

• Efficacité de la varénicline sur la réduction de consommation et l'arrêt chez des fumeurs sans intention d'arrêt à court terme.

Ebbert JO et al. JAMA. 2015 Feb 17;313(7):687-94.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25688780>

Proposer aux fumeurs d'arrêter de fumer en réduisant progressivement leur consommation, plutôt qu'un arrêt brutal, est sans doute un moyen d'engager plus de fumeurs, surtout ceux qui ne veulent pas ou n'arrivent pas à arrêter. Jusqu'à présent cette approche n'a été étudiée qu'avec le traitement nicotinique de substitution (TNS), cette étude a testé si la varénicline pouvait aussi être utilisée dans cette démarche.

Il s'agit d'un essai randomisé, en double-indu, et contrôlé contre placebo, qui s'est déroulé dans 61 centres dans 10 pays (Allemagne, Australie, Canada, Egypte, Japon, Mexico, République Tchèque, Royaume-Uni, Taïwan, et USA), entre juillet 2011 et juillet 2013. L'étude a recruté des fumeurs de 18 ans et plus, fumant 10 ou plus cigarettes par jour, sans période d'arrêt antérieure de plus de 3 mois, ayant un CO expiré >10 ppm, et incapable, ou n'ayant pas envie d'arrêter de fumer dans les 3 mois.

La sécurité d'emploi de la varénicline ayant été remise en question dans certaines populations, les critères d'exclusions sont importants. Ils concernent les tentatives de suicide ou les comportements suicidaires au cours des 2 dernières années, un épisode dépressif grave ou instable dans les 6 derniers mois, un diagnostic vie-entière d'épisodes psychotique, de panique, de stress post-traumatique, ou de schizophrénie, abus d'alcool ou d'autres substances dans les 12 derniers mois, une BPCO, un événement cardiovasculaire ou cérébrovasculaire dans les 2 derniers mois, ayant déjà pris de la varénicline sur une période significative, et l'impossibilité de s'abstenir de cannabis, ou de traitement d'aide à l'arrêt, y compris la cigarette électronique. Les femmes enceintes ou susceptibles de le devenir, ainsi que celle qui allaitaient ont aussi été exclues.

Les participants randomisés (n=1510), ont reçu de la varénicline (n=760) aux doses habituelles (dosage progressif jusqu'à 1 mg, 2 fois par jour), ou un placebo (n=750), pendant 24 semaines. Ils ont ensuite été suivis pendant une période de 28 semaines après l'arrêt du traitement. Les participants ont été encouragés à réduire leur consommation de cigarettes d'au moins 50% au cours des 4 premières semaines, puis d'au moins 75% au cours des 4 semaines suivantes, et d'essayer d'arrêter totalement de fumer lors de la semaine 12. Les participants pouvaient réduire plus vite et arrêter plus tôt s'ils le désiraient. Le critère principal d'efficacité était l'abstinence continue confirmée par un CO $\leq$ 10 ppm durant les 10 dernières semaines de traitement (semaines 15-24). Les critères secondaires d'efficacité étaient l'abstinence continue entre les semaines 21 à 24, et entre les semaines 21 à 52 (1 an).

Les résultats d'efficacité sont résumés dans le tableau ci-dessous pour ce qui concerne l'abstinence. A la fin du traitement (critère principal d'évaluation), 32,1% ont arrêté de fumer dans le groupe varénicline, contre 6,9% dans le groupe placebo, soit un risque relatif RR=4,6 (IC 95% 3,5-6,1). A 1 an (critère secondaire d'évaluation), les résultats sont respectivement de 27% vs. 9,9% (RR=2,7 ; 2,1-3,5). Des résultats post-hoc (non planifié au départ) de l'abstinence continue confirmée par CO, entre les semaines 15 et 52, montrent 24% d'arrêt dans le groupe varénicline, contre 6% dans le groupe placebo (RR=4 ; 2,9-5,4).

Table 2. Continuous Carbon Monoxide–Confirmed Smoking Abstinence Rates for Periods of the Study^a

	Continuous Abstinence, No. of Participants (%)		Risk Difference, % (95% CI)	Relative Risk (95% CI)
	Varenicline Group (n = 760)	Placebo Group (n = 750)		
Primary End Point ^b				
Weeks 15-24	244 (32.1)	52 (6.9)	25.2 (21.4-29.0)	4.6 (3.5-6.1)
Secondary End Points ^b				
Weeks 21-24	287 (37.8)	94 (12.5)	25.2 (21.1-29.4)	3.0 (2.4-3.7)
Weeks 21-52	205 (27.0)	74 (9.9)	17.1 (13.3-20.9)	2.7 (2.1-3.5)
Post Hoc End Point ^b				
Weeks 15-52	182 (24.0)	45 (6.0)	18.0 (14.5-21.4)	4.0 (2.9-5.4)

En ce qui concerne la réduction de consommation, à 4 semaines, 47,1% de ceux sous varénicline, contre 31,1% de ceux sous placebo avaient réduit leur consommation d'au moins 50% (RR=1,5 ; 1,3-1,7 ; incluant les abstinents confirmés). A 8 semaines, ces chiffres étaient de 26,3% vs. 15,1% en ce qui concerne la réduction de consommation d'au moins 75% (RR=1,8 ; 1,4-2,2 ; incluant aussi les abstinents).

