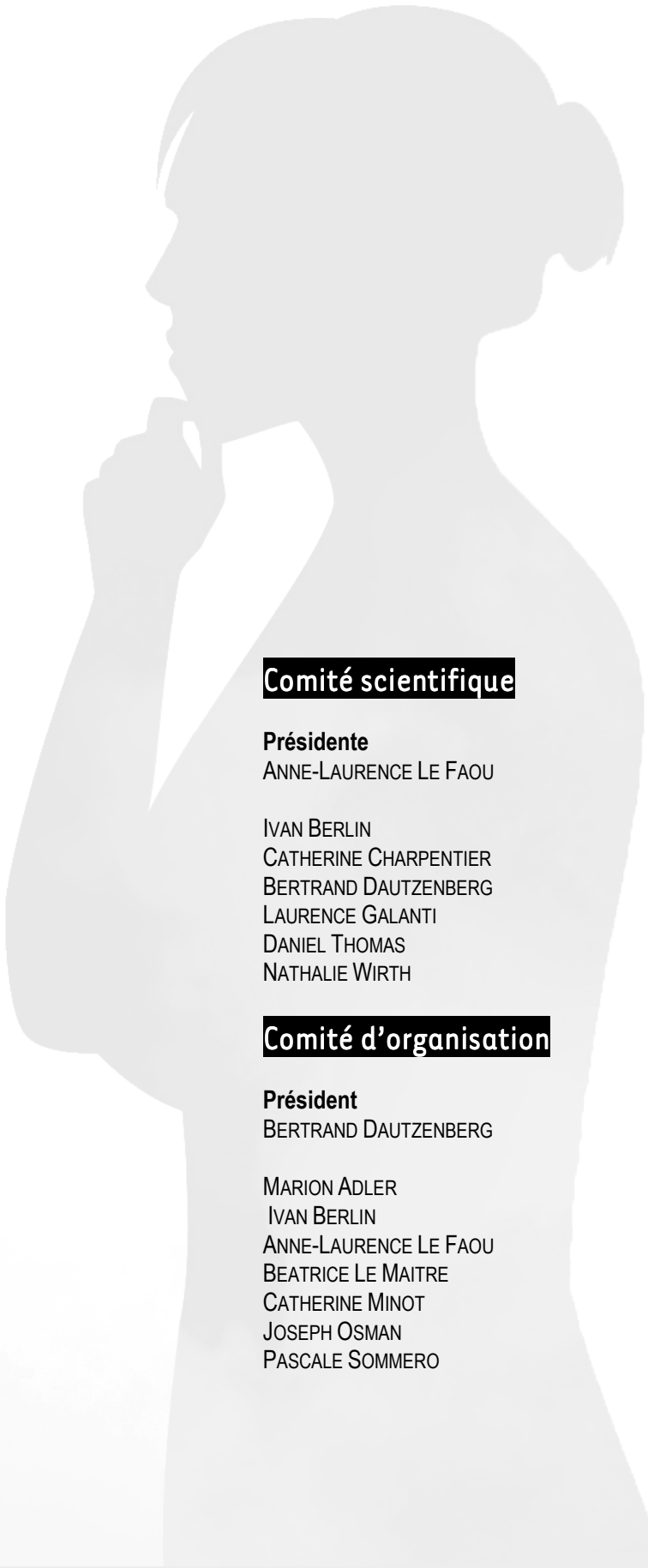


6e Congrès de la Société française de tabacologie

Cité internationale universitaire de Paris
Maison internationale

8 et 9 novembre 2012

17 boulevard Jourdan – 75014 Paris

www.ciup.fr

Tél. : 01 43 13 66 74 ► Fax. : 01 43 13 66 70

Coordonnées (lat. x long.) : 48.8200935, 2.3387265

Comité scientifique

Présidente
ANNE-LAURENCE LE FAOU

IVAN BERLIN
CATHERINE CHARPENTIER
BERTRAND DAUTZENBERG
LAURENCE GALANTI
DANIEL THOMAS
NATHALIE WIRTH

Comité d'organisation

Président
BERTRAND DAUTZENBERG

MARION ADLER
IVAN BERLIN
ANNE-LAURENCE LE FAOU
BEATRICE LE MAITRE
CATHERINE MINOT
JOSEPH OSMAN
PASCALE SOMMERO

Le mot du président ---------- 2e c

Planning jeudi 8 novembre ---------- 2
Planning vendredi 9 novembre ---------- 3

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

Résumés sessions plénières, parallèles et communications orales
jeudi 8 novembre matin ---------- 10
jeudi 8 novembre après-midi ---------- 15
vendredi 9 novembre matin ---------- 20
vendredi 9 novembre après-midi ---------- 25

Résumés ateliers
jeudi 8 et vendredi 9 novembre ---------- 33

Résumés communications posters ---------- 35

Index auteurs et orateurs ---------- 46

Plan Maison internationale ---------- 48

Accès Cité internationale universitaire de Paris ---------- 3e c

Planning du 6e Congrès de la SFT

JEUDI 8 NOVEMBRE 2012

Horaires	Amphi Adenauer	Salon Honnorat	Salon Gulbenkian	Salon David Weill	Salle Branet
8h00-8h45 ►	*Accueil et inscriptions*				
08h45-10h30►	**S0 et S1** Session inaugurale. Session commune SFT et SFSP. Contrôle du tabac et inégalités sociales				Preview Pfizer
10h30-11h00►	*Pause - Visite des posters et exposition (Galerie)*				
11h00-12h30►	**P2** La cigarette électronique : bénéfice et /ou intox ?		**P1** Les meilleurs mémoires des DIU de tabacologie	**A1** Le tabagisme est il une maladie chronique ?	Preview Pfizer
12h30-14h00►	*Pause déjeuner*				
12h45-13h45►	**SY1** **Symposium Pfizer** L'association comorbidités psychiatriques et tabagisme				Preview Pfizer
13h00-13h45►	*Visite guidée des posters* **POS1** *(AFF1 à AFF17) (Galerie)*				
14h00-15h30►	**P4** Session commune SFT et SFC		**A3** Session infirmières : table-ronde sur la tabacologie de liaison	**P6** Tabagisme et populations en situation de précarité	Preview Pfizer
15h30-16h00►	*Pause - Visite des posters et exposition (Galerie)*				
16h00-17h30►	**S2** Tabagisme des adolescents : non-assistance à personnes en danger				Preview Pfizer
17h45-18h45►	**SY2** **Symposium Pierre Fabre** Le bon usage des substituts nicotiniques. Huit questions qui font débat ?	**SY3** **Symposium Novartis** La prise en charge de la BPCO			

Planning du 6e Congrès de la SFT

VENDREDI 9 NOVEMBRE 2012

Horaires	Amphi Adenauer	Salon Honnorat	Salon Gulbenkian	Salon David Weill	Salle Branet
8h00-9h00 ▶	*Accueil et inscriptions*				CA SFT
9h00-10h30▶	S3 La pharmaco-vigilance des médicaments du sevrage tabagique				
10h30-11h00▶	*Pause - Visite des posters et exposition (Galerie)*				
11h00-12h30▶	P8 Tabagisme et maladies métaboliques		A2 Convaincre les médecins du travail et les chefs d'entreprise de mettre en place une aide à l'arrêt du tabac en entreprise	P9 Communications orales 1 : Tabagisme et populations particulières	
12h30-14h00▶	*Pause déjeuner*				
12h45-13h45▶			SY4 **Symposium Johnson & Johnson** Demain et après… Optimisation de la prise en charge de la dépendance tabagique		
13h00-13h45▶	*Visite guidée des posters* POS2 *(AFF18 à AFF33) (Galerie)*				
14h00-15h30▶	P7 Tabagisme et risques infectieux		P11 Session sages-femmes. Tabagisme des femmes enceintes ou désireuses de l'être : de la prévention à la prise en charge adaptée	P10 Tabagisme et pays émergents	P12 Communications orales 2 : Imaginer de nouvelles motivations à l'arrêt
15h30-16h00▶	*Pause - Visite des posters et exposition (Galerie)*				
16h00-17h30▶	S4 Tabagisme et grossesse				
17h30-18h00▶	Session de clôture				

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

Programme détaillé du 6e Congrès de la SFT

JEUDI 8 NOVEMBRE 2012 | *Matin*

S0&S1

8h45/10h30 ***Amphi Adenauer***

Session inaugurale

Session commune Société française de tabacologie et Société française de santé publique. Contrôle du tabac et inégalités sociales

S1a. Les liens multiples entre tabac et inégalités sociales

S1b. La hausse des prix de tabac : enjeux et conséquences

S1c. Arguments médico-économiques pour le remboursement intégral du traitement tabagique en France : évaluation coût-efficacité et impact budgétaire

Présidents

N. Wirth

B. Dautzenberg

A.-L. Le Faou

F. Bourdillon

Intervenants

F. Jusot, LEDa-LEGOS. *Paris*

C. Hill, IGR. *Villejuif*

K. Chevreul et **B. Cadier**, URC ECO Ile-de-France. *Paris*

P1

11h00/12h30 ***Salon Gulbenkian***

Les meilleurs mémoires des DIU de tabacologie

P1a. *Non communiqué*

P1b. Grand Sud : Caractéristiques et spécificités du sevrage tabagique chez les patients artériopathes ayant bénéficié d'un programme d'éducation standardisé spécifique au CHU de Toulouse (registre COPART)

P1c. *Non communiqué*

P1d. *Non communiqué*

P1e. Paris : L'appréhension de la prise de poids lors du sevrage tabagique peut-elle constituer un facteur dissuasif ?

P1f. Belgique : Le tabagisme chez la femme enceinte : approche qualitative de la perception des risques, des représentations sociales et de l'interprétation de messages reçus

Jury

L. Galanti (présidente)

J. Perriot

N. Wirth

Intervenants

NC

V. Sicre-Gatimel, CHU. *Toulouse*

NC

NC

K. Deleris-Vautrin. *Paris*

L. Mustin, Hôpital Universitaire Saint-Luc. *Bruxelles* (B)

P2

11h00/12h30 *Amphi Adenauer*

La cigarette électronique : bénéfice et/ou intox ?

P2a. Position de l'ANSM sur la cigarette électronique
P2b. Quel apport des cigarettes électroniques pour l'aide à l'arrêt du tabac ?
P2c. L'e-cigarette : quelques données en Belgique francophone
P2d. La cigarette électronique : un nouveau produit du tabac ?
P2e. La cigarette électronique, ses cartouches, sa vapeur

Présidents
G. Mathern
B. Benezech

Intervenants
F. Lepagnol, ANSM. *Saint-Denis*
J.-F. Etter, Université. *Genève* (CH)
P. Nys, *Auderghem* (B)
B. Dautzenberg, GH Pitié-Salpêtrière. *Paris*
G. Mathern, *Saint-Chamond*

A1

11h00/12h30 *Salon David Weill*

Le tabagisme est il une maladie chronique ?

Intervenants
G. Peiffer, CHR Metz-Thionville. *Metz*
M. Underner, CHU. *Poitiers*

SY1

12h45/13h45 *Amphi Adenauer*

Symposium Pfizer
L'association comorbidités psychiatriques et tabagisme

Intervenants
I. Berlin, GH Pitié-Salpêtrière. *Paris*
H.-J. Aubin, Hôpital Paul Brousse. *Villejuif*
P. Courtet, CHU. *Montpellier*

JEUDI 8 NOVEMBRE 2012 | *Après-midi*

P4

14h00/15h30 *Amphi Adenauer*

Session commune Société française de tabacologie et Société française de cardiologie

P4a. Pourquoi la fumée de tabac est-elle thrombogène ?
P4b. Prise en charge des fumeurs dans une unité d'urgences cérébro-vasculaires
P4c. Psychopathologie des patients atteints de la maladie de Buerger : facteur limitant à l'arrêt du tabac
P4d. Tabagisme et pathologie coronaire. Actualités 2012

Présidents
I. Berlin
D. Thomas

Intervenants
L. Drouet, Hôpital Lariboisière. *Paris*
A. Léger, GH Pitié-Salpêtrière. *Paris*
O. Cottencin, CHRU. *Lille*
D. Thomas, GH Pitié-Salpêtrière. *Paris*

P6

14h00/15h30 *Salon David Weill*

Tabagisme et population en situation de précarité

P6a. Caractéristiques du tabagisme des précaires
P6b. La prise en charge des fumeurs sans domicile fixe : expérience de l'OFT
P6c. Sevrage tabagique des personnes en situation de handicap : revue de la littérature et expérience en Languedoc-Roussillon
P6d. Intérêt de la prise en charge financière de l'arrêt du tabac chez les personnes en situation de précarité

Présidents

M. Adler
C. Charpentier

Intervenants

J. Constance, Inserm. *Montpellier*
M. Zaleski-Zamenhof, HEGP. *Paris*
A. Stoebner-Delbarre, Val d'Aurelle. *Montpellier*
A. Chassaing, Hôpital Antoine Béclère. *Clamart*
D. Karinthi, Hôpital Antoine Béclère. *Clamart*

A3

14h00/15h30 *Salon Gulbenkian*

Session infirmières : table ronde sur la tabacologie de liaison

Intervenants

M.-L. Cilia, CH Louis Pasteur. *Colmar*
B. Faure, CH Saint-Esprit. *Agen*

S2

16h00/17h30 *Amphi Adenauer*

Tabagisme des adolescents : non-assistance à personnes en danger

S2a. Épidémiologie du tabagisme chez les adolescents
S2b. Le rôle du tabagisme parental dans l'initiation tabagique
S2c. Le programme « Jamais la première »

Présidents

G. Lagrue
A.-L. Le Faou

Intervenants

M. Choquet, Inserm. *Paris*
M. Melchior, Inserm. *Villejuif*
D. Thomas, GH Pitié-Salpêtrière. *Paris*

SY2

17h45/18h45 *Amphi Adenauer*

Symposium Pierre Fabre
Le bon usage des substituts nicotiniques. Huit questions qui font débat

- Doit-on garder un patch la nuit ?
- Peut-on « patcher » et sous quelles conditions un patient avec ATCD cardio-vasculaire ?
- Que faire en cas d'allergies au patch ?
- Le surdosage existe-t-il ?
- Les aphtes : effet de l'arrêt ou effet des substituts nicotiniques ?
- Que dire à une femme enceinte qui fume sous substituts nicotiniques ?
- Y-a-t-il un intérêt et des bénéfices à se tester avec des SN sur une semaine ?
- Une histoire de goût

Animateur

E. André

Intervenants

J. Perriot, Dispensaire Émile Roux. *Clermont-Ferrand*
D. Thomas, GH Pitié-Salpêtrière. *Paris*
C. Laur, *Toulouse*
G. Mathern. *Saint-Chamond*
A. Schmitt, CHU Gabriel Montpied. *Clermont-Ferrand*
J.-D. Dewitte, CHRU. *Brest*

SY3

17h45/18h45 *Salon Honnorat*

Symposium Novartis

La prise en charge de la BPCO

- Obstacles du sevrage tabagique chez le patient BPCO
- La prise en charge médicamenteuse de la BPCO

Intervenants

G. Peiffer, CHR Metz-Thionville. *Metz*

G. Jebrak, Hôpital Bichat. *Paris*

VENDREDI 9 NOVEMBRE 2012 | *Matin*

S3

9h00/10h30 *Amphi Adenauer*

Session commune de la Société française de tabacologie et de l'Association française des centres régionaux de pharmacovigilance. La pharmacovigilance des médicaments du sevrage tabagique

S3a. La pharmacovigilance de la varénicline (Champix®)
S3b. La pharmacovigilance du bupropion
S3c. La pharmacovigilance pour les non-initiés

Présidents

I. Berlin
B. Lebrun-Vignes

Intervenants

B. Lebrun-Vignes, GH Pitié-Salpêtrière. *Paris*
M.-N. Beyens, Centre régional de pharmacovigilance. *Saint-Étienne*
M.-C. Perault-Pochat, Centre régional de pharmacovigilance. *Poitiers*

P8

11h00/12h30 *Amphi Adenauer*

Tabagisme et maladies métaboliques

P8a. Tabagisme et syndrome métabolique
P8b. Tabagisme et diabète de type 2
P8c. Tabagisme et diabète de type 1
P8d. Tabagisme et lipides

Présidents

I. Berlin
V. Durlach

Intervenants

I. Berlin, GH Pitié-Salpêtrière. *Paris*
V. Durlach, CHU. *Reims*
B. Guerci, Hôpital Brabois. *Vandœuvre-les-Nancy*
M. Farnier, Point médical. *Dijon*

P9

11h00/12h30 *Salon David Weill*

Communications orales 1 : tabagisme et populations particulières

P9a. Caractéristiques individuelles et résultats du sevrage tabagique des fumeurs infectés par le VIH
P9b. Tabagisme et maladie de Crohn (MC)
P9c. Profil psychologique et suivi du statut tabagique des patients cardiaques pendant et après hospitalisation
P9d. Gros fumeur : profil statistique
P9e. D'une prise en charge temporaire d'un sevrage tabagique en chirurgie vasculaire à l'acceptation d'un suivi après retour à domicile : un pacte (impact) péri-opératoire
P9f. Tabagisme et pathologies associées chez les personnes en situation de précarité sociale

Présidents

B. Dautzenberg
D. Touzeau

Intervenants

J. Perriot, Dispensaire Emile Roux. *Clermont-Ferrand*
C. Vannimenus, CHRU. *Lille*
K. Bardiau, CHU Mont-Godinne. *Yvoir* (B)
P. Brognon, Adhesia. *Mons* (B)
G. Brion, Hôpitaux privés. *Metz*
F. Merson, Dispensaire Émile Roux. *Clermont-Ferrand*

A2

11h00/12h30 *Salon Gulbenkian*

Convaincre les médecins du travail et les chefs d'entreprise de mettre en place une aide à l'arrêt du tabac en entreprise

Intervenants

A. Delrieu, OFT. *Paris*
M. Matrat, CHIC. *Créteil*
P. Bourassin, Institut Gustave Roussy. *Villejuif*
N. Foncin. Technip. *Paris La Défense*

SY4

12h45/13h45 *Salon Gulbenkian*

Symposium Johnson & Johnson
Demain et après… Optimisation de la prise en charge de la dépendance tabagique

Intervenants

M. Adler, Hôpital Antoine Béclère. *Clamart*
J. Le Houezec, Amzer Glas. *Rennes*

VENDREDI 9 NOVEMBRE 2012 | *Après-midi*

P7

14h00/15h30 *Amphi Adenauer*

Tabagisme et risques infectieux

P7a. Relations entre tabagisme et infections bactériennes et virales
P7b. Tabac et tuberculose
P7c. Protocole de prise en charge des fumeurs VIH au CHU de Caen : étude TASMI

Présidents

G. Peiffer
B. Le Maître

Intervenants

G. Peiffer, Hôpital Bon Secours. *Metz*
M. Underner, CHU. *Poitiers*
B. Le Maître, CHU. *Caen*
J.-J. Parienti, CHU. *Caen*

P10

14h00/15h30 *Salon David Weill*

Tabagisme et pays émergents

P10a. Le tabagisme dans les pays en voie de développement : un facteur de risque et de pauvreté
P10b. Le tabagisme en Afrique subsaharienne : l'exemple du Bénin
P10c. Narghilé : cotinine, CO et dépendance
P10d. L'ingérence de l'industrie du tabac en Afrique subsaharienne
P10e. Que dit la CCLAT sur la solidarité Nord-Sud en termes de tabagisme ?

Présidents

M. Adler
D. Thomas

Intervenants

D. Thomas, GH Pitié-Salpêtrière. *Paris*
P. Nubukpo. *Limoges*
Z. Aoun Bacha, Hôpital Hôtel Dieu de France. *Beyrouth* (LB)
S. Ratte, The Union. *Paris*
C. Cagnat-Lardeau, Alliance contre le tabac. *Paris*

P11

14h00/15h30 *Salon Gulbenkian*

Session sages-femmes. Tabagisme des femmes enceintes ou désireuses de l'être : de la prévention à la prise en charge adaptée

P11a. Réticence de la femme enceinte fumeuse et consultation de tabacologie
P11b. Femmes fumeuses et risque du cancer du sein : état des connaissances en 2012
P11c. Traitements substituts nicotiniques pendant la grossesse : évaluation des bénéfices/risques
P11d. Inhibition de la lactation par les dérivés de l'ergot de seigle chez les femmes fumeuses : quels risques et quelles stratégies ?

Présidents
E. Dautzenberg
C. Meier

Intervenants
C. Brunel. *Saint-Gratien*
E. Guillot. *Limoges*
I. Berlin, GH Pitié-Salpêtrière. *Paris*
F. Dupré, Clinique mutualiste. *Grenoble*

P12

14h00/15h30 *Salle Branet*

Communications orales 2 : imaginer de nouvelles motivations à l'arrêt

P12a. Complications vasculaires à court et long terme chez les enfants nés de mères tabagiques
P12b. L'impact du tabagisme préopératoire immédiat sur les suites postopératoires en salle de réveil
P12c. Étude sur le tabagisme des élèves infirmiers (es) de l'ENSP de Ouagadougou
P12d. Formation clinique hors hôpital des étudiants en médecine de D1 de l'UPMC à la prise en charge du tabagisme
P12e. La semaine motivationnelle : une nouvelle approche dans l'aide au sevrage
P12f. Qui vend les e.cigarettes parmi les pharmaciens et buralistes parisiens en 2012 ?

