

# - ACTES -



## 1<sup>er</sup> CONGRÈS NATIONAL

de la

# SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TABACOLOGIE



*Nouvelles cibles, nouvelles pratiques  
pour la recherche et les métiers en tabacologie*

Sous le haut patronage de **Mme Roselyne BACHELOT-NARQUIN**,  
Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports

Présidents: **Ivan BERLIN**, président de la SFT  
et **Gérard MATHERN**, président de l'IRAAT

Centre de Congrès Lyon Cité Internationale  
50, quai Charles de Gaulle - 69006 LYON

25 & 26 OCTOBRE 2007



En partenariat avec :



Hôpitaux de Lyon

Avec le soutien de :

- Hôpital sans Tabac
- Société Française de Cardiologie
- Office Français de Prévention du Tabagisme
- Société Française de Santé Publique
- Société Française d'Addictologie
- Tabac & Liberté



## Sommaire

Présentation du congrès .....	3
Comités .....	3
Remerciements.....	5
Symposium 1 : Tabagisme et précarité .....	7
Symposium 2 : La recherche .....	13
Symposium 3 : Optimisation des interventions.....	19
Atelier 1 : Cardiologues, pneumologues et diabétologues .....	27
Atelier 2 : Pharmaciens et infirmiers .....	33
Atelier 3 : De la recherche à la pratique .....	39
Atelier 4 : Plus d'aisance pour plus de performance .....	45
Symposium 4 : L'entreprise, l'école, les restaurants et les autres.....	51
Symposium 5 : Pharmacothérapie .....	57
Symposium 6 : Table ronde sur les métiers autour de la tabacologie.....	63
Atelier 5 : Sages-femmes et gynéco-obstétriciens.....	67
Atelier 6 : Dentistes et masseurs kinésithérapeutes .....	75
Atelier 7 : Nouvelles cibles en tabacologie .....	81
Atelier 8 : Les populations à risques .....	91
Posters.....	99
Exposants.....	127



## Présentation du congrès

A l'occasion de son 1<sup>er</sup> congrès national, la Société Française de Tabacologie et l'IRAAT propose une réflexion sur :

- Les nouvelles cibles en tabacologie en terme de population : précarité, cancers, maladies respiratoires, etc. ; mais aussi entreprise, école, lieux de vie publique
- Les nouvelles pratiques tabagiques: les traitements pharmacologiques à venir, les nouvelles indications
- Comme le bon usage de la réduction de la consommation, l'arrêt temporaire, l'association des médicaments
- La recherche du pourquoi du tabagisme et les nouvelles notions en matière de dépendance tabagique
- Les métiers autour de la tabacologie et leur complémentarité : médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes, infirmières, sage-femmes, diététiciens, sophrologues, psychologues.

## Comités

### Comité Scientifique

I. Berlin (Paris), G. Lagrue (Créteil)  
G. Mathern (St Etienne), G. Peiffer (Metz)  
J. Perriot (Clermont-Ferrand), X. Quantin (Montpellier)

### Organisation

INSTITUT RHONE-ALPES AUVERGNE DE TABACOLOGIE (I.R.A.A.T)  
Hôtel Dieu - 1, place Hôpital - 69 002 LYON  
Tél. : +33 (0)478425918  
[www.irat.fr](http://www.irat.fr)  
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TABACOLOGIE (SFT)  
[www.societe-francaise-de-tabacologie.com](http://www.societe-francaise-de-tabacologie.com)

### Comité Organisation - IRAAT

E. André (Grenoble), A. Dubouchet (Lyon)  
M. Duplessix (Lyon), C. Guillon (Lyon)  
G. Mathern (St Etienne), J. Perriot (Clermont-Ferrand)



## Remerciements

Le premier Congrès national de tabacologie n'est pas, loin s'en faut, la première manifestation de tabacologie en France. Il s'organise, depuis bien longtemps déjà, des symposia, colloques et journées scientifiques, sur le sujet. La Société Française de Tabacologie a, pour sa part, réuni les tabacologues depuis de nombreuses années, tant lors de ses journées régionales que nationales au cours des vingt trois dernières éditions.

