



5^e Congrès National de la
Société Française de Tabacologie

Tabacologie sans Frontières

1^{er} Congrès européen francophone



crédit: photo: ville de Nancy

Palais des Congrès de Nancy

17-18 novembre 2011

P R O G R A M M E Jeudi 17 novembre 2011

8h00-8h45	Accueil et inscriptions				
	Amphithéâtre Stanislas				
8h45-9h00	Ouverture officielle Allocutions des Représentants de la Direction Générale de la Santé (sous réserve), l'Agence Régionale de Santé de Lorraine, la Municipalité de Nancy (sous réserve) Dr Ivan Berlin, <i>Président de la SFT</i>				
9h00-10h30	Contrôle du tabac : quel impact ? Modérateurs : Dr Ivan Berlin, Pr Yves Martinet Contre l'ingérence de l'industrie du tabac Pascal Diethelm , <i>Genève</i> Pour une fiscalité dissuasive Florence Berteletti-Kemp , <i>Bruxelles</i> Contre le marketing Karine Gallopel-Morvan , <i>Rennes</i> Anissa Hamadou , <i>Paris</i>				
10h30-11h00	Pause - Visite des posters et exposition				
11h00-12h00	Futur de la tabacologie Modérateurs : Dr Ivan Berlin, Pr Jacques Cornuz Traitement de la dépendance au tabac : vers une approche compréhensive et intégrée au système de santé Pr Nancy Rigotti , <i>Boston, USA</i> Table ronde : Pr Nancy Rigotti, Dr Ivan Berlin, Pr Jacques Cornuz				
12h00-13h30	Pause déjeuner - Visite des posters et exposition				
	Amphithéâtre Stanislas	Amphithéâtre Daum	Amphithéâtre Gallé	Salle Boffrand	Salle Jean-Lamour-Héré
13h30-15h00	Comment reconnaître une information utile ? Modérateurs : Dr Yves Kessler, Pr Yves Martinet Méthodes pour approcher une relation cause à effet Dr Ivan Berlin , <i>Paris</i> Qu'est ce qu'un placebo ? Son intérêt et son éthique Pr Henri-Jean Aubin , <i>Paris</i> Comment lire un article d'une façon critique ? Dr Carole Clair , <i>Lausanne</i>	Tabac et médecine interne Pr Laurence Galanti, Dr Jean Perriot Sevrage tabagique et interactions médicamenteuses Dr Nicolas Gambier , <i>Nancy</i> Maladies rénales et tabac Dr Bruno Vogt , <i>Lausanne</i> Douleurs chroniques et tabac Dr Isabelle Jacot Sadowski , <i>Lausanne</i>	Dépendance au tabac et maladies digestives Dr Gérard Issartel, Pr Jacques Prignot Sevrage et constipation Dr Abderrahim Oussalah , <i>Nancy</i> Consommation de tabac et maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) Pr Jacques Cosnes , <i>Paris</i> Maladies de Behçet et consommation de tabac Dr Jean-Philippe Zuber , <i>Suisse</i>	Petits fumeurs Dr Gérard Peiffer, Dr Jean-Pierre Zellweger Définition et profil des "Petits fumeurs" Dr Michel Underner , <i>Poitiers</i> Bilan et évaluation Jean-François Etter , <i>Genève</i> Quelle prise en charge proposer ? Dr Gérard Peiffer , <i>Metz</i>	Jeunes et tabac Dr Pascale Beurrier, Pr Bertrand Dautzenberg Communications orales 1 Revue systématique d'études longitudinales sur les prédicteurs de cessation du tabagisme chez les adolescents et les jeunes adultes fumeurs Dr Semanur Cengelli , <i>Lausanne</i> Exposition des jeunes à la nicotine par le mélange de tabac au cannabis Dr Richard Bélanger , <i>Québec</i> Tabagisme et prise de risque Dr Philippe Brognon , <i>Belgique</i> Les jeunes parisiens fumeurs ne restent pas fumeurs légers intermittents («LITS») Pr Bertrand Dautzenberg , <i>Paris</i> Tabagisme dans une population de patients dépendants au cannabis Dr Alain Dervaux , <i>Paris</i> « Sans clope je suis au top ! » : Quand l'éducation par les pairs fait un tabac Marie-Eve Huteau , <i>Montpellier</i>
15h00-15h30	Pause - Visite des posters et exposition				
	Amphithéâtre Stanislas	Amphithéâtre Daum	Amphithéâtre Gallé	Salle Boffrand	Salle Jean-Lamour-Héré
15h30-17h00	Tabagisme et addictions sans substance Modérateurs : Pr Didier Quilliot, Dr Daniele Zullino Troubles psychologiques liés à une forte consommation de tabac Elisabeth Gagel , <i>Allemagne</i> Addictions alimentaires Dr Pierrette Wittkowski , <i>Nancy</i> Jeu pathologique Dr Heiko Riedel , <i>Allemagne</i>	Lecture critique des publications relatives au tabagisme Dr Catherine Charpentier, Jacques Le Houezec Revues systématiques: Critères d'une méta-analyse de qualité Dr Carole Clair , <i>Lausanne</i> Structure d'une étude originale correcte Pr Jacques Prignot , <i>Belgique</i> Analyse statistique d'une étude en tabacologie Dr Jacques Jamart , <i>Belgique</i>	Session Société Savante Session commune SFT-CNGOF Dr Gérard Mathern, Dr Olivier Morel Tabac et infertilité Dr Juliette Guibert , <i>Paris</i> Réussir son arrêt du tabac : prévenir la rechute après l'accouchement Pr Francis Raphaël , <i>Nancy</i> Risque opératoire lié au tabac en gynécologie Dr Olivier Morel , <i>Nancy</i> Dr Shaghayegh Yaribakht , <i>Nancy</i>	Session AFIT Anne Diakhaté, Jacques Dumont La tabacologie en maison d'arrêt Brigitte Faure , <i>Agen</i> Dépistage de la BPCO en tabacologie Gilles Heno , <i>Vannes</i> Organisation pratique de la prise en charge des patients hospitalisés en USIC Sylvie Chiles , <i>Hélène Coyard</i> , <i>CHU Nancy</i>	Expositions environnementales Traitement de la dépendance au tabac Dr Béatrice Le Maître, Dr Jean Perriot Communications orales 2 Evaluation de l'impact de l'interdiction de fumer sur les syndromes CORonaires aigus : Étude EVINCOR-PMSI Pr Daniel Thomas , <i>Paris</i> Intervention systématique d'aide à l'arrêt du tabac pour les patients hospitalisés pour un syndrome coronarien aigu : étude multicentrique Dr Baris Gencer , <i>Suisse</i> Tabagisme et exposition amiante, quelle perception des risques pour la santé chez les sujets exposés ? Dr Isabelle Thon , <i>Nancy</i> Qualité de vie chez les patients atteints de cancer bronchique : rôle du statut tabagique et d'une exposition professionnelle à l'amiante Pr Christophe Paris , <i>Nancy</i> Une analyse des symptômes de sevrage du tabac récemment décrits Jean-François Etter , <i>Suisse</i> Informations sur le tabac dans des fiches d'information pré-opératoire des patients : une enquête française Dr Marie-Dominique Dautzenberg , <i>Paris</i>

17h30-19h00	Symposia Programmes sous la responsabilité des laboratoires organisateurs (en dernière page)		
	Amphithéâtre Stanislas	Amphithéâtre Daum	Amphithéâtre Gallé
	Symposium Boehringer Ingelheim / Pfizer Le cannabis : un facteur de risque particulier de la BPCO ?	Symposium Johnson & Johnson Tabacologues et nouvelle gouvernance hospitalière. Quelle expertise ? Quel avenir ?	Symposium Pfizer Quelles relations entre tabagisme et troubles psychiatriques ?

20h30 **Dîner de Gala (sur réservation)** Grand Salon de l'Hôtel de Ville, Place Stanislas, Nancy

LE MOT DES PRÉSIDENTS

Ivan Berlin

Président de la Société Française de Tabacologie

Malgré des efforts considérables aussi bien de l'information que des soins, la prévalence du tabagisme en France reste beaucoup plus élevée qu'on le souhaiterait. Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) a publié récemment son avis relatif aux moyens nécessaires pour relancer la lutte contre le tabagisme : http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20100922_luttetabagisme.pdf.

Il part d'un constat que le nombre de fumeurs reste élevé et que le taux de morbidité/mortalité lié au tabac semble ne pas avoir diminué. Il est particulièrement inquiétant, puisqu'il s'agit de la génération future, que la prévalence du tabagisme ne diminue pas chez les jeunes et les femmes enceintes.

Comme lors des précédents congrès de la SFT, ce 5ème congrès annuel permettra des échanges scientifiques, cliniques et politiques sur le tabagisme mais aussi des contacts informels entre professionnels de santé. Par contre, c'est la première fois que nos collègues et amis Belges, Suisses, Luxembourgeois et même Allemands francophones se joignent à nous et apportent leurs connaissances et savoir-faire dans la recherche, les soins et politique de santé.

La SFT souhaitait depuis longtemps élargir sa manifestation annuelle au monde francophone. Nous espérons que cette initiative se perpétuera et impliquera des professionnels de santé actifs dans le domaine du tabagisme aussi d'autres pays francophones.

Le Comité Scientifique sous la présidence de Jacques Cornuz de Lausanne et le Comité d'organisation sous la direction de Nathalie Wirth de Nancy, mettront tout en œuvre pour assurer un niveau scientifique et logistique d'excellence.

Jacques Cornuz

Président du Conseil Scientifique

Comme pour d'autres substances addictives, la consommation de tabac est la résultante de trois déterminants : une personne, un produit et un environnement. Le contexte socioculturel en est donc une composante déterminante. Même si la cigarette est une des premières réalisations de la globalisation, le fait de fumer dans un environnement européen et francophone comporte quelques caractéristiques propres à ce dernier : la pause café-cigarette et le moment « apéritif-tabac », le mythe des «Gauloises», la place de la cigarette chez celles et ceux qui ont fait l'histoire culturelle (Chanel, Brel, Malraux,).

Je salue donc l'excellente initiative de la Société Française de Tabacologie d'ouvrir l'organisation de son congrès annuel aux collègues de francophonie européenne et la remercie de m'avoir invité comme Président du congrès 2011, un honneur qui ne se refuse pas.

Je conclurai en rappelant l'importance des congrès scientifiques, lieu privilégié du partage et de la diffusion de la connaissance scientifique.

Non sans rappeler que cette connaissance, si elle est nécessaire, n'est pas toujours suffisante pour changer le comportement de certains fumeurs, comme le rappelle Luc Santé dans son ouvrage « No smoking » (Editions Assouline, 2004), en citant la fameuse phrase de A. Irwan « Quand il lut quelque part que fumer pouvait provoquer le cancer, il arrêta...de lire ! ».

Bon congrès !

Nathalie Wirth

Présidente du Comité d'Organisation

La consommation de tabac, qui est la première cause de mortalité prématurée évitable en France et en Europe, entraîne de façon très rapide une addiction sévère chez la majorité des fumeurs. Le sevrage tabagique s'avère pour la plupart d'entre eux difficile et nécessite souvent un recours médical. Le traitement du tabagisme ainsi que sa prévention permettent de sauver des vies et méritent d'être évalués et adaptés au cours du temps en fonction des recherches menées sur le plan neurobiologique et comportemental tant pour le versant soin que pour le versant prévention.

Tous les professionnels de santé, à condition d'être formés et informés, peuvent s'impliquer dans cette lutte contre cette épidémie tabagique qui fait des ravages en termes de mortalité chaque année en France et en Europe.

Pour la première fois, le Congrès National de la Société Française de Tabacologie organisé par l'Association des Acteurs Lorrains en Tabacologie (A.A.L.T.) les 17 et 18 novembre 2011 à Nancy au Palais des Congrès ouvre ses portes aux pays francophones, afin de partager les compétences et les recherches en Tabacologie.

A.A.L.T. est heureuse de vous accueillir à Nancy, ville au cœur de l'Europe idéalement située pour cette première rencontre francophone, et vous souhaite un bon congrès, qui je l'espère répondra à vos attentes ainsi qu'un agréable séjour dans la cité des Ducs de Lorraine.

C O N S E I L S C I E N T I F I Q U E

Président : Jacques **Cornuz**

Henri Jean **Aubin**
Ivan **Berlin**
Catherine **Charpentier**
Jean-Charles **Dalphin**
Jacques **Dumont**
Jean-François **Etter**
Laurence **Galanti**
Gilles **Heno**
François **Lebargy**
Jacques **Le Houezec**
Yves **Martinet**

Gérard **Peiffer**
Jean **Perriot**
Jacques **Prignot**
Xavier **Quantin**
Elisabeth **Quoix**
Heiko **Riedel**
Daniel **Thomas**
Didier **Touzeau**
Antigona **Trofor**
Nathalie **Wirth**

C O M I T E D ' O R G A N I S A T I O N

Présidente : Nathalie **Wirth**

Hela **Abdennebi**
Kamal **Abou-Amdan**
Viviane **Bertin**
Pascale **Beurrier**
Bertrand **Dautzenberg**
Jean-Dominique **Dewitte**
Jacques **Froment**

Claudine **Gillet**
Gérard **Issartel**
Yves **Kessler**
Yves **Martinet**
Jocelyne **Oualid**
Anna **Spinosa**
Michel **Untereiner**

S O M M A I R E

Résumés des sessions plénières & parallèles

Jeudi 17 novembre 2011

Sessions plénières

CONTROLE DU TABAC : QUEL IMPACT ? 1

Contre l'ingérence de l'industrie du tabac	<i>Non communiqué</i>
Pour une fiscalité dissuasive	<i>Non communiqué</i>
Contre le marketing	<i>Non communiqué</i>

FUTUR DE LA TABACOLOGIE 1

Traitement de la dépendance au tabac : vers une approche compréhensive et intégrée au système de santé	<i>Non communiqué</i>
---	-----------------------

Sessions parallèles

COMMENT RECONNAITRE UNE INFORMATION UTILE ? 2

Méthodes pour approcher une relation cause à effet
Qu'est ce qu'un placebo ? Son intérêt et son éthique
Comment lire un article d'une façon critique ?

TABAC ET MEDECINE INTERNE 4

Sevrage tabagique et interactions médicamenteuses	<i>Non communiqué</i>
Maladies rénales et tabac	
Douleurs chroniques et tabac	

DEPENDANCE AU TABAC ET MALADIES DIGESTIVES 5

Sevrage et constipation	<i>Non communiqué</i>
Consommation de tabac et maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI)	
Maladies de Behçet et consommation de tabac	<i>Non communiqué</i>

PETITS FUMEURS 6

Définition et profil des « Petits fumeurs »
Bilan et évaluation
Quelle prise en charge proposer ?

COMMUNICATIONS ORALES 1 **JEUNES ET TABAC** 8

Revue systématique d'études longitudinales sur les prédicteurs de cessation du tabagisme chez les adolescents et les jeunes adultes fumeurs
Exposition des jeunes à la nicotine par le mélange de tabac au cannabis
Tabagisme et prise de risque
Les jeunes parisiens fumeurs ne restent pas fumeurs légers intermittents (« LITS »)
Tabagisme dans une population de patients dépendants au cannabis
"Sans clope je suis au top !" : Quand l'éducation par les pairs fait un tabac

TABAGISME ET ADDICTION SANS SUBSTANCE 11

Troubles psychologiques liés à une forte consommation de tabac	<i>Non communiqué</i>
Addictions alimentaires	<i>Non communiqué</i>
Jeu pathologique	<i>Non communiqué</i>

LECTURE CRITIQUE DES PUBLICATIONS RELATIVES AU TABAGISME 12

Revue systématique : critères d'une méta-analyse de qualité	
Structure d'une étude originale correcte	
Analyse statistique d'une étude en tabacologie	<i>Non communiqué</i>

SESSION COMMUNE SFT - CNGOF 13

Tabac et infertilité	
Après un accouchement : prévention de la rechute	
Risque opératoire lié au tabac en gynécologie	<i>Non communiqué</i>

SESSION AFIT 14

La tabacologie en maison d'arrêt	
Dépistage de la BPCO en tabacologie	
Organisation pratique de la prise en charge des patients hospitalisés en Unité de soins intensifs de cardiologie (USIC) au CHU de Nancy	

COMMUNICATIONS ORALES 2 **EXPOSITIONS ENVIRONNEMENTALES, TRAITEMENT DE LA DEPENDANCE AU TABAC** 16

Evaluation de l'impact de l'interdiction de fumer sur les syndromes coronaires aigus : étude EVINCOR-PMSI	
Intervention systématique d'aide à l'arrêt du tabac pour les patients hospitalisés pour un syndrome coronarien aigu : étude multicentrique	
Tabagisme et exposition amiante : quelle perception des risques pour la santé chez les sujets exposés ?	
Qualité de vie chez les patients atteints de cancer bronchique : rôle du statut tabagique et d'une exposition professionnelle à l'amiante	
Une analyse des symptômes de sevrage du tabac récemment décrits	
Informations sur le tabac dans des fiches d'information pré-opératoire des patients : une enquête française	

S O M M A I R E

Résumés des sessions plénières & parallèles

Vendredi 18 novembre 2011

Session plénière

ASPECT ECONOMIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DE L'ARRET DU TABAC

19

Le rapport coût/efficacité des traitements de la dépendance au tabac

Non communiqué

Arguments médico-économiques pour le remboursement intégral du traitement tabagique en France :
évaluation coût-efficacité

Programme luxembourgeois de sevrage tabagique : résultats et coût pour les organismes payeurs

Sessions parallèles

LE TABAGISME DES ADOLESCENTS: DE L'EPIDEMIOLOGIE A LA PRISE EN CHARGE

20

Installation de la dépendance

Caractéristiques et évolution du tabagisme des 10-15 ans en France : baromètre " Jamais la première " de la
Fédération Française de Cardiologie

Prévention du tabagisme en milieu scolaire : une expérience transfrontalière

Efficacité de l'offre d'un programme d'aide au sevrage tabagique à l'ensemble des fumeurs d'une
population de jeunes apprentis

COMMENT AUGMENTER LA MOTIVATION DU FUMEUR A ARRETER DE FUMER ?

22

Informer ? Faire peur ? Approcher de manière motivationnelle ?

Guider vers l'autodétermination : l'accompagnement du fumeur et du fumeur abstiné

En pratique quelle formation en entretien motivationnel ? Adaptation aux différentes catégories de
professionnel de santé. L'expérience belge

Non communiqué

INNOVATIONS THERAPEUTIQUES EN TABACOLOGIE

23

Les vaccins anti-nicotiniques

Non communiqué

Stimulation magnétiques trans-crâniennes (TMS) : évaluation de l'efficacité sur le craving de la dépendance
tabagique, présentation d'une étude pilote

Le traitement de la dépendance aux substituts nicotiniques

SESSION COMMUNE SFT-SFMV

LA MALADIE DE BUERGER

24

La maladie de Buerger : une maladie du fumeur ?

Prise en charge de la maladie de Buerger en dehors du tabagisme

Non communiqué

Les différents modes de prise en charge tabacologique et leurs résultats

SESSION SAGES-FEMMES

25

Contraception et Tabagisme

Efficacité du suivi tabacologique sur les indicateurs périnataux : données chiffrées.

Grossesse et addictions : Intérêt du sevrage tabagique sur la croissance et le bien-être fœtal

Existe-t-il une place pour la recherche dans le domaine de la prise en charge de la dépendance au tabac au
cours de la grossesse ?

Non communiqué

CANNABIS, COMPAGNON D'ADDICTION DU TABAC 27

Cannabis et tabac : un concubinage délétère !
Nouvelles tendances liées à la consommation de cannabis
Traitement de la dépendance au cannabis

PREVENTION DES RECHUTES 29

Rôle des traitements psychocomportementaux, des méthodes self help, brochures *Non communiqué*
Rôle des « Quit lines » dans la prévention des rechutes
Emploi des médicaments dans la prévention des rechutes

PRESCRIPTION PERSONNALISEE 30

Métabolisme de la nicotine et marqueurs nicotiques: différences métaboliques homme/femme et femme/femme enceinte, sous pilule
Différences homme/femme en termes d'initiation /expérimentation, de raisons de fumer, d'envie de fumer et de dépendance tabagique
La lutte pour l'égalité homme/femme passe-t-elle par le traitement de la dépendance au tabac ?

COMMUNICATIONS ORALES 3 **PRECARITE, GROSSESSE ET TABAC** 32

Délivrance de médicaments destinés au sevrage tabagique: analyse des données de l'Assurance maladie en Rhône-Alpes 2009-2010
Tabac et précarité : apports du score Epices pour le tabacologue
Sevrage tabagique des fumeurs en situation de précarité, vers une amélioration de la prise en charge ? Une expérience associant gratuité de la substitution nicotinique et suivi régulier
Sevrage tabagique et précarité en centre spécialisé de tabacologie
Etude IRAAT - Tabac Grossesse et dépression
La consommation de substances psychoactives licites et illicites

S O M M A I R E

Résumés des communications posters

Jeudi 17 & Vendredi 18 novembre 2011

Thèmes

TRAITEMENT DU TABAGISME

35

Une enquête sur l'utilisation, les opinions et les préférences pour les médicaments pour cesser de fumer : la nicotine, le bupropion et la varénicline

Tolérance de la varénicline en médecine omnipraticienne. Enquête effectuée auprès des médecins généralistes du Puy de Dôme

Profil pharmacocinétique du dispositif transdermique nicoretteskin® 25mg/16h

Confirmation de l'abstinence tabagique chez les patients en attente de greffe pulmonaire

Évaluation de l'efficacité d'un coaching par e-mail pour l'arrêt du tabac : protocole et premiers résultats.

Efficacité d'un programme d'éducation thérapeutique combiné à l'activité physique modérée comme traitement adjuvant du sevrage tabagique de patients dépressifs légers à moyens, essai clinique randomisé contrôlé : Design et méthode

Intérêt d'une offre systématique d'aide au sevrage chez des fumeurs hospitalisés en service de soins intensifs en cardiologie

Le point sur la e-cigarette

BONNES PRATIQUES DE PRISE EN CHARGE

39

Les consultations de tabacologie en Europe : Les données 2011 de eSCCAN

Évaluation de la formation des omnipraticiens du Puy de Dôme au sevrage tabagique

Premiers constats d'une prise en charge tabagique

Incitation au sevrage tabagique en médecine de ville : arguments motivationnels à privilégier en fonction de l'âge, du sexe, et du score de dépendance du fumeur

La prise en charge des intoxications par les produits toxicomanogènes dans la ville de Bamako, Mali

TABAC ET ADOLESCENTS

42

Le taux de tabagisme des collégiens parisiens est très sensible aux décisions politiques

Le taux d'expérimentateurs de chicha continue à monter chez les jeunes parisiens

Prise en charge du tabagisme en internat d'un lycée professionnel public

Smoky Rabbit un jeu en ligne et téléchargeable de prévention tabac

Le Tabac est une drogue Gate-way – Let's s'unissent pour créer une société mondiale sans Tabac

Sommaire des posters – Jeudi 17 & Vendredi 18 novembre 2011

TABAC ET POPULATIONS SPECIFIQUES

45

Tabac-Schizophrénie

Tabagisme et gériatrie : étude rétrospective monocentrique

Enquête sur le tabagisme des footballeurs professionnels du Grand Est de la France (Auxerre, Dijon, Metz, Nancy, Reims, Sedan, Sochaux, Strasbourg, Troyes)

Programme d'aide à l'arrêt du tabac pour les personnes en situation de précarité : Sans tabac, j'y gagne!

Le tabagisme chez la femme : particularités et retentissement fonctionnel respiratoire

Tabagisme et niveau socioéconomique : résultats d'une étude réalisée dans la ville de l'Ariana, Tunisie 2009.

PREVENTION DU TABAGISME EN MILIEU PROFESSIONNEL

48

Prévention tabac en Santé au Travail

Etude d'intervention sur le tabagisme en milieu professionnel

HOPITAL ET TABAC

49

Impact du tabagisme des « blouses blanches » sur le message véhiculé auprès des patients à l'hôpital

Hôpital sans tabac, mythe ou réalité ?

PATHOLOGIES LIEES AU TABAC

50

Sevrage tabagique et granulomatose langerhansienne: à propos de deux cas cliniques

Tabac et cancers de la cavité buccale

Effets du tabac sur la santé bucco-dentaire

CONTROLE DU TABAC : QUEL IMPACT ?

