

Lettre Thématique : Tabac et pathologies mentales

- [Prendre en compte des particularités des patients psychiatriques pour améliorer le sevrage](#)

Smoking, Mental Illness, and Public Health. Prochaska J, Das S, Young-Wolff K. *Annu. Rev. Public Health* 2017. 38:165–85

Dans une très riche étude publiée en 2016 par *Annual Review of Public Health*, Judith Prochaska et coll. ont analysé les déterminants du tabagisme chez les fumeurs souffrant de maladies mentales (dépression, schizophrénie, anxiété, bipolarité, syndrome de stress post-traumatique, abus d'alcool et de drogues illicites), avec un référent dit HAVE prenant en compte à la fois l'Hôte (le consommateur de tabac), l'Agent (le tabac), le Vecteur (l'industrie du tabac) et l'Environnement (les politiques en matière de tabagisme).

Pourquoi s'intéresser à ces populations ? C'est la prévalence disproportionnée du tabagisme chez les populations de patients touchés par des pathologies mentales et fumeurs par rapport à la population globale qui y encourage naturellement : ainsi, aux Etats-Unis, plus de 200 000 des 520 000 décès liés au tabac chaque année concernent des patients atteints de maladie mentale. Dans cette population la baisse de l'espérance de vie en lien avec le tabac est estimée à 25 ans.

-L'hôte : un tabagisme doublé voire triplé

Même si les chiffres peuvent sensiblement varier en fonction de l'atteinte psychiatrique, la prévalence du tabagisme semble multipliée par 2 ou 3 selon les pathologies en cause. Et lorsque plusieurs maladies mentales sont présentes, ce sont alors près de 61 % des patients qui sont fumeurs.

Les auteurs soulignent que lorsqu'ils sont hospitalisés en psychiatrie, 65 % des patients fumeurs souhaitent réduire leur consommation tabagique, alors qu'en pratique quotidienne, ils sont pourtant bien moins nombreux à bénéficier d'aide au sevrage que dans la population générale. En conséquence, aux Etats-Unis, alors qu'au cours des 20 dernières années le tabagisme a nettement décliné (19 % des hommes et 15 % des femmes), aucune baisse franche de la consommation de tabac n'a été notée chez les malades psychiatriques.

Comme dans la population générale mais de manière plus nette, les personnes dont les revenus sont inférieurs au seuil de pauvreté - ce qui est plus fréquemment le cas chez les patients atteints de maladie mentale - fument plus que les autres : 33 % dans la population des personnes à bas revenus, contre 48 % en cas d'atteinte psychiatrique. Diverses études indiquent que les schizophrènes américains dépenseraient jusqu'à 27 % de leurs revenus mensuels dans la consommation de tabac.

Il faut aussi rappeler qu'aux Etats-Unis, le tabagisme est souvent un facteur de discrimination à l'embauche. De ce fait, les patients psychiatriques les plus précaires peuvent se voir refuser l'accès à un emploi, s'inscrivant ainsi dans un redoutable engrenage.

-L'Agent : la cigarette avant tout

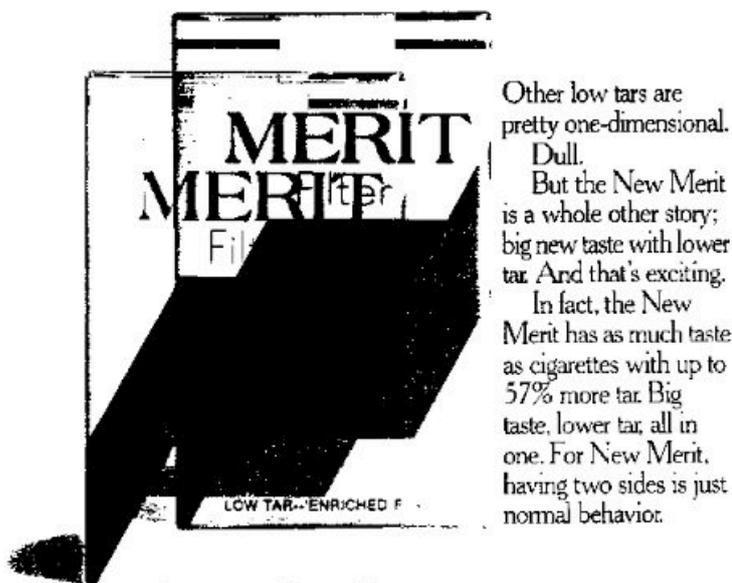
Chez les patients touchés par des maladies mentales, la cigarette reste le mode privilégié de délivrance de la nicotine. Une propension particulière à préférer les cigarettes mentholées a été notée, ce parfum, qui va être interdit cette année par les communautés européennes, renforce l'addiction tabagique.

Dans cette étude datée de 2016, les auteurs rapportaient qu'un tiers environ des patients utilisaient la vape, mais que la plupart d'entre eux restaient des vapo-fumeurs. La cigarette électronique n'était pas utilisée, au moment de l'étude, comme outil de sevrage dans cette population.

- Le Vecteur : une communication ciblée de l'industrie du tabac

Le marketing de l'industrie du tabac, qui met en avant des fumeurs heureux et déstressés, résonne de façon particulière chez les malades psychiatriques, qui y perçoivent le reflet d'une certaine « normalité ». La diffusion de ces images chez les détaillants est un autre ressort de l'achat impulsif de tabac. Certaines campagnes de publicité semblent même recourir à des termes choisis en raison de leur résonance singulière chez les patients schizophrènes : « Pour New Merit, présenter deux faces est simplement un comportement normal ».

L'industrie du tabac a aussi ciblé directement les psychiatres en proposant des formations, des publications et des congrès sur la place de la nicotine comme traitement auto-administré et adapté individuellement à certaines manifestations du stress ou de l'anxiété. L'angle le plus utilisé était celui de la relative stabilité de ces patients, qui pouvait être remise en cause par l'arrêt de la prise de nicotine.



Other low tars are pretty one-dimensional. Dull. But the New Merit is a whole other story; big new taste with lower tar. And that's exciting. In fact, the New Merit has as much taste as cigarettes with up to 57% more tar. Big taste, lower tar, all in one. For New Merit, having two sides is just normal behavior.

The New Merit. We've got flavor down to a science.

SURGEON GENERAL'S WARNING: Quitting Smoking Now Greatly Reduces Serious Risks to Your Health.

2040270976

-Environnement : passer outre les interdictions

Alors que depuis le début des années 1990, le tabac est progressivement interdit dans un nombre croissant de lieux aux Etats-Unis, l'industrie du tabac, à grand renforts d'avocats et de lobbying, est parvenue à exclure les hôpitaux psychiatriques des lieux d'interdiction (le chiffre passant néanmoins, du fait d'une mobilisation des pouvoirs publics et des associations, de 80 % d'hôpitaux exclus en 2005 à 21 % en 2011). En Europe, le tabac est interdit à l'intérieur des hôpitaux psychiatriques, les patients étant généralement autorisés à fumer à l'extérieur des bâtiments.

Les auteurs notent une contradiction supplémentaire dans le fait que, non seulement les soignants en psychiatrie ne proposent pas systématiquement une aide au sevrage tabagique, mais aussi qu'un nombre important d'entre eux sont des fumeurs n'hésitant pas à partager des pauses tabac avec leurs patients.

-Comment améliorer le sevrage ?

Pour que la prévalence du tabagisme diminue, des stratégies spécifiques doivent être mises en place dans la population psychiatrique. Les substituts nicotiques, le bupropion et la varénicline, peuvent être utilisés sans risque de majoration des atteintes mentales. Idéalement, ces produits devraient être pris en charge par les assurances santé, leur coût, pour des patients à revenu limité, peut se révéler potentiellement important.

La délivrance et le conseil peuvent être proposés au cours de sessions collectives ou individuelles de soins, toujours par les soignants spécifiquement formés à la question du tabac chez les patients psychiatriques.

Cette approche doit s'intégrer à une politique de santé publique forte, portée par des pouvoirs publics se fixant des objectifs ainsi que les moyens d'y parvenir.

• [Une approche globale pour le sevrage des schizophrènes](#)

Arrêt et réduction du tabac chez le patient souffrant de schizophrénie. Underner M, Perriot J, Brousse G *et coll.* *L'encéphale* 2019. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.04.067>

Une revue systématique de la littérature portant sur les stratégies pharmacologiques et non pharmacologiques du sevrage tabagique ainsi que de la réduction de la consommation des patients atteints de schizophrénie (SCZ) montre que certaines approches semblent plus efficaces que d'autres. Dans l'idéal, chez ces patients, il serait souhaitable d'associer des médicaments d'aide à l'arrêt du tabac sur une durée suffisante, à des stratégies psychosociales diversifiées et à la pratique d'activités physiques.