En termes d'événements indésirables, ils ont été plus fréquents dans le groupe varénicline (82,3%) que dans le groupe placebo (72,5%), et concernaient principalement les nausées, les rêves anormaux, l'insomnie, la constipation, les vomissements, et la prise de poids. Cependant, les événements indésirables graves ou conduisant à l'arrêt du traitement, n'ont pas été significativement différents dans les 2 groupes (p=0,27 et p=0,07, respectivement). De même les idées ou comportements suicidaires (0,8% vs. 1,3%, p non donné), et les symptômes dépressifs (22,5% vs. 19,5% ; p=0,16), n'ont pas été significativement différents dans les 2 groupes.

Les auteurs concluent que les taux d'arrêt observés dans cette étude dans le groupe varénicline sont similaires à ceux observés dans les études antérieures, réalisées chez des fumeurs ayant envie d'arrêter de fumer rapidement. L'un des mécanismes avancés pour un effet sur la réduction de consommation plus importante dans le groupe varénicline, pourrait être dû à l'effet d'agoniste partiel sur les récepteurs nicotiniques et en conséquence d'une plus grande atténuation du craving (envie irrépressible). Parmi les effets indésirables, la prise de poids supérieure dans le groupe varénicline, et la moindre occurrence de bronchites, pourraient être simplement dues au fait qu'il y a plus de fumeurs abstinents dans ce groupe. L'une des limites majeures de cette étude réside dans l'exclusion de nombreux fumeurs ayant des problèmes psychiatriques, pulmonaires, cardiovasculaires et cérébrovasculaires. Ces résultats ne peuvent donc pas être généralisés à l'ensemble la population vue en consultation de tabacologie.

● Liens entre l'utilisation de traitement pharmacologique d'aide à l'arrêt et tentatives d'arrêt dans la population.

Ferguson SG et al. *Addiction*. 2015 Mar;110(3):513-8.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25393225>

Ces données nous viennent une fois de plus de l'enquête anglaise menée par Robert West (Smoking Toolkit Study) qui recueille des données sur les fumeurs britanniques mensuellement. La modélisation de l'impact et de la rentabilité des aides à l'arrêt au niveau de la population est limitée par le manque de connaissance sur l'utilisation de ces aides au cours des différentes tentatives d'arrêt chez les fumeurs. Cette étude a donc été réalisée pour savoir si la méthode utilisée dans une tentative d'arrêt antérieure influence les décisions futures concernant un nouvel arrêt, tant en termes de motivation que de traitement utilisé.

Pour cela, les données de 5489 fumeurs ayant répondu à l'enquête une première fois (entretiens en face à face assistés par ordinateur), puis à un suivi 6 mois plus tard (par courrier), ont été analysées (cela représente 21,4% des fumeurs interrogés lors de la première enquête). Les répondants ont été classés selon la méthode utilisée pour arrêter de fumer avant la première enquête (bupropion, varénicline ou TNS sur ordonnance, TNS sans ordonnance, ou sans aide pharmacologique), puis à 6 mois on leur a demandé s'ils avaient utilisé une aide pharmacologique lors d'une tentative d'arrêt dans les 3 derniers mois. Parmi les fumeurs interrogés à 6 mois (âge moyen 47,1 ± 15,5 ans), 68,9% avaient déclaré initialement ne pas avoir fait de tentative d'arrêt dans les 12 derniers mois, 14,4% avaient fait une tentative sans aide, 10,4% l'avaient fait avec un TNS sans ordonnance, et 6,3% avaient utilisé une aide sur ordonnance et un conseil bref.

Parmi les fumeurs interrogés à 6 mois, 21,7% (n=1191) avaient fait une tentative d'arrêt au cours des 3 derniers mois.

Table 2 The association between quitting behaviour at baseline and reporting having made a quit attempt in the last 3 months at 6-month follow-up.

Quit attempts recorded at baseline	% Reporting having made a quit attempt in last 3 months (at follow-up)	Odds ratio	95% Confidence interval
No attempts to quit in previous 12 months (reference group; n = 3782)	15.8 (599)	–	–
Unaided (n = 791)	35.5 (281)	2.98***	2.50–3.55
OTC NRT (n = 569)	37.4 (213)	3.30***	2.72–4.00
Medication on prescription and brief advice (n = 347)	28.2 (98)	2.19***	1.70–2.81

OTC NRT = over-the-counter nicotine replacement therapy; The models are adjusted for all variables listed in Table 1 and the year of the survey.
***P < 0.001.

Par rapport aux fumeurs n'ayant pas déclaré avoir fait de tentative d'arrêt dans les 12 mois précédant l'entretien initial (groupe de référence), ceux qui avaient fait une tentative, étaient 2 fois plus enclins à en avoir refait une entre 3 et 6 mois plus tard (Tableau ci-contre, Rapports de cote, Odds ratio de 2,19 à 3,30 ; tous significatifs p<0,001).

