promotion et parrainage, et enfin les mesures financières et fiscales visant à réduire la demande de tabac.

Depuis peu, l'OMS a aussi commencé à œuvrer pour la réduction de l'offre de tabac. En particulier elle s'intéresse au commerce, à l'agriculture et à l'environnement, ainsi qu'aux ingérences de l'industrie du tabac pour entraver les efforts des gouvernements dans la lutte antitabac.

Enfin, la présentation inclura les mesures prises pour améliorer le monitoring et l'évaluation des interventions mises en place par les pays.

P6b. Les dix ans de la CCLAT : progrès, obstacles et perspectives

E. Béguinot, CNCT. Paris

La France a adopté très tôt des législations fortes dans le domaine de la lutte contre le tabagisme. Lors des négociations du traité de la CCLAT, le pays a eu un rôle constructif et a été le premier membre de l'Union européenne à le ratifier en octobre 2004.

Toutefois, la consommation de tabac reste élevée dans notre pays et a même augmenté entre 2005 et 2010, date de la dernière grande enquête nationale. Le traité de l'OMS reste dans une large mesure méconnu par les acteurs censés l'appliquer, de même le coût sanitaire, financier et économique du tabac demeure considérablement sous-estimé par l'opinion publique et les acteurs institutionnels.

Les évaluations faites tant par la société civile que par des parlementaires ou institutions comme la Cour des comptes soulignent les défaillances du pays dans le domaine de l'application de la CCLAT et l'absence de moyens à la hauteur des enjeux.

En effet, s'il apparaît que nombre de mesures figurant dans le traité ont globalement fait l'objet d'une réglementation, l'application de celles-ci reste souvent problématique. Sont épinglées la dispersion des acteurs, l'absence de stratégie coordonnée, de vision à long terme du sujet permettant une approche politique volontariste, continue avec des objectifs clairs.

Enfin, l'influence de l'industrie du tabac et de ses alliés buralistes dans la définition et la mise en œuvre des politiques publiques reste considérable et nécessite que les autorités publiques s'en protègent.

Les annonces récentes du Plan national de réduction du tabagisme se distinguent radicalement des mesures éparses précédemment adoptées. Elles s'inscrivent dans le cadre du troisième Plan cancer avec une volonté politique nouvelle affirmée. Reste aujourd'hui à mettre en œuvre, de manière effective, l'ensemble de ces mesures.

P6c. Les avancées de la dernière conférence des membres de la CCLAT

S. Ratte. Paris

Non communiqué

P7. Éducation thérapeutique, transition hôpital-ville

P7a. L'ETP dans la BPCO : un outil d'aide à l'arrêt du tabac. Expérience du Dispensaire Émile Roux

F. Marchandise, P. Lemaire, L. Doly-Kuchcik, J. Perriot, Dispensaire Émile Roux. Clermont-Ferrand

L'Éducation thérapeutique du patient (ETP) permet d'accroître l'autonomie et la qualité de vie des malades atteints de BPCO. Elle se révèle être un outil efficace d'aide à l'arrêt du tabac pour les patients fumeurs atteints de BPCO.

Matériel et méthode. Le dispensaire Émile Roux, centre d'aide à l'arrêt du tabac, est promoteur depuis 2011 d'un programme validé d'ETP pour les patients atteints de BPCO. Sa file active compte 175 patients. Les patients atteints de BPCO intégrés dans le programme participent aux étapes éducatives réalisées en ateliers collectifs. L'un

d'entre eux est dédié à la dépendance tabagique. À cette occasion, ils peuvent intégrer la consultation d'aide à l'arrêt du tabac. L'intérêt de l'ETP dans le sevrage tabagique a été étudié en comparant le taux d'arrêt à six mois chez les patients atteints de BPCO (n= 73) engagés dans le programme d'ETP (groupe ETP) comparativement à des patients avec BPCO (n= 73) suivis en tabacologie sans ETP associée (groupe contrôle). L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel SAS version 8 (KH12 et ANOVA, seuil de significativité p<0.05).

Résultats. Le taux d'arrêt à six mois du groupe ETP comparativement au groupe contrôle est significativement supérieur (54% vs 33% p<0.001). En outre, le sevrage tabagique est apparu moins difficile et l'arrêt plus définitif aux patients du groupe ETP comparativement à celui du groupe contrôle.

Conclusion. Chez les patients atteints de BPCO, l'ETP se révèle être un moyen facilitateur de l'arrêt du tabac, premier facteur étiologique de cette maladie.

P7b. Comment éviter la rechute un an après un infarctus : expérience d'une intervention systématique

R. Auer, Polyclinique médicale universitaire, Université de Lausanne. Lausanne (Suisse)

Contexte. L'entretien motivationnel (EM), une approche de communication non-juge, centrée sur les besoins, pourrait permettre de conseiller les personnes fumeuses, quelle que soit leur motivation à arrêter. Nous avons cherché à tester l'acceptabilité et l'efficacité d'une offre systématique d'aide à l'arrêt.

Méthodes. Nous avons conduit une étude multicentrique avant-après dans deux centres hospitaliers universitaires (CHU) et deux CHU témoins sans intervention. Durant la phase d'intervention (08/2009 à 10/2010), un(e) interne formé(e) en EM a offert des conseils à toutes les personnes fumeuses admises pour un syndrome coronarien aigu, suivis par quatre suivis téléphoniques pendant deux mois par un(e) infirmier(e) formée en EM. Durant la phase d'observation (11/2010 à 02/2012), les soignant(e)s pouvaient demander une consultation en fonction des besoins perçus de leurs patient(e)s.

Résultats. Durant la phase d'intervention, 87% des personnes fumeuses (n = 193/225) ont reçu une intervention d'aide à l'arrêt du tabac contre 22% durant la phase d'observation (p<0.001). Seuls 2% ont refusé et 11% ont quitté l'hôpital avant que

l'interne ne puisse les approcher. La durée médiane des consultations était de 50 minutes et n'était pas associée à la motivation à arrêter ($p=0.4$). Au suivi clinique à douze mois, le taux d'arrêt a augmenté de 43% à 51% entre les deux phases (rapport de risque(RR)=1.20 (IC 95%: 0.98-1.46, $p=0.08$; taux de suivi:97%). Dans les deux CHU témoins n'offrant pas de consultation spécialisée, le RR était de 1.02 (IC 95%: 0.84-1.25, $p=0.8$).

Conclusions. Une stratégie proactive offrant systématiquement une intervention d'aide à l'arrêt du tabac augmente significativement le nombre de personnes bénéficiant de conseils et pourrait augmenter le taux d'arrêt à douze mois.

P7c. Efficacité des méthodes d'auto-aide au sevrage utilisées par les fumeurs

A. Stoebner-Delbarre^{1,2}, F. Amalvy², M.-È. Huteau^{1,2}

¹ Unité transversale en éducation thérapeutique du patient (Utep), Institut régional du cancer de Montpellier (ICM). Montpellier

² Équipe de liaison et de soins en addictologie (Elsa), ICM. Montpellier

Introduction. En France, parmi les fumeurs réguliers âgés de 15 à 75 ans, 57,6% déclarent avoir envie d'arrêter de fumer et 62,6% envisagent de le faire seuls sans l'aide d'un professionnel. Quelles sont les méthodes d'auto-aide au sevrage mises à leur disposition pour réaliser ces objectifs et que sait-on de leur efficacité ? Ce travail propose de présenter une analyse des connaissances disponibles sur le sujet.

Méthode. Une analyse de la littérature a été réalisée selon la méthodologie recommandée par la HAS (2000) à partir de la base de données PubMed entre 1991 et août 2014. Les définitions les plus exigeantes de l'abstinence ont été retenues dans les essais randomisés. Les enseignements des analyses qualitatives ont été relevés.

Résultats. 563 abstracts puis 233 articles ont été sélectionnés et analysés. Les principes et l'efficacité des méthodes d'auto-aide au sevrage telles que les brochures, les programmes informatiques et les lignes d'appels téléphoniques seront présentés. Les enseignements concernant l'utilisation de ces méthodes par des populations spécifiques (jeunes, femmes enceintes, personnes âgées) seront également développés.

Conclusion. En France, plus de la moitié des fumeurs réguliers âgés de 15 à 75 ans déclarent avoir envie d'arrêter de fumer et près des deux

tiers envisagent de le faire seuls sans l'aide d'un professionnel. Les méthodes d'auto-aide au sevrage ont donc un rôle important à jouer. Chacune d'entre elles semble avoir une efficacité limitée ; néanmoins leur utilisation par un grand nombre de fumeurs peut avoir un impact en termes de santé publique. Des méthodes plus adaptées aux différents types de fumeurs et théoriquement ancrées pourraient être plus efficaces.

P7d. ETP tabac en oncologie : protocole de prise en charge de l'hôpital à la ville

M.-È. Huteau^{1,2}, F. Amalvy², A. Colombe³, A. Stoebner-Delbarre^{1,2}

¹ Unité transversale en éducation thérapeutique du patient (Utep), Institut régional du cancer de Montpellier (ICM). Montpellier

² Équipe de liaison et de soins en addictologie (Elsa), ICM. Montpellier

³ Service informatique, ICM. Montpellier

Introduction. En oncologie, le maintien du tabagisme diminue la survie et la qualité de vie, augmente le risque des complications des traitements et peut réduire leur efficacité. La prise en charge du patient fumeur fait donc partie du traitement du cancer. Cependant peu de programmes spécifiques sont disponibles. À l'ICM, l'Unité d'éducation thérapeutique du patient (ETP) et l'Elsa ont recherché à optimiser la prise en charge en tabacologie en y intégrant l'ETP en lien avec la ville.

Méthode basée sur la Grounded Theory. Un groupe de travail de 14 professionnels de santé et 3 associations de patients s'est réuni 4 fois pendant 2h30 pour identifier des parcours patients et les freins et critères de qualité d'un lien ville hôpital. À partir de ces résultats, l'Elsa a créé un protocole qui a été testé et évalué auprès de 57 patients et 35 soignants pendant 3 mois.

Résultats. 15 freins au lien ville-hôpital ont été identifiés. Un programme ETP tabac a été conçu pour limiter ces freins. L'accès à l'information est simplifié par des outils intégrés au dossier médical ou remis au patient et aux professionnels de son choix. L'identification de personnes ressources et la participation du patient est favorisée. L'adressage aux consultations de tabacologie augmente et les soignants apprécient le protocole.

Conclusion. Le programme « ETP : addictions en oncologie » de l'Institut du cancer de Montpellier permet d'améliorer le lien ville-hôpital en s'appuyant sur des critères de qualité, une

équipe spécialisée et des outils adaptés et partageables entre tous. L'évaluation de processus du programme a montré la plus-value pour les soignants. Un essai randomisé permettra d'évaluer son efficacité.

P8. Session commune Société française de tabacologie et Société de pneumologie de langue française

P8a. Tabagisme et infections respiratoires : de la prévention au traitement

B. Dautzenberg, GH Pitié-Salpêtrière. Paris

La consommation active et passive de tabac est associée à un sur-risque d'infection respiratoire aussi bien chez l'adulte sain que chez l'adulte souffrant d'une maladie respiratoire. Ce risque est également observé avec l'exposition passive à la fumée de tabac chez le nourrisson, le jeune enfant et l'adulte.

Ce risque lié au tabac porte, selon les agents infectieux en cause, de façon isolée ou associée, sur le risque de colonisation, le risque de contracter la maladie, la gravité de la maladie et la mortalité liée à la maladie.

Pour les maladies virales, le tabagisme est associé à une augmentation de 50% du risque de contracter la grippe A, un risque quasiment doublé d'avoir une forme grave de grippe et une probable augmentation de la mortalité. Le tabagisme favorise également la plupart des maladies virales respiratoires et augmente la réplication du VIH.

Pour les maladies bactériennes pulmonaires, le tabagisme fait plus que doubler le risque de colonisation à *Streptococcus pneumoniae* du pharynx, de contracter une pneumonie à pneumocoque. Le risque est triplé pour les légionelloses pulmonaires.

Chez le sujet atteint de BPCO, le tabagisme augmente la colonisation à *Klebsiella pneumoniae* et augmente le nombre d'exacerbations.

Concernant la tuberculose, être fumeur est associé à un risque accru d'ITL. La durée de tabagisme et la quantité fumée sont indépendamment liées au risque d'ITL. Pour les ex-fumeurs, les données ne sont pas claires. Être fumeur est associé à un risque plus fort d'évolution vers la tuberculose maladie. La tuberculose maladie est plus fréquente chez les fumeurs. Selon l'OMS, 61% des décès par tuberculose sont attribuables au tabagisme. Enfin, parmi les enfants vivants avec un patient atteint de

tuberculose pulmonaire active, le tabagisme passif accélère le développement d'une tuberculose active.

Il n'existe pas de données convaincantes sur les infections pulmonaires à champignon, mais ces affections sont rares.

Chez le nouveau-né, une exposition au tabagisme passif de la mère double le risque d'infection pulmonaire haute (rhinopharyngites-otites) et basse (bronchites, broncho-pneumonies).

Ainsi le tabagisme joue un rôle majeur dans la survenue et le risque d'évolution grave des maladies infectieuses pulmonaires. Toute infection du poumon doit être l'occasion de rappeler ces évidences et d'initier un arrêt du tabac.

P8b. Tabagisme et asthme : de la prévention au traitement des crises

G. Peiffer, Centre de tabacologie, Service de pneumologie, CHR Mercy 1. Metz

La prévalence du tabagisme actif est identique dans la population générale et chez les asthmatiques. En Europe, plus d'un tiers des asthmatiques fument.

L'exposition au tabagisme. Le tabagisme passif de la petite enfance a aussi été mis en cause dans la sensibilisation allergique particulièrement chez les garçons. Or cette exposition est plus fréquente en cas de niveau socio-économique bas.

L'association asthme et tabac est très délétère. L'augmentation de la prévalence de l'asthme serait pour partie due au tabagisme. Le tabagisme favorise l'apparition de l'asthme de l'adulte ou la résurgence de l'asthme de l'enfant. Les femmes seraient plus sensibles aux effets néfastes du tabac. Fumer augmente la sévérité de l'asthme et diminue son contrôle.

L'asthme du fumeur est un phénotype distinct, caractérisé par un déclin plus rapide de la fonction et une résistance aux corticoïdes encore mal expliquée. Les nouveautés en matière de génétique et d'épigénétique sur le rôle de la nicotine posent des questions inédites : un phénotype d'asthmatique peut être transmis chez le rat après une exposition intra-utérine à la nicotine, à la deuxième génération puis à la troisième génération, même en l'absence d'exposition future à la nicotine. Ceci incite à promouvoir des campagnes de prévention du tabagisme passif et d'arrêt du tabac, en particulier chez la femme enceinte. Les études cliniques et

pharmacologiques ne doivent plus exclure systématiquement les fumeurs. Le coût énorme de l'asthme en santé publique pourrait être considérablement réduit si tous les asthmatiques fumeurs arrêtaient de fumer.

Bibliographie

1. Bisgaard H et al. *Interactions between asthma and lung function growth in early life.* *Am J Respir Crit Care Med* 2012;185:1183-9.
2. Charpentier C. et al. *Asthme et tabac : association dangereuse.* *Le Courrier des addictions* 2014; 16: 16-20.
3. Polosa R, Thomson NC. *Smoking and asthma: dangerous liaisons.* *Eur Respir J* 2013;41:716-26.
4. Peiffer G. et al. *L'asthme et ses aspects socio-économiques.* *OPA Pratique* juin 2014.

P8c. Tabagisme et cancer du poumon : de la prévention aux soins palliatifs

T. Urban, Département de pneumologie, allergologie, oncologie thoracique, CHU. Angers

En 2013, près de 40 000 nouveaux cas de cancers bronchiques et plus de 30 000 décès par cancer bronchique ont été enregistrés. Malgré des traitements lourds et de plus en plus coûteux, la survie globale à 5 ans des patients stagne à environ 15%.

La fumée de tabac est le principal déterminant du cancer bronchique, bien avant les expositions professionnelles (amiante, silice, métaux, radon) et le vieillissement de la population. Sans exposition tabagique régulière, on peut extrapoler que près de 85% des cancers bronchiques seraient évitables.

On sait depuis les premiers travaux de Doll et Peto que l'arrêt du tabagisme est efficace en prévention du cancer bronchique [1]. Le sevrage tabagique réduit significativement et lentement le risque de cancer, d'autant plus rapidement et fortement que son arrêt est précoce, et ce pour tous les types histologiques de cancer [2]. Le bénéfice en termes de morbidité cardio-vasculaire est plus rapidement observé. Un grand nombre de patients chez lesquels sont actuellement découverts des cancers bronchiques sont des ex-fumeurs, ayant habituellement fumé plus de 30 ans et ayant arrêté le plus souvent depuis moins de 10 ans, voire pour certains depuis plus de 15 ans. D'où l'importance d'un sevrage obtenu le plus précocement possible.