Modérateurs : **I. Berlin & Y. Martinet**

Contre l'ingérence de l'industrie du tabac

P. Diethelm

Non communiqué

OxyRomandie, Genève, Suisse

Pour une fiscalité dissuasive

F. Berteletti-Kemp

Non communiqué

Smoke Free Partnership, Bruxelles, Belgique

Contre le marketing

K. Gallopel-Morvan¹, A. Hamadou²

Non communiqué

¹ EHESP Rennes

² CNCT Paris

FUTUR DE LA TABACOLOGIE

Modérateurs : **I. Berlin & J. Cornuz**

Traitement de la dépendance au tabac : vers une approche compréhensive et intégrée au système de santé

N. Rigotti

Non communiqué

Université de Harvard et Centre de recherche et de traitement du tabagisme, Hôpital Général du Massachusetts, Boston, USA

COMMENT RECONNAITRE UNE INFORMATION UTILE ?

Modérateurs : Y. Kessler & Y. Martinet

Méthodes pour approcher une relation cause à effet

I. Berlin

Hôpital Pitié-Salpêtrière, Faculté de médecine Université P. & M. Curie Paris ; INSERM U 894, Paris

Aussi bien dans la vie courante que dans la pratique clinique, on associe deux événements / phénomènes en déclarant que l'événement antérieur est la cause de l'événement ultérieur. Le plus souvent, ce raisonnement peut être assimilé à la pensée mythique. Or, une association entre deux événements doit être examinée d'une façon empirique pour établir la relation cause-à-effet.

Dans la pratique clinique, une amélioration est souvent attribuée à l'intervention introduite pour améliorer les symptômes/conditions pathologiques. On entend par « intervention » toute activité qui est sensée modifier le décours habituel d'un événement (dans le métier de professionnels de santé : médicament, chirurgie, psychothérapie, acupuncture, etc.). Une amélioration (ou un effet indésirable), suite à une intervention, dans le cas d'un individu, signifie seulement qu'il y a eu amélioration (ou un effet indésirable) et pour le contentement du praticien et du patient, on déclarera, que, dans ce cas précis,

l'intervention a été efficace (ou a entraîné l'effet indésirable). Or, une observation de ce type ne dit strictement rien sur l'efficacité propre à l'intervention employée, parce qu'un très grand nombre de facteurs inconnus peuvent influencer le résultat de l'intervention.

L'efficacité d'une intervention ne peut être évaluée objectivement que si on la compare à une d'intervention de contrôle, si l'on emploie un échantillon représentatif à la population dans laquelle cette intervention sera utilisée et que si toutes les conditions expérimentales sont identiques SAUF l'intervention. Dans ce cas, on peut comparer l'efficacité des deux interventions et tirer des conclusions. Cette situation idéale est, bien entendu, souvent polluée par les aléas de la réalisation des essais interventionnels dont la minimisation est indispensable pour réduire le niveau d'erreur et optimiser la force des conclusions sur l'efficacité et sur les risques liés à l'intervention.

Qu'est ce qu'un placebo ? Son intérêt et son éthique

H-J. Aubin

APHP, Université Paris-Sud, INSERM U6698, Villejuif

Les essais randomisés, contrôlés contre placebo, sont considérés comme le meilleur moyen de mettre en évidence l'efficacité thérapeutique d'une intervention. La randomisation permet d'éliminer les biais dans la constitution des groupes. Le placebo étant sensé être dénué d'effet spécifique, l'effet thérapeutique total est conceptualisé comme étant la somme d'un effet non spécifique, retrouvé dans les deux bras actif et placebo, et d'un effet spécifique, qui ne serait retrouvé que dans le bras actif. Ce modèle additif, bien que couramment admis, n'a pas été parfaitement démontré.

Le placebo a des effets propres, mesurables notamment en imagerie cérébrale.

Plusieurs facteurs pourraient concourir à l'effet placebo : les phénomènes d'attente, le conditionnement classique, l'apprentissage social, des aspects motivationnels et émotifs. Des traits de

personnalité comme la recherche de nouveauté et la dépendance à la récompense, ainsi que des dimensions comme l'altruisme, l'optimisme, l'empathie et la spiritualité apparaissent moduler l'effet placebo.

La dimension éthique du recours au placebo dans l'évaluation de l'efficacité d'un traitement est discutée; il a été suggéré qu'il ne serait pas éthique d'avoir recours au placebo en cas de traitement (a) d'une maladie grave, (b) pour laquelle un traitement efficace existe, et (c) si des dommages irréversibles sont susceptible d'apparaître si le traitement efficace n'est pas donné.

Pour ce qui concerne le sevrage tabagique, une question importante reste ouverte : un traitement par placebo a-t-il pour effet de réduire la probabilité d'une tentative ultérieure d'arrêt ? De nouvelles données sont nécessaires pour répondre à cette question.

Comment lire un article d'une façon critique ?

C. Clair

Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne, Lausanne, Suisse

En raison du nombre croissant de publications scientifiques et d'études toujours plus complexes, il est important de savoir lire et analyser un article de façon critique et rapide.

Les buts de cette présentation sont de fournir une grille de lecture systématique afin d'identifier les informations importantes d'un article et de les analyser.

Cinq étapes principales vont être détaillées et répondent aux questions suivantes :

1. Quelle est la question principale posée dans l'article ?

2. En quoi est-elle originale ?

3. Quelle est son importance ?

4. Le design choisi est-il justifié ?

5. L'interprétation des résultats est-elle correcte ?

Les différents types d'articles et de designs couramment rencontrés dans la littérature scientifique seront résumés et comparés.

Nous aborderons également des notions méthodologiques telle que la validité interne et externe, les risques de biais ou encore la signification clinique ou statistique de résultats.

TABAC ET MEDECINE INTERNE

Modérateurs : L. Galanti & J. Perriot

Sevrage tabagique et interactions médicamenteuses

N. Gambier

Non communiqué

Service de toxicologie et pharmacologie clinique, CHU de Nancy

Maladies rénales et tabac

B. Vogt

Lausanne, Suisse

Le tabagisme reste un problème majeur de santé publique. Ces dernières décennies, le tabagisme a été identifié comme un facteur important de la progression de la néphropathie diabétique.

Plus récemment, il a été démontré que le tabagisme nuit à l'hémodynamique rénale et à l'excrétion de protéines en l'absence de maladies rénales.

Le tabagisme augmente également le risque de progression de l'insuffisance rénale chez les patients atteints de maladies rénales primaires.

Les effets délétères du tabagisme ont également été évoqués chez les dialysés et les transplantés rénaux. Il semble que l'arrêt du tabac ralentit la progression de l'insuffisance rénale chez les fumeurs.

Malheureusement, l'arrêt de tabac est souvent très difficile en raison de la forte dépendance. Il nous a paru donc intéressant, de rappeler qu'en plus des atteintes vasculaires et pulmonaires bien connues, le rein aussi paie un prix, parfois élevé, au tabagisme.

Le tabac favorise la progression de l'insuffisance rénale, indépendamment du type de néphropathie sous-jacente. En cas de néphropathie, la cessation du tabagisme est le but à rechercher, probablement au même titre que la prescription d'un inhibiteur du système rénine-angiotensine.

La mortalité cardiovasculaire étant la première cause de décès chez les patients insuffisants rénaux, tout concorde pour recommander à tout patient insuffisant rénal d'écraser son dernier mégot.

Douleurs chroniques et tabac

I. Jacot Sadowski

Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne, Suisse

Le lien entre le tabagisme et les douleurs chroniques est complexe.

Selon certains travaux expérimentaux, la nicotine aurait des propriétés analgésiques.

Il existe cependant une association positive entre le tabagisme et les douleurs chroniques.

La communication résumera les connaissances actuelles concernant les effets du tabagisme sur les douleurs chroniques, en abordant les effets physiologiques de la nicotine et d'autres substances présentes dans la fumée du tabac, ainsi que les implications cliniques concernant les patients fumeurs souffrant de douleurs chroniques.

DEPENDANCE AU TABAC ET MALADIES DIGESTIVES

Modérateurs : G. Issartel & J. Prignot

Sevrage et constipation

A. Oussalah

Non communiqué

Service d'Hépatogastroentérologie, CHU de Nancy

Consommation de tabac et maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI)

J. Cosnes

Hôpital St-Antoine, Paris

Les maladies inflammatoires de l'intestin (maladie de Crohn et rectocolite hémorragique) sont des affections chroniques, durant toute la vie, touchant surtout des adultes jeunes. Environ 150 000 personnes en France sont atteintes. Le tabac a un rôle important dans ces deux affections. De façon curieuse, ce rôle est inverse dans la maladie de Crohn et dans la rectocolite hémorragique.

Dans la maladie de Crohn, l'intoxication tabagique a des effets négatifs très particuliers. Le tabac d'une part multiplie par 2 le risque d'être atteint, d'autre part aggrave la maladie : si on les compare à des non-fumeurs, les patients fumeurs ont des poussées plus rapprochées, des récurrences post-chirurgicales plus rapides et la nécessité plus fréquente d'un traitement immunosuppresseur. Inversement, l'arrêt du tabac a un effet très favorable. Un an après le sevrage, l'évolutivité de la maladie et les recours

thérapeutiques diminuent, comme si les patients n'avaient jamais fumé, et ce résultat favorable perdure des années. Le sevrage tabagique est donc devenu un objectif thérapeutique majeur. Il est important d'informer le patient des dangers particuliers du tabac dans cette maladie, puis de le motiver, enfin de l'aider dans ses tentatives de sevrage.

Dans la rectocolite hémorragique au contraire, le tabac a un effet favorable. Il diminue par 2 le risque d'être atteint, diminue l'évolutivité de la maladie celle-ci une fois installée, et notamment le risque de colectomie. L'arrêt du tabac chez les fumeurs est associé à un sur-risque de poussée. Ces effets bénéfiques ne compensent pas les dangers cardiovasculaires et pulmonaires du tabac à long terme, et le sevrage tabagique doit toujours être encouragé.

Maladies de Behçet et consommation de tabac

J-P. Zuber

Non communiqué

Lausanne, Suisse

PETITS FUMEURS

Modérateurs : **G. Peiffer & J-P. Zellweger**

Définition et profil des « Petits fumeurs »

M. Underner

Tabacologie - Pneumologie CHU La Milétrie, Poitiers

De nombreuses définitions des petits fumeurs quotidiens et des fumeurs intermittents (« Light and Intermittent Tobacco Smokers » ou « LITS ») sont retrouvées dans la littérature anglo-saxonne.

Les valeurs seuil choisies pour les définir sont très variables : 5, 10 ou 15 cigarettes par jour. Les définitions des fumeurs intermittents sont également nombreuses. Elles sont quantitatives, qualitatives ou descriptives.

Un « petit fumeur » pourrait être défini comme un sujet consommant 5 ou moins de 5 cigarettes par jour. Le terme de fumeur intermittent suivi du nombre de jour par mois avec tabagisme pourrait être proposé pour désigner cette catégorie de fumeurs.

Dans les études réalisées aux USA, les petits fumeurs et les fumeurs intermittents sont plus jeunes, appartiennent plus souvent à des minorités raciales ou ethniques, ont un niveau d'études et un niveau professionnel plus élevés et leurs « ressources » psycho-sociales sont plus importantes. Leur initiation au tabac est plus tardive (après le lycée). Ils consomment plus d'alcool les jours où ils fument et fument plus les jours avec « binge drinking ». Ils souhaitent plus souvent arrêter de fumer mais consultent plus rarement leur médecin pour des conseils d'arrêt. Ils sont moins souvent interrogés par les médecins sur leur tabagisme et reçoivent moins de conseils d'arrêt. L'arrêt du tabac est perçu comme « pas très difficile » mais les tentatives d'arrêt sont plus nombreuses.

Bilan et évaluation

J-F. Etter

Genève, Suisse

La proportion de « petits » fumeurs augmente dans la population. Aujourd'hui, plus du tiers des fumeurs fument moins de 10 cigarettes par jour. Pourtant, cette catégorie est souvent exclue des études sur les traitements de la dépendance. Il s'agit d'un groupe hétérogène et d'une catégorie peu stable (après un an, seulement la moitié sont encore des « petits » fumeurs, les autres ont soit arrêté de fumer soit fument davantage).

Parmi les « petits » fumeurs stables, certains sont protégés génétiquement contre la dépendance, d'autres exercent un effort constant sur leur consommation, d'autres bénéficient d'un environnement qui favorise ce niveau de consommation. Les échelles de dépendance présentent souvent un effet de plancher (elles peinent à évaluer le degré de dépendance des « petits »

fumeurs). Certains « petits » fumeurs présentent cependant des signes de dépendance (cotinine élevée, difficulté à arrêter, symptômes de sevrage). Pour le clinicien, en plus de l'utilisation des questionnaires standardisés (FTND, etc.), il convient de demander aux « petits » fumeurs qui souhaitent arrêter s'ils ont eu des symptômes de sevrage lors d'une tentative d'arrêt précédente, quelles ont été les causes d'une éventuelle rechute, s'ils fument pour obtenir les effets psychoactifs de la nicotine, l'efficacité perçue des traitements médicamenteux s'ils les ont déjà essayés. Il convient également d'éduquer les « petits » fumeurs sur les risques en leur disant qu'aucun niveau de consommation de tabac n'est sans risque et que la durée de la consommation est plus fortement associée au risque de maladie que la quantité fumée.

Quelle prise en charge proposer ?

G. Peiffer

CHR Metz, France

La prise en charge des « petits fumeurs » (Fumeurs quotidiens de <5 cig./j ou <10 cig./j. selon les études) [1] n'est pas codifiée et n'apparaît pas ou peu dans les recommandations internationales. [2]

Comparés aux fumeurs habituels, les « petits fumeurs » regardent moins la télévision, ont plus confiance dans leur médecin (santé), manifestent plus d'intention d'arrêt du tabac, mais pas de différences dans la recherche d'informations concernant le tabagisme [3]. Etre « petit fumeur » est un facteur prédicteur positif d'arrêt chez les coronariens hospitalisés. [4]

Concernant les aides médicamenteuses [5], la plupart des études excluent les « petits fumeurs » (les 10 cigarettes par jour sont souvent un minimum pour être inclus dans les programmes d'aide à l'arrêt). De nombreux « petits fumeurs » veulent s'arrêter mais ont des difficultés à le faire, car ils sont dépendants à la nicotine même s'ils fument peu de cigarettes. Les « petits fumeurs » ont probablement moins de chances de recevoir des traitements que les gros fumeurs. Les professionnels de santé doivent s'assurer qu'ils encouragent également les « petits fumeurs » à s'arrêter.

Les substituts nicotiques (SN) sont-ils efficaces chez les « petits fumeurs » ?

Les premières études suggèrent que les gommes sont plus efficaces chez les gros fumeurs [6]. Deux études d'efficacité des traitements nicotiques ont inclus des fumeurs de moins de 15 cigarettes. Shiffman [7] étudie l'efficacité des formes orales de

nicotine (lozange); il montre que les SN sont même efficaces chez les fumeurs moins dépendants. Les SN (formes orales) sont efficaces également chez les fumeurs de moins de 15 cigarettes versus placebo. [8]

La seconde étude est réalisée par Ahluwalia JS and al [9] dans un sous groupe de « petits fumeurs » Afro-américains; l'étude compare deux randomisations : la 1^{ère}: efficacité de la gomme de nicotine (2 mg) versus placebo et la 2^{ème} : entretien motivationnel versus éducation à la santé. A 6 mois, pas de différence d'efficacité entre la gomme 2 mg versus placebo P = 0.232. Et Ahluwalia [9] montre qu'un programme d'éducation à la santé serait plus efficace qu'un l'entretien motivationnel chez les « petits fumeurs ».

Une étude ouverte publiée par McAfee *et al* (poster) avec le bupropion est négative [10]. Pas d'étude publiée avec la varénicline.

Dans les recommandations américaines [11] de 2008, les petits fumeurs peuvent présenter un syndrome de manque et des difficultés à l'arrêt; c'est pourquoi une aide pharmacologique est appropriée : si on utilise des SN, adapter les doses: démarrer avec un substitut oral (ex gomme, pastille, inhaleur). Pour le choix 2 ou 4 mg, prendre en compte le délai lever - 1^{ère} cigarette. Suivre le patient et adapter les doses pour traiter le syndrome de manque avec augmentation des doses si nécessaire [5] ; en revanche, pas d'ajustement des doses, si emploi de bupropion SR ou de varenicline.

En conclusion, peu d'études sur l'efficacité des pharmacothérapies chez les « petits fumeurs ».

Bibliographie :

- [1] Underner M, Peiffer G. Rev Mal Respir. 2010 Dec;27(10):1150-63.
- [2] Schane RE, Glantz SA, and al Am J Prev Med. 2009 August ; 37(2): 124–131.
- [3] Rutten LJ and al. Nicotine & Tobacco Research 2009 11(2):190-196
- [4] Holtrop J.S. and al J Hosp Med. 2009 Mar;4(3):E3-9.
- [5] McRobbie H, Auckland, New Zealand. GHA Meeting 2009
- [6] Pierce & Gilpin JAMA (2002) 288(10): 1260-64
- [7] Shiffman S. et al Archives of Internal Medicine 2002, 162(11): 1267-76
- [8] Shiffman S. et al. Drug & Alcohol Dependence 2005, 77(3): 311-14
- [9] Ahluwalia JS and al Addiction. 2006; 101: 883–91
- [10] McAfee T and al SNRT Meeting 2004
- [11] Fiore MC, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update.

Communications orales 1

JEUNES ET TABAC

Modérateurs : P. Beurrier & B. Dautzenberg

Revue systématique d'études longitudinales sur les prédicteurs de cessation du tabagisme chez les adolescents et les jeunes adultes fumeurs

S. Cengelli

Lausanne, Suisse

Le tabagisme est responsable de plus de 5 millions de décès par an à travers le monde. Au Canada (2009), la prévalence de fumeurs était de 13% chez les 15-19 ans et de 23% chez les 20-24 ans. La plupart des jeunes fumeurs désirant arrêter de fumer rencontrent des difficultés pour y parvenir. Les revues empiriques ont conclu que les programmes ayant pour but la cessation de fumer chez les jeunes ont une efficacité limitée.

Afin de fournir une base solide de connaissances pour les programmes d'interventions contre le tabagisme, les déterminants de l'auto-cessation ont besoin d'être compris.

Nous avons systématiquement recherché dans PUBMED et EMBASE des études longitudinales portant sur les déterminants de l'auto-cessation chez les jeunes. Nous avons passé en revue 4 502 titres et 871 abstracts, tous examinés indépendamment par deux et trois examinateurs, respectivement. Les critères d'inclusion étant : articles publiés entre janvier 1984 et

août 2010, concernant les jeunes entre 10 et 29 ans et avoir une définition de cessation de fumer d'au moins 6 mois.

Neuf articles ont été retenus pour une analyse détaillée. Trois articles retenus ont défini l'arrêt du tabagisme comme une abstinence de plus de 6 mois et six autres comme 12 mois d'abstinence. Malgré l'hétérogénéité des méthodes utilisées, cinq facteurs principaux ressortent pour l'arrêt du tabagisme : 1) ne pas avoir d'amis qui fument, 2) ne pas avoir l'intention de fumer dans le futur, 3) résister à la pression sociale, 4) être plus âgé lors de la première cigarette et 5) avoir un avis négatif au sujet du tabagisme. D'autres facteurs sont significatifs mais ne sont évalués que dans peu d'articles.

La littérature au sujet des prédicteurs de cessation chez les adolescents et les jeunes adultes est peu développée. Tant qu'il n'y aura pas d'évidences solides sur les prédicteurs, les interventions pour cette tranche de population resteront peu efficaces.

Exposition des jeunes à la nicotine par le mélange de tabac au cannabis

R.E. Bélanger¹, F. Marclay², A. Berchtold³, C. Akre³, M. Saugy², J. Cornuz⁴, J.C. Suris³

¹ Santé Pop. Env. / Centre de Recherche du CHUQ, Québec, Canada

² Laboratoire Suisse d'Analyse du Dopage, Epalinges, Suisse

³ GRSA / IUMSP, Epalinges, Suisse

⁴ Policlinique Médicale Universitaire, CHUV, Lausanne, Suisse

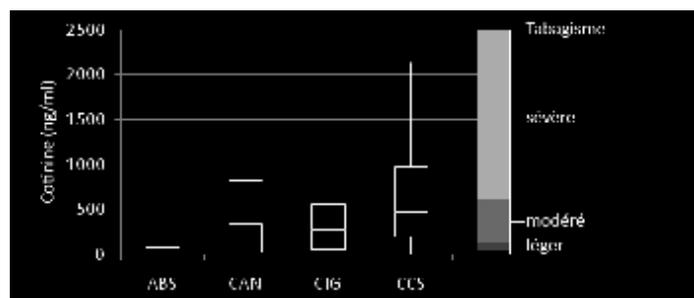
Afin d'évaluer à quel point les jeunes s'exposent à la nicotine par le mélange de tabac au cannabis (ou mulling, une conduite fréquente en Europe), les données de 269 individus (âge moyen 19 ans, 55% de femmes) furent analysées.

Tous avaient complété un questionnaire anonyme décrivant leur consommation de tabac et de cannabis antérieure (5 jours) à la collecte d'un échantillon d'urine.

Les niveaux de cotinine urinaire (quantifiés par LC/MS) de quatre groupes de participants furent comparés: les abstinentes (ABS, n=70), les consommateurs de cannabis y mélangeant du tabac (CAN, n=57), les fumeurs de cigarettes (CIG; n=70), et

les fumeurs de cigarettes et de cannabis y mélangeant du tabac (CCS, n=72).

Notre étude révèle que les jeunes fumeurs de cannabis s'exposent d'une manière importante à la nicotine par le mulling.



Tabagisme et prise de risque

P. Brognon

CHR Haute Senne, Soignies, Belgique

Certaines études font le lien entre tabagisme et comportements à risque. Pour explorer ce lien, nous avons observé deux échantillons en Belgique, en 2011: d'une part des personnes déchues de leur droit de conduire suite à une infraction au Code de la route (n=138, région Bruxelles-Halle-Wavre) et d'autre part des travailleurs soumis à la visite médicale du travail (n=114, région de Mons). Le premier échantillon (1) a fait l'objet d'un questionnaire relatif aux habitudes tabagiques et des co-consommations (avec dosage urinaire des drogues et alcooltest) et le second (2), le même questionnaire mais additionné d'une évaluation de la prise de risque sur base du questionnaire de Zuckerman (Sensation Seeking Scale).

Echantillon (1) vs Echantillon (2)

Homme	89.1% vs 72.8%
Femme	10.9% vs 27.2%
Fumeur	69.6% vs 38.6%
Ancien fumeur	7.2% vs 16.7%
Gros fumeur	13.5% vs 11.6%

L'analyse statistique (Stata 11) met en évidence que les personnes déchues de leur droit de conduire (DDC) sont plus volontiers fumeuses avec lors de l'examen médical, 8.7% de personnes positives au Tétrahydrocannabinol urinaire et 1.4% positives à l'alcooltest. Parmi les travailleurs, 7.3% ont eu une déchéance de permis. Parmi ceux-ci, seuls 12.5% sont non fumeurs. Concernant le test de Zuckerman, après vérification des ajustements, les personnes déchues DDC (n=8, diff.= 9.69, IC95% [0.91-18.47]) et les personnes tatouées comprenant un tabagisme de 51% (n=26, diff.= 5.3, IC95% [0.59-10]) ont un score significativement (p-value<0.05) supérieure.

En conclusion, ces données semblent confirmer que les personnes ayant des indicateurs de prise de risque, majoritairement des hommes, ont plus volontiers un statut tabagique ancien ou actuel.

Les jeunes parisiens fumeurs ne restent pas fumeurs légers intermittents (« LITS »)

M.D. Dautzenberg¹, P. Birkui², M. Noël³, B. Dautzenberg⁴

¹ PST et Necker Enfants Malades APHP, Paris

² PST, Paris

³ Académie de Paris, Paris

⁴ PST GH Pitié-Salpêtrière, Paris

Les anglo-saxons définissent le «Light and intermittent smoker (LITS)» comme des fumeurs consommant de 1 à 3 cigarettes par jour ou ne fumant pas tous les jours.