En ce qui concerne l'utilisation d'aide à l'arrêt lors d'une nouvelle tentative d'arrêt entre 3 et 6 mois après le premier entretien, globalement les fumeurs tendent à réutiliser la même méthode que dans leur tentative (ou non tentative, voir le tableau ci-dessous pour les détails). Ceux qui initialement n'avaient pas fait de tentative d'arrêt, font majoritairement une tentative sans aide (67,9%). Ceux qui avaient fait une tentative initiale sans aide, tendent majoritairement à réutiliser la même méthode (76,2%). Ceux qui avaient fait une tentative initiale avec un TNS sans ordonnance, tendent aussi à refaire une tentative avec la même aide (OR=2,57; IC 95% 1,83-3,63; p<0,001). Et de même pour ceux qui avaient choisi initialement un traitement sur ordonnance (OR=2,47; 1,47-4,14; p<0,001).

Table 3 The association between quitting behaviour at baseline and treatment use among those who reported attempting to quit in the last 3 months at the 6-month follow-up (n = 1191).

Quit attempts recorded at baseline	Treatment used during last 3 months prior to 6-month follow-up					
	% Unaided (n)	OR (95% CI)	% OTC NRT (n)	OR (95% CI)	% Med Rx and brief advice (n)	OR (95% CI)
No attempts to quit in previous 12 months (reference group; n = 599)	67.9 (407)	–	20.0 (120)	–	12.0 (72)	–
Unaided (n = 281)	76.2 (214)	1.48* (1.07–2.06)	16.7 (47)	0.78 (0.54–1.14)	7.1 (20)	0.61 (0.36–1.02)
OTC NRT (n = 213)	45.5 (97)	0.40*** (0.29–0.55)	39.4 (84)	2.57*** (1.83–3.63)	15.0 (32)	1.31 (0.83–2.06)
Medication on prescription and brief advice (n = 98)	42.9 (42)	0.38*** (0.25–0.59)	30.6 (30)	1.69* (1.05–2.73)	26.5 (26)	2.47*** (1.47–4.14)

OTC NRT = over-the-counter nicotine replacement therapy; Med Rx = medication on prescription; CI = confidence interval; OR = odds ratio. All models adjusted for all variables listed in Table 1 and the year of the survey.

*P < 0.05;

***P < 0.001.

Ces résultats montrent que globalement les fumeurs modifient peu leur comportement d'arrêt dans les 6 mois. Parmi ceux n'ayant pas fait de tentative d'arrêt au cours de l'année écoulée, seuls environ 16% en ont fait une, 6 mois plus tard. Et ceux qui ont fait une tentative au cours de l'année passée, tendent majoritairement à réutiliser la même aide (ou pas d'aide) dans les 6 mois suivant.

- **La prise de poids à l'arrêt du tabac n'est peut-être pas une mauvaise nouvelle.**

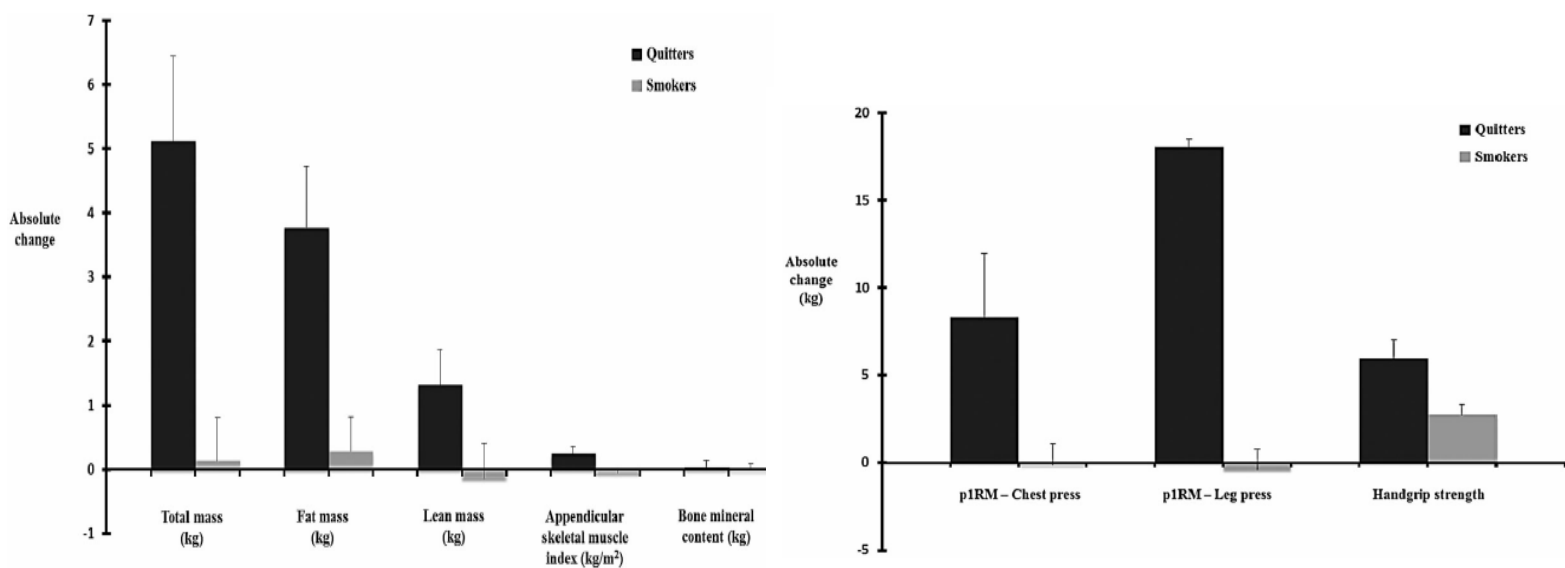
Rom O et al. *Addiction*. 2015 Feb;110(2):326-35.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25312589>