Une telle société savante se devait de matérialiser les dernières acquisitions, faire le point sur le panorama dans lequel évolue sa discipline. Elle a ainsi choisi de ne se réunir qu'une seule fois dans l'année, mais dans le cadre très officiel d'un Congrès national qui donne une dimension nouvelle à ses communications et ses ambitions.

Pourquoi à Lyon ? Le dynamisme de la Région Rhône-Alpes dans le domaine de la Tabacologie est reconnu par l'ensemble de ses partenaires. Sous l'impulsion du Professeur Pierre Delormas, l'Institut Rhône-Alpes-Auvergne de Tabacologie a su développer des dimensions partenariales qui lui ont valu la confiance des organismes officiels. La Ville de Lyon a clairement manifesté son intérêt pour ces journées en acceptant d'ouvrir nos travaux. La Société Française de Tabacologie est très sensible à cette manifestation de confiance ainsi qu'à l'appui de l'URCAM, de la CPAM de Lyon, au Conseil Général du Rhône et aux Hospices Civils de Lyon.

Au-delà de cette dimension régionale, notre association se réunit aujourd'hui sous l'autorité de Madame le Ministre de la Santé qui nous fait le grand honneur de son soutien. Dans cet esprit, la MILDT a apporté sa caution précieuse à notre réunion en la rendant possible par tous les moyens à sa disposition.

Mais une société n'est rien si elle ne sait tisser des liens avec son environnement. A cet effet, la Société Française de Santé Publique, la Fédération Française d'Addictologie et la Société Française de Cardiologie se sont associées à cette dynamique qui promet une collaboration toujours renouvelée. Nos amis de l'OFT, du réseau « Hopital Sans Tabac », Comité National contre les maladies respiratoires et du réseau national de tabacologues « Tabac et Liberté » n'ont pas hésité, non plus, à nous apporter leur concours. Qu'ils en soient également chaleureusement remerciés.

Nous savons aussi l'impossibilité d'organiser quelque manifestation que ce soit sans l'appui très volontariste de nos partenaires que sont les laboratoires pharmaceutiques. Ils nous ont gratifiés cette année de nouveautés thérapeutiques, de nombreuses possibilités de rencontres de nos acteurs de terrain. Nous ne pouvons que remercier les Laboratoires Pfizer, Pfizer Santé Grand Public et Pierre Fabre dans leur organisation de symposia satellites et leur participation très active. De même les laboratoires GSK, GSK Santé Grand Public, et Novartis nous ont apporté leur confiance et leur soutien indéfectible.

Le Comité d'Organisation souhaite que ce premier congrès soit un succès propre à dynamiser encore une fois ce domaine encore en émergence, mais si souvent placé sous le feu des projecteurs de l'actualité. Il forme le vœu que l'élan ainsi donné donne à la tabacologie de nouvelles lettres de noblesse en tant que discipline s'intéressant au fonctionnement de l'esprit humain dans le domaine des dépendances qui le touchent trop souvent.





## Symposium 1

---

*Tabagisme et précarité*  
*Pdt : G. Peiffer (Metz), A.L. Le Faou (Paris)*



**Le tabagisme dans les populations en situation de précarité consultant  
dans les centres de santé : intérêt de l'évaluation de la précarité par le  
score EPIS**

**Auteur : E. Labbé (St. Etienne)**  
Statisticienne, chargée d'études «Précarité-inégalités de santé» au CETAF

Résumé non fourni

## Job loss from poor health, smoking and obesity: A national prospective survey in France

### *L'influence du tabagisme sur le risque de perte d'emploi*

F. Jusot, M. Khat, T. Rochereau, C. Sermet

#### **Background and objectives**

Health selection into unemployment, i.e. the greater likelihood of job loss among people with health problems, may be either direct or operate by reference to health-related behaviours rather than health per se (indirect selection). Panel data are desirable to investigate selection effects, and to date very few studies have considered both health and health-related behaviours, although each may confound the other. We examine jointly the roles of health, smoking habits and obesity as precursors of unemployment, in order to disentangle direct from indirect selection processes.

#### **Design**

The data of a multi-round nationally representative health survey in France were analyzed longitudinally, based on three data collection rounds: 1992-95, 1996-98 and 2000-2002. Following employees salaried in the private sector and aged 30-54 years at baseline, we explored through logistic regression the influence of self-rated health, smoking habits and corpulence on the risk of being found unemployed 4 years later.