La question du sevrage tabagique se pose cependant encore très souvent chez le patient tabagique actif chez lequel on découvre un cancer bronchique avéré. Faut-il lui proposer un sevrage tabagique ou bien est-il trop tard, vu le pronostic très péjoratif de ce cancer ?

La découverte d'un cancer bronchique chez un fumeur actif est un moment propice d'intervention tabacologique pour le patient et pour ses proches. Mais cette période est sous-utilisée, priorité étant donnée aux explorations diagnostiques puis aux traitements curatifs par le praticien et par le patient, ce qui n'est pas sans susciter de fréquents questionnements à l'entourage du patient voire au patient à qui l'on a expliqué que le tabagisme était le facteur causal de sa maladie.

Le plus souvent la découverte d'un CBNPC entraîne spontanément l'arrêt du tabagisme, voire même est précédée de quelques semaines ou mois par un sevrage. Cependant ce n'est pas la règle absolue et un certain nombre de patients poursuivent leur tabagisme ou bien ils le reprennent après une chirurgie à visée curative ou en cas d'évolution défavorable.

Une autre situation de plus en plus fréquente est la découverte fortuite d'un petit nodule pulmonaire ou d'une opacité en verre dépoli suspecte qui justifiera d'une surveillance de 2 à 3 ans par tomodensitométrie, provoquant un questionnement chez le patient et des rencontres médicales propices à une intervention tabacologique.

Un quart des patients atteints de CBNPC est opérable, avec des chances réelles de contrôle durable et de guérison pour une part d'entre eux.

Chez le patient opérable, le sevrage tabagique devrait être systématiquement proposé, du fait d'un bénéfice vraisemblable du sevrage en termes de réduction des complications péri- et post-opératoires, comme le suggèrent les conclusions d'une conférence de consensus en 2005. Le délai entre la première consultation avec le spécialiste et l'acte chirurgical varie de l'ordre de 4 à 8 semaines, laissant le temps à une prise en charge tabacologique si celle-ci est anticipée.

L'étude de Parson et coll., rapportée en 2010 dans le BMJ sous forme d'une revue systématique et d'une méta-analyse, montre qu'un sevrage tabagique définitif y est nettement bénéfique en termes de survie, bénéfique bien supérieur à celui observé avec d'autres thérapies adjuvantes [3]. Dans cette étude, une modélisation suggère qu'un homme de 65 ans, porteur d'un stade précoce de CBNPC, a une espérance de survie à 5 ans de 33% en cas de poursuite de tabagisme et de 70% en cas d'arrêt du tabagisme. La meilleure survie pourrait être liée à plusieurs facteurs comme une réduction de la mortalité par rechute de cancer, par maladies cardio-respiratoires, ou par second cancer.

La question du sevrage tabagique est plus souvent débattue chez le patient fumeur métastatique inopérable, traité par chimiothérapie, dont la médiane de survie est de l'ordre de 8 à 10 mois, voire moins en cas de traitements d'emblée exclusivement palliatifs. Chez ces patients, la poursuite d'un tabagisme pourrait interférer négativement avec l'efficacité et/ou la toxicité de la radiothérapie et de la chimiothérapie, altérer le métabolisme de certains médicaments comme l'erlotinib (TKI R-EGF) [4]. Le sevrage tabagique pourrait améliorer l'indice d'activité physique, certains critères de qualité de vie et les symptômes respiratoires [5,6].

Enfin, la non-prise en compte du tabagisme chez ces patients peut susciter, chez le patient ou l'entourage, des questionnements face à ce manque de prise en compte de la cause du cancer telle qu'elle a été présentée. La prise en compte du tabagisme devrait être intégrée dans la prise en charge globale de ces patients qui doivent bénéficier de soins de support. Il a été démontré que des soins de support optima et précoces améliorent la survie des patients dans cette situation [7].

Bibliographie

- [1] Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ* 1994;309:901-911
- [2] Khuder SA, Mutgi AB. Effect of smoking cessation on major histologic types of lung cancer. *Chest*. 2001;120:1577-83.
- [3] Parsons A, Daley A, Begh R, Aveyard P. Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis: systematic review of observational studies with meta-analysis. *BMJ* 2010;340:b5569
- [4] Shepherd FA, Pereira JR, Ciuleanu T et al. Erlotinib in Previously Treated Non-Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med* 2005;353:123-132
- [5] Baser S, Shannon VR, Eapen GA, Jimenez CA, Onn A, Lin E, Morice RC. Smoking cessation after diagnosis of lung cancer is associated with a beneficial effect on performance status. *Chest*. 2006;130:1784-90.
- [6] Garces YI, Yang P, Parkinson J, Zhao X, Wampfler JA, Ebbert JO, Sloan JA. The relationship between cigarette smoking and quality of life after lung cancer diagnosis. *Chest*. 2004;126:1733-41.
- [7] Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med* 2010;363:733-742

P8d. Comment gérer le tabagisme en centre de réhabilitation respiratoire

X. Quantin, CHU. Montpellier

Non communiqué

P9. Tabac et procréation

P9a. Projet de grossesse et tabac

Y. Aubard, Hôpital de la mère et de l'enfant. Limoges

Non communiqué

P9b. Contraception et tabagisme

D. Thomas, Institut de cardiologie, GH Pitié-Salpêtrière. Paris

La contraception orale combinée (COC) est utilisée, en France, par environ 80% des femmes les plus jeunes et 30 à 40% des femmes en âge de procréer sont fumeuses.

Effets cardio-vasculaires du tabac sans COC. Il est pour une femme un facteur majeur de thrombose. Le risque relatif d'événement coronaire et d'AVC est d'autant plus important que les femmes sont jeunes et, chez les fumeuses, la fraction des événements coronaires attribuable au tabagisme est $\geq 70\%$ dans toutes les tranches d'âge. La seule tranche d'âge qui a vu l'incidence d'infarctus augmenter depuis dix ans est celle des femmes de 35 à 55 ans, tranche d'âge dans laquelle le pourcentage de fumeuses a dans le même temps augmenté de 7 points. Par ailleurs, la *One Million Women Study* britannique a récemment confirmé que le tabagisme était également un facteur indépendant de maladie thromboembolique veineuse (RR = 1.38 IC 95%: 1.28 -1.48).

Effets cardio-vasculaires de la COC.

L'éthinylestradiol, quelle qu'en soit la voie d'administration, est le facteur de risque essentiel des accidents thromboemboliques veineux et/ou artériels. Le risque thromboembolique veineux sous COC est de 6.29/10.000 années femmes (vs 3.01/10.000 années femmes chez les non utilisatrices de COC, mais 29/10.000 années femmes pendant la grossesse et 300-400/10.000 années femmes en post-partum !). Ce risque est dépendant du dosage en éthinylestradiol, dosage actuellement réduit au maximum, 30, 20 voire 15 μg . Il est dépendant aussi de la génération du progestatif avec un facteur 2 entre les COC de 3^e et 4^e génération (6 à 12/10000) par rapport à ceux de 2^e génération (5 à 7/10000), mais avec cependant des chevauchements, justement en fonction du dosage en éthinylestradiol. Le risque absolu de thrombose veineuse est en fait relativement faible en l'absence d'autres facteurs de risque : âge > 35 ans, obésité, antécédent de thrombose, facteurs de risque biologiques (thrombophilie), immobilisation (chirurgie, plâtre, vols longs courriers...) et tabagisme... Le risque artériel lié à la COC, à type d'infarctus du myocarde (0,67/10000/an) ou d'accident vasculaire cérébral ischémique (0,87/10 000/an), est bien plus faible en valeur absolue que celui de thrombose veineuse (≈ 10 fois moindre), mais avec une gravité

potentielle plus sévère de ces accidents. Ce risque artériel n'est significatif qu'avec les COC dosés à plus de 20 µg d'éthinylestradiol et peu ou pas influencé par le type de progestatif associé. Il est, comme le risque veineux, essentiellement dépendant de facteurs de risque spécifiques associés : âge >35 ans, tabac, HTA, hyperlipidémie, obésité, existence d'une migraine avec aura. Parmi ces facteurs associés, le tabac tient un rôle plus important que dans les complications veineuses.

Effets cardio-vasculaires de l'association d'un tabagisme à une COC. Elle présente un risque cardio-vasculaire accru, mais toujours dominé par celui du tabagisme. Le risque relatif est multiplié par 8,8 pour les accidents thromboemboliques veineux, par 12 à 13 pour l'infarctus du myocarde. Ce risque est très fortement accentué par l'âge, la majorité des accidents survenant chez des femmes de plus de 35 ans. Le cumul d'autres facteurs de risque, comme par exemple une HTA est également très aggravant (tabac + HTA + COC= RR d'infarctus X 71...). La COC en l'absence de tabagisme n'augmente pas la mortalité toutes causes, alors que celle-ci est significativement augmentée chez les femmes fumeuses sans COC, quel que soit le niveau de consommation de tabac.

Pour la pratique. La COC, quel que soit son mode d'administration (y compris les patchs et les anneaux vaginaux), est contre-indiquée chez la fumeuse de plus de 35 ans. Avant 35 ans, l'utilisation est possible en l'absence de facteurs de risque associés. Mais, dans tous les cas, une demande de contraception chez une femme fumeuse doit être une opportunité à saisir pour proposer activement une aide au sevrage.

P9c. Prise en charge systématique du tabac à la maternité : le point sur l'étude TGV-RCIU

M. Delcroix, Appri. Bailleul

Non communiqué

P9d. Tabac et procréation : la SFT interpelle les pouvoirs publics

N. Wirth, SFT, CHU. Vandœuvre-lès-Nancy

À ce jour, malgré les différentes mesures législatives prises ces dernières années à l'encontre du tabagisme, celui-ci, comparé aux autres pays européens, reste en France trop fréquent chez la femme, que ce soit avant, pendant et après la grossesse.

Le tabagisme chez les jeunes filles débute dans l'enfance vers 13 ans malgré l'interdiction de vente aux mineurs et se poursuit quotidiennement avec 30% de jeunes filles de 17 ans fumeuses en raison du pouvoir addictif extrêmement puissant de la nicotine.

La motivation principale à l'arrêt du tabac pour ces jeunes filles est très souvent la grossesse. Or, lorsqu'elles y sont confrontées, 17% des femmes enceintes restent fumeuses. Elles tentent pour la plupart au prix de gros efforts de réduire leur consommation sans se douter que cette réduction ne suffit pas à limiter les risques pour leur enfant qui sont élevés et encore trop souvent méconnus, voire minimisés à la fois par les consommatrices et certains professionnels de santé. L'information et la formation professionnelle font cruellement défaut.

Parmi celles qui parviennent à arrêter le tabac durant la grossesse, la plupart rechute dès les premiers mois suivant l'accouchement. Une prise en charge systématique durant la grossesse contribuerait à limiter les rechutes.

En conclusion, le pourcentage des femmes en âge de procréer fumeuses en France, de l'ordre de 30%, reste trop élevé. Les mesures présentées dans le Programme national de réduction du tabagisme marquent l'engagement fort du ministère de la Santé dans la lutte contre le tabagisme et la SFT s'engage à ses côtés pour leur mise en œuvre.

P10. Communications libres 1 : Précarité, troubles de santé et tabac

P10a. Problématiques addictives chez les bénéficiaires d'actions d'insertion par l'activité économique : l'expérience du dispensaire Émile Roux

J. Perriot, F. Merson, L. Doly-Kuchcik, S. Canton, N. Plazenet, P. Lemaire, Dispensaire Émile Roux. Clermont-Ferrand

La prévalence de la consommation de substances psychoactives (SPA) chez des personnes en situation de précarité sociale bénéficiant d'un bilan médico-psychologique a été étudiée. Une conduite à tenir chez le « fumeur précaire » en est déduite.

Matériel et méthode. 443 adultes (SR=2,8 ; âge moyen=39 ans ; score Épices moyen=50,2 ; revenu RMI ou RSA ; niveau de formation : 12% Bac, 45% < ou = BEPC) travaillant en chantier d'insertion professionnelle ont bénéficié d'un bilan médical au dispensaire Émile Roux entre 2009 et 2013. Leurs

consommations en SPA et les troubles associés ont été identifiés.

Résultats. Consommation de tabac : 72,8% de fumeurs actifs (49% > ou = 20 Pa ; 51% : FTND > ou = 7) ; 18,4% de jamais fumeurs ; 8,8% d'ex-fumeurs. Mésusage d'alcool : 28% (100% fumeurs). Consommation de SPA illicites : 19% (cannabis : 18%). Chez les fumeurs avec un score FTND > ou = 7, il est constaté : un mésusage d'alcool (100%), des troubles anxiodépressifs (100%), des troubles cardio-pulmonaires ou ORL (100%), des anomalies métaboliques (50%), une précarité sociale avérée (100% : Épices > ou = 30,17 avec 60% de grandes précarités : Épices > ou = 60).

Conclusion. Chez un fumeur en situation de précarité sociale (ou score Épices > ou = 30,17), le tabagisme et le niveau de dépendance nicotinique doivent être identifiés afin de guider les investigations médicales et addictologiques, ainsi que le soutien psychologique et social.

P10b. État des lieux de la motivation au sevrage tabagique et de l'auto-efficacité des personnes affectées par la pauvreté en Belgique

C. Corman, F. Dekeyser, Service d'étude et de prévention du tabagisme. Mons (Belgique)

Le tabagisme est plus fréquent parmi les fumeurs en situation de précarité, lesquels sont aussi davantage exposés à l'échec lorsqu'ils s'attaquent à cette assuétude. À la faveur de missions réalisées dans les filières de l'action sociale wallonne auprès de publics non demandeurs, nous avons évalué, à l'aide d'une batterie de questionnaires, leur motivation à l'arrêt tabagique ainsi que leur sentiment d'efficacité personnelle. Au niveau motivationnel, sur 215 sujets fumeurs, en amont de tout investissement thérapeutique (au seuil de la première animation), deux tiers pensent régulièrement à arrêter de fumer ; la statistique tombe à 36% lorsqu'une échéance est évoquée (« dans les six mois »). S'agissant du sentiment d'efficacité auto-régulatrice (se sentir capable de ne pas fumer sur une longue période), si se passer de fumer durant deux heures est jugé « facile » (coté en moyenne à 7,5/10), le score baisse à mesure que le délai grandit (au-delà d'une demi-journée, la moyenne chute à 3,3/10). Le recours à un tabacologue n'est pas appréhendé comme une solution d'emblée efficace pour 59% de nos sujets. En conclusion, notre échantillon, contrairement aux idées reçues, présente des indices de motivation au sevrage mais ne se sent pas capable d'y arriver. Un travail d'accompagnement (proposé

par le Sept en termes de mise en projet) se révèle donc nécessaire de sorte à soutenir leur confiance en eux, tandis qu'il s'agira de réinvestir la communication quant aux ressources disponibles (tabacologues, ligne téléphonique, substituts nicotiniques...) afin d'amener les personnes défavorisées à passer plus sereinement de la parole ou de la pensée aux actes.

P10c. Mise en place d'un programme d'aide à l'arrêt du tabac à l'attention de personnes en situation de précarité, bénéficiaires des permanences du Secours populaire français (SPF) : étude pilote

H. Forthin¹, C. Beaurain¹, C. Gallice Gaillard¹, X. Quantin²

¹Souffle L-R. Montpellier

²CHU de Montpellier, Service de pneumologie. Montpellier

En France, le tabagisme actif est responsable de 73 000 décès prématurés chaque année. Il affecte particulièrement les populations de bas niveaux socio-économiques, pour qui l'augmentation de la consommation a été la plus forte entre 2005 et 2010, passant de 43,5% à 49,6%. Ainsi, nous avons cherché à initier un programme spécifique d'accompagnement d'aide à l'arrêt du tabac pour cette population. Après avoir identifié les attentes et leviers de ce public en matière de sevrage tabagique par le biais de la méthode des focus groups, nous avons mis en place un programme d'aide à l'arrêt du tabac au sein de deux antennes du SPF de l'Hérault. 34 personnes intéressées par le projet ont été contactées et 13 ont été incluses. Le programme d'une durée de 9 mois était composé de consultations de tabacologie, de la délivrance gratuite de substituts nicotiniques, de SMS motivationnels et de séances ludiques. Le nombre de rendez-vous par semaine évoluait au fil des mois. 13 personnes (âgées en moyenne de 40 ans, consommant en moyenne 20,7 P/A) ont été incluses et 8 sont restées jusqu'à la fin du programme. Le taux de participation aux séances moyen était de 6,48 interventions ont eu lieu et 1 372 patchs, 6 060 comprimés à la nicotine, 5 inhalateurs et 250 gommes à mâcher à la nicotine ont été distribués. À ce jour, 2 personnes ont arrêté de fumer, 5 ont diminué leur consommation et une n'a pas modifié son comportement tabagique. Ces résultats sont encourageants et nécessitent la mise en place d'une étude d'efficacité pour conclure sur les bénéfices d'un tel programme pour un public en situation de précarité.