Les effets de l'arrêt sur les changements corporels ne se limitent pas à la prise de poids. Cette étude s'est aussi interrogée sur la composition de la masse corporelle, la force musculaire, et la composition et la densité des os. Les auteurs ont fait des mesures de composition corporelle par absorptiométrie par rayons X, des mesures de force musculaire, et ont recueilli par questionnaires les habitudes nutritionnelles et d'activité physique.

Ils ont ensuite comparé des fumeurs inclus dans un protocole d'aide à l'arrêt (3 mois de varénicline et 8 consultations de groupe hebdomadaires) en fonction de leur statut tabagique à la fin du traitement. En tout 49 fumeurs ont été inclus dans le protocole d'arrêt et 41 ont complété l'étude à 12 mois (76% toujours fumeurs, et 24% d'abstinents confirmés par cotinine urinaire). Les participants devaient avoir entre 20 et 65 ans et fumer plus de 15 cigarettes par jour. Les facteurs d'exclusion de ce protocole de traitement étaient maladies cardiovasculaires ou pulmonaires, le diabète, le cancer, une maladie thyroïdienne non traitée, l'utilisation de corticoïdes, IMC >40, et la consommation de plus de deux verres d'alcool par jour.

Les 41 participants qui ont complété l'étude (31 fumeurs, 10 fumeurs abstinents) avaient en moyenne 44 ± 12 ans. Les résultats, analysés par modèles de régression uni-variés ou multivariés, ont montré que les fumeurs abstinents avaient une augmentation significative du poids, de l'IMC, de la masse grasseuse et de la masse maigre, de la masse musculaire, et du contenu minéral et de la densité minérale des os, par rapport aux fumeurs. De même la force musculaire mesurée sur la main, la poitrine et les jambes était significativement plus importante chez les fumeurs abstinents par rapport aux fumeurs. Toutes les analyses ont été ajustées sur les mesures de base (avant la tentative d'arrêt du tabac). Les mesures concernant les habitudes nutritionnelles et d'activité physique n'ont pas montré de différences entre les fumeurs et les fumeurs abstinents (permettant de contrôler leur potentiel effet dans le changement des mesures chez les fumeurs abstinents).



Cette étude, malgré les limites dues à son faible échantillon, tend à montrer qu'en dehors de la prise de poids, les bénéfices de l'arrêt portent aussi sur une augmentation de la masse et de la force musculaire, ainsi que sur la bonne santé osseuse. C'est peut-être un bon argument à utiliser chez les fumeurs chez qui la prise de poids est une préoccupation lors de l'arrêt.

• Un modèle chez la Souris pour comprendre les effets de la fumée de cigarette dans la BPCO.

Zhou H et al. *Respirology*. doi: 10.1111/resp.12486
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/resp.12486/abstract>

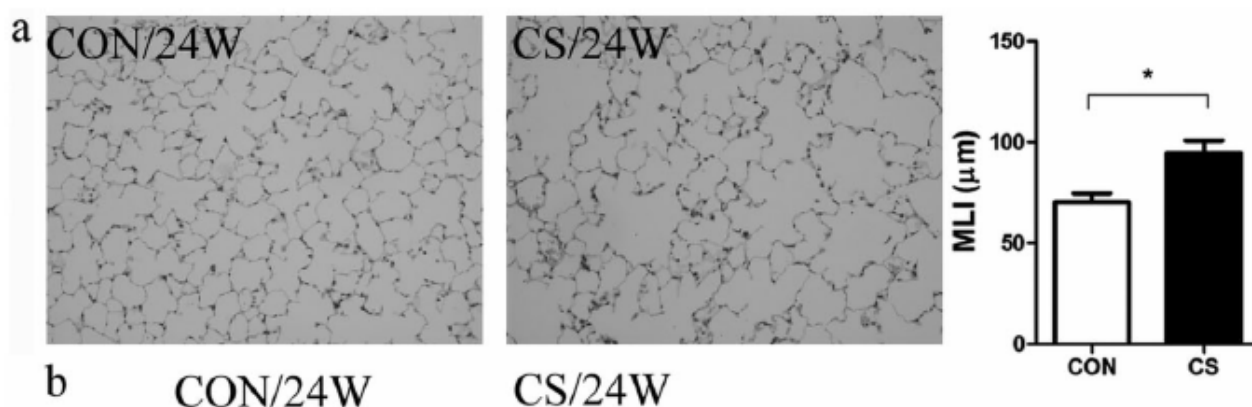
La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie commune chez les fumeurs. Elle est caractérisée par une infiltration de cellules inflammatoires des bronches, mais les mécanismes impliquant la fumée de tabac ne sont pas encore totalement élucidés. Certains types de lymphocytes T, particulièrement les cellules T cytotoxiques (Tc1) et les cellules T-helper (Th17), jouent un rôle primordial dans les maladies pulmonaires induites par le tabagisme. Les auteurs de cet article ont caractérisé un nouveau type de cellules, les Tc17 (interleukine IL-17A), dans un modèle murin d'exposition à la fumée de tabac.