La schizophrénie est la pathologie psychiatrique associée au risque de tabagisme le plus élevée (OR = 5,9 ; IC95 % : 4,9–5,7), ce risque étant plus important chez les hommes (OR = 7,2 ; IC95 % : 6,1–8,3) que chez les femmes (OR = 3,3 ; IC95 % : 3,0–3,6). La prévalence du tabagisme chez les patients souffrant de schizophrénie- estimée entre 64 et 79 % - est nettement plus élevée que dans la population générale. En outre, les fumeurs schizophrènes sont des « fumeurs difficiles » ne souhaitant pas ou ne pouvant pas s'arrêter de fumer ; on les appelle (*Hard-core smokers*) : pour ces gros fumeurs fortement dépendants du tabac, la consommation quotidienne moyenne de tabac varie entre 20 et 30 cigarettes par jour (c/j) et ils éprouvent de grandes difficultés à arrêter de fumer et à rester abstinentes lors de leurs tentatives de sevrage.

Ces fumeurs particuliers sont par ailleurs très exposés aux conséquences morbides (cardiovasculaires, broncho-pulmonaires et carcinologiques) de leur tabagisme dans la mesure où ils cumulent les habituels facteurs de risque : sédentarité, surcharge pondérale, diabète, dyslipidémie. Il est donc souhaitable de les accompagner dans leur sevrage afin d'améliorer leur santé et de limiter les pertes en années de vie.

Un dernier argument plaide en faveur d'une politique plus dynamique en la matière : 20 à 40 % de fumeurs souffrant de SCZ souhaitent arrêter le tabac, particulièrement en raison de son coût, qui aggrave leur situation de précarité sociale.

23 études au total

L'analyse de la bibliographie a porté sur les médicaments d'aide à l'arrêt du tabac : substituts nicotiques (n = 3), bupropion (n = 6), varénicline (n = 8), associations médicamenteuses (n = 4), en combinaison avec un soutien comportemental, soit un total de 23 études.

Les études prospectives comportant des médicaments d'aide à l'arrêt ou à la réduction du tabac (substituts nicotiques [SN], bupropion ou varénicline) concluent à une réduction de la consommation tabagique quotidienne et à une prévalence ponctuelle de l'abstinence à la fin du traitement plus élevée qu'en l'absence de traitement d'aide à l'arrêt. La varénicline et le bupropion, comparativement au placebo, apparaissent les plus efficaces dans l'aide à l'arrêt chez ces fumeurs, de même que dans la réduction du syndrome de sevrage et du *craving*.

La cigarette électronique pourrait aussi constituer une option non négligeable dans l'aide à certains fumeurs souffrant de SCZ pour réduire ou cesser leur consommation de cigarettes.

Thérapies cognitivo-comportementales

Différentes interventions non médicamenteuses ont aussi été analysées : les thérapies comportementales et cognitives (n = 5), associées aux médicaments d'aide à l'arrêt, facilitent la gestion des situations à risque de tabagisme et améliorent l'observance des antipsychotiques. D'autres interventions psychosociales (n = 7) permettent le développement des compétences sociales, "stratégies de stabilisation émotionnelle et renforcements économiques" (prime à l'arrêt ou à l'achat de substituts) pouvant aussi être mises à profit (n = 4).

Associées aux médicaments du sevrage tabagique, les thérapies cognitives et comportementales (TCC) facilitent la gestion des situations à risque de (re)prise de tabac, améliorent les aptitudes sociales et l'observance des antipsychotiques, et facilitent la gestion du temps libre.

Les auteurs détaillent dans le même temps d'autres aspects de la question, tels que « management des contingences » (Contingency Management) et l'aide à la gestion des aléas de la vie, en particulier par des soutiens financiers, qui peuvent permettre d'augmenter les taux d'abstinence ou, du moins, de réduction de la consommation tabagique. La pratique de l'activité physique semble aider, elle aussi, à une réduction de consommation, plus particulièrement via le contrôle du *craving*.

Les résultats de la stimulation magnétique transcrânienne (SMT) sont, eux, discordants, laissant clairement apparaître que cette technique demande encore d'être optimisée. Quant à l'impact du traitement psychiatrique, il est aussi mis en avant puisque les antipsychotiques (AP) atypiques peuvent manifestement être associés à un meilleur taux de réussite des tentatives d'arrêt lorsque on les compare aux AP typiques.

Pour les auteurs, il ne faut pas hésiter à proposer une aide à l'arrêt du tabac chez les fumeurs souffrant de schizophrénie, le risque de décompensation psychiatrique à l'arrêt du tabac, d'aggravation des symptômes de la maladie ou d'apparition de nouveaux symptômes étant très limité. Est-il pour autant nécessaire d'imposer un sevrage total ? Certainement pas, une réduction initiale de la consommation de tabac paraissant favoriser à terme l'arrêt complet de la consommation chez ces patients sans que des objectifs trop stricts soient fixés initialement.

• Consommation de toxiques : un frein supplémentaire au sevrage

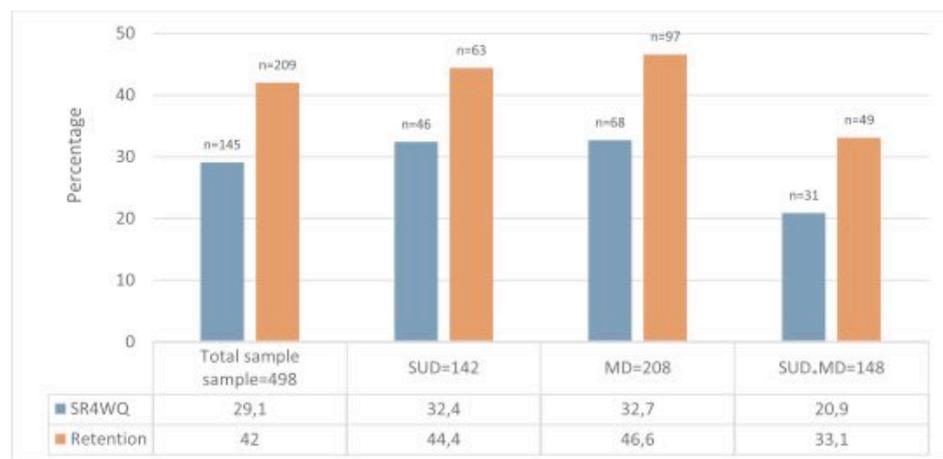
Abstinence and retention outcomes in a smoking cessation program among individuals with co-morbid substance use and mental disorders. Lima D, Cavalcanti Carvalho C, Ruiz D *et coll.* *Journal of Psychiatric Research* 125 (2020) 121–128. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.03.014>

Cette étude visait à analyser les associations entre les caractéristiques sociodémographiques, les schémas de tabagisme et les résultats du sevrage tabagique de trois groupes de fumeurs souffrant de troubles mentaux :

- les fumeurs souffrant de troubles liés à la consommation de substances (SUD uniquement),
- les fumeurs souffrant de troubles mentaux sans autre forme de consommation de substances (MD uniquement)
- et les fumeurs souffrant de troubles liés à la consommation de substances associés à d'autres troubles mentaux (SUD + MD).

La durée totale de l'intervention était de 6 semaines. Durant cette période, chaque patient a participé à six séances programmées de thérapie de groupe ainsi qu'à quatre consultations programmées avec un psychiatre. Les groupes de traitement s'appuyaient sur les principes de la TCC et comprenaient jusqu'à 15 personnes dans le cadre de chaque traitement de six semaines.

Les consultations médicales ont été menées individuellement et se sont concentrées sur la possibilité d'accès à un traitement pharmacologique (substituts nicotiniques, bupropion et/ou nortriptyline) en association avec un soutien psychologique.



Note: SR4WQ: Self-report 4-week quitter; SUD: Substance Use Disorder; MD: Mental Disorder;

Fig. 1. Self-reported 4-week quitter (SR4WQ) and retention to treatment of total sample and for each group.

Note: SR4WQ: Self-report 4-week quitter; SUD: Substance Use Disorder; MD: Mental Disorder.