P10d. Pourquoi les fumeurs en situation de précarité fument plus et arrêtent moins : résultats de l'enquête Estap (Étudier le sevrage tabagique par une approche psychosociale)

F. Merson¹, J. Perriot¹, N. Fieulaine², M. Préau²

¹Dispensaire Émile Roux. Clermont-Ferrand

²Groupe de recherche en psychologie sociale, Lyon 2. Bron

La littérature récente met en évidence l'existence d'un gradient social dans la réussite du sevrage tabagique. La compréhension des mécanismes impliqués permettrait d'optimiser la prise en charge des publics en difficulté socialement.

Méthode. Une étude multicentrique longitudinale a été mise en place. Son objectif est d'étudier si le gradient observé pourrait être expliqué par des différences dans le rapport au temps et aux processus impliqués dans cette différenciation. L'échelle ZTPI a été utilisée pour évaluer la perspective temporelle (PT), le score Épices pour le statut socio-économique. Les consommations, niveau de dépendance (FTND), craving (TCQ), attitudes, motivation, représentations ou intentions d'arrêt ont aussi été mesurés.

Résultats. Les résultats confirment les liens directs entre le statut socio-économique (SES) et les variables liées au tabagisme. Les différentes dimensions de la PT sont également fortement liées au tabagisme et aux intentions d'arrêt. Plusieurs effets médiateurs partiels ou complets ont été mis en évidence. Le lien entre le SES et les attitudes ($z=2,39$; $p=.02$), représentations de l'arrêt ($z=2,65$; $p=.006$), craving ($z=3,36$; $p=.0008$), motivation ($z=-2,24$; $p=.02$) est partiellement ou totalement médiatisé par les dimensions « Passé Négatif », « Futur Négatif », « Présent Fataliste » et « Passé Positif » de la PT.

Conclusion. La PT s'inscrit comme un médiateur entre le SES et les variables associées au sevrage tabagique. L'optimisation de l'accompagnement des patients semble donc reposer sur la prise en compte des facteurs temporels associés au sevrage.

P10e. Évaluation du module de « mise en projet » auprès des personnes en situation de précarité, sous format de groupe

C. Corman, F. Dekeyser, Service d'étude et de prévention du tabagisme. Mons (Belgique)

Durant les trois dernières années, le service a déployé, dans le cadre de l'égalisation des chances en Belgique francophone, 26 modules ou cycles de « mise en projet d'un arrêt tabagique » auprès de publics défavorisés non demandeurs, a priori : sans intention déclarée de changement, nulle demande n'avait émané du groupe à l'égard de la tabacologie. L'étude a porté sur l'évolution de critères centrés sur le comportement tabagique (niveau de consommation, motivation personnelle et self-efficacy ; connaissance des ressources) ou relatifs au bien-être des participants. De l'analyse des 83 protocoles valides (appariement des questionnaires administrés avant et après les 5 séances de groupe), il ressort que (1°) les critères de bien-être s'améliorent (les sujets se sentent davantage assertifs et se revalorisent) ; (2°) l'auto-efficacité augmente et (3°) l'échéance évoquée pour l'arrêt se rapproche. Si les profits les plus déterminants sont relevés parmi les personnes ambivalentes/en intention d'arrêt (envisagé dans les six mois), les autres participants ne sont pas en reste : évolution du projet d'arrêt (délais raccourcis), consommation quotidienne en baisse et crédit supplémentaire conféré aux tabacologues. Il s'avère, en conclusion, pertinent d'aller à la rencontre des publics précarisés pour aborder la question du tabac dans un climat bienveillant, dépourvu de pression, même chez ceux qui ne manifestent pas, au départ, d'appétence au changement. Une mobilisation de leur part est possible avec des avancées significatives tant à l'égard des comportements que des représentations.

P10f. Tabac et maladie thromboembolique : risque de récurrence et d'hémorragie dans une cohorte de personnes âgées

P. Carruzzo¹, C. Clair¹, M. Méan², A. Limacher³, D. Aujesky², J. Cornuz¹

¹Policlinique médicale universitaire. Lausanne (Suisse)

²Hôpital universitaire de l'Île. Berne (Suisse)

³Clinical Trials Unit, Université Berne. Berne (Suisse)

Alors que l'association entre tabac et maladie thromboembolique est controversée, l'impact de la cigarette sur l'anticoagulation par anti-vitamine K a été bien démontré. Ainsi, le but de cette étude est d'investiguer l'impact de la cigarette sur la récurrence d'événements thromboemboliques – ETE – ainsi que sur les risques d'hémorragies.

Cette étude fait partie de la cohorte prospective multicentrique *Swiss Venous Thromboembolism Cohort Study 65 + (Switco 65+)* qui inclut des participants de ≥ 65 ans ayant eu un ETE. Trois

groupes ont été définis selon le statut tabagique : non-fumeur, fumeur actif et ancien fumeur. L'issue primaire était la récurrence d'un ETE et l'issue secondaire le risque d'hémorragie. L'association entre le statut tabagique et les issues a été évaluée à l'aide du modèle multivarié de sous-distribution des risques compétitifs selon la méthode de Fine et Gray

Sur les 988 participants analysés, 509 (51,5%) n'avaient jamais fumé, 403 (40,8%) étaient d'anciens fumeurs et 76 (7,7%) fumeurs actifs. Durant le suivi, 128 récurrences d'ETE (13%) ainsi que 286 hémorragies majeures et mineures (29%) ont eu lieu sans différence significative entre les groupes de fumeurs. Autant dans le modèle uni que le modèle multivarié, les fumeurs actifs n'ont pas plus de risque de récurrence d'ETE (Sub Hazard Ratio (SHR) 1.15 Intervalle de confiance à 95%

(95% CI) 0.55-2.38) ni d'hémorragie (SHR 0.95 CI 0.60-1.50) que les non-fumeurs et les anciens fumeurs.

Nous n'avons pas trouvé d'association significative entre la cigarette et le risque de récurrence d'ETE ou le risque d'hémorragie dans une population de personnes âgées après un premier ETE.

SY2. Symposium Pierre Fabre Santé

Des cas cliniques fréquents (vidéo), du sur-mesure comme solution

Animation : Étienne André - Table ronde : Gabrielle Errard-Dubois, Michèle Bertocchi, la salle - Synthèse : Jean Perriot

VENDREDI 7 NOVEMBRE 2014 | MATIN

S2. e-cigarette

S2a. Les données publiées sur la toxicité et les effets indésirables de l'e-cigarette

M. Underner, Unité de tabacologie, René Beuchant, CHU La Milétrie. Poitiers

En 2013, un Français sur cinq déclarait avoir déjà essayé la cigarette électronique (e-cig.). 43% d'entre eux estimaient que c'était un moyen efficace pour diminuer ou arrêter de consommer du tabac et 44% n'étaient pas inquiets de l'impact de l'e-cig. sur la santé. L'e-cig. ne comportant pas de combustion, sa vapeur ne contient ni monoxyde de carbone, ni hydrocarbures aromatiques polycycliques carcinogènes. En revanche, des nitrosamines carcinogènes peuvent être présents, mais à des concentrations très faibles (40 à 380 fois moins que dans la fumée de tabac). En théorie, les effets toxiques des e-cig. pourraient provenir : (a) de la nicotine (effets cardio-vasculaires), (b) des aldéhydes (acétaldéhyde et formaldéhyde ; retrouvées à des concentrations respectivement 450 et 9 fois moins élevées que dans la fumée de tabac), (c) des substances huileuses (le glycérol est extrait de l'huile de palme), (d) de l'acroléine (provenant du glycérol chauffé à trop haute température), (e) des impuretés éventuelles (diéthylène glycol, pouvant être utilisé pour la fabrication du propylène glycol ou du glycérol ; impuretés provenant de l'extraction des arômes naturels), (f) des phtalates (provenant de

l'enveloppe plastique de la cartouche si la température est trop élevée). Des contrôles de qualité sont donc impératifs. Enfin, le risque possible d'intoxication mortelle en cas d'ingestion d'e-liquide doit être rappelé. Toutefois, une étude de Goniewicz et al. [1], montre que la vapeur des e-cigarettes contient 9 à 450 fois moins de substances toxiques que la fumée de tabac. En revanche, les études cliniques sont peu nombreuses.

Effets respiratoires. Chez des sujets qui utilisaient l'e-cig. ad libitum pendant 5 mn, Vardavas et al. [2], ont noté une augmentation des résistances pulmonaires périphériques et une diminution de 16% du monoxyde d'azote (NO) expiré dans le groupe expérimental (e-cig. avec cartouche d'e-liquide contenant de la nicotine), comparativement au groupe témoin (« sham e-cig. » : e-cig. sans cartouche de e-liquide). En 2012, McCauley et al. [3] ont décrit le premier cas de pneumonie lipidique provoquée par l'e-cig. La substance incriminée était le glycérol de l'e-liquide.

Effets cardio-vasculaires. Deux études de Vansickel ont retrouvé des résultats discordants concernant les modifications de la fréquence cardiaque (FC) après utilisation d'e-cigarettes. Celle de 2010 [4], réalisée chez des fumeurs utilisant pour la première fois une e-cig. de première génération, ne notait pas de différence significative de la FC après versus avant utilisation. En revanche, celle de

VERIF 2013 [5], chez des petits fumeurs ou ex-fumeurs utilisateurs habituels d'e-cig. de seconde génération, retrouvait une augmentation significative de la FC dès la cinquième minute. Monroy et al. [6] ont décrit un cas d'épisodes de fibrillation atriale paroxystique survenant immédiatement après utilisation d'e-cig. Farsalinos et al. [7] ont étudié la toxicité de la vapeur de 20 e-liquides différents (contenant 6 à 24 mg/ml de nicotine) sur des cellules myocardiques en culture. Il existait une toxicité (viabilité des cellules myocardiques < 70%) pour quatre marques d'e-liquides, avec absence de corrélation entre la cytotoxicité et la concentration en nicotine des e-liquides.

Avis des utilisateurs. Hua et al. [8] ont recueilli l'avis des vapoteurs sur des forums d'utilisateurs d'e-cig. Ils ont noté 69 effets positifs et 318 effets négatifs sur la santé. Les effets négatifs les plus souvent rapportés étaient stomatologiques (irritation et sécheresse buccale, goût métallique dans la bouche), ORL (irritation, brûlure, douleurs, sécheresse de la gorge) et broncho-pulmonaires (toux sèche ; irritation, sensation de brûlure et douleurs).

Ainsi, les études cliniques doivent être poursuivies afin d'étudier les risques de l'utilisation par voie inhalée, la toxicité éventuelle des substances du e-liquide après chauffage et les risques de l'utilisation à long terme [9].

Références

- [1] Goniewicz ML. et al. *Tob Control* 2013 ; 23 : 133-9.
- [2] Vardavas CI et al. *Chest* 2012 ; 141 : 1400-6.
- [3] McCauley L. et al. *Chest* 2012 ; 141 : 1110-3.
- [4] Vansickel AR. et al. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2010 ; 19 : 1945-53.
- [5] Vansickel AR. et al. *Nicotine Tob Res* 2013 ; 15 : 267-70.
- [6] Monroy AE. et al. *Clin Geriatr* 2012 ; 20 : 28-32.
- [7] Farsalinos KE. et al. *Int J Environ Res Public Health* 2013 ; 10 : 5146-62.
- [8] Hua M. et al. *J Med Internet Res* 2013 ; 15 : e59.
- [9] Farsalinos KE et Polosa R. *Ther Adv Drug Saf* 2014 ; 5 : 67-86.

S2b. Quatre cas cliniques pour illustrer une pratique non validée

M. Adler, Hôpital Antoine-Béclère. Clamart

Non communiqué

S2c. Enquête sur les opinions des membres de la SFT sur l'e-cigarette

B. Dautzenberg, GH Pitié-Salpêtrière. Paris

Une enquête a été lancée en octobre 2014 auprès des membres de la SFT et des participants au congrès 2014 pour recueillir avis et pratiques des tabacologues en France à fin 2014. Cette enquête donne une image à un instant donné sur ce produit qui est venu s'intercaler entre les produits du tabac et les produits d'arrêt du tabac.

S2d. Méthode et résultats du consensus d'experts suisses sur l'e-cigarette

J. Cornuz, Centre hospitalier universitaire Vaudois, Policlinique médicale universitaire. Lausanne (Suisse)

La cigarette électronique suscite de nombreuses questions. Pour les autorités politiques et les experts scientifiques suisses, ce phénomène est un défi majeur à relever en matière de politique de santé publique. Actuellement, les professionnels de santé ne disposent pas de données suffisantes pour confirmer l'innocuité de ce produit à long terme, ni son efficacité pour l'arrêt du tabagisme.

En l'absence de données scientifiques, il est important de trouver un consensus parmi les experts en tabacologie. Il est également urgent de mettre en place un cadre législatif pour encadrer ce nouveau marché. Il est de la responsabilité des experts de proposer aux autorités des éléments susceptibles de contribuer à l'élaboration d'une réglementation.

Quelque quarante experts suisses ont été sondés par la Policlinique médicale universitaire de Lausanne, dans le cadre d'une étude Delphi (méthodologie scientifique visant le consensus entre experts).

À l'issue de cette démarche, les experts interrogés s'accordent pour estimer que le marché de la cigarette électronique avec nicotine doit être libéralisé en Suisse, toutefois sous certaines conditions.

La cigarette électronique avec nicotine doit être vendue en Suisse. L'autorisation de vente doit être limitée aux adultes, accompagnée de normes claires quant à la qualité, avec l'introduction d'une liste restrictive de substances autorisées et une concentration maximale en nicotine. Les experts s'accordent aussi pour en limiter la publicité et demandent qu'une taxe spécifique porte sur les cigarettes électroniques, en particulier pour financer la recherche.

Enfin, la consommation dans les lieux publics doit être interdite, d'une part pour éviter la renormalisation de la consommation de cigarette (et nuire ainsi aux efforts de santé publique de ces

dernières années) et d'autre part par analogie à la prévention du tabagisme passif (vapotage passif).

P12. Session commune Société française de tabacologie et THS (Toxicomanie hépatite sida). Tabac, jeu excessif et autres addictions

P12a. Le craving du joueur fumeur addict

M. Fatseas, CH Charles Perrrens, Université de Bordeaux, UMR CNRS 3413. Bordeaux

Non communiqué

P12b. Tabac et addictions à Internet

A. Dervaux, Hôpital Sainte-Anne. Paris

Les pratiques excessives d'Internet et des jeux vidéo sont des pathologies émergentes et mal connues. En France, il existe encore très peu de données quantitatives sur les pratiques de jeux vidéo/Internet chez les adolescents et les adultes. Il est d'autant plus difficile d'évaluer la fréquence des addictions à Internet qu'elles ne sont pas définies avec précision et que les outils d'évaluation sont multiples. Les fréquences retrouvées en population générale peuvent ainsi varier de 2 à 12%. Le seuil entre normal et pathologique n'est pas clairement défini : il n'existe pas, à ce jour, dans la littérature scientifique, de consensus sur la définition ni sur les critères d'usage pathologique d'Internet et des jeux vidéo. Il n'y a pas non plus de terme qui fasse consensus : usage problématique, addiction, dépendance, cyberdépendance, usage compulsif d'Internet...

En revanche, leurs effets sur la santé sont bien identifiés : troubles du sommeil, notamment réduction du temps de sommeil, irritabilité, tristesse, anxiété, isolement, baisse des performances scolaires. De nombreuses études ont également montré que la fréquence des comorbidités psychiatriques était élevée dans les addictions à Internet, en particulier les autres addictions (tabac, alcool et cannabis), les troubles dépressifs, les troubles anxieux et le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH). Les MMORPG (*Massively Multiplayer Online Role Playing Games*) sont particulièrement associés à une baisse de l'estime de soi et aux consommations de substances. Tabac et addictions à Internet partagent plusieurs facteurs de risque : timidité, introversité, recherche de sensations, impulsivité, faible estime de soi, alexithymie et dépression et

peut-être des circuits neurobiologiques communs (Ko et al. 2013).

P12c. Consommation de tabac, jeux de hasard et d'argent. Quels liens chez les jeunes ?

L. Romo, L. Kern, F. Boz, G. Kotbagy, A. Coeffec, E. Benoit, N. Lepillet, S. Plantey, Université Paris Ouest Nanterre la Défense, SEDAP. Dijon

Les jeux de hasard et d'argent représentent une activité ludique relativement fréquente chez les adolescents et les jeunes adultes. Selon l'enquête Escapad en 2011, 44% des jeunes de 17 ans déclaraient avoir déjà joué à des jeux de hasard et d'argent et 14,4% auraient joué à des jeux en ligne. Malgré l'interdiction des jeux de hasard et d'argent aux mineurs, 3% des adolescents de 17 ans qui ont joué au cours des 7 derniers jours présentent un problème de jeu excessif (3% des garçons et 1,3% de filles) (OFDT, 2011).

La littérature montre que les jeunes qui fument présentent souvent plus de problèmes de jeu et ces études mettent en lien le jeu et les notions de risque chez ces jeunes. Nous aborderons l'évaluation de ces comportements, les facteurs psychologiques associés comme l'impulsivité, la recherche de sensations, le TDAH... et nous finirons par exposer différents types d'intervention.