Des groupes de souris ont été exposées à de la fumée de tabac (fumée de 10 cigarettes, exposition 5 jours par semaine) ou de l'air filtré (contrôle) pendant 24 semaines. Les souris ont été sacrifiées à 2, 8, 12 et 24 semaines pour observer les changements histologiques dans les poumons et la rate, et mesurer l'expression de certains facteurs (interféron-gamma, interleukine 17A, messagers ARN, taux de protéines, etc...).

Des cellules inflammatoires ont été identifiées dans le lavage alvéolaire et dans le tissu pulmonaire à différents temps d'exposition. Le nombre de macrophage a augmenté significativement dès la 2ème semaine, par contre les neutrophiles n'ont augmenté qu'à partir de la semaine 8, et une infiltration inflammatoire à partir de la semaine 8, et culminant à la semaine 12.

L'expression de l'interféron-gamma (IFN- γ) et de l'interleukine 17A (IL-17A), qui jouent un rôle important dans la pathogenèse de la BPCO, ont augmenté dès la 2ème semaine et culminé à la 12ème. L'élévation a été légère mais significative dans le lavage alvéolaire, mais encore plus significatif au niveau du tissu pulmonaire.

Les cellules Tc17, de même que les cellules Tc1 et Th17, ont proliféré tant dans les poumons que dans la rate à partir de la semaine 8. De plus, la présence de cellules Tc17 et Th17 a été corrélée au développement d'emphysème chez les souris exposées à la fumée de tabac à partir de la 12ème semaine. Afin de confirmer le rôle potentiel de ces nouvelles cellules Tc17 dans le processus emphysémateux, les auteurs ont prolongé l'exposition jusqu'à 24 semaines (figure ci-dessous). A gauche une image du tissu pulmonaire sain chez les souris contrôle, au milieu le tissu pulmonaire montrant un emphysème chez les souris exposées, à droite les résultats exprimés en moyenne de l'intersection linéaire (mean linear intercept, $p < 0,05$). Un marqueur (γ H2AX) de la destruction de l'ADN, qui conduit à l'apoptose des cellules (mort cellulaire), a aussi été mis en évidence dans le tissu pulmonaire dans pratiquement toutes les zones du poumon à 12 et 24 semaines.



Les auteurs concluent que l'exposition chronique à la fumée de cigarettes produit une expansion des cellules Tc17 non seulement au niveau du poumon, mais aussi à distance, dans la rate. Cette expansion a été corrélée à l'apparition d'un emphysème et à une destruction de l'ADN (mort cellulaire). Ces cellules étant responsables de la production d'interleukine IL-17A, elle pourraient être une nouvelle cible pour le développement d'une thérapie visant à traiter la BPCO.

- **Le menthol diminue l'irritation respiratoire et augmente la cotininémie de souris exposées à la fumée de tabac.**

Ha MA et al. PLoS One. 2015 Feb 13;10(2):e0117128.

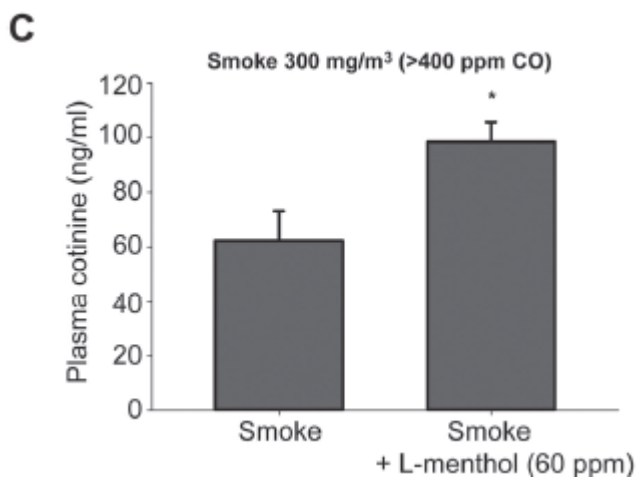
Article en libre accès: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0117128>

L'ajout de menthol aux cigarettes pourrait faciliter l'initiation du tabagisme chez les jeunes en diminuant l'irritation provoquée par la fumée de tabac (par leur action sur les neurones sensoriels périphériques sensibles au froid), ce qui pourrait permettre d'augmenter l'absorption de nicotine lors de l'initiation au tabagisme.