Réponses à l'auto-questionnaire de sevrage à 4 semaines et proportion de fumeurs. SUD : abus de substances, MD : pathologie mentale

L'analyse descriptive des résultats a indiqué que 29,1% de l'échantillon (145 sur 498 participants) a réussi à atteindre 4 semaines ou plus d'abstinence de tabac (SR4WQ) et que 42% (209 participants) ont achevé le programme. L'analyse comparative entre les différents groupes met en évidence le fait que les participants au programme SUD+MD étaient moins nombreux à atteindre le statut SR4WQ (20,9%, n = 31).

En outre, leur suivi du programme était moins bon (33,1%) que celui des deux autres groupes.

L'examen croisé des taux d'abstinence et de suivi du traitement a montré que 145 des 209 fumeurs qui ont achevé le traitement étaient abstinentes après 4 semaines (69,38 %).

Comme l'avaient anticipé les auteurs, c'est dans le groupe SUD+MD que les résultats les moins bons ont été obtenus. Ce constat pourrait être en partie lié à une moindre prescription de traitements médicamenteux d'aide au sevrage dans ce groupe, souvent par crainte d'interactions médicamenteuses, notamment entre le bupropion ou la nortriptyline et les psychotropes utilisés en traitement de fond.

- [Moins de sevrage chez les patients dépressifs](#)

Depressive symptoms predict smoking cessation in a 20-year longitudinal study of adult twins. Ranjit T, Latvala A, Kinnunen T et coll. *Addictive Behaviors* Volume 108, September 2020, 106427. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106427>

Une étude prospective a suivi sur 20 ans, de 1990 à 2011, 719 paires de jumeaux finlandais : 1438 personnes dont 799 fumeurs quotidiens, 90 fumeurs occasionnels, 549 anciens fumeurs, âgés de 39 ans en moyenne à l'inclusion. Elle a permis de mettre en valeur une corrélation entre symptômes dépressifs et moindre probabilité d'arrêt du tabac. La relation apparaît incontestable et ce, même en tenant compte des multiples covariables. Pour les auteurs, qui publient dans *Addictive Behaviors*, la recherche de signes dépressifs doit être systématisée dès les premières velléités de sevrage chez un tabagique.

Parmi les fumeurs quotidiens au moment de l'inclusion, à l'issue du suivi, 38 % avaient cessé de fumer et 6 % étaient devenus fumeurs occasionnels. La proportion d'hommes chez les abstinents était supérieure à celle des femmes. Les autres, c'est à dire plus de la moitié, restaient des fumeurs quotidiens 20 ans après le début de l'étude.

A l'inclusion, 5 % des participants avaient déclaré des symptômes de dépression modérée/grave (score moyen : 5,3). Pour comparaison, la plupart d'entre eux continuaient à fumer quotidiennement au moment du suivi et 49 % d'entre eux consommaient plus de 20 cigarettes par jour, alors que la proportion était nettement plus faible chez les personnes ne présentant que des symptômes de dépression légers ou nuls/minimes ($\chi^2(4) = 18,55, p < 0,05$).

Le constat principal est que la présence de symptômes dépressifs modérés/graves (par opposition à aucun/léger) réduit de moitié la probabilité d'arrêter de fumer au moment du suivi (RR = 0,50, IC à 95 % : 0,28-0,89). L'ajustement pour les multiples covariables n'a que légèrement atténué l'association (RR = 0,54, 95 % IC : 0,30-0,96). Pour contrôler la valeur « quantité de tabac », la consommation quotidienne de cigarettes a été ajoutée au modèle. Dans ce cas, l'estimation du RR était plus atténuée et statistiquement non significative (RR = 0,62, 95 % IC : 0,34-1,12). En outre, le fait de déclarer des symptômes dépressifs plus variés ou accentués serait également défavorable à une diminution de la consommation, mais cette association reste statistiquement non significative (RR ajusté en fonction de l'âge et du sexe = 0,55, IC à 95 % : 0,17-1,82).

Table 2

Relative Risk Ratios (RRR) and 95% Confidence Intervals (CI) for smoking status at follow-up by depressive symptoms at baseline (N = 1438).

Depressive symptoms predicting smoking status	Adjusted for age and sex			Adjusted for covariates ^a			Adjusted for covariates ^a and CPD		
	RRR	95% CI	P	RRR	95% CI	P	RRR	95% CI	P
Occasional smoker vs Daily smoker (ref)									
None/Minimal	1.00			1.00			1.00		
Mild	0.97	0.51–1.85	0.92	0.95	0.49–1.83	0.87	1.11	0.57–2.17	0.76
Moderate/Severe	0.55	0.17–1.82	0.33	0.62	0.18–2.09	0.44	0.86	0.25–2.98	0.82
Former smoker vs Daily smoker (ref)									
None/Minimal	1.00			1.00			1.00		
Mild	0.86	0.62–1.20	0.39	0.90	0.64–1.25	0.50	0.93	0.67–1.31	0.69
Moderate/severe	0.50	0.28–0.89	0.018	0.54	0.30–0.96	0.037	0.62	0.34–1.12	0.11

CPD = Cigarettes per day.

N = Total number.

^a Age, sex, social class, health status, marital status, and heavy drinking occasions.*Risque relatif et statut tabagique à l'issue du suivi selon le niveau de dépression à l'inclusion*

Lorsque les symptômes dépressifs ont été analysés comme une variable continue, les résultats étaient conformes à l'analyse principale. Le fait de déclarer davantage de symptômes dépressifs permettait de prédire une probabilité moindre d'arrêter de fumer après ajustement pour toutes les covariables sauf la consommation quotidienne de tabac (RR = 0,98, 95 % IC : 0,96-1,00, p = 0,031). Un ajustement supplémentaire pour la consommation quotidienne de cigarettes a atténué la significativité mais pas l'estimation ponctuelle (RR = 0,98, 95% CI : 0,96-1,01, p = 0,15).

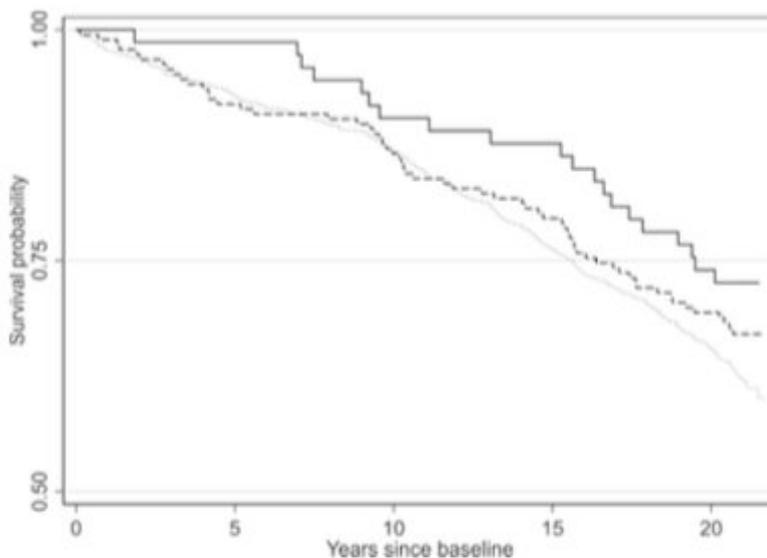


Fig. 1. Kaplan-Meier curves for quitting as a function of time (in years) since baseline by categories of depressive symptoms. The survival probability shows the fraction of baseline smokers who have quit by time since 1990. The dotted line (.....) is for smokers with none or minimal symptoms of depression, the dashed line (- - - -) for those with mild symptoms and the continuous line for those with moderate to severe symptoms.

Courbe de Kaplan-Meier d'arrêt en fonction du temps selon les catégories de symptômes dépressifs à l'inclusion. La probabilité de survie indique la fraction des fumeurs de base qui ont cessé de fumer au fil du temps depuis 1990. La ligne pointillée (.....) désigne les fumeurs ne présentant aucun symptôme de dépression ou des symptômes minimes, la ligne pointillée (- - - -) ceux qui présentent des symptômes légers et la ligne continue à ceux qui présentent des symptômes modérés à graves.

Plusieurs hypothèses sont avancées pour expliquer la relation entre dépression et difficulté du sevrage tabagique. Le tabac pourrait ainsi être utilisé en automédication par les personnes souffrant d'un trouble psychiatrique ou d'une maladie mentale : fumer soulagerait leurs symptômes. Il a aussi été suggéré que la

nicotine atténuerait les symptômes de la dépression à court terme alors que l'abstinence de nicotine accélérerait les symptômes de sevrage, parmi lesquels les humeurs dépressives.