Présidents
J. Perriot
X. Quantin

Intervenants
M. Delcroix, Appri. *Bailleul*
V. Godding, UCL Saint-Luc. *Bruxelles* (B)
P. Lemaire, Dispensaire Emile Roux, *Clermont-Ferrand*
L. Terrasse. *Paris*
L. Hanssens, Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola. *Bruxelles* (B)
B. Dautzenberg, GH Pitié-Salpêtrière. *Paris*

S4

16h00/17h30 *Amphi Adenauer*

Tabagisme et grossesse

S4a. Consommation de tabac pendant la grossesse : données de l'enquête nationale périnatale 2010
S4b. Effet du tabagisme passif sur la circulation pulmonaire fœtale : étude expérimentale chez la brebis gestante
S4c. Résultats préliminaires de l'étude SNIPP

Présidents
I. Berlin
F. Puech

Intervenants
M.-J. Saurel-Cubizolles, Inserm. *Villejuif*
V. Houfflin-Debarge, Hôpital Jeanne de Flandre. *Lille*
I. Berlin, GH Pitié-Salpêtrière. *Paris*

S5

17h30/18h00 *Amphi Adenauer*

Session de clôture

Présidents
B. Dautzenberg
N. Wirth
G. Mathern

Résumés

Session plénières et parallèles / Communications orales

JEUDI 8 NOVEMBRE 2012 |*MATIN*

S0. Session plénière inaugurale

S0a. Allocution des représentants du ministère de la Santé (sous réserve)

S1. Session commune Société française de tabacologie et Société française de santé publique. Contrôle du tabac et inégalités sociales

S1a. Les liens multiples entre tabac et inégalités sociales

F. Jusot[1 2 3], [1] CREAM, Université de Rouen, Rouen, [2]LEDa-LEGOS, PSL, Université Paris Dauphine, Paris [3]IRDES, Paris

Cette présentation propose dans un premier temps de dresser le constat des inégalités sociales face au tabagisme en France, d'analyser leur évolution et de les comparer aux inégalités existantes dans les autres pays européens. Les déterminants de ces inégalités seront abordés dans un second temps afin de discuter des implications en termes de politique de lutte contre le tabagisme.

S1b. La hausse des prix de tabac : enjeux et conséquences

C. Hill, Institut Gustave Roussy, Villejuif

Le tabac est la première cause de mortalité évitable et tue 70 000 personnes chaque année en France. La hausse des prix du tabac est d'après la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la santé un des moyens les plus efficaces pour faire baisser la consommation. La France donne à la fois un bon et un mauvais exemple de politique sur les prix du tabac. En effet, entre 2002 et 2004, le prix des cigarettes a fortement augmenté à la suite d'une augmentation des taxes et la consommation a baissé, malgré l'accroissement des achats transfrontaliers et de la contrebande. Depuis, il n'y a pas eu de changement dans le système de taxation, chaque augmentation a été décidée par l'industrie du tabac et la consommation est restée stable.

Les taxes des produits du tabac sont aujourd'hui très inégales : elles représentent seulement 44% du prix de vente pour les cigares (6% du marché en 2011), 75% pour le tabac à rouler (14% du marché). La taxation des cigarettes est plus compliquée car il faut ajouter 0,55 € pour 20 cigarettes à la taxation en pourcentage pour aboutir à un taux total de 81% pour les cigarettes les plus vendues (les cigarettes représentent 78% du marché). Cette taxe fixe qui ne dépend pas du prix des cigarettes s'appelle accise spécifique. Elle est calculée sur la base du prix de référence en 2012 qui se trouve être le prix des cigarettes les moins chères du marché avant le premier octobre 2012. La conséquence est que l'augmentation de l'accise spécifique va diminuer la taxe de toutes les marques de cigarettes sauf les moins chères.

Il faut une politique des prix donc des taxes sur le tabac. Un gramme de tabac devrait, à terme, être taxé de la même manière quel que soit le produit du tabac. Les hausses des taxes doivent être répétées avec régularité.

S1c. Arguments médico-économiques pour le remboursement intégral du traitement tabagique en France : évaluation coût-efficacité et impact budgétaire

Chevreul K.[123], Cadier B.[2], Durand-Zaleski I.[123], Thomas D.[4], [1]Hôpital Henri Mondor-Albert Chenevier, Département de santé publique, Créteil, [2]URC Eco Île-de-France, Paris, [3]LIC E4393, Université Paris Est, Faculté de Médecine, IFR10, Créteil, [4]Université Paris-VI, Institut de cardiologie, GH Pitié-Salpêtrière, Paris

En France, les conséquences du tabagisme en termes de morbidité et de coût pour la santé sont importantes mais partiellement évitables. En effet il y a 70 000 décès annuels des suites de maladies liées au tabagisme. Parmi ces maladies trois d'entre elles sont responsables de plus de la moitié des décès : Les maladies cardiovasculaires, la BPCO et le cancer des bronches. Ces trois maladies sont prises en charge à 100% en Affections de Longue Durée (ALD) par l'Assurance Maladie et constitue une part importante des dépenses de cette dernière. 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. Nous nous sommes interrogés sur le bénéfice en matière

de dépenses 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. D'une part cette analyse estime les ratios incrémentaux coût-efficacité (ICER) en prenant en compte les coûts évités (coût indirect) par la diminution associée des 3 maladies suscitées. D'autre par elle mesure l'impact budgétaire d'une telle action de prévention.

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 ICERs par année de vie gagnée sont calculés sur la vie entière de la cohorte. L'impact budgétaire est lui donné sur un horizon temporel 5 ans, 10 ans, 15 ans, 30 ans et sur la vie entière. 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 7,04%, sont comprises entre -2 341€ et 888€. L'analyse de sensibilité montre que dans le cas du scénario le plus défavorable les valeurs de l'ICER ne dépassent pas 1 883€. Dans le 'base case' (participation de 7% et 4 tentatives de sevrage) l'impact budgétaire d'une telle mesure permettrait l'économie de 855 millions d'euros sur la vie entière. La mise en place de la couverture totale serait une mesure bénéfique pour la population et pour les comptes de l'assurance maladie.

P1.Les meilleurs mémoires des DIU de tabacologie

P1a. Non communiqué

P1b. Grand Sud : Caractéristiques et spécificités du sevrage tabagique chez les patients artériopathes ayant bénéficié d'un programme d'éducation standardisé spécifique au CHU de Toulouse (registre COPART)

V. Sicre-Gatimel, A. Bura-Rivière, I. Bouissière, C. Ambid-Lacombe, Service de médecine vasculaire, CHU, Toulouse

Introduction : Aucune étude n'a encore précisé les caractéristiques et les spécificités du sevrage chez les artériopathes inclus dans un programme d'éducation thérapeutique.

Objectifs : L'objectif principal est de décrire les trois dernières tentatives de sevrage chez les patients artériopathes ayant bénéficié du programme d'éducation thérapeutique spécifique de l'artériopathie. L'objectif secondaire est d'évaluer l'impact du programme d'éducation thérapeutique sur la réussite du sevrage.

Méthode : Une étude observationnelle rétrospective monocentrique a été menée dans le service de médecine vasculaire et l'unité d'éducation thérapeutique de Toulouse Rangueil. Les patients inclus sont entrés dans le parcours éducatif entre janvier 1998 et juin 2011. Ceux non enregistrés dans COPART (registre de patients artériopathes hospitalisées inclus prospectivement et consécutivement) ont été exclus. De février à mars 2012, leur expérience tabagique a été renseignée par téléphone puis complétée avec les données de COPART.

Résultats : 91 patients ont été inclus (âge moyen : 66,6 ± 11 ans). 23 (29,9%) patients étaient fumeurs actifs, 4 (5,2%) s'étaient sevrés depuis moins d'un an et 50 (64,9%) depuis plus d'un an. Le nombre de paquets-années était en moyenne de 45,5 ± 22,6. Le nombre moyen de tentatives de sevrage était de 2,4 ± 1,4.

Le nombre moyen d'entretien d'éducation était de 2,5 ± 1,7. 28 patients (34,6%) ont eu un parcours éducatif complet et 44 ont bénéficié d'une séance en groupe.

20 patients (24,7%) ont arrêté de fumer après être rentrés dans le parcours éducatif. Lorsque le patient avait décidé de se sevrer dans le projet éducatif, cet objectif est atteint significativement ($p < 0,001$).

Lors de la dernière tentative de sevrage, 25 patients (27,5%) ont eu recours aux substituts

nicotiniques, une personne au bupropion. 14 personnes ont été suivies par un tabacologue.

46 anciens fumeurs se sont sevrés brutalement sans réduction de consommation. Concernant les fumeurs actifs, plus ils fument et plus ils se sèvrent brutalement (p<0,001).

Toutes les femmes sont anxieuses contre un homme sur deux.

Le nombre de cigarettes par jour est lié statistiquement lié au statut dépressif (p=0,017).

Conclusion : Le sevrage tabagique du patient artériopathe est insuffisamment pris en charge. Rôle majeur de l'éducation thérapeutique.

P1c. Non communiqué

P1d. Non communiqué

P1e. Paris : L'appréhension de la prise de poids lors du sevrage tabagique peut-elle constituer un facteur dissuasif ?

K. Deleris-Vautrin

Ce travail aborde la problématique de l'appréhension de la prise de poids lors du sevrage tabagique. En effet, il semble plausible que la perspective d'une prise de poids lors du sevrage constitue un frein à la prise de décision de l'arrêt du tabac pour de nombreux patients. Le cas échéant, il serait bénéfique de tenir compte de cette appréhension au niveau de l'ensemble des actions de prévention et de traitement du tabagisme.

Afin de bien identifier les mécanismes de cette appréhension, un questionnaire a été diffusé sur Internet via forums et réseaux sociaux, à destination des fumeurs âgés de 16 à 59 ans. L'objectif était d'obtenir des informations qualitatives et quantitatives de cette appréhension, et de son impact réel auprès des fumeurs.

À partir des réponses à ce questionnaire, des données statistiques ont été obtenues en s'appuyant sur une technique de scoring, inspirée des travaux de Borelli et Marmelstein. En considérant les individus caractérisés comme étant à risque (susceptible de refuser ou d'interrompre le sevrage du fait d'une prise de poids), plusieurs facteurs aggravants de l'appréhension de la prise de poids (IMC, sexe…) ont été identifiés et quantifiés.

Les résultats de cette analyse mettent en avant plusieurs axes d'amélioration, qui ne concernent pas uniquement l'aspect strictement diététique. L'un de ces axes est l'accompagnement des personnes en cours de sevrage tabagique, qu'il semblerait pertinent d'enrichir par des approches plus multidisciplinaires qu'elles ne le sont actuellement. Par ailleurs, il est apparu que les patients fumeurs sont insuffisamment informés sur certains thèmes (notamment dans le domaine hygiéno-diététique), et qu'une action sur ce plan serait souhaitable.

P1f. Belgique : Le tabagisme chez la femme enceinte : approche qualitative de la perception des risques, des représentations sociales et de l'interprétation de messages reçus

L. Mustin, Hôpital Universitaire Saint-Luc, Bruxelles (Belgique)

À l'heure actuelle, les nombreux effets nocifs du tabagisme maternel sont largement documentés et pourtant, environ une femme enceinte sur quatre est fumeuse en Belgique. Si les facteurs influençant le maintien de ce comportement sont bien déterminés, des études spécifiques sur la perception des risques et sur les représentations sociales du tabagisme chez la femme enceinte semblent encore faire défaut aujourd'hui.

Notre étude porte sur 37 femmes enceintes (17 fumeuses et 20 non-fumeuses) interrogées par entretiens qualitatifs semi-dirigés. Bien que de petite taille, cet échantillon présente les caractéristiques typiques de populations d'études de plus grande envergure.

Nos résultats démontrent qu'on rencontre d'autant plus de parturientes fumeuses que le niveau socio-économique est bas et que l'entourage est fumeur. Les principales raisons de la poursuite du tabagisme durant la grossesse sont la crainte d'un stress trop important à l'arrêt et la réelle dépendance au produit.

Indépendamment du statut tabagique, l'image d'une femme enceinte qui fume est perçue comme inacceptable. Les fumeuses décrivent alors des sentiments de culpabilité, de honte et d'égoïsme. Bien que le tabagisme gravidique soit perçu comme nocif par toutes les femmes interrogées, leurs connaissances sur ses effets sont vagues et peu précises et semblent influencer leur

perception des risques. Par ailleurs, nombreuses sont les parturientes qui désirent être mieux informées, d'autant plus qu'elles sont primipares.

Il semble donc primordial que l'information sur les risques liés au tabagisme maternel soit renforcée par un discours non culpabilisant mais également par la distribution plus systématique d'un outil adapté et accessible à toutes. Une prise en charge spécifique et globale de la future maman, incluant son entourage et son cadre de vie, doit également être préconisée pour améliorer l'adoption de comportements de santé favorables à l'arrêt du tabagisme durant la grossesse.

P2. La cigarette électronique : bénéfice et /ou intox ?

P2a. Position de l'ANSM sur la cigarette électronique

F. Lepagnol, Coordination des vigilances, Direction de la surveillance, ANSMSP, Saint-Denis

Depuis l'interdiction de fumer dans les lieux publics, les cigarettes électroniques se sont développées en tant qu'alternative à la cigarette classique, dont elles ont la même apparence. Selon leurs revendications ou leurs concentrations en nicotine, ces produits peuvent être considérés comme des médicaments ou des produits de consommation courante.

Cependant, aucune cigarette électronique n'a reçu d'autorisation de mise sur le marché (AMM) en tant que médicament, aucun fabricant n'ayant déposé de demande en ce sens. Elles ne peuvent en aucun cas être vendues en pharmacie car elles ne figurent pas sur la liste des produits dont la délivrance y est autorisée.

En outre, comme pour la cigarette classique, consommer des cigarettes électroniques peut induire une dépendance, quelle que soit la quantité de nicotine présente.

Compte tenu de ces éléments et de l'absence de données sur le rapport bénéfice/risque des cigarettes électroniques, l'ANSM recommande de ne pas consommer ces produits.

P2b. Quel apport des cigarettes électroniques pour l'aide à l'arrêt du tabac ?

J.-F. Etter, Université de Genève, Genève (Suisse)

Les cigarettes électroniques (ou « e-cigarettes ») sont l'innovation la plus importante en tabacologie depuis l'invention de la varénicline en 2005. Il s'agit d'une nouvelle façon d'administrer des substances vaporisées aux bronches, aux poumons et à la circulation sanguine. Cela ouvre de nouvelles perspectives pour le sevrage tabagique et pour d'autres domaines, en particulier la pneumologie et l'addictologie. Pour l'utilisateur, les e-cigarettes sont plus satisfaisantes que les substituts nicotiniques, car elles ont la saveur du tabac (ou autres arômes), permettent l'inhalation et l'expiration de vapeur visible, ressemblent à une cigarette, reproduisent la gestuelle du fumeur, fournissent des quantités élevées de nicotine et permettent d'obtenir cette sensation caractéristique du passage de la nicotine dans la gorge nommée « impact » ou en anglais *throat hit*. Même les e-cigarettes ne contenant pas de nicotine diminuent l'envie de fumer et les symptômes de sevrage du tabac, et sont perçues par les utilisateurs (« vapoteurs ») comme utiles pour arrêter de fumer. Pour le même nombre de bouffées par jour, l'utilisation d'e-cigarettes (« vapotage ») coûte 5 à 7 fois moins cher que de fumer ou que de prendre des substituts nicotiniques à la posologie recommandée.

Quelques études, dont un essai randomisé, suggèrent que les e-cigarettes aident les fumeurs à cesser de fumer. Les cliniciens devraient informer les vapoteurs de la rareté des études sur la sécurité et l'efficacité de ces produits, mais ils devraient également leur indiquer que les risques du vapotage sont plus faibles que les risques du tabagisme. Si des vapoteurs disent que l'e-cigarette les aide à arrêter de fumer, les cliniciens devraient se concentrer sur l'arrêt du tabac plutôt que sur l'arrêt du vapotage. Conseiller de cesser de vapoter pourrait être délétère chez les vapoteurs qui ne sont pas parvenus à arrêter de fumer avec d'autres méthodes.

P2c. L'e-cigarette : quelques données en Belgique francophone

P. Nys, Auderghem (Belgique)

Une enquête par Internet a été réalisée en Belgique francophone entre le 1er et le 30 septembre 2012 auprès de 2 247 professionnels de santé. 1 990 médecins généralistes membres de la SSMG et 257 tabacologues , formés par le FARES , ont été invités à répondre à un questionnaire en ligne.

Cette enquête a pour objectif de voir si les médecins et les tabacologues s'intéressent lors des

consultations d'aide à l'arrêt du tabac au phénomène de la « e-fume ». Sur les 2 247 personnes invitées à répondre, seuls 64 médecins ont répondu dont 9 médecins tabacologues. Ce qui nous donne un taux de participation des médecins de 3,21%. 21 tabacologues ont répondu soit un taux de participation de 8,17%. Le taux de participation global est de 3,78%. La majorité des participants sont des femmes, jeunes entre 30 et 39 ans.

68% des intervenants n'interagissent jamais avec leurs patients fumeurs par rapport à l'usage de l'e-cigarette. 22,35% posent parfois cette question. En revanche, 70% des intervenants agissent souvent voire systématiquement par rapport à la consommation de tabac.

48% des participants estiment que 10% de leurs patients fumeurs « vapottent ». Les trois motivations principales de l'usage de la e-cigarette, rapportées par les patients, sont en rapport avec la santé (arrêter, réduire, moins toxique).

20% des répondants pensent que l'usage de la cigarette électronique est validée comme moyen d'aide à l'arrêt. La toxicité est suspectée par 50% des répondants.

90% des participants désirent disposer de plus de renseignements sur l'impact santé de la « e-fume ».

En conclusion: les professionnels de la santé sont en demande d'informations sur la « e-fume ». Les méconnaissances dans ce domaine sont grandes.

P2d. La cigarette électronique : un nouveau produit du tabac ?

B. Dautzenberg, GH La Pitié-Salpêtrière, Paris

Selon l'article 564 du Code général des impôts « sont assimilés aux tabacs manufacturés : … 2°) Les cigarettes et produits à fumer, même s'ils ne contiennent pas de tabac, à la seule exclusion des produits qui sont destinés à un usage médicamenteux ».

Les cigarettes électroniques ont la forme des cigarettes et sont promues comme une autre façon de fumer ; elles contiennent dans leur dénomination le mot « cigarette » ; ces produits doivent donc être assimilés au tabac.

La cigarette électronique a initialement été lancée comme un produit d'arrêt du tabac chez les gros fumeurs mais, en l'absence de toute étude positive, elle ne peut revendiquer le statut de médicament, pourtant expressément prévu dans l'article 564 du Code des impôts.

Elle a ensuite été présentée comme un dispositif pour fumer là où cela n'est pas autorisé. Air France interdit son utilisation sur ses vols depuis septembre 2012.

Ces produits – en particulier les cigarettes jetables – sont maintenant promues comme une façon de « fumer autrement », comme un produit *cool* pour fumer moins cher qu'avec les cigarettes industrielles (« 240 bouffées pour moins de 6 euros ! »).

Du fait des prix bas pratiqués depuis 2011 avec les formes jetables, l'e.cigarette est aussi devenue un produit d'initiation du tabac : les trois-quarts des 12-15 ans qui l'on essayée à Paris n'avaient jamais fumé une cigarette industrielle auparavant selon l'enquête Paris sans tabac 2012 !

Conclusion : ce produit doit être considéré soit comme un médicament s'il démontre son efficacité, soit comme un produit assimilé au tabac, aussi bien en France qu'en Europe. Ceci permettrait d'en réglementer la distribution en limitant les points de vente, en interdisant la vente aux moins de 18 ans, en interdisant toute promotion et en le taxant comme un produit du tabac.

P2e. La cigarette électronique, ses cartouches, sa vapeur

G. Mathern, Saint-Chamond

Non communiqué

SY3. Symposium Pfizer

L'association comorbidités psychiatriques et tabagisme

I. Berlin, H.-J. Aubin, P. Courtet

Session plénières et parallèles / Communications orales

JEUDI 8 NOVEMBRE 2012 |*APRÈS-MIDI*

P4. Session commune Société française de tabacologie et Société française de cardiologie

P4a. Pourquoi la fumée de tabac est-elle thrombogène ?

L. Drouet[1 2], [1] angio-hématologie et CREATIF, Hôpital Lariboisière Paris, Université Paris VII, [2] Laboratoire de thrombose et d'athérosclérose, IVS et INSERM UMRS937, Paris

Les composants toxiques de la fumée de cigarette et les mécanismes impliqués dans la toxicité vasculaire du tabagisme (qu'il soit actif ou passif) associent des facteurs d'inflammation, des facteurs d'oxydation (et tout d'abord d'oxydation des lipoprotéines de faible densité portant le cholestérol) et une augmentation du stress oxydatif et aussi des facteurs de thrombose. Un facteur autrefois largement évoqué sont les mécanismes immunologiques mais qui fait moins partie à l'heure actuelle des mécanismes habituellement étudiés et qui pourtant potentiellement joue un rôle important dans la physiopathologie des effets cardio-vasculaires du tabagisme qu'il soit actif ou passif. On commence à mieux comprendre au niveau endothélial le mode d'action des mécanismes impliqués et on ne fait que dénombrer les mécanismes de thrombogenèse impliqués.

L'observation épidémiologique que le sevrage du tabagisme s'accompagne d'une diminution rapide du risque (encore plus rapide pour le tabagisme passif que pour le tabagisme actif) est un fort argument pour penser que les mécanismes de thrombogénicité jouent une part significative dans « le » risque vasculaire du tabac. L'observation que le risque thrombo-ischémique artériel soit proportionnellement plus augmenté que le risque thromboembolique veineux soutient le fait que ce soit en particulier sur les phénomènes de l'hémostase primaire que s'exerce l'effet thrombogène de la fumée de tabac. La fumée de tabac influe sur tous les participants des systèmes de l'hémostase primaire y compris sur la résistance/sensibilité aux antiplaquettaires expliquant le bénéfice immédiat qu'il y a à obtenir le sevrage immédiat des patients faisant un accident cardio-vasculaire aigu. L'observation que ces phénomènes ne soient pas dose dépendant et existent pour des expositions beaucoup plus faibles comme le tabagisme passif est un autre argument pour faire comprendre au patient que ce qui importe c'est un sevrage total et pas une diminution de l'intoxication tabagique.

P4b. Efficacité de la substitution nicotinique précoce au décours d'un AVC

A. Léger, GH La Pitié-Salpêtrière, Paris

Introduction : Le tabagisme est un facteur de risque cardio-vasculaire important qui augmente par 2 le risque de survenue d'AVC. Toutes les recommandations pour la prise en charge des AVC préconisent l'arrêt du tabac en post AVC.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité de la prise en charge précoce du syndrome de sevrage chez les patients fumeurs actifs hospitalisés en UNV pour un AVC.