#### **Main results**

For both women and men, obesity was strongly associated with non-optimal health at baseline, and the same was found for smoking in men, be it former smoking, moderate smoking, or heavy smoking. After adjustment for self-rated health, obesity was found to be a significant precursor of unemployment in women, and heavy smoking played that role in men. After adjustment for smoking and obesity, non-optimal health at baseline was found to be a significant precursor of unemployment in both genders.

#### **Conclusion**

Those findings confirm the intrinsic role of poor health and of health-related behaviours as precursors of unemployment, with gender-specific patterns for the latter, and therefore support both the hypothesis of direct health selection and that of indirect selection. Public policy prescriptions regarding employees' protection from job insecurities should integrate appropriate accommodations of health limitations, and more research should be devoted to the investigation of the personal factors underlying unfavourable work and health behaviours, in order to thwart indirect selection phenomena.

## Intérêt du remboursement du sevrage tabagique chez les populations précaires

**Auteur : Anne-Laurence Le Faou, responsable du centre de tabacologie, HEGP, AP-HP, Unité de recherche 4069, Fondation MGEN : «Epidémiologie, évaluation et politiques de santé», Université Paris V- René Descartes**

**Co-auteur(s) : Monique Baha, Doctorante en Santé Publique, ED 393**

**Présentateur : Anne-Laurence Le Faou**

### Introduction

Les données épidémiologiques recueillies dans les pays occidentaux ont mis en évidence une plus forte prévalence du tabagisme chez les populations défavorisées. L'objectif de la présentation est de montrer les spécificités des populations précaires en termes de consommation tabagique et des conséquences sanitaires de cette consommation pour présenter notamment les expériences étrangères de couverture financière de la prise en charge du sevrage.

Méthodes : une recherche systématique dans Medline 2000-2006 a été effectuée portant sur les mots-clés suivants : smoking, socio-economic status, smoking cessation, nicotine dependence, financial coverage.

### Résultats

En France, la prévalence du tabagisme est plus élevée dans les populations précaires et leur consommation de tabac plus importante par rapport aux groupes sociaux favorisés. Les conséquences sanitaires du tabagisme sont aussi plus marquées dans les populations défavorisées. Les résultats des études d'intervention menées à l'étranger dans les populations précaires montrent qu'un certain nombre de facteurs déterminent l'augmentation des taux de sevrage : couverture financière des traitements pharmacologiques d'aide au sevrage et suivi téléphonique par des personnels formés.

### Discussion

Les données de la littérature ont montré que les tentatives de sevrage étaient moins nombreuses dans les populations moins éduquées en raison de difficultés matérielles, notamment financières et ce, notamment chez les hommes. Ces populations sont difficiles à atteindre, estiment que le tabac leur permet d'affronter un manque de perspectives et elles présentent des facteurs de vulnérabilité. L'absence de couverture financière suffisante des traitements peut ainsi constituer un frein aux tentatives de sevrage et conduire à des rechutes liées à la durée insuffisante de couverture financière des traitements.

### Conclusion

Les populations précaires devraient pouvoir bénéficier d'une prise en charge spécifique pour les aider dans leur sevrage tabagique. Leurs besoins devraient être pris en considération, en s'aidant des exemples de mesures mises en œuvre à l'étranger, notamment au Royaume-Uni.



## Symposium 2

---

*La recherche*  
*Pdt : I. Berlin (Paris)*





## Cotinine et ratio 3'-Hydroxycotinine/Cotinine : une nouvelle approche des biomarqueurs pour la pratique clinique

N. Jacob<sup>1</sup>, L. Galanti<sup>2</sup>, C. Berny<sup>3</sup>

1. Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, Biochimie métabolique, PARIS, France
2. Clinique UCL Mont-Godinne, Laboratoire, Avenue Therasse, YVOIR, Belgique
3. Centre Hospitalier Lyon-sud, Biochimie A, PIERRE BENITE, France

En raison de l'évolution des techniques d'analyses, on peut considérer actuellement l'utilité potentielle d'autres biomarqueurs issus de la nicotine que la seule cotinine (COT), son métabolite primaire, et notamment celle de la trans 3'-hydroxycotinine (3HC), qui représente la fraction urinaire majoritaire. L'intérêt provient du fait qu'en 2003, un travail a été publié (Benowitz et al. Nicotine Tob Res 2003 ; 5 : 621-3) suggérant que le ratio 3HC/COT reflétait l'intensité du métabolisme de la nicotine, ce qui serait un facteur déterminant de la consommation tabagique. Plusieurs études ont en effet montré l'existence d'une corrélation entre le ratio 3HC/COT et la clairance de la nicotine, inhalée ou absorbée oralement ( $r$  compris entre 0,7 et 0,95).