Les auteurs ont mesuré les effets du L-menthol (celui qui est utilisé comme additif dans les cigarettes) dans un modèle murin (mesure par pléthysmographie) après exposition à des irritants connus de la fumée de tabac (acroléine et cyclohexanone) ou à la fumée de tabac totale. Ils ont aussi mesuré la cotininémie des souris.

L'acroléine produit une réponse sensorielle d'irritation immédiate à la concentration de 3 ppm. Le L-menthol à 40 ppm produit aussi une irritation transitoire. Mais, les résultats montrent que le L-menthol supprime la réponse à l'irritation induite par l'acroléine, avec une IC_{50} (concentration correspondant à une réduction de 50% de l'irritation) de 4 ppm ($IC_{95\%}$; 3,3-4,9 ppm), et un effet maximum à 54 ppm. De même, le L-menthol supprime la réponse à l'irritation causée par le cyclohexanone, mais à une concentration plus élevée, avec une IC_{50} de 19 ppm (16-24 ppm). Les auteurs ont aussi testé l'eucalyptol, qui s'est avéré moins efficace que le L-menthol (IC_{50} de 73 ppm et 305 ppm, respectivement pour l'acroléine et le cyclohexanone). Des résultats similaires ont été obtenus avec le L-menthol suite à l'exposition à la fumée totale de cigarettes, mais avec une moindre efficacité (IC_{50} de 50 ppm pour une faible concentration de fumée de tabac à 30 mg/m^3 , et de 60 ppm pour une forte concentration de fumée à 300 mg/m^3). Un prétraitement par un antagoniste des récepteurs au froid (les TPRM8) a aboli l'effet atténuateur de l'irritation par le L-menthol, montrant que l'effet de celui-ci sur la réponse à l'irritation passe par la stimulation de ce récepteur.

Afin de tester si l'ajout de menthol a un effet sur l'absorption de nicotine, les souris ont été exposées à une forte concentration de fumée (300 mg/m^3), avec ou sans L-menthol (à 60 ppm), puis sacrifiées pour prélever le sang et mesurer la cotininémie (figure ci-dessous). Après 20 minutes d'exposition, la cotininémie des souris exposées à la fumée était >50 ng/ml (chez des contrôles non exposée elle était <1 ng/ml), mais chez celles exposées à la fumée de tabac + le L-menthol, la cotininémie a été multipliée par 1,5 (* $p=0,015$).



Les auteurs concluent en précisant que 90% des cigarettes vendues contiennent du L-menthol (additif), même celles qui ne sont pas vendues comme étant mentholées. Leurs résultats montrent qu'en réduisant l'effet irritant de la fumée de cigarette, le L-menthol permet une absorption plus importante de nicotine, et donc pourrait participer à une accélération de la dépendance lors de l'initiation au tabagisme.

congrès

9^e
EDITION

**Congrès International d'Addictologie
de l'ALBATROS**

Mercredi 10, Jeudi 11 & Vendredi 12 JUIN 2015
Maison de la Mutualité - PARIS

"LES ADDICTIONS : AUJOURD'HUI ET DEMAIN"



www.centredesaddictions.org

Numéro de DPC : en cours

Tabac et Qualité de Vie

9^{ème} Congrès national
Société Française de Tabacologie



5 et 6 novembre 2015 - Toulouse
Centre de Congrès Pierre Baudis
11 esplanade Compans Caffarelli

<http://www.sft2015.com/>

[Vu sur le Net](#)

Quelques liens (cliquer sur le titre) qui vous mèneront vers des nouvelles qui ont fait la Une du net ce mois-ci.

[Premières données du Baromètre santé 2014](#)

[Tabac : un peu moins de fumeurs réguliers en France](#)

[La cigarette électronique aide à arrêter de fumer](#)

[Cigarette électronique : avec elle, 400 000 personnes ont arrêté le tabac...](#)

[Tabac : deux tiers des fumeurs mourront de la cigarette](#)

[Nouveau traitement pour aider les accros à la cigarette](#)

[Le gouvernement a-t-il cédé au lobby du tabac ?](#)

[Quand les bourdons se soignent en butinant](#)

[Tabac : une molécule accompagne le sevrage progressif](#)

[Cigarettes : le paquet neutre sauve des vies](#)

[Tabac Stop: "Il faut un remboursement réfléchi des substituts nicotiniques"](#)

[Imperial Tobacco:le chiffre d'affaires s'effrite](#)

formations

L'IRAAT (Institut Rhône Alpes Auvergne de Tabacologie) organise différentes formations centrées sur la tabacologie dans la région Rhône Alpes Auvergne en 2015 (voir les annonces ci-dessous).

offres d'emploi

5 vacations tabac et 1 vacation alcool seront disponibles en début d'année 2015 au Centre hospitalier d'Argenteuil (Val d'Oise).

Adresser CV et lettre de motivation au Dr Anne Bretel : bretelanne@gmail.com
(annonce du 23.06.14)

et comme toujours !