La question reste posée de savoir si les jeunes qui initient précocement un tabagisme restent fumeurs légers intermittents.

Méthodes - A partir de l'enquête annuelle transversale annuelle de PST, nous avons étudié par âge et par ancienneté de tabagisme l'évolution du taux de ces fumeurs légers intermittents.

Résultats - Alors que chez les 12-14 ans, 67% des fumeurs sont des LITS, ils ne sont plus que 48% à 15-16 ans et 26% à 17-19 ans. Ce taux est similaire chez les filles et les garçons.

En prenant en compte l'ancienneté de l'initiation du tabagisme dans cette population de 12-19 ans, le taux de fumeur LITS qui est de 52% la première année

de tabagisme n'est plus de que 19% après 3 ans de tabagisme et reste à ce niveau faible.

Ceux qui ont commencé à fumer avant 15 ans ne sont que 45% à être LITS la première année de tabagisme et 16% après 3 ans, alors que ceux qui débutent à 15 ans et plus sont 58% à être LITS la première année et 22% à rester LITS après 3 ans de tabagisme.

Conclusion - Les jeunes parisiens qui commencent à fumer ne restent pas fumeurs légers intermittents. La dépendance tabagique explique que rapidement la consommation ne soit plus contrôlée.

Ce phénomène est plus important chez ceux qui commencent avant 15 ans, alors que cette dépendance persiste chez ceux qui commencent à fumer plus tard.

Tabagisme dans une population de patients dépendants au cannabis

A. Dervaux¹, M.O. Krebs², X. Laqueille¹

¹ Service d'Addictologie, CH Sainte-Anne, Paris

² Service Hospitalo-Universitaire, CH Sainte-Anne, Paris

Peu d'études cliniques ont évalué spécifiquement le tabagisme chez les patients dépendants au cannabis.

Nous avons évalué la consommation de tabac parmi tous les patients consultant consécutivement pour une dépendance au cannabis (critères DSM-IV) dans le service d'Addictologie du CH Sainte-Anne (Paris) entre juin 2007 et septembre 2011 (n=102). Les patients présentant des troubles psychotiques, bipolaires de type 1, des dépendances opiacées ou à la cocaïne étaient exclus de l'étude.

Les patients ont été évalués à l'aide du Diagnostic Interview for Genetic Studies (DIGS 3.0), entretien structuré qui génère notamment des diagnostics DSM-IV d'abus et dépendance.

L'âge moyen des patients inclus était de 28,8 (±9,3) ans. Le sex ratio était de 3 hommes (n=76) pour 1 femme (n=26). Le nombre moyen de joints fumés quotidiennement était de 6,8 ±4,2. L'âge moyen de la

première consommation, du début de la consommation régulière et de la dépendance au cannabis étaient respectivement de 15,6 ±2,6 ans, 18,3 ± 5,4 ans et 19,4 ± 6,2 ans. 25% des sujets avaient présenté une dépendance (n=20) ou un abus (n=5) d'alcool sur la vie entière, 11% au moment de l'enquête.

Le tabagisme est fréquent dans cette population : 100% des patients fumaient du tabac quotidiennement au moment de l'enquête. Le nombre moyen de cigarettes fumées était de 14,9 ±7,4/jour.

L'âge moyen de la première cigarette et du début de la consommation régulière de tabac étaient respectivement de 13,7 ±2,8 ans et 16,3 ±2,8 ans. Le nombre moyen de paquets années était de 9,3 ±8,5 ; 29,4% des patients fument leur première cigarette dans les cinq minutes, 62% dans les 30 minutes et 77,5% dans les 60 minutes suivant le lever.

« Sans clope je suis au top ! » : Quand l'éducation par les pairs fait un tabac

M.E. Huteau¹, A. Granier², A. Arino³, C. Davy-Aubertin⁴, C. Bénézis², A. Stoebner-Delbarre¹

¹ Epidaur, CRLC Val d'Aurelle, Montpellier

² Conseil Général de l'Hérault, Montpellier

³ Souffle LR, Mireval

⁴ Inspection Académique de l'Hérault, Montpellier

Introduction - L'éducation par les pairs suscite un intérêt croissant chez les acteurs de prévention. Nous avons testé la faisabilité et l'impact de cette méthode en prévention tabac.

Matériel et Méthode - Au cours de 8 réunions de groupe, 15 élus Juniors du Conseil Départemental des Jeunes ont conçu et évalué un projet de prévention. Avec le soutien d'adultes, ils ont réalisé un film choc de 10 minutes puis animé 32 séances de prévention pour 700 élèves de 6ème et 5ème ; chaque séance comprenant la diffusion du film, un débat et un atelier santé. L'évaluation a été réalisée par auto-questionnaire auprès de 350 élèves.

Résultats - 321 élèves ont répondu (soit un taux de réponse de 92%). Les participants sont majoritairement non fumeurs (87%) ; 53% sont en 6ème, 51% sont des garçons. Plus d'un tiers des élèves (38%) s'était déjà vu proposer une cigarette et 45%

l'avaient acceptée. Ils sont 75% à penser que l'animation les aidera à dire « non » à la cigarette et 76% à affirmer qu'elle leur donne envie de conseiller à leur entourage d'éviter le tabac. Enfin, 42% des élèves préfèrent que ce soit des jeunes, plutôt que des adultes, qui leur parlent du tabac. Les élus juniors ont aimé mener un projet dans son intégralité. Cette expérience leur a permis essentiellement d'exprimer leurs idées et de développer leur autonomie et leur capacité à prendre la parole en public.

Conclusion - Ce projet montre la faisabilité d'une action d'éducation par les pairs en collège. La méthode est appréciée par les élèves et pourrait avoir un impact sur leurs capacités à résister aux pressions extérieures. Les pairs éducateurs apprécient l'acquisition de compétences psychosociales utiles pour leur avenir.

TABAGISME ET ADDICTION SANS SUBSTANCE

Modérateurs : **D. Quilliot & D. Zullino**

Troubles psychologiques liés à une forte consommation de tabac

E. Gagel

Non communiqué

AHG Klinik Beru, Allemagne

Addictions alimentaires

P. Wittkowski

Non communiqué

Service de Psychiatrie et de Psychologie clinique CHU de Nancy

Jeu pathologique

H. Riedel

Non communiqué

AHG Klinik Beru, Allemagne

LECTURE CRITIQUE DES PUBLICATIONS RELATIVES AU TABAGISME

Modérateurs : C. Charpentier & J. Le Houezec

Revue systématique : critères d'une méta-analyse de qualité

C. Clair

Polyclinique Médicale Universitaire, Lausanne, Suisse

Une revue systématique résume de façon la plus exhaustive possible la littérature au sujet d'une question spécifique. Le fait de grouper les études identifiées pour obtenir un résultat global est ce que l'on appelle une méta-analyse.

Une revue systématique de qualité doit comporter plusieurs éléments. Tout d'abord, les auteurs doivent avoir recherché de façon extensive et systématique toute la littérature en faisant un effort pour identifier également les articles non publiés ou littérature grise.

L'étape suivante consiste à extraire les données des articles retenus et évaluer leur qualité. Une fois les résultats extraits, il va s'agir de les évaluer et décider s'ils sont suffisamment homogènes pour pouvoir être rassemblés en une méta-analyse. En effet, toute revue systématique ne comporte pas forcément une méta-analyse, si les études comparées sont trop

hétérogènes et donc non comparables, une méta-analyse n'est pas possible.

Si une méta-analyse est effectuée, elle va donner une estimation globale résumant toutes les études et leur attribuant un poids en fonction de leur importance ou taille. La consistance entre les différentes études doit également être comparée. D'éventuelles analyses supplémentaires comme des analyses de sous-groupes et l'évaluation du biais de publication sont effectuées.

En utilisant des exemples concrets issus de la littérature en rapport avec le tabagisme, cette présentation va aborder les différentes étapes d'une méta-analyse et fournir aux lecteurs les outils nécessaires à comprendre et évaluer une méta-analyse.

Structure d'une étude originale correcte

J. Prignot

Université de Louvain, Belgique

Sa connaissance est indispensable pour les auteurs (rédaction) et pour une lecture critique par les relecteurs, éditeurs ou lecteurs de la revue

Le **titre** doit être concis et couvrir l'ensemble du sujet traité. Le **résumé** doit être structuré.

L'**introduction** situe le problème au sein des connaissances acquises et justifie l'étude par un apport nouveau.

Dans les **méthodes**, on précise le type d'étude et de participants, leur sélection, la répartition aléatoire entre groupes-intervention et groupes-contrôle, le matériel les produits les techniques utilisés, les échelles d'évaluation, les méthodes d'anonymat et de statistiques.

Les critères de **résultats** doivent être spécifiés dès le protocole d'étude. Le diagramme de flux indique l'évolution de l'étude. Les similitudes ou différences entre groupe(s)-intervention et groupe(s)-contrôle et le type d'analyse (intention to treat, per protocol et

courbes de survie) sont décrits. Les résultats globaux s'intéressent à l'existence et à l'importance de l'effet en valeur absolue (RR et OR) et relative (DR). Les effets indésirables sont signalés séparément pour le(s) groupe(s)-intervention et le(s) groupe(s)-contrôle.

La **discussion** fait ressortir l'originalité de l'étude et ses limitations, notamment la validité interne et externe, la balance risque-avantage et les implications pour des recherches futures.

La **conclusion** fait ressortir les résultats principaux et leur lien avec les objectifs. Les problèmes éthiques sont abordés (approbation par le comité d'éthique; conflits d'intérêt; sources de financement).

La **bibliographie** respecte les instructions pour les auteurs et les règles générales de qualité.

La liste de contrôle du groupe CONSORT permet aux auteurs de vérifier l'observance des exigences actuelles de publication.

Analyse statistique d'une étude en tabacologie

J. Jamart

Non communiqué

UCL, Mont Godinne, Belgique

SESSION COMMUNE SFT - CNGOF

Modérateurs : **G. Mathern & O. Morel**

Tabac et infertilité

J. Guibert

Institut Mutualiste Montsouris, Paris

L'impact négatif du tabagisme sur la capacité à procréer, naturellement ou avec une aide médicale, est maintenant bien connu. Il s'exerce par deux mécanismes : l'hypoxie tissulaire, principalement liée au monoxyde de carbone et à la nicotine et la perturbation endocrinienne, surtout induite par les composés aromatiques. Ils perturbent toutes les étapes de la physiologie de la reproduction chez l'homme comme chez la femme : quantitativement (réserve ovarienne, spermatogenèse), qualitativement (qualité ovocytaire et spermatique, ovulation, fécondation, implantation, développement embryonnaire et fœtal), mécaniquement (transit spermatique, fonction tubaire, transit embryonnaire).

Les conséquences cliniques sont observées à tous les niveaux : troubles du cycle, ménopause précoce, baisse de la fertilité, augmentation des fausses-couches, des grossesses extra-utérines et des accidents obstétricaux. Ces phénomènes convergent

vers un allongement du délai de conception, une augmentation de l'infertilité et une diminution de la fécondité des couples qui souhaitent procréer naturellement.

Parallèlement, les couples fumeurs confrontés à l'infertilité et qui ont recours à l'aide médicale à la procréation voient également diminuer leurs chances de succès par cycle de traitement, par une altération des indicateurs à chaque étape de l'AMP (réponse ovarienne, taux de fécondation et d'implantation).

Enfin, on a pu montrer que le tabagisme pendant la grossesse pouvait également altérer la fertilité de la descendance parvenue à l'âge adulte.

La capacité à procréer peut être une motivation puissante pour l'arrêt du tabac chez les couples qui veulent devenir parents et qui comprennent que le tabac est le premier facteur toxique sur la reproduction...après la contraception.

Après un accouchement : prévention de la rechute

F. Raphaël¹, P. Dipatrizio¹, M. Mbengue², P. Andrès²

¹ *Faculté de médecine de Nancy, Nancy*

² *Réseau Lorraine Stop Tabac, Forbach, France*

Dans l'arrêt du tabac, les rechutes sont fréquentes. Lorsque le médecin de famille a réussi à faire arrêter de fumer une femme enceinte, il doit, comme lors de toute démarche de sevrage, annoncer à la patiente l'éventualité d'une rechute et la dédramatiser. Le médecin et la patiente doivent identifier ensemble les situations à fort risque de rechute : la dépendance physique persistante, la prise de poids, l'état dépressif et les situations de stress (tous les aléas de la vie familiale, professionnelle, sociale) et la perte de motivation.

L'accouchement peut être considéré comme un stress. L'état de dépression post-natale, le « baby blues » existe. Ces 2 situations sont à souligner par le médecin de famille qui en parlera à sa patiente avant l'accouchement, pour les dédramatiser et lui dire que, si elles surviennent, ce n'est pas pour cela que la maman doit se remettre à fumer. Il insistera à

nouveau sur tous les bienfaits de l'arrêt du tabac en soulignant ses effets positifs, non seulement pendant la période de grossesse, mais également lors de l'arrivée du bébé dans la famille, en parlant de façon non culpabilisante des méfaits du tabagisme passif pour le nourrisson. Il félicitera encore la maman de son arrêt du tabac pendant sa grossesse, soulignera les efforts faits, lui parlera de l'image positive qu'elle donne à son enfant et s'il repère un fléchissement dans la motivation n'hésitera pas à mettre en place des stratégies de prévention de la rechute (renforcement psycho-comportemental de la décision d'arrêt du tabac) à chaque consultation soit du nourrisson soit de la maman.

Le rôle du médecin traitant, médecin de famille est donc prépondérant pour prévenir la rechute après l'accouchement.

Risque opératoire lié au tabac en gynécologie

O. Morel, S. Yaribakht

Non communiqué

Maternité régionale de Nancy

SESSION AFIT

Modérateurs : **A. Diakhaté & J. Dumont**

La tabacologie en maison d'arrêt

B. Faure

Centre Hospitalier, Agen

La tabacologie en maison d'arrêt utopie ou réalité ? Quelle place peut occuper l'IDE tabacologue dans cet environnement clos ? Par définition, la maison d'arrêt est un lieu fermé, la promiscuité et l'inactivité y sont importantes. Le profil des personnes, parfois particulier, les raisons et les conditions de détention sont des facteurs majorants le stress et entraînant des conséquences sur leur consommation de tabac. Dans ce contexte, le sevrage tabac n'apparaît pas comme une priorité. Pourtant le rôle de l'IDE Tabacologue est essentiel, il va contribuer à soulager le mal être des individus.

La mise en place de la substitution nicotinique avec un entretien motivationnel peut :

- permettre de palier aux manques de nicotine pour ceux qui n'ont plus de revenus,
- envisager une réduction de consommation
- aider à limiter les trafics de tabac au sein de l'institution

Cette expérience de sevrage tabac, vécue comme une contrainte supplémentaire, permet au détenu de se prouver qu'il est capable de faire quelque chose de positif et donc d'améliorer l'image qu'il a de lui-même. Il se prouve à lui-même mais il prouve aussi aux autres sa capacité à agir, à changer.

Pour d'autres, le sevrage tabac devient un projet de vie, le désir de changer et de profiter de la détention pour se reconstruire. Même si les résultats ne sont pas à la hauteur de nos espérances, le travail de prévention en milieu carcéral amène parfois les individus à prendre conscience de leur consommation et des risques associés et peut induire des modifications de comportement.

Pour conclure, l'IDE Tabacologue, par son approche éducative et de soins, contribue à optimiser la prise en charge des conditions de santé du détenu dans l'équipe d'addictologie.

Dépistage de la BPCO en tabacologie

C. Lineau¹, G. Heno²

¹ *Pneumologue tabacologue, CH Vannes*

² *Infirmier tabacologue, CH Vannes*

En France, la BPCO touche 3.5 millions d'individus. Deux BPCO sur trois ne sont pas diagnostiquées. 80 % à 90 % des BPCO sont attribuables au tabac, ce qui fait des centres d'aide à l'arrêt du tabac des sites privilégiés de dépistage précoce de cette pathologie. L'évaluation de la fréquence de dépistage positif de la BPCO a été réalisée sur 16 sites de consultation de tabacologie à l'aide de spiromètres miniaturisés Néo-6. 1856 patients ont été retenus dans cette étude.

Dans le cadre d'un dépistage, le rapport VEMS/VEM6 réalisé par le Néo-6 constitue un substitut validé d'un rapport VEMS/CVF retenu lors d'une Exploration Fonctionnelle Respiratoire (EFR). La classification GOLD [1] considère qu'un rapport VEMS/CVF inférieur à 70 % révèle une obstruction bronchique.

Bibliographie

[1] GOLD : Global Initiative Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease.

Les résultats montrent que 7.29 % des hommes (N=64) et 5.11 % des femmes (N=50) présentait un rapport VEMS/VEM6 < 70% alors que le diagnostic d'une BPCO n'avait jamais été évoqué avant la rencontre avec le tabacologue. Par ailleurs, 132 patients présentaient des signes cliniques évocateurs de BPCO avec un rapport VEMS/VEM6 se situant entre 70 % et 80 %. Ces 2 populations représentent ainsi 13.32 % des patients (N=246) consultants en tabacologie pour lesquels une EFR serait nécessaire pour confirmer ou non la présence d'une BPCO.

L'arrêt du tabagisme, primordial pour retarder la progression de l'obstruction bronchique, est un objectif prioritaire, quelque soit le stade de la maladie.

Organisation pratique de la prise en charge des patients hospitalisés en Unité de Soins Intensifs de Cardiologie (USIC) au CHU de Nancy

S. Chiles, H. Coyard, A-M Galliot

Unité de Coordination de Tabacologie, CHU de Nancy

L'Unité de Soins Intensifs de Cardiologie du CHU de Nancy est un service d'urgence et de pointe qui accueille la majorité des patients de la région Lorraine présentant un problème cardiaque aigu.

Statistiquement, il est prouvé que le sevrage tabagique est l'un des facteurs permettant d'éviter ou de limiter la récurrence de la pathologie cardiaque.

Dans ce service, le traitement du tabagisme est reconnu comme l'un des éléments essentiels de la thérapeutique. Tout patient fumeur bénéficie d'une prise en charge par l'équipe mobile de tabacologie composée de médecins, d'infirmières et d'une

secrétaire dépendant de l'Unité de Coordination de Tabacologie du CHU de Nancy.

Un suivi est proposé tout au long de l'hospitalisation à l'USIC, en secteur d'hospitalisation de cardiologie et éventuellement en réadaptation cardiaque.

L'intervention de professionnels spécifiquement formés en tabacologie est essentielle pour accompagner ces patients dans une démarche d'arrêt du tabac. L'hospitalisation est l'occasion d'initier un sevrage et de proposer au patient un suivi personnalisé en tabacologie lors de sa sortie.

Communications orales 2

EXPOSITIONS ENVIRONNEMENTALES, TRAITEMENT DE LA DEPENDANCE AU TABAC

Modérateurs : B. Le Maître & J. Perriot

Évaluation de l'impact de l'interdiction de fumer sur les syndromes coronaires aigus: Étude EVINCOR-PMSI

D. Thomas¹, J.P. Cambou², C. Ferreira³, I. Carrière⁴, F. Séguret³

¹ Institut de cardiologie, Paris ;

² Jean-pierre.cambou@orange.fr, Toulouse

³ Département d'information médicale, Montpellier 4INSERM U888, Montpellier

Contexte - Plusieurs études ont déjà montré une réduction de l'incidence des syndromes coronaires aigus (SCA), suite à une interdiction de fumer dans les lieux publics.

Objectifs - Evaluer l'évolution des hospitalisations pour SCA, après l'interdiction de fumer dans les lieux publics en France (application en février 2007 et janvier 2008 pour les CHR).

Méthodes - Evolution, dans la base de données PMSI, des hospitalisations pour SCA de 2003 à 2009, stratifiées selon le sexe et l'âge et analyse du risque relatif pour chaque phase d'application par rapport à avant février 2007.

Résultats - Diminution constante et régulière du nombre de SCA durant toute la période, avec une tendance linéaire significative ($p < 0,01$), mais cette

tendance n'est pas plus nette après février 2007 et janvier 2008.

Pour chaque période, le risque relatif de SCA (rapport des taux d'admissions dans la période / taux d'admissions avant février 2007), étudié par régression de Poisson, n'est pas significatif.

Conclusion - Cette étude ne révèle pas d'effet spécifique de l'interdiction de fumer sur l'incidence des SCA en France. Ce résultat, différent de ceux trouvés dans d'autres pays, semble être expliqué principalement par un niveau déjà très faible d'exposition au tabagisme passif avant l'interdiction, en raison l'antériorité de la Loi Evin de 1992.

Cela ne retire rien à l'intérêt global de cette mesure, qui est une réelle avancée dans le domaine de la santé publique.

Intervention systématique d'aide à l'arrêt du tabac pour les patients hospitalisés pour un syndrome coronarien aigu : étude multicentrique

B. Gencer¹, R. Auer¹, R. Tango², D. Carballo³, J. Cornuz¹, N. Rodondi¹

¹ Polyclinique Médicale Universitaire, Lausanne, Suisse ; ² Service de médecine de premiers recours, Genève, Suisse

³ Service de cardiologie, Genève, Suisse

Contexte - Les conseils d'aide à l'arrêt du tabac avec suivi ambulatoire améliorent le taux d'arrêt à un an des patients fumeurs hospitalisés pour un syndrome coronarien aigu (SCA).

Ces conseils étant insuffisamment pratiqués, nous avons évalué la faisabilité de conseils systématiques chez tous les patients fumeurs hospitalisés en raison d'un SCA.

Méthode - Etude prospective multicentrique avec phase d'observation suivie d'une phase d'intervention et mesure de l'abstinence de tabac après un an. Durant la phase d'observation, le personnel hospitalier pouvait se référer à un soignant formé en entretien motivationnel selon son estimation des besoins des patients. Durant la phase d'intervention, les conseils d'arrêt du tabac étaient proposés systématiquement à tous les patients dans une approche motivationnelle,

suivis de conseils téléphoniques ambulatoires durant deux mois par un soignant formé.

Résultats - Durant la phase d'observation, seuls 25% (N=58/233) des participants fumeurs hospitalisés pour SCA ont reçu des conseils spécialisés pour l'arrêt du tabac. Durant la phase d'intervention, 92% (N=129/141) des participants fumeurs ont bénéficié de l'intervention hospitalière, d'une durée moyenne de 51 minutes (3 à 120) et 90 % ont accepté le suivi téléphonique ambulatoire. Le taux d'abstinence du tabac à un an pour la phase d'observation était de 40% alors qu'il était de 74% à la fin du suivi de deux mois dans la phase d'intervention.

Conclusion - Une intervention systématique d'aide à l'arrêt du tabac avec une approche motivationnelle permet d'augmenter significativement le nombre de patients bénéficiant de conseils spécialisés.

Tabagisme et exposition amiante :

quelle perception des risques pour la santé chez les sujets exposés ?

I. Thaon¹, P. Thomasini², C. Clement-Duchene², M. Maurel¹, Y. Martinet², C. Paris¹

¹ Consultations de Pathologies Professionnelles, CHU, Nancy

² Pneumologie, CHU, Nancy

Notre objectif était d'analyser la perception des risques liés à l'exposition à l'amiante et au tabac chez sujets ayant eu une double exposition.

Méthodes - Des hommes ayant bénéficié d'un programme expérimental de suivi post-professionnel à l'amiante ont rempli un questionnaire portant sur leur perception générale des risques liés à l'amiante et, à l'amiante par rapport au tabac (réponses possibles : oui, non, ne sait pas).

Ils donnaient aussi leur perception leur risque personnel de développer une ou des pathologies liées à l'amiante ou au tabac.

Résultats - Notre échantillon comprend 1542 hommes, âgés de 37 à 90 ans, dont 1197 ex-fumeurs et 345 fumeurs. Les niveaux d'exposition antérieure à l'amiante, évalués par des hygiénistes industriels ne diffèrent pas entre fumeurs et ex-fumeurs. A la question « pensez-vous que chez les personnes

exposées à l'amiante l'arrêt du tabac diminue le risque de développer un cancer ? » : 20,3% ont répondu non, 48,5% oui et 31,2% ne savent pas. Le pourcentage de sujets ayant répondu non est plus élevé chez les fumeurs que chez les ex-fumeurs (24,4% versus 19,1% p=0,04). De façon similaire, les fumeurs sont plus nombreux que les ex-fumeurs à déclarer que « par rapport au cancer du poumon, l'amiante est plus dangereux que le tabac », 42,3% versus 36,1% p=0,04. Cependant plus de 60% des fumeurs déclarent possible, ou certain, qu'ils tombent malades, à l'avenir, en raison de leur exposition à l'amiante et de leur tabagisme.