Quelle que soit la manière dont la nicotine pénètre dans l'organisme, elle subit un catabolisme intense au niveau hépatique, d'abord transformée en COT puis en 3HC par une même enzyme, le cytochrome P450 CYP2A6. Le ratio 3HC/COT reste stable, étant sous la stricte dépendance de la formation de 3HC, son temps de demi-vie étant plus court que celui de la COT.

Dans ce contexte précis, il n'existe pas actuellement d'alternative aux techniques séparatives. Selon l'expertise du laboratoire, celles-ci offrent la possibilité de doser simultanément la nicotine et la cotinine, éventuellement en association avec la 3HC. La Chromatographie en Phase Gazeuse couplée à la spectrométrie de masse peut être utilisée. La Chromatographie Liquide Haute Performance est aujourd'hui d'un usage plus répandu et la détection se fait couramment en ultraviolet (UV) simple ou avec barrette de diodes, la détection la plus performante étant toutefois la spectrométrie de masse en tandem. La prise d'essai est généralement de 1 mL, quel que soit le milieu biologique analysé (sérum/plasma, urine, salive). Il faut faire une extraction préalable. Celle-ci sera de type liquide liquide, mais actuellement on aura plutôt recours à l'extraction en phase solide, malgré un prix de revient plus élevé. La reproductibilité est satisfaisante et généralement comprise entre 10-15 %. Avec la détection UV, la limite de quantification est de 10 ng/mL. Les meilleures limites de quantification, de l'ordre de 1-2 ng/mL, s'obtiennent avec la Chromatographie Liquide couplée à la spectrométrie de masse en tandem.

Le métabolisme de la nicotine montre une variabilité notamment en fonction du sexe (influence de la contraception et de la grossesse chez la femme) et de l'ethnie, d'où la variabilité interindividuelle également constatée pour le ratio 3HC/COT. Le ratio ne semble pas lié à la dépendance.

La montée en puissance des moyens techniques qui rend aujourd'hui plus faciles ces dosages doit favoriser le développement d'études cliniques pour améliorer l'efficacité du traitement substitutif nicotinique et pour mieux comprendre le niveau de risque de développer un cancer.

## Effets motivationnels de la nicotine chez le rat. Implication des systèmes endocannabinoïde et noradrénergique

Benoît Forget et Marie-Hélène Thiébot  
UMR677 Inserm/UPMC, Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie, Site Pitié-Salpêtrière,  
91 boulevard de l'Hôpital, 75013 PARIS

La nicotine est tenue pour responsable des propriétés toxicomanogènes du tabac, bien que d'autres substances y participent certainement.

Comme pour les autres drogues, il semble que l'anticipation du «plaisir» que peut procurer le tabac, le pouvoir évocateur du contexte associé à sa consommation et/ou sa consommation, constituent des éléments importants du «désir», conduisant à la rechute après sevrage.

Chez l'animal, l'intensité de la valeur appétitive d'une drogue peut être approchée par la procédure de conditionnement de place. Celle-ci repose sur le principe que des stimuli environnementaux explicites, associés de façon répétée à la drogue, en acquièrent les propriétés motivationnelles. Le fait que l'animal s'approche et maintienne le contact cet environnement, en l'absence de la drogue, est interprété comme indiquant que les effets subjectifs de celle-ci ont été perçus comme «plaisants». Bien qu'il ne s'agisse pas réellement d'un «modèle» de toxicomanie, cette procédure permet d'évaluer la perception qu'a l'animal de la valeur motivationnelle intrinsèque de la drogue, ainsi que l'intensité et la durée de la trace qu'elle laisse dans son souvenir.

Les effets appétitifs des drogues dépendent de leur capacité à activer, directement ou indirectement, le système dopaminergique mésocorticolimbique. Mais il existe d'autres partenaires, en particulier, les systèmes endocannabinoïde et noradrénergique.