En outre, des mécanismes psychologiques tels qu'un affect positif faible, un affect négatif élevé, des troubles cognitifs, une anhédonie ou une anxiété excessive peuvent interagir avec la volonté de sevrage chez les personnes déprimées. À cela s'ajoutent d'autres considérations, telles que la peur de la prise de poids, d'interaction avec les traitements de fond, la crainte d'une inefficacité du sevrage ou d'une rechute...

Enfin, une faible motivation face à l'arrêt du tabac peut se révéler, en soi, un symptôme de dépression. De même, une faible estime de soi est elle aussi un frein aux tentatives d'arrêt et/ou de recherche de traitements.

- [Le sevrage sur-mesure, clé du succès du sevrage chez les patients atteints d'affection psychiatrique sévère : étude SCIMITAR+](#)

Smoking cessation for people with severe mental illness (SCIMITAR+): a pragmatic randomised controlled trial. Gilbody S, Peckham E, Bailey D. *Lancet Psychiatry* 2019 [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30047-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30047-1)

En se fondant sur les résultats de l'essai SCIMITAR+ (Smoking cessation intervention for severe mental illness) publié dans le *Lancet Psychiatry*, les interventions sur-mesure en faveur de l'arrêt du tabac devraient être proposées préférentiellement aux soins ordinaires apportés aux personnes atteintes de maladies mentales graves. En effet, grâce à ce type d'approche individualisée, le taux d'abstinence s'est trouvé majoré à 6 mois. Qu'en est-il à plus long terme ? Cette initiative devrait très vite être suivie d'évaluations complémentaires.

L'étude SCIMITAR+, contrôlée, pragmatique et randomisée, a recruté des gros fumeurs souffrant de troubles bipolaires ou de schizophrénie dans 16 centres de soins primaires et 21 centres de santé mentale communautaires au Royaume-Uni. Les participants éligibles étaient âgés de 18 ans ou plus et fumaient au moins cinq cigarettes par jour. Les patients dépendants de la drogue ou de l'alcool et les personnes incapables d'exprimer leur consentement au moment du recrutement ont été exclus.

Les patients ont été tirés au sort pour recevoir soit une prise en charge habituelle, soit un traitement personnalisé. L'intervention de sevrage tabagique sur mesure consistait en un soutien comportemental par un praticien de santé mentale spécialisé dans le sevrage tabagique et en des aides pharmacologiques pour le sevrage tabagique.

Des adaptations spécifiques aux personnes souffrant de maladies mentales graves ont été proposées : séances prolongées avant l'arrêt du tabac, objectifs adaptés de réduction du nombre de cigarettes, et visites à domicile.

Le principal critère d'évaluation était le sevrage tabagique à 12 mois, déterminé par des mesures de monoxyde de carbone inférieures à 10 parties par million et par un sevrage auto déclaré au cours des 7 derniers jours. Les critères d'évaluation secondaires étaient, quant à eux, les suivants : arrêt du tabac à 6 mois, vérifié biologiquement ; nombre de cigarettes fumées par jour, test de Fagerström pour la dépendance à la nicotine (FTND) et questionnaire de motivation pour arrêter de fumer (MTQ) ; fonctionnement général et santé mentale évalués par le questionnaire de santé du patient 9 (PHQ-9), le questionnaire sur le trouble d'anxiété généralisée 7 (GAD-7) et l'enquête de santé abrégée à 12 éléments (SF-12) ; l'indice de masse corporelle (IMC).

Forte dépendance à la nicotine

Entre le 7 octobre 2015 et le 16 décembre 2016, 526 patients éligibles ont été assignés au hasard à l'intervention de désaccoutumance au tabac sur mesure (n=265) ou aux soins habituels (n=261). 309 (59 %) des participants étaient des hommes, l'âge médian de 47-2 ans (IQR 36-3-54-5). La dépendance à la nicotine était forte (moyenne de 24 cigarettes par jour [SD 13-2]) et les troubles mentaux graves les plus courants étaient la schizophrénie ou une autre maladie psychotique (n=343 [65 %]), le trouble bipolaire (n=115 [22 %]) et le trouble schizo-affectif (n=66 [13 %]).

234 (88 %) participants à l'intervention ont suivi le programme de traitement et ont assisté à 6,4 séances d'arrêt du tabac, d'une durée moyenne de 39 minutes.

Des données objectives (mesure du monoxyde de carbone) sur l'arrêt du tabac à 12 mois étaient disponibles pour 219 des 261 témoins (soit 84 %) et 223 des 265 participants à l'intervention (soit 84 %). La proportion de participants ayant arrêté de fumer à 12 mois était plus élevée dans le groupe d'intervention que dans le groupe de soins habituels, de manière cependant non significative (34 [15 %] des 223 participants contre 22 [10 %] des 219 participants [OR] 1,6, 95 % IC 0,9 à 2,9 ; $p=0-10$).

En revanche, la proportion de participants ayant arrêté de fumer à 6 mois était nettement plus élevée dans le groupe d'intervention que dans le groupe de soins habituels (32 [14%] de 226 contre 14 [6%] de 217 ; OR : 2,4, 95% IC 1,2 à 4,6 ; $p=0-010$).

Les auteurs ont par ailleurs constaté une amélioration de la santé physique dans le groupe d'intervention à 6 mois (différence moyenne ajustée 1,75, 95 % IC 0,21 à 3,28), cette différence se révélant moins nette à 12 mois (0-59, -1-07 à 2-26). Ils n'ont par ailleurs mis en évidence aucune différence en matière de santé mentale entre les groupes à 6 ou 12 mois et aucune différence en terme d'IMC.

- [Quelle place pour la vape dans le sevrage des patients psychiatriques ?](#)

E-cigarette use and associated factors among smokers with severe mental illness. Peckham E, Mishu M, Fairhurst C et coll. *Addictive Behaviors* 108 (2020) 106456

Quelle place la vape pourrait-elle tenir dans le sevrage tabagique chez les patients souffrant de pathologies mentales et chez qui la prévalence du tabagisme est particulièrement élevée ? Si l'on se réfère à Emily Peckham *et coll.*, proposer la vape pourrait à l'avenir concourir à limiter la consommation de cigarettes, même si, au moment de l'étude, les vapo-fumeurs étaient particulièrement représentés dans cette population.

Ce travail est une sous-étude de l'étude SCIMITAR +, un essai randomisé contrôlé à deux bras, pragmatique. Les patients concernés ont été recrutés dans 22 sites au Royaume-Uni, à la fois dans les services de soins primaires et dans les services de santé mentale spécialisés (soins secondaires).

Les participants étaient âgés de 18 ans ou plus et ils avaient été diagnostiqués pour schizophrénie, maladie délirante ou psychotique ou encore trouble bipolaire. Tous fumaient au moins cinq cigarettes par jour et exprimaient le désir de réduire leur consommation ou d'arrêter de fumer.

Dans la population étudiée de 526 participants, tous fumeurs, 58,7 % étaient des hommes et l'âge moyen était de 46 ans. La majorité des participants étaient d'origine caucasienne (89,9 %), 84 % titulaires d'un diplôme de niveau intermédiaire ou supérieur, et 23,6 % étaient des employés ou des retraités. La majorité des participants, 370 (70,3 %) ont déclaré avoir déjà utilisé une e-cigarette.

Plus âgés, plus instruits

Dans l'analyse bivariée, l'âge était significativement associé à l'utilisation de la vape. L'âge moyen des participants ayant déjà tenté la e-cigarette était de 45,2 ans, contre 47,9 ans pour ceux qui ne l'avaient jamais essayée ($p = 0,017$). Le test du χ^2 a conclu que l'utilisation des e-cigarettes est associée au niveau d'éducation, 72,9 % des personnes détenant un diplôme de niveau intermédiaire ou supérieur ayant déclaré utiliser des e-cigarettes, contre 56,6 % des personnes sans diplôme (χ^2 de Pearson = 8,89, $p = 0,003$). Parmi les autres variables sociodémographiques, le sexe, l'origine ethnique et l'emploi n'ont pas été associés de manière significative à l'utilisation de la cigarette électronique.

En se fondant sur le score total GAD-7, 32,1 % des patients présentaient un niveau d'anxiété minimal, 28,1 % un niveau d'anxiété léger, 21,0 % un niveau d'anxiété modéré et 18,9 % des niveaux sévères. En se fondant sur le score total PHQ-9, 21,2 % de ces personnes présentaient un niveau minimal de dépression, 26,5 % un niveau léger, 25,2 % un niveau modéré et 27,1 % un niveau élevé.