Conclusion - Chez les fumeurs ayant été exposés à l'amiante, une information sur les risques liés à l'amiante, au tabac et à la co-exposition est indispensable en insistant sur l'intérêt majeur du sevrage tabagique.

Qualité de vie chez les patients atteints de cancer bronchique :

rôle du statut tabagique et d'une exposition professionnelle à l'amiante

C. Paris¹, F. Guillemin², A. Luc³, C. Tarquinio⁴

¹ CHU Nancy, Inserm U954, Vandoeuvre Les Nancy

² CHU Nancy, EA 4360, Vandoeuvre Les Nancy

³ Inserm U954, Vandoeuvre Les Nancy

⁴ EA 4165, Metz

Il a été démontré que l'existence d'une exposition professionnelle à l'amiante pouvait avoir un retentissement psychologique. L'hypothèse qu'une telle exposition soit susceptible de modifier la qualité de vie de patients atteints de cancer bronchique semble donc plausible.

Une étude transversale a été menée auprès de patients atteints de cancer bronchique au CHU de Nancy entre 2007 et 2010. Les patients ont été interrogés en face à face sur leurs expositions professionnelles et leurs habitudes tabagiques. Diverses échelles validées ont également été utilisées pour évaluer la qualité de vie de ces patients et la représentation de leur maladie (QLQ-C30, IPQ, SF-36).

Au total, 271 hommes ont été inclus dans l'étude, dont 29.9% de fumeurs actifs et près de 50% de sujets exposés professionnellement à l'amiante. Il n'existe

pas de différences significatives en ce qui concerne la qualité de vie selon le statut tabagique.

A l'inverse, les sujets fortement exposés à l'amiante présentent une altération significative de leur qualité de vie, en particulier pour le retentissement social (p=0.013) mais également physique de leur maladie (p=0.001). Les conséquences et le pronostic de la maladie sont jugés plus sévères par les sujets exposés à l'amiante après prise en compte de l'âge, du statut tabagique et du stade de la pathologie (p=0.001).

Le retentissement d'une exposition à l'amiante apparaît comme important sur la qualité de vie des sujets atteints de cancer bronchique, alors que le statut tabagique ne semble pas jouer de rôle majeur. Ces éléments doivent être pris en considération dans la prise en charge de ces patients.

Une analyse des symptômes de sevrage du tabac récemment décrits

J.F. Etter¹, J.R. Hughes², M. Ussher³

¹ Université de Genève, Genève, Suisse

² University of Vermont, Burlington, Vt, USA

³ University of London, Londres, UK

Contexte - Des études récentes suggèrent que l'arrêt du tabac peut provoquer plus de symptômes de sevrage qu'on ne le pensait jusqu'ici. Une échelle largement utilisée, le Minnesota Withdrawal Scale (MWS-R) a été récemment révisée afin d'inclure certains de ces symptômes nouvellement décrits.

Objectifs - Evaluer la validité de MWS-R et d'autres symptômes de sevrage.

Méthodes - Questionnaires répétés sur Internet auprès de fumeurs et d'ex-fumeurs, et essai randomisé chez les fumeurs quotidiens. Les participants étaient des fumeurs quotidiens (n=1126) et des ex-fumeurs (n=3239). Ils ont répondu au MWS-R et à 23 autres questions sur les symptômes de sevrage. Les fumeurs quotidiens ont été assignés au hasard soit à continuer à fumer pendant 2 semaines soit à arrêter de fumer. Les fumeurs quotidiens ont répondu à des enquêtes de suivi après 5, 7 et 11 jours

et les anciens fumeurs après 3, 7 et 14 jours. Nous avons effectué des tests de validité de construction (=vérifier si les symptômes changent après l'arrêt du tabac) et de validité prédictive (=tester si les symptômes prédisent la rechute).

Résultats - L'arrêt du tabac a été suivi d'une aggravation des sautes d'humeur et de l'amélioration des étourdissements, vertiges, vigilance, toux, mal de gorge, nausées, sens de l'odorat et du goût. Les questions sur les sens de l'odorat et du goût ont particulièrement bien performé sur les tests de validité de construction et de validité prédictive.

Conclusions - Cette étude suggère que certains, mais pas tous les symptômes récemment ajoutés aux listes établies sont valides. Ces conclusions sont d'intérêt pour les fumeurs, les cliniciens et les chercheurs, et demandent à être confirmées dans des échantillons représentatifs.

Informations sur le tabac dans des fiches d'information pré-opératoire des patients : une enquête française

M.D. Dautzenberg¹, M. Bougdal², J. Osman², B. Dautzenberg³

¹ OFT et Necker, Paris

² OFT, Paris

³ OFT et Pitié Salpêtrière, Paris

En 2005, une conférence d'experts français sur le tabagisme périopératoire a montré que les fumeurs avaient trois fois plus de complications et que l'arrêt du tabac 6-8 semaines avant l'intervention chirurgicale jusqu'à la fin de la cicatrisation supprimait l'excès de risque.

Nous avons mesuré la présence de cette information sur les fiches d'information patient.

Méthodes - Les 100 premières fiches patients d'une requête "chirurgie information patient" sur Google ont été analysées en 2009 et en 2011 avec la même procédure.

Les dépliants proviennent de 32 émetteurs en 2009 et de 34 émetteurs en 2011.

Les fiches d'informations concernent 13 sous-spécialités.

Seules la chirurgie plastique et l'orthopédie ont plus de 10 fiches dans chaque étude.

Résultats - Dans 76% des cas en 2009 et 85% des cas en 2011 le mot «tabac» est absent.

La chirurgie maxillo-faciale donne le plus d'information.

Seuls 2% des fiches abordent tous les aspects du tabac. La manière d'arrêter est le paramètre moins approché.

Nous proposons à tous les rédacteurs de fiches d'y inclure cette phrase: "Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie. Arrêter de fumer 6-8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire. Si vous fumez, parlez en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste ou appelez la ligne Tabac-Info-Service 3989 pour vous aider à réduire les risques et mettre toutes les chances de votre côté "

Conclusions - Il existe un manque considérable d'informations sur le tabac. Une action est proposée pour corriger le manque d'informations des patients avant une intervention chirurgicale.

Soutien INCA

ASPECT ECONOMIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DE L'ARRET DU TABAC

Modérateurs : **B. Dautzenberg & P. Diethelm**

Le rapport coût/efficacité des traitements de la dépendance au tabac

J. Cornuz

Non communiqué

Policlinique Médicale Universitaire, CHUV, Lausanne, Suisse

Arguments médico-économiques pour le remboursement intégral du traitement tabagique en France : évaluation coût-efficacité.

K. Chevreul^{1,2}, B. Cadier², E. Chan¹, I. Durand-Zaleski^{1,2}

¹URC Eco Ile-de-France, Paris ²Université Paris XII, Créteil

En France, le tabagisme a des conséquences importantes sur la santé (10-12% des décès annuels). Aujourd'hui, seul un forfait annuel de 50 euros d'aides pharmacologiques à l'arrêt du tabac est pris en charge par l'Assurance maladie. On peut s'interroger sur le bénéfice en matière de santé de la couverture totale de la prise en charge médicale du sevrage tabagique. Notre étude a pour objectif d'éclairer le décideur public sur ce point en procédant à une analyse coût-efficacité.

Nous avons réalisé une modélisation de Markov appliquée à une cohorte fictive de 1 000 fumeurs pour comparer la stratégie actuelle de remboursement forfaitaire et celle proposant une prise en charge financière complète d'un programme d'arrêt du tabac reprenant les pratiques actuelles des centres de tabacologie. Les ratios incrémentaux coût-efficacité (ICER) par année de vie gagnée sont calculés sur la vie entière de la cohorte. Les taux de sevrage sont estimés à partir des résultats d'essais randomisés et des taux d'utilisation des médicaments de sevrage. Les taux de

mortalité sont issus de la littérature. Plusieurs scénarii sont construits à partir de ces données et de taux escomptés d'adhésion. Les valeurs de l'ICER pour une année de vie gagnée selon les différents scénarii avec un taux de sevrage annuel de 20,9%, sont comprises entre 578€ et 684€. L'analyse de sensibilité montre que dans le cas du scénario le plus défavorable (taux de sevrage de 15%) les valeurs de l'ICER ne dépassent pas 2 199€. En comparant ces valeurs à d'autres actes de prévention cardio-vasculaire aujourd'hui couverts par l'Assurance maladie, telles que les statines, le sevrage tabagique est l'acte de santé le plus coût-efficace.

La prise en charge financière complète du sevrage tabagique serait une action de santé très efficace pour l'Assurance maladie, indépendamment du taux de participation et du nombre de tentatives de sevrage couvertes sous réserve d'une campagne importante de communication et d'une implication complète de tous les acteurs de santé.

Programme luxembourgeois de sevrage tabagique : résultats et coût pour les organismes payeurs

A. Scharpantgen¹, C. Charpentier²

¹Ministère de la Santé, Luxembourg ; ²Centre Hospitalier, Luxembourg

A la suite à la mise en application de la loi relative à la lutte antitabac du 11 août 2006, une convention a été conclue et signée le 8 janvier 2008, entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse Nationale de Santé (CNS) portant institution d'un programme pilote d'aide au sevrage tabagique auprès des personnes assurées auprès de la CNS.

Ce programme a été élaboré par un groupe de travail regroupant les différentes spécialités médicales. Il garantit à chaque fumeur désirant s'arrêter de fumer une prise en charge conforme aux recommandations internationales. Il comporte une visite initiale majorée, une visite finale au 8^{ème} mois remboursées à 100%

avec un remboursement médicamenteux (Substituts nicotiques de toutes formes galéniques, Varénicline ou Bupropion) forfaitaire de 50% des dépenses jusqu'à un plafond de 100 Euros au 8^{ème} mois. Les résultats des 3 premières années (2008, 2009 et 2010) seront détaillés et commentés. Le coût global de ce programme pour la Caisse Nationale de Santé (CNS) sera examiné. Les ventes totales nationales des différents médicaments seront mises en perspective avec les données de la CNS. Une discussion de ces premiers résultats permettra de cerner les problèmes et de rechercher de nouvelles pistes pour maintenir la motivation des différents acteurs.

LE TABAGISME DES ADOLESCENTS: DE L'EPIDEMIOLOGIE A LA PRISE EN CHARGE

Modérateurs : J-D. Dewitte & D. Thomas

Installation de la dépendance

D. Zullino

Service d'addictologie, HUG, Genève, Suisse

Une caractéristique commune de tous les produits addictifs est leur propension à générer la répétition automatique des comportements liés à la consommation du produit lui-même, résultant dans un rétrécissement du répertoire comportemental avec, progressivement, davantage d'investissement en des activités liées à la recherche et la consommation du produit. Ainsi, le développement de comportements addictifs représente une forme d'apprentissage d'habitudes disproportionnées.

Le développement d'une addiction peut être conceptualisé en trois stades :

(1) l'initiation qui serait motivée par des facteurs contextuels,

(2) le passage à une consommation hédonique, modulé par les effets hédoniques ressentis du produit, et (3) le passage à la consommation addictive, caractérisé par l'automatisation.

Les fondements neurobiologiques du développement et de l'expression de ces comportements automatisés par les produits addictifs seront discutés à l'égard de la planification d'une approche intégrée des interventions pharmacothérapeutiques et psychothérapeutiques.

Caractéristiques et évolution du tabagisme des 10-15 ans en France ; Baromètre " Jamais la première " de la Fédération Française de Cardiologie

D. Thomas

Institut de Cardiologie, Pitié-Salpêtrière, Paris

Dans le cadre de lutte contre le tabagisme, la Fédération Française de Cardiologie (FFC) mène depuis 1997 une campagne spécifique auprès des adolescents : « Jamais la première cigarette » (JLPC). JLPC comporte une enquête annuelle par auto questionnaire auprès des 10-15 ans et la création d'un message de prévention « par » et « pour » les jeunes par le biais d'un concours de story-board. L'analyse des questionnaires, réalisée par TNS Healthcare, informe sur l'évolution et le contexte du statut tabagique de cette tranche d'âge au travers de ce baromètre annuel.

L'expérimentation de la « première cigarette » concerne entre 30 et 35% des 10-15 ans, pourcentage relativement constant, avec un âge moyen d'initiation ayant évolué de 11,3 à 11,8 ans. Parmi ceux qui ont essayé de fumer, un sur deux continue et un fumeur

sur deux est fumeur quotidien, avec une tendance récente à la baisse. Par contre le pourcentage de gros fumeurs ($\geq 20/j$), bien que faible, est en sensible augmentation. L'initiation est très dépendante de l'entourage et surtout des copains dans 2/3 des cas ; lorsque qu'elle est à l'initiative de l'adolescent, « le paquet qui traîne » est la source d'incitation la plus fréquente, l'« achat » étant en diminution au fil des ans, peut-être en raison de l'évolution du prix. Le pourcentage de « tentatives d'arrêt » est en diminution, actuellement de 44%.

Le détail de l'ensemble de ces enquêtes JLPC, de même que les réalisations faites à partir des story-boards lauréats du concours, peuvent être consultés en ligne sur : (<http://www.jamaislapremiere.org>)

Prévention du tabagisme en milieu scolaire : une expérience transfrontalière

L. Galanti

CHU Mont-Godinne, Yvoir, Belgique

Le CHU Mont-Godinne participe à un programme franco-belge de prévention des maladies cardiovasculaires dont le but est de promouvoir une démarche structurée d'éducation à la santé et d'en assurer la pérennité afin de favoriser un changement de comportement.

Les habitudes tabagiques s'installant le plus souvent pendant l'adolescence, une des actions est la sensibilisation dans 5 écoles secondaires belges et collèges français de jeunes scolarisés de 12 à 16 ans, à la consommation de tabac, l'alimentation saine, l'activité physique, l'influence des médias. Des outils ont été développés et des animateurs ont été formés au sein des établissements scolaires pour assurer le relais.

Les objectifs sont, pour les adolescents, d'améliorer leurs connaissances sur l'alimentation et les conduites addictives, de renforcer leur estime de soi et leur esprit critique et, pour les personnes relais

(éducateurs, enseignants, infirmières scolaires), d'améliorer leurs connaissances dans le cadre général de la promotion de la santé et d'initier des animations en favorisant la culture du débat et la réflexion.

Un dossier pédagogique est réalisé sur les différents thèmes (tabac, alimentation, exercice physique et influence des médias).

Diverses animations, réparties sur trois années d'études, sont proposées et organisées de manière récurrente (au minimum 1 réunion/an/thème pour toutes les classes). Elles sont assurées par un animateur accompagné des personnes formées et sont évaluées par les étudiants et les professeurs à la fin de chaque séance sur base d'un questionnaire.

Un livret d'information est distribué aux adolescents à la fin de chaque animation; d'autres moyens de communication sont envisagés (site Internet).

Efficacité de l'offre d'un programme d'aide au sevrage tabagique à l'ensemble des fumeurs d'une population de jeunes apprentis

L. Minary

¹ INSERM, CIC-EC CIE6

² CHU Nancy, Epidémiologie et Evaluation Cliniques

³ Nancy-Université, Université Paul Verlaine Metz, Université Paris Descartes, EA 4360 Apemac

⁴ INSERM U 954, Faculté de Médecine EA 4360, Ecole de Santé Publique, Vandoeuvre-lès-Nancy

Introduction - La plupart des efforts de lutte contre le tabagisme des jeunes se sont centrés sur la prévention de l'initiation et peu sur l'aide au sevrage. Un programme d'aide au sevrage tabagique (le programme TABADO), associant stratégies pharmacologique et cognitivo-comportementale, dans une population particulièrement vulnérables (les apprentis), a été élaboré. Cette étude a pour objectif d'évaluer l'efficacité de ce programme, offert à tous les fumeurs d'une population d'apprentis âgés de 15 à 20 ans.

Méthode - Cette étude prospective comparative de type quasi expérimental se déroulait pendant les deux années d'apprentissage. La population était composée de 1814 apprentis entrant dans un CFA (Centre de Formation des Apprentis) en Lorraine (Est de la France, 2,3 millions d'habitants, 16500 apprentis) au cours de la période 2008-2009. Le groupe d'intervention (N=770 élèves) bénéficiait du programme TABADO alors qu'aucune intervention

spécifique, autre que le traitement et les services éducatifs habituellement disponibles, n'avait lieu dans le groupe «contrôle» (N=1044 élèves). Notre critère de jugement principal était le taux de fumeurs abstinents à 12 mois.

Résultats - La moyenne d'âge des élèves était de 16,9 ans (ET=1,0) et 84,3% étaient des garçons. Parmi les élèves interrogés, 52% étaient fumeurs, dont 89,4% de fumeurs quotidiens, et 5,7% étaient ex-fumeurs. Parmi les 584 fumeurs suivis 12 mois après l'inclusion, 17% étaient abstinents dans le groupe intervention, et 11,9% dans le groupe témoin (univariate p=0,08 ; adjusted p=0,008).

Conclusion - Le programme TABADO a prouvé son efficacité en montrant que la mise en place d'une action de santé dans un établissement peut engendrer une modification « en cascade » des comportements de santé chez ces adolescents même chez les non-participants.

Liste des auteurs :

L. MINARY; L. CAMBON; H. MARTIN; N. WIRTH; D.S. ACOUETÉY; C. MAIRE ; Y. MARTINET ; A. BOHADANA ; D. ZMIROU-NAVIER; F. ALLA

COMMENT AUGMENTER LA MOTIVATION DU FUMEUR A ARRETER DE FUMER ?

Modérateurs : D. Touzeau & N. Wirth

Informé ? Faire peur ? Approcher de manière motivationnelle ?

J. Dumont

Fonds des Affections Respiratoires, Bruxelles, Belgique

La motivation des sujets fumeurs demeure une étape essentielle dans le processus d'arrêt du tabagisme. Les soignants tentent d'augmenter la motivation du fumeur par des interventions de nature très différentes : informations "objectives", culpabilité, utilisation de la peur, certaines pratiques "paradoxaux", entretien motivationnel, ...

Le but de l'exposé est de mettre en évidence la complexité de la notion de "motivation". Dans un premier temps une courte synthèse des modèles théoriques (Action raisonnée, comportement planifié, modèle de Godin, modèle transthéorique,...) sera présentée ainsi que les limites et des pistes concrètes

susceptibles d'en découler pour la relation thérapeutique quotidienne

Les interventions utilisant la peur feront également l'objet d'une réflexion théorique et éthique, ainsi que des éventuelles pistes pratiques.

La place de l'entretien motivationnel dans le cheminement de la motivation sera présentée.

En synthèse l'auteur tentera de mettre en évidence quelques pistes susceptibles d'aider le thérapeute dans son approche de travail de la motivation du patient afin d'appliquer la démarche la plus adaptée possible à chaque patient.

Guider vers l'autodétermination :
l'accompagnement du fumeur et du fumeur abstinent

E. Languérand

Centre Hospitalier Sainte-Anne, Paris

Malgré l'augmentation régulière du prix du tabac, les contraintes et les interdictions imposées aux fumeurs dans les espaces publics et collectifs, les campagnes de prévention informant directement le consommateur des conséquences du tabagisme, malgré tout ceci, la consommation de tabac est en augmentation. De même, le taux de maintien de l'abstinence à un an de l'arrêt reste faible avec ou sans aide.

Les facteurs externes de changement ne sont donc pas suffisants pour déclencher l'arrêt du tabac et prévenir de la rechute. En effet, le sentiment d'autodétermination, c'est-à-dire la perception par le sujet que ces choix sont déterminés par lui-même et congruents avec ses valeurs personnelles, est un facteur important et nécessaire dans le maintien de l'abstinence chez le fumeur. Ceci implique de favoriser

chez le fumeur une motivation personnelle à l'arrêt du tabac. Pour autant, les motifs initiaux incitant le sujet à modifier son comportement à l'égard de la cigarette relèvent le plus souvent de la motivation externe, même partiellement internalisée, que d'une motivation purement intrinsèque. L'accompagnement du fumeur repose donc à la fois sur un accompagnement vers une internalisation de motifs externes en faveur de l'arrêt et le développement ou le renforcement d'une motivation propre au sujet.

L'entretien motivationnel et son approche « guider » de la relation de soins peuvent être utilisés pour favoriser ces processus motivationnels. Ce sont ses aspects de l'accompagnement du fumeur que nous nous développerons lors de notre communication orale.

En pratique quelle formation en entretien motivationnel ?

Adaptation aux différentes catégories de professionnel de santé. L'expérience belge

B. Janssen

Non communiqué

Bruxelles, Belgique

INNOVATIONS THERAPEUTIQUES EN TABACOLOGIE

Modérateurs : **H-J. Aubin & I. Berlin**

Les vaccins anti-nicotinique

J. Cornuz

Non communiqué

Polyclinique Médicale Universitaire, Lausanne, Suisse

Stimulation magnétique trans-crânienne (TMS) : évaluation de l'efficacité sur le craving de la dépendance tabagique, présentation d'une étude pilote

V. Meille, Dr B. Trojak

Service de Psychiatrie et d'Addictologie, CHU, Dijon

Responsable de 60000 décès par an, le tabagisme représente la première cause de mortalité évitable en France. Le taux de réussite du sevrage tabagique, même bien mené avec des substituts nicotiques, est faible. L'influence des stimuli environnementaux, et la recherche compulsive de tabac (craving) qui en résulte, joue un rôle plus important dans la rechute que les symptômes physiques de sevrage qui ne sont que transitoires.

Sur un plan neurobiologique, la nicotine présente une action au niveau de l'axe dopaminergique méso- limbique du système de récompense, du fait de l'activation des récepteurs nicotiques situés au niveau de l'aire tegmentale ventrale du tronc cérébral.

Mais les dernières recherches en imagerie fonctionnelle montrent que le Cortex PréFrontal Dorsolatéral (DLPFC) est également impliqué dans

cette dépendance: les désordres biochimiques induits par le tabac à son niveau conduiraient au phénomène de craving, facteur de rechute après une période plus ou moins longue d'abstinence.

De récents travaux suggèrent que la rTMS, en activant directement le cortex cérébral, peut ainsi corriger les désordres induits au niveau du DLPFC et diminuer le craving.

Nous proposons donc une nouvelle stratégie thérapeutique dans le sevrage tabagique : associer des substituts nicotiques pour réduire les symptômes physiques de sevrage, à un traitement par rTMS basse fréquence (1Hz sur le DLPFC droit) pendant 2 semaines pour diminuer le craving. L'objectif principal est une amélioration du taux de réussite au sevrage tabagique chez des patients fortement dépendants à la nicotine et ayant échoué aux stratégies de sevrage habituelles.

Le traitement de la dépendance aux substituts nicotiques

D. Garelik

Pitié-Salpêtrière, Paris

Pour ne pas récidiver, surtout chez le fumeur très dépendant, la gomme peut être poursuivie, avec un risque d'autant plus grand du maintien de la dépendance que son usage est long. La dépendance à la gomme a aussi été décrite chez des non-fumeurs. C'est la diffusion rapide de nicotine qui entraîne ce risque, alors que le timbre diffusant lentement n'est pas addictif. Un long usage de gommes serait un critère d'addiction. Certains les prennent sur de longs mois. Ce type d'usage se voit plus souvent avec 4mg et n'a jamais entraîné de conséquence sérieuse, d'où sa sous-estimation dans la littérature.

3 réponses: Remplacer par le timbre en dégressif + bonbons forts pour le goût.

Un essai randomisé sur 1 mois 1/2 chez 26 consommateurs de plus de 6 mois motivés à l'arrêt a montré qu'un arrêt brutal ou une diminution sur une brève période pouvait aider sans reprise du Tabac.

Expérience personnelle chez une ex-fumeuse très dépendante de 42 ans ayant arrêté le Tabac par patch+gommes 2mg. Celles-ci étaient poursuivies 5 ans. Leur arrêt décidé, la Varénicline a été proposée à doses et durée habituelles, avec suivi mensuel sur 10 mois avec une bonne tolérance. A 1 an, la patiente restait abstinente au Tabac et à la gomme (Cotininurie = 0).