P12d. Sevrage combiné alcool

H. Donnadiou Rigole, CHRU. Montpellier

La consommation d'alcool est à l'origine de 49 000 décès par an. Les principales causes de décès sont par ordre de fréquence : les cancers, les pathologies cardio-vasculaires, les pathologies digestives. Le tabac est un co-facteur aggravant dans toutes ces pathologies. Une large majorité de patients souffrant d'une addiction à l'alcool consomment du tabac et mourront de complications liées à leur tabagisme. La diminution ou le sevrage en alcool ainsi que l'arrêt du tabagisme ont une efficacité dans la prévention du cancer.

Durant de nombreuses années, la prise en charge des addictions se faisait de façon cloisonnée, substance par substance. Il n'était pas classique de proposer des sevrages multiples aux patients. Néanmoins, l'association alcool/tabac doit être considérée de manière globale. En effet, le tabagisme jouant le rôle d'un stimulus peut favoriser une consommation d'alcool et inversement. Par ailleurs, le risque de transfert des addictions peut engendrer une augmentation du

tabagisme lors d'un sevrage en alcool. Enfin, la consommation d'alcool et de nicotine peut s'associer à un épisode dépressif majeur et interagir de façon bilatérale ; le sevrage est souvent perçu comme aggravant les symptômes dépressifs. Inversement, le syndrome dépressif est encore trop souvent perçu comme une contre-indication au sevrage. Les études réalisées sur ce sujet démontrent une plus grande anxiété lors du sevrage tabagique chez les patients alcoolo-dépendants et préconisent une prise en charge spécifique. La chronologie du sevrage, en un temps ou décalé, est à discuter avec le patient en fonction de sa motivation. En aucun cas le « respect » du tabagisme dans le suivi d'un sujet ayant une addiction à l'alcool ne doit être préconisé.

P13. Stimulation transcrânienne : nouvelle approche thérapeutique de l'aide à l'arrêt du tabac

P13a1. Les techniques de stimulation transcrânienne : rTMS et tDCS

M. Simonetta Moreau, CHU. Toulouse

La Stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) et la stimulation directe transcrânienne par un courant constant (tDCS) sont des méthodes de stimulation corticale non invasives (NIBS) permettant d'induire une modulation de l'excitabilité du cortex sous-jacent transitoire et focale (facilitation ou inhibition). La rTMS est basée sur le principe d'induction électromagnétique. Appliquée sous forme de trains à basse ou haute fréquence, pendant 20 minutes sur une aire corticale au moyen d'une bobine, elle est capable d'induire des changements durables de plasticité synaptique corticale de type LTP-LTD (post-effets). La tDCS diffère de la rTMS par le fait qu'elle n'induit pas de potentiel d'action neuronal. Le stimulateur délivre un courant constant (DC) de faible intensité (1-2 mA), appliqué au moyen de deux électrodes bipolaires, posées sur le scalp pendant 10-20 minutes. Ce courant constant génère un champ électrique statique qui module sélectivement la polarité membranaire de repos des neurones (dépoliarisation si stimulation anodale, hyperpolarisation si stimulation cathodale). Les post-effets induits peuvent durer 30 à 60 minutes et mettent en jeu des processus de type LTP-LTD. Par rapport à la rTMS, la tDCS a l'avantage de sa simplicité d'utilisation, son faible coût, l'excellence du contrôle placebo, son caractère moins contraignant. Ses inconvénients sont représentés par une faible résolution spatiale. Les effets de la NIBS après une seule session sont de courte durée, la répétition des sessions

potentialiserait la durée de l'effet mais pas sa taille. Les propriétés de neuromodulation de ces deux techniques ont été évaluées dans de nombreuses pathologies telles que les dépressions sévères, les hallucinations, les acouphènes, les douleurs neuropathiques, la récupération motrice post-AVC, les addictions, etc.

P13a2. Revue de la littérature relative à l'arrêt du tabac

A. Le Borgne, R.-M. Rouquet, Unité de coordination d'aide au sevrage tabagique, Hôpital Larrey, CHU. Toulouse

La rTMS ou la tDCS, techniques de stimulation transcrânienne non invasives, bien tolérées, déjà proposées dans certaines pathologies neurologiques, pourraient induire des changements durables de l'activité de régions cérébrales impliquées dans la dépendance.

Le cortex préfrontal dorsolatéral (CPFDL) est une structure superficielle impliquée dans la prise de décision. Il présente des connections avec des zones impliquées dans l'attention, la motivation et le circuit de récompense. Les fumeurs présentent des modifications cérébrales à ce niveau avec une hypofonctionnalité. La rTMS ou la tDCS, utilisées en regard du (CPFDL), peuvent augmenter la dopamine dans le noyau accumbens et réduire le craving. Pourraient-elles donc aussi réduire la consommation tabagique ?

Quelques études publiées ont montré une réduction du craving sans réduction prouvée de l'usage du tabac. Quelques-unes en rTMS (Eichhammer 2003 ; Amiaz 2009) et en tDCS (Fregni 2008 ; Boggio 2009 ; Fecteau et al. 2014) ont montré une réduction significative du nombre de cigarettes fumées par jour par rapport à un groupe placebo. Mais cette baisse n'est pas toujours le reflet d'une réelle réduction tabagique, comme peut en attester la stabilité du taux de monoxyde de carbone expiré. Une étude en tDCS (Xu et al, 2013) a montré sur des sujets abstinents depuis plusieurs heures, non pas une baisse du craving mais une diminution significative des affects négatifs.

Des essais sont en cours pour évaluer plus précisément le nombre de séances de stimulation nécessaires, le côté à stimuler... La baisse de craving associée à la diminution du nombre de cigarettes fumées observée s'accompagne-t-elle d'une réelle réduction de consommation ? Quelle pourrait être la place dans le futur de ces traitements dans le sevrage tabagique ?

P13b. Effet de la stimulation transcrânienne par tDCS sur la consommation tabagique : protocole et résultats

R-M. Rouquet¹, A. Le Borgne¹, M. Simonetta Moreau², C. Thalamas², M. Bertoia¹, N. Harribey¹, E. Bost¹, E. Dutheil¹, S. Fayas¹, M. Galley¹, M. Randria¹, L. Cailhol, G. Tap², C. Berny³, A. Cohen³, A. Didier¹

¹Unité de coordination d'aide au sevrage tabagique, Hôpital Larrey, CHU. Toulouse

²Centre d'investigation clinique, Service de neurologie, CHU Purpan. Toulouse

³Service de pharmacologie, CHU. Lyon

Selon quelques études, une neurostimulation du cortex préfrontal dorsolatéral (CPFDL) par courant électrique continu (tDCS) pourrait réduire le craving, principal facteur de rechute, et la consommation tabagique.

Matériel. Dans cette étude interventionnelle, prospective, contrôlée contre placebo, en double insu, menée au CHU de Toulouse entre juillet 2013 et janvier 2014, 34 fumeurs dépendants ont été randomisés en parallèle, par blocs selon l'intensité de leur tabagisme pour recevoir pendant 5 jours consécutifs sur le CPFDL gauche soit une tDCS anodale vraie de 20 minutes à 2mA soit une tDCS sham. L'objectif principal de l'étude était d'évaluer l'effet sur la consommation tabagique par la mesure de la cotinine salivaire entre J1 et J5. Les objectifs secondaires étaient de suivre l'évolution de la cotinine salivaire entre J5 et J final (J15-J20), les évolutions du craving signaux-induit, du CO expiré, du nombre de cigarettes fumées et d'évaluer la faisabilité et la tolérance de la technique.

Résultats. Tous les patients ont présenté une réduction significative de leur consommation tabagique à J5 et à J final. Les diminutions de cotinine salivaire, du CO expiré, du nombre de cigarettes fumées et du craving dans le groupe tDCS anodale vraie n'étaient pas significatives par rapport au groupe tDCS sham, seule une tendance d'effet favorable à J final du CO expiré et du craving dans le groupe tDCS vraie apparaissait. Une réduction significative du taux de CO expiré à J5 et J15-20 parmi les gros fumeurs du groupe tDCS vraie n'a pas été confirmée après ajustement sur le sexe. La tolérance et la faisabilité de la technique ont été excellentes.

Conclusion. Un effet « prise en charge » est survenu dans les deux bras. Des hypothèses sont discutées à propos des résultats.

P13c. Stimulation du noyau accumbens dans les dépendances : évaluation en Allemagne

F. Hertel, CH. Luxembourg (Luxembourg)

Non communiqué

P13d. Étude randomisée contrôlée sur l'intérêt d'associer la stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS) aux traitements de substitution nicotinique (TSN) dans le sevrage tabagique

V. Meille, B. Trojak, C. Allard, E. Blaise, H. Poquet, J.-C. Chauvet-Gélinier, B. Bonin, Service de psychiatrie et d'addictologie, CHU. Dijon

Introduction. Des études suggèrent que la rTMS appliquée sur le cortex dorsolatéral préfrontal (DLPFC) pourrait réduire le craving au tabac.

Hypothèse. Chez les fumeurs en échec du sevrage tabagique, la rTMS en association aux TSN permet d'augmenter les chances d'abstinence.

Méthode. Le jour de l'arrêt du tabac, des fumeurs fortement dépendants sont randomisés dans 2 groupes et bénéficient de 10 séances de rTMS active ou placebo sur 2 semaines (1 Hz, DLPFC droit, 360 implusions/séance; 120% du seul moteur), en association avec un TSN (patch 21 mg/j) pour réduire les symptômes de sevrage à la nicotine. L'abstinence, le *Tobacco Craving Questionnaire* (FTCQ) et le *Questionnaire of Smoking Urge* (QSU) sont utilisés pour évaluer l'efficacité des séances à l'issue des 2 semaines de stimulation.

Résultats. 37 patients ont été inclus dans l'étude (actif n=18; placebo n=19). Après les 2 semaines de stimulation, 16 patients du groupe actif sont abstinents contre 9 dans le groupe placebo (Fisher's exact: p=0.027 ; 1 donnée manquante). L'analyse de FTCQ montre une diminution significative de l'impulsivité dans le groupe actif (Wilcoxon: p=0.011) mais pas dans le groupe placebo (p=0.115). Il n'y a pas de différence entre les 2 groupes pour les autres facteurs ni du FTCQ-12 (émotionnalité, attente et anticipation des effets positifs) ni du QSU (anticipation du plaisir et du soulagement).

Conclusion. Lors du sevrage tabagique, la rTMS en association avec les TSN améliore les chances d'abstinence chez les fumeurs fortement dépendants, probablement par un effet sur l'impulsivité.

P14. Communications libres 2 : Différentes visions du sevrage tabagique

P14a. Intégration du suivi de consultations tabacologiques dans un logiciel de gestion d'activité : expérience du dispensaire Émile Roux

L. Doly-Kuchcik, P. Lemaire, J. Perriot, Dispensaire Émile Roux. Clermont-Ferrand

Le dispensaire Émile Roux, centre de référence tabacologique en région Auvergne, a assuré 67 000 consultations d'aide à l'arrêt depuis 1985. Une équipe pluridisciplinaire effectue la prise en charge et le suivi des patients.

Depuis 2013, dans le cadre d'une informatisation de son activité, l'équipe a participé à la création d'un logiciel permettant la saisie des consultations en tabacologie, organisés en quatre items : antécédents médicaux, bilan initial, consultations de suivi et évaluation finale.

Lors de la prise de contact, dans l'item « bilan initial », l'infirmier décrit la consommation quotidienne, l'histoire tabagique, les motivations, les tentatives d'arrêts, les tests et questionnaires réalisés. Le médecin remplit l'item « antécédents médicaux » en renseignant les consommations de SPA, les traitements d'arrêts et complète l'item « bilan initial » : bilan somatique, examens complémentaires, pathologies diagnostiquées, traitements, orientations éventuelles.

L'item « consultation de suivi » permet d'évaluer, à chaque contact, la situation tabagique (arrêt, réduction, consommation) et de colliger les traitements proposés et constats divers.

À la fin de la prise en charge, le bilan d'évaluation final permet de renseigner les réussites, échecs, effets secondaires du sevrage et perdus de vue. Il permet l'évaluation de l'aide apportée et du ressenti du patient.

Cet outil informatique permet d'homogénéiser la pratique de chaque acteur du centre, l'évaluation de l'activité des consultations tabacologique et de ses résultats mais n'a pas pour vocation à se substituer à l'indispensable outil épidémiologique que représente CDTnet.

P14b. Hospitalisation pour un sevrage au tabac : l'expérience du premier programme français

D. Cozzolino, M. Cadranel, Y. Le Strat, C. Dubertret, CHU Louis Mourier, HUPNVS. Colombes

La complexité de la prise en charge des patients fumeurs fortement dépendants au tabac est une évidence pour les équipes expérimentées en tabacologie. Ces populations difficiles de fumeurs irréductibles, *hard core smokers*, ou fumeurs fortement dépendants *heavy smokers* en échec de plusieurs lignes thérapeutiques, restent un des enjeux majeurs de santé publique si on considère leur morbi-mortalité. Mais le vécu négatif des échecs successifs de sevrage, le pouvoir addictif puissant du tabac, le craving plus important, les comorbidités psychiatriques associées sont autant de facteurs susceptibles de diminuer les possibilités d'arrêt du tabac ou de les différer. Pour certains patients dépendants d'autres substances et actuellement abstinentes (dépendance à l'héroïne substituée, alcoolodépendance sevrée) l'abandon de cette « dernière » addiction n'est tout simplement pas envisageable. Notre unité d'addictologie a mis en place depuis 2011 un programme de soins hospitaliers intensifs spécifique pour ces populations. Il consiste à dédier l'ensemble des moyens hospitaliers de l'unité d'addictologie de l'hôpital Louis Mourier à la prise en charge du sevrage tabagique, en intégrant un groupe de huit fumeurs, qui bénéficiera d'approches cognitivo-comportementales, de thérapies motivationnelles et d'expositions, en groupe et individuelles. Ce programme, dont les premiers résultats sont très encourageants, vous sera présenté dans cet exposé.

P14c. Efficacité de la prise en charge hospitalière systématique du tabagisme en cardiologie

N. Wirth¹, G. Mathern², C. Peyrin-Biroulet¹, Y. Martinet¹
¹Unité de coordination de tabacologie, CHU de Nancy, Vandœuvre-lès-Nancy
²IRAAT (Institut Rhône-Alpes Auvergne de tabacologie). Lyon

L'hospitalisation, où l'interdiction de fumer est la règle, constitue souvent pour un fumeur l'occasion d'arrêter de fumer. Quels que soient les motifs de l'hospitalisation, mais surtout lorsqu'ils sont liés au tabagisme, les fumeurs hospitalisés sont souvent plus sensibles aux conséquences sanitaires du tabagisme et aux conseils d'arrêt promulgués par le personnel soignant.

En cardiologie, le tabagisme représente une cause essentielle de morbidité et de mortalité évitable et les bénéfices cardio-vasculaires liés à l'arrêt du tabac sont rapides et importants. Or, après un syndrome coronaire aigu et en l'absence de suivi

spécifique, plus de la moitié des patients fumeurs auront repris leur tabagisme dans les six mois.

La revue Cochrane (Rigotti NA et al. 2012;5:CD001837) confirme que lors d'une hospitalisation pour cause de maladie cardio-vasculaire une intervention intensive associée à un suivi augmente les taux de sevrage tabagique avec un RR de 1,42 (IC à 95% : 1,29-1,56) par rapport aux interventions moins intensives. L'ajout d'un traitement substitutif nicotinique à une intervention avec conseils intensifs augmente encore de façon significative les taux de sevrage par rapport à une intervention de conseils seuls.

L'importance du suivi tabacologique à la sortie de l'hospitalisation est également majeure. En conclusion, les programmes de sevrage tabagique efficaces sont ceux débutés lors du séjour hospitalier et comprenant un soutien avec suivi d'au moins un mois après la sortie et administrés de façon systématique à tous les fumeurs.

Actuellement en France, les équipes mobiles de tabacologie hospitalières spécifiquement formées peuvent contribuer à une telle prise en charge.

P14d. Collaboration entre tabacologue et addictologue dans la prévention et l'arrêt du tabac en entreprise

P. Lemaire¹, L. Doly-Kuchcik¹, P. Lenat², M. Mialou², J. Perriot¹

¹Dispensaire Émile Roux. Clermont-Ferrand

²CSAPA-ANPAA. Clermont-Ferrand

La CARSAT Auvergne a souhaité proposer à ses salariés fumeurs une aide à l'arrêt du tabagisme à l'occasion de l'intégration de nouveaux locaux. Le dispensaire Émile Roux a assuré cette prise en charge après que le CSAPA-ANPAA 63 se soit chargé de la sensibilisation, information, motivation et du recrutement de personnes volontaires.

Modalités. Deux groupes d'aide à l'arrêt de 14 et 11 personnes ont été constitués et pris en charge tous les 15 jours sur 4 séances, chacune donnant lieu à une évaluation par questionnaire.