Méthode : Les dossiers des patients fumeurs actifs, hospitalisés dans notre UNV du 1er janvier 2011 au 1er septembre 2012 et ayant bénéficié du protocole de prise en charge du syndrome de sevrage forcé avec traitements substitutifs nicotiniques, ont été analysés rétrospectivement. Lors des consultations de suivi neurologique à 3 mois et 1 an, le neurologue devait demander au patient s'il avait repris son tabagisme.

Discussion : 208 patients consécutifs ont bénéficié de la prise en charge immédiate de leur sevrage forcé. 29 % sont des femmes et l'âge moyen est de 57 ans.

À 3 mois, 56% des patients interrogés poursuivent leur sevrage. Ce taux est nettement supérieur à celui observé dans les études épidémiologiques post AVC.

À 1 an, 64% des patients ont recommencé à fumer, soit un taux comparable à ceux publiés dans les suites de syndromes coronariens avec des prises en charge tabacologiques beaucoup plus soutenues dans le temps.

Conclusion : La prise en charge précoce des patients fumeurs actifs victimes d'AVC est réalisable et efficace puisque moins de la moitié des patients refume après 3 mois. Toutefois, pour améliorer ces résultats et éviter leurs érosions avec le temps, il semble souhaitable de sensibiliser les

neurologues des UNV à l'accompagnement des patients dans le processus de maturation de l'arrêt du tabagisme.

P4c. Psychopathologie des patients atteints de la maladie de Buerger : facteur limitant à l'arrêt du tabac

O. Cottencin, CHRU, Lille

La maladie de Buerger, maladie rare touchant le sujet tabagique avant l'âge de 50 ans, est caractérisée par des manifestations thrombotiques artérielles et veineuses. Le rôle du tabac (et plus récemment du cannabis) a été identifié comme prépondérant dans le déclenchement ou l'évolution de la maladie (95% des patients atteints sont fumeurs). La consommation de ces toxiques inhalés conditionne l'évolution de la maladie marquée par un taux d'amputation majeur d'au moins 40% et leur arrêt est associé à une réduction significative du nombre d'amputations.

Nombre de cliniciens évoquent l'idée que les patients atteints de la maladie de Buerger rencontrent les plus grandes difficultés à arrêter de fumer, malgré leur connaissance directe des conséquences sur leur pronostic fonctionnel et vital. Ils rapportent en particulier une addiction au tabac plus marquée que d'autres fumeurs atteints de maladies comparables. Cette notion n'est que très rarement retrouvée dans la littérature, sinon par quelques études historiques rapportant des traits de caractères particuliers (hostilité, minimisation des troubles, négligence des règles hygiéno-diététiques, revendication, etc.) qui constituent autant de pistes de facteur limitant à l'arrêt et au maintien d'abstinence.

Nous proposons de rapporter ces traits tels qu'ils ont été décrits dans la littérature et de présenter les hypothèses psychopathologiques sur lesquelles nous avons construit une étude multicentrique nationale débutée en 2008 et toujours en cours, dont nous présenterons l'essentiel de la procédure.

P4d. Tabagisme et pathologie coronaire. Actualités 2012

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

Les estimations françaises 2012 concernant les décès cardio-vasculaires (CV) liés au tabagisme sont de 18 000/73 000 (25%) dont 5 000/14 000 chez les femmes (30%). Elles confirment aussi que le risque relatif de décès CV est d'autant plus important que les sujets sont jeunes (5,5 pour les hommes de 30-44 ans contre 1,88 pour les 60-69 ans). L'incidence de l'infarctus du myocarde (IDM) a baissé en France régulièrement de 2003 à 2009, sauf chez les F < 60 ans (Evincor), à rapprocher de la progression de 7 pts du % fumeuses entre 45-65 ans (Baromètre Santé 2010).

La persistance d'un tabagisme après un IDM est un facteur pronostic majeur de décès. Une étude italienne évalue à 62% le taux de rechutes à un an et montre que le risque de décès est d'autant plus important que la rechute survient précocement (X5,3 pour les rechutes immédiates).

L'anévrysme de l'aorte abdominale est fortement corrélé au tabagisme présent ou passé. Des données épidémiologiques confirment une incidence parallèle à la prévalence du tabagisme.

De nouvelles données confirment la sécurité d'utilisation des substituts nicotiniques (Woolf) et de la varénicline (méta analyse de Prochaska) chez les patients coronariens, y compris après IDM.

Les dernières études sur l'impact CV de l'interdiction de fumer donnent des résultats discordants (Johnson; Barr). Cet impact est en fait surestimé dans les études n'ayant pas adopté une méthodologie rigoureuse prenant en compte la tendance historique. La réduction des hospitalisations pour IDM, qui dépend également du contexte spécifique de chaque pays, est probablement en moyenne inférieure à 10%.

P6. Tabagisme et populations en situation de précarité

P6a. Caractéristiques du tabagisme des précaires

J. Constance, Inserm, Montpellier

De 2006 à 2008, nous avons enquêté auprès d'une population en situation de précarité afin de comprendre davantage le comportement qu'elle adoptait face aux campagnes de prévention contre le tabac. Les chiffres fournis par le Baromètre Santé de l'INPES indiquaient une tendance générale à la baisse de la consommation. Nous avions cependant pu remarquer une différenciation au sein de l'ensemble de la population française : alors que les catégories les plus économiquement favorisées fumaient moins, les plus démunies, elles, ne cessaient pas de fumer. Ce constat était d'autant plus étonnant que l'une des mesures préventives les plus marquantes était l'augmentation du prix du tabac. Face à cette

mesure, les populations les plus précaires ne pouvaient que s'appauvrir davantage en continuant d'acheter leur tabac au prix fort. Outre cette hypothèse, leur insensibilité apparente aux campagnes préventives semblait les exposer davantage aux dangers du tabac que le reste de la population.

Notre enquête a consisté à aller interroger une trentaine de personnes issues de milieux fortement précarisés. Par le biais d'entretiens approfondis, nous avons pu analyser la manière dont elles justifiaient leur consommation de tabac. Il en est ressorti que, loin d'être insensibles aux campagnes préventives, elles semblaient davantage prisonnières du rôle social que joue la cigarette dans leur vie. Sa suppression constitue pour elles l'abandon des convivialités qu'elle autorise, ainsi que du rare objet de loisir dont elles affirment disposer. Ancrées dans une vie faite de stress, de solitude et d'ennui, ces personnes ne parviennent à envisager de quitter ce qu'elles qualifient de véritable « compagne ». Parfois, elles suggèrent cependant quelques pistes qui pourraient les aider à cesser de fumer.

P6b. La prise en charge des fumeurs sans domicile fixe : expérience de l'OFT

M. Zaleski-Zamenhof[1 2], [1] Office français de prévention du tabagisme, Paris, [2] HEGP, Paris

Contexte : La population en situation de précarité présente une vulnérabilité particulière tant sur le plan économique que sur celui de la santé physique et mentale. Le mode de consommation est particulier et aggrave les risques.

Précarité : Un arrêté de 1992 a défini les catégories de personnes concernées :

- chômeurs,
- bénéficiaires du RMI,
- titulaires d'un contrat emploi solidarité,
- personnes sans domicile fixe,
- jeunes âgés de 16 à 25 ans exclus du milieu scolaire et engagés dans un processus d'insertion professionnelle.

Budget : Le budget d'une personne en situation de précarité va être drastiquement grevé par le tabagisme ; destiné à un produit « nécessaire » celui-ci est incompressible.

Objectif de l'action menée par l'OFT : Former le personnel, sensibiliser et accompagner le sevrage des personnes hébergées dans les centres accueillant des personnes précaires (centres d'hébergement et de réinsertion sociale, centres d'accueil pour les demandeurs d'asile, personnes en situation de handicap en particulier psychique).

Méthodologie

Publics visés : Usagers des centres d'accueil de jour, des centres d'hébergement et de formation, lieux d'accueil divers.

Types d'intervention : Séances de formation en direction des équipes encadrantes, puis de sensibilisation pour les usagers.

Conclusions : Le sevrage de toute addiction dans ces contextes est difficile. Nous nous efforçons à aider nos publics à prendre conscience des enjeux mis en cause et aux possibilités de réductions de risques avant le sevrage complet.

L'OFT a développé d'autres actions en direction des populations précaires : CHRS, centres maternels, épiceries solidaires, prisons.

P6c. Sevrage tabagique des personnes en situation de handicap : revue de la littérature et expérience en Languedoc-Roussillon

A. Stoebner-Delbarre, Val d'Aurelle, Montpellier, S. Thezenas, B. Pereira, R. Schraub, J. Carluer, A.-M. Clauzel, B. Delaye, D. Cupissol

Introduction : Très peu de données sont publiées sur le sevrage tabagique des adultes en situation de handicap et aucun travail ne décrit la situation en France.

Objectifs : Identifier les attentes et les difficultés vis-à-vis du sevrage tabagique de cette population.

Méthode : Une revue de la littérature a été effectuée à partir des bases de données Pubmed et BDSP et des textes cités par les auteurs et des données provenant d'un programme pilote de prévention et d'aide à l'arrêt du tabac mis en œuvre par le Gefluc LR et le Pole prévention Épidaure du CRLC Val d'Aurelle en Languedoc-Roussillon (LR) ont été analysés. Ce programme réalisé dans le cadre d'un appel à projet de l'INCa a concerné les 2 353 travailleurs en Esat (établissements et services d'aide par le travail) du LR.

Résultats : Dans la littérature anglo-saxonne comme dans notre enquête, l'accès au sevrage des personnes en situation de handicap est très difficile. Les barrières au sevrage sont matérielles, physiques ou psychologiques mais aussi organisationnelles et financières. Pourtant, en LR, parmi les 1 655 personnes ayant participé au programme, 572 fument et plus de 50% de ces fumeurs expriment un désir d'arrêt du tabac. De plus, 43,7% demandent de l'aide pour réaliser leur projet.

Conclusion : Ces résultats soulignent la demande d'accompagnement et d'aide au sevrage des personnes en situation de handicap et mettent en évidence les freins au sevrage liés à des facteurs environnementaux. Ils confirment la nécessité d'un programme d'aide au sevrage spécifique et accessible pour ces populations.

P6d. Intérêt de la prise en charge financière de l'arrêt du tabac chez les personnes en situation de précarité

A. Chassaing, D. Karinthi, Hôpital Antoine Béclère, Clamart

Les personnes en situation précaire fument plus, en plus grosses quantité et ont une plus forte dépendance nicotinique que la population générale. Le tabagisme est un facteur de pauvreté, ce qui aggrave la situation précaire.

Ces constats nous ont conduits à mettre en place une étude descriptive, dont l'objectif est d'évaluer sur un an l'efficacité des traitements d'aide au sevrage délivrés gratuitement au cours d'un suivi tabacologique.

Dix-neuf personnes en situation de précarité ont été incluses dans cette étude. 78 % sont des hommes. L'âge moyen est de 47 ans. Il existe une forte prévalence de comorbidités addictives, psychiatriques et somatiques.

Le traitement par substituts nicotiniques ou varénicline a été délivrés gratuitement aux patients.

Les résultats montrent un arrêt du tabagisme à 1 an chez 32% des patients.

Ces résultats encourageants incitent à étendre la gratuité des traitements d'aide au sevrage dans d'autres consultations de tabacologie, hospitalières ou médico-sociales (CSAPA).

S2. Tabagisme des adolescents : non assistance à personnes en danger

S2a. Épidémiologie du tabagisme chez les adolescents

M. Choquet, Inserm U669, Paris

Partant des derniers résultats de diverses enquêtes nationales (Escapad) et internationales (HBSC, Espad), l'auteur se propose d'analyser les tendances de la consommation des mineurs (11-17 ans) et de leurs déterminants, non seulement du tabac mais aussi d'autres substances psychotropes très « banalisées » parmi les adolescents, comme l'alcool et le cannabis. En effet, il s'agit de mettre en évidence les spécificités du tabagisme (par âge, sexe, classe sociale, scolarité, situation familiale) par rapport aux autres consommations de produits ayant des statuts légaux et sociaux différents. Par ailleurs, seront évoquées les relations entre tabac/tentative de suicide, tabac/dépression, tabac/ violences agies et subies, afin de montrer la complexité du tabagisme des adolescents. Le rôle du modèle éducatif parental sera aussi abordé.

Cette analyse fine des résultats permettra de mieux réfléchir sur les populations à risque et donc sur les modes d'interventions utiles et possibles à mettre en place.

S2b. Le rôle du tabagisme parental dans l'initiation tabagique

M. Melchior, Inserm U1018, Villejuif

Les jeunes dont les parents sont fumeurs réguliers de tabac ont en moyenne un risque élevé d'être eux-mêmes fumeurs. Néanmoins, les liens entre trajectoires de tabagisme parental et tabagisme régulier des descendants sont assez mal connus. À partir des données recueillies auprès de 1121 jeunes (12-26 ans) participant à l'étude les Enfants de Gazel, une cohorte épidémiologique répartie dans toute la France, nous avons étudié les liens entre la trajectoire parentale de tabagisme au cours d'une période de 11 ans (1989-1999), mesurée par les déclarations annuelles des parents et le tabagisme régulier des jeunes. Les analyses statistiques ont pris en compte l'âge, le sexe, l'usage d'alcool et les problèmes de comportement du jeune, ainsi que le sexe du parent, et la situation socioéconomique de la famille. Au total, 27% des jeunes participant à l'étude étaient fumeurs réguliers. Par rapport aux enfants de non-fumeurs, ceux dont les parents étaient fumeurs persistants avaient une probabilité deux fois plus élevée de fumer (OR ajusté sur l'âge et le sexe :

1.91, 95% CI: 1.30-2.79, OR multivarié : 1.96, 95% CI 1.31-2.93). De plus, les jeunes dont les parents étaient fumeurs persistants avaient une probabilité élevée de fumer fortement et d'avoir commencé à fumer de façon précoce. Au total, le tabagisme maternel était plus fortement associé au tabagisme régulier des jeunes que le tabagisme paternel (ORs multivariés : respectivement: 3.12, 95% 1.58-6.16 vs. 1.47, 95% 0.87-2.49). Ces résultats suggèrent que les efforts pour diminuer le tabagisme des jeunes devraient focaliser sur les familles plutôt que sur les individus.

S2c. Le Baromètre Jamais la première *de la Fédération française de cardiologie : le tabagisme des 10-15 ans vu par eux-mêmes*

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

La Fédération française de cardiologie (FFC) mène depuis 1997 une action spécifique de lutte contre le tabagisme auprès des 10-15 ans : « Jamais la première cigarette » (JLPC). JLPC comporte une enquête annuelle par auto-questionnaire et la création d'un message de prévention « par » et « pour » les jeunes par le biais d'un concours de story-board. L'enquête 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. En revanche, le pourcentage de fumeurs ≥ 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 la plus fréquente d'incitation. Le pourcentage de « tentatives d'arrêt » est en diminution, actuellement de 44%. Ce baromètre JPLC confirme par ailleurs, la valorisation du « statut de non fumeur », l'impact important du prix des cigarettes et la nécessité d'une plus forte implication des parents. Autant de pistes pour optimiser cette prévention « primordiale » du tabagisme des jeunes. *Toutes les enquêtes et les clips lauréats des concours en ligne sur : http://www.fedecardio.org/parcoursducoeur-scolaire/*

SY2. Symposium Pierre Fabre

Le bon usage des substituts nicotiniques. Huit questions qui font débat

- Doit-on garder un patch la nuit ?

J. Perriot

- Peut-on « patcher » et sous quelles conditions un patient avec ATCD cardio-vasculaire ?

D. Thomas

- Que faire en cas d'allergies au patch ?

C. Laur

- Le surdosage existe-t-il ?

J. Perriot

- Les aphtes : effet de l'arrêt ou effet des substituts nicotiniques ?

G. Mathern

- Que dire à une femme enceinte qui fume sous substituts nicotiniques ?

A. Schmitt

- Y-a-t-il un intérêt et des bénéfices à se tester avec des SN sur une semaine ?

J.-D. Dewitte

- Une histoire de goût

C. Laur

SY3. Symposium Novartis

La prise en charge de la BPCO

- Obstacles du sevrage tabagique chez le patient BPCO (Gérard Peiffer)

G. Peiffer

- La prise en charge médicamenteuse de la BPCO

G. Jebrak

Session plénières et parallèles / Communications orales

VENDREDI 9 NOVEMBRE 2012 |*MATIN*

S3. Session commune de la Société française de tabacologie et de l'Association française des centres régionaux de pharmacovigilance. La pharmacovigilance des médicaments du sevrage tabagique

S3a. La pharmacovigilance de la varénicline (Champix®)

B. Lebrun-Vignes, Centre de pharmacovigilance d'Ile-de-France, GH La Pitié-Salpêtrière, Paris

La varénicline (Champix®) est un agoniste partiel du récepteur à la nicotine indiqué dans le sevrage tabagique, disponible en France depuis le 12 février 2007. Le suivi national de pharmacovigilance permet de surveiller les effets indésirables (EI) signalés parallèlement aux ventes.

Après le pic de vente initial, une forte diminution est observée depuis début 2008. Au 31 mai 2012, 438 cas graves ont été signalés, dont 25 décès parmi lesquels 14 suicides et 11 d'origine cardio-vasculaire. L'incidence des notifications d'EI graves sous Champix® s'est stabilisée après la première année de commercialisation autour de 3,5/10.000 boîtes de titration.

Les effets psychiatriques représentent 57% des EI graves. Dans 74% des cas, il s'agit de manifestations suicidaires (idées suicidaires, tentatives de suicides et suicides). Les effets psychiatriques concernent pour 29% des cas des patients sans antécédent psychiatrique et pour 32% des cas des patients ayant un terrain psychiatrique ou favorisant connu. Les données recueillies ne permettent pas de faire la part des choses entre le rôle du sevrage tabagique, celui du Champix® et celui du terrain dans la survenue de ces manifestations.

Les effets cardio-vasculaires sont ensuite les plus fréquemment rapportés parmi les EI graves (12%), suivis des effets neurologiques (11%) puis gastro-intestinaux (4,5%).

Parmi les 5 435 EI non graves signalés durant la même période, 25% sont des effets psychiatriques, au sein desquels les troubles de l'humeur et du sommeil prédominent. Les autres EI non graves sont principalement gastro-intestinaux et neurologiques. Les effets psychiatriques prédominent dans le suivi français de pharmacovigilance du Champix®. L'imputabilité de ce médicament est cependant difficile à établir compte tenu de l'intrication avec le terrain et du manque d'informativité des observations.

S3b. La pharmacovigilance du bupropion

M.-N. Beyens, Centre régional de pharmacovigilance, Saint-Étienne

Le bupropion, première molécule non nicotinique utilisée en France dans le cadre du sevrage tabagique, a fait l'objet dès le début de sa commercialisation en 2001 d'un suivi national de pharmacovigilance. Durant les trois premières années du suivi, nous avons reçu 1 682 déclarations pour 698 000 patients exposés.

Par ordre décroissant, les effets indésirables sont principalement de type cutané, puis neurologique, psychiatrique et cardio-vasculaire. Parmi les effets graves (27%), les plus fréquents comme les angiœdèmes et maladies sériques (n=90), les convulsions (n=75), sont des effets connus, alors que les coronaropathies et les morts subites (n=22+11) et les tentatives de suicide (n=19) n'étaient pas attendues. La moitié des cas de convulsions étaient évitables, survenant en présence de facteurs de risque. La comparaison des caractéristiques des patients présentant un angiœdème avec celles des patients exposés au bupropion met en évidence un caractère dose et sexe-dépendant, avec une fréquence plus importante chez la femme. La comparaison de l'incidence des suicides avec les données de la population française ne permet pas de conclure à un sur-risque lié au bupropion ; de même, la majorité des effets graves de type cardiaques concernent des hommes et correspond au sexe-ratio de la maladie coronaire en France.

Si les effets cutanés restent généralement sans conséquences à long terme, les autres effets, responsables de séquelles potentielles, doivent être bien connus des prescripteurs permettant une évaluation du bénéfice/risque personnalisé et un suivi des patients adapté. Le faible volume des ventes actuelles est d'ailleurs évocateur d'une utilisation restreinte, probablement de dernière intention.

S3c. La pharmacovigilance pour les non-initiés

M.-C. Perault-Pochat, Centre régional de pharmacovigilance, Poitiers

La pharmacovigilance a pour objet la surveillance, l'évaluation, la prévention et la gestion du risque d'effet indésirable résultant de l'utilisation des médicaments et produits mentionnés à l'article L 5121-1, et cela que le risque soit potentiel ou avéré. Les textes définissant la pharmacovigilance ont récemment évolué en fonction de la directive européenne 2010/84 et de la loi du 29 décembre 2011. Nous assistons donc à un élargissement du champ de la pharmacovigilance pour une meilleure sécurité du patient. La déclaration des effets indésirables concerne dorénavant tout effet indésirable grave, tout effet inattendu et tout effet qu'il est jugé pertinent de déclarer. Le signalement est une obligation pour les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens et une possibilité ouverte pour tous les autres professionnels de santé et pour les patients et les associations agréées. Quelle est la finalité d'une déclaration ? C'est de réaliser une analyse de risque. Pièce maitresse du système de pharmacovigilance, les centres régionaux de pharmacovigilance assurent le recueil et la transmission des effets indésirables à l'ANSM (Agence nationale de surveillance des médicaments et des produits de santé). Ils sont chargés de remplir une mission d'expertise et une mission d'information en renseignant les professionnels de santé et en participant à leur formation. Ces nouveaux textes constituent le socle d'un ambitieux programme qui ne sera possible qu'avec le concours de l'ensemble des professionnels qui, chacun à son niveau et à des degrés divers, doit participer à sa mission de Santé publique.