Conclusions - 2 interrogations : Faut-il traiter la dépendance aux substituts ? La poursuite de la substitution orale est-elle due à la dépendance à la nicotine ou à une dépendance aux gommes ou aux comprimés ? 1 constatation : La Varénicline une voie dans le traitement de la dépendance aux substituts en agissant sur les récepteurs nicotiques.

Des essais sur un grand nombre de patients sont nécessaires pour espérer obtenir des résultats significatifs.

SESSION COMMUNE SFT-SFMV

LA MALADIE DE BUERGER

Modérateurs : **R. Moyou-Mogo & G. Peiffer**

La maladie de Buerger : une maladie du fumeur ?

P. Lacroix

Unité de Médecine Vasculaire, Limoges

Plus d'un siècle après la description princeps l'étiologie de la maladie de Buerger demeure méconnue.

Cette affection se traduit par une occlusion segmentaire des artères des extrémités à laquelle s'associe atteinte veineuse et nerveuse. Lors des poussées un thrombus inflammatoire se constitue dans la lumière des vaisseaux. La limitante élastique interne est préservée. La maladie est volontiers d'emblée plurifocale associant tant une atteinte des membres inférieurs que supérieurs. Aux Etats Unis son incidence annuelle est de l'ordre de 12,6 pour 100 000 habitants. L'affection semble plus fréquente au Moyen et en Extrême-Orient. La physiopathologie est méconnue mais on constate un lien direct avec l'intoxication tabagique sous toutes ses formes ; on note fréquemment une consommation associée de

cannabis. La responsabilité des parotondopathies est évoquée par certains ; ces dernières sont fréquentes chez les fumeurs.

Les critères diagnostiques incluent l'exposition au tabac, ils associent en complément un âge < 45 ans et une atteinte distale. Les autres artériopathies (maladies auto-immunes, thrombophilies, diabète, embolie) doivent être exclues. L'affection est plus fréquente chez l'homme mais elle est aussi décrite chez la femme. L'arrêt de l'intoxication tabagique est essentiel, principal gage de contrôle de l'évolution de cette dernière. L'utilisation des substituts nicotiques est discutée car ceux-ci pourraient influencer sur les poussées. Ainsi la maladie de Buerger plus qu'une maladie du fumeur pourrait être une maladie du tabagique quelque soit le mode de consommation.

Prise en charge de la maladie de Buerger en dehors du tabagisme

D. Wahl

Non communiqué

Unité de Médecine Vasculaire, CHU Nancy

Les différents modes de prise en charge tabacologique et leurs résultats

R. Moyou-Mogo

Centre de médecine vasculaire et tabacologie, Paris

Les patients ayant la maladie de Buerger souffrent souvent d'une autre maladie : la dépendance tabagique.

En plus du traitement de la maladie de Buerger, il est primordial de prendre en charge cette dépendance tabagique.

Cette prise en charge consiste dans un premier temps à évaluer les dépendances pharmacologique, psychologique et comportementale, ainsi que la motivation du patient à l'arrêt du tabac.

Le bilan de cette évaluation permettra d'adapter des différents traitements à chaque situation.

Renforcer la motivation à l'arrêt quand cela est nécessaire.

Traiter le sevrage par des médicaments qui ont fait la preuve de leurs efficacités :

Les substituts nicotiques transdermiques, par voie orale ou par inhalation.

Le Bupropion.

La Varénicline.

Le traitement des comorbidités psychiatriques associées.

L'utilisation des thérapies cognitives et comportementales.

Étant donné le caractère chronique de la dépendance tabagique et les difficultés qu'ont les patients atteints de la maladie de Buerger pour arrêter de fumer, cette prise en charge sera prolongée d'au moins un an, et associée à une prévention des rechutes.

Chez ces patients, les chances de réussite du sevrage sont augmentées lorsque la prise en charge est faite par un professionnel de santé.

SESSION SAGES-FEMMES

Modérateurs : E. Dautzenberg & C. Marçais-Espiand

Contraception et Tabagisme

A. Noblet

Sage-femme tabacologue, Grenoble

Le tabagisme est un véritable problème de santé publique car il touche aujourd'hui de plus en plus de femmes en âge de procréer. Selon le baromètre santé 2005, INPES un tiers des femmes fument entre 18 et 44 ans.

Le tabagisme a les mêmes conséquences chez la femme que chez l'homme avec néanmoins une toxicité plus spécifique sur l'esthétique, les organes reproducteurs, la fertilité, la grossesse, la contraception et la ménopause.

Depuis la loi HPST de juillet 2009, les sages-femmes peuvent prescrire tous les contraceptifs aux femmes en bonne santé. Elles deviennent un interlocuteur privilégié dans le choix de la contraception. Or le tabac et la contraception ont de multiples interactions et sont en synergie néfastes pour la santé.

L'association tabac et contraception est à l'origine :

– d'une augmentation de la fréquence de saignements chez les femmes fumant plus de 15 cigarettes par jour

– d'accidents vasculaires cardiaques et cérébraux et d'accidents thromboemboliques veineux.

Ces risques nécessitent de prendre en compte non seulement le tabagisme actif de la patiente mais également son désir de contraception.

Comment optimiser le choix de la contraception chez une femme qui fume ?

Dans un premier temps par la revue de la littérature nous étudierons le tabagisme féminin, les conséquences du tabac et de la contraception enfin nous proposerons une prise en charge.

Efficiences du suivi tabacologique sur les indicateurs périnataux : données chiffrées.

A. Jacotot¹, Dr P. Lemarié²

¹*Sage femme, Metz, France*

²*Gynécologue obstétricien, Metz*

Les effets du tabagisme per gravidique semblent responsables, malgré les progrès de la médecine et de la prise en charge néonatale, du maintien de la morbidité néonatale en France, qui en 2008 détient le record européen de femmes fumeuses pendant la grossesse (21,8% versus 6,3% en Suède).

Depuis février 2005, une prise de conscience partagée au sein de l'équipe obstétricale de la maternité du CHR de Metz, nous a permis d'organiser l'aide au sevrage tabagique au sein de l'établissement pour les femmes enceintes.

En 06/08, nous connaissons le statut vis-à-vis du tabac chez 96% de nos patientes. Nous avons pu alors constater une diminution du nombre de gestantes ne modifiant pas leur consommation, une augmentation du nombre de patientes diminuant ou arrêtant complètement de fumer.

L'accompagnement des patientes fumeuses durant la grossesse, nous a permis de : valider la différence du taux de RCIU (retard de croissance intra utérin) chez les fumeuses versus les non fumeuses ; confirmer l'intérêt de l'arrêt de consommation pendant la grossesse, le RCIU chez la fumeuse restant plus fréquent que chez la gestante arrêtant de fumer; valider la différence du taux de prématurité chez les fumeuses versus les non fumeuses ; confirmer la croissance linéaire du taux de prématurité en fonction de l'importance de la consommation tabagique; valider la différence du taux d'hypoxie fœtale chez la fumeuse versus la non fumeuse ; souligner la différence de proportion de femmes allaitantes non fumeuses versus fumeuses.

Ainsi, la prise en charge de l'addiction au tabac chez toutes femmes enceintes pendant le suivi prénatal permet d'améliorer la santé des enfants à naître.

Grossesse et addictions :

Intérêt du sevrage tabagique sur la croissance et le bien-être fœtal

D. Romestaing¹, C. Marçais-Espiand²

¹ *Maternité, Nancy*

² *UCT Maladies Respiratoires, Montpellier*

Des plans de santé ont été mis en place successivement pour limiter les addictions au cours de la grossesse mais depuis 2005 ; néanmoins, le pourcentage de fumeuses à l'accouchement concerne toujours 1 femme sur 5.

Le risque de restriction de croissance fœtale induit par le tabac double en cas de poursuite du tabagisme au 3ème trimestre de la grossesse. Il est aggravé lorsque le tabagisme gravidique demeure important jusqu'à l'accouchement. Les altérations du rythme cardiaque fœtal (RCF) au cours de l'accouchement sont 4 fois plus importantes chez les fumeuses.

La décompensation en souffrance fœtale aigue peut être à l'origine de lésions cérébrales irréversibles, de mort-fœtale in utéro.

Les conséquences à court, moyen ou long terme peuvent être lourdes voire irréversibles.

Il est important de conseiller l'arrêt tabagique devant tout désir de grossesse ou au plus tard avant le 3ème mois pour prévenir les risques sur la grossesse et la croissance fœtale.

Le sevrage tabagique est bénéfique tout au long de la grossesse, notamment chez les patientes traitées pour des poly-consommations. Toute semaine sans consommation entraîne une baisse de 50 % des évolutions défavorables. La normalisation des paramètres de bien-être fœtal et la reprise de croissance peuvent être rapides.

Toutes les addictions au cours de la grossesse méritent une prise en charge attentive.

Existe-t-il une place pour la recherche dans le domaine de la prise en charge de la dépendance au tabac au cours de la grossesse ?

Dr X. Quantin

Non communiqué

CHU de Montpellier

CANNABIS, COMPAGNON D'ADDICTION DU TABAC

Modérateurs : T. Montaut & E. Quoix

Cannabis et tabac : un concubinage délétère !

S. Spilka

OFDT, Paris

En France, la consommation de cannabis consiste principalement à inhaler un mélange de tabac et de cannabis (principalement sous forme de résine plus rarement d'herbe).

Le fumeur de joint est donc de fait un fumeur de tabac mais est-il pour autant un fumeur régulier de cigarettes ?

Nous serions tentés de répondre par l'affirmative au regard des résultats de l'enquête ESCAPAD menée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies en 2008 : parmi les adolescents de 17 ans qui n'ont jamais expérimenté le cannabis un sur

dix se déclare par ailleurs fumeur quotidien de tabac, ils sont 38% dans ce cas lorsqu'ils disent fumer parfois du cannabis dans l'année et 90% lorsqu'ils en fument quotidiennement.

Difficile de savoir qui du « fumeur-de-joint » ou de « fumeur-de-tabac » est le plus délétère dans ce concubinage juvénile ! Après une présentation des principales enquêtes quantitatives et des difficultés inhérentes à ce type d'étude auprès des populations adolescentes, l'intervention reviendra sur quelques uns des résultats les plus récents.

Nouvelles tendances liées à la consommation de cannabis

F. Lirussi

CHU Dijon

Le cannabis est une substance illicite dont le caractère toxique et addictogène est connu depuis bien longtemps.

Néanmoins, comme toute drogue dite « de rue », la composition (contaminant, coupant, adultérant) ainsi que la teneur en substances actives sont susceptibles de varier en fonction des réseaux d'approvisionnements.

Il a notamment été remarqué, au cours de ces vingt dernières années, que la teneur en THC, autrement dit, la puissance du cannabis, a considérablement évolué.

Parallèlement, on observe également une modification des modes de consommation du cannabis, qui privilégient la voie inhalée (pipes à eau, vaporisateurs). Ces « nouveaux » modes de consommation associés à l'évolution de la puissance du cannabis ont pour conséquence d'une part

d'aggraver le potentiel addictogène de cette substance et d'autre part d'occasionner des atteintes somatiques pouvant in fine mettre en jeu le pronostic vital du patient.

Ces observations ont d'ailleurs conduit certains politiques ou instances étatiques à qualifier le cannabis de « drogue dure ».

Enfin, la présence de contaminants (*aspergillus*), de produits coupants (verre, sable) ou d'adultérants (plomb) dans le cannabis consommé par les usagers de drogues, occasionnent une toxicité propre pouvant entraîner des symptômes sévères atypiques lors d'une consommation aiguë ou chronique

L'objectif de cette présentation est donc de sensibiliser le clinicien sur les nouvelles tendances liées à la consommation de cannabis, car elles sont susceptibles de modifier la prise en charge ou a minima l'interrogatoire du patient.

Traitement de la dépendance au cannabis

A. Dervaux

Service d'Addictologie, CH Sainte-Anne, Paris, France

L'évaluation d'un sujet dépendant au cannabis repose sur une évaluation 1) addictologique 2) psychiatrique 3) sociale.

L'évaluation addictologique recherche notamment les antécédents familiaux d'addictions, la précocité de la consommation de cannabis, l'existence de symptômes de sevrage (insomnie, irritabilité, craving), les motivations à l'arrêt de la consommation, les troubles cognitifs induits par le cannabis, en particulier les troubles de l'attention et de la mémoire, l'existence d'addictions associées, en particulier au tabac et à l'alcool.

L'évaluation des comorbidités psychiatriques est indispensable en raison de leur fréquence : troubles anxieux, troubles de l'humeur et troubles de personnalité, en particulier troubles de personnalité psychopathiques.

L'évaluation sociale est centrée sur les facteurs favorisant ou limitant la consommation dans

l'environnement du patient (conjoint, parents, amis, etc...).

Il n'y a pas actuellement de traitement pharmacologique spécifique qui ait fait la preuve de son efficacité sur de grands nombres de patients dans le sevrage de cannabis, pour diminuer l'appétence au cannabis ou comme traitement de substitution.

La prise en charge repose sur les approches psychothérapeutiques, en particulier cognitivo-comportementales, en fonction des stades de motivation du patient à l'arrêt de la consommation.

Les entretiens motivationnels sont plus adaptés chez les patients peu motivés à l'arrêt ou ambivalents.

Chez les patients plus motivés, l'accent est mis sur la prévention des rechutes et la prévention de la survenue d'autres addictions.

Dans tous les cas, un traitement des comorbidités addictologiques et psychiatriques est proposé, en particulier des troubles anxieux et dépressifs.

PREVENTION DES RECHUTES

Modérateurs : P. Bartsch & J-F. Etter

Rôle des traitements psychocomportementaux, des méthodes self help, brochures

B. Janssen

Non communiqué

Bruxelles, Belgique

Rôle des « Quit lines » dans la prévention des rechutes

R. Colot

Fondation contre le cancer, Tabacstop, Bruxelles Belgique

L'exposé traitera des quitlines et de ce qu'elles peuvent apporter au niveau de la prévention de la rechute.

Les points suivants seront proposés :

- Spécificités, avantages et inconvénients d'une quitline dans l'accompagnement à l'arrêt du tabac.
- Compte rendu de quelques études sur l'efficacité des quitlines.

- Présentation de la méthode de travail de "Tabacstop" et, plus particulièrement, des accompagnements personnalisés. Dans le cadre de ces accompagnements, quelques chiffres concernant la prévention de la rechute à "TabacStop".
- Pistes et réflexions générales pour un travail plus optimum au niveau d'une quitline.

Emploi des médicaments dans la prévention des rechutes

J. Prignot

Université de Louvain, Belgique

On considère généralement comme rechute une reprise de consommation de tabac après au moins 4 semaines d'abstinence. La pharmacothérapie peut être utile pour contrer les syndromes de privation et éviter la transformation d'un "faux pas" en rechute.

Les résultats suivants sont repris à une méta-analyse d'essais randomisés. La prolongation du traitement de substitution nicotinique (TSN) réduit le nombre de rechutes (4 études, OR combiné: 1,33 [1,08-1,63] suivi de 12 à 18 mois). La prolongation du bupropion augmente également l'OR combiné de succès (OR 1,49 [1,10-2,01]; 4 études). La prolongation combinée du TSN et du bupropion n'entraîne pas d'amélioration significative à long terme (2 études; OR combiné 1,36 [0,46-3,79]).

La prolongation pendant 12 semaines d'une cure de varénicline de 12 semaines chez les fumeurs ayant

réussi à arrêter entraîne une amélioration significative (OR: 1,18 [1,03-1,36]; une seule étude). Cette supériorité des 24 semaines étant peu marquée, on a comparé l'OR de supériorité chez ceux qui ont arrêté dès le premier jour (1,1 [0,76-1,50]) avec celui de ceux qui ont arrêté ultérieurement mais avant la 12^{ème} semaine (1,73 [1,23-2,43]). Le number needed to treat est plus bas et plus favorable (13,33) quand on limite la prolongation aux sujets n'ayant pas arrêté dès le quit day ; il est plus élevé (111,0) lorsqu'on le calcule chez ceux qui ont arrêté de fumer dès le quit day. La prolongation se justifie donc dans les arrêts tardifs.

Une étude du rapport coût-efficacité de la varénicline dans les affections cardiovasculaires est exposée à titre d'exemple.

La décision de traitement préventif doit tenir compte également du rapport risque-efficacité.

PRESCRIPTION PERSONNALISEE

Modérateurs : **J. Froment & B. Le Maître**

Métabolisme de la nicotine et marqueurs nicotiques : différences métaboliques homme/femme et femme/femme enceinte, sous pilule

L. Galanti

CHU Mont-Godinne, Yvoir, Belgique

La nicotine est métabolisée (70-80%) dans le foie par le CYP2A6 en un agent alkylant, puis, après oxydation, en cotinine. La cotinine est elle-même dégradée en 6 sous-produits, en particulier la 3OH cotinine par le CYP2A6 également. D'autres mécanismes hépatiques interviennent dans le catabolisme de la nicotine en divers autres métabolites (nornicotine, 2'OHnicotinine et nicotine N oxyde, glucuronide et isomethonium ion).

Près de 90% de la dose de nicotine absorbée est excrétée dans les urines sous forme de nicotine mais surtout de métabolites, certains pouvant être quantifiés dans divers milieux biologiques. Il existe une grande variabilité individuelle dans l'élimination de la nicotine et de la cotinine. D'une part, le CYP2A6 présente différents allèles qui influencent leur vitesse

de métabolisation. Le rapport Cotinine/3OH cotinine est ainsi utilisé comme marqueur de l'activité du cytochrome ce qui permet l'identification des fumeurs métaboliseurs lents et rapides. D'autre part, des facteurs physiologiques interviennent également tels l'âge, le jeûne, le cycle nyctéméral mais aussi le sexe et l'imprégnation hormonale.

La clearance de la nicotine et de la cotinine est en effet plus élevée chez la femme que chez l'homme, elle est encore accélérée lors de la prise d'une contraception orale et surtout en cas de grossesse. Le cycle menstruel n'a, par contre, pas d'influence. Cette augmentation de clearance est liée à la concentration hormonale, plus spécifiquement celle en oestrogènes, suggérant un effet inducteur de ces hormones sur l'activité du CYP2A6.

Différences homme/femme en termes d'initiation /expérimentation, de raisons de fumer, d'envie de fumer et de dépendance tabagique

I. Berlin

Hôpital Pitié-Salpêtrière, Faculté de médecine Université P. & M. Curie ; INSERM U 894, Paris

Indiscutablement, le tabagisme diffère en fonction du genre.

Ces différences peuvent être sociétales, familiales ou biologiques (anatomiques, physiologiques, génétiques, expression génique) avec des conséquences sur les différentes phases de la trajectoire tabagique, sur le développement des maladies liées aux cigarettes et sur les réponses thérapeutiques aux interventions médicamenteuses ou non médicamenteuses.

L'écart de prévalence du tabagisme (cigarettes) entre H et F s'est réduit ces dernières années, la prévalence diminue parmi les H et augmente parmi les F. Le nombre de F fumeur >25 cig/j augmente comme la prévalence d'initiation/expérimentation avant 18 ans. A 17 ans, la prévalence du tabagisme quotidien des filles dépasse maintenant le tabagisme quotidien des garçons. Ces changements défavorables concernant les F prédisent une augmentation d'incidence de maladies liées au tabac dans les années à venir. Effectivement, depuis 2000, on voit l'inquiétante augmentation de la mortalité par cancer du poumon chez les femmes.

Comment peut-on expliquer ces changements certainement multifactoriels ?

La consommation quotidienne des cigarettes est inférieure chez les F par rapport aux H. Malgré cela, si l'évaluation de la dépendance tabagique n'inclue pas la consommation, le niveau de dépendance tabagique est similaire. On sait des grandes études de cohorte que la probabilité d'arrêt à long terme est plus élevée chez les H que chez les F. Le risque de rechute/reprise est plus important chez les F que chez les H. Nous avons pu montrer que les F fument plus pour diminuer la tension/se relaxer, comme activité sociale ou pour le côté stimulant des cigarettes que les H.

Par contre, il semble que l'envie de fumer est d'intensité similaire chez les H et chez les F.

Un des facteurs d'actualité et frein à l'arrêt est la peur de grossir. Cette appréhension de la prise de poids après sevrage tabagique touche en particulier les F.

Il est fort possible qu'un des facteurs sous-jacent de différence H/F soit la plus forte prévalence de troubles de l'humeur et de l'anxiété parmi les F par rapport aux H.

La lutte pour l'égalité homme/femme passe-t-elle par le traitement de la dépendance au tabac ?

J. Le Houezec

Amzer Glas, Rennes

Dans l'histoire de la pandémie tabagique, les femmes sont entrées plus tard dans le tabagisme. Ce fait s'est vérifié dans tous les pays.

En réclamant l'égalité des droits, les femmes ont aussi pris les mauvaises habitudes des hommes. Il reste que globalement, la prévalence du tabagisme est en général plus faible chez les femmes, mais leur capacité à arrêter de fumer, une tendance forte depuis quelques années/décennies, est-elle la même que celle des hommes ?

Même égaux en droits, il n'en reste qu'il existe toujours, et heureusement, des différences fondamentales entre hommes et femmes.

Ceci est aussi vrai pour la dépendance au tabac et l'arrêt de sa consommation. Au vu de la littérature scientifique, il semble en effet que les femmes ont plus de mal à arrêter de fumer que les hommes.

Cette revue de la question va s'attacher à comprendre quelles sont les différences qui font que les femmes ne sont pas égales aux hommes devant l'arrêt du tabac.

Il existe bien entendu des facteurs génétiques, comme ceux intervenant sur le métabolisme de la nicotine ou de la cotinine. Il existe aussi des facteurs physiologiques, dus en particulier aux différences hormonales, et l'impact du cycle menstruel ou des contraceptifs oraux sur l'arrêt du tabac ne sont pas négligeables. Il existe aussi sans doute des différences dans les effets subjectifs de la nicotine ou d'autres composés de la fumée de tabac, ayant un impact sur les symptômes du sevrage (anxiété, humeur dépressive, irritabilité...). Enfin, il existe des barrières, comme la prise de poids lors de l'arrêt, qui sont plus prégnantes chez les femmes que chez les hommes et qui concourent à accélérer la rechute.

Communications orales 3

PRECARITE, GROSSESSE ET TABAC

Modérateurs : C. Gillet & C. Guillaumin

Délivrance de médicaments destinés au sevrage tabagique: analyse des données de l'Assurance maladie en Rhône-Alpes 2009-2010

R. Harf¹, A. Gelas²

¹ Hospices Civils de Lyon, Pierre-Bénite

² Agence régionale de santé Rhône-Alpes, Lyon

La délivrance de médicaments (nicotine, varénicline) du sevrage tabagique sur ordonnance donne lieu à remboursement forfaitaire depuis le 1/02/2007 par l'Assurance-maladie.

L'objectif de l'étude était d'analyser les variations temporelles, spatiales et démographiques à partir des données semestrielles enregistrées en 2009 et 2010 sur l'ensemble des 8 départements de la région Rhône-Alpes.

Les principales constatations sont:

Un taux de délivrance faible: moins de 1,5 bénéficiaire/100 affiliés âgés de 15 à 85 ans.

Une tendance très faible d'augmentation semestrielle.

Une forte disparité interdépartementale: le taux de délivrance étant paradoxalement le plus élevé en Ardèche, département le moins médicalisé et le plus bas dans le Rhône, département le plus médicalisé.

Le taux de délivrance est significativement supérieur chez les femmes de 15 à 45 ans, chez les hommes entre 45 et 65 ans, équivalent dans les 2 sexes au delà.

86% des prescriptions ont été rédigées par des médecins généralistes et 11% par des médecins hospitaliers. La part des spécialistes est donc particulièrement faible (moins de 3%).

Près de 58% des remboursements ont concerné des produits de remplacement nicotiques. Nous ne disposons malheureusement pas de données sur les produits vendus sans ordonnance.

Ces chiffres confirment l'insuffisance dramatique de la prise en charge du tabagisme par les professionnels de santé et en particulier les spécialités les plus concernées.

L'exploitation de ce type de données au long cours pourrait fournir des informations utiles pour améliorer les stratégies en matière de sevrage tabagique.