Nos études chez le rat montrent que la nicotine induit, à très faible dose, une préférence de place conditionnée (PPC) aussi intense que la morphine ou la cocaïne, indiquant qu'elle est perçue comme «plaisante» par les animaux.

Le blocage sélectif des récepteurs cannabinoïdes CB1 (rimonabant) ou alpha1-adrénergiques (prazosine) s'oppose aussi bien à l'établissement qu'à l'expression à court terme (24 h) de la PPC induite par la nicotine. En revanche, en injection unique avant la séance-test, aucun de ces 2 composés n'empêche l'expression à long terme (21 j) de la CPP, ce qui indique que des *changements neuroadaptatifs* se mettent en place dans les semaines qui suivent l'acquisition, rendant l'expression à long terme indépendante de la stimulation de ces 2 récepteurs. Toutefois, le blocage chronique des récepteurs CB1 après le conditionnement permet à une injection supplémentaire de rimonabant avant la séance-test d'inhiber efficacement l'expression à long terme de la PPC. Il semble donc que les *phénomènes de neuroplasticité* qui se développent après la phase d'acquisition dépendent de l'activation des récepteurs CB1 par les endocannabinoïdes.

Dans leur ensemble, ces données suggèrent que les récepteurs CB1 et/ou alpha1-adrénergiques jouent un rôle majeur dans les processus responsables des effets plaisants de la nicotine et que ceux-ci sont soutenus par des mécanismes différents selon le temps écoulé depuis l'exposition à la nicotine. Le blocage de ces récepteurs pourrait constituer une nouvelle stratégie thérapeutique pour l'aide au sevrage tabagique.

## **Méthodologie des essais cliniques dans l'arrêt du tabac**

**Auteur : HJ. Aubin (Paris)**

Le Docteur Henri-Jean Aubin a très aimablement accepté d'assurer la communication sur la méthodologie des essais cliniques en lieu et place du premier orateur prévu.

Compte-tenu des délais particulièrement restreints, nous vous prions d'excuser l'absence de résumé de son intervention ; résumé qui sera disponible sous forme d'un additif à l'entrée de la salle.

Le Comité d'Organisation renouvelle ses remerciements au Docteur Henri-Jean Aubin pour sa disponibilité et sa collaboration.



## Symposium 3

---

*Optimisation des Interventions*  
*Pdt : X. Quantin (Montpellier), A.L. Le Faou (Paris)*



## **Optimisation de la prise en charge en médecine générale**

**Auteur : A. Sasco (Bordeaux)**

Résumé non fourni

## Optimisation des interventions chez les lycéens

Nguyen C, Barthelemy L, Bousquet M, Quantin X, Lemonnier G, Stoebner-Delbarre A.

### Constats

Les études scientifiques mettent en exergue le rôle de l'environnement et du climat scolaire sur les comportements des lycéens.

En Languedoc-Roussillon, Epidaure et le Rectorat de l'Académie de Montpellier ont mené des études dans 19 établissements qui démontrent aussi l'existence de facteurs liés au tabagisme des jeunes. Le risque d'être fumeur est plus important en cas :

- de scolarité dans les lycées professionnels plutôt que dans les lycées d'enseignement général
- de proximité avec la frontière espagnole
- d'absence d'affichage des règles d'interdiction de fumer
- de non application de la loi Evin
- d'absence de volonté et d'implication de la direction
- de manque de mobilisation de la communauté éducative

### Solutions

#### *Environnement sans tabac*

La direction de l'établissement a un rôle primordial dans le développement d'un environnement sans tabac. Elle rend possible la mise en place d'un projet d'établissement de prévention du tabagisme. Toute la communauté éducative (enseignants, infirmière, administratifs, agents, surveillants, élèves, parents...) doit être mobilisée à chaque étape pour mettre en place un tel projet. Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté apparaît comme support efficace de communication et de pilotage.