Chaque intervention comportait un échange avec les participants sur : vécu de l'arrêt, réponse aux questions, mesure du COE, évaluation du HAD, etc. et s'adaptait aux demandes des personnes présentes. À 3 mois, toutes ont reçu un questionnaire d'évaluation.

Résultats. Une bonne assiduité et participation aux séances a été constatée avec forte émulation entre

les deux groupes. Si le degré de motivation à l'arrêt n'était pas uniforme, à J42 20% des participants étaient abstinents et 16% en réduction de consommation. Sur 15 réponses à 3 mois, il est noté : 24% arrêt, 16% de réduction, 8% de reprise. La totalité des participants sont satisfaits de l'aide apportée et la majorité souhaite que l'action soit reconduite, en raison des échanges, de la liberté d'expression et de la personnalisation de la prise en charge rendus possibles. Des évaluations seront également faites à 6 et 12 mois.

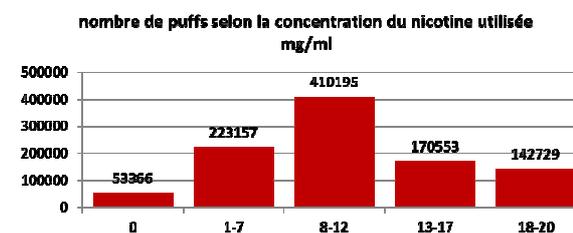
Conclusion. L'intervention combinée de deux équipes dans la prévention et l'aide à l'arrêt du tabac au sein d'une entreprise paraît faciliter la mise en œuvre et les résultats de techniques collectives de sevrage tabagique. L'implication de l'entreprise demeurant primordiale.

P14e. Doses de nicotine utilisées par les vapoteurs dans la 1 million puffs study

B. Dautzenberg, GH Pitié-Salpêtrière. Paris

Une étude sur 1 million de puffs a été conduite sur la base de données de la première e-cigarette connectée commercialisée en France (Smokio®). Dans cette étude, les utilisateurs indiquaient de façon volontaire le taux de nicotine utilisé. À l'heure où l'Europe impose, de façon contestée par certains, une dose maximum de 20 mg/ml de nicotine, il est utile de connaître les concentrations de nicotine utilisées dans une situation réelle.

Résultats. 185 utilisateurs ont produit de 2001 à 23 123 puffs avec une médiane de 5 405 sur les 116 jours de la période d'étude en début 2014. La concentration de nicotine de l'e-liquide utilisé était en moyenne de 11,02 ± 5,08 mg/ml.



Seuls 5,3% des puffs étaient produits avec des e-liquides sans nicotine et 5,2% avec des e-liquides contenant plus de 18 mg/ml de nicotine. La durée des puffs est corrélée à la concentration de nicotine (R²=0,90). La concentration moyenne utilisée est de 11,84 mg/ml pour les puffs de 0,6 seconde et de 8,78 mg/ml pour les puffs de 10 secondes.

Conclusion. Les concentrations de nicotine des e-liquides utilisées sont près de 9 fois sur 10 comprises entre 1 mg/ml et 18 mg/ml avec une médiane de 11 mg/ml.

P14f. Facteurs professionnels de rechute tabagique dans les six premiers mois après un arrêt

F. Ietri-Mann¹, C. Denis-Vatant², P. Vercherin³, C. Pélissier¹, L. Fontana¹

¹Service de santé au travail, CHU. Saint-Étienne

²Unité de coordination en tabacologie, CHU. Saint-Étienne

³Service de santé publique, CHU. Saint-Étienne.

Objectif. Déterminer les facteurs liés au travail associés à une rechute tabagique parmi une cohorte de patients, suivis par une consultation hospitalière de tabacologie, qui avaient arrêté de fumer.

Méthode. 155 patients, occupant un emploi stable au moment du sevrage, ont été contactés par téléphone 6 mois après l'arrêt du tabac. Il leur a été demandé s'ils avaient rechuté au cours des 6 derniers mois et des données socio-professionnelles ont été recueillies. Pour les patients qui avaient rechuté, les questions ont été posées pour la période qui précédait la rechute. Le groupe d'abstinents à 6 mois du jour de l'arrêt et le groupe de personnes qui avaient rechuté ont été

comparés par une analyse uni-variée. Les facteurs personnels et professionnels significativement liés à la rechute et certains facteurs d'importance (comme le résultat du test de Fagerström) ont été inclus dans une analyse multi-variée.

Résultats. Parmi les 94 participants, 51 déclaraient avoir rechuté et 43 être abstinents. En analyse multi-variée, un travail dans une entreprise de taille moyenne (10-50 salariés) par rapport au travail dans une entreprise de plus de 50 salariés (OR= 4,55 ; IC:1,35-15,39), un travail à temps plein (OR= 9,17 ; IC : 1,56-53,86), un travail de nuit (OR= 5,84 ; IC : 1,22-27,98) ont été démontrés comme des facteurs de risque indépendants de rechute à 6 mois dans la population étudiée.

Conclusion. Ces résultats suggèrent que l'échec d'un sevrage tabagique peut être influencé par des facteurs liés au travail.

SY3. Symposium Johnson & Johnson

« J'accomplis l'Incroyable » : une nouvelle WebAppli patient en complément de votre expertise

Kevin Dolgin, Président Observia, Associate Professor, IAE Paris et Anne-Laurence Le Faou, Hôpital européen Georges Pompidou, Paris

VENDREDI 7 NOVEMBRE 2014 | APRÈS-MIDI

P15. Mécanismes physiopathologiques

P15a. Facteurs professionnels de rechute tabagique dans les six premiers mois après un arrêt

M. Schlessler¹, G. Berchem¹, E. Vandyck²

¹Services de pneumologie et d'oncologie, Centre hospitalier. Luxembourg (Luxembourg)

²CRP Santé Luxembourg, Département d'oncologie. Luxembourg (Luxembourg)

La survie globale du cancer bronchique à 5 ans reste inférieure à 20%. Une meilleure connaissance des modifications biologiques induites par la fumée de tabac pourrait améliorer ce pronostic par un ciblage des tabagiques à risque et favoriser un diagnostic plus précoce.

Les effets nocifs de la fumée de tabac s'exercent au niveau de la muqueuse respiratoire en induisant des modifications moléculaires et histologiques

nommées champ de cancérisation, évoluant chez certaines personnes vers un cancer.

Nous avons étudié les gènes différentiellement exprimés (GDE) de ce champ de cancérisation à distance de tout cancer concomittant. L'étude s'est faite sur la muqueuse bronchique obtenue par biopsie fibroscopique en comparant des non-fumeurs (NF) à des tabagiques sans cancer (TNC) (GDE 1 : 1329 gènes) et des tabagiques avec un cancer bronchique ou ORL (TC) (GDE 2 : 1359 gènes) et enfin des TNC avec des TC (GDE 3 : 405 gènes). Nous avons dressé la liste des gènes différentiellement exprimés et défini les voies métaboliques et de régulations inhérentes. Nous avons établi des signatures génétiques différenciant les NF des fumeurs (16 gènes avec une précision de 95,2%), les NF des TC (8 gènes avec une précision de 100%) et finalement les TNC des TC (15 gènes avec une précision de 83,2%). Nous espérons que ces signatures pourront être

utilisées sur d'autres échantillons de muqueuse respiratoire facilement accessibles et apporter une plus value dans la prise en charge clinique des patients tabagiques.

P15b. Les mécanismes des effets cardio-vasculaires du tabagisme : multiples, très sensibles et réversibles !

D. Thomas, Institut de cardiologie, GH Pitié-Salpêtrière, Paris

Mécanismes multiples. Facteur de risque d'athérosclérose et de spasme artériel. *Stress oxydant* : les radicaux libres exogènes et endogènes diminuent la biodisponibilité NO et génèrent du peroxy-nitrite : mécanisme essentiel de l'altération et de la dysfonction artérielle. *Dysfonction endothéliale* : altération de la vasodilatation endothélium dépendante, liée à une diminution de synthèse de NO : une des manifestations les plus précoces de l'athérosclérose et qui explique la fréquence des manifestations spastiques coronaires. *Inflammation* : augmentation des leucocytes circulants et des marqueurs d'inflammation favorisant l'adhésivité monocytaire ; mécanisme fortement impliqué dans l'athérogénèse. *Modification du profil lipidique* : baisse du HDL cholestérol. Atteinte du goût et de l'odorat orientant vers une consommation préférentielle de graisses au détriment de celle de fruits et de légumes, contribuant à la peroxydation du LDL-cholestérol, qui est athérogène. **Facteur de thrombose.** Augmentation de l'agrégation et l'adhésivité des plaquettes ; augmentation du taux de fibrinogène ; diminution de l'activité fibrinolytique physiologique ; augmentation du nombre de globules rouges et de leucocytes, augmentant la viscosité sanguine. Ces facteurs expliquent la fréquence des accidents thrombotiques aigus, très souvent précoces, même sur des artères peu ou pas altérées. **Facteur d'hypoxie.** Le monoxyde de carbone (CO), qui a une beaucoup plus grande affinité pour l'hémoglobine que l'oxygène et diminue la capacité de transport de l'oxygène vers les tissus.

Facteur arythmogène. Stimulation adrénergique liée à la nicotine, qui conjuguée avec l'hypoxie liée au CO, altère la balance énergétique du myocarde et diminue le seuil de fibrillation ventriculaire ; action directe de la nicotine sur les canaux transmembranaires des myocytes et induction de fibrose interstitielle, en particulier atriale ; stress oxydant, en cause dans la pathogénie et le maintien de la fibrillation atriale.

Mécanismes très sensibles. Tous ces mécanismes sont activés pour des niveaux très faibles d'exposition, y compris un tabagisme passif. Effet-dose non linéaire pour les différents mécanismes mis en cause. Pas de seuil de consommation au-dessous duquel il n'y a pas d'augmentation du risque cardio-vasculaire. Ceci explique que la majorité de la mortalité (2/3) attribuée au tabagisme passif soit cardio-vasculaire.

Mécanismes réversibles. Tous ces mécanismes sont potentiellement rapidement réversibles : disparition du CO en 24 heures ; restauration de la fonction plaquettaire en 15 jours ; normalisation de la fonction endothéliale et régression de l'inflammation ; diminution du risque arythmogène. Cette réversibilité explique : le bénéfice clinique cardio-vasculaire rapide et important obtenu à l'arrêt du tabagisme, avec disparition totale du risque à terme si le sevrage a été précoce (≤ 30 ans) ; le bénéfice incertain et très relatif d'une simple réduction de consommation ; la persistance, si le sevrage a été tardif, d'un risque résiduel d'autant plus important que la durée du tabagisme a été longue, avec néanmoins même chez les sujets âgés toujours un bénéfice cardio-vasculaire important à attendre d'un sevrage.

P15c. Rôle ambivalent du tabac dans les maladies inflammatoires intestinales : pathophysiologie et implications cliniques

P. Juillerat, Département de gastroentérologie, Clinique de chirurgie et médecine viscérale, Hôpital de l'île, Université de Berne. Berne (Suisse)

La pathogénèse des maladies inflammatoires intestinales chroniques a pour base une « intolérance » de l'hôte à sa flore intestinale, induisant une réaction immunitaire disproportionnée dont les formes principales sont la maladie de Crohn et la recto-colite ulcéro-hémorragique. Les facteurs prédisposant évoqués sont d'origine intrinsèque (génétique, déficience de la défense intestinale) et extrinsèque (environnement). Suite à l'identification en 2001 d'une mutation du gène NOD2/CARD15[1], d'énormes efforts ont été investis ces dernières années dans le séquençage des gènes (*genome wide association studies* – GWAS), permettant d'identifier plus de 100 loci associés à des mutations prédisposant aux maladies inflammatoires intestinales mais n'expliquant cependant que 25 à 30% de l'incidence de ces maladies. En 1989, en revanche, sur la base d'une méta-analyse[2], le tabagisme chronique a déjà été évoqué comme un facteur environnemental défavorable pour la maladie de Crohn, cela a

ensuite été confirmé par toutes les études qui ont de plus mis en évidence son effet paradoxal protecteur sur la colite ulcéreuse. À ce jour, peu de données fondamentales solides expliquent pourtant ce phénomène. De nombreuses hypothèses ont tour à tour été évoquées : un effet protecteur, anti-inflammatoire ou par stimulation de la production de mucus intestinal, ainsi qu'un effet néfaste, immuno-modulateur (type TH1) ; procoagulant (microthromboses) ; production de radicaux libres ; diminution de la motricité et augmentation de la perméabilité intestinale. Toutefois, avec les récentes technologies (16s rRNA pyrosequencing), un nouvel axe de recherche semble prometteur, celui de l'influence du tabagisme chronique et de son arrêt sur le microbiome intestinal [3].

Références

- [1] Hugot, J.-P., M. Chamaillard, et al. (2001). Association of NOD2 leucine-rich repeat variants with susceptibility to Crohn's disease. *Nature* 411(6837): 599-603.
- [2] Calkins BM. (1989). A meta-analysis of the role of smoking in inflammatory bowel disease. *Dig Dis Sci.* 34(12): 1841-54.
- [3] Biedermann L, Zeitz J, et al. Smoking cessation induces profound changes in the composition of the intestinal microbiota in humans. *PLoS one* 8 (3): e59260.

P15d. Influence du tabac sur les mécanismes inflammatoires

B. Lauwerys, Cliniques universitaires Saint-Luc. Bruxelles (Belgique)

Non communiqué

P16. Stress et tabac

P16a. Stress : définitions et mécanismes

S. Corone, Centre médical de Bligny. Briis-sous-Forges

Non communiqué

P16b. Détente trompeuse : fumer réduit le stress ?

G. Peiffer, Centre de tabacologie, Service de pneumologie, CHR Mercy 1. Metz

Le but de l'exposé est de faire le point sur les relations entre stress et tabac.

On a longtemps pensé que les personnes plus stressées avaient tendance à fumer pour se détendre. On sait aujourd'hui que c'est faux. De nombreux travaux parus surtout ces dernières années permettent de montrer que c'est la cigarette qui stresse ! Les fumeurs possèdent un niveau de stress supérieur aux non-fumeurs. Chez les fumeurs, le risque de troubles anxieux est augmenté, le risque d'anxiété généralisée est multiplié par 5,5 (augmenté de 550% !) enfin celui

de troubles de panique multiplié par 15 (augmenté de 1 500%).

À l'arrêt du tabac, les résultats du sevrage tabagique à long terme, après plus de 4 semaines de sevrage, montrent que le niveau de stress des ex-fumeurs est plus bas que chez les fumeurs.

Bibliographie

1. Johnson JG et al. Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *JAMA* 2000;284: 2348-51.
2. Hajek P et al. What happens to anxiety levels on giving up smoking ? *Am. J. Psychiatry*, 1997;154: 1589-92.
3. Tanskanen A et al. Smoking and the risk of suicide. *Acta Psychiatr Scand.* 2000 Mar;101(3):243-5.
4. Hemenway D et al. Smoking and suicide among nurses. *Am J Public Health.* 1993 Feb;83(2):249-51.
5. Taylor G et al Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2014 Feb 13;348:g1151. doi: 10.1136/bmj.g1151. Review. Erratum in: *BMJ.* 2014;348:g2216.
6. Slopen N et al. Psychosocial stress and cigarette smoking persistence, cessation, and relapse over 9-10 years: a prospective study of middle-aged adults in the United States. *Cancer Causes Control.* 2013 Oct;24(10):1849-63
7. McDermott MS et al. Change in anxiety following successful and unsuccessful attempts at smoking cessation: cohort study. *Br J Psychiatry.* 2013 Jan;202(1):62-7.
8. Manning BK. Stress and quitting among African American smokers. *J Behav Med.* 2005 Aug;28(4):325-33.
9. Chassin L et al. Long-Term Psychological Sequelae of Smoking Cessation and Relapse *Health Psychology* 2002, Vol. 21, No. 5, 438-443.
10. Pfaff KA et al. Comparing the psychological stress between non-smoking patients and smoking patients who experience abrupt smoking cessation during hospitalization for acute myocardial infarction: a pilot study. *Can J Cardiovasc Nurs.* 2009;19(4):26-32.
11. Dupont P., Reynaud M, Aubin HJ. Stress et tabagisme des consultants en tabacologie *Rev Med Liège* 2012; 67 : 4 : 195-201.

P16c. Réussir à gérer son stress : mythe ou nécessité

J.-P. Houppé, CHR Metz-Thionville. Thionville

« Tant que l'homme sera mortel, je ne serai pas totalement rassuré ». Cette constatation, typique de l'humour de Woody Allen illustre parfaitement la problématique du stress et de son éventuelle prise en charge.

Il est admis à l'heure actuelle que le sevrage tabagique repose à la fois sur une prise en charge médicamenteuse et sur une aide psychologique. Les thérapies cognitivo-comportementales ont en particulier fait la preuve de leur efficacité.