Si vous avez des annonces (congrès, symposium, offre d'emploi...) à proposer pour cette lettre, merci de les adresser à Jacques Le Houezec jacques.lehouezec@amzer-glas.com

ENTRETIEN MOTIVATIONNEL (EM) ACCOMPAGNER LA PERSONNE VERS LE CHANGEMENT DANS L'ARRÊT DU TABAC

VENDREDI 23 JANVIER 2015

1 jour
(7 heures)

PUBLIC CONCERNÉ

Médecins addictologues ou tabacologues – Médecins généralistes ou spécialistes – Sages-femmes addictologues ou tabacologues – Infirmières addictologues ou tabacologues – Professionnels de prévention

OBJECTIF PRINCIPAL :

- Découvrir et augmenter ses savoirs sur l'EM.

Objectifs opérationnels :

- Pratiquer à travers des exercices
- Acquérir ou renforcer des compétences
- Evaluer l'EM dans l'accompagnement au changement des patients

PEDAGOGIE :

Interaction avec les participants.
Analyse d'exercices à partir de situations réelles : auto-analyses, feed-back

TARIFS :

Frais d'inscription des participants : 165€

NOS FORMATEURS :

Dr Sophie ORLHAC Formatrice EM
Dr Marie MALECOT Tabacologue

DATES et UEU :

VENDREDI 23 JANVIER 2015
Hôpital de la Croix Rousse – 103,
Grande rue de la Croix Rousse Lyon
4ème
Accueil des participants: Bâtiment
principal, salle CHRISTO.

PROGRAMME

Qu'est ce que l'Entretien Motivationnel ?

L'EM est une méthode de communication validée dans les situations où ambivalence et motivation sont au cœur des processus de changement. Il concerne particulièrement le domaine des addictions, domaine où il est utile et difficile de modifier un comportement voire simplement de faire un choix.

Programme

- L'esprit et les principes de l'EM
- L'ambivalence
- Les styles de communication
- Le réflexe correcteur et ses inconvénients
- Les processus et les savoirs faire essentiels

Un outillage pratique

- Etablir une relation de travail collaborative avec le patient
- Déterminer l'objectif du patient
- Faire émerger les motivations propres au patient
- Planifier le changement avec le patient
- Maîtriser la technique « OuVER » :
 - Questions ouvertes
 - Valoriser
 - Ecoute réflexive
 - Résumer
- Apprendre à fournir des informations centrées sur les attentes du patient

Une évaluation de la formation :

Immédiate en fin de session

A distance (3 mois) afin de connaître les implications pratiques induites par la formation.

Contact : Mme EL BIAZ (secrétaire) :

Tel : 04 78 42 59 18

Courriel : iraat-lyon@orange.fr

Nombre de participants :

8 à 15 participants maximum

IRAAT – Institut Rhône-Alpes Auvergne de Tabacologie
N° Agrément : 82 696388 N° SIRET : W691065743
Hôpital de la Croix-Rousse, 103 Grande rue de la Croix Rousse 69004 LYON
Tel. / Fax: 04 78 42 59 18
E-mail: iraat-lyon@orange.fr

ars
Agence Régionale de Santé


Hospices Civils de Lyon

SUBSTITUTION NICOTINIQUE CHEZ LES PATIENTS FUMEURS EN PRE-OPERATOIRE ET POST- OPERATOIRE IMMEDIAT

LUNDI 23 MARS 2015

1 jour
(7 heures)

PUBLIC CONCERNÉ

Médecins anesthésistes – Chirurgiens – Infirmières anesthésistes ou de bloc opératoire

OBJECTIF PRINCIPAL :

- Former les participants à une prise en charge du fumeur

Objectifs opérationnels :

- Sensibiliser les médecins anesthésistes à l'intérêt d'une substitution nicotinique encadrant une intervention chirurgicale
- Savoir prescrire une substitution nicotinique courte, adaptée au patient fumeur

PEDAGOGIE :

Aspects théoriques
Aspects pratiques
Mises en situation : Cas cliniques

TARIFS :

Frais d'inscription des participants :
165 €

NOS FORMATEURS :

Dr Sophie ARNAUD Tabacologue

DATES et UEU :

LUNDI 23 MARS 2015
Hôpital de la Croix Rousse – 103,
Grande rue de la Croix Rousse Lyon
4ème
Accueil des participants: Bâtiment
principal, salle CHRISTO.

PROGRAMME

Une connaissance scientifique

- L'intoxication tabagique et ses effets
- La dépendance
 - Physique
 - Comportementale et psychique
- Intervention brève en consultation externe d'anesthésie
 - Intérêt et mode opératoire
 - Intérêt, maniement du CO testeur
 - Intérêt et mode de prescription des différents substituts nicotiniques
- Parcours de soin du patient en tabacologie

Une pratique clinique

- Maniement du CO testeur
- Présentation des différents supports pédagogiques destinés aux patients
- Présentations des différents substituts nicotiniques proposés aux patients

Un outillage pratique

- L'évaluation de la motivation
- L'évaluation de la compulsion à fumer

Une évaluation de la formation :

Immédiate en fin de session
A distance (3 mois) afin de connaître les implications pratiques induites par la formation.