Tabac et précarité : apports du score Epices pour le tabacologue

L. Jeannin¹, C. Thomas¹, F. Cagnon Du Chatelier¹, C. Prodhon²

¹ Comité contre les Maladies Respiratoires, Dijon

² Emmaüs, Norges La Ville

Le tabagisme est à la fois témoin et facteur de précarité aux causes multiples; repérer celles sur lesquelles on peut agir est logique.

Le score de précarité "Epices" en 11 questions associe santé physique, mentale et sociale; il est global, fiable et reproductible; il évolue entre 0 (pas de précarité) et 100.

Élevé, il s'associe souvent à un mauvais état de santé, au tabagisme et à l'alcoolisme. Un score de 48,5 définit le seuil de la précarité "avérée". Nous utilisons ce score en consultation de tabacologie dans une Communauté d'Emmaüs de 100 adultes.

La population concernée est surtout régionale, assez stable, de sexe ratio 3H/1F ; 4H sur 5 et 1F sur 3 fument. On compare 3 scores: S1, avant l'entrée à Emmaüs, reconstitué à partir des confidences recueillies au fil des consultations; S2, évalué sur des

faits observables durant le séjour; S3, estimé dans l'hypothèse d'un départ de la Communauté.

Résultats sur 10 Compagnons (9H;1F): le S1 moyen est à 80; le S2 moyen à 40 est au dessous du seuil de précarité; par contre, le S3, calculé sur 5 personnes remonte à 60. Pour les autres, envisager le départ est illusoire. Ces Compagnons ont en commun enfance meurtrie, tabagisme familial précoce, échecs affectifs et professionnels, impossibilité ressentie d'un retour à l'autonomie: mauvaise image de soi, fatalisme, problèmes de santé, pauvreté des liens sociaux...

Conclusions : 1- le séjour en Communauté efface certes la plupart des marqueurs de précarité, mais pas l'histoire de vie 2- pour le tabacologue, le score Epices replace le tabagisme dans son contexte et rend compte des freins à l'arrêt 3- sa présence régulière est utile: elle contribue à modifier la représentation du tabagisme et à améliorer les pratiques.

Sevrage tabagique des fumeurs en situation de précarité, vers une amélioration de la prise en charge? Une expérience associant gratuité de la substitution nicotinique et suivi régulier

V. Le Denmat¹, H. André¹, J.D.Dewitte²

¹ Tabacologie, CHRU, Brest

² Service de Santé au Travail et Maladies liées à l'environnement, CHRU, Brest

Le Baromètre Santé 2010 a mis l'accent sur la nécessité d'améliorer la prise en charge des fumeurs en précarité.

Il nous a paru intéressant de communiquer sur un protocole de prise en charge de ces patients mis en place dans le service.

Ce protocole associait gratuité des TNS (financement CPAM) et consultations régulières : toutes les semaines les 2 premiers mois puis tous les 15 jours pendant toute la durée du suivi. 50 patients dépendant des minima sociaux ont bénéficié de ce protocole, que nous avons évalué en juillet 2011. Sur les 50 patients inclus dans le protocole, 39 ont pu être évalués. Les 11 patients perdus de vue ont été considérés comme non abstinents. Entre le début de

la prise en charge dans le service et le moment où a été réalisée l'évaluation, 11 patients ont connu une période d'abstinence de 1 an ou plus, soit 22 % des patients inclus. 18 patients ont connu une période d'abstinence de 6 mois ou plus, soit 36 % des patients inclus. Ces chiffres sont supérieurs à ceux publiés jusqu'à présent (ADDICA et étude réalisée dans les CES notamment).

La gratuité complète des TNS associée à un suivi rapproché est peut-être un moyen d'améliorer la prise en charge des patients en précarité. L'intérêt de ce protocole pourrait être confirmé par une étude randomisée.

Sevrage tabagique et précarité en centre spécialisé de tabacologie

F. Merson, J. Perriot

Dispensaire Emile Roux, Clermont-Ferrand

Contexte - Le tabagisme est en lien avec la précarité. Le but de cette étude est de mieux comprendre les déterminants du succès de la tentative d'arrêt, et plus particulièrement l'orientation temporelle, afin d'optimiser la prise en charge des populations précaires.

Méthode - Cette étude portait sur un échantillon de 192 patients (45% en situation de précarité). La précarité a été mesurée par le score Epices, la perspective temporelle par la version courte du ZTPI. De nombreuses informations sur les caractéristiques individuelles des patients et leur tabagisme ont pu être recueillies.

Résultats - Comparativement aux personnes non précaires, les personnes en situation de précarité ont des taux de réussite du sevrage tabagique plus faibles à 3 mois ($p=0,006$). La décision d'arrêt de ces patients relève davantage de raisons financières ($p<0,0001$).

Ils sont moins motivés (test de Richmond, $p<0,0001$), plus orientés vers les dimensions « Passé Négatif » ($p<0,0001$), « Présent Fataliste » ($p<0,0001$) et se projettent moins dans le futur ($p<0,0002$). Ils présentent plus fréquemment des troubles anxiodépressifs ($p<0,0001$), leur sevrage est plus souvent accompagné d'un traitement antidépresseur ($p=0,04$). Leur niveau de dépendance est supérieur (test de Fagerström, $p<0,0001$). Par ailleurs, nous notons, en population générale, une meilleure réussite du sevrage à 3 mois lorsqu'il y a utilisation de Varénicline ($p=0,02$).

Conclusion - Les résultats soulignent l'importance de la prise en compte de la précarité dans les programmes d'aide à l'arrêt du tabagisme mais également de la perspective temporelle de ces patients.

Etude IRAAT - Tabac Grossesse et dépression

C. Laveissiere, F. Dupré

IRAAT - Hôpital de la Croix Rousse, Lyon

Le tabagisme féminin et périnatal est préoccupant.

Améliorer sa prise en charge et inventer des stratégies plus efficaces relève de l'étude des freins médicaux (dépendances, adaptations thérapeutiques) et psychologiques (motivation, troubles anxio-dépressifs)

La dépression chez la femme enceinte fumeuse est un sujet nécessitant une recherche clinique dans le but d'améliorer leur prise en charge.

Cette étude a pour objectif principal de mesurer la prévalence des troubles anxio-dépressifs chez la femme enceinte fumeuse et non fumeuse (HAD) et secondairement étudier l'impact de la dépression chez la fumeuse enceinte sur sa motivation à l'arrêt (EVA et RICHMOND).

Les hypothèses étaient :

Existe-t-il un sur-risque de la dépression chez les fumeuses enceintes ?

La dépression a-t-elle un impact négatif sur la motivation au sevrage dans cette population ?

Pour répondre à l'objectif 448 fumeuses et 435 non fumeuses ont été recrutées, 357 couples F/NF appariés selon le trimestre de grossesse et le centre étudié.

Les résultats :

1/les femmes enceintes fumeuses ont 2 fois plus d'antécédents de dépression que les non fumeuses OR=2,02 p<0,0001

2/les facteurs de fragilité sociaux sont plus fréquents chez la femme enceinte fumeuse (OR= 7,2)

3/Concernant le taux de grossesse non désirée, elles sont plus souvent bénéficiaires d'un revenu social OR=2.3, leurs revenus annuels du foyer est < 10000€ OR=2.28, et enfin elles sont moins diplômées que les non fumeuses.

Nous nous sommes intéressées à notre panel de 448 fumeuses enceintes : apparemment la dépression ne semble pas avoir d'influence sur la motivation à l'arrêt selon les tests de EVA et RICHMOND, par contre elle pourrait avoir un impact sur la réussite et le maintien du sevrage.

La consommation de substances psychoactives licites et illicites

P. Lemarié

Gynéco-Obstétrique, Metz

Méthode - Etude sur 749 patientes. Un questionnaire est remis aux gestantes à partir du 8ème mois. La première partie caractérise la population, la seconde porte sur la consommation de produits psycho actifs. Un dosage urinaire sur dix produits d'addiction est réalisé lors de l'admission pour l'accouchement, ainsi qu'un CO test.

Résultats - Les sites sont homogènes pour l'âge moyen des gestantes, la parité, la gestité, les IVG antérieures, les prématurités antérieures, le taux de vie en couple, et inhomogènes quant aux antécédents de fausses couches, l'origine ethnique, le niveau d'études.

Les consommations uniques

- 31,7 % fument du tabac avant la grossesse, 26,6 % pendant.

- 49,6 % consomment au moins occasionnellement de l'alcool avant grossesse. Elles ne sont plus que 8,9 % pendant et toujours «<1verre/jour».

- 2,7 % déclarent consommer du cannabis avant grossesse et 0,7 % pendant, + 3 refus de test urinaire (0,4 %)

- Les autres substances consommées sont marginales et interrompues durant la grossesse.

Les polyconsommations

L'association cannabis/tabac est quasi constante avant grossesse mais aussi pendant. L'association alcool/cannabis : avant grossesse, 72 % des consommatrices de cannabis boivent de l'alcool. Il n'y en a plus pendant.

Les items : origine ethnique, mode d'habitat, niveau d'études, âge ont été aussi étudiés.

L'aide des conjoints

Ils aident peu leurs conjointes dans le sevrage.

L'information des patientes

L'information avant grossesse est peu répandue (5 %). Elle est donnée en début de grossesse (24 %), durant le 1er trimestre (60 %), ou encore à la fin du premier trimestre (84 %), par le gynécologue (56 %), les sages femmes (18 %), les généralistes (17 %).

TRAITEMENT DU TABAGISME

Une enquête sur l'utilisation, les opinions et les préférences pour les médicaments pour cesser de fumer: la nicotine, le bupropion et la varénicline

J.F. Etter¹, N.G. Schneider²

¹ Université de Genève, Genève, Suisse

² UCLA, Los Angeles, USA

Objectifs - Identifier l'utilisation et les préférences pour les médicaments pour cesser de fumer dans un échantillon de fumeurs et d'ex-fumeurs.

Méthodes - Enquête par questionnaires sur Internet.

Résultats - 1080 participants (42% des fumeurs, 58% d'ex-fumeurs), majorité (69%) de femmes. Les médicaments les plus fréquemment utilisés étaient, dans l'ordre: patch à la nicotine, varénicline, gomme à la nicotine, pastilles à la nicotine, bupropion, inhalateur de nicotine et comprimés à la nicotine.

La satisfaction et l'efficacité perçue étaient les meilleures pour la varénicline et les plus basses pour la gomme.

Parmi les utilisateurs actuels, la durée d'utilisation la plus longue a été observée pour la gomme (121 jours), les comprimés (152 jours) et la plus courte

pour le patch (25 jours, $p < .01$). L'utilisation quotidienne était bonne pour le comprimé (9 pièces/jour), mais inférieure à celle recommandée pour la gomme (6/jour) et l'inhalateur (2 recharges/jour). Ceux qui ont essayé plusieurs médicaments ont déclaré que la varénicline était plus efficace et plus satisfaisante que les NRT ou le bupropion; les utilisateurs préféraient aussi le patch à la gomme. Les ex-fumeurs avaient plus d'années de scolarité, utilisaient plus correctement les médicaments (tous les jours, durée) et rapportaient plus de satisfaction que les fumeurs ($p < .005$).

Conclusions - Améliorer les résultats exigera une meilleure information aux patients, une meilleure utilisation de la pharmacothérapie (tous les jours, durée), ou le développement de nouvelles indications et de médicaments qui contournent les problèmes qui minent l'observance et l'efficacité.

Tolérance de la varénicline en médecine omnipraticienne.

Enquête effectuée auprès des médecins généralistes du Puy de Dôme

J. Perriot¹, F. Leborgne¹, P.M. Llorca², A. Schmitt², G. Brousse², V. Boute Makota², P. Lemaire¹

¹ Dispensaire Emile Roux, Clermont-Ferrand

² CMP B, CHU, Clermont-Ferrand

Objectif - Evaluer la tolérance de la varénicline à partir de l'expérience des omnipraticiens et comparer les résultats de cette enquête à ceux d'une étude effectuée en centres de tabacologie (Dupont, 2009).

Méthodologie - Un questionnaire a été adressé à l'ensemble des omnipraticiens libéraux avec demande de recensement des événements indésirables (EI) constatés lors des dix dernières prescriptions de varénicline, avec précision des EI et/ou notifiés à la pharmacovigilance ainsi que les décisions prises à leur survenue. La liste des EI du produit (AMM 2008) était jointe. Analyse statistique par logiciel SAS version 8, seuil de significativité $p < \text{ou} = 0.05$.

Résultats - Parmi les 243 réponses, 51% des médecins ont déclaré des EI (331). Les plus fréquents étaient les nausées (34%). Rêves anormaux (33%), insomnie (20%), céphalées (27%), vertiges (13%) étaient plus fréquents ($p < \text{ou} = 0.05$) que dans l'étude

Dupont, 2009. En revanche la fréquence des troubles anxiodépressifs était inférieure (16% vs 24%). Douze EI graves (3.62%) sont recensés: 6 états anxiodépressifs, agitations (2), HTA, éruption cutanée, céphalée, trouble de l'humeur dont 2 notifiés à la pharmacovigilance.

Devant un EI 57% des praticiens interrompent le traitement, 23% le poursuivent, 26% diminuent la posologie, 38% traitent symptomatiquement (différence vs étude Dupont, 2009).

Conclusion - L'exhaustivité de cette étude est inférieure à celle réalisée en centre de tabacologie. Ces résultats soulignent la fréquence des nausées et troubles du sommeil. La tolérance générale du médicament est bonne. Les praticiens notifient peu les événements indésirables à la pharmacovigilance.

Profil pharmacocinétique du dispositif transdermique nicoretteskin® 25mg/16h

J. Le Houezec¹, J. Birgersson²

¹ Amzer Glas, Rennes

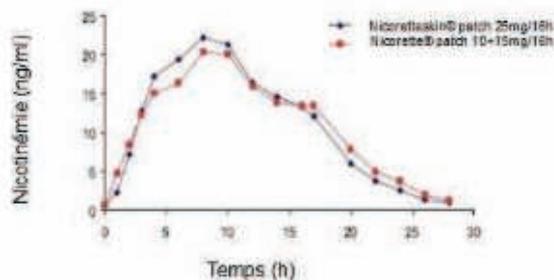
² McNeil AB, Helsingborg, Suède

L'étude CEASE (Tønnesen *et al.* 1999) a montré que l'association de 2 patchs (10mg+15mg/16h) augmentait significativement l'abstinence à 1 an, par rapport à l'utilisation d'un patch à 15mg/16h.

Un patch à 25mg/16h (nicoretteskin®) a donc été développé avec une nouvelle technologie permettant la libération de plus de nicotine par cm².

Une étude a confirmé la bio-équivalence (Cmax, AUC) entre le patch nicoretteskin® 25mg/16h, et l'association de 2 patchs nicorette® (10mg+15mg/16h). Le pic de nicotémie est obtenu 9h après l'application du patch, moment de la journée où le risque de rechute est le plus fréquent lorsqu'on arrête de fumer sans traitement pharmacologique (mais avec Thérapie Cognitive et Comportementale).

Les rechutes arrivant plus souvent en fin de journée plutôt que le matin (Shiffman *et al.* 1996).



Confirmation de l'abstinence tabagique chez les patients en attente de greffe pulmonaire

I. Jacot Sadowski, J. Cornuz

Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne, Suisse

Une abstinence tabagique d'au moins 6 mois est un des critères pour figurer sur une liste d'attente pour une greffe pulmonaire dans notre centre hospitalier universitaire.

Différents marqueurs peuvent être utilisés pour valider l'abstinence tabagique, avec cependant des incertitudes concernant le choix des marqueurs et l'interprétation des résultats dont les enjeux sont majeurs. L'objectif de notre recherche est de proposer un schéma pour confirmer l'abstinence tabagique chez les patients en attente de greffe pulmonaire.

Nous avons effectué une recherche dans la littérature médicale sur les différents marqueurs du tabagisme et avons retenu la cotinine salivaire ainsi que l'anabasine ou l'anatabine urinaire.

La cotinine, principal métabolite de la nicotine, a une demi-vie d'environ 16 heures et une excellente sensibilité et spécificité pour une valeur seuil de

15ng/ml pour les dosages salivaire ou plasmatique. L'analyse de la cotinine ne permet cependant pas de valider l'abstinence tabagique lors d'un traitement de substitution nicotinique.

Dans cette situation, nous conseillons le dosage de l'anabasine et/ou de l'anatabine, deux alcaloïdes présents dans le tabac mais pas dans les substituts nicotiniques. La demi-vie de l'anabasine est de 16 heures, la demi-vie de l'anatabine est de 10 heures. L'analyse du monoxyde de carbone n'a pas été retenue en raison de sa courte demi-vie et de son manque de spécificité.

Notre démarche a permis d'établir un algorithme détaillant le type de marqueur proposé, la valeur seuil retenue, la fréquence des contrôles selon le statut tabagique des différents patients en attente de greffe pulmonaire.

Evaluation de l'efficacité d'un coaching par e-mail pour l'arrêt du tabac : protocole et premiers résultats.

V. Nguyen Thanh

Direction des affaires scientifiques, INPES, Saint Denis

Le site Internet www.tabac-info-service héberge depuis 2005 un programme automatisé d'aide à l'arrêt du tabac par e-mail. Ce « coaching » propose un accompagnement, des conseils, un soutien sur une quarantaine d'e-mails.

Afin de mesurer l'efficacité de cet outil, un essai contrôlé randomisé a été lancé en 2010. Il s'agit d'un essai à deux bras dans lequel la moitié des sujets bénéficie du coaching par mail, et l'autre moitié se voit proposer une brochure éducative sur l'arrêt du tabac. 2300 fumeurs internautes de plus de 18 ans sont inclus dans l'essai. Des enquêtes de suivi sont administrées par e-mails 3, 6 et 12 mois après inclusion.

Le critère d'analyse principal est la comparaison du taux d'abstinence ponctuelle 6 mois après inclusion dans l'étude. Les analyses seront faites en intention de traiter.

Les critères secondaires sont la comparaison du taux d'abstinence 3 et 12 mois après inclusion, la comparaison de la diminution du nombre de cigarettes fumées et du nombre de tentatives d'arrêt de plus de 24h.

Une analyse des facteurs associés à la réussite de l'arrêt, ainsi qu'une analyse de l'utilisation et de la perception des aides proposées seront également conduites.

Cette étude est actuellement en cours et les derniers questionnaires seront administrés en décembre 2011, pour des résultats finaux prévus en 2012.

Nous proposons de présenter ici de façon plus détaillée le protocole d'étude ainsi que les premiers résultats de l'enquête réalisée 3 mois après inclusion des sujets.

Efficacité d'un programme d'éducation thérapeutique combiné à l'activité physique modérée comme traitement adjuvant du sevrage tabagique de patients dépressifs légers à moyens, essai clinique randomisé contrôlé : Design et méthode.

P. Bernard¹, N. Ninot², S. Guillaume³, P. Courtet³, X. Quantin¹

¹ CHU Montpellier, Laboratoire EA 4556 Epsilon, Montpellier

² Laboratoire EA 4556 Epsilon, Montpellier

³ CHU Montpellier, Inserm 888, Montpellier

L'objectif de l'étude est de tester la contribution d'un programme d'activité physique (AP) aérobie associée à des sessions éducatives sur le maintien de l'arrêt du tabagisme de patients présentant des symptômes dépressifs légers à modérés.

Il s'agit d'un essai randomisé contrôlé en ouvert, à deux bras (n = 48), comparant un programme d'AP aérobie de moyenne intensité associé à une éducation thérapeutique individualisée de 8 semaines et un programme d'éducation à la santé (contrôle) dans le cadre d'un sevrage tabagique de patients présentant des symptômes dépressifs légers à modérés (HADS-D≥8).

Le critère principal d'évaluation de l'abstinence tabagique est la mesure du taux de monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré à 3 mois. Un taux

supérieur à 10 ppm est considéré comme un marqueur de tabagisme actif.

Les critères de jugement secondaires de l'étude sont: le niveau d'anxiété/dépression, l'efficacité perçue, l'estime de soi, la motivation à l'arrêt du tabac, le craving, la quantité d'AP, la masse corporelle, la condition physique, la consommation d'alcool et la qualité de vie. Les évaluations de l'abstinence sont menées à 3, 6 et 12 mois après le début de l'étude.

Nous nous attendons à un taux de rechute tabagique à trois mois significativement plus faible chez le groupe expérimental (30%) comparé au groupe contrôle (60%). Les perspectives immédiates sont une amélioration du pronostic du sevrage tabagique chez des sujets dépressifs légers à moyen.

Intérêt d'une offre systématique d'aide au sevrage chez des fumeurs hospitalisés en service de soins intensifs en cardiologie

M. Baha

Centre de tabacologie - HEGP; Université Paris V, Paris

But de l'étude - Offrir systématiquement une information et une aide au sevrage aux fumeurs admis en services de soins intensifs en cardiologie. Le but est de favoriser le sevrage et/ou la fréquentation de consultations d'aide au sevrage à la sortie de l'hôpital.

Patients et méthodes - Trente-trois patients fumeurs admis en soins intensifs de cardiologie à l'hôpital Georges-Pompidou (HEGP) à Paris, du premier mars au 30 juin 2010. Évaluation du profil tabagique, puis offre de conseils et de prise en charge pendant et après l'hospitalisation. Évaluation par téléphone au moins six mois après la sortie d'hôpital.

Résultats - Au total, 30,3% des patients étaient en arrêt, la plupart sans aide malgré un tabagisme important avant l'hospitalisation. Certains avaient été impressionnés par leur séjour hospitalier. Les patients toujours fumeurs continuaient par automatisme et

pour gérer le stress. Ils ont souvent refusé toute aide malgré des réhospitalisations en cardiologie. Trois fumeurs au profil grave sont décédés. Les patients suivis en consultation de tabacologie à l'HEGP étaient demandeurs de traitement de substitution nicotinique. Plus de six mois après la sortie d'hôpital, presque tous les patients se souvenaient des conseils prodigués pour le sevrage.

Conclusion - Cette première expérience montre l'importance de proposer systématiquement une aide personnalisée aux fumeurs en services de soins intensifs. Ces derniers poursuivent souvent le tabagisme en dépit des risques pour leur santé cardiovasculaire.

Le point sur la e-cigarette

P. Nys

SSMG, Bruxelles, Belgique

L'e-cigarette est proposée au public fumeur qui veut réduire sa consommation, entamer un sevrage tabagique, aux fumeurs qui veulent fumer plus «safe» ou pouvoir fumer dans les lieux interdits. On la désigne aussi par l'acronyme «ENDS» pour Electronic Nicotine Delivery System.

Ces e-cigarettes contiennent une batterie et un système électronique qui permet la production de vapeur chaude qui peut contenir de la nicotine. On y retrouve aussi d'autres composants.

La majorité des utilisateurs utilisent les ENDS pour arrêter de fumer et/ou pour préserver leur santé.

Les vendeurs d'ENDS soutiennent que l'e-cigarette délivre de la nicotine et qu'elle est plus efficace et acceptable que les traitements de substitution nicotinique. Selon la FDA les processus de contrôle utilisés pour manufacturer ces produits sont inconsistants ou non existants. La fiabilité de ces "devices" est inconstante.

Des analyses pharmacocinétiques ont démontré que la e-cigarette délivre 10 % de la nicotine par puff par rapport à la fume de Marlboro classique. Le pic nicotinique est atteint plus rapidement avec cette e-cigarette qu'avec l'Inhaler®. Mais les taux sanguins atteints sont moindres qu'avec l'Inhaler® et la cigarette classique.

Certains ENDS contiennent du propylène glycol(PEG).Ce solvant peut exposer le cerveau à des effets neurobiologiques proches de l'état d'ébriété. Des dérivés terpéniques, du menthol, des traces de mercure et d'acétaldéhyde ont été retrouvées. Par contre, la détection d'IMAO, de 35 hydrocarbures aromatiques polycycliques fut négative.

Il y a de très nombreuses questions en suspend. Qu'en est-il de la sécurité à court et à long terme ? Combien de temps les utiliser, si elles s'avèrent « safe » ? Passe-t-on d'une dépendance à une autre ?

BONNES PRATIQUES DE PRISE EN CHARGE

Les consultations de tabacologie en Europe : Les données 2011 de eSCCAN

A. Delrieu¹, S. Fleitmann², J. Osman¹, B. Dautzenberg³

¹OFT, Paris

²Consultante OFT, Bakou

³OFT et Pitié Salpêtrière, Paris

Le projet eSCCAN a pour but de fédérer les consultations de tabacologie en Europe afin d'échanger et d'améliorer les pratiques.