P8. Tabagisme et maladies métaboliques

P8a. Tabagisme et syndrome métabolique

I. Berlin, GH La Pitié-Salpêtrière, Paris

Non communiqué

P8b. Tabagisme et diabète de type 2

V. Durlach, CHU, Reims

Il existe un lien clairement documenté entre l'accumulation de graisse viscérale, l'insulino-résistance et le tabagisme chronique . Ce dernier favorise donc l'expression du syndrome métabolique et de ses différentes composantes dont le diabète de type 2 (DT2). Près d'un quart des patients DT2 sont fumeurs. Le tabagisme chronique est un déterminant majeur des complications macro-angiopathiques (première cause de mortalité) mais également de la mortalité par cancers. Le tabagisme favorise également les complications micro-angiopathiques du DT2 en particulier la néphropathie. Il y a donc un bénéfice majeur à éviter toute consommation tabagique chez le DT2 ou à l'aider à se sevrer s'il est déjà fumeur. Il n'existe actuellement que très peu d'études sur la stratégie spécifique de prise en charge thérapeutique du sevrage tabagique chez les DT2, qui représente cependant une absolue nécessité. Celle-ci se heurte de plus aux difficultés particulières de la maladie chronique et à la crainte de la prise de poids chez des patients présentant pour majorité un excès pondéral. En tout état de cause, la prise en charge du sevrage tabagique doit être systématiquement incluse dans les soins donnés aux DT2 et sera d'autant plus efficace que les équipes éducatives y sont sensibilisées et formées.

P8c. Tabagisme et diabète de type 1

B. Guerci, Hôpital Brabois, Vandœuvre-les-Nancy

Non communiqué

P8d. Tabagisme et lipides

M. Farnier, Point médical, Dijon

Non communiqué

P9. Communications orales 1. Tabagisme et populations particulières

P9a. Caractéristiques individuelles et résultats du sevrage tabagique des fumeurs infectés par le VIH

J. Perriot[1], C. Jacomet[2], M. Underner[3], P. Lemaire[1] , [1]Dispensaire Émile Roux, Clermont-Ferrand, [2]Service de maladies infectieuses, CHU, Clermont-Ferrand, [3] UCT, Service de pneumologie, CHU, Poitiers

L'objectif de cette étude a été de préciser les caractéristiques des fumeurs infectés par le VIH, consultants en centre de tabacologie et d'évaluer les modalités et résultats de leur sevrage tabagique.

Matériel et méthode : 99 fumeurs VIH+ ont consulté pour sevrage tabagique parmi les 1 628 patients du Dispensaire Émile Roux entre le 1er

janvier 1999 et le 31 décembre 2009 (exhaustivité du recensement 87%).

Analyse statistique univariée, portant sur 25 items recueillis sur le dossier d'évaluation, au 6ème mois du suivi. Utilisation du Logiciel SAS-version 8 (Test du Khi2, seuil de significativité à 5%).

Résultats : Les fumeurs VIH+ sont plus jeunes et de sexe masculin (SR = 2,2 vs 0,8 pop gen). La motivation à l'arrêt est inférieure chez les fumeurs VIH+ comparativement aux autres consultants : score de Richmond < ou = 7 : 39% vs 21% pop gen ($p < 0,001$). Un état dépressif plus fréquent : 84% vs 44% ($p < 0,001$), de même que les coaddictions : 64% vs 29,4% ($p < 0,001$) ; dans 80% des cas, ces troubles ne sont pas pris en charge.

Lors du sevrage, les TCC sont associées dans 82% des cas aux substituts nicotiniques, la posologie initiale des formes transdermiques est supérieure chez les fumeurs VIH+: 38,7 mg vs 26,6 ($p < 0,001$). La varénicline est prescrite dans 11% des cas. Dans 7% des cas, une stratégie de réduction aidée par TNS est instaurée.

Dans 82% des cas (vs 42% pop gen), il y a prescription d'un antidépresseur (IRS) et 15% des fumeurs sont orientés en psychiatrie.

Le taux d'arrêt à 6 mois chez les fumeurs VIH+ est de 21,2% vs 41% pop gen ($p< 0,001$).

Conclusion : Les fumeurs infectés par le VIH s'arrêtent difficilement de fumer. Ils doivent bénéficier d'un soutien renforcé.

P9b. Tabagisme et maladie de Crohn (MC)

C. Vannimenus, CHRU, Lille

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) sont un réel problème de santé publique en France. Ces maladies sont d'étiologie plurifactorielle, le facteur génétique étant aggravé par des facteurs environnementaux en particulier le tabagisme. La MC survient 2 fois plus souvent chez les fumeurs, chez qui, la maladie est plus sévère, la qualité de vie plus altérée, les poussées plus fréquentes, ainsi que le recours aux corticoïdes et aux immunosuppresseurs. Il nous a paru opportun de proposer aux patients atteints d'une MICI et fumeurs, une consultation de tabacologie dans le cadre d'un programme éducatif spécifique à cette pathologie, permettant l'approche de la pathologie, des traitements envisagés, de la diététique, des problèmes familiaux, sociaux voire psychologiques. Entre août 2008 et juillet 2010, 27 patients atteints de MC ont bénéficié d'au moins une consultation de tabacologie par un tabacologue selon les recommandations de la Société française de tabacologie. Résultats : 16 femmes pour 11 hommes, d'âge moyen 36.5 ans pour les femmes, 36.4 ans pour les hommes ont été vus au moins une fois en consultation de tabacologie ; 5 patients ont stoppé leur tabagisme actif (soit 18%), dont deux personnes ont stoppé 3 mois environ puis ont repris leur tabagisme suite à des problèmes personnels et à l'absence de bénéfices sur l'évolution de leur maladie, 10 ont notablement réduit (fumant la moitié de la consommation antérieure), 8 sont fumeurs actifs , 4 perdus de vue. Les principaux facteurs d'échec au sevrage tabagique sont liés au stress et à l'entourage fumeur. Cette étude permet de mesurer les difficultés de l'aide au sevrage tabagique chez les patients atteints de maladies chroniques et de MC en particulier.

P9c. Profil psychologique et suivi du statut tabagique des patients cardiaques pendant et après hospitalisation

K. Bardiau[1], P. Janne[2], L. Galanti[3], [1]Cardiologie, CHU-UCL Mont-Godinne, Yvoir (Belgique), [2]Service de psychosomatique, CHU-UCL Mont-Godinne, Yvoir (Belgique) [3]Tabacologie, CHU-UCL Mont-Godinne, Yvoir (Belgique)

Le tabagisme est un facteur de risque important pour les pathologies cardiaques, en particulier coronariennes. L'objectif de l'étude était d'évaluer le profil psychologique des patients cardiaques pendant et après leur hospitalisation selon leur statut tabagique et type de pathologies cardiaques. Le statut tabagique et divers aspects psychologiques ont été investigués sur la base de questionnaires complétés durant l'hospitalisation : test de Fagerström, TAS-20 pour mesurer l'alexithymie, HADS pour l'anxiété et dépression, MHLC pour le lieu de contrôle et 2 VAS pour le degré de motivation. Après consentement, 50 patients (39 hommes et 11 femmes) ont participé à l'étude et bénéficié d'un entretien individuel de 20 minutes : 25 fumeurs (F) et 25 non-fumeurs (NF), soit 28 patients coronariens (COR) et 22 patients rythmologiques (RYT). L'âge moyen était de 51±10 pour les F et 52±8 pour les NF. Le CO a été mesuré. Les F ont été contactés 1, 3 et 6 mois après hospitalisation pour évaluer leur statut tabagique. Le niveau de dépendance au tabac est corrélé au score de dépression. Les F ont un score d'alexithymie plus faible que les NF et ont tendance à être moins anxieux que ceux-ci mais ne

différent pas des NF au niveau du lieu de contrôle ou de la dépression. La motivation à l'arrêt ne diffère pas entre COR et RYT. Le lieu de contrôle ne diffère pas entre F et ex-F à 1, 3 et 6 mois. Si 40% des F ont arrêté de fumer durant l'hospitalisation, 28% sont restés abstinents à 6 mois dont la majorité (6/7) parmi les COR. Le sentiment de capacité à pouvoir arrêter de fumer est plus important pour le sevrage que la perception de l'importance d'arrêter de fumer.

P9d. Gros fumeur : profil statistique

P. Brognon, Adhésia, Mons (Belgique)

Nous avons exploité les données de dossiers médicaux informatisés du travail en Belgique soit 97 286 dossiers, vus en 2011. Nous avons dénombré 36,3% de fumeurs réguliers (n=26 486). Parmi ces fumeurs, 11,4% (n=3 010) fument plus de 20 cigarettes par jour. Parmi ces gros fumeurs, 90,2% sont des hommes (vs 79,2% chez l'ensemble des fumeurs (p-value<0.001)), principalement avec un statut d'ouvrier. L'âge moyen est de 45,5 ans (SD 9.9), une médiane à 43,3 ans.

L'étude spirométrique (n=1 685) révèle une capacité vitale fonctionnelle moyenne à 4,3 litres (SD 0.86) vs 4,5 (p-value<0.001) et un volume expiratoire maximal moyen par seconde de 3,5 litres (SD 0.75) vs 3,7 (p-value<0.001).

L'analyse d'une régression logistique entre statut de Gros fumeur et alcoolisation (cons. >21 verres/j) pondérée sur l'âge et le sexe met en évidence un odds ratio de 2,4 (IC 95 1.98-2.86). Une autre régression logistique entre statut Gros fumeur et statut BPCO (Critères GOLD3-4) avec la même pondération conclut à un odds ratio de 1,7 (IC95 1.41-2.12). D'autres facteurs de risque (HTA, obésité, hypercholestérolémie) sont significativement liés au statut Gros fumeur.

En conclusion, le gros fumeur est principalement un homme, ouvrier dans les travaux lourds (maçon, terrassier) ou sédentaire (chauffeur) avec une tendance à l'alcoolisation et plus à risque de développer une BPCO. Les fonctions professionnelles ont un impact très faible sur la morbidité liée au tabagisme.

P9e. D'une prise en charge temporaire d'un sevrage tabagique en chirurgie vasculaire à l'acceptation d'un suivi après retour à domicile : un pacte (impact) péri-opératoire

G. Brion, J. Oualid, Hôpitaux privés, Metz

De part la littérature, les informations concernant la prévention en addictologie, et en particulier en tabacologie, obligent à ne pas méconnaître les complications liées à ces consommations et pourtant, au quotidien, semblait exister un vide de prise en charge du patient dans sa globalité, lors de l'hospitalisation. Pour ce faire, nous avons profité de l'expérience dans cette spécialité de plusieurs d'entre nous, de la lecture de la littérature et des moyens possibles mis à notre disposition par notre établissement, pour proposer en interne une formation des professionnels sur la prise en charge en tabacologie, cette formation s'organisant in situ dans les services.

Un protocole de prise en charge du sevrage tabagique a été formalisé en collaboration avec l'équipe médicale et l'équipe soignante de la chirurgie thoracique. Dans un premier temps, nous avons présenté le projet au staff médico-chirurgical (cardiologie, chirurgie vasculaire, ORL et anesthésie). Le protocole, rédigé pour la chirurgie thoracique a été présenté lors de la formation des équipes de chirurgie vasculaire et ORL du site Sainte Blandine. Cette formation est faite par le médecin tabacologue, le cadre du service de tabacologie, qui exerce sur un autre site de l'hôpital. Se sont associées une Infirmière diplômée en tabacologie de cet autre site et une aide-soignante sensibles à la problématique. Cette formation a été organisée en deux temps : présentation théorique partagée avec plusieurs secteurs de chirurgie (épidémiologie, revue de la littérature, conséquences médico-chirurgicales liées à la consommation, traitements proposés…) et un temps d'échanges et de présentation des supports avec les différentes équipes (en tenant compte du travail en poste). Le protocole de prise en charge du sevrage tabagique a été adapté pour les chirurgies ORL et vasculaire, validé par la pharmacie et la direction, permettant ainsi la prise en charge quel que soit le moment de l'admission du patient.

L'établissement a été partie prenante de cette démarche avec dotation à sa charge du coût du temps de formation et du coût des traitements de substitution. À distance, une réunion d'ajustement a permis de conforter les équipes sur le début de prise en charge et d'échanger sur les difficultés rencontrées. Un travail à plusieurs, commencé en novembre 2010, toujours d'actualité en juin 2012, a pu être pérennisé. Pour les cas les plus complexes, la continuité de l'exercice de l'équipe de tabacologie sur le site de chirurgie vasculaire permet de maintenir des échanges au sein des équipes et d'améliorer la pratique. Actuellement,

un certain nombre de patients, suivis au cours de leur hospitalisation, continue à accepter une prise en charge à distance en consultation externe de tabacologie pour poursuivre leur sevrage.

P9f. Tabagisme et pathologies associées chez les personnes en situation de précarité sociale

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

La prévalence du tabagisme et les conséquences induites sont élevées chez les personnes en situation de précarité sociale. Un inventaire a été réalisé lors du bilan de santé d'allocataires du RMI ou du RSA entre 2005 et 2011, au dispensaire Émile Roux, à Clermont-Ferrand.

Matériel et méthode : 444 adultes (SR = 3,2 ; âge moyen = 39 ans ; score EPICES moyen = 51,44) en situation d'insertion professionnelle dans le Puy-de-Dôme, chez lesquels on identifie la consommation de tabac et les pathologies associées ; on compare leurs fréquences à celles de la population générale nationale.

Utilisation du logiciel SAS-version 8, analyse statistique (test du Khi 2 seuil de significativité à 5%).

Résultats : Il y a 69,7% de fumeurs dans la population (49% ont un tabagisme cumulé> ou = à 20 PA dont 55% avec un score FTND > ou = à 7), 27% d'ex-fumeurs, 4% de non fumeurs.

La prévalence des troubles anxio-dépressifs (39,9%), de la BPCO (14,1%), de l'obésité (24,4%), d'une addiction associée (64,6%), et significativement supérieure à celle de la population générale ($p < 0,0001$).

Les fumeurs ayant un score FTND > ou = à 7, présentent tous un mésusage d'alcool, un trouble anxio-dépressif, au moins une pathologie somatique associée et ont une fois sur deux, un score EPICES supérieur à 60 (niveau de grande précarité).

Conclusion : Chez les personnes en situation de précarité sociale, l'identification du tabagisme et l'évaluation du niveau de dépendance nicotinique sont des indicateurs facilitant le repérage des problématiques médico-psychologiques et sociales et leur prise en charge.

SY4. Symposium Johnson & Johnson

Demain et après… Optimisation de la prise en charge de la dépendance tabagique

M. Adler, J. Le Houezec

Session plénières et parallèles / Communications orales

VENDREDI 9 NOVEMBRE 2012 |*APRÈS-MIDI*

P7. Tabagisme et risques infectieux

P7a. Relations entre tabagisme et infections bactériennes et virales

G. Peiffer, CHR Metz-Thionville, Metz

Non communiqué

P7b. Tabac et tuberculose

M. Underner[1], J. Perriot[2], [1]UCT, Service de pneumologie, CHU, Poitiers, [2]Dispensaire Émile Roux, Clermont-Ferrand

Introduction : Cette revue étudie les relations entre tabagisme et tuberculose maladie (TM), deux enjeux majeurs de santé publique, en particulier dans les pays émergents.

Méthodes : Une recherche sur Medline a été réalisée sur la période 1980-2011 en utilisant les mots-clés suivants : smoking (ou tobacco) / tuberculosis ; smoking (ou tobacco) / tuberculosis / mortality ; smoking (ou tobacco) / tuberculosis / recurrence ; smoking (ou tobacco) / tuberculosis / treatment ; smoking (ou tobacco) / tuberculosis / treatment / adherence, avec les limites « Title / Abstract » et « Human ». Parmi les 474 articles, 108 ont été sélectionnés pour relecture de leur résumé et 76 ont finalement été retenus.

Résultats : Le risque de TM (tuberculose pulmonaire et extra-pulmonaire) est augmenté chez les fumeurs et ex-fumeurs comparativement aux individus n'ayant jamais fumé. Chez les fumeurs actuels, le risque de TM est dose dépendant (ancienneté de la consommation et consommation quotidienne). Il existe un risque accru de TM chez l'enfant et l'adulte exposé au tabagisme passif. Les fumeurs actuels présentent des tuberculoses pulmonaires plus souvent excavées avec présence plus fréquente de *Mycobacterium tuberculosis* dans les expectorations. La consommation de tabac expose à un risque supérieur de rechute de TM. Les fumeurs actuels de cigarettes (ou de « bidis ») ont un risque supérieur de décès par TM. Enfin, les fumeurs actuels ont une moindre observance de leur traitement de TM.

Conclusion : Le tabagisme aggrave le risque de TM et de décès par tuberculose. Dans les pays émergents, l'arrêt du tabagisme est un des modes de contrôle de l'épidémie de tuberculose.

P7c. Protocole de prise en charge des fumeurs VIH au CHU de Caen : étude TASMI

B. Le Maître[1], P. Feret[2], J.-J. Parienti[3], S. Dargère[3], A. Martin[3], A. de la Blanchardière[3], J. Michon[3], R. Verdon[3], [1]Tabacologie, CHU, Caen, [2]Coordination régionale de lutte contre l'infection VIH (COREVIH), [3]Maladies infectieuses, CHU, Caen

Objectifs : Optimiser la réussite du sevrage tabagique des PVIH fumeurs, par la mise en place d'un programme original de collaboration entre les services de tabacologie et de maladies Infectieuses du CHU de Caen. Le tabagisme est plus fréquent chez les personnes vivant avec le VIH (PVIH) que dans la population générale. La fréquence et/ou la gravité des comorbidités associées au VIH (pathologie cardio-vasculaire, cancers, hépatite C) s'en trouvent augmentées.

Méthodes : Ce programme repose sur :

- l'implication de tous les personnels de la consultation (CS) (secrétaires, IDE, TEC, médecins),
- l'information répétée sur les conséquences du tabagisme,
- la réalisation d'auto-questionnaires avant la CS,
- l'appel direct par le tabacologue dans les trois semaines après accord du patient et la mise à disposition gratuite des traitements d'aide à l'arrêt (SN ou varénicline).

La même prise en charge est proposée au conjoint et les frais de déplacement pris en charge. Parallèlement, les PVIH, qu'ils aient ou non, accepté ce programme, bénéficient d'informations sur le tabagisme et d'une évaluation structurée (CO expiré, score de tabagisme, d'anxiété-dépression, de qualité de vie), à chaque CS de suivi VIH.

Résultats préliminaires : Sur 635 PVIH (âge moy. 48,2 ans – hommes 405), vus à la CS entre février et août 2012, 252 F (39,7%), 282 NF (44,4%) et 101 ex-F (15,9%). Sur 252 PVIH F, 124 (49,2%) ont accepté la proposition. Au 31/08, 81 PVIH ont

débuté une démarche de sevrage et 48 (59%) ne fument plus.

Conclusion et perspectives : Seront évalués la faisabilité, les facteurs d'acceptation du programme, l'évolution des marqueurs VIH, de la qualité de vie et du score anxiété-dépression. Les taux de sevrage selon l'acceptation ou non du programme seront comparés.

P10. Tabagisme et pays émergents

P10a. Le tabagisme dans les pays en voie de développement : un facteur de risque et de pauvreté

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

Alors qu'en 2000, les 5 millions de décès annuels liés au tabagisme se répartissaient de façon égale entre pays développés et pays en développement, en 2030 le tabagisme sera responsable de 8 millions de décès dont 80% dans les pays en développement.

Au désastre sanitaire, s'ajoute le fardeau économique, le tabagisme étant un facteur d'appauvrissement des individus et des familles, qui consacrent une part importante de leurs revenus pour le tabac au détriment des besoins essentiels, alimentation, éducation et soins de santé. Femmes et enfants en sont les premières victimes. La consommation de tabac constitue aussi un obstacle au développement des États. Elle accroît les coûts des soins, est responsable d'un détournement de terres cultivables et constitue un frein au développement économique et social.

Ces pays sont très vulnérables, avec une forte pénétration de l'industrie du tabac par le biais des réductions de prix, de la contrebande, de la publicité omniprésente et de la promotion d'images positives des fumeurs favorisant l'expansion du tabagisme. Ces pays ont particulièrement intérêt à s'appuyer fortement sur la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) de l'OMS, qui joue non seulement un rôle majeur en politique sanitaire, mais constitue aussi un puissant instrument de politique de développement et de lutte contre les manipulations de l'industrie du tabac.

Pour en savoir plus : Thomas D. *Le tabagisme dans les pays en développement : un facteur de risque et de pauvreté*. Bull. Acad. Natle Méd., 2011, 195, n° 6, 1255-1268.

P10b. Le tabagisme en Afrique subsaharienne : l'exemple du Bénin

P. Nubukpo[1 2 3], A.-R. Gbary[4 5], E.-M. Ouendo[5], N. Kounouhehoua[6], J. Seignon[6], X. Laqueille[7], D.-S. Houinato[6]

[1]Centre hospitalier Esquirol, Limoges, [2]Centre hospitalier La Valette, Saint-Vaury, [3]Université de Limoges, [4]Représentant de l'OMS au Bénin, [5]Institut régional de santé publique de Ouidah (Bénin), [6]CNHU de Cotonou (Bénin), [7]Centre hospitalier Sainte-Anne, Paris,

Introduction : Le tabagisme constitue un facteur de risque modifiable des maladies non transmissibles. L'objectif de ce travail a été de déterminer la prévalence du tabagisme en population générale au Bénin.

Méthode : Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et analytique utilisant l'approche STEPSWise qui s'est déroulée dans les douze départements du Bénin de juillet à août 2008. Elle a été menée selon une technique de sondage en grappes et a porté sur 6 904 personnes âgées de 25 à 64 ans et résidant au Bénin depuis au moins 6 mois. Les données ont été saisies dans le logiciel EPI DATA et analysées par le logiciel STATA 9.1 avec le test de Khi2 et la régression logistique multivariée pas à pas prenant en compte le plan d'échantillonnage.

Résultats : La prévalence du tabagisme était de 17,1 p.100 [IC95% : (15,9 - 18,3)]. La prévalence de la consommation de tabac sous la forme fumée était de 9,5 p.100 [IC95% : (8,6 - 10,5)]. L'âge avancé, le sexe masculin, l'appartenance à l'ethnie Yom, le milieu rural, le niveau bas d'instruction et le département étaient les facteurs significativement associés au tabagisme.

Conclusion : Cette étude montre l'ampleur du tabagisme au Bénin. La mise en place d'activités de promotion de la santé permettra de réduire les conséquences de ce facteur sur la morbidité et sur la mortalité au Bénin.

NB : ce travail a fait l'objet d'une publication dans la revue *Alcoologie et addictologie*.