Il n'en reste pas moins vrai que de nombreux patients fument ou reprennent leur intoxication non par plaisir mais parce qu'ils se sentent stressés. La gestion du stress devrait-elle obligatoirement faire partie du sevrage tabagique ?

Un monde sans stress est une illusion mortifère. Hans Selye, avec autant d'humour que Woody Allen rappelait souvent que seule la mort nous délivrera du stress. Le stress est, en effet, une demande d'adaptation aux contraintes de la vie.

Vivre dans la sérénité absolue, sans aucun stress, est donc un mythe. En revanche apprendre à nos patients à mieux gérer leur stress est une nécessité à la fois pour la réussite du sevrage tabagique et pour tous les aspects de leur santé.

En pratique, cette gestion du stress repose sur un travail corporel de relaxation, de respiration, de gestion des émotions. De multiples techniques ont montré leur efficacité qu'il s'agisse de la sophrologie, de l'hypnose, de la méditation en pleine conscience, de la thérapie d'acceptation et d'engagement ou encore de la cohérence cardiaque, ou de l'EMDR.

Au-delà de la gestion du stress au quotidien se pose en réalité pour chaque être humain, une seule et vraie question : « que faites-vous de votre vie » ?

P17. Session SFT DIU et posters

P17a. Interaction entre tabagisme et médicaments. Mythe ou réalité ? Implications pour le clinicien (DIU Belgique)

P. Bachez, Clinique Saint-Luc. Bouge (Belgique)

L'interaction fumée de tabac et médicaments est une réalité documentée dans la littérature médicale depuis au moins une quarantaine d'années.

L'interaction pharmacodynamique liée à la nicotine avec ses effets neurologiques et cardio-vasculaires paraît évidente. L'interaction pharmacocinétique est plus complexe. Elle repose sur une étude approfondie des mécanismes de métabolisation tissulaire hépatique, pulmonaire, intestinale, hématologique et placentaire passant par divers sous-groupes du cytochrome P 450.

L'effet de la fumée de cigarette sur plusieurs groupes thérapeutiques via ces deux types d'interactions a fait l'objet de nombreuses publications chez l'animal comme chez l'homme.

Les conséquences sur l'activité souvent diminuée de ces traitements appliqués chez le fumeur ont donné lieu à de nombreuses études. Cependant, bien que très détaillées à propos des mécanismes *in vivo*, les données relatives aux complications

cliniques font défaut. Ceci est plutôt paradoxal. Les fumeurs représentent en effet 20 à 25% de la population belge. Les répercussions du tabagisme en termes de maladies cardio-vasculaires, broncho-pulmonaires, neurologiques ou carcinologiques sont connues de longue date de même que l'association avec les maladies psychiatriques (dépression, troubles bipolaires ou psychoses). Il n'est pas rare qu'un fumeur cumule plusieurs pathologies liées au tabac. Malgré cela, la littérature nous apporte peu de recommandations claires par rapport à l'adaptation des posologies de ces diverses molécules souvent associées chez un même fumeur.

Il faut reconnaître que l'élaboration de recommandations n'est pas si simple car aux éléments pharmacologiques s'ajoutent des variations inter et intra-individuelles : génétiques (métaboliseurs lents ou rapides), ethniques ou liées au sexe du fumeur sans omettre la consommation conjointe d'autres drogues comme l'héroïne, la cocaïne ou plus communément l'alcool. Le tabagisme passif dont les effets néfastes sont à ce jour incontestables doit également être évoqué. Il est cependant peu étudié : une seule référence concernant le traitement d'enfants asthmatiques par la théophylline est répertoriée dans ce travail. L'expérience clinique de confrères psychiatres, cardiologues et anesthésistes a été sollicitée. Tous ont une vague connaissance de ces interactions potentielles entre certaines médications pourtant courantes et fumée de tabac mais aucun ne semble tenir compte du statut tabagique de ces patients dans l'adaptation des traitements prescrits. Si un traitement instauré à une posologie conventionnelle paraît moins efficace, la dose sera majorée ou un changement de molécule sera opéré. Mais le nouveau traitement pourrait aussi subir une interaction avec la fumée de cigarette.

La réalisation d'études cliniques prospectives à propos de ces interactions entre fumée de tabac et médicaments existants est à l'avenir primordiale. Elle devrait également concerner toute nouvelle médication indiquée chez les patients à risques comme les hypertendus, les cardiaques, les diabétiques, les asthmatiques ou ceux atteints de maladies psychiatriques. Les médecins s'occupant de ces malades comme les malades eux-mêmes devraient être informés de ces interactions potentielles. Les grands fumeurs nécessitent une surveillance thérapeutique accrue. Une attention toute particulière doit être portée sur l'apparition d'effets secondaires en cours de traitement par une médication pouvant interagir avec la fumée de

tabac. En effet, ceci peut signifier une modification des habitudes tabagiques du patient et nécessiter une adaptation de la dose thérapeutique.

Enfin, lors de la conception de nouvelles molécules d'aide au sevrage tabagique, les éventuelles interactions avec la fumée de tabac doivent également être évoquées et analysées.

P17b. État des connaissances et opinions des vendeurs d'e-cigarettes sur la réduction et l'aide à l'arrêt du tabac (DIU Rhône-Alpes-Auvergne)

S. Lhommet. Clermont-Ferrand

Contexte. Le tabagisme reste la première cause de mortalité évitable en France. L'apparition de la cigarette électronique, certes objet de polémiques, suscite l'intérêt des professionnels de santé impliqués dans le sevrage tabagique. Les études menées à ce jour sur son intérêt dans l'aide à l'arrêt montrent une efficacité modeste.

Objectif. Nous avons souhaité trouver des explications à ces résultats et tenté de déterminer ce qui pourrait être amélioré afin d'optimiser la prise en charge de ceux désirant un sevrage tabagique.

Méthode. Une étude descriptive a été menée par le biais d'un questionnaire écrit destiné aux vendeurs de cigarettes électroniques. Des entretiens individuels ont été conduits dans les boutiques spécialisées du Puy-de-Dôme de juin à août 2014.

Résultats. 18 vendeurs ont répondu, essentiellement des hommes jeunes. La majorité avait peu d'expérience dans le domaine et aucune formation. De nombreuses idées reçues, concernant la réduction du risque notamment, ainsi qu'une méconnaissance des moyens d'aide à l'arrêt ont été retrouvées.

Discussion. Si les commerçants connaissent très bien leurs produits, des lacunes sur l'utilisation de la nicotine et le sevrage tabagique sont fréquentes. Le matériel a beaucoup évolué et son utilisation serait optimisée si le conseil associé était de meilleure qualité.

Conclusion. La cigarette électronique pourrait être une aide au sevrage à condition que la substitution soit totale, le fumeur prêt à l'arrêt et le matériel utilisé adapté. Des conseils d'utilisation doivent être délivrés et un suivi mis en place. Une collaboration entre les vendeurs et des tabacologues pourrait permettre de remplir ces conditions.

P17c. Évaluation de la pertinence et de la faisabilité de la mise en place d'une démarche d'accompagnement à l'arrêt du tabac auprès des patients fumeurs sous oxygénothérapie à domicile (DIU Ouest)

M. Gaillard, Arair. Tours

Introduction. La mise en place de l'oxygénothérapie à domicile crée-t-elle un environnement favorable pour une démarche d'arrêt du tabac ?

Objectifs et méthode. Étude descriptive réalisée à partir :

- d'entretiens téléphoniques auprès de patients pour évaluer leur motivation à être accompagnés pour l'arrêt du tabac ;
- d'un questionnaire en ligne auprès des techniciens respiratoires de l'Arair pour évaluer leur intérêt et disposition à contribuer à cet accompagnement.

Résultats et conclusions. La BPCO représente 72% des motifs de mise en place de l'oxygénothérapie au domicile. Malgré la mise sous oxygène, la majorité des répondants ont une consommation tabagique quotidienne. Anciens « gros fumeurs » avec un tabagisme débuté avant 20 ans, ils ont progressivement réduit leur tabagisme en raison de l'aggravation de la maladie ou par le biais de tentatives de sevrage souvent nombreuses.

Même si la santé et le souffle sont cités pour le plus grand nombre comme facteurs de motivation à l'arrêt du tabac, le plaisir de fumer ou éprouvé en fumant reste une priorité.

Quelle que soit l'observance pour l'oxygénothérapie, la motivation à l'arrêt du tabac est insuffisante pour deux tiers d'entre eux. La majorité est cependant intéressée par un accompagnement pour réduire leur consommation tabagique.

Parce que changer est difficile, les connaissances et représentations de la santé, de la maladie, du tabagisme..., les facteurs psychosociaux, la confiance en soi sont autant d'éléments à prendre en compte dans l'accompagnement et le soutien de la motivation à l'arrêt du tabac.

Une majorité des techniciens, acteurs essentiels pour la mise place et le suivi de l'oxygénothérapie, sont disposés à s'impliquer dans le dépistage et la prise en charge du tabagisme. Un accompagnement à l'arrêt du tabac apparaît donc

pertinent et envisageable, en prenant en compte la singularité de chaque fumeur.

P17d. Rédaction et mise en place d'un protocole de recherche visant à évaluer les effets de l'utilisation d'une technique respiratoire spécifique dans le cadre d'un programme d'accompagnement au sevrage tabagique réalisé en centre de réhabilitation sur le craving à court terme chez les patients BPCO et fumeurs fortement dépendants (DIU Grand Sud)

M. Courbon, SOS Oxygène. Narbonne

La nicotine est la substance psychoactive la plus clairement addictive. Les neurobiologistes ont cartographié les régions cérébrales impliquées dans le comportement d'addiction, et ont découvert le rôle essentiel du circuit cérébral de la récompense. Mais, une autre région cérébrale participerait au maintien du comportement de dépendance : l'insula. Il joue un rôle dans l'incitation des processus de motivation qui animent les comportements addictifs. Il intervient aussi dans les processus de contrôle des comportements addictifs et représente les effets intéroceptifs de la consommation. Pour l'instant, les différentes thérapies utilisées agissent principalement sur le circuit de la récompense. L'enjeu actuel serait de trouver un moyen ciblant ces deux mécanismes.

L'objectif de ce projet de recherche est de déterminer les effets d'une technique respiratoire *pranayama* sur le craving à court terme chez des patients BPCO fumeurs fortement dépendants en centre dans le cadre d'un programme de réhabilitation.

Seront inclus dans cette étude 30 sujets fumeurs fortement dépendants âgés de 40 à 80 ans. Ils seront répartis en deux groupes randomisés par bloc de 5 : 1) selon les modalités de réhabilitation respiratoire et d'accompagnement au sevrage tabagique ; 2) même modalité + l'apprentissage et la pratique d'une technique respiratoire *pranayama*. Le protocole se déroulera sur 5 semaines. Lors de la première visite seront réalisés : un examen clinique, la consultation tabacologique initiale, un questionnaire sur le syndrome de sevrage, le TCQ, le test de Richmond et le QCT2 de Gillard. Par la suite, le groupe 2 aura chaque semaine, une séance d'apprentissage (semaine 1) et une séance de travail de 30 minutes sur la technique ventilatoire. De plus, les sujets de chacun des deux groupes rempliront de la première à la quatrième semaine le TCQ, le

questionnaire sur le syndrome de manque. Sera aussi mesuré chaque lundi, le taux de CO et la consommation déclarée. Enfin, le test de Richmond sera refait, par chacun des groupes, à la deuxième et quatrième semaine.

Les sujets bénéficient d'un programme original d'accompagnement au sevrage tabagique permettant de maintenir leur sevrage en évitant la rechute. Mais aussi d'enrayer, par cette abstinence, l'aggravation de leur état de santé. Cette étude sera dans la lignée du Programme national de réduction du tabagisme du 3^e Plan cancer. Enfin, sur le plan scientifique, cette étude permettra de connaître l'impact de cette technique ventilatoire sur le craving à court terme et de comparer le programme classique au programme complété par cette technique respiratoire. Calendrier prévisionnel de la recherche. L'étude dura 6 mois.

P17e. Étude prospective des comportements alimentaires lors du sevrage tabagique brutal des patients hospitalisés en unité de soins intensifs de cardiologie (DIU Paris)

A.-S. Guélou. Paris

Non communiqué

P18. Session sages-femmes

P18a. Les enjeux du post-partum

C. Monard, CHU. Nantes

Aujourd'hui aucun soignant ne doit se demander s'il doit parler ou ne pas parler du tabac. C'est à chacun de s'interroger sur « comment aborder le tabac ». La femme enceinte qui fume est « victime » et non « coupable ». Il est donc primordial que le professionnel déconstruise ses représentations négatives pour pouvoir accompagner sa patiente.

La grossesse est présentée comme une période favorable à l'arrêt du tabac car :

- disponibilité psychique de la future maman,
- nombreuses rencontres avec les professionnels pour le suivi de la grossesse,
- congé prénatal.

Cette affirmation « idyllique » ne tient pas compte de :

- l'évolution sociale de la femme,

- les modifications de la nicotine pendant la grossesse,
- les insuffisances qualitative et quantitative du repérage et de la proposition d'aide à la prise en charge d'arrêt du tabagisme pendant la grossesse,
- le congé postnatal.

Cette affirmation « idyllique » oublie que :

- ni la maman, ni le soignant ne peuvent prédire ce qui va se passer après la naissance,
- nombreuses rencontres avec les professionnels après la naissance : parents et enfant(s).

Chaque soignant a une responsabilité individuelle et ne doit pas se dire que le collègue fera ce que lui n'a pas fait. Chaque soignant a le pouvoir de prescrire sur son ordonnance « sevrage tabagique », ordonnance qui sera lue par le patient et transmise au pharmacien.

P18b. Duo entretien prénatal précoce/aide au sevrage tabagique

L. Galmiche, Centre hospitalier intercommunal. Marmande-Tonneins

Les recommandations HAS du suivi de grossesse prévoient qu'un entretien prénatal précoce soit systématiquement proposé, le plus tôt possible dès la déclaration de grossesse, afin de structurer et de coordonner le parcours de soins de la femme enceinte et du couple. La conférence de consensus « grossesse et tabac » de 2004 souligne l'intérêt de cet entretien en cas de dépistage de tabagisme actif et/ou passif de la femme enceinte. Il crée un contexte favorable pour instaurer le dialogue et permettre l'émergence des vulnérabilités. Il va permettre d'inscrire plus aisément les patientes consommatrices dans une dynamique de prise en charge médico-psychosociale. Un mémoire réalisé en 2013, dans le cadre de la formation interuniversitaire de périnatalité et addictions, a permis de faire un état des lieux descriptif de la prise en charge obstétricale des femmes enceintes consommatrices de substances psychoactives à la maternité du CHIC Marmande-Tonneins. Il a ainsi révélé que l'entretien prénatal précoce est le meilleur moment pour inciter les patientes à accepter une aide au sevrage. En effet, celles qui ont adhéré à cet accompagnement spécifique, sont celles qui en ont majoritairement bénéficié. Et par la suite, elles acceptent plus volontiers un relai avec la PMI à la sortie et une poursuite de l'aide pour continuer leur sevrage. Dans le cadre d'un réseau de proximité, en relation avec le réseau régional Périnat Aquitaine, une collaboration des

différents intervenants permet ainsi de diminuer les troubles liés au tabagisme et de préparer à la parentalité.

P18C. Incidence du tabagisme sur le mode d'accouchement

C. Meier, Centre hospitalier. Pau

Introduction. Le mode d'accouchement des femmes enceintes fumeuses est peu étudié et les résultats sont contradictoires.

Objectif. Évaluer le mode d'accouchement en fonction de la consommation, la réduction ou le sevrage de ces patientes.

Population. Les patientes de la consultation de tabacologie du Centre hospitalier de Pau du 01/01/2007 au 03/10/2014 sont incluses dans l'étude si leur enfant est un singleton en présentation céphalique.

Matériels et méthodes. Les patientes sont vues en externe ou lors d'une hospitalisation. Les renseignements sont informatisés grâce à la mise en place d'un dossier créé spécifiquement pour les femmes enceintes par la sage-femme tabacologue et le DIMESP de l'établissement combinant le dossier officiel de tabacologie et des renseignements obstétricaux et pédiatriques. Les statistiques sont réalisées sur Épidata® V2.2.0165.

Résultats. 361 patientes qui fumaient en moyenne 19,2 cigarettes/jour (médiane=20) ont réduit à 5,2 (médiane=3), le CO moyen à 13,9 (médiane=12) est réduit à 5,2 (médiane=2). 32,7% ont arrêté de fumer, 75,5% ont réduit leur taux de CO, 50,5% ont réduit au moins de moitié le nombre de cigarettes, 5,7% n'ont pas changé. 63,2% ont accouché par voie basse normale, 17,5% avec une extraction instrumentale et 20,2% par césarienne dont 10,0% en urgence. Les résultats pour les patientes (avec un singleton en présentation céphalique) de l'hôpital de Pau, sont respectivement 64,80%, 16,54% et 18,65%. L'analyse statistique en cours permettra de vérifier ou non la significativité de l'augmentation globale des accouchements pathologiques.