Méthodes - L'identification d'experts eSCCAN dans 26 des 27 pays européens a permis par des réunions et par communication Internet de faire progresser un consensus au sein des consultations de tabacologie en Europe et d'en estimer le nombre.

Résultats - L'estimation actuelle est qu'il existe environ 3000 consultations de tabacologie en Europe. Une minorité des centres sont des centres de conseils à l'arrêt du tabac sans possibilité de prescription, un nombre supérieur est constitué de cabinets médicaux ou paramédicaux. La grande majorité est constituée de consultations de tabacologie (Tobacco cessation clinics). Des exemples de bonnes et mauvaises pratiques ont été décrits sur de nombreux sujets tels les délais de rendez-vous qui doivent rester inférieurs à 3 semaines pour un premier rendez-vous.

Certaines définitions n'ont pas encore fait l'objet de consensus telle la définition de la guérison et en particulier du délai dans lequel on définit un succès de l'arrêt. En attendant de clore le débat, la recommandation est de privilégier la mesure de l'arrêt à 6 mois.

Un code et un auto audit en de nombreuses langues sont disponibles sur le site Internet pour une première évaluation de l'activité des consultations qui permettra une amélioration future.

Conclusions - Le projet eSCCAN permet un réel rapprochement de la connaissance des pratiques des centres d'arrêt du tabac en Europe qui prennent en charge dans chacun des pays d'Europe moins de 10% des fumeurs, mais disséminent les connaissances et participent à l'évaluation à l'enseignement et à la recherche.

Grant Pfizer

Évaluation de la formation des omnipraticiens du Puy de Dôme au sevrage tabagique.

J. Perriot¹, B. Maradeix², A. Morge², A. Schmitt², F. Leborgne¹, P. Lemaire¹, L. Doly¹, P.M. Llorca²

¹Dispensaire Emile Roux, Clermont-Ferrand

²Réseau PARAD CMP B, CHU, Clermont-Ferrand

Objectif - Comparer les pratiques d'aide à l'arrêt du tabagisme des omnipraticiens et juger des bénéfices des types de formation (initiale, initiée par l'industrie pharmaceutique, FMC, relevant du réseau d'addictologie) sur leur pratique clinique.

Méthodologie - Un questionnaire (20 items sur la pratique du sevrage tabagique) a été adressé à l'ensemble des omnipraticiens libéraux du département ainsi qu'une note explicative. Le taux de réponse a été de 45%.

Analyse statistique par logiciel SAS version 8, seuil de significativité $p < 0.05$

Résultats - En dehors de la formation initiale, les omnipraticiens ont acquis leurs connaissances dans l'aide à l'arrêt du tabagisme lors de sessions de FMC (28.5%), organisées par l'industrie pharmaceutique (6.3%) ou par le réseau d'addictologie régional (8.8%). Les formations de l'industrie pharmaceutique ne permettent que de consolider les connaissances

acquises antérieurement (délivrance systématique du conseil d'arrêt aux fumeurs, intérêt du « conseil minimal »).

La FMC induit l'usage courant du test de Fagerström (50% $p=0.0001$) et fréquent du « conseil minimal » (75% $p<0.01$).

Les formations du réseau addictologique induisent l'usage systématique du test de Fagerström (90.5% $p=0.0002$), du dépistage d'une coaddiction par DETA, CAST (100% $p<0.0001$), d'une prise en charge lors d'un temps de consultation spécifique (85.7% $p=0.0002$). Les médecins utilisent plus souvent le test HAD (52% $p<0.0001$) et associent les TCC (42% $p<0.0001$) plus régulièrement aux médicaments du sevrage.

Conclusion - Des formations spécifiques s'avèrent très supérieures pour l'acquisition par les omnipraticiens des connaissances nécessaires à la prise en charge du sevrage tabagique.

Premiers constats d'une prise en charge tabagique

D. Gadron¹, L. Meleuc², M.L. Serre-Dubois³, J. Yguel⁴

¹ IDE Hôpital de Jour Georges Galliot, Maubeuge

² Educateur Sportif Hôpital de Jour Georges Galliot, Maubeuge

³ Psychologue Hôpital de Jour Georges Galliot, Maubeuge

⁴ Chef de Pole DACA CHPA, Avesnes Sur Helpe

Introduction - La session d'information tabac s'adresse à des patients alcoolodépendants, fréquentant l'Hôpital De Jour. Dans ce cadre, le programme est centré sur le renforcement motivationnel, l'éducation à la santé et le bien être physique et psychologique. L'objectif est de les amener à une prise de conscience de leur consommation tabagique et à la prise de décision d'arrêt. Les cinq patients, âgés d'environ cinquante ans, présentent des profils hétéroclites au niveau des antécédents médicaux, psychologiques et dans leur histoire tabagique. Ces facteurs ont conduit l'équipe à une adaptation des ateliers pour tendre à une solution idoine.

Matériel et méthodes - L'approche est éducative, psychologique et physique et se complète d'un panel d'examen. Le suivi est quotidien la première semaine avec évaluation à J5 et J30. Les outils sont validés en

tabacologie : cercle de Prochaska, Fagerström, Co-testeur, HAD, l'évolution pondérale, l'évaluation physique et liens polyaddictifs.

Discussion et conclusion - D'une part, on note la facilité de faisabilité en hôpital de jour d'alcoologie. D'autre part, cela semble répondre aux attentes des patients. On peut parler de valeur ajoutée quant au parler tabac. On a constaté en J0 deux patients sur cinq en arrêt tabagique ; en J5, des progressions motivationnelles chez les autres, et en J30 un arrêt supplémentaire et un repli. Signalons une baisse moyenne de l'usage tabagique de l'ordre de 75%. Dans le discours du patient, le tabac est souvent apparu comme un rempart contre les envies d'alcool et, son arrêt à une prise de poids. De nouveaux ateliers seront intégrés dans la perspective d'une nouvelle session de renforcement motivationnel.

Incitation au sevrage tabagique en médecine de ville : arguments motivationnels à privilégier en fonction de l'âge, du sexe, et du score de dépendance du fumeur.

N. Pocris¹, J. Baranger¹, B. Aublet Cuvelier², L. Gerbaud², J. Perriot³, G. Clément¹

¹ Département de médecine générale, Faculté de médecine, Clermont-Ferrand

² Service de santé publique et médecine préventive, Clermont-Ferrand

³ Dispensaire Emile Roux, Clermont-Ferrand

Objectif de l'étude - Définir une grille de lecture permettant au médecin généraliste de mieux choisir les arguments pour déclencher ou conforter la décision d'arrêter de fumer des patients en fonction de l'âge, du sexe et du score de dépendance (FTND).

Matériel et méthode - Un questionnaire a permis d'interroger 400 fumeurs pour identifier quels arguments leurs paraissaient les plus incitateurs à la décision d'arrêt du tabagisme.

L'enquête a été réalisée pendant 6 semaines (avril-mai 2011) dans 21 cabinets de médecine générale (50% urbains, 50% ruraux) de l'Allier et du Puy-de-Dôme (France) à partir d'un questionnaire de 21 items en 4 parties (profil du fumeur ; risques sanitaires du tabagisme/bénéfices de l'arrêt ; score FTND ; les 4 arguments informatifs les plus incitatifs parmi 11

propositions).

Analyse statistique réalisée par le DIM du CHU de Clermont-Ferrand (logiciel Le Sphinx Plus 2).

Résultats - Pour toutes les catégories de patients définies les arguments les plus incitatifs de la décision d'arrêt sont les informations données sur tabagisme (conséquences/bénéfices de l'arrêt) et cancers, maladies cardio-vasculaires, respiratoires, grossesse et périnatalité (chez la femme avant 30 ans), activité physique et sportive (chez l'homme avant 30 ans). L'information sur le tabagisme passif et l'aide à l'arrêt du tabagisme deviennent incitatifs après 30 ans et quand le score FTND s'élève (> ou = 5)

Une prochaine étude évaluera l'intérêt de l'utilisation de la grille élaborée en pratique clinique.

La prise en charge des intoxications par les produits toxicomanogènes dans la ville de Bamako, Mali

T. Diallo¹, H. Hami², A. Maïga³, A. Mokhtari², A. Soulaymani², R. Soulaymani³

¹ Etudiant, Kénitra, Maroc

² Professeur à la Faculté des Sciences de Kenitra, Kénitra, Maroc

³ Professeur à la Faculté de Médecine de Pharmacie, Bamako, Mali

Introduction - Les produits toxicomanogènes sont des produits dont l'habitude d'absorption de façon régulière et/ou importante peut provoquer un état de dépendance physique et psychique avec une atteinte à la santé.

L'objectif de la présente étude est de décrire la situation épidémiologique des intoxications par ces produits psychoactifs.

Méthodes - Une étude rétrospective descriptive est menée sur ces cas d'intoxications volontaires collectés dans deux Centres Hospitalo-Universitaires (CHU) et six Centres de Santé de Référence (CSREF) à Bamako au Mali sur la période allant de 2000 à 2010.

Résultats - Durant la période d'étude, nous avons collecté 41 cas d'intoxications par ces produits, soit 6,4% des intoxications volontaires.

Chez les 40 intoxiqués dont le produit responsable était connu, 12 cas étaient dus au tabac, 11 cas à l'alcool, 9 cas aux drogues et 8 cas aux produits pharmaceutiques.

Les femmes représentaient 5% de l'échantillon, l'âge moyen des patients était de 31 ans.

D'après les données analysées, les adolescents ont constitué 10% des cas et les enfants 5%.

Les professionnels les plus concernés étaient les chauffeurs avec 25% des cas, suivis par les étudiants (20%) et les élèves (12,5%).

Le délai entre la prise du produit et l'arrivée à l'hôpital était en moyenne de 15 heures.

Les signes cliniques étaient dominés par des troubles du système nerveux et respiratoires.

La prise en charge des patients était assurée par un traitement évacuateur et symptomatique.

L'évolution était défavorable pour sept patients qui ont trouvé la mort.

Conclusion - La réglementation de la vente de ces produits toxicomanogènes permet de diminuer ces intoxications.

TABAC ET ADOLESCENTS

Le taux de tabagisme des collégiens parisiens est très sensible aux décisions politiques.

B. Dautzenberg¹, P. Birkui², M. Noel³, M.D. Dautzenberg⁴

¹ PST, OFT et GHPS, Paris

² PST, Paris

³ Rectorat Académie, Paris

⁴ Necker Enfants Malades, Paris

Le premier plan cancer a été lancé avec vigueur, financé et suivi avec un engagement fort du chef de l'Etat.

Le deuxième plan cancer ne comprenait que peu de mesures contre le tabac et s'est accompagné du quasi arrêt des financements des actions de prévention et de l'absence de contrôle du tabagisme.

Ces deux plans sont une illustration de ce qu'il faut faire et de ce qu'il ne faut pas faire.

Méthodes - Chaque enquête transversale annuelle de PST est conduite sur 2% des élèves tirés au sort par classe. Les autoquestionnaires sont recueillis avec l'aide du rectorat. Chaque enquête transversale annuelle donne une image du tabagisme des collégiens. On compare le taux de fumeurs quotidiens parmi les collégiens (12-15 ans) des 2 années scolaires précédant chacun des plans cancer (2000-2001 et 2006-2007) aux deuxième et troisième années de

chacun des 2 plans (2004-2005 et 2010-2011).

Résultats - A mi-plan, le premier plan a permis une baisse du taux de fumeurs de 12,0% à 5,8% (de 13,6% à 5,7% chez les filles et 10,3% à 5,9% chez les garçons) soit 52% de baisse relative. Pour l'ensemble du plan, la baisse relative est de 73% avec un taux de fumeurs en fin de plan de 3,2%.

La première phase du deuxième plan cancer a eu un effet inverse avec une remontée de taux de fumeurs de 3,7% à 4,5% chez les filles et de 2,6% à 3,8% chez les garçons, soit une remontée relative de 29%.

Conclusions - A quelques années d'intervalle, les politiques peuvent faire le pire et le meilleur. En abandonnant récemment les adolescents à leur tabagisme, les politiques handicapent l'avenir de toute une génération, et rognent les bénéfices importants du premier plan cancer.

Le taux d'expérimentateurs de chicha continue à monter chez les jeunes parisiens

P. Birkui¹, M.D. Dautzenberg², M. Noël³, B. Dautzenberg⁴

¹ PST, Paris

² PST, Necker Enfants malades, Paris

³ Rectorat Académie de Paris, Paris

⁴ PST GH Pitié Salpêtrière, Paris

La chicha, inconnue des jeunes il y a 10 ans est devenue un produit d'initiation au tabac. Nous avons voulu voir si la fermeture théorique des bars à chicha fin 2007 avait modifié l'initiation.

Méthodes - Une question sur la chicha a été introduite en 2007 dans l'enquête annuelle de PST qui interroge par classe 2% des élèves de Paris avec l'aide de l'Académie de Paris.

Résultats - Les 2/3 des lycéens ont expérimenté la chicha à 17 ans. Ce taux n'a pas été globalement modifié par l'interdiction. Ces deux dernières années l'expérimentation continue à augmenter chez les plus jeunes passant de 20% à 35% à 14 ans.

Conclusion - Une reprise de la prévention sur les dangers de la chicha serait nécessaire chez les jeunes, mais les moyens de prévention du tabac chez les jeunes ont été quasiment supprimés depuis 4 ans.



Prise en charge du tabagisme en internat d'un lycée professionnel public

L. Jeannin¹, C. Thomas¹, B. Pribetich¹, V. Graz², V. Lobianco²

¹ Comité contre les Maladies Respiratoires, Dijon

² Centre hospitalier la Chartreuse, Dijon

Un programme de prévention est développé dans un établissement recevant une population hétérogène de 1850 élèves souvent d'origine rurale.

Il est ciblé sur l'internat : 150 garçons, 100 filles, très exposés au tabagisme et au cannabis ; l'internat y contribue: pas de foyer, aucune activité proposée, temps libre en soirée.

Deux types d'interventions mises en place:

1 - Information interactive en grande salle, suivie pour les volontaires d'une mesure du CO, réalisée et commentée en face à face dans leur chambre (résultats cumulés comparables dans les 2 sexes; 70% de fumeurs; parmi eux, ppm>20: 60%; usage déclaré de cannabis: 50%)

2 - Projection du film "A bout de Souffle" de JL Godard pour donner du sens aux scènes de tabagisme.

Discussion - Cibler l'enseignement professionnel, où le tabagisme est 2 fois plus fréquent qu'en filière générale, et cibler spécialement l'internat, est

pertinent.

L'utilisation de moyens variés, attirant la curiosité (mesure du CO), ludiques (film dans lequel le jeune peut se projeter) permet une prise de conscience de la réalité et de l'importance de leur tabagisme, et développe la motivation à l'arrêt; cela surtout si on propose de le faire sur place, en groupe, dans un climat de confiance, de confidentialité, de respect et d'absence totale de jugement.

Conclusion - Cette action de prévention qui se poursuit depuis 2008 fournit une chance à cette population à haut risque de changer de comportement dans des conditions difficiles à retrouver, une fois débutée la vie active.

Elle répond aux recommandations internationales (ACCESS 2010). Elle demande aux intervenants, tant externes que de l'établissement, des compétences particulières et un investissement personnel considérable.

Smoky Rabbit un jeu en ligne et téléchargeable de prévention tabac

B. Dautzenberg¹, A. Collin¹, J. Osman¹, M. Di Stefano², D. Mikail²

¹OFT, Paris

²Human games, Paris

Background - Les données récentes montrent une reprise du tabagisme (Baromètre Inpes 2005-2010) en particulier chez les collégiens (PST 2006-2011). De nombreux programmes de prévention chez les jeunes sont arrêtés depuis quatre ans, faute de financement.

Méthodes - La société Human Games souhaitait développer des jeux vidéo et montrer que l'on peut diffuser des messages de santé à travers un outil dont la première destination était d'être un jeu. L'OFT a relevé le défi d'aider à mixer messages de santé et jeu.

Résultats - Le jeu Smoky-Rabbit (lapin enfumé) met en scène un lapin qui n'aime pas être enfumé car cela lui donne: les yeux rouges et le fait tousser. Il va vers les différents «smokers» pour les aider à ne pas fumer et les sauver, sinon ils finiront carbonisés.

Le jeu délivre ainsi des messages pour se protéger du tabagisme passif, pour aider les fumeurs à ne pas fumer

Le jeu montre également que certains produits, comme la chicha, produisent plus de fumée, que les femmes sont plus sensibles à certains effets nocifs de la fumée.

Conclusions - Smoky Rabbit veut voir ses 3 principaux rêves se réaliser.

1. Un monde où l'on ne fume plus dans les locaux, y compris au domicile et dans les voitures car les personnes auraient pris cette initiative pour se protéger de la fumée polluante du tabac,
2. Un monde où les adolescents ne sont plus incités à fumer et où fumer est devenu «ringard» chez les jeunes
3. Un monde où les adultes fumeurs sont réellement aidés par la société, ses dirigeants et par tout le système de santé mobilisé pour combattre la dépendance tabagique.

Ces rêves sont réalisables et le jeu veut porter ce message sur iPhone, iPad et ordinateur, mais surtout dans la vraie vie.

Le Tabac est une drogue Gate-way – Let's s'unissent pour créer une société mondiale sans Tabac.

V. Regunathan

Volontaires Contre le Tabagisme et le Tabac, Tiruchirapalli, Inde

Objectif - Pour créer un "Sans tabac Global Society » en créant la sensibilisation sur les effets nocifs du tabac parmi les mondiale des jeunes et les enfants d'âge scolaire, grâce à une nouvelle signature campagne.

Méthode -

a. de sensibiliser un minimum de 10 millions de jeunes globales et école enfants d'âge, dans tous les pays du globe sur l'ill-effets du tabac, puis de recueillir leurs Signatures sur les bannières de tissu – comme un jeton de leur engagement moral à mener une vie sans tabac.

b. pour afficher ensuite au-dessus de bannières sur un site international à une distance de 25 KM, créant le « du monde plus long Signature mur contre le tabagisme » avec une mosaïque de voix dans toutes les langues de tous les pays et en invitant l'attention des médias imprimés et électroniques de tous les pays

à travers le monde pour mettre en évidence l'importance de créer un "sans tabac Global Société".

c. de remise enfin tous les panneaux de signature au Secrétaire général des Nations Unies (par l'intermédiaire du directeur-général de l'OMS) et le formant le « du monde plus long homme-chaîne-contre-tabac » par global youth représentant tous les pays, priant instamment l'Organisation des Nations Unies pour protéger la jeunesse du tabac.

Résultat - Bannières à une longueur de 2,5 KM - ont déjà été recueillis de divers pays, y comprises Taiwan, Inde, Thaïlande, Canada, USA, Tunisie, Serbie, Kazakhstan, Singapour, Jordanie, Italie, Japon, Turquie, les îles anglo-normandes, Azerbaïdjan, Australie et Bulgarie du projet est prévue pour être lancé dans de nombreux pays plus dans les prochains mois.

Enquête sur le tabagisme des footballeurs professionnels du Grand Est de la France (Auxerre, Dijon, Metz, Nancy, Reims, Sedan, Sochaux, Strasbourg, Troyes)

F. Raphael, B. Gury, Y. Martinet, E. Aliot

Faculté de Médecine de Nancy, Nancy

Objectifs - Déterminer la prévalence du tabagisme chez les footballeurs professionnels de 9 équipes du Grand Est de la France

Méthode - Enquête anonyme et volontaire chez 223 footballeurs professionnels. 193 répondants (84,3%). Questionnaire de 26 items (recommandations OMS) associé à une mesure du monoxyde de carbone dans l'air expiré et un test de Fagerström.

Analyse statistique : test du Chi2

Résultats - Information sur la toxicité du tabac:

Appareil respiratoire: 95% des joueurs la connaissent. Appareil cardio vasculaire: 71%

Prévalence du tabagisme : 11,4% de fumeurs quotidiens (41% pensent que le tabac nuit à leurs performances), 7,8% de fumeurs occasionnels.

Faible niveau de dépendance physique au test de Fagerström. 1 fumeur sur 3 déclare vouloir arrêter.

23% des fumeurs se sont vus proposer une aide au

sevrage par leur médecin de club ou de famille. Avoir un père fumeur favorise le tabagisme. Les fumeurs vivent plus souvent avec une fumeuse, leur tabagisme semble en être renforcé.

Analyse - Risque de sous-estimation de la prévalence du tabagisme par sous-déclaration, corrélé à la mesure du CO expiré car 14% des joueurs l'ont refusée, 2,1% des joueurs ont un taux incompatible avec leurs déclarations, 7,8% un taux douteux.

Comparaison à la population générale (Baromètre Santé 2005): 3 fois moins de fumeurs quotidiens dans la population étudiée et 3 fois moins de fumeurs quotidiens.

Conclusion - La pratique sportive professionnelle diminue la prévalence du tabagisme et le niveau d'expérimentation du tabac. Nécessité d'information et de prise en charge du tabagisme dans ce milieu.

Programme d'aide à l'arrêt du tabac pour les personnes en situation de précarité : Sans tabac, j'y gagne !

X. Quantin, A. Arino

Souffle L-R, Mireval

Introduction - Les données récentes montrent en France une augmentation du nombre de fumeurs quotidiens. Ce phénomène affecte particulièrement les populations de bas niveau socio-économique. L'aide au sevrage tabagique de celles-ci est un enjeu majeur de santé publique.

La situation en L-R est particulièrement critique à cet égard, compte tenu d'indicateurs de précarité parmi les plus élevés de France. Les données de la littérature et l'expérience montrent que ces personnes ont des difficultés d'accès aux soins et adhèrent mal aux modalités habituelles de prise en charge.

Objectif - L'objectif de cette action est d'établir une modalité originale de prise en charge des personnes en situation de précarité, qui puisse être exportable.

Matériel et méthode - L'approche choisie sera fondée sur une offre de soins de proximité et la gratuité de la prise en charge spécialisée et des traitements. Le programme sera défini en détail à partir du contenu de quatre focus groups, réalisés auprès de la population ciblée, qui identifieront les freins et leviers à l'arrêt du tabac chez cette population, et les demandes et attentes en matière de prise en charge. Le programme sera testé et évalué, pendant un an, sur deux groupes de patients souhaitant arrêter de fumer.

Conclusion - Malgré un partenariat établi (Région, Secours Populaire), la mise en œuvre de ce projet se heurte à des problèmes financiers.

Bibliographie

[1] Baromètre Santé 2010 INPES

[2] Baromètre 2005, Beck F et al. Analyse régionale ESCAPAD 2005, OFDT, 2007

Le tabagisme chez la femme :

particularités et retentissement fonctionnel respiratoire

S. Mezghani¹, S. Rouatbi², N. Abid¹, S. Aissa¹, M. Ayachi², Z. Tabka², M. Benzarti¹

¹ Service de Pneumologie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

² Service d'Exploration Fonctionnelle Respiratoire, Sousse, Tunisie

Introduction - Le tabagisme chez la femme Tunisienne a certaines spécificités en rapport avec ses conditions socio-culturelles, ses effets fonctionnels respiratoires n'ont pas été étudiés auparavant.

Population et méthodes - 101 femmes tabagiques âgées de 18 à 81 ans ont été incluses. L'histoire de leur tabagisme, l'évaluation de leur dépendance à la nicotine ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire. Toutes les femmes ont bénéficié d'une plethysmographie et leurs paramètres fonctionnels ont été comparés avec ceux d'un groupe de 97 femmes non tabagiques.

Résultats - L'âge moyen des femmes tabagiques était de 47,15 ans. Deux tiers des femmes consommaient des cigarettes, 10% la neffa et 15% le narguilé. Environ ¼ des femmes avait déclaré fumer en réponse à un stress et 30 % avaient une dépendance forte à la nicotine. Des signes en faveur d'une

bronchite chronique ont été notés chez 22 % des femmes et une dysphonie chez la moitié de celles qui consommaient des cigarettes. Les femmes tabagiques de bas niveau socioéconomique et scolaire avaient un déclin plus important de leur fonction respiratoire. Une parité élevée et la ménopause entraînaient une baisse des débits avec une augmentation des résistances bronchiques. Un DVO proximal a été retrouvé chez 11 femmes et un DVO distal chez la moitié des femmes priseuses de neffa et toutes celles qui consommaient le narguilé. Ces dernières avaient une tendance à la restriction pulmonaire. La DLCO était plus basse chez les chiqueuses de neffa.