L'implication du personnel dans cette dynamique est particulièrement cruciale. Elle peut se situer à plusieurs niveaux :

- le respect des mesures, le rôle d'exemplarité
- la participation aux actions et à la mise en place de dispositifs adaptés
- la mise à disposition de temps des élèves pour la participation à des programmes d'aide à l'arrêt du tabac

#### *Prise en charge, mutualisation des compétences*

Dans cette dynamique, l'appui des partenaires extérieurs est un soutien non négligeable dans la recherche de réponses aux besoins en matière d'information et d'aide à l'arrêt du tabac. Le rôle des partenaires se situe dans le conseil méthodologique de projet, la mise en place et l'animation d'actions, et la formation. Les expériences sur le terrain montrent l'importance d'un relais disponible au sein du lycée, capable de conseiller, d'orienter, d'accompagner les fumeurs dans une démarche de diminution ou d'arrêt du tabagisme. La formation du personnel à l'accompagnement au sevrage tabagique et à l'animation d'un programme d'aide à l'arrêt du tabac pour les lycéens comme Action 5+1+ s'avère être un levier efficace pour proposer de l'aide aux fumeurs.

### Conclusion

Ces études montrent que l'aide à l'arrêt du tabac chez les lycéens ne peut se réduire à une simple application de l'interdiction de fumer, ni à une prise en charge isolée.

Pour être efficace, elle doit résulter d'une stratégie globale agissant sur le développement d'un environnement favorable à une conduite de santé durable des jeunes.

C'est la raison pour laquelle le Réseau lycée libre comme L'R a été créé avec le soutien du Conseil Régional, du Rectorat de l'Académie de Montpellier, de la DRASS et de l'Urcam, afin d'aider les lycées à atteindre leurs objectifs.



## **Optimisation de la prise en charge chez la femme enceinte**

**Auteur : G. Grangé (Paris)**

Résumé non fourni

## Comment optimiser l'intervention des consultations spécialisées de tabacologie

Docteur Jean Perriot  
Dispensaire Emile Roux - Clermont-Ferrand - [jean.perriot@g63.fr](mailto:jean.perriot@g63.fr)

Si la lutte contre le tabagisme relève d'une action globale associant mesures réglementaires, politique des prix, information du public et prévention ; l'aide à l'arrêt du tabagisme reste essentielle pour les fumeurs les plus fortement dépendants, en échecs répétés lors de leurs tentatives d'arrêt qui constituent l'essentiel des patients des consultations d'aide à l'arrêt du tabagisme.

La codification du sevrage tabagique a progressé et des moyens pharmacothérapeutiques nouveaux combinés aux thérapies cognitivo-comportementales ont permis une sensible amélioration du pronostic du sevrage tabagique. Néanmoins, des progrès peuvent et doivent être accomplis et permettre ainsi de faciliter l'arrêt du tabagisme pour les 20 à 30 % de consommateurs qui constituent les "noyaux durs" des fumeurs.

### MODALITES ACTUELLES DU SEVRAGE TABAGIQUE

Il réalise une prise en charge étalée dans le temps répondant aux principes de l'"Evidence Based Medicine". Les moyens d'aides validés sont : la substitution nicotinique dont les résultats sont améliorés par l'association des formes galéniques, le chlorhydrate de Bupropion en respectant ses contre-indications, la Varénicline dont l'efficacité pour une meilleure tolérance est très supérieure à celle du Bupropion ; les thérapies cognitivo-comportementales sont elles aussi efficace et doivent toujours être associées à la pharmacothérapie.

Au-delà de ces faits, la qualité de la relation thérapeute - patient, celle du suivi (durée, nombre et contenu des consultations) accroissent le taux d'arrêt à long terme et permettent la prévention de la reprise. Le conseil minimal simple ou renforcé par la mesure du CO expiré, la réduction de consommation aidée par l'apport de substituts nicotiniques ont leur intérêt et favorise la tentative d'arrêt et l'abstinence. Enfin, il reste toujours une place pour les prises en charge collectives.

De nombreux essais cliniques (combinaisons thérapeutiques diverses) ont été développés et tentent encore d'optimiser la prise en charge et le suivi (chronologie et contenu).

### COMMENT OPTIMISER LE SEVRAGE EN CONSULTATION SPECIALISEE

#### *Interventions au sein des consultations spécialisées*

La qualité d'intervention des centres spécialisés relève d'abord d'une structuration de la prise en charge offerte qui implique naturellement tous ses intervenants (médecin, infirmier ou sage femme mais aussi psychologue, diététicien, etc) qui chacun à sa place participe à l'aide à l'arrêt (phase de préparation, phase de sevrage, phase de suivi après arrêt).