P19. Mises au point 2014 : revues de la littérature

P19a. Cardiologie et tabac en 2014

D. Thomas, Institut de cardiologie, GH Pitié-Salpêtrière. Paris

Épidémiologie. Études venant renforcer la notion de précocité de l'impact du tabagisme dans les

syndromes coronaires aigus (Davidson L et al. *Am J Med* 2014;127: 140-4) ainsi que les bénéfices majeurs du sevrage dans la prévention des IDM ST+ (Steele L et al. *Heart* 2014;100:A14). Chez la femme, les bénéfices du sevrage s'expriment essentiellement sur la prévention des IDM et des AVC (Gram IT et al. *Eur J Epidemiol* 2013; 28:799–806). L'incidence des AVC liés au tabagisme progresse et en particulier dans les pays à faibles revenus (Bennett DA et al. *Global Heart* 2014; 9: 107-12). Nouvelles recommandations américaines sur la prévention des AVC (Kernan WN et al. *Stroke* 2014; 45: 2160-236). Une modélisation de la modification de six facteurs de risque CV montre que c'est la prévention du tabagisme qui a potentiellement le plus gros impact en prévention cardio-vasculaire (Kontis V et al. *Lancet* 2014; 384: 427–37). Meilleur pronostic des arrêts cardiaques récupérés chez les fumeurs : paradoxe ? (Gupta T et al. *Am J Cardiol* 2014;114:169-74).

Physiopathologie. Rappel de deux revues de qualité sur les mécanismes physiopathologiques reliant pathologie CV et tabagisme (Salahuddin et al. *Global Heart* 2012; 7: 113 -20; Csordas A et al. *Nat Rev Cardiol.* 2013;10:219-30). Le tabagisme est un des quatre facteurs indépendants de survenue d'une valvulopathie sous benfluorex (Mediator®) (Tribouilloy C. et al. *Eur Heart J* 2013; 34: 3580-7), à rapprocher de l'impact du tabagisme sur la survenue du rétrécissement aortique valvulaire calcifié (Eveborn GW et al. *Eur J Epidemiol.* 2014; 29: 567-75).

Sevrage : Méta-analyse des effets secondaires CV dans les essais de sevrage tabagique : seule la substitution nicotinique donne un surcroît d'effets secondaires, mais bénins ; les bénéfices apportés par l'arrêt du tabagisme dépassent tous les risques potentiels pour l'ensemble des traitements (Mills EJ et al. *Circulation* 2014; 129: 28-41). Une méta-analyse ne montre pas d'efficacité du bupropion chez des patients cardio-vasculaires hospitalisés (Grandi SM et al. *Canadian Journal of Cardiology* 2013; 29: 1704-11). Une prise en charge paramédicale spécialisée associée à la varénicline chez des patients à haut risque CV (*Euroaction*) s'avère efficace sur l'abstinence à 16 semaines (Jennings C et al. *Eur Heart J.* 2014; 35:1411-20). Chez des patients en post infarctus, la prise de poids peut être associée à une augmentation de la pression artérielle et de l'utilisation des traitements antidiabétiques (Grandi SM et al. *Am J Med* 2014; 127: 641-9). L'arrêt du snus diminue d'environ 50% la mortalité à deux ans après infarctus du myocarde (Arefalk G et al. *Circulation* 2014;130:325-32).

Tabagisme passif. L'enquête Euroaspire III montre que la probabilité d'être non-fumeur à quinze mois d'une hospitalisation pour un événement coronaire est contrariée par la présence d'un tabagisme passif, en particulier au domicile (Prugger C et al. *Eur Heart J* 2014; 35: 590-8). L'exposition au tabagisme de deux parents fumeurs conditionne significativement l'épaisseur intima-media carotidienne à l'âge adulte (Gall S et al. *Eur Heart J* 2014; 35 : 2484-91).

E-cigarette. Comparaison des données concernant la fonction ventriculaire gauche, étudiée par échodoppler cardiaque chez des fumeurs et des vapoteurs non cardiaques : pas d'effet lié à l'e-cigarette (Farsalinos et al. *BMC Cardiovascular Disorders* 2014; 14:78). Même si nous avons aussi des données sur l'absence d'effet sur la vasomotricité coronaire chez des vapoteurs sains (Farsalinos K et al. *ESC 2013 (abstract) non publié*), nous manquons encore de données, en particulier pharmacocinétiques, pour juger de l'innocuité de l'utilisation de l'e-cigarette chez des patients cardiaques et coronariens.

P19b. Pneumologie et tabac en 2014

L. Greillier, CHU Marseille

Non communiqué

P19c. Métabolisme et tabac en 2014

C. Clair, CHU Vaudois, Policlinique médicale universitaire. Lausanne (Suisse)

Il est maintenant établi que le tabagisme augmente le risque de développer un diabète de type 2. Pour la première fois, dans le rapport du « Surgeon General » sur les conséquences du tabagisme sur la santé, sorti en début d'année 2014, le lien entre tabagisme et risque de diabète de type 2 est mentionné. Des études montrent également un lien entre tabagisme et syndrome métabolique. Le risque d'obésité abdominale semble augmenté chez les fumeurs comparé aux non-fumeurs et cette association pourrait en partie expliquer la relation a priori contre intuitive entre tabagisme et diabète. L'arrêt du tabac est associé quant à lui à une prise de poids dans la majorité des cas. Cette prise de poids, parfois conséquente, peut augmenter initialement le risque de développer un diabète de type 2. Toutefois à long terme, l'arrêt du tabac semble bénéfique et les anciens fumeurs retrouvent un risque métabolique identique à celui des personnes n'ayant jamais fumé. Ceci est d'autant plus rassurant que la prise de poids à l'arrêt du tabac ne contrecarre pas les bénéfices sur le plan cardio-vasculaire, même à court terme. Dans la population diabétique, la

prévalence du tabagisme reste encore élevée et ce malgré l'excès de complications et de mortalité qui y est associé. L'arrêt du tabac est un « traitement » efficace puisqu'il permet un meilleur contrôle du diabète et une nette diminution de la mortalité et des complications notamment cardio-vasculaires. Finalement il est intéressant de voir que les effets du tabagisme sur le métabolisme se manifestent très précocement, puisque le tabagisme maternel augmente le risque de problèmes métaboliques (surcharge pondérale, obésité et même diabète de type 2) chez la descendance.

P19d. Cancers et tabac en 2014

A. Deutsch, INCa. Boulogne-Billancourt

Non communiqué

P20. Prise en charge des fumeurs difficiles

P20a. Sevrage du fumeur atteint de BPCO

M. Underner, Unité de tabacologie, René Beuchant, CHU la Milétrie. Poitiers

Le tabagisme est la principale cause de BPCO. La prévalence du tabagisme chez les sujets atteints de BPCO est élevée : 38 à 77%. Les sujets BPCO ont une consommation quotidienne plus importante (> 20 cigarettes/jour), des marqueurs biologiques du tabagisme plus élevés et une dépendance nicotinique plus importante que les sujets non BPCO. Leur motivation à l'arrêt du tabac est variable, mais sans différence significative entre fumeurs BPCO et non BPCO. La prévalence de la dépression chez ces sujets est importante et sous-estimée. Chez les fumeurs avec BPCO, le tabagisme accélère le déclin du VEMS, augmente la fréquence des exacerbations, des hospitalisations et le risque de décès. L'arrêt du tabac est le traitement essentiel de cette maladie. Il diminue la prévalence des symptômes respiratoires, le nombre d'hospitalisations, la décroissance du VEMS, la fréquence des exacerbations et la mortalité globale. L'amélioration des symptômes respiratoires apparaît dans la première année après l'arrêt du tabac. Le sevrage tabagique réduit également la morbidité et la mortalité par maladie cardio-vasculaire ou cancer bronchique associé. L'arrêt du tabac doit être proposé à tous les stades de la BPCO et quel que soit le degré de motivation des patients. Le conseil d'arrêt associé à des interventions comportementales de forte intensité et aux médicaments d'aide à l'arrêt (substituts nicotiniques, varénicline, bupropion) est la stratégie de sevrage la plus efficace. En revanche, les prises en charge comportementales (même de forte intensité) sans médicament associé ne sont

pas plus efficaces que le simple conseil d'arrêt. L'utilisation du schéma de Fletcher et Peto peut être utile pour expliquer le résultat des EFR, en intégrant selon le contexte la notion « d'âge pulmonaire ». Contrairement à l'arrêt complet du tabac, la réduction de la consommation apporte peu de bénéfices. Seule une réduction d'au moins 85% de la consommation entraîne une légère augmentation du VEMS.

Les facteurs prédictifs du succès du sevrage chez les fumeurs avec BPCO sont une motivation importante à l'arrêt, à une adhésion au protocole d'intervention et à l'utilisation des médicaments du sevrage tabagique.

P20b. Sevrage du fumeur co-consommateur de SPA

D. Touzeau, Hôpital Paul Guiraud, Clinique Liberté. Bagneux

Le tabac, quasi constamment consommé par les sujets abuseurs ou dépendants de substances psychoactives (alcool, cannabis, opiacées, stimulants...) est un facteur aggravant des risques pour la santé. La dépendance au tabac est le plus souvent négligée et sous-traitée. L'arrêt concomitant du tabac et des substances est reconnu comme bénéfique. Il améliore le pronostic du sevrage et prévient les rechutes des autres addictions (avec ou sans substances).

La prise en charge doit permettre à l'usager de repérer les effets propres du tabac / à ceux recherchés avec les substances habituellement consommées. S'il n'existe pas de consensus sur la conduite thérapeutique (sevrage séquentiel ou simultané), il est toujours utile de proposer d'emblée une aide au sevrage tabagique (comme pour les autres patients) en combinant les approches thérapeutiques et en s'appuyant sur les solutions élaborées par le patient et son entourage pour réduire les risques (e-cigarette, entraide ...). Il faut toujours insister sur l'utilité de former l'ensemble des équipes à la dépendance nicotinique et la nécessité de proposer un traitement du tabac en leur sein, autant de facteurs favorisant la motivation à l'arrêt du tabac des patients et... des intervenants.

P20c. Sevrage du fumeur schizophrène

A. Schmitt, CHU. Clermont-Ferrand

La schizophrénie, qui touche environ 1% de la population, est une maladie neuro-développementale hétérogène dans sa présentation et son évolution. La prévalence du

tabagisme est six fois plus élevée chez les schizophrènes, de l'ordre de 50-85%, variant selon la présence de comorbidités ou d'autres abus de substances (Lasser K, 2000 ; APA 2006). Pour la majorité des patients, le tabagisme précède le début de la schizophrénie et se traduit par de fortes consommations de tabac et une dépendance nicotinique sévère. Une haute consommation de tabac est associée à une augmentation des symptômes positifs (délire, hallucinations), des abus de substances, du risque suicidaire, des hospitalisations, ainsi qu'une diminution des symptômes négatifs (troubles cognitifs) et extra pyramidaux (Lasser K, 2000). De multiples et complexes facteurs biologiques, psychologiques et sociaux semblent avoir des effets de causalité et de confusion sur la relation entre schizophrénie et forte dépendance tabagique. Deux théories ont été mises en avant afin d'expliquer cette dépendance particulièrement sévère chez ces patients : l'hypothèse d'automédication (Ziedonis et al 2008) et celle de la vulnérabilité aux addictions.

Même si les interventions de sevrage tabagique sont moins efficaces, le soutien professionnel, les stratégies de prévention de la rechute, les substituts nicotiniques, le bupropion et la varénicline (des études ont été publiées sur cette dernière molécule dans le sevrage tabagique des patients schizophrènes) aident ces patients à cesser de fumer. De nouvelles stratégies doivent surmonter les obstacles à l'arrêt du tabac en milieu psychiatrique et améliorer les interventions auprès des fumeurs. La recherche doit explorer le lien entre tabagisme et troubles mentaux et développer des interventions efficaces et intégrées au traitement psychiatrique des fumeurs.

P20d. Interactions médicamenteuses possibles lors de la prise en charge du fumeur difficile

I. Berlin, GH Pitié-Salpêtrière, Université P. et M. Curie, Faculté de médecine - INSERM 669. Paris

On peut définir les interactions comme modifications de l'effet pharmacologique d'un médicament dans le sens soit d'une augmentation soit d'une diminution de son effet. Il peut s'agir d'interaction entre deux médicaments, entre un médicament et une substance non médicamenteuse (par exemple. alcool ou tabac) et d'interaction d'un médicament avec un état pathologique ou non pathologique (par exemple l'arrêt tabagique). L'interaction peut être d'ordre pharmacocinétique ou pharmacodynamique.

La nicotine et son métabolite principal, la cotinine, sont métabolisés prioritairement par le cytochrome 2A6. Certains médicaments inhibent (tranylcypromine) d'autres induisent (rifampicine) l'activité du CYP2A6 mais ces interactions sont d'importance clinique mineure.

Les oestroprogestatifs, physiologiquement ou en forme de contraceptif, augmentent la clairance de la nicotine et de la cotinine soulevant les questions suivantes : les femmes en âge de procréer ou sous pilule sont-elles à risque accru de fumer plus ou nécessitent-elles des doses plus élevées de substituts nicotiniques que les hommes ou les femmes ménopausées ?

L'induction par le tabac fumé ou oral du CYP1A2 augmente la clairance hépatique de la théophylline, des neuroleptiques atypiques (clozapine) et de la caféine. À l'arrêt total de la consommation tabagique, cette induction se normalise, les concentrations plasmatiques des médicaments impliqués augmentent nécessitant une réadaptation posologique. Seuls un suivi rapproché et les adaptations posologiques fondées sur la symptomatologie clinique peuvent neutraliser les effets pharmacologiques des interactions médicamenteuses.

P22. Communications libres 3 : Jeunes et tabac

P22a. Tabagisme chez les jeunes en milieu scolaire dans la wilaya de Sétif 2014

S. Bouaoud, Laboratoire Santé Environnement. Sétif (Algérie)

L'usage du tabac a causé la mort de cent millions de personnes au 20^e siècle. Si des mesures efficaces ne sont pas mises en œuvre pour empêcher les jeunes de fumer et aider les fumeurs actuels à s'arrêter, le tabac tuera 1 milliard de personnes au 21^e siècle. Suite aux grands efforts entrepris pour restreindre le tabagisme dans les pays développés, l'industrie du tabac se tourne désormais vers les pays en voie de développement pour compenser leurs pertes dans les pays industrialisés en ciblant les jeunes. En Algérie, le tabagisme est en nette recrudescence ces dernières décennies surtout chez les jeunes.

Dans ce cadre, nous avons réalisé une étude dont l'objectif est de déterminer la prévalence du tabagisme en milieu scolaire dans la wilaya de Sétif et de mettre en place un véritable programme de lutte contre ce fléau. Il s'agit d'une enquête

épidémiologique transversale portant sur la consommation du tabac en milieu scolaire sur un échantillon représentatif de 1 732 élèves, âgés de 11 à 17 ans au cours de l'année scolaire 2014, dans la wilaya de Sétif. Le recueil de l'information est effectué sur un questionnaire individuel anonyme.

Les résultats obtenus montrent une prévalence du tabagisme de 24,84% dont 84,34% sont des garçons et 15,66% sont des filles, avec un taux de prévalence du tabagisme de 40,53% chez le sexe masculin et 7,86% chez le sexe féminin.

Une information continue doit être menée auprès des jeunes pour les sensibiliser sur les conséquences du tabac. Des programmes de masse adaptés à notre région et à notre culture sur les méthodes précoces de sevrage chez les adolescents, ainsi que chez leurs parents doivent être mis en place avec une véritable volonté politique.

P22b. Évolution du tabagisme avec l'arrivée de l'e-cigarette chez les collégiens parisiens (2011-2014)

B. Dautzenberg¹, N. Rieu², P. Birkui³, M.-D. Dautzenberg⁴

¹APHP, UPMC, OFT, PST. Paris

²Rectorat Académie de Paris. Paris

³PST. Paris

⁴OFT, PST. Paris

L'enquête annuelle de Paris sans tabac permet de vérifier si l'émergence de l'e-cigarette augmente ou non le tabagisme chez les jeunes parisiens dont les changements de consommation sont plus rapides que celles de leurs aînés.

Méthodes. Depuis 2011, l'auto-questionnaire annuel de PST, distribué avec l'aide de l'Académie de Paris à 2% des classes désignées au hasard, inclut des items e-cigarette. Les fumeurs réguliers, fumeurs occasionnels et ex-fumeurs ont été regroupés. Les vapoteurs sont ceux qui ont déclaré avoir vapoté ces 30 derniers jours (estimation à partir des expérimentateurs pour 2012). Les réponses de 6 973 collégiens de 12-15 ans ont été analysées.

Résultats. En 2014, 82,3% ne sont ni fumeurs, ni vapoteurs. Le taux de fumeurs et fumeo-vapoteurs qui était de 22,1% en 2011 a baissé à 12,7% en 2014, alors que 5,1% sont vapoteurs exclusifs. En additionnant l'ensemble des consommations, le taux de consommateur a baissé de 22,1% en 2011 à 17,7% en 2014 ($p < 0.01\%$).