12,1 % des patients s'étaient auto-déclarés en excellente santé générale, 61,4 % en bonne ou moyenne santé et 26,6 % en mauvaise santé. La majorité de la population étudiée était atteinte de schizophrénie et de troubles schizo-affectifs (62,8 %), les troubles bipolaires représentant 22,0 % et des maladies psychotiques ou autres, 15,3 %.

Gros fumeurs désireux de sevrage

Les auteurs ont aussi analysé le comportement tabagique des participants. Le tabagisme était généralement ancien (d'une durée moyenne de 29,9 ans) et les patients de gros fumeurs, le nombre moyen de cigarettes fumées par jour se montant à 24. Plus de la moitié des participants (56,5 %) fumaient jusqu'à 20 cigarettes par jour, et 43,5 % en fumaient 20 ou plus quotidiennement.

Près de la moitié (48,4 %) des participants avaient tenté une ou plusieurs fois d'arrêter de fumer au cours des six derniers mois. 77,6% des participants ayant fait une ou plusieurs tentatives d'arrêt au cours des six derniers mois ont déclaré avoir déjà utilisé une e-cigarette, contre 63,5% qui n'avaient pas essayé d'arrêter (chi2 de Pearson = 12,46, $p < 0,001$), preuve que la vape gagne du terrain dans le sevrage, même si la plupart des patients restent vapo-fumeurs. Il est à préciser enfin que le nombre de cigarettes fumées par jour n'était pas associé à l'utilisation de cigarettes électroniques.

Dans la population étudiée, 370 participants (70,3 %) ont déclaré avoir déjà utilisé des e-cigarettes, et parmi ceux-ci, 35 (9,5 %) disent avoir recouru quotidiennement à une e-cigarette au cours des 30 derniers jours. Plus de la moitié (54,6 %) des participants ont commencé à utiliser des e-cigarettes dans le but d'arrêter de fumer, et 69 (20,7 %) ont déclaré avoir utilisé des e-cigarettes pendant un an ou plus.

Bien que l'essai SCIMITAR + ait recruté principalement des participants plus âgés, l'âge moyen de ceux qui ont déclaré avoir déjà utilisé une e-cigarette était inférieur à celui des non-utilisateurs. De la même manière, dans la population générale, ce sont également les plus jeunes qui recourent le plus souvent et le plus naturellement à la vape.

Table 2
E-cigarette use in the study population.

E-cigarette use	Categories	n (%)
Ever used e-cigarettes (n = 526)	Yes	370 (70.3)
	No	156 (29.7)
Past 30 day use(n = 368)	Never	252 (68.5)
	Less than once a week	39 (10.6)
	At least once a week	42 (11.4)
	Every day	35 (9.5)
Duration of using e-cigarettes (n = 334)	< 1 month	134 (40.1)
	1–6 months	82 (24.6)
	6–12 months	49 (14.7)
	> 1 year	69 (20.7)
Has using e-cigarettes changed tobacco use(n = 340)	Yes, I smoke less tobacco	126 (37.1)
	Yes, I smoke more tobacco	198 (58.2)
	No, it has not changed	
Reason for starting to use an e-cigarette(n = 346)	To quit smoking tobacco	189 (54.6)
	To try a safer alternative to tobacco	48 (13.9)
	To try something new	27 (7.8)
	To smoke less tobacco	48 (13.9)
	Other	34 (9.8)

Utilisation de la vape dans la population étudiée.

Les modalités et les motivations d'utilisation de la vape ont aussi été précisées. Parmi les utilisateurs, 35 (9,5 %) ont déclaré avoir utilisé une e-cigarette quotidiennement et 42 (11,4 %) au moins une fois par semaine au cours des 30 jours précédents.

La raison la plus fréquemment citée pour débiter l'usage de l'e-cigarette est l'arrêt du tabac, à 54,6 %. Les autres motivations sont : réduction du tabagisme (13,9 %), alternative plus sûre au tabac (13,9 %), attrait de la nouveauté (7,8 %). Les "autres" raisons déclarées représentent 9,8% et ont été regroupées sous les quatre thèmes suivants : la vape comme alternative là où il n'est pas permis de fumer ; en cas de problèmes de santé ; l'influence de la mode ; le coût. En ce qui concerne la durée d'utilisation, 69 participants (20,7 %) ont déclaré avoir utilisé une e-cigarette pendant un an ou plus et 126 (soit 37,1 %) ont déclaré que depuis qu'ils se sont mis à la vape, ils fument moins de tabac.

- [Plus de tentatives de suicide chez les bipolaires fumeurs](#)

Tobacco smoking and other substance use disorders associated with recurrent suicide attempts in bipolar disorder. Ickick R, Mellee I, Etain B *et coll.* *Journal of Affective Disorders* 256 (2019) 348–357 <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.075>

Une étude menée en France et en Norvège sur 916 patients bipolaires établit une corrélation entre tabagisme, consommation de tabac ou de substances (alcool et cannabis) et risque de tentative de suicide (TS).

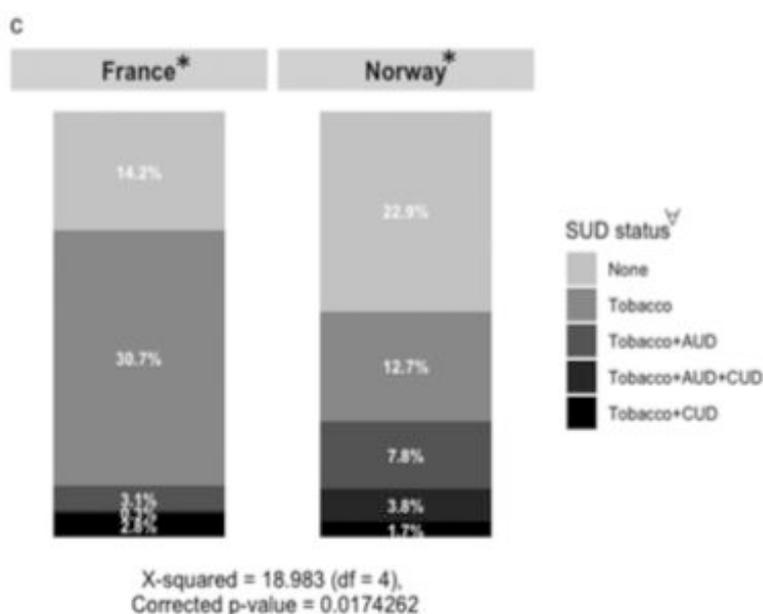
L'équipe de Romain Ickick (Hôpital Fernand Widal, Paris) a choisi de se pencher sur la question du lien tabac/bipolarité/risque suicidaire en raison de deux particularités des patients bipolaires : une prévalence particulièrement élevée de tentatives de suicide au cours de la vie (50 % environ) et un recours au tabac ou à d'autres substances addictives chez 30 à 70 % des patients. L'étude a été divisée en deux questionnements : le tabagisme est-il associé à un risque majoré de suicide indépendamment de l'abus d'alcool ou de toxiques ? La présence conjointe d'une addiction au tabac et/ou à d'autres substances augmente-t-elle le risque de tentative d'autolyse ?

Les données analysées ont été obtenues à partir des dossiers de 916 patients, qui comprenaient 59 % de femmes. 74% des patients avaient reçu un diagnostic de bipolarité de type I (N = 675) contre 26% (N = 241) de type II. Quatre CHU français (Créteil, Bordeaux, Marseille, Nancy), ont recruté 623 cas, soit 68% du total, les 293 restants (32%) ayant été recrutés dans tous les grands hôpitaux de la région d'Oslo pour l'étude TOP (Thematically Organized Psychosis) (Norvège).

37 % de non-fumeurs

Trois cent quarante participants (340, 37%) ne consommaient ni tabac ni autre substance addictive, 397 (43%) étaient des fumeurs exclusifs, 99 (11%) des alcoolo-tabagiques, 42 (5%) des fumeurs de tabac et de cannabis, et enfin 38 (4%) consommaient du tabac, de l'alcool et du cannabis. Au total, donc, cent soixante-neuf participants (20 %) fumaient du tabac et consommaient en même temps une autre substance addictive.