P10c. Narghilé : cotinine, CO et dépendance

Z. Aoun Bacha, Hôpital Hôtel Dieu de France, Beyrouth (Liban)

Le narghilé, durant les dix dernières années, s'est très répandu au Liban. 37 % des gens interrogés

étaient des fumeurs de narghilé dont 59% d'hommes, la moyenne d'âge était de 37 ans (Waked 2009).

Nous avons voulu étudier la variation du taux de CO exhalé et de la cotinine salivaire chez des fumeurs de narghilé en vie réelle et la comparer aux dosages chez des fumeurs de cigarettes ou chez des non-fumeurs, exposés au tabagisme environnemental. Une première étude pilote sur un petit échantillon a été effectuée, suivie d'une autre sur un échantillon plus grand avec des résultats concordants (Bacha ZA200, Salameh 2009).

Le taux de CO expiré augmente de 300% et de 477% respectivement dans les deux études, chez les fumeurs de narghilé, en comparaison avec 100% chez les fumeurs de cigarette. Le dosage de la cotinine salivaire dépend de l'intervalle de temps avec le dernier narghilé fumé, le moment de prélèvement par rapport à l'actuelle fume, du poids de l'individu, de la taille du narghilé, du nombre de personnes avec lesquels il partage son narghilé.

L'augmentation relative du taux de CO dépend de l'âge, du nombre de fumeurs auxquels il est passivement exposé, du poids et de la taille de l'individu, du nombre de narghilés fumés avant les mesures, inversement proportionnel avec la taille de la bouteille et le nombre de personnes s' il y a eu partage.

Nous avons essayé de développer un score de dépendance (LWDS-11) (Salameh 2008,2009). La dépendance au narghilé était en corrélation significative avec le nombre de fumeurs à la maison, au travail et l'indice de masse corporelle (IMC).

Le score final retenu est composé de 11 éléments, traduisant 4 modes de tabagisme chez le fumeur de narghilé:

- dépendance nicotine physique,
- terminaison d'un état dysphorique ou renforcement négatif,
- besoin impérieux psychologique, renforcement positif.

Le score de 10 est retenu pour distinguer les fumeurs fortement dépendants.

Références :

1. Inhal Toxicol. 2007; 19(9):771-7. *Saliva cotinine and exhaled carbon monoxide levels in natural environment waterpipe smokers*. Bacha ZA, et al.
2. Tobacco Use Insights 2009 :2 1-10. *Saliva Cotinine and Exhaled Carbon Monoxide in Real Life Waterpipe Smokers : A Post Hoc Analysis*. Salameh P, Aoun Bacha Z and al.
3. Nicotine Tob Res. 2008;10(1):149-58. Salameh P, Waked M, Aoun Z. *Waterpipe smoking : construction and validation of the Lebanon Waterpipe Dependence Scale*.
4. Eastern Medit Health Journal, 2009; 15(2): 432-442. *Water-pipe Smokers in Lebanon*: Waked and al.

P10d. L'ingérence de l'industrie du tabac en Afrique subsaharienne

S. Ratte, The Union, Paris

Non communiqué

P10e. Que dit la CCLAT sur la solidarité Nord-Sud en termes de tabagisme ?

C. Cagnat-Lardeau, Alliance contre le tabac, Paris

Malgré sa dangerosité scientifiquement prouvée, le tabagisme reste très présent dans le monde (794 millions de fumeurs répertoriés en 2010) et touche des populations très diverses. Ainsi, à l'échelle mondiale, une victime du tabagisme décède toutes les six secondes. C'est pour tenter de combattre ce phénomène que la Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT), ratifiée par 176 États, dont la France en 2004, a pour objectif de protéger les générations présentes et futures des effets sanitaires, sociaux, environnementaux et économiques de la consommation et de l'exposition à la fumée de tabac.

Alors que le monde émergent dans son ensemble représente un marché extraordinaire pour l'industrie du tabac qui souhaite massivement écouler ses produits, certains objectifs opérationnels ont été privilégiés pour contrer ces objectifs.

Ainsi, la CCLAT précise à l'article 22, que la coopération vise « … à fournir des compétences techniques, scientifiques et juridiques ou autres pour établir et renforcer les stratégies, les plans et les programmes nationaux de lutte contre le tabac ». L'article 20, quant à lui, engage les parties à « promouvoir et (de) renforcer... la formation et

le soutien de tous ceux qui participent à des activités de lutte antitabac, y compris la recherche, la mise en œuvre et l'évaluation », et encourage de ce fait l'application de la CCLAT dans les pays émergents par une coopération accrue des partenaires associatifs.

Alors que la CCLAT reconnaît explicitement l'importance de l'engagement des associations pour la bonne application des différentes mesures de ce traité de santé publique, il s'agira de présenter les différentes actions de solidarité mise en œuvre pour contrer l'épidémie du tabagisme et les agissements des industriels du tabac.

P11. Session sages-femmes. Tabagisme des femmes enceintes ou désireuses de l'être : de la prévention à la prise en charge adaptée

P11a. Réticence de la femme enceinte fumeuse et consultation de tabacologie

C. Brunel, Saint-Gratien

Étude comparative entre deux maternités ayant des politiques d'aide au sevrage tabagique différentes. La réticence de la femme enceinte à se rendre à une consultation de tabacologie est analysée. Cette réticence ne serait elle pas fonction de la politique d'aide au sevrage tabagique de la maternité ? Ne serait elle pas aussi le reflet de la réticence de l'équipe médicale et non médicale à promouvoir la tabacologie pendant la grossesse ? Le rôle de l'équipe médicale est essentiel pour encourager les femmes enceintes fumeuses et les accompagner vers un sevrage tabagique.

P11b. Femmes fumeuses et risque du cancer du sein : état des connaissances en 2012

E. Guillot

Non communiqué

P11c. Traitements substituts nicotiniques pendant la grossesse : évaluation des bénéfices/risques

I. Berlin, GH La Pitié-Salpêtrière, Paris

Non communiqué

P11d. Inhibition de la lactation par les dérivés de l'ergot de seigle chez les femmes fumeuses : quels risques et quelles stratégies ?

F. Dupré[1], A. Noblet[2], [1]Groupe hospitalier mutualiste, Grenoble, [2]Maternité HCE CHU Grenoble

Pour les femmes qui choisissent de ne pas allaiter ou qui échouent précocement en maternité, les médicaments dérivés de l'ergot de seigle ont aujourd'hui en France la préférence des prescripteurs (médecins, sages-femmes) pour l'inhibition de la lactation. Les médicaments dérivés de l'ergot de seigle ayant l'AMM ou non dans cette indication (Bromocriptine, Dihydroergocryptlne, Lisuride, Cabergoline) comportent des risques avec des effets secondaires graves sur le plan cardio-vasculaire, neuro-vasculaire et psychiatrique. Les données de pharmacovigilance montrent la persistance de morbi-mortalité et qu'il existe des erreurs de prescription en présence de facteurs de risques dont le tabagisme.

Les fumeuses cumulent ces deux aspects : le tabac comme facteurs de risque neuro-cardiovasculaire et psychiatrique et choisissent en outre plus souvent de ne pas allaiter par rapport aux non-fumeuses ou ex-fumeuses. Nous présenterons dans ce travail des données de pharmacovigilance récentes avec une discussion des risques liés aux ergotés, une stratégie possible de prescription avec les rappels des limites d'une prescription plus sécurisée en prenant en compte les facteurs risques cardio-vasculaires dont le tabagisme et les alternatives possibles pour les prescripteurs.

P12. Communications orales 2. Imaginer de nouvelles motivations à l'arrêt

P12a. Complications vasculaires à court et long terme chez les enfants nés de mères tabagiques

M. Contal[1], P. Mares[2], T. Lavabre-Bertrand[2], T. Boyer[2], C. Cazevielle[3], J.-L. Pujol[3], J.-P. Bureau[1], [1]Ligue Contre le Cancer du Gard, Nîmes, [2]CHU de Nîmes, [3]CRIC Inserm Montpellier

Présentation : Michel Delcroix, Appri, Bailleul

La croissance du fœtus dépend de l'apport du sang maternel. L'étude au microscope électronique de l'intima des artères et veines du cordon ombilical des mères fumeuses et non fumeuses et les artères

coronaires de nourrissons décédés de MSIN nés de mères fumeuses et non fumeuses ont été étudiés dans le passé. Nous avons voulu reproduire ces études anciennes.

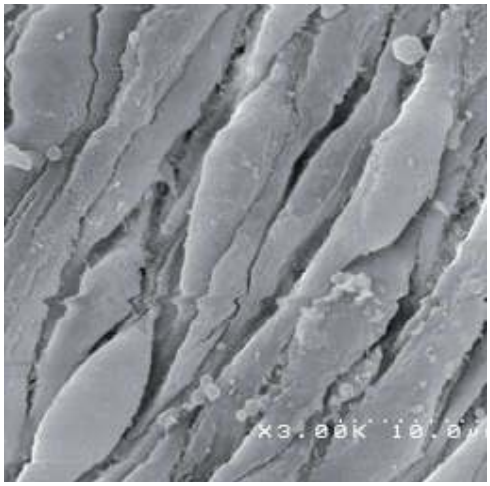
Méthodes : Après accord de 30 parents de la maternité de Nîmes, une analyse histologique des artères du cordon ombilicale en microscope électronique a été conduite au CRIC de Montpellier. Les cordons étaient recueillis à l'issue d'une grossesse normale de mères non exposés à la fumée du tabac ou fumeuses actives ou passives. Les dires de ces femmes ont été contrôlés au moment de la consultation prénatale et à l'accouchement par un dosage de cotinine urinaire et un dosage du CO expiré.

Résultats : Il existe une corrélation entre le tabagisme maternel durant la grossesse et les lésions constatées sur le cordon ombilical caractérisée en microscopie électronique par une dissociation des cellules du cordon.

Conclusion : Le travail que nous avons effectué à la maternité de Nîmes a bien confirmé le rôle néfaste du tabac sur l'intima des artères ombilicales des nouveaux nés de mères fumeuses alors que 22% des enfants naissent en France de mères fumeuses.

Cordon de mère non fumeuse

Cordon de mère fumeuse



P12b. L'impact du tabagisme préopératoire immédiat sur les suites postopératoires en salle de réveil

L. Bousson[1], M. De Kock2, Y. Kremer[2], V. Godding[3, 1]Faculté de kinésithérapie, UCL Louvain-la-Neuve (Belgique) [2]Anesthésiologie, UCL Saint-Luc, Bruxelles (Belgique) [3]Tabacologie, UCL Saint-Luc, Bruxelles (Belgique)

Le tabagisme préopératoire augmente les risques de morbidité et de mortalité post-opératoires. Lors de la consultation d'anesthésiologie pré-opératoire, les patients fumeurs reçoivent l'instruction de ne plus fumer depuis le soir précédant l'intervention.

Nous avions pour objectifs d'évaluer l'adhésion des patients aux consignes d'abstention du tabac, et de rechercher les complications en salle de réveil.

Nous avons réalisé une étude prospective durant 10 jours de la mesure du CO expiré à l'entrée du bloc opératoire de tous les patients ayant une intervention chirurgicale sous anesthésie générale.

306 patients ont réalisé une mesure de CO ; 9 patients ont refusé de poursuivre l'étude. 31 fumeurs persistants avaient un CO exp > 6ppm (13,4 ± 6,9 ppm)(FP) ; 266 patients avaient un CO exp < 6ppm ; parmi ceux-ci, 43 fumeurs abstinents (CO 3,6 ± 1,3 ppm) (FA) et 223 non-fumeurs (2,9 ± 1,2 ppm, p<0,001) (NF).

Les FP ont eu significativement plus d'incidents en salle de réveil que les FA (0,4 ±0,5 vs 0,11 ± 0,3, p=0,004), et que les NF (0,2 ±0,4, p=0,02). Les FP consommaient moins de médicaments que les FA (1,8 ± 1,7, vs 3,4 ± 3,4, p=0,02) et que les NF (3,6 ±3,4, p=0,004). Les FP étaient plus jeunes (47,5 A

±13) que les FA (52 A ±18, NS) et que les NF (57,7 A ± 18, p=0,004).

Le CO expiré était plus élevé chez les patients ayant présenté des problèmes d'analgésie en salle de réveil que chez les patients sans complications (5,5±6,9 ppm vs 3,6ppm ±3,2, p=0,02).

En conclusion, 58% des fumeurs ont respecté l'instruction de s'abstenir de fumer en préopératoire. Les FP ont présenté plus d'incidents en salle de réveil que les FA et les NF. Les FP devraient être identifiés et aidés.

P12c. Étude sur le tabagisme des élèves infirmier(ère)s de l'ENSP de Ouagadougou

G. Ouédraogo[1], G. Badoum[1], K. Boucoungou[1], M. Ouédraogo[1], J. Perriot[2], [1]Service de pneumologie, CHU YO, Ouagadougou (Burkina Faso), [2]Dispensaire Émile Roux, Clermont-Ferrand

Introduction : Le tabagisme est en expansion dans les pays émergents, il est déjà cause d'une importante morbimortalité au Burkina Faso. Les jeunes sont la cible des manufacturiers du tabac.

Objectifs :

1. Déterminer la prévalence du tabagisme en milieu scolaire professionnel ;
2. Déterminer les caractéristiques du tabagisme des élèves de l'École nationale de santé publique de Ouagadougou (843 élèves) ;
3. Déterminer la connaissance par les élèves des effets nocifs du tabac.

Méthodes : L'étude transversale à visée descriptive (échantillon de 262 élèves, en distinguant les fumeurs, permanents ou occasionnels, anciens fumeurs, non-fumeurs) s'est déroulée en juin 2004 par questionnaire anonyme (données analysées par logiciel EPI INFO version 6.0).

Résultats : La prévalence du tabagisme est de 20,5%. La durée du tabagisme est de 7,8 ans, l'âge d'initiation de 18,3 ans, la consommation quotidienne de 11,5 cigarettes par jour. L'ancienneté du tabagisme est de 7,85 ans (+/- 4,16 ans)(moyennes). Plus de 2/3 des fumeurs ont été influencés dans leur initiation au tabagisme par leur entourage. 29,5% étaient dépendants mais 70,4% des fumeurs étaient motivés à l'arrêt. 30,7% des hommes et 1,3% des femmes fumaient ; il y en avait 63 ,6% en 1ère année et 20,5% en 3ème année.

Conclusion : Le tabagisme des élèves infirmiers est important. Les élèves méconnaissent les effets du tabac et son pouvoir addictif. La mise en place d'un programme de lutte contre le tabac dans le milieu scolaire et l'introduction d'un cours de tabacologie dans les écoles des infirmiers sont nécessaires.

P12d. Formation clinique hors hôpital des étudiants en médecine de D1 de l'UPMC à la prise en charge du tabagisme

A. Duguet[1], L. Terrasse[2], M.-C. Renaud[1], C. Minot[2], P. Sommero[2], B. Dautzenberg[1 2 3], [1]Université Pierre et Marie Curie (UPMC), Paris, [2]OFT, Paris, [3]GH La Pitié-Salpêtrière, Paris

L'enseignement du tabagisme et de son traitement doit être effectué tout au long des études médicales. En 2012, les deux tiers des étudiants de D1 de l'UPMC ont passé une demi-journée en stage auprès des tabacologues de l'OFT assurant le suivi téléphonique de fumeurs.

Méthode : Tous les étudiants participaient deux par deux à ce stage obligatoire équipés d'un casque double écoute. Une évaluation avant/après a été mise en place.

Résultats : 14 tabacologues ont accueilli les étudiants âgés de 21,3 +/- 1,5 ans, qui étaient dans 63% des cas des étudiantes. 214 étudiants ont répondu à l'enquête avant/après.

Après le stage les étudiants estiment davantage que les cigarettes sont fumées par dépendance (40% vs 36%). Ils disent davantage que l'éventuel tabagisme du soignant influence la prise en charge (69% vs 57%). Ils considèrent plus souvent que l'on peut aider les patients par téléphone (85% vs 55%). Ils pensent plus que les soignants doivent prendre en charge tous les fumeurs quel que soit leur degré de motivation (51% vs 43%).

Les étudiants plébiscitent cette formation et 85% d'entre eux recommandent de la renouveler (les filles donnent un score sur 10 plus élevé que les garçons (7,54 vs 6,49)). Ils affirment que cette formation leur a permis de changer leur opinion sur l'utilité du téléphone pour le soin (score 7,27/10), d'acquérir des connaissances en tabacologie (score 6,96/10) et sur la relation avec les malades (score 6,66/10).

Conclusion : Les étudiants en médecine de troisième année (D1) de l'UPMC ont plébiscité la formation hors mur avec des tabacologues qui leur a permis d'augmenter leurs connaissances, de

modifier leurs opinions et les a invités à changer leurs pratiques.

P12e. La semaine motivationnelle : une nouvelle approche dans l'aide au sevrage

L. Hanssens[1], V. Lustygier[2], M. De Baets[2], M. Ansseau[2], J. Thimpont[2], [1]Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola, Bruxelles (Belgique), [2]CHU-Brugmann, Bruxelles (Belgique)

La prise en charge du patient tabagique est complexe et difficile. La semaine motivationnelle, développée dans le but d'augmenter les chances d'arrêt, fait partie de l'aide au sevrage tabagique des patients suivis au Centre hospitalier universitaire-Brugmann, Bruxelles, depuis juillet 2003. Le but de ce travail est d'en déterminer les taux d'abstinence continue à moyen et à long terme.

Matériel et méthodes : Les données cliniques, socio-professionnelles, du statut tabagique, du degré de dépendance, de la motivation à l'arrêt, des co-assuétudes et les taux d'abstinence continue à 6 mois, à 12 mois et en 2011 de tous les patients ayant participé à la semaine motivationnelle ont été récoltés.

Résultats : 213 ont été inclus. L'âge moyen était de 49,8 ans (DS:10,6). La consommation journalière moyenne était de 26,3 cigarettes (DS:10,1) et la durée moyenne du tabagisme de 32,3 ans (DS:10,5).Plus de trois quarts avaient un test de Fagerström > ou = à 6 et un score > ou = à 8 à l'échelle de motivation. Le taux d'abstinence continue était de : 40% à 6 mois, 29% à 12 mois, 21% en 2011 avec une durée moyenne de 5,4 ans (DS:1,4). Une différence significative a été observée, entre le groupe fumeur et le groupe abstinent, pour le niveau d'étude, la dépression, la dépendance physique et la motivation.

Discussion et conclusions : Notre étude, bien qu'elle ne soit pas randomisée contrôlée, a permis de montrer que la semaine motivationnelle peut être considérée comme une nouvelle approche dans l'aide au sevrage du patient tabagique. La dépression, un niveau d'étude inférieur, une forte dépendance et une moindre motivation restent des facteurs de mauvais pronostic de l'arrêt.

P12f. Qui vend les e.cigarettes parmi les pharmaciens et buralistes parisiens en 2012 ?

J.-M. Gras, M.-D. Dautzenberg[1], J. Osman[2], B. Dautzenberg[2 3 4], [1]Hôpital Necker-Enfants malades, Paris, [2]OFT, Paris, [3]Université Pierre et Marie Curie (UPMC), Paris, [4]GH La Pitié-Salpêtrière, Paris

Les fabricants de e.cigarettes (EC) annoncent que 2 millions de Français ont essayé en 2012 la EC. Ces EC sont vendues sur Internet, dans certaines superettes, dans une cinquantaine de boutiques spécifiques ouvertes en France en 2012, mais également en pharmacie – bien que cela ne soit pas autorisé – et chez les buralistes.

Méthodes : Un enquêteur s'est présenté chez les buralistes comme un client voulant expérimenter un nouveau produit et chez les pharmaciens comme un fumeur voulant arrêter de fumer. Sur un parcours identifié, il a exploré les 30 premiers pharmaciens et buralistes au printemps 2012.

Résultats : 36% des pharmaciens vendent des EC, 27% disent qu'ils n'en vendent plus car c'est interdit. 60% des buralistes vendent des EC, 17% n'en vendent plus car ils considèrent qu'elles se vendent mal. Chez les buralistes qui en vendent, les EC sont visibles dans 94% des cas, chez les pharmaciens qui en vendent les EC sont visibles dans 55% des cas.

La plupart des commerçants ont fait le choix d'une seule marque. Seul 1 pharmacien et 2 buralistes ont 2 marques différentes. Parmi les 31 commerçants qui ne vendent pas les EC, 12 conseillent un autre lieu d'achat ; 8 pharmaciens conseillent 6 fois un collègue, 1 fois Internet et 1 fois un buraliste. 3 buralistes dirigent 2 fois vers un pharmacien, 1 fois vers un buraliste.

Les pharmaciens vendent essentiellement des EC rechargeables (50%), alors que les buralistes vendent essentiellement des EC jetables (53%).

Conclusions : L'ambiguïté du statut de la EC apparaît bien dans la façon dont elles sont vendues. On peut s'étonner que les rappels à l'ordre des autorités ne soient pas suivis d'effets et que plus du tiers des pharmacies vendent ces EC.

S4. Tabagisme et grossesse

S4a. Consommation de tabac pendant la grossesse : données de l'enquête nationale périnatale 2010

M.-J. Saurel-Cubizolles, C. Prunet, B. Blondel, Inserm Unité 953, Université Paris VI, Paris

L'objectif est d'estimer la fréquence de consommation de tabac pendant la grossesse, de

décrire les caractéristiques des consommatrices et d'analyser le lien avec l'issue de la grossesse. Les données proviennent de l'enquête nationale périnatale de 2010, réalisée auprès d'un échantillon représentatif de naissances ; l'analyse a porté sur les naissances vivantes, en métropole, pour lesquelles l'information sur la consommation de tabac était disponible, soit 14 022 femmes.

Après une augmentation importante du pourcentage de fumeuses pendant la grossesse, de 9% en 1972 à 25% en 1998, on observe une diminution, 21% en 2003 et 17% en 2010. Parallèlement, alors que le pourcentage de femmes qui arrêtent de fumer pendant la grossesse avait diminué entre 1972 et 1995, de 46% à 36%, il augmente à nouveau pour atteindre 43% en 2010.

Les femmes qui fument pendant la grossesse vivent plus souvent seules, ont plus souvent une parité élevée, un niveau d'études faible et des revenus faibles. Parallèlement les femmes de niveau d'études élevé, qui ont un emploi et des revenus élevés, sont plus nombreuses à arrêter de fumer pendant la grossesse.