Conclusion - Le tabagisme féminin a une influence négative sur la fonction respiratoire. Cet effet dépend des caractéristiques socioculturelles et de l'histoire du tabagisme.

Tabagisme et niveau socioéconomique : résultats d'une étude réalisée dans la ville de l'Ariana, Tunisie 2009.

B. Souha¹, S. Olfa², B. Romdhane Habiba², A. Noureddine¹

¹ Observatoire National des Maladies Nouvelles et Em, Tunis Tunisie

² Institut National de Santé Publique, Laboratoire d, Tunis Tunisie

Dans le cadre du projet « Pour une Urbanisation saine de la ville de l'Ariana AHUP » en collaboration avec le bureau Kobe de l'OMS, une enquête auprès de la population de l'Ariana a été réalisée afin de dresser le tableau épidémiologique des différents facteurs de risque et d'avoir un état des lieux avant la mise en œuvre des interventions programmées dans ce projet.

Ce travail porte sur la prévalence du tabagisme selon le niveau socioéconomique.

Méthodologie - Il s'agit d'une étude menée entre avril et juillet 2009. 1340 sujets âgés de 18 ans et plus et résidant dans la ville de l'Ariana.

L'échantillon a été tiré selon un sondage à deux degrés. L'index socioéconomique ISE a été calculé à partir des indicateurs socioéconomiques du ménage.

L'enquête a été menée grâce à un questionnaire standardisé.

Résultats - La prévalence du tabagisme est de 25,6%, plus élevée chez les hommes que chez les femmes 46,0% contre 16,2% p<0,001. Les sujets ayant un ISE élevé fument plus que ceux ayant un niveau bas (26,8% contre 23,6%, différence non significative). La prévalence du tabagisme est plus élevée chez les sujets jeunes (36,5% chez les moins de 25 ans contre 19,6% entre 55- 64 ans p<0,001). 65,6% des sujets ont fait au moins une tentative pour arrêter de fumer.

Les raisons de la tentative d'arrêt sont dominées par la peur pour la santé 63,1%, d'ordre psychologique dans 13,3% et économique dans 4,4%. L'âge de la première cigarette est de 17,9 ans, le ISE n'avait aucune influence sur l'âge à la première cigarette.

Conclusion - Cette étude n'a pas montré une influence statistiquement significative de la précarité sur le comportement tabagique des résidents de la ville de l'Ariana.

PREVENTION DU TABAGISME EN MILIEU PROFESSIONNEL

Prévention tabac en Santé au Travail

O. Képhalianos

Pôle Santé Travail Métropole Nord, Lille

Pour les Services de Santé au travail, la lutte contre le tabagisme apparaît comme une préoccupation de Santé Publique mais aussi de Santé au Travail, le tabac étant un facteur aggravant de risques professionnels.

Le projet « Pour une santé sans tabac, les services de santé au travail se mobilisent » a été mené par Pôle Santé Travail en partenariat avec l'Institut de Santé au Travail de la région et l'association ECLAT.

Objectif général : Renforcer la prévention des risques professionnels liés au tabac et participer aux campagnes d'information et de prévention du tabagisme en entreprise.

Objectifs spécifiques :

Mobiliser, sensibiliser et donner des moyens aux acteurs santé travail.

Inciter et accompagner les entreprises dans la mise en place d'actions collectives.

Répondre aux préoccupations des salariés vis-à-vis du tabac et favoriser l'évolution des fumeurs vers une démarche d'arrêt.

Démarche, outils, résultats :

Formation des équipes Santé Travail.

Communication sur l'actualité tabac.

Accompagnement des équipes Santé Travail, par les médecins référents, pour la mise en place d'actions en entreprise.

Mise en place de forums et stands tabac.

Création d'outils

Pour les médecins du travail :

- Guide de réponse à une demande tabac en entreprise.

- Guide pour l'organisation d'un forum tabac.

Pour les salariés fumeurs

- Exposition ambulante : "Une à une je franchis les étapes"

- 4 plaquettes "bénéfices à l'arrêt du tabac"

- 2 plaquettes Tabac et risques professionnels (BTP et soudure).

Mise à disposition au cabinet médical de questionnaires et d'outils de sensibilisation.

Extension du projet aux autres services de Santé au Travail de la région.

Etude d'intervention sur le tabagisme en milieu professionnel

S. Mezghani Ben Salah¹, S. Aissa¹, J. Matoug¹, L. Chaouch², M. Hochlef¹, M. Yacoub³, K. Knani², H. Bouzid³, S. Ben Ahmed¹

¹ ARIC, Sousse, Tunisie

² GMT, Sousse, Tunisie

³ APSVT, Sousse, Tunisie

Introduction - Pour rendre l'espace de travail au sein d'une entreprise de câblerie automobile (METS) à Sousse 100% sans fumée de tabac et réduire le tabagisme actif chez les travailleurs, une action a été menée par des ONG soutenue par l'American Cancer Society dans le cadre du programme « Travaillons sans fumée »

Matériels et méthodes - Deux ONG Tunisiennes (ARIC et APSVT) ont mis en œuvre l'intervention entre 2009 et 2011. Deux questionnaires anonymes et pré-testés ont été utilisés pour les évaluations.

Les activités ont consisté à des séances de sensibilisation animées par le médecin de travail ciblant les salariés et des entretiens motivationnels assurés par un médecin tabacologue au profit des fumeurs moyennant différents supports.

Résultats - 788 salariés ont participé à l'évaluation initiale et 514 à celle finale. Le travailleur enquêté était jeune (âge moyen : 33,3 ± 5,4 ans).

L'évaluation initiale a trouvé une prévalence du

tabagisme actif de 24,7% (42% des hommes étaient fumeurs), 41,7% des non fumeurs avaient déclaré être exposés au tabagisme passif en milieu de travail.

Au cours des différentes actions, la participation des travailleurs était d'environ 50% et la plupart les ont jugé efficaces.

L'enquête finale a révélé que 39% des fumeurs ont diminué leur consommation tabagique, 28,1% des salariés ont arrêté de fumer au cours du programme et 13 % ont attribué la réussite du sevrage à l'influence du programme. Le pourcentage des travailleurs exposés au tabagisme passif est passé de 41,7% dans l'étape pré-interventionnelle à 32,5% dans l'étape post-interventionnelle (p=0,004).

Conclusion - Ces résultats encourageants incitent à reproduire le programme dans d'autres lieux de travail.

HOPITAL ET TABAC

Impact du tabagisme des « blouses blanches » sur le message véhiculé auprès des patients à l'hôpital

S. Kalamarides¹, N. Bonnet², P. Batel¹, A. Borgne²

¹UTAMA, Hôpital Beaujon, Clichy, France

²RESPADD, Paris, France

Objectifs - Evaluer chez le personnel hospitalier leur position et attitude sur l'interdiction de fumer à l'hôpital, et l'impact de la vue du tabagisme en blouse blanche sur les patients et visiteurs

Méthode - Enquête réalisée le 31 mai 2011 par auto-questionnaire anonyme auprès du personnel hospitalier et des patients, organisée par le comité de prévention du tabagisme de l'hôpital avec la collaboration du RESPADD.

Résultats - La population du personnel hospitalier (n=401, 113 médecins, 232 PNM, 56 personnel non soignant) est constituée de 70% de femmes.

L'âge moyen est de 37 ans, 47% n'ont jamais fumé et 35% fument.

La population des patients (n=216) est constituée de 56% de femmes. L'âge moyen est de 45 ans, 47% n'ont jamais fumé et 35% fument.

Si l'interdiction de fumer à l'hôpital est considérée « comme une bonne chose » aussi bien par le personnel

que les patients à 95%, son respect ne l'est pas pour 47,5% du personnel.

L'interdiction de fumer en blouse blanche est approuvée par 68% des patients contre 46% chez le personnel.

Seulement 46% du personnel fait une remarque lors d'une infraction à la loi.

Si la vue de fumeurs en blouse blanche ne modifie pas la perception des patients sur la qualité des soins et les compétences à l'hôpital, il n'en est pas de même sur les bénéfices de l'arrêt du tabagisme, les méfaits du tabac pour la santé, l'hygiène à l'hôpital, la qualité de l'accueil et la disponibilité des soignants.

Conclusion - Confirmation de la valeur d'exemplarité des soignants et de l'image négative du tabagisme en blouse blanche. Réinvestir la problématique du tabac et le message de prévention des blouses blanches de l'« hôpital sans tabac ».

Hôpital sans tabac, mythe ou réalité ?

P. Beurrier

UCT Hôpital Jean Monnet, Epinal, France

Inviter les salariés fumeurs de l'hôpital à être non fumeurs 2 jours consécutifs, le temps de présence au Centre Hospitalier (CH), est le but de l'action proposée par le comité contre le tabagisme.

S'appuyant sur une enquête réalisée auprès du personnel, deux ans plus tôt, qui révèle que fumer au CH quand on est soignant contribue à la mauvaise image du CH, elle a 3 objectifs : accuser réception des résultats de l'enquête par une action concrète, sensibiliser le personnel au principe de l'abstinence temporaire, alimenter la réflexion sur l'aménagement extérieur de zones fumeurs du nouveau CH bientôt construit.

La participation est basée sur le volontariat « deux jours sans fumer, joue le jeu qui veut », les dates retenues : 31 mai et 1 juin 2011 de 8h30 à 16h30.

Le journal interne relaye l'information à partir de janvier 2011 et régulièrement jusqu'en mai, utilisant un visuel rappelant l'action engagée, et proposant

ainsi au fumeur de se préparer progressivement à « jouer le jeu ».

A compter de la mi-mai, les volontaires signalent leur engagement à participer aux IDE de l'UCT, et disposent d'une ordonnance de SNO (QSP 2 jours) à retirer à la pharmacie du CH s'ils le souhaitent. Ils se rendent à un stand, dès le début de la prise de service, et au cours de la journée, pour mesurer le CO et objectiver la réalité de l'abstinence temporaire.

75 fumeurs se rendent au moins une fois au stand. Parmi eux, 30 viennent plus d'une fois avec CO contrôlé en baisse lors de 2 mesures itératives, 26 fois sur 30. Un badge du participant est remis, conseils et documents à disposition.

Au-delà d'une action jugée réussie par tous-fumeurs et non fumeurs-, le respect du décret Bertrand et l'application des points 1, 7, 8 de la charte RHST restent la préoccupation de tous.

PATHOLOGIES LIEES AU TABAC

Sevrage tabagique et granulomatose langerhansienne :
à propos de deux cas cliniques.

J. Perriot¹, P. Merle², H. Janicot², G. Jeannin², P. Lemaire¹, D. Caillaud²

¹Dispensaire Emile Roux, Clermont-Ferrand

²Service de Pneumologie, CHU, Clermont-Ferrand

Exposé du problème - L'histiocytose à cellules langerhansiennes représente moins de 5% des pathologies pulmonaires diffuses. Elle affecte surtout les sujets jeunes de sexe masculin, quasi exclusivement les fumeurs. Sa découverte est le plus souvent radiologique. Des symptômes peuvent être associés: toux, pneumothorax, asthénie. L'image thoracique révèle un syndrome réticulomicronodulaire avec kyste. Seul l'arrêt du tabagisme permet d'éviter l'évolution vers l'insuffisance respiratoire grave irréversible.

Observations - Les situations de deux fumeurs consultant en centre d'aide à l'arrêt du tabagisme sont décrites.

Un homme de 35 ans originaire du Kosovo chez lequel le diagnostic d'histiocytose à été porté à l'occasion du traitement d'un pneumothorax. Le contexte est celui d'insuffisance respiratoire chronique avec caractéristiques de tabagisme irréductible. Une

stratégie de réduction de la consommation de tabac aidée par TNS permettra une stabilisation de la situation respiratoire.

Une femme de 31 ans traitée pour asthme non allergique depuis l'âge de 20 ans. Une aggravation récente justifie la prise de décision d'arrêt du tabagisme. Lors du bilan il est constaté que le tableau décrit n'est pas d'asthme, que la patiente a débuté sa consommation de tabac (et de cannabis) deux ans avant le début de la maladie... Le diagnostic d'histiocytose sera fait. Le sevrage tabagique transformera la situation clinique.

Conclusion - Le diagnostic d'histiocytose langerhansienne doit être évoqué en consultation de tabacologie chez les fumeurs jeunes, homme ou femme, avec signes fonctionnels respiratoires chroniques.

Tabac et cancers de la cavité buccale

L. Benjelloun, K. El Harti, W. El Wady

Service d'odontologie chirurgicale, CCTD, Rabat, Maroc

Les cancers de la cavité buccale affectent environ 300 000 personnes par an dans le monde. Ils occupent la huitième place de tous les cancers (Stewart BW, Kleihues P. 2003). Ils peuvent affecter toutes les régions de la cavité buccale : joue, lèvres, palais, mais le site le plus fréquent est la langue (Reibel 2003).

Le principal facteur de risque de ces cancers est le tabac. Leur développement est également proportionnel à la durée et à la dose consommée de tabac. Aussi, le risque de voir apparaître un cancer de la cavité buccale augmente avec l'association d'alcool et de tabac.

Dans 30 à 80% des cas, les cancers de la cavité buccale se développent à partir de la dégénérescence de lésions potentiellement malignes (leucoplasies,

érythroplasies) (Shulman J.D. 2004), elles mêmes causées par les composants toxiques et cancérigènes produits lors de consommation de tabac, tels que le goudron, la nitrosamine, les benzopyrènes et les radicaux libres.

Enfin, le pronostic des cancers de la cavité buccale reste fâcheux, surtout en l'absence de sevrage tabagique, car ils peuvent entraîner le décès ou des séquelles graves et des déformations au niveau de la face après traitement.

Le rôle du médecin dentiste est donc d'inciter les patients tabagiques au sevrage, afin de prévenir l'apparition de cancers de la cavité buccale et/ou d'améliorer leur pronostic.

Effets du tabac sur la santé bucco-dentaire

L. Benjelloun, K. El Harti, W. El Wady

Service d'odontologie chirurgicale, CCTD, Rabat, Maroc

La consommation de tabac est associée à de sérieuses maladies générales telles que le cancer et les maladies cardio-vasculaires.

Elle a aussi un impact non négligeable sur la cavité buccale.

Elle peut causer une variété de manifestations orales telles que des maladies parodontales, des caries cervicales, des lésions précancéreuses, des cancers de la cavité buccale, ou une halitose.

Ces manifestations résultent le plus souvent de produits irritants, de toxines et de produits cancérigènes émis lors de la consommation de tabac, mais aussi suite à une sécheresse buccale induite par le changement de température et de pH. La plupart de ces effets sont réversibles après arrêt du tabac.

L'objectif est de montrer les principaux effets néfastes du tabac sur la santé bucco-dentaire, et de ce fait mettre l'accent sur le rôle du médecin dentiste dans le sevrage tabagique et la prévention de l'apparition de ces manifestations.

Jeudi 17 novembre 2011

17h30 – 19h00

Amphithéâtre Stanislas	Amphithéâtre Daum	Amphithéâtre Gallé
<p>Symposium</p> <p>Boehringer Ingelheim / Pfizer</p> <p>Le cannabis : un facteur de risque particulier de la BPCO ?</p> <p>Président : Pr François Chabot (Nancy)</p>	<p>Symposium</p> <p>Johnson & Johnson</p> <p>Tabacologues et nouvelle gouvernance hospitalière. Quelle expertise ? Quel avenir ?</p>	<p>Symposium</p> <p>Pfizer</p> <p>Quelles relations entre tabagisme et troubles psychiatriques ?</p> <p>Modérateur Pr Pierre Bartsch (Liège)</p>
<p>Cannabis et poumon : une liaison dangereuse Dr Roger Escamilla (Toulouse)</p> <p>Tabac et cannabis : quelles difficultés particulières pour le pneumologue et le tabacologue ? Dr Gérard Peiffer (Metz)</p> <p>Le profil psychologique du fumeur de tabac et de cannabis : quelles solutions de prise en charge ? Dr Joël Pon (Montberon)</p>	<p>Dr Marion Adler (Clamart)</p> <p>Dr Béatrice Le Maître (Caen)</p>	<p>17h30 – 17h35 Introduction Pr Pierre Bartsch (Liège)</p> <p>17h35 – 18h00 Point sur les connaissances actuelles Dr Ivan Berlin (Paris)</p> <p>18h00 – 18h25 Qu'apprend-on des essais cliniques ? Pr Henri Jean Aubin (Paris)</p> <p>18h25 – 18h50 Quelle conduite à tenir en pratique quotidienne ? Dr Anne Borgne (Bondy)</p> <p>18h50 – 19h00 Questions-réponses et conclusions Pr Pierre Bartsch (Liège)</p>

P R O G R A M M E Vendredi 18 novembre 2011

8h00-9h00 Accueil et inscriptions
8h15-9h00 Workshops

Amphithéâtre Stanislas

9h00-10h30 Aspect économique de la prise en charge de l'arrêt du tabac

Modérateurs Pr Bertrand Dautzenberg, Pascal Diethelm

Le rapport coût/efficacité des traitements de la dépendance au tabac Pr Jacques Cornuz, Lausanne

Arguments médico-économiques pour le remboursement intégral du traitement du sevrage tabagique en France Benjamin Cadier, Paris

Programme luxembourgeois de sevrage tabagique : résultats et coût pour les organismes payeurs Astrid Scharpantgen, Luxembourg

10h30-11h00

Pause - Visite des posters et exposition

	Amphithéâtre Stanislas	Amphithéâtre Daum	Amphithéâtre Gallé	Salle Boffrand	Salle Jean-Lamour-Héré
11h00-12h30	Le tabagisme des adolescents : de l'épidémiologie à la prise en charge Pr Jean-Dominique Dewitte, Pr Daniel Thomas	Comment augmente la motivation du sujet fumeur à arrêter de fumer ? Dr Didier Touzeau, Dr Nathalie Wirth	Innovations thérapeutiques en tabacologie Pr Henri-Jean Aubin, Dr Ivan Berlin	La maladie de Buerger Session commune SFT-SFMV Dr Roger Moyou-Mogo, Dr Gérard Peiffer	Session Sages-Femmes Edwige Dautzenberg, Catherine Marçais-Espiand
Modérateurs	Pr Jean-Dominique Dewitte, Pr Daniel Thomas	Dr Didier Touzeau, Dr Nathalie Wirth	Pr Henri-Jean Aubin, Dr Ivan Berlin	Dr Roger Moyou-Mogo, Dr Gérard Peiffer	Edwige Dautzenberg, Catherine Marçais-Espiand
	Installation de la dépendance Dr Daniele Zullino, Genève	Informé ? Faire peur ? Approcher de manière motivationnelle ? Jacques Dumont, Belgique	Les vaccins anti-nicotiniques Pr Jacques Cornuz, Lausanne	La maladie de Buerger : une maladie du fumeur ? Dr Philippe Lacroix, Limoges	Contraception et Tabagisme: Aline Noblet, Grenoble
	Caractéristiques et évolution du tabagisme des 10-15 ans en France ; Baromètre " Jamais la première " de la FFC Pr Daniel Thomas, Paris	Guider vers l'autodétermination : l'accompagnement du fumeur et du fumeur abstinent Emeric Languérand, Paris	Stimulation magnétiques trans-crâniennes (TMS) : évaluation de l'efficacité sur le craving de la dépendance tabagique, présentation d'une étude pilote Dr Vincent Meille, Dijon	Prise en charge de la maladie de Buerger en dehors du tabagisme Pr Denis Wahl, Nancy	Efficacité du suivi tabacologique sur les indicateurs périnataux : données chiffrées. Anne Jacotot, Metz
	Prévention du tabagisme en milieu scolaire : une expérience transfrontalière Pr Laurence Galanti, Belgique	En pratique quelle formation en entretien motivationnel ? Adaptation aux différentes catégories de professionnel de santé. L'expérience belge Béregère Janssen, Belgique	Le traitement de la dépendance aux substituts nicotiques Dr Daniel Garelik, Paris	Les différents modes de prise en charge tabacologique et leurs résultats Dr Roger Moyou-Mogo, Paris	Grossesse et addictions : intérêt du sevrage tabagique sur la croissance et le bien-être foetal Catherine Marçais-Espiand, Montpellier Dominique Romestaing, Nancy
	Efficacité de l'offre d'un programme d'aide au sevrage tabagique à l'ensemble des fumeurs d'une population de jeunes apprentis Laetitia Minary, Nancy			Table ronde : Place respectives des différents thérapeutes dans le sevrage tabagique: généralistes, médecins vasculaires, tabacologues. Tous les intervenants	Existe-t-il une place pour la recherche dans le domaine de la prise en charge de la dépendance au tabac au cours de la grossesse ? Dr Xavier Quantin, Montpellier

12h30-14h00

Pause déjeuner - Visite des posters et exposition

	Amphithéâtre Stanislas	Amphithéâtre Daum	Amphithéâtre Gallé	Salle Boffrand	Salle Jean-Lamour-Héré
14h00-15h30	Cannabis, compagnon d'addiction du tabac Dr Thierry Montaut, Pr Elisabeth Quoix	Prévention des rechutes Pr Pierre Bartsch, Jean-François Etter	Prescription personnalisée Dr Jacques Froment, Dr Béatrice Le Maître	Précarité, grossesse et tabac Dr Claudine Gillet, Dr Claude Guillaumin	Session Mémoires DIU Dr Anne Borgne, Dr Xavier Quantin
Modérateurs	Dr Thierry Montaut, Pr Elisabeth Quoix	Pr Pierre Bartsch, Jean-François Etter	Dr Jacques Froment, Dr Béatrice Le Maître	Dr Claudine Gillet, Dr Claude Guillaumin	Dr Anne Borgne, Dr Xavier Quantin
	Cannabis et tabac un concubinage délétaire ! Stanislas Spilka, Paris	Rôle des traitements psychocomportementaux, des méthodes self help, brochures Béregère Janssen, Belgique	Métabolisme de la nicotine et marqueurs nicotiques: différences métaboliques homme/ femme et femme/ femme (enceinte, sous pilule) Pr Laurence Galanti, Belgique	Communications orales 3 Délivrance de médicaments destinés au sevrage tabagique: analyse des données de l'Assurance maladie en Rhône-Alpes 2009-2010 Dr Raoul Harf, Lyon Tabac et précarité : apports du score Epices pour le tabacologue Pr Louis Jeannin, Dijon	
	Nouvelles tendances liées à la consommation de cannabis Dr Frédéric Lirussi, Dijon	Rôle des « Quit lines » Régine Colot, Belgique	Différences homme/femme en termes d'initiation /expérimentation, de raisons de fumer, d'envie de fumer, et de dépendance tabagique Dr Ivan Berlin, Paris	Sevrage tabagique des fumeurs en situation de précarité, vers une amélioration de la prise en charge? Une expérience associant gratuité de la substitution nicotinique et suivi régulier Dr Véronique Le Denmat, Brest Sevrage tabagique et précarité en centre spécialisé de tabacologie Frédéric Merson, Clermont-Ferrand	
	Traitement de la dépendance au cannabis Dr Alain Dervaux, Paris	Emploi des médicaments dans la prévention des rechutes (NRT, bupropion, varénicline) Pr Jacques Prignot, Belgique	La lutte pour l'égalité homme/femme passe-t-elle par le traitement de la dépendance au tabac ? Jacques Le Houezec, Rennes	Etude IRAAT - Tabac Grossesse et dépression Catherine Laveissière, Frédéric Dupré, Lyon La consommation de substances psychoactives licites et illicites Dr Philippe Lemarié, Metz	

Amphithéâtre Stanislas

15h30-16h00

Session de clôture

Dr Ivan Berlin, Président SFT – Pr Jacques CORNUZ, Président Conseil Scientifique – Dr Nathalie Wirth, Présidente Comité d'Organisation



Comités Iorrains

6^e CONGRÈS NATIONAL
DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE TABACOLOGIE

LA TABACOLOGIE
AUJOURD'HUI
DEMAIN
ET APRÈS...

8 - 9
novembre 2012

MAISON INTERNATIONALE
DE LA CITÉ UNIVERSITAIRE

17 boulevard Jourdan
75014 Paris

Création graphique : Fabrice Gouillier



Renseignements
01 43 25 19 65
csft2012@ofta-asso.fr

www.csft2012.fr