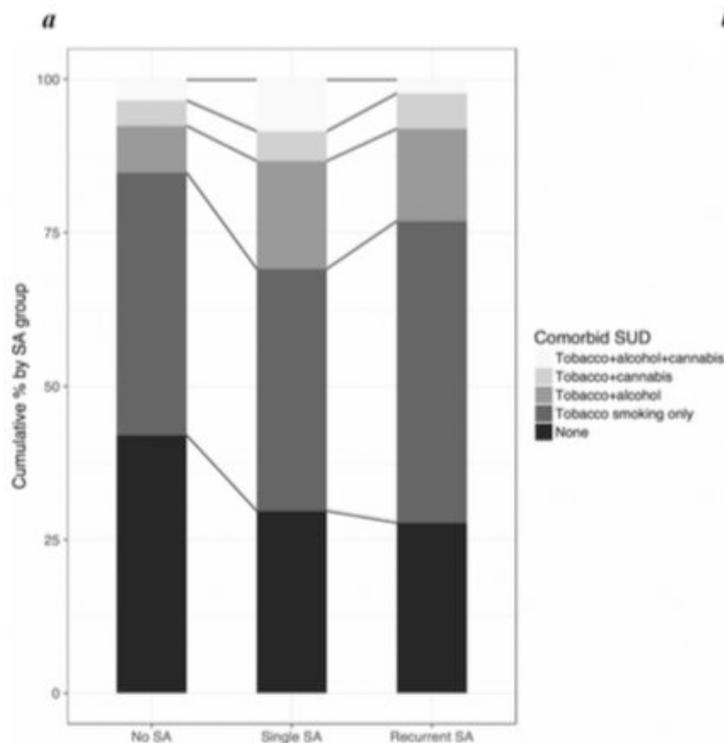
L'analyse a montré que 29 % des Norvégiens inclus et 41 % des Français avaient déjà tenté au moins une fois d'attenter à leurs jours. Pour les tentatives de suicides multiples, ces chiffres s'établissaient respectivement à 16 et 19 %.



Recours au tabac, à l'alcool ou au cannabis selon l'origine des patients

La régression logistique multinomiale a montré que le tabagisme était associé aux tentatives de suicide récurrentes, indépendamment des autres addictions. Le risque de TS unique était quant à lui corrélé à la prise concomitante d'alcool et de tabac, tandis que le risque de TS répétées était corrélé au recours concomitant de tabac et de cannabis. C'était aussi le cas des consommateurs de tabac, d'alcool et de cannabis.

Enfin, chez les patients ayant plusieurs fois tenté de se suicider, les consommations de tabac et de cannabis étaient sensiblement surreprésentées.



Comorbidités et TS uniques ou multiples

L'analyse en régression multinomiale a permis de détailler les facteurs de risques associés à des TS répétées : sexe féminin, patients Français, bipolarité avec polarité dépressive majoritaire, tabagisme seul et tabagisme associé à une consommation d'alcool.

Multinomial logistic regression with the presence or recurrence of SA as dependent variable and the absence of SA as reference variable.

Initial model (not shown): gender, country of inclusion, marital status, polarity at onset of BD, rate of mood episodes per year of illness, history of mixed episode, SUD groups, 1st-degree family history of mood disorder.

Final model (presented): variables that remained significant after backward, stepwise elimination based on largest to smallest p-values.

Odds ratios (ORs) and 95% confidence intervals (95% CIs) are displayed.

	One lifetime SA	Recurrent lifetime SA	Recurrent vs. single SA
Gender (women vs. men)	1.48 (1.01–2.18)*	2.23 (1.51–3.29)***	1.5 (0.93–2.41)
Country (France vs. Norway)	1.38 (0.92–2.08)	1.98 (1.3–3.03)**	1.43 (0.85–2.41)
Polarity at onset of BD (depressive vs. (hypo)manic)	1.61 (1.1–2.37)*	1.78 (1.22–2.62)**	1.11 (0.68–1.79)
Comorbid SUD (no SUD as reference group)			
Tobacco smoking only	1.36 (0.89–2.08)	1.75 (1.16–2.63)**	1.29 (0.76–2.17)
Tobacco + AUD	3.7 (2.05–6.67)***	3.58 (1.94–6.59)***	0.97 (0.49–1.92)
Tobacco + CUD	1.71 (0.68–4.26)	2.65 (1.15–6.1)**	1.55 (0.54–4.46)
Tobacco + AUD + CUD	3.73 (1.67–8.18)*	1.11 (0.35–3.5)	0.3 (0.09–0.99)*

N = 752. Chi-squared = 76.368, p < 10⁻⁹. McFadden R² = 0.049.

Analyse en régression multinomiale

- [Le sevrage à court terme affecté par les pathologies mentales](#)

Psychiatric comorbidities in a comparative effectiveness smoking cessation trial: Relations with cessation success, treatment response, and relapse risk factors. Johnson A, Kaye J, Baker T et coll. *Drug and Alcohol Dependence* 207 (2020) 107796 <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107796>

L'existence d'une maladie psychiatrique influence-t-elle sur les résultats du sevrage tabagique ? Pour l'équipe d'Adrienne Johnson (Madison, Etats-Unis), qui a étudié 1051 fumeurs adultes (dont 68 % de femmes), les pathologies psychiques diminuent le taux de sevrage à court terme, mais influent peu sur l'arrêt du tabac à

long terme.

Les participants ont été recrutés, entre mai 2012 et juin 2014, par des annonces dans les médias (n = 917) ou du fait de leur inclusion dans l'étude Wisconsin Smokers Health Study (n = 169) qui a suivi des fumeurs de manière longitudinale. Les participants potentiels présentaient la caractéristique commune de fumer au moins 5 cigarettes/jour, de désirer arrêter de fumer, de vouloir et de pouvoir utiliser les médicaments de l'étude et ne pas recourir aux cigarettes électroniques. Etaient exclus les patients souffrant de dépression modérément grave ou sévère, ceux qui présentaient des idées suicidaires ou qui avaient été suivis pour une tentative de suicide au cours des 5 dernières années, et ceux qui avaient fait l'objet d'un diagnostic/traitement pour une psychose au cours des 10 dernières années.

Varénicline ou nicotine

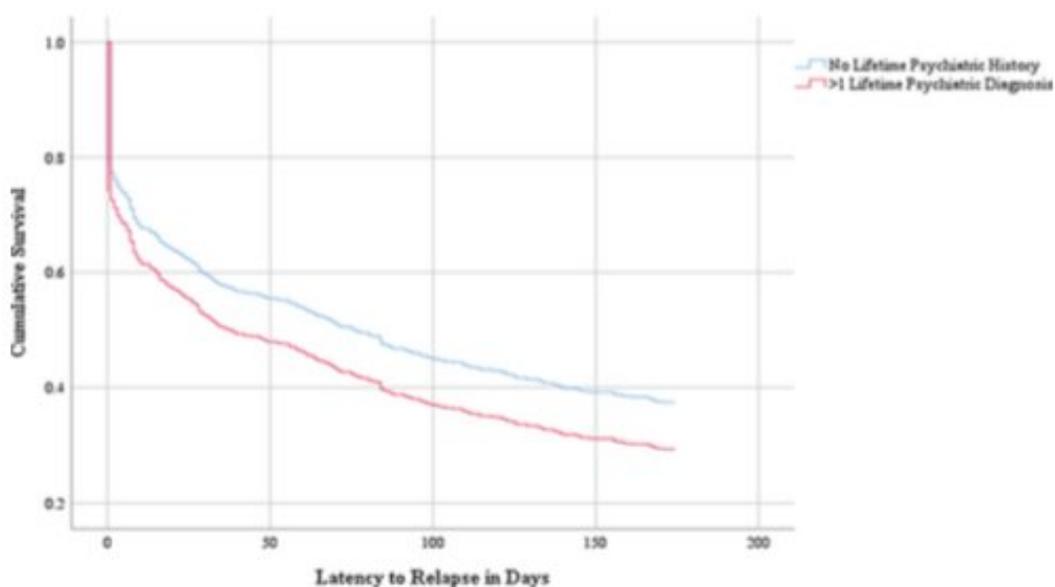
Les participants ont été tirés au sort pour recevoir 12 semaines de varénicline, un traitement de substitution nicotinique par association d'un patch et de pastilles, ou un patch de nicotine seul (39,0 %, 38,8 % et 22,2 % de l'échantillon, respectivement).