Le pourcentage d'enfants hypotrophiques est plus élevé parmi les femmes qui ont fumé pendant la grossesse ; il est d'autant plus élevé que le nombre de cigarettes fumées chaque jour est élevé. Après prise en compte des autres facteurs de risque, la probabilité d'avoir un enfant hypotrophique est augmentée pour les femmes qui ont fumé durant la grossesse ; l'odds ratio ajusté associé au fait de fumer était de 2,50 [IC à 95% : 2,1-2,9] pour au moins une cigarette par jour et celui associé au fait de fumer 10 cigarettes ou plus chaque jour est proche de 3 comparé au risque des femmes ne fumant pas au 3ème trimestre de la grossesse.

S4b. Effet du tabagisme passif sur la circulation pulmonaire fœtale : étude expérimentale chez la brebis gestante

V. Houfflin-Debarge[1], L. Storme[1], E. Sabbah-Briffaut[2], [1]Hôpital Jeanne de Flandre, Lille, [2]Maternité Pavillon Paul Gellé, Roubaix

Non communiqué

S4c. Résultats préliminaires de l'étude SNIPP

I. Berlin, GH La Pitié-Salpêtrière, Paris

Non communiqué

Ateliers

JEUDI 8 & VENDREDI 9 NOVEMBRE 2012

A1. Le tabagisme est-il une maladie chronique ?

Controverse entre

M. Underner, CHU, Poitiers

En 2008, un groupe d'experts, coordonnés par M.C. Fiore (USA) a actualisé les recommandations sur la prise en charge et le traitement du tabagisme et de la dépendance au tabac [1]. Parmi les dix recommandations, la première insiste sur le fait que la dépendance au tabac est une maladie chronique qui nécessite souvent des interventions répétées et de nombreuses tentatives pour arrêter de fumer. Le modèle de Prochaska et DiClemente montre bien que le tabagisme est une maladie chronique caractérisée par des tentatives d'arrêt répétées et des rechutes. Malgré cela, son traitement est trop souvent ponctuel, non ou peu coordonné et insuffisant en termes de dose et/ou de durée. La dépendance au tabac doit être prise en charge comme le diabète, l'asthme, l'hypertension artérielle, l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance coronarienne, la dépression ou la douleur chronique. Steinberg *et al.* [2] ont comparé les points communs et les différences de prise en charge du tabagisme et du diabète.

D'autre part, plusieurs études ont comparé la prise en charge prolongée (par traitements nicotiniques et/ou soutien psychologique) et les traitements standards de la dépendance au tabac [3-5].

Saitz *et al.* [6] ont bien montré les bénéfices d'une prise en charge au long cours de toute dépendance (C*hronic Disease Management : CDM) :*

- Prise en charge de la dépendance comme une autre pathologie chronique (diabète…) et non de façon ponctuelle où la dépendance est envisagée uniquement comme un problème aigu (comme par exemple une crise d'asthme).
- Prise en charge globale des problèmes médicaux, psychiatriques et sociaux.
- Prise en charge des problèmes spécifiques de la dépendance.
- Prise en charge et traitement des problèmes coexistant ou liés à la dépendance tabagique (alcoolisme, toxicomanie, pathologies liées au tabac, etc.).
- Nouvel engagement dans un arrêt du tabac en cas de rechute.
- Prescription de traitements efficaces, fondés sur les preuves.
- Diminution du risque de rechute.
- Aide du médecin traitant, impliqué lui aussi dans le programme thérapeutique.
- Adhésion du patient au traitement et au suivi.
- Connaissance des différents services, consultations ou lignes téléphoniques disponibles pour l'aider.

Le questionnaire PACIC (*Patient Assessment of Chronic Ilness Care*), proposé par Glasgow *et al. e*n 2005 [7] comporte 20 items, classés en 5 rubriques. Il permet au patient d'évaluer la qualité de la prise en charge de sa dépendance.

Ainsi, la dépendance au tabac doit être abordée comme toute maladie chronique.

Références :

[1] 2008 PHS Guideline Update Panel, Liaisons, and Staff. *Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary*. Respir Care 2008 ; 53 : 1217-22.

[2] Steinberg MB, Schmelzer AC, Richardson DL, Foulds J. *The case for treating tobacco dependence as a chronic disease*. Ann Intern Med 2008 ;148 : 554-6.

[3] Joseph AM, Fu SS, Lindgren B, Rothman AJ, Kodl M, Lando H, Doyle B, Hatsukami D. *Chronic disease management for tobacco dependence: a randomized, controlled trial*. Arch Intern Med 2011 ; 171 : 1894-900.

[4] Schnoll RA, Patterson F, Wileyto EP, Heitjan DF, Shields AE, Asch DA, Lerman C. *Effectiveness of extended-duration transdermal nicotine therapy: a randomized trial*. Ann Intern Med 2010 ; 52 :144-51.

[5] Hall SM, Humfleet GL, Munoz RF, Reus VI, Robbins JA, Prochaska JJ. *Extended treatment of older cigarette smokers*. Addiction 2009 ;104 :1043-52.

[6] Saitz R, Larson MJ, Labelle C, Richardson J, Samet JH. *The Case for Chronic Disease Management for Addiction*. J Addict Med 2008 ;2 : 55-65.

[7] Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J, Mahoney LD, Reid RJ, Greene SM. *Development and validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC)*. Med Care 2005 ; 43 :436-44.

et **G. Peiffer, CHR Metz-Thionville, Metz**

Non communiqué

A2. Convaincre les médecins du travail et les chefs d'entreprise de mettre en place une aide à l'arrêt du tabac en entreprise

A. Delrieu[1], M. Matrat[2], P. Bourassin[3], N. Foncin[4], [1]OFT, Paris, [2]CHIC, Créteil, [3]IGR, Villejuif, [4]Technip, Paris La Défense

Aujourd'hui, nous savons que le tabagisme est à la fois une maladie comportementale mais aussi une maladie chronique. En tant que tabacologues, nous voyons une certaine partie de la population des fumeurs dans nos consultations, mais la grande majorité échappe à une information qui leur permettrait d'arrêter de fumer avant l'apparition des complications.

En milieu de travail, il est interdit de fumer sur les lieux de travail. Les médecins du travail rencontrent cependant en consultation des patients qui continuent à fumer, parfois même à leur poste, comme les travailleurs du bâtiment et des travaux publics, par exemple.

Pourquoi serions nous amenés à proposer de l'aide pour les personnes que nous suivons en entreprise ? Et comment pourrions-nous nous y prendre ?

Pourquoi un chef d'entreprise souhaiterait aider ses personnels à arrêter de fumer ?

Ces deux acteurs de l'entreprise ont donc des raisons, pas toujours identiques, de proposer de l'aide pour l'arrêt du tabac. Et si cette aide se met en place, comment l'organiser et quels moyens mettre en œuvre?

L'atelier sera animé par deux médecins du travail, dont un est tabacologue, un directeur des ressources humaines et un médecin tabacologue de l'OFT qui présenteront ces différents aspects et discuteront avec vous des points que vous souhaitez aborder et dont vous leur aurez fait part auparavant.

A3. Session infirmières

Table ronde sur la tabacologie de liaison

M.-L. Cilia[1], B. Faure[2], [1]CH Louis Pasteur, Colmar, [2]CH Saint-Esprit, Agen

L'objectif des consultations « au lit du malade » est de permettre à chaque personne entrant à l'hôpital de bénéficier d'une prise en charge d'aide à l'arrêt du tabac.

Depuis les années 2000, de nombreux textes législatifs ont permis à la tabacologie de liaison de se développer.

Il n'existe pas de protocole commun, de ce fait chaque établissement a ses propres pratiques.

Nous animerons une table ronde sur le fonctionnement des équipes de liaison.

Les expériences des participants et leurs pratiques, permettront de faire émerger les points positifs et les freins rencontrés sur le terrain afin de pouvoir optimiser l'accompagnement du patient fumeur à l'hôpital.

Posters

JEUDI 8 & VENDREDI 9 NOVEMBRE 2012

Les communications par posters proposées dans le cadre du 6e Congrès de la SFT feront l'objet d'une visite guidée animée par un président de session au cours de laquelle les auteurs répondront aux questions. Merci de vous reporter à la grille en pages 2 et 3 pour connaître les heures de visite de chaque série de posters.

AFF1. Le lobbying du tabac en France durant le quinquennat de J. Chirac et de N. Sarkozy : du meilleur au pire

B. Dautzenberg, J. Osman, OFT, Paris

De 2002 à 2012, les deux présidents français J. Chirac et N. Sarkozy du même parti politique ont fermé pour le premier et ouvert pour le second la porte aux lobbyistes du tabac.

De 2002 à 2007, la France a connu l'une des meilleures améliorations du contrôle du tabac jamais observée, avec une baisse de 82 à 54 milliards des cigarettes vendues, une baisse de 76% des taux de tabagisme quotidien chez les écoliers de 12 à 15 ans à Paris, une réduction de 23% du tabagisme parmi les 17 ans (ESCAPAD), une baisse de 4% de fumeurs quotidiens chez les adultes selon l'INPES et de l'air pur pour tous avec l'interdiction de fumer dans les lieux publics décidée en novembre 2006. Pendant cette période, les lobbyistes du tabac ont essayé d'agir, mais le président J. Chirac avait déclaré la guerre au tabac en mars 2003 et accru les taxes de 39%, augmentant le prix du paquet de 1,4 €.

En opposition totale, avec N. Sarkozy de 2007-2011, la France n'a connu aucune avancée dans le contrôle du tabac. Les ventes de cigarettes restent à 54 milliards. Parmi les 12-15 ans, le taux de tabagisme a augmenté de 35%. L'enquête Escapad sur les 17 ans confirme une hausse de 9% entre 2008 et 2011. Le taux de tabagisme chez les adultes montre une augmentation relative de 7% selon l'INPES. Ainsi, une politique catastrophique en termes de lutte contre le tabac a conduit à des résultats désastreux. Dans le même temps, les buralistes ont reçu 1 055 milliards d'euros de plus et l'industrie du tabac 562 millions d'euros. L'augmentation du prix du paquet a pourtant été de 1,2 € (1,6 € prévu fin 2012) mais par hausses de 6% organisées par l'industrie donnant une image pénible de la soumission de la France aux lobbies du tabac.

AFF2. Facteurs prédictifs de reprise du tabagisme après transplantation cardiaque

T. Timmermans[1], O. Van Caeneghem[1], A.-C. Pouleur[1], A. Poncelet[1], O. Gurne[1], C. Brohet[2], V. Godding[3], [1]Transplantation cardiaque, UCL Saint-Luc, Bruxelles (Belgique), [2]Cardiologie, UCL Saint-Luc, Bruxelles (Belgique), [3]Tabacologie, UCL Saint-Luc, Bruxelles (Belgique)

Le tabagisme aggrave le pronostic de la transplantation cardiaque (TC). Dans notre centre, plus d'1 ex-fumeur sur 3 recommence à fumer après TC.

Notre objectif était de déterminer les facteurs de risque prédictifs de reprise du tabagisme après TC.

Nous avons mené une étude prospective monocentrique durant 6 mois. Un questionnaire de 21 items concernant les habitudes tabagiques a été remis à 139 patients avec TC. Le tabagisme actif a été évalué par questionnaire et CO expiré.

Résultats : En analyse multivariée, trois facteurs favorisent la reprise du tabac après TC.

1. L'arrêt tabagique moins de 6 mois avant TC est associé à un risque 96,6 fois plus élevé de refumer après TC, par rapport aux arrêts plus anciens ($p < 0.0001$).

2. Avoir un entourage fumeur augmente le risque de refumer après TC (OR 8.3 ; $p < 0.021$).

3. Le moral dans l'année après la TC influence la reprise du tabagisme. Pour chaque point en moins d'un score dépression de 0 à 10, le patient a 1.7 fois plus de risque de recommencer à fumer (OR : 1.7 ; $p < 0.017$).

En analyse monovariée, le niveau d'études diffère: 72% des non-fumeurs ont un niveau bac ou plus, contre 54% des fumeurs (p=0.040).

L'âge, le sexe, la pathologie pré-TC, le BMI et le nombre de cigarettes fumées ne sont pas associés avec la reprise du tabac.

En conclusion, dans notre centre, les facteurs de risque de reprise du tabagisme après TC sont le délai court entre l'arrêt du tabac et la TC, l'entourage fumeur et le moral du patient dans l'année après la TC. Un suivi tabacologique attentif de ces patients est nécessaire.

AFF3. Coups de tabac

C. Wahl, Cipret-Genève, Genève (Suisse)

Les thématiques développées dans le film (28 minutes) concernent l'éthique, la politique, l'environnement et l'économie. Le scénario traite de :

1. La culture du tabac dans les pays du sud (situation emblématique du Malawi) avec le travail des enfants, leur déscolarisation, l'exploitation des travailleur(euse)s, les problèmes de santé induits par la pénibilité et la dangerosité de leur travail.

2. L'image que véhiculent les cigarettiers à travers leur site, leurs publicités, le sponsoring et les actions de bienfaisance (en Suisse et dans le monde). Stratégies qui ne sont pas toujours d'une éthique scrupuleuse.

3. Les bénéfices versus déficits de l'implantation des cigarettiers en Suisse, étayés par l'étude du professeur Claude Jeanrenaud de Neuchâtel. Cette étude établit avec rigueur, statistiques à l'appui, que l'impact économique de l'industrie du tabac dans nos régions n'est de loin pas aussi bénéfique que le prétendent les patrons et les alliés de ces entreprises. Il y a un écart flagrant entre les bénéfices que peuvent ramener les industries du tabac à nos économies en comparaison des coûts exorbitants, à la charge de la collectivité, qu'induit la consommation du tabac.

La réalisation du film a été confiée à l'association genevoise *Délit de film* (www.delitdefilm.ch) qui œuvre dans la réalisation de films de prévention.

Un film qui veut avant tout poser des questions et ouvrir le débat en ne stigmatisant pas le fumeur mais le produit et susciter une prise de conscience plus globale quant aux différents impacts du tabac.

Cette manière collective et transdisciplinaire de travailler renforce l'intelligence collective nécessaire pour proposer un nouvel axe pertinent de sensibilisation et de prévention du tabagisme.

http://www.youtube.com/watch?v=dzYuhP0JazM

AFF4. Vers la fin du tabagisme quotidien chez les étudiants en médecine de D1 de l'UPMC ?

A. Duguet[1], L. Terrasse[2], M.-C. Renaud[1], C. Minot[2], P. Sommero[2], B. Dautzenberg[1 2 3], [1]Université Pierre et Marie Curie (UPMC), Paris, [2]OFT, Paris, [3]GH La Pitié-Salpêtrière, Paris

L'OMS a lancé l'offensive vers « la fin du tabac », définie par l'existence de moins de 5% de fumeurs quotidiens de tabac dans une communauté.

Il y a 30 ans les médecins fumaient plus que la population générale. Le tabagisme des professionnels de santé influence leur pratique médicale vis-à-vis du tabac.

Trois enquêtes conduites en 2002, 2004 et 2012 permettent de suivre l'évolution du tabagisme des étudiants en médecine de troisième année (D1) de la Faculté Pitié-Salpêtrière maintenant intégrée au sein de l'UPMC.

Méthode : La première enquête a porté sur 681 étudiants de différentes années et s'est déroulée le jour de l'examen juste avant la distribution des sujets. La deuxième enquête a été conduite par l'OFT et ACTIF dans 24 facultés de médecine dont la Pitié-Salpêtrière en amphithéâtre avant un cours. La troisième enquête a été réalisée en ligne par l'UPMC et l'OFT lors d'un stage obligatoire hors murs d'une demi-journée sur la prise en charge de l'arrêt du tabac.

Résultats : Le taux de fumeurs occasionnels (fume du tabac, mais pas tous les jours) reste quasiment stable de 2002 à 2012 (11,0%, 11,9% et 11,5%).

Le taux de fumeurs quotidiens est presque divisé par 2, passant de 16,9% en 2002 à 16,2% en 2004 et 8,8% en 2012.

Conclusion : Malgré la persistance d'un taux élevé de fumeurs occasionnels de tabac, la baisse du tabagisme quotidien des étudiants en médecine de troisième année (D1) constatée est encourageante. Si la baisse se poursuit au même rythme il y aura moins de 5% de fumeurs quotidiens dans cette population dès 2018. Les raisons de la persistance d'un taux élevé de fumeurs occasionnels dans cette population, comme dans d'autres enquêtes, restent à explorer.

AFF5. Évaluation de la composante identitaire du fumeur consultant en tabacologie

P. Dupont[1], V. Tack[2], A. Ammirouche[3], [1]Service d'addicologie, Hôpital Paul Brousse, Villejuif, [2]Médecin Généraliste, Paris, [3]Service d'addictologie, Hôpital Paul Brousse, Villejuif

Est-ce que l'identité de fumeur décrite par certains en consultations de tabacologie a une réelle importance dans l'acte de fumer ?

Nous présentons les résultats d'une étude prospective réalisée auprès d'une population française de fumeurs consultant. Nous avons interrogé tous les patients venus à une réunion préalable à la première consultation individuelle. 94 questionnaires sur 114 (20 questionnaires incomplets) ont été analysés statistiquement en fonction de l'âge, du sexe, de la dépendance au tabac évaluée par le test de Fagerström. Nous avons cherché si le maintien de l'identité de fumeur était un motif à fumer, un frein à l'arrêt et s'il modifiait la motivation et la confiance du fumeur à arrêter prochainement à partir respectivement du test MRSS (*Modified Reasons for Smoking Scale*), de l'adaptation française du questionnaire d'Abrams (*Barriers to smoking cessation checklist*) et d'une partie du test de motivation de Richmond. La lecture de la bibliographie nous a également permis d'élaborer un test d'évaluation de cette composante : le *Smoker's Identity Scale* (SIS).

Les résultats montrent d'une part l'importance de l'identité de fumeur à la fois comme motif à fumer et comme frein à l'arrêt, d'autre part la cohérence statistique du test SIS. Nous avons pu vérifier que la perception de l'identité de fumeur réduit la confiance d'arrêt du tabac à 6 mois chez ceux qui ont une perception forte au test SIS (p=0,005). Nous pouvons donc parler pour certains fumeurs de l'existence d'une composante identitaire de la dépendance au tabac. Nous pensons donc, après vérification de ce premier travail, que cette dernière devrait être évaluée dans nos interrogatoires et prise en charge quand elle existe.

AFF6. Auto-audit des consultations de tabacologie en France (auto-audit ESCCAN)

A. Delrieu[1], B. Dautzenberg[1 2 3], S. Fleitmann[4], J. Osman[1], M.-D. Dautzenberg[5, 1]OFT, Paris, [2]Université Pierre et Marie Curie (UPMC), Paris, [3]GH La Pitié-Salpêtrière, Paris, [4]Consultante (Allemagne), [5]Hôpital Necker-Enfants malades, Paris

Il y a en France 647 consultations de tabacologie (www.ofta-asso.fr) et environ 2 500 en Europe.

Méthodes : Les consultations de tabacologie ont été invitées fin 2011 à remplir un auto-audit sur leur fonctionnement en utilisant le questionnaire en ligne européen e.SCCAN. Les réponses de la France ont été comparées aux réponses des autres pays européens.

Le questionnaire e.SCCAN contient 25 questions qui mesurent 8 items sur les différents aspects des consultations. Chaque réponse peut varier de 0 (non existence, non implémenté) à 4 (implémentation totale de l'objectif). Le score maximum est donc de 4*25=100.

Résultats : 100 consultations françaises ont répondu et ont été comparées aux 146 consultations européennes ayant participé à l'audit en 9 langues différentes. Le score des consultations françaises est non significativement supérieur à celui des autres pays européens (74,01+/-16,63 vs 73,44 +/-15,15). Il existe cependant des différences significatives entre certains des 8 items constituant le score. Les consultations françaises sont mieux identifiées (score 3,5 vs 3,1) comme centres de tabacologie, se plaignent moins du manque de ressources (score 3,6 vs 3,3), ont des usagers plus clairement identifiés (score 3,2 vs 2,6), sont plus associées à la formation (score 2,6 vs 2,4) et à la promotion de la santé (score 3,1 vs 2,9), mais sont moins tournées vers l'évaluation de leur activité ou vers la recherche (score 1,7 vs 2,4) et l'évaluation (score 2,0 vs 3,1).

Conclusion : Les consultations de tabacologie en France ont un grave déficit en matière d'évaluation et de recherche par rapport aux autres consultations européennes.

L'étude e.SCCAN a reçu un unrestricted grant *de Pfizer.*

AFF8. Support social au sein du couple, satisfaction conjugale et sevrage tabagique

C. Frenoy[1], J. Jamart[2], L. Galanti[1], [1]Tabacologie, CHU-UCL Mont-Godinne, Yvoir (Belgique), [2]Unité Support scientifique, CHU-UCL Mont-Godinne, Yvoir (Belgique)

Cette étude évalue l'aide du conjoint lors du sevrage tabac en fonction du niveau de satisfaction

conjugale. Le statut tabagique de 24 fumeurs (F) de consultation de tabacologie a été évalué, la moitié recevant une brochure d'information pour leur conjoint. Des échelles de type Likert et des questionnaires ont été complétés avant l'arrêt du tabac (PIQ, ENRICH, EMS Scale), 7 jours et 1 mois après l'arrêt (PIQ). Le score moyen de Fagerström est de 5.4±2.3, le CO de 18±9 ppm, l'abstinence continue à 1 mois de 47%, l'abstinence temporaire de 62%. Il n'y a pas de différence significative entre les groupes en fonction de la brochure. Les conjoints F sont moins soutenants que les conjoints non-F ou ex-F (PIQ+ : 14.8±4.9 vs 24.5±8.2, p=0.026). Une corrélation significative (r=0.509 ; p=0.011) est observée entre le degré de satisfaction conjugale et le support social. Les scores à l'échelle de satisfaction conjugale et le soutien sont significativement plus élevés chez les F abstinents que chez les F persistants à 7 jours (52.3±8.3 vs 33.2±12.3, p=0.009 ; 5.6±1.2 vs 3.5±1.3, p=0.013) et 1 mois (56.9±7.1 vs 44.3±13.3, p=0.027 ; 6.2±0.9 vs 4.4±1.3, p=0.008). Le PIQ négatif est plus bas chez les F abstinents que chez les F persistants en pré-arrêt (12.8±3.6 vs 23.0±10.4, p=0.021) et après 1 mois de sevrage (p=0.015). Les résultats suggèrent qu'un support social négatif préexistant à l'arrêt tabagique est associé à la rechute, la perception d'une relation épanouissante avec son conjoint augmenterait les chances d'être abstinent à 1 mois. Ces résultats préliminaires doivent être confirmés par l'étude d'un plus grand nombre de sujets.