P22c. Variabilité des connaissances et des attitudes envers le narguilé entre les fumeurs en milieu professionnel et universitaire

N. Kotti¹, W. Feki², N. Kammoun¹, M. Hajjaji¹, W.-K. Rekik², S. Kammoun²

¹Service de médecine de travail, CHU Hédi Chaker. Sfax (Tunisie)

²Service de pneumologie, CHU Hédi Chaker. Sfax (Tunisie)

Introduction. L'épidémie de tabagisme est bien réelle en Tunisie avec une utilisation de plusieurs formes de tabac, parmi lesquelles, le narguilé dont la consommation a nettement augmenté en milieu universitaire et professionnel.

Objectif. Évaluer les habitudes, les connaissances et les attitudes de lutte en matière de tabagisme et précisément de consommation de narguilé en milieu professionnel et en milieu universitaire.

Matériels et méthodes. Il s'agit d'une étude transversale sur deux cohortes, la première d'un échantillon de travailleurs de différents secteurs professionnels et l'autre d'une population d'étudiants. Les données ont été recueillies au moyen d'un questionnaire anonyme.

Résultats. La prévalence du tabagisme était significativement plus élevée chez les travailleurs (50%) que chez les étudiants (29%). L'âge moyen de début de tabagisme était de 21,4 ans pour les travailleurs contre 18,7 ans pour les étudiants. Le pourcentage des travailleurs fumant un à deux narguilés par jour était de 31% alors qu'il était de 38% pour les étudiants. Pour 53% des travailleurs et 70% des étudiants, le tabagisme passif est nocif pour l'entourage. L'utilisation de l'eau dans le narguilé diminue l'inhalation de goudrons pour 3% des enquêtés et joue le rôle de filtre pour 12% d'autres. Le deux tiers des enquêtés ont désiré arrêter le tabagisme.

Conclusion. Malgré leur retentissement sur la santé, les effets néfastes du narguilé sont souvent minimisés par la plupart des fumeurs, notamment les jeunes, d'où la nécessité d'une bonne sensibilisation contre toutes les formes de tabac et pas seulement les cigarettes.

P22d. Profil des fumeurs quotidiens chez les étudiants en France

J. Hazart^{1,2,3}, S. Léger^{2,4}, A. Perreve¹, L. Gerbaud^{1,2,3}

¹Service de santé universitaire, Université d'Auvergne, Clermont-Ferrand

²Service de santé publique, CHU de Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand

³Clermont Université, Université d'Auvergne, EA 4681, Peprade, Clermont-Ferrand

⁴Laboratoire de Mathématiques, UMR6620, CNRS, Université Blaise Pascal, Clermont-Ferrand

Objectif. Décrire le profil des fumeurs quotidiens chez les étudiants en France.

Méthode. Étude transversale s'adressant aux étudiants inscrits dans les universités en 2012-2013. Auto-questionnaire en ligne anonyme de 76 items envoyé via leur courriel étudiant.

Résultats. Du 2 février au 30 juin 2013, 36 427 questionnaires ont été analysés. Un profil des fumeurs quotidiens (18% des répondants) a été établi par une régression logistique après ajustement sur l'âge, le sexe, le score du *Mental Health Inventory* (MHI-5) et le score d'Évaluation de la précarité et des inégalités de santé pour les centres d'examen de santé (Épices). Les fumeurs quotidiens sont plus souvent de nationalité française (OR=1,60 ; [1,33-1,92]), vivant en colocation (OR=1,80 ; [1,61-2,01]) ou location seul (OR=1,62 ; [1,46-1,80]) ; inscrits en Droit et Sciences Politiques (OR=1,75 ; [1,56-1,97]) ou Lettres et langues, Sciences humaines et sociales (OR=1,67 ; [1,53-1,81]). Ils sont plus souvent usagers réguliers de cannabis (OR=9,50 ; [8,25-10,94]) et d'alcool (OR= 3,18 ; [2,88-3,50]) avec des troubles du sommeil (OR=1,75 ; [1,52-2,02]) et un recours aux psychologues ou psychiatres (OR=1,36 ; [1,25-1,48]) plus fréquents. Ils pratiquent moins souvent une activité physique (OR=2,04 ; [1,85-2,26]) et ont plutôt une activité rémunérée supérieure à 15 heures par semaine (OR=1,50 ; [1,33-1,68]). Ils déclarent plus souvent être auteurs de violences avec dégradations matérielles (OR=1,42 ; [1,31-1,53]), de violences envers autrui (OR=1,18 ; [1,10-1,27]) et victimes de violences physiques (OR=1,45 ; [1,31-1,60]).

Conclusion. Les fumeurs quotidiens ont un profil particulier, cible potentielle des programmes de prévention en santé des étudiants.

P22e. Quelles sont les particularités des jeunes vapoteurs non-fumeurs comparés à ceux qui fument et vapotent ?

B. Dautzenberg¹, N. Rieu², P. Birkui³, M.-D. Dautzenberg⁴

¹APHP, UPMC, OFT, PST. Paris

²Rectorat Académie de Paris. Paris

³PST. Paris

⁴OFT, PST. Paris

L'e-cigarette est en 2014 utilisée presque aussi souvent que le tabac chez les 12-15 ans (12,7% de fumeurs quotidiens, occasionnels ou ex-fumeurs contre 9,9% de vapoteurs). Une majorité de ces vapoteurs (ces 30 derniers jours) ne fument pas (52%) selon les données 2013-2014 des enquêtes de PST conduites auprès de 2% des élèves des collèges parisiens. Nous avons voulu étudier en quoi les vapoteurs exclusifs se différencient des fumo-vapoteurs.

Résultats. L'étude porte sur les 107 vapoteurs exclusifs comparés aux 98 fumo-vapoteurs identifiés. L'âge est comparable (14,0 ± 0,9 ans pour les vapoteurs exclusifs contre 14,3 ± 0,8 ans pour les fumo-vapoteurs). Les vapoteurs exclusifs pensent moins que le tabac est un plaisir (35% vs 67% ; p<0.001), ont davantage des parents qui interdisent (67% vs 50% ; p<0.05) et ont davantage un domicile non-fumeur (p<0.01). Ces vapoteurs exclusifs consomment moins d'autres produits que les fumo-vapoteurs du même âge, ils ont moins souvent expérimenté l'alcool (43% vs 71% ; p<0.01) et les excès alcooliques (20% vs 57% ; p<0.001) ; ils ont moins souvent expérimenté le cannabis (20% vs 55% ; p<0.001) et utilisent moins le cannabis régulièrement (13% vs 26% ; p<0.001).

Conclusion. La majorité des jeunes parisiens de 12-15 ans qui utilisent l'e-cigarette sont non fumeurs. Ces collégiens qui ne font que vapoter sans fumer, bien que non différents par leur âge et leur sexe de ceux qui fument, sont globalement moins consommateurs d'alcool ou de cannabis. D'autres études sont cependant nécessaires pour savoir si cette moindre tendance à consommer d'autres produits est un élément préalable ou une conséquence de ce vapotage exclusif précoce.

Communications posters

N°	Titres	Auteurs
AF01	Les cigarettes mentholées chez les collégiens et lycéens parisiens en 2014	B. Dautzenberg, N. Rieu, P. Birkui, M.-D. Dautzenberg
AF02	Intérêt d'un programme d'Éducation thérapeutique du patient sur le sevrage tabagique de patients atteints de BPCO	F. Marchandise, L. Doly-Kuchcik, J. Perriot, F. Merson
AF03	Opération VESALE 2013 : dépistage échographique de l'anévrisme de l'aorte abdominale sous rénale. Résultats et perspectives d'avenir	H. Thiel, J.-P. Laroche, G. Miserey, M. Vergnes, A. Dupre, A. Schmitt, L. Doly-Kuchcik, J. Perriot, L. Boyer
AF04	Une enquête nationale dans les centres de tabacologie : quels centres, quels fumeurs, quels objectifs ?	F. Merson, J. Perriot, N. Fieulaine, M. Préau
AF05	Statut tabagique d'anciens consultants du programme CDTnet deux ans après leur prise en charge	M. Baha, B. Le Maître, B. Faure, A.-L. Le Faou
AF06	Exposition des enfants à la fumée passive : une campagne innovante	D. Brühlhart, A. Dubuis
AF07	Usage de la cigarette électronique chez 308 lycéens	M. Charpentier, I. Cusey-Sagnol
AF08	Un profil de risque cardio-vasculaire selon le statut tabagique des professionnels en milieu industriel dans la région de Sousse Tunisie	S. Denden, J. Matoogue, S. Bhiri, N. Zamita, F. Chouikha, N. Chanouf, I. Laamiri, H. Ghannem
AF09	Le sevrage tabagique de la femme enceinte précaire	F. Merson, J. Perriot
AF10	Assistance aux adolescents en danger : partenariat ONG-école-tabacologie dans un projet d'éducation par les pairs	J.-P. Blanc
AF11	Application SMOKECHECK® de détection précoce de pathologies induites par le tabac	F. Denis, T. Urban, J.-E. Bibault, C. Demay, C. Letellier, B. Dautzenberg
AF12	Campagne « Choisissez » tabagisme et maladies cardio-vasculaires (Valais-CH) ou comment concilier les intérêts de chacun : ONG, médecins, pharmaciens	A. Dubuis
AF13	Précarité et substitution nicotinique gratuite	C. Meier, S. Joussein-Remacle, C. Montout-Cosmon
AF14	Tabagisme en milieu scolaire privé à Marrakech : enquête auprès des collégiens et des lycéens	M. Khramaz, A. Alaoui Yazidi
AF15	Position des étudiants en médecine face aux mesures législatives et réglementaires contre le tabagisme en Tunisie	W. Ketata, N. Ayadi, W. Feki, S. Abid, H. Ayadi, S. Kammoun
AF16	Influence parentale sur le tabagisme des écoliers	W. Feki, S. Sallami, N. Bahloul, N. Ayadi, H. Ayadi, S. Kammoun
AF17	Défume tabagique des jeunes consommateurs en obligation de soins	V. Rohart
AF18	Le comportement tabagique augmente-t-il lors du sevrage alcoolique ?	L. Louis, Y. Girault
AF19	Le dossier informatique de consultation de tabacologie (CDTnet) : douze années d'exploitation	A. Boussadi, M. Baha, A.-L. Le Faou
AF20	Étude de prévalence et de comportement des étudiants de la faculté de médecine de Sétif vis-à-vis du tabac en 2014	S. Bouaoud, A. Mahnane, M. Hamdi Cherif
AF21	Lutte contre le tabagisme en entreprise	A.-H. Aguiar, A. Chadli, N. Ziane
AF22	Apport de la spirométrie et du calcul de l'âge pulmonaire dans l'aide au sevrage tabagique des patients alcoolodépendants suivis en hôpital de jour pour sevrage et consolidation de sevrage d'alcool	H. Benzaquen Forner
AF23	Étude des liens entre spiritualité et statut tabagique	C. Van Der Beken, B. Bihin, L. Galanti
AF24	Des bonnes pratiques de prise en charge à la prise en charge en pratique...	P. Beurrier
AF25	Le tabagisme des patients en Tunisie : tendance des comportements et des attitudes	W. Ketata, N. Mkawar, N. Bahloul, I. Badri, H. Ayadi, S. Kammoun
AF26	Cigarettes électroniques : info ou intox	N. Bahloul, N. Ayadi, W. Fki, H. Ayadi, S. Kammoun
AF27	Usage du narguilé dans un milieu rural	N. Bahloul, I. Badri, S. Msaad, N. Kammoun, H. Ayadi, S. Kammoun
AF28	Déficiences et tabagisme : éthique et stratégies de l'aide aux résidents fumeurs (sensibilisation/formation des professionnels, mise en projet des personnes et développement d'outils spécifiques)	D. Corso
AF29	Le tabagisme dans le milieu collégien à Blida	L. Nacef, O. Saighi
AF30	Aspergillome pulmonaire sur terrain tabagique	F. Saadni, R. Mansouri, A. Achou, T. Haddad
AF31	Détermination d'un élément trace essentiel -sélénium- chez les tabagiques tlemcéniens	A.-B. Berramdane Rachid
AF32	Rechute tabagique : apport des thérapies comportementales et cognitives	P. Guichenez, T. Babeau
AF33	Tabagisme et comportement alimentaire chez des élèves de formation professionnelle au Maroc	I. Jaouahir, F.Z. Azaoui, A.O.T. Ahami, M. Faid

Index auteurs & intervenants

A

Adler M., 30
Allard C., 33
Amalvy F., 22
André E., 29
Arwidson P., 12
Aubard Y., 25
Auer R., 21
Aujesky D., 28

B

Bachez P., 39
Baha M., 13
Beaurain C., 27
Béguinot E., 20
Benoit E., 31
Berchem G., 36
Berlin I., 17, 45
Berlin N., 17
Berny C., 33
Bertocchi M., 29
Bertoia M., 12, 33
Birkui P., 46, 47
Blaise E., 33
Bonin B., 33
Bose L., 13
Bost E., 33
Bouaoud S., 45
Boz F., 31

C

Cadier B., 17
Cadranel M., 34
Cailhol L., 33
Canton S., 26
Carruzzo P., 28
Champetier de Ribes D., 16
Chauvet-Gélinier J.-C., 33
Chevalier D., 18
Chevreul K., 17
Clair C., 28, 43
Coeffec A., 31
Cohen A., 33
Colombe A., 22
Corman C., 27, 28
Cornuz J., 28, 30
Corone S., 38
Coste A., 18
Courbon M., 41
Couteron J.-P., 15
Cozzolino D., 34

D

Dautzenberg B., 23, 30, 35, 46, 47
Dautzenberg M.-D., 46, 47
Dekeyser F., 27, 28
Delcroix M., 26
Denis-Vatant C., 36
Dervaux A., 16, 31
Deutsch A., 44
Didier A., 33
Dolgin K., 36
Doly-Kuchcik L., 21, 26, 34, 35
Donnadieu Rigole H., 31
Dubertret C., 34
Dutheil E., 33

E

Errard-Dubois G., 29

F

Fatseas M., 31
Fayas S., 33
Feki W., 46
Fieulaine N., 28
Fontana L., 36
Forthin H., 27

G

Gaillard M., 40
Galley M., 33
Gallice Gaillard C., 27
Galmiche L., 42
Gerbaud L., 47
Goldzahl L., 17
Greillier L., 43
Grill S., 12
Guélou A.-S., 41

H

Hajjaji M., 46
Hamm I., 18
Harribey N., 33
Hazard J., 47
Heno G., 20
Hertel F., 33
Houpe J.-P., 38
Huteau M.-E., 22

I

Ietri-Mann F., 36

J

Juillerat P., 37
Jusot F., 16, 17

K

Kammoun N., 46
Kammoun S., 46
Kern L., 31
Klein J.-M., 18
Kotbagy G., 31
Kotti N., 46

L

Lafaye G., 16
Lauwerys B., 38
Le Borgne A., 32, 33
Lecoq G., 12
Le Faou A.-L., 13, 36
Léger A., 13
Léger S., 47
Lemaire P., 21, 26, 34, 35
Lenat P., 35
Lepillet N., 31
Le Strat Y., 34
Lhommet S., 40
Limacher A., 28
Louis L., 19
Lucioli E., 16

M

Marchandise F., 21
Martinet Y., 34
Mathern G., 34
Méan M., 28
Meier C., 42
Meille V., 33
Melchior M., 15
Merson F., 26, 28
Mialou M., 35
Monard C., 41

P

Paquito B., 14
Peiffer G., 23, 38
Pélissier C., 36
Perney P., 18
Perre A., 47
Perriot J., 21, 26, 28, 29, 34, 35
Peyrin-Biroulet C., 34
Plantey S., 31
Plazenet N., 26

Poquet H., 33
Préau M., 28

Q

Quantin X., 25, 27

R

Randria M., 33
Ratte S., 21
Rekik W.-K., 46
Rieu N., 46, 47
Romo L., 31
Rostaing (Tribet) E., 12
Rouquet R.-M., 12, 17, 32, 33

S

Schlesser M., 36
Schmitt A., 44
Simonetta Moreau M., 32, 33
Stoebner-Delbarre A., 22

T

Tap G., 33
Thalarnas C., 33
Thomas D., 14, 1, 25, 37, 42
Touzeau D., 44
Trojak B., 33
Tursan d'Espaignet E., 20

U

Underner M., 29, 44
Urban T., 24

V

Vandyck E., 36
Vannobel-Genou S., 19
Vallet B., 12
Vercherin P., 36
Voyer C., 13

W

Wirth N., 12, 26, 34

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 (timbres) et 18 ans (gammes à mâcher et comprimés à sucer). Lire attentivement la notice. Demandez conseil à votre pharmacien. En cas de difficulté, consultez votre médecin. Viso GP : 13/05/0401745/015 - Août 2013.