Sur 1051 participants, 68,1 % étaient blancs, 27,4 % afro-américains, 4,5 % d'autres origines, et 52,5 % du total étaient des femmes. Les participants, âgés en moyenne de 48,0 ans, fumaient 17,0 cigarettes par jour. Au total, 764 participants (72,7 %) étaient, après analyse des critères considérés comme potentiellement atteints, au moins une fois dans leur vie, d'une affection psychiatrique, 46,6 % (n = 490) l'étant pour au moins deux affections.

358 personnes souffraient d'anxiété (dont 300 d'attaques de panique et 88 de phobie sociale, plusieurs diagnostics combinés étant possibles), 149 de troubles de l'humeur (dont 146 de signes majeurs de dépression et 18 de dysthymie ou de bipolarité), et 646 consommaient des toxiques (539 abus d'alcool, 146 dépendants à l'alcool, 341 abus de drogues, 132 dépendance à la drogue).

Par rapport aux fumeurs non-psychiatriques, l'abstinence de 8 semaines était diminuée en cas de pathologie mentale recensée au cours de l'année précédente ou au moins une fois dans la vie.

Les facteurs liés au mode de vie qui sont en corrélation avec le diagnostic de pathologie mentale (réseau social limité, stress, mauvaise observance) ont aussi influé sur la réussite du sevrage à court terme.



Latence avant la rechute : en bleu absence d'affection psychiatrique, en rouge, diagnostic d'affection

Parmi les personnes ayant reçu un diagnostic de trouble de l'humeur au cours de leur vie, les participants

utilisant la varénicline étaient significativement plus susceptibles d'être abstinentes après 8 semaines que ceux utilisant le patch (RC = 2,91, p = 0,02, 95 % IC = 1,18-7,20) ; cette différence n'était pas statistiquement significative six mois après l'abandon (RC = 1,22, p = 0,72, 95 % IC = 0,41-3,64).

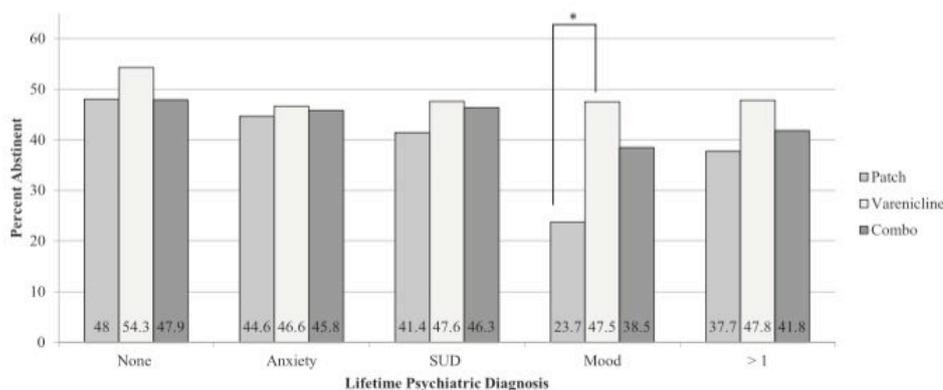


Fig. 5. 8-week abstinence rates by treatment condition for lifetime psychiatric diagnoses. * $p < 0.05$. ^aResults remained unchanged after race and gender were added as covariates to the model.

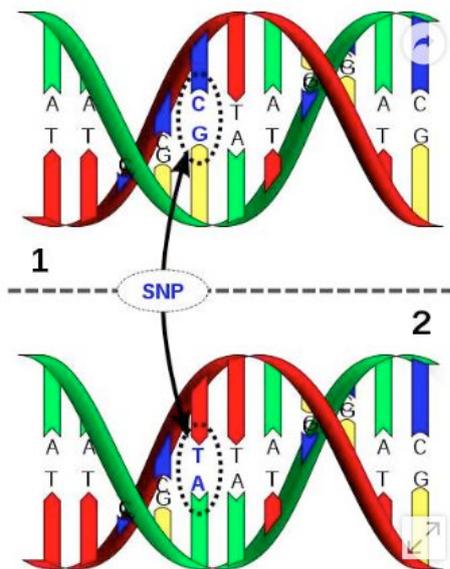
Taux d'abstinence à 8 semaines selon le traitement utilisé et les pathologies mentales préexistantes

- [Schizophrénie et tabagisme : un lien génétique commun héréditaire ?](#)

Genetic correlation between smoking behaviors and schizophrenia. Hartz S, Horton A, Hancoj D *et coll.* *Schizophrenia Research* 194 (2018) 86–90

Tabagisme et schizophrénie : deux composantes d'une même sensibilité génétique ? Ce pourrait être le cas en partie, ainsi que le suggèrent les résultats de Sarah Hartz *et coll.*, qui rapportent une composante de variation génétique commune partagée entre le comportement tabagique et la schizophrénie.

Dans un premier temps, les auteurs ont analysé le caractère héréditaire des phénotypes de tabagisme en détaillant les SPN (single nucleotide polymorphism) qui correspondent à des variations mineures du génome au sein d'une population (un seul nucléotide étant modifié).



SNP variabilités ponctuelles de la séquence d'ADN

L'héritabilité des SNP univariés, c'est-à-dire la proportion de la variance phénotypique expliquée par les SNP, a été évaluée pour chaque phénotype de tabagisme. Tous les phénotypes de tabagisme ont une héritabilité des SNP statistiquement significative ($p < 0,001$). Le phénotype ayant la plus forte valeur d'héritabilité liée aux SNP était la dépendance à la nicotine (15 %). Cette héritabilité représente environ le double de l'héritabilité estimée des SNP pour les autres phénotypes de tabagisme (6 à 8 %).

Table 2
SNP heritability of smoking phenotypes and genetic correlation estimates with schizophrenia.

	Univariate SNP heritability (h^2_g)		Genetic correlation with schizophrenia (r_g)	
	Estimate (95% CI)	p	Estimate	p
Ever/never smoked	0.08 (0.06–0.09)	1E–27	0.10	0.009
Age of onset of smoking	0.06 (0.03–0.09)	0.0004	0.14	0.08
Cigarettes per day	0.06 (0.03–0.09)	0.0002	0.12	0.05
Nicotine dependence	0.15 (0.07–0.24)	0.0008	0.14	0.04
Current/former smoker	0.07 (0.05–0.09)	9E–10	–0.03	0.68

Héritabilité liée aux SPN selon le phénotype de tabagisme et corrélation génétique avec la schizophrénie

Dans une deuxième phase, la corrélation génétique, définie comme la proportion de variation génétique commune à deux phénotypes, a été corrélée entre les phénotypes de tabagisme et la schizophrénie. Une corrélation génétique significative a été observée entre la schizophrénie et trois des cinq phénotypes de tabagisme ($p < 0,05$) : fumeur/jamais fumeur, nombre de cigarettes par jour et dépendance à la nicotine.

Pour les auteurs, il existe une composante de la variation génétique commune partagée entre les comportements de tabagisme et la schizophrénie (c'est-à-dire une corrélation génétique non nulle). Cette étude va dans le sens de l'existence de facteurs génétiques contribuant à la comorbidité entre le tabagisme et la schizophrénie ; dans ces conditions, le traitement de la schizophrénie pourrait varier, au moins en partie, selon la coexistence ou non d'un tabagisme.



www.congresalbatros.org

14^e Congrès International d'Addictologie de l'ALBATROS

Mardi 27, Mercredi 28 & Jeudi 29 Octobre 2020
Novotel Tour Eiffel / PARIS

« Addictions : croisement des disciplines et confrontation des savoirs »

Organisé par le Centre d'Enseignement, de Recherche et de Traitement
des Addictions, ce congrès se tiendra à Paris du 27 au 29 octobre 2020

Contact :

Mme Audrey Ginestet, Katana Santé, 29, rue Camille Pelletan, 92300
Levallois-Perret

Tél. : 33 (0)1 84 20 11 90

a.ginestet@katanasante.com

<http://www.congresalbatros.org>



36^e

Congrès National de Médecine & Santé au Travail

Du 2 au 5 novembre 2020

Palais de la Musique et des Congrès

Strasbourg

Une session SFT est prévue :

« tabagisme en entreprise : que faut-il savoir ? »

<https://www.medecine-sante-travail.com/programme>.