AFF9. La e.cigarette, un nouveau produit d'initiation au tabagisme chez les élèves parisiens

P. Birkui[1], J. Osman[2], M. Noël[3], M.-D. Dautzenberg[4], B. Dautzenberg[1256], [1]Paris sans tabac (PST), Paris, [2]OFT, Paris [3]Rectorat Académie de Paris, Paris, [4]Hôpital Necker-Enfants Malades, Paris [5]Université Pierre et Marie Curie (UPMC), Paris, [6]GH La Pitié-Salpêtrière, Paris,

Du fait d'un marketing intensif depuis cinq ans, la e.cigarette (EC) devient de plus en plus populaire en France.

En raison d'une baisse de prix de 60-100 € pour une ancienne EC réutilisable à 6-10 € pour une EC jetable, ce produit pourrait devenir un produit d'entrée en tabagisme.

Méthode : Une question concernant la EC a été introduite en 2012 dans l'enquête annuelle par auto-questionnaire conduite depuis 1991 par PST sur un échantillon aléatoire de 2% des collégiens et lycéens parisiens.

Résultats : Sur 3409 écoliers de 12 à 19 ans interrogés (âge moyen 15,3 ans), 49% sont des filles.

Le pourcentage d'adolescents rapportant une expérimentation de EC est de 6% à 12-14 ans, 12% à 15-16 ans, 19% à 17 ans.

Les filles l'ont plus expérimentée que les garçons. L'expérimentation varie selon le statut tabagique : 5% chez les non-fumeurs, 15% chez les fumeurs occasionnels, 18% chez les ex-fumeurs et 33% chez les fumeurs quotidiens.

Le taux d'expérimentation de EC est de 23% chez ceux qui n'ont pas l'intention d'arrêter de fumer et de 19% chez ceux qui envisagent l'arrêt. L'expérimentation de EC est 6 fois plus fréquente chez ceux qui ont expérimenté la chicha, 5 fois plus chez ceux qui ont expérimenté le cannabis et 5 fois plus chez ceux qui ont eu plus de 4 ivresses.

Conclusions : Les EC sont rapidement devenues un produit familier des jeunes. Leur utilisation n'est pas liée à l'intention d'arrêter de fumer, mais avec le tabagisme, la chicha, le cannabis et les ivresses. Pour prévenir son initiation, nous recommandons de considérer la EC comme un produit du tabac, d'en interdire toute promotion et vente aux moins de 18 ans.

Remerciements à la CPAM de Paris et aux autorités scolaires de Paris.

AFF10. Métabolisme de la nicotine et bilan lipidique chez les fumeurs

S. Godard[1], M. Godet[1], J. Jamart[2], L. Galanti[1], [1]Laboratoire, CHU-UCL Mont-Godinne, Yvoir, (Belgique) [2]Unité Support scientifique, CHU-UCL Mont-Godinne, Yvoir (Belgique)

Le tabagisme modifie le métabolisme des lipides, participant ainsi à l'augmentation du risque cardio-vasculaire chez les fumeurs. Cette étude évalue l'influence du métabolisme de la nicotine sur différents paramètres biologiques du bilan lipidique. 65 sujets ont été étudiés : 33 fumeurs (F) dont 18 femmes et 15 hommes, âgés de 39±13 ans consommant 21±10 cigarettes/jour depuis 10 à 48 ans (moyenne 31±11 ans), et 32 non fumeurs (NF) dont 23 femmes et de 9 hommes d'un âge moyen de 48±10 ans. Un bilan lipidique [triglycérides (TRI), cholestérol total (CHOL), HDL, LDL, LDL oxydés (LDLox), apolipoprotéines A1 et B (ApoA1, ApoB)] a été réalisé ainsi que le dosage de la cotinine (cot) et de la 3'OH-cotinine (OHcot). L'influence de paramètres tels âge, sexe, nombre de cigarettes

fumées, score de Fagerström (FAG) a également été analysée. Les concentrations en HDL (p=0.031) et ApoA1 (p=0.008) sont statistiquement plus basses chez les F que les NF alors que TRI (p=0.037) et ApoB (p=0.005) sont statistiquement plus élevées. Aucune différence significative en CHOL, LDL, et LDLox n'a été observée. Il existe toutefois une corrélation significative (p<0.05) entre TRI et le nombre de cigarettes/jour, FAG, l'âge, le poids et le BMI, entre HDL et l'âge, le poids et le BMI et entre LDLox et OHcot. Ces résultats confirment l'influence du tabac d'une part en diminuant les marqueurs lipidiques bénéfiques et d'autre part en augmentant les facteurs lipidiques nocifs pour le système cardiovasculaire. La consommation de tabac est de plus liée aux taux de TRI et LDLox, confirmant un risque cardio-vasculaire plus élevé en fonction de l'importance du tabagisme.

AFF11. Être hospitalisé pour un sevrage tabagique : l'expérience du premier programme de sevrage tabac

D. Cozzolino, Y. Lestrat, M. Cadranel, C. Dubertret, Hôpital Louis Mourier, Colombes

La prise en charge de *hard-core smokers*, patients résistants ayant bénéficié de plusieurs lignes thérapeutiques de sevrage tabagique sans succès, reste un des enjeux majeurs en tabacologie si on considère la prévalence de morbi-mortalité dans cette population.

Pour le sevrage de certains patients, une prise en charge hospitalière peut être nécessaire mais souvent difficile à obtenir des services d'addictologie, peu habitués à ce motif d'hospitalisation. À cette proposition, les patients peuvent montrer une réticence, malgré les échecs successifs, car ils ne se sentent pas dépendants d'un produit au pouvoir addictif puissant et ne s'identifient pas aux patients souffrant d'autres addictions.

Depuis 2011, notre unité d'addictologie a mis en place un programme de soins hospitaliers pour ces patients fumeurs résistants. Ce programme de soins consiste à prendre en charge un groupe de huit fumeurs, qui bénéficient d'approches cognitivo-comportementales, de thérapies motivationnelles et d'expositions, en groupe et individuellement.

Les premiers résultats, très encourageants, seront présentés au cours du congrès.

AFF12. Évaluation du biais attentionnel envers les stimuli liés au tabac chez les fumeurs : attention facilitée ou difficulté de désengagement ?

V. Dethier[1], A. Heeren[1], L. Galanti[2], [1]Institut de recherche en Sciences psychologiques, UCL, Louvain-La-Neuve (Belgique), [2]Tabacologie, CHU-UCL Mont-Godinne, Yvoir (Belgique)

La compréhension des mécanismes attentionnels envers les stimuli liés au tabac chez les fumeurs reste encore largement l'objet de débats scientifiques. Or, des études récentes suggèrent que ceux-ci joueraient un rôle dans le maintien de la consommation. Plusieurs types de paradigmes expérimentaux ont tenté de mettre en évidence un biais attentionnel chez les fumeurs : la tâche de Stroop, la tâche de sondage attentionnel et l'enregistrement des mouvements oculaires. Certaines études ont également tenté de tester une procédure visant à réduire ce biais. Néanmoins, jusqu'à présent, aucune étude n'a utilisé la tâche de Posner modifié. Celle-ci présente l'avantage de permettre d'identifier les composants attentionnels impliqués dans le biais, ce qui est essentiel pour la mise en place d'une procédure de réentrainement. Cette étude a donc utilisé cette tâche afin de mesurer l'éventuelle présence d'un biais de désengagement envers les stimuli liés au tabac chez les fumeurs. 13 fumeurs fumant en moyenne 19 cigarettes par jour ont été comparés à des participants contrôles appariés selon l'âge, le sexe et le niveau socioéconomique. Contrairement à nos prédictions, cette étude n'a pas permis de mettre en évidence de biais envers les stimuli liés au tabac chez les fumeurs. Il semble que les mécanismes attentionnels dans le tabac soient caractérisés par un pattern plus complexe que ne le suggèrent les premières études sur le biais attentionnel dans le tabagisme.

AFF14. Influence du prix du tabac transfrontalier sur le tabagisme des collégiens en France

M.-È. Huteau, K. Djoufelkit, J.-C. Azorin, M. Lhosmot, H. Sancho-Garnier, A. Stoebner-Delbarre, Épidaure, CRLC Val d'Aurelle

Introduction : Le prix du tabac est un des facteurs déterminants du comportement tabagique chez les jeunes. L'objectif de ce travail était de vérifier si la proximité d'un prix de tabac transfrontalier plus bas qu'en France pouvait influencer la consommation régulière des collégiens.

Matériel et méthode : Dans le cadre du programme en éducation par les pairs « P2P », une enquête transversale par auto-questionnaire a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 867 collégiens tirés au sort par niveaux de classes et départements d'une région frontalière. L'auto-questionnaire anonyme était rempli en ligne. Il comprenait 5 questions socio-démographiques, 7 sur les représentations de la santé et 22 sur les habitudes de vie. Les données informatisées ont été traitées avec le logiciel STATA par analyses univariées et régression logistique ($p < 0,05$).

Résultats : 641 collégiens (74%) ont répondu dont 46% de filles. Parmi les collégiens, 4% déclarent être fumeurs réguliers, 29% consomment au moins de temps en temps de l'alcool et 4% du cannabis. L'analyse multivariée montre que le tabagisme régulier n'est pas lié au sexe et au niveau de classe mais aux consommations d'alcool et de cannabis ($p<0,05$). De plus, le fait d'être scolarisé dans un département proche d'un pays où le tabac est moins cher qu'en France multiplie par 3 le risque d'être fumeur régulier [OR : 3,23 IC 95% 1.13-9.19].

Conclusion : Cette enquête montre que la proximité avec un pays vendant le tabac moins cher qu'en France pourrait jouer un rôle déterminant dans la consommation régulière des jeunes dès les premières années du tabagisme. Elle confirme aussi les liens avec les consommations d'alcool et de cannabis.

AFF16. Enquête sur l'utilisation de la cigarette électronique chez les usagers d'un centre de santé parisien

J.-M. Gras, J. Osman[1], M.-D. Dautzenberg[2], B. Dautzenberg[1 3 4], [1]OFT, Paris, [2]Hôpital Necker-Enfants malades, Paris, [3]Université Pierre et Marie Curie (UPMC), Paris, [4]GH La Pitié-Salpêtrière, Paris

La e.cigarette est actuellement en pleine expansion en France et dans le monde sans que des études ne permettent de positionner ce produit comme un produit du tabac ou comme un produit d'arrêt du tabac. Ce produit est vendu dans de nombreux pays en dehors de toute réglementation : ni autorisé, ni interdit. Il est utile de connaître son utilisation dans différentes populations afin de guider les décideurs.

Méthodes : Une courte enquête par questionnaire systématique a été conduite le jour de la consultation d'un des médecins d'un dispensaire accueillant des populations précaires et non précaires à Paris auprès de tous les usagers présents.

Résultats : Les 78 premières réponses disponibles ont été données par des usagers d'âge moyen 44,4 ans dont 51,5% sont des femmes et dont 44,9% sont non-fumeurs, 12,8% ex-fumeurs et 25,6% fumeurs parmi ceux qui ont précisé leur statut tabagique. 15 usagers ont utilisé la cigarette électronique au moins une fois (19,2%). Les non-fumeurs sont 5,7% à l'avoir essayée, les fumeurs 52,3%. Les moins de 45 ans l'ont moins utilisée (17,5%) que les 45 ans et plus (26,9%). Les femmes l'ont moins utilisée (17,6%) que les hommes (24,3%).

Conclusions : Dans cette population d'usagers d'un dispensaire parisien, 19% ont essayé la cigarette électronique dont la moitié des fumeurs et 1/19 des non-fumeurs. Ce dispositif s'est rapidement répandu dans la société et justifie un rapide positionnement des autorités pour classer ce produit comme un produit du tabac ou, si des études deviennent disponibles et sont favorables, comme un produit d'arrêt du tabac.

AFF17. Surestimation du statut tabagique de leurs pairs par les collégiens et les lycéens fumeurs

B. Dautzenberg[1 2 5 6], M. Noël[3], P. Birkui[1], M.-D. Dautzenberg[4], J. Osman[2], [1]Paris sans tabac (PST), Paris, [2]OFT, Paris [3]Rectorat Académie de Paris, Paris, [4]Hôpital Necker-Enfants Malades, Paris [5]Université Pierre et Marie Curie (UPMC), Paris, [6]GH La Pitié-Salpêtrière, Paris,

Les adolescents veulent coller à la norme sociale de leurs pairs mais en retour, leur comportement retentit sur l'idée qu'ils se font de cette norme.

Méthode : En 2011 et 2012, les enquêtes de PST qui mesurent annuellement par auto-questionnaire le tabagisme de 2% des classes de Paris ont inclus une question sur le nombre estimé de fumeurs dans la classe. Ce taux a été comparé au taux réel de fumeurs (quot+occas) dans les classes.

Résultats : Globalement, il y a 28,0% de fumeurs dans cette population alors que les élèves l'estiment à 35,1%. Les garçons non fumeurs donnent une estimation quasi exacte (28,4%), les filles non fumeuses une légère surestimation (30,6%). Les fumeuses font la plus forte surestimation (62,2%), les garçons qui fument estiment à 53,2% le tabagisme de leurs pairs. Globalement l'estimation des fumeurs est double de la réalité. Les fumeurs occasionnels et les ex-fumeurs des 2 sexes ont une surestimation intermédiaire.

Chez les 16-19 ans, on observe la même surestimation globale, mais moins marquée (estimation de 51,4% chez les non-fumeurs et 59,4% chez les fumeurs pour un tabagisme réel de 41,0%).

Chez les 12-15 ans, alors que le tabagisme réel est de 17,8%, les estimations sont basses chez les non-fumeurs (16,8%) et près de 3 fois surestimées chez les fumeurs quotidiens (49,4%).

Conclusion : Si les adolescents non-fumeurs ont une estimation satisfaisante du tabagisme de leurs pairs, les fumeurs la surestiment largement. La surestimation est plus importante chez les filles que chez les garçons et chez les collégiens que chez les lycéens. Il est important de rétablir la vérité sur la norme sociale ; en effet, plus de 80% des collégiens ne sont pas fumeurs.

AFF18. Analyse textuelle du Champix® dans un corpus d'articles de presse

F. Merson, J. Perriot, Dispensaire Émile Roux, Clermont-Ferrand

L'étude des articles de presse permet de recueillir une vision de la représentation médiatique d'objets sociaux en dégageant la structure et l'organisation des données textuelles. L'analyse de ces sources est rendue possible par le logiciel Iramuteq en réalisant des statistiques textuelles, des analyses de similitude ainsi que des classifications hiérarchiques. Nous avons utilisé ce dernier afin d'étudier l'image du Champix® véhiculée dans la presse française qui intervient dans la formation des représentations des traitements des candidats au sevrage tabagique.

Nous présentons les résultats de l'analyse d'un corpus d'articles parus depuis 2009 en France (date de la publication de l'avis de la commission de transparence de l'HAS sur le Champix®) et plus précisément les classes thématiques renvoyant à ce produit et sa représentation. Elle permet de définir les éléments saillants pouvant être intégrés par la population et ainsi anticiper les craintes liées à son utilisation.

AFF19. Prise en charge du tabagisme en médecine générale : enquête auprès de médecins généralistes belges

N. Samain[1], J. Claus[2], L. Hanssens[3], [1]Étudiant 4e master médecine, ULB, Nivelles (Belgique), [2]Médecin généraliste, ULB, Manage (Belgique) [3]Tabacologue, HUDERF, ULB, Bruxelles (Belgique)

Le tabagisme est considéré comme la cause évitable de morbidité et de mortalité la plus importante dans le monde. Tout médecin devrait se sentir concerné. Le généraliste, par son statut privilégié, pourrait occuper une place importante dans la prise en charge du tabagisme. Mais quelle est la réalité du terrain ?

Matériel et méthodes : Une enquête a été réalisée auprès de médecins généralistes via un questionnaire informatique anonyme récoltant des données sur leurs caractéristiques générales, leur statut tabagique et leur prise en charge du sevrage tabagique.

Résultats : 123 médecins ont participé à l'enquête. La majorité d'entre eux étaient non fumeurs (94,3%). Le dépistage des fumeurs et le conseil d'arrêt du tabac n'étaient pas systématiques chez respectivement 70,7% et 69,1% d'entre eux, essentiellement par manque de temps, alors que 64,2% connaissaient l'efficacité du conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac (CMAAT). Le tabagisme passif n'était dépisté que par 4,9%. 106 des médecins interrogés (86,2%) déclaraient assurer eux-mêmes la prise en charge du sevrage et avaient recours pour 84,0% aux substituts nicotiniques, pour 83,0% à l'entretien motivationnel, pour 74,5% à la varénicline, pour 65,1% au soutien psychologique, pour 15,1% au bupropion et pour 16,0% à diverses autres approches.

Discussion et conclusions : Le tabagisme actif et le tabagisme passif ne semblent pas être suffisamment dépistés par les médecins généralistes. Le CMAAT est insuffisamment utilisé. Il serait donc utile de sensibiliser les médecins généralistes à l'importance du CMAAT dans la prise en charge du patient fumeur et dans son aide au sevrage en médecine générale.

AFF20. Tabac et infection tuberculeuse latente

M. Underner[1], J. Perriot[2], [1]UCT, Service de pneumologie, CHU, Poitiers, [2]Dispensaire Émile Roux, Clermont-Ferrand

Introduction : Le tabagisme est un facteur de risque de tuberculose maladie (TM) et de mortalité par tuberculose. L'objectif de cette revue et d'étudier l'influence du tabagisme sur l'infection tuberculeuse latente (ITL).

Méthodes : Une recherche sur Medline (avec les limites : title / abstract) a été réalisée sur la période 1980 - 2011 en utilisant les mots-clés

suivants : smoking (ou tobacco smoke) AND tuberculosis infection / passive smoking (ou environmental tobacco smoke) AND tuberculosis infection.

Résultats : Le risque d'ITL est augmenté chez les fumeurs, comparativement aux ex-fumeurs ou aux sujets n'ayant jamais fumé. Chez les fumeurs actuels, ce risque est dose dépendant. Les enfants exposés au tabagisme passif ont un risque augmenté d'évolution d'une ITL vers la TM. Les mécanismes impliqués sont multiples :

- Altération de la muqueuse bronchique et de la clairance mucociliaire en lien avec la présence d'irritants et de monoxyde de carbone.
- Altération des mécanismes de l'immunité cellulaire au niveau pulmonaire : diminution de l'activité phagocytaire et bactéricide des macrophages alvéolaires, inversion du rapport CD4+/CD8+, déficit de l'activité des cellules NK provoqués par les hydrocarbures de la fumée de tabac, la nicotine et l'accumulation de fer dans le macrophage alvéolaire.
- Déficit en médiateurs de défense dont les IL-6, IL-12, TNF alpha, INF gama en lien avec la fixation de nicotine sur les récepteurs nicotiniques et la présence d'hydrocarbures dans la fumée.
- Diminution d'activité des cellules dendritiques liée à l'action de la nicotine.

Conclusion : Le tabagisme augmente le risque de TM mais aussi d'ITL. L'arrêt du tabagisme est donc un outil du contrôle de l'épidémie tuberculeuse.

AFF24. Tabagisme chez les professionnels de la santé et mise en place de l'hôpital sans tabac au CHU de Sétif, Algérie

S. Bouaoud, A. Mahnane, M. Hamdi Cherif, Laboratoire Santé Environnement, UFA, Sétif, Algérie

Le tabagisme reste l'une des principales causes de mortalité dans le monde avec cinq millions de décès par an. Si des efforts supplémentaires ne sont pas faits pour appliquer maintenant les solutions qui existent, dix millions de décès dus au tabagisme seront enregistrés chaque année d'ici l'an 2020, la plupart dans les pays en développement. L'Organisation mondiale de la santé encourage les professionnels de la santé à prendre les devants pour combattre les problèmes liés à la dépendance à l'égard du tabac, à sa consommation et à l'exposition à la fumée du tabac. Ils doivent donner l'exemple en renonçant eux-mêmes au tabac. Une enquête épidémiologique transversale exhaustive par questionnaire anonyme, auto- administré, a été réalisée en 2006 chez les professionnels de la santé au CHU de Sétif.

L'objectif est l'évaluation de la prévalence tabagique chez cette catégorie professionnelle avec une perspective de mise en place d'un hôpital sans tabac.

Les résultats montrent une prévalence de 18,3%. Elle est de 35,3% chez le sexe masculin et de 1,2% chez le sexe féminin. La proportion des fumeurs la plus élevée de 40% est retrouvée chez les agents de service, puis 28% chez les infirmiers suivi du corps administratif 17% et 15% chez les médecins.

Aspect opérationnel : Mise en place d'un hôpital sans tabac sous l'égide d'un comité de prévention et de lutte contre le tabagisme en impliquant l'administration et le conseil scientifique. Il a pour objectif de définir une stratégie et de coordonner les actions qui se résument dans la mobilisation des décideurs et l'implication du personnel hospitalier avec la formation, la sensibilisation et l'application de la réglementation.

AFF25. Sevrage tabagique des « fumeurs difficiles »

J. Perriot[1], M. Underner[2], F. Merson[1], G. Brousse[3], A. Schmitt[3], V. Boute Makota[3], L. Samalin[3], I. De Chazeron[3], L. Doly Kuchick[1], P.-M. Llorca[3], [1]Dispensaire Émile Roux, Clermont-Ferrand, [2]UTC, Service de pneumologie, CHU, Poitiers, [3]Service de psychiatrie, addictologie, CMP B, CHU, Clermont-Ferrand

Les consultants en centre spécialisé d'aide à l'arrêt du tabagisme ont en commun une forte dépendance au tabac et cumulent souvent les facteurs défavorables à la réussite de leur tentative.