Contact : Mme EL BIAZ (secrétaire) :
Tel : 04 78 42 59 18
Courriel : ira-at-lyon@orange.fr

Nombre de participants :
10 à 15 participants

THERAPIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES DANS L'AIDE A L'ARRET DU TABAC

NIVEAU 1

Mardi 3 mars 2015

1 jour
(7 heures)

PUBLIC CONCERNÉ

Médecin – Infirmier – Assistant social – Psychologue – Sage-femme – et tout professionnel de santé en relation avec des patients fumeurs –

OBJECTIF PRINCIPAL :

- Former les participants à la prise en charge du fumeur

Objectifs opérationnels :

- Comprendre les différences avec l'entretien classique
- Savoir reconnaître et analyser la fonction du tabac
- Proposer des outils en rapport avec l'histoire du fumeur

PEDAGOGIE :

Interaction avec les participants.
Apports théoriques
Mises en situation : Cas cliniques, jeux de rôle

TARIFS :

Frais d'inscription des participants :
165 €

NOS FORMATEURS :

Dr Audrey SCHMITT
Dr Véronique BOUTE-MAKOTA

DATES et LIEU :

Mardi 3 mars 2015
Hôpital de la Croix Rousse – 103,
Grande rue de la Croix Rousse Lyon
4ème
Accueil des participants: Bâtiment
principal, salle CHRISTO.

PROGRAMME

Objectifs

- Former les participants aux techniques d'entretien basées sur les psychothérapies cognitivo-comportementales
- Connaître les bases de la thérapie cognitivo-comportementale

Contenu

- Le style relationnel
- L'alliance thérapeutique
- L'analyse fonctionnelle
- Préparer l'arrêt et passer à l'action
- Apprendre à gérer la rechute

Approches pédagogiques

- Aspects théoriques
- Aspects pratiques :
 - Expositions de cas (vidéos)
 - Mise en pratique par jeux de rôle

Une évaluation de la formation :

Immédiate en fin de session
A distance (3 mois) afin de connaître les implications pratiques induites par la formation.

Contact : Mme EL BIAZ (secrétaire) :

Tel : 04 78 42 59 18
Courriel : ira-at-lyon@orange.fr

Nombre de participants :

10 à 15 participants maximum

I.R.A.A.T. – Institut Rhône-Alpes Auvergne de Tabacologie
N°Agrément : 82 696389 N°SIRET : W691065743
Hôpital de la Croix-Rousse, 103 Grande rue de la Croix Rousse 69004 LYON
Tél. / Fax: 04 78 42 59 18
E-mail: iraat-hon@orange.fr

ars
Agence Régionale de Santé


Hospices Civils de Lyon

FORMATION DES PERSONNELS DE SANTE DES MATERNITES A LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES FUMEUSES

VENDREDI 24 AVRIL 2015

1 jour
(7 heures)

PUBLIC CONCERNÉ

Sage femme – Médecin – Assistant social – Psychologue – et tout professionnel de santé en relation avec des femmes enceintes fumeuses –

OBJECTIF PRINCIPAL :

- Former les personnels de maternité au dépistage et à la prise en charge de la femme enceinte fumeuse et de son conjoint

Objectifs opérationnels :

- Identifier les patientes à risque, motiver et encourager à l'arrêt du tabac
- Savoir prescrire les substituts nicotiniques

PEDAGOGIE :

Interaction avec les participants.
Mises en situation : Cas cliniques et jeux de rôle avec mesure du CO expiré

TARIFS :

Frais d'inscription des participants : 165 €

NOS FORMATEURS :

Catherine Laveissière, sage femme
P. Antoine Migeon, sage femme

DATES et LIEU :

Vendredi 24 avril 2015
Hôpital de la Croix Rousse – 103,
Grande rue de la Croix Rousse Lyon
4ème
Accueil des participants: Bâtiment
principal, salle CHRISTO.

PROGRAMME

Objectifs

- Changer le regard des professionnels de santé sur le tabagisme gravidique (actif et passif)
- Valoriser la mesure du Monoxyde de Carbone (CO) dans l'air expiré des femmes enceintes fumeuses et leur conjoint
- Améliorer les connaissances des personnels de maternité et de néonatalogie sur les conséquences de la consommation du tabac autour de la grossesse et sur les aides au sevrage tabagique
- Former les personnels de maternité à l'identification des patientes à risque et à leur prise en charge quelque soit leur degré de motivation
- Former les personnels aux techniques de sevrage tabagique, à l'entretien motivationnel, et à la prescription de substitution nicotinique.

Contenu

- Epidémiologie, réglementation, état des lieux des connaissances sur le tabagisme autour de la grossesse,
- Physiopathologie de la nicotine et du CO
- Les outils de dépistage
- Prise en charge préventive et curative des patientes fumeuses

Approches pédagogiques

- Aspects théoriques
- Aspects pratiques :
 - Travail sur les craintes, appréhensions et idées fausses
 - Jeux de rôle avec mesure du CO expiré

Une évaluation de la formation : Immédiate en fin de session

Contact : Mme EL BIAZ (secrétaire) :
Tel : 04 78 42 59 18
Courriel : iraat-lyon@orange.fr

Nombre de participants :
10 à 15 participants maximum