54^e

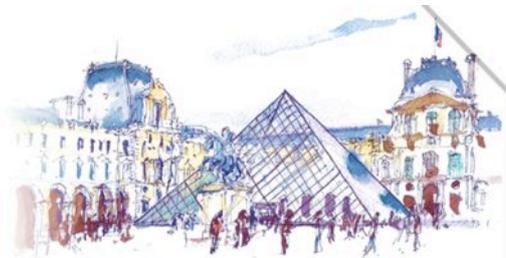
C O N G R È S



Collège Français
de Pathologie
Vasculaire

COLLÈGE FRANÇAIS DE PATHOLOGIE VASCULAIRE

Maison de la Chimie, 28 bis Rue Saint Dominique - 75007 Paris



09-10 novembre 2020

Sous la présidence de Claire Le Hello

Le 54^e Congrès du Collège Français de Pathologie Vasculaire se tiendra à la Maison de la Chimie, Paris, du 9 au 10 novembre 2020.

La SFT y co-animera une session "Tabagisme : quoi de neuf en 2020 ?" :

- Les mécanismes de l'impact vasculaire du tabagisme. Roger Moyou-Mogo
- L'anévrisme de l'aorte abdominale : une maladie du tabac ? Daniel Thomas
- L'e-cigarette : sa place actuelle dans la prise en charge des fumeurs. Bertrand Dautzenberg
- Comment aider efficacement un fumeur au cours d'une consultation de médecine vasculaire ?

CSFT 2020

14e congrès de la Société Francophone de Tabacologie

26 et 27 novembre 2020 Institut Pasteur - Paris



Les inscriptions au CSFT 2020 sont ouvertes : <http://www.csft2020.fr/inscription/>



Congrès Français de
Psychiatrie
Strasbourg 2020

25 au 28 novembre 2020

Rendez-vous à l'atelier de la SFT le
mercredi 25 novembre pour un
atelier sur le sevrage tabaco-
cannabique du schizophrène

11^{ème} Rencontre

Tab'Actu

3 décembre 2020

Domaine de l'Asnée
Villers-lès-Nancy
11 rue de Laxou – 54 600

Association des Acteurs Lorrains en Tabacologie
Contact : Anna SPINOSA
Tél : 03 83 15 34 08
Mél : a.spinosa@chru-nancy.fr

CHRU NANCY
UNITE DE COORDINATION TABACOLOGIE

8h00 – 8h45 – Accueil des participants
Café d'accueil

PROGRAMME

MATIN

9h00 – 9h45
9035 - Déjeuner

Dans la grande transformation de l'industrie du tabac en industrie de la nicotine, comment les multinationales protègent leur « marché »
Pascal Diethelm – OxySuisse, Genève

9h45 – 10h30
10315 - Déjeuner

Impact environnemental du tabac
Pr Jacques Cornuz – Unisanté, Lausanne

11h00 – 11h45
11330 - Déjeuner

Sexe, genre et tabagisme : quels enjeux ?
Pr Carole Clair – Unisanté, Lausanne

11h45 – 12h30
12315 - Déjeuner

Dénormatisation du tabac : spécificité de l'influenceur digital et stratégie de communication
Romain Vieillefosse – StudioB – Agence BCW, Paris

Pause Déjeuner

APRES-MIDI

14h00 – 14h45
14330 - Déjeuner

TCC et sevrage tabagique
Dr Philippe Guichenez – Centre Hospitalier, Béziers

14h45 – 15h30
15315 - Déjeuner

Tabac et grossesse : nouvelles recommandations
Pr Ivan Berlin – Société Francophone de Tabacologie, Paris

15h30 – 16h15
16300 - Déjeuner

Tabac et réduction des risques en Salle de consommation à moindre risque (SCMR) et CAARUD
Dr Camille Brand – Association Ithaque, Strasbourg

16h30 Assemblée Générale

11^{ème} Rencontre
3 Décembre 2020 • Domaine de l'Asnée, 54 600 Villers-lès-Nancy

11e Rencontre de l'AALT - Tab'Actu

Organisée par l'Association des Acteurs Lorrains en Tabacologie

Contact :

Unité de coordination de tabacologie, Bâtiment Philippe Canton, CHRU de Nancy, Rue du Morvan, 54511

Vandoeuvre-lès-Nancy Cedex

Tél. 33 (0)3 83 15 34 08 a.spinosa@chru-nancy.fr

Programme : http://societe-francophone-de-tabacologie.org/dl/AALT_11eRencontre-2020.pdf

INFORMATIONS

Hommage au Pr Reynaud

La Société Francophone de Tabacologie a le vif regret de vous annoncer la disparition du Professeur Michel Reynaud.

Parmi les nombreuses fonctions qu'il a exercées, il a été vice-président de la SFT de 2000 à 2008. Nous soulignons particulièrement le rapport Parquet, Lagrue, Reynaud paru 1999, à la demande du Pr Joël Ménard, alors Directeur Général de la Santé, qui avait associé le Pr Gilbert Lagrue à la réflexion sur la discipline addictologique. Nous vous invitons à consulter ce rapport qui reste d'actualité (<https://www.vie-publique.fr/rapport/25141-les-pratiques-addictives-usage-usage-nocif-et-dependance-aux-substanc>).

Dr Anne-Laurence Le Faou

Présidente de la SFT

Élection du Conseil d'administration

La SFT a le plaisir d'annoncer la mise en place de son nouveau Conseil d'administration suite aux élections de juin 2020 : <http://societe-francophone-de-tabacologie.org/bureau1.html>

Recherche

Dans le cadre du plan d'action du FLCA 2020, l'Institut national du cancer et l'Institut de recherche en santé publique (IReSP) lancent un appel à candidatures subventions doctorales de recherche pour lutter contre les usages de substances psychoactives et les addictions.

Cet appel à candidatures vise à soutenir la recherche et à produire des connaissances dans le domaine des consommations de substances psychoactives et la lutte contre les addictions : en priorité sur tabac, alcool et cannabis, identifiés notamment comme facteurs à risques avérés de cancers, sur les autres substances psychoactives ainsi que sur les poly-consommations.

Il couvre toutes les dimensions de la recherche ainsi qu'un large éventail de disciplines : de la recherche des sciences fondamentales à la recherche interventionnelle, en passant par les sciences humaines et sociales, l'économie, l'épidémiologie, l'addictologie, la psychiatrie, la psychologie et autres disciplines de santé publique. Les études portant sur la génétique, la pharmaco-épidémiologie, la recherche clinique sur les effets médico-psycho-sociaux aigus et chroniques sont également attendues.

Les projets déposés doivent s'inscrire dans l'un des 3 volets suivants :

Volet 1 : Substances psychoactives et population générale

Volet 2 : Substances psychoactives et cancers

Volet 3 : Substances psychoactives et pathologies autres que les cancers.

Le texte de l'appel est publié sur le site de l'INCa à l'adresse suivante : <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Appels-a-projets/Appels-a-projets-en-cours/SPADOC>

Les candidatures sont à déposer avant le 2 septembre 2020, 16h.

Pour toute question relative à cet appel, merci de bien vouloir contacter : Anne-Fleur Guillemin (afguillemin@institutcancer.fr) ou Laurence Hoffmann (laurence.hoffmann@inserm.fr).

VU SUR LE NET

Quelques liens de nouvelles qui ont fait la une du net ce mois-ci.

CNCT : dernières actus

La justice maintient l'interdiction de vendre du tabac (Afrique du Sud)

<https://www.msn.com/fr-ch/news/other/la-justice-maintient-l-interdiction-de-vendre-du-tabac/ar-BB160S2B?li=BBqiXNI>

L'arrêt du tabac est-il plus difficile pour les personnes isolées ?

<https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=la+provence+tabac+ersonnes+iosl%C3%A9e&ie=UTF-8&oe=UTF-8>

Réouverture des frontières : la douane s'attend à une hausse de la contrebande de tabac en Alsace

<https://www.youtube.com/watch?v=zEbSUWZCq6A>

Les mégots polluent les plages et les fonds marins

https://www.rtbef.be/tendance/green/detail_les-megots-polluent-les-plages-et-les-fonds-marins?id=10524036

Les Français ont consommé moins d'alcool, de tabac, et ont mangé moins gras pendant le confinement

<https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=Les+Fran%C3%A7ais+ont+consomm%C3%A9+moins+d%E2%80%99alcool,+de+tabac,+et+ont+mang%C3%A9+moins+gras+pendant+le+confinement&ie=UTF-8&oe=UTF-8>

OFFRES D'EMPLOI

Consultez les offres d'emploi sur le site de la SFT :

<http://societe-francophone-de-tabacologie.org/emplois1.html>

CONTACT

Pour toute annonce (congrès, symposium, offre d'emploi...), merci de l'adresser à Alice Deschenau : alice.deschenau@gh-paulguiraud.fr