Le tabagisme induit une forte dépendance. La consommation de tabac induit une dépendance sévère. Le syndrome de sevrage est maximum à la phase initiale de l'arrêt, il s'y associe un besoin irrépressible de fumer (« *craving* ») qui peut persister après disparition de la sensation de manque induisant la reprise du tabagisme.

Qui sont les « fumeurs difficiles » ? Les fumeurs irréductibles sont fortement dépendants, sans

intention de s'arrêter. Ils sont souvent co-consommateurs de substances psycho-actives. Ils ont commencé à fumer jeunes, leur prévalence est de 5 à 16%, selon les principales enquêtes.

Les gros fumeurs dépendants représentent environ 20% des consommateurs de tabac. Ils cumulent pathologies (somatiques, cardio-vasculaires, respiratoires, cancers, métaboliques), troubles psychiatriques, co-addictions et échecs répétés lors des tentatives d'arrêt.

Prise en charge des « fumeurs difficiles ».
L'utilisation des médicaments disponibles doit être optimisée et leur soutien renforcé.

Des options médicamenteuses et des voies de recherche amélioreront leur prise en charge.

Toutes les options de « *Harm Reduction* » doivent être envisagées.

Les fumeurs difficiles sont une cible prioritaire des consultations spécialisées de tabacologie. Ils justifient la recherche sur la dépendance au tabac et sur le traitement du sevrage tabagique.

AFF26. Tabagisme et état bucco-dentaire

S. Trabelsi, I. Jmai, A. Chiha, Centre médico-scolaire et universitaire, Tunis (Tunisie)

Introduction : Le tabagisme est une habitude morbide d'absorber des drogues, des substances toxiques qui provoquent un état de dépendance physique ou psychologique ; l'usage régulier de ces drogues toxicomanogènes entraîne une détérioration physique et mentale progressive, des complications infectieuses ainsi que des pathologies bucco-dentaires.

Objectifs :

- observer l'état bucco-dentaire des patients fumeurs,
- évaluer les répercussions de la consommation de tabac sur la cavité buccale,
- sensibiliser les patients fumeurs de danger tabac.
- instaurer des règles d'hygiène.

Matériels et méthodes : Les 100 patients fumeurs ont été notre sujet d'enquête après les examens chimiques qui ont été réalisés dans notre service de stomatologue et l'infirmière du Centre médico-scolaire et universitaire de Tunis à l'aide d'un plateau d'examen comportent une sonde, un miroir et des fiches d'examen qui sont préparés par l'infirmière du centre.

Tous les renseignements pour chaque cas concernant les atteintes carieuses et les attentes parodontales ainsi que les attentes de la muqueuse ont notés sur cette fiche.

Résultats : Les 100 patients fumeurs présentent des complications bucco-dentaires et, dans la quasi-totalité des cas, gencive atteinte, parodontite, sécheresse buccale, alvéolite et caries dentaires.

Conclusion : Il est important de préciser que la prise en charge bucco-dentaire doit, dès que possible, s'inscrire au sein d'une prise en charge globale dans l'intérêt du patient comme celui du praticien, en effet, le tabagisme peut présenter des désordres nutritionnels et immunologiques importants.

AFF27. Les services de psychiatrie français sont-ils sensibilisés à la prise en charge du tabagisme des patients schizophrènes ?

M. Szczotkowski[1], N. Bonnet[1], R. Courtois[2], [1]RESPADD, Paris, [2]Université François-Rabelais, Tours

De nombreux auteurs ont mis en évidence la place importante du tabac chez les patients schizophrènes. Diverses réponses ont été proposées pour expliquer la forte dépendance au tabac des patients schizophrènes à laquelle il semble important de remédier. Cependant, les soignants travaillant en services psychiatriques banaliseraient le tabagisme des patients schizophrènes et résisteraient à la mise en place de soins spécifiques bien que des traitements soient disponibles dans la plupart des établissements.

Afin d'avoir un aperçu de la situation des services psychiatriques concernant le tabac, l'association RESPADD a réalisée l'enquête « tabagisme et psychiatrie » sous forme d'un questionnaire adressé aux professionnels travaillant en services psychiatriques français. Il ressort que les soignants, bien que concernés par ce problème de tabagisme, n'en font pas leur priorité. Néanmoins, on a constaté que la présence d'addictologues/tabacologues influencerait positivement l'attitude des soignants concernant la prise en charge du tabagisme des patients atteints d'affections psychiatriques, notamment avec la mise à disposition de substituts nicotiniques. Proposer des formations en

addictologie/tabacologie inciterait les soignants à mieux prendre en charge les patients fumeurs atteints d'affections psychiatriques.

AFF28. La suppression du menthol dans les cigarettes. Une première étape vers une société sans tabac ?

P. Bartsch, CHU-ULg., Liège (Belgique)

La Finlande envisage une disparition officielle du tabac dans le pays en 2040. La Nouvelle-Zélande vise à une prévalence du tabagisme <5 % en 2025. À côté de l'amélioration des techniques d'aide à l'arrêt du tabac, il convient de lutter contre l'initiation au tabac et l'induction de la dépendance chez les jeunes. Alors que l'industrie du tabac multiplie les initiatives pour renforcer l'attractivité du tabac et de la cigarette en particulier, les politiques de santé s'efforcent de la réduire. Les paquets neutres prévus dès l'an prochain en Australie, violemment combattus par les cigarettiers en sont un exemple. Il est par ailleurs démontré que le menthol, depuis des doses subliminales jusqu'à des quantités nettement perceptibles, contribue à l'initiation à la cigarette, au développement de la dépendance et à son maintien. Les experts réunis par la FDA aux USA proclament que sa suppression serait bénéfique pour la santé publique. La FDA pressée par les lobbys du tabac n'a pas encore pris de décision. Le Brésil en revanche interdit à partir de 2014 la commercialisation de tout produit de tabac contenant des arômes, menthol compris, avec une mention particulière sur les nouvelles cigarettes contenant une capsule de menthol. Les documents de l'industrie du tabac démontrent que cette capsule de menthol est un grand espoir pour le développement des ventes. Le rôle du menthol est particulièrement évident chez les Afro-Américains, mais aussi chez les Asiatiques. En Europe, nous prêtons peu d'attention à ce secteur du marché, peut-être à tort, quand il semble montré que les arômes ajoutés aux liquides de recharge des e.cigarettes jouent un rôle dans leur attractivité chez les jeunes.

AFF29. Métabolisme de la nicotine et stress oxydatif chez les fumeurs

L. Delrée[1], M. Godet[1], J. Jamart[2], [1]Laboratoire, CHU-UCL Mont-Godinne, Yvoir (Belgique), [2]Unité Support scientifique, CHU-UCL Mont-Godinne, Yvoir (Belgique)

Le tabagisme est un des facteurs externes qui augmentent la production de radicaux libres. Ce travail évalue l'influence du degré d'imprégnation à la nicotine et de paramètres cliniques (sexe, âge, poids) sur différents marqueurs biologiques du stress oxydatif. 33 fumeurs (F), 18 femmes et 15 hommes, et 32 non-fumeurs (NF), 23 femmes et 9 hommes, ont été étudiés. L'âge moyen des F est de 39±13 ans, celle des NF de 48±10 ans. La consommation moyenne de cigarettes est de 21±10 cigarettes/j pour une moyenne de CO de 18±9 ppm. Les vitamines (Vit) A, C, E, -carotène (CAR), coenzyme Q-10 (Q10), LDL oxydés (LDLox), superoxyde dismutase (SOD), ferritine, acide urique (URIC), albumine, CRP, transferrine, céruloplasmine, cotinine (Cot) et 3'OH cotinine (OHCot) urinaires, CO expiré ont été mesurés. Seuls VitC ($p<0.001$) et CAR ($p=0.008$) sont statistiquement plus bas chez les F que chez les NF. Des corrélations significatives ont également été observées pour le poids et l'âge avec CAR, VitA, URIC et Q10, entre le CO expiré et VitC. Cot et OHCot sont significativement corrélés aux LDLox et URIC. Les fumeurs présentent donc un taux significativement plus faible de deux antioxydants majeurs favorisant un déséquilibre entre la production de radicaux libres et leur neutralisation. L'influence du métabolisme de la nicotine sur les paramètres biologiques étudiés n'a pu être démontrée, toutefois une corrélation entre les métabolites de la nicotine et un antioxydant endogène (URIC) et les LDLox a été observée. L'âge et le poids influencent également la concentration en divers antioxydants démontrant l'importance de l'alimentation.

AFF30. Prise en charge thérapeutique du craving lors du sevrage tabagique

J. Perriot, Dispensaire Émile Roux, Clermont-Ferrand

Le craving se caractérise par le désir impérieux et quasi instinctuel de consommer une drogue afin d'en tirer des bénéfices immédiats. C'est une composante essentielle de toute addiction.

Lors de l'arrêt, les fumeurs dépendants ressentent un syndrome de sevrage à la nicotine avec un irrépressible besoin de fumer (*craving*). Le syndrome de sevrage est maximal à la phase initiale de l'arrêt puis diminue. Le craving peut persister plusieurs mois ; des épisodes de craving, alors que le manque de tabac a disparu, peuvent provoquer la reprise de la consommation de tabac. L'intensité du craving, autant que le délai entre le réveil et la première cigarette sont des indicateurs de la réussite à long terme du sevrage tabagique.

Différents modèles (conditionnement, cognitif, motivation, psycho-biologique) ont été invoqués

pour l'expliquer ; son mécanisme repose sur différents mécanismes neurobiologiques ; ils participent à l'explication du fait que le tabagisme est une maladie chronique nécessitant une prise en charge de longue durée.

Cette présentation a pour objectif de faire l'inventaire des moyens non médicamenteux et médicamenteux qui permettent un contrôle du craving à la phase initiale du sevrage tabagique et dans la durée en donnant leur résultat. Elle exposera les perspectives thérapeutiques envisagées pour le futur.

AFF32. L'examen de la posture à la recherche d'anomalies susceptibles d'être améliorées par le port de semelles orthopédiques serait-il contributif de l'arrêt du tabac ou de la prévention de la rechute ?

É. Larinier-Haas, CSAPA LYADE, Lyon

Chez les personnes fumeuses, à partir du constat clinique de la difficulté d'actionner son diaphragme, l'hypothèse d'une insuffisance posturale est évoquée. Ces difficultés vont de la faible sollicitation du diaphragme en inspiration profonde, à l'absence totale de sensation corporelle de la ventilation.

Nous avons proposé à 10 personnes fumeuses suivies au CSAPA pour l'arrêt du tabac, un examen podo posturologique. Ces 10 personnes sont soit des personnes ne parvenant pas à décider d'arrêter de fumer soit des personnes ne parvenant pas à retrouver un équilibre de vie après l'arrêt du tabac (manque de tonus, irritabilité persistante indépendamment du syndrome de manque de nicotine, douleurs diffuses par exemple).

L'objectif de cet exposé est de rendre compte de ces examens de posture et de partager la réflexion sur l'abord physique de la problématique des fumeurs. Ces personnes feront l'objet d'un suivi et les effets sur l'arrêt du tabac ou le confort de l'abstinence seront étudiés. (RV au congrès 2013 pour la suite).

AFF33. L'activité physique dirigée au toxicomane en période de sevrage

S. Trabelsi, Y. Hchicha, I. Jmai, Centre médico-scolaire et universitaire, Tunis (Tunisie)

L'activité physique est une besoin corporel nécessaire pour maintenir le bien-être de la bonne santé de l'être humain.

Chez le sujet sain, l'activité physique comme l'aérobic, footing... donne une bonne oxygénation au corps, brûle le surplus des calories, remplit le temps libre et évite le stress.

Pour un sujet toxicomane, l'activité physique pourrait être un élément essentiel dans la lutte contre la pharmaco-dépendance visant son éloignement des milieux délinquants.

Cette activité permet aussi d'extérioriser sa violence, de lutter contre le stress, d'acquérir des performances et par là de faciliter son intégration sociale.

Face à 17 cas de toxicomanes consultant dans notre Centre anti-poison en plus de son rôle thérapeutique, l'infirmière établit une relation d'aide, visant à mettre en confiance le jeune toxicomane, le convaincre de l'importance de sa bonne volonté pour réussir son sevrage tout en l'orientant vers des activités de loisirs (activités intellectuelles : musique, théâtre, chorégraphie ; activités physiques : judo, lutte, karaté).

Dans ce cadre, nous recommandons aux fédérations sportives d'intervenir pour soutenir les jeunes drogués en période de servage à exercer régulièrement une activité physique supervisée par des spécialistes et entreprendre une action de partenariat multidisciplinaire entre les structures gouvernementales et les tissus associatifs en vue de créer une ambiance propice à l'épanouissement du jeune toxicomane dans son milieu.

En conclusion, l'activité physique reste un moyen essentiel pour la promotion de la santé des jeunes et l'intégration sociale des jeunes délinquants.

Index auteurs & orateurs

A

Adler M., 8, 24
Ambid-Lacombe C., 11
Ammirouche A., 37
Ansseau M., 31
Aoun Bacha Z., 8, 26
Aubin H.-J. , 5, 14
Azorin J.-C., 39

B

Badoum G., 30
Bardiau K., 7, 22
Bartsch P., 44
Berlin I., 5, 7, 9, 14, 21, 32
Beyens M.-N., 7, 20
Birkui P., 38, 40
Blondel B., 31
Bonnet N., 43
Bouaoud S., 42
Boucoungou K., 30
Bouissière I., 11
Bourassin P., 8, 34
Bousson L., 29
Boute Makota V., 42
Boyer T., 28
Brion G., 7, 23
Brognon P., 7, 23
Brohet C., 35
Brousse G., 42
Brunel C., 9, 28
Bura-Rivière A., 11
Bureau J.-P., 28

C

Cadier B., 4, 10
Cadranel M., 39
Cagnat-Lardeau C., 8, 27
Canton S., 24
Carluer J., 17
Cazevielle C., 28
Chassaing A., 6, 18
Chevreul K., 4, 10
Chiha A., 43
Choquet M., 6, 18
Cilia M.-L., 6
Claus J., 41
Clauzel A.-M., 17
Constance J., 6, 16
Contal M., 28
Cottencin O., 5, 16
Courtet P., 5, 14
Courtois R., 43
Cozzolino D., 39
Cupissol D., 17

D

Dargère S., 25
Dautzenberg B., 5, 9, 14, 30, 31, 35, 36, 37, 38, 40
Dautzenberg M.-D., 31, 37, 38, 40
De Baets M., 31
De Chazeron I., 42
De Kock, 29
de la Blanchardière A., 25
Delaye B., 17
Delcroix M., 9
Deleris-Vautrin K., 4, 12
Delrée L., 44
Delrieu A., 8, 34, 37
Dethier V., 39
Dewitte J.-D., 6, 19
Djoufelkit K., 39
Doly Kuchcik L., 24, 42
Drouet L., 5, 15
Dubertret C., 39
Duguet A., 30, 36
Dupont P., 37
Dupré F., 9, 28
Durand-Zaleski I., 10
Durlach V., 7, 21

E

Etter J.-F., 5, 13

F

Farnier M., 7, 21
Faure B., 6
Feret P., 25
Fleitmann S., 37
Foncin N., 8, 34
Frenoy C., 37

G

Galanti L., 22, 37, 38, 39
Gbary A.-R., 26
Godard S., 38
Godding V., 9, 29, 35
Godet M., 38, 44
Gras J.-M., 31, 40
Guerci B., 7, 21
Guillot E., 9, 28
Gurne O., 35

H

Hamdi Cherif M., 42
Hanssens L., 9, 31, 41
Hchicha Y., 45
Heeren A., 39
Hill C., 4, 10
Houfflin-Debarge V., 9, 32
Houinato D.-S., 26
Huteau M.-È., 39

J

Jacomet C., 21
Jamart J., 37, 38, 44
Janne P., 22

Jebrak G., 7, 19
Jmai I., 43, 45
Jusot F., 4, 10

K

Karinthi D., 6, 18
Kounouhehoua N., 26
Kremer Y., 29

L

Laqueille X., 26
Larinier-Haas É., 45
Laur C., 6, 19
Lavabre-Bertrand T., 28
Le Houezec J., 8, 24
Le Maître B., 8, 25
Lebrun-Vignes B., 7, 20
Léger A., 5, 15
Lemaire P., 9, 21, 24
Lepagnol F., 5, 13
Lestrat Y., 39
Lhosmot M., 40
Llorca P.-M., 42
Lustygier V., 31

M

Mahnane A., 42
Mares P., 28
Martin A., 25
Mathern G., 5, 6, 14, 19
Matrat M., 8, 34
Mcleod I., 24
Melchior M., 6, 18
Merson F., 7, 24, 41, 42
Michon J., 25
Minot C., 30, 36
Mustin L., 4, 12

N

Noblet A., 28
Noël M., 38, 40
Nubukpo P., 8, 26
Nys P., 5, 13

O

Osman J., 31, 35, 37, 38, 40
Oualid J., 23
Ouédraogo G., 30
Ouédraogo M., 30
Ouendo E.-M., 26

P

Parienti J.-J., 8, 25
Peiffer G., 5, 7, 8, 19, 25, 34
Perault-Pochat M.-C., 7, 21
Pereira B., 17
Perriot J., 6, 7, 19, 21, 24, 25, 30, 41, 42, 44
Plazenet N., 24
Poncelet A., 35
Pouleur A.-C., 35
Prunet C., 31
Pujol J.-L., 28

R

Ratte S., 8, 27
Renaud M.-C., 30, 36

S

Sabbah-Briffaut E., 32
Samain N., 41
Samalin L., 42
Sancho-Garnier H., 39
Saurel-Cubizolles M.-J., 9, 31
Schmitt A., 6, 19, 42
Schraub R., 17
Seignon J., 26
Sicre-Gatimel V., 4, 11
Sommero P., 30, 36
Stoebner-Delbarre A., 6, 17, 39
Storme L., 32
Szczotkowski M., 43

T

Tack V., 37
Terrasse L., 9, 30, 36
Thezenas S., 17
Thimpont J., 31
Thomas D., 5, 6, 8, 10, 16, 19, 26
Timmermans T., 35
Trabelsi S., 43, 45

U

Underner M., 5, 8, 21, 25, 33, 41, 42

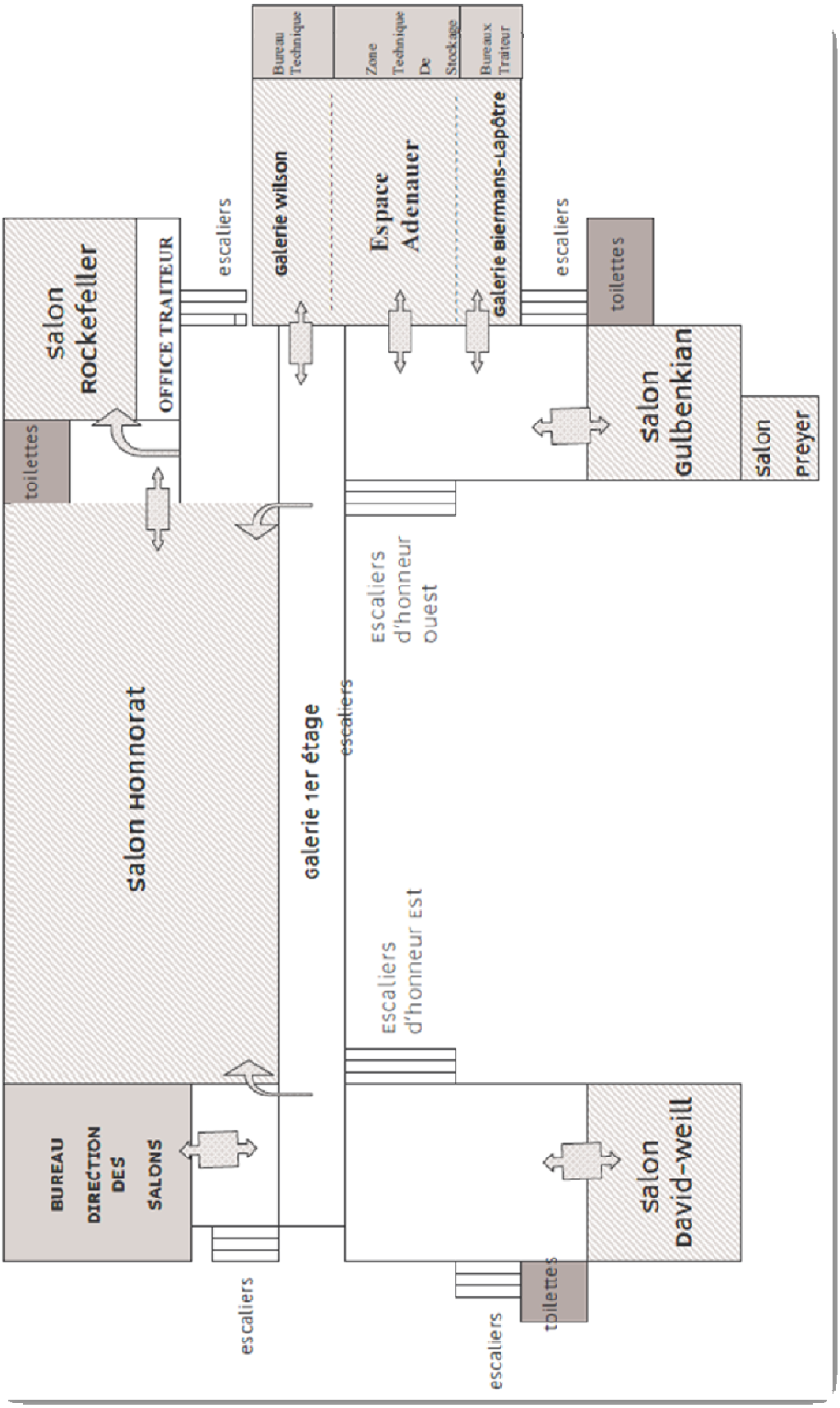
V

Van Caeneghem O., 35
Vannimenus C., 7, 22
Verdon R., 25

W

Wahl C., 36

Z

Zaleski-Zamenhof M., 6, 17

ESPACES DE LA MAISON INTERNATIONALE (PREMIER ETAGE)