Cette structuration doit utiliser tous les outils nécessaires à la bonne évaluation de la situation initiale puis à l'intervention ultérieure qui doit s'adapter à l'analyse de départ (motivation, dépendance tabagique, existence de co-dépendance, situation psychiatrique, socio-familiale, économique, somatique, antécédents divers).

A la phase de sevrage, il convient de limiter le syndrome de manque et le "craving" par l'association aux pharmacothérapies d'une prise en charge cognitivo-comportementale appropriée. La compensation des effets secondaires du sevrage (troubles anxio-dépressifs, prise de poids, etc), facteurs de reprise, est indispensable. Ainsi, au-delà de la qualité du dialogue entre patient et l'équipe de prise en charge dont la disponibilité est nécessaire, il faut veiller à maintenir ou accroître la qualité de vie du patient pendant son sevrage. De multiples outils généralement peu connus ou utilisés permettent à ce stade d'optimiser l'aide à l'arrêt.

Le suivi du patient abstinant permettra de développer les stratégies de prévention de la reprise et le transfert progressif de compétence du thérapeute vers celui dont le comportement aberrant subit une extinction définitive.

Il ne saurait être question, à fortiori chez les fumeurs fortement dépendants, de distinguer dépendances pharmacologiques et psycho-comportementales qui sont étroitement intriquées et justifient pleinement un usage prolongé des médicaments du sevrage comme l'allongement du suivi (minimum 12 mois), dont seul le patient peut décider de la fin. De même que si les IRS, IRSNA et thymorégulateurs ne sont pas des médicaments du sevrage tabagique «stricto sensu» la fréquence des troubles anxio-dépressifs ou bipolaires associés au tabagisme est telle que leur usage est souvent rendu nécessaire. Au même titre que bien d'autres molécules utilisées dans d'autres addictions peuvent avoir un intérêt dans la prise en charge du sevrage tabagique.

Des algorithmes d'interventions seront présentés dans cet exposé afin de préciser les places respectives de chaque intervenant et d'expliquer comment structurer leur action.

### ***Interventions des partenaires de la consultation spécialisée***

L'arrêt du tabagisme (décision, mise en œuvre, prévention de la reprise après arrêt effectif) nécessite une collaboration avec l'omnipraticien du patient, intervenant naturel dans la prise en charge. Par sa présence et les relations qu'il entretient avec les consultations spécialisées qui peuvent être schématisées, se développent des filières ou réseaux de prise en charge qui renforcent l'intervention en tabacologie.

Les intervenants de la consultation spécialisée de tabacologie doivent tisser des liens avec d'autres partenaires relevant du champ addictologique, psychiatrique ou de la prise en charge des pathologies somatiques dues au tabagisme.

Enfin, l'aide à l'arrêt du tabagisme ne peut s'abstraire des interventions générales de lutte contre le tabagisme (information, prévention) en milieu général ou ciblé.

### **BIBLIOGRAPHIE**

Reynaud M. *Traité d'Addictologie*. Paris : Flammarion, 2006.

George TM. *Medication Treatments for Nicotine Dependence*. New York : Taylor & Francis, 2006.

Mc Ewen, Hajek P, Mc Robbie H, West R. *Manual of smoking cessation*. Oxford: Blackwell publishing, 2006.

Perriot J, Llorca PM, Boussiron D, Schwan R. *Tabacologie et sevrage tabagique*. Paris : John Libbey Eurotext, 2003.

Lagrué G. *Arrêter de fumer ?* Paris : Odile Jacob, 2001.

Martinet Y, Bohadama A. *Le tabagisme*. Paris : Masson, 2004.

Perriot J, Schmitt A, Llorca PM. Optimiser la prise en charge du sevrage tabagique. *Alcool Addictol* 2005 ; 25(3) : 201-9.

Richmond RL, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstentions following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction* 1993 ; 88 : 1127-35.

Richmond RL. Physicians can make difference with smokers: Evidence clinical approaches. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999 ; 3 : 100-12.

Medioni J, Berlin I, Mallet A. Increased risk of relapse after stopping nicotine replacement therapies: a mathematical modelling approach. *Addiction* 2005 ; 100 : 247-54.

Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, et al. Efficacy of Varenicline, an alpha 4 beta 2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained release bupropion for smoking cessation: a randomized trial. *JAMA* 2006 ; 296 : 56-63.

## Les facteurs prédictifs du sevrage

Quantin X<sup>1</sup>, Mathez A<sup>1</sup> et Stoebner A<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> CHU Montpellier; <sup>2</sup> CRLCC Montpellier  
X-quantin@chu-montpellier.fr

L'aide à l'arrêt du tabac est un des leviers de lutte contre le tabagisme. L'efficacité d'une prise en charge personnalisée est démontrée. Les résultats restent insuffisants avec au mieux 30 % de sevrage prolongé (Hughes 2000). L'optimisation de la prise en charge doit permettre d'accompagner plus efficacement les patients fumeurs. Dans cet esprit, l'Unité de Coordination de Tabacologie de Montpellier a entrepris une évaluation prospective du devenir des patients pris en charge. L'objectif est de parvenir à mieux caractériser les patients, de pouvoir établir des groupes homogènes de patient partageant le même pronostic en terme de sevrage. Dans un second temps, il s'agit d'initier des prises en charge innovantes, adaptées à chaque groupe et évaluées par des études randomisées prospectives. L'analyse initiale de la base de données montrait que près d'un patient sur deux n'entamait jamais la démarche d'arrêt. Il nous a semblé intéressant de rechercher les facteurs qui permettraient de différencier cette population de l'ensemble des consultants.

### Méthode

L'enquête a porté sur 983 patients vus en consultation de tabacologie au CHU de Montpellier entre janvier 03 et décembre 04. Les données ont été recueillies prospectivement à l'aide d'un auto questionnaire rempli lors de la première consultation. Ces patients ont bénéficié d'un suivi téléphonique afin de déterminer leur statut fumeur ou non. L'analyse a été réalisée en intention de traitement, les sujets perdus de vue ont été considérés comme fumeur.

### Résultat

426 patients n'ont pas débuté un sevrage (43 %). Cette population se différencie significativement par le fait de vivre seule ( $p = .0006$ ), avoir un niveau < bac ( $p=0.0401$ ), d'être inactifs ( $p=0.0002$ ), avoir un fagerström > 6 ( $p<0.0001$ , n'avoir jamais fait de tentative d'arrêt ( $p=0.0003$ ), avoir arrêté moins de 7 jours lors de la précédente tentative ( $p<0.0001$ ), avoir 1 antécédent psychiatrique ( $p=0.017$ ), avoir 1 traitement antidépresseur ( $p=0.0051$ ), un HAD dépression > à 8 ( $p<0.0001$ ), une somme HAD global >13 ( $p=0.0125$ ), et avoir un DETA > 2 ( $p=0.0349$ ).

### Conclusion

Ces critères permettent de définir une population à faible probabilité de sevrage. En effet, même si leurs caractéristiques recoupent en partie celle des "Hard Core Smokers", ils ne peuvent y être intégrés puisqu'ils ont entrepris une démarche en vue d'un arrêt du tabac. Ils représentent une fraction importante des patients vus en consultations. Il serait intéressant de comprendre pourquoi la prise en charge proposée est inadaptée afin de leur faire des propositions spécifiques innovantes et pouvoir réaliser des études les comparant à une prise en charge habituelle.

## **Atelier 1**

---

*Cardiologues, pneumologues et diabétologues*  
*Pdt : D. Thomas*



## Tabagisme et transplantation cardiopulmonaire

Auteur : M. Bertocchi  
Présentateur : Docteur Michèle Bertocchi

Les méfaits du tabac sur la santé en général s'appliquent aux malades transplantés d'organes qui sont déjà, eux, à haut risque d'athérosclérose accélérée et/ou de néoplasie en raison de leur immunosuppression chronique et de ces effets secondaires. En transplantation cardiaque, la persistance du tabagisme après la greffe augmente le risque d'athérosclérose accélérée du greffon cardiaque, et le nombre de cancers, le plus souvent cancer pulmonaire. En transplantation pulmonaire, les données de la littérature sont peu importantes en raison des débuts récents des programmes, et du faible effectif de patients. But de l'étude : il s'agit d'évaluer le tabagisme pré et post-transplantation d'une cohorte de 40 patients transplantés pulmonaires ou cardio-pulmonaires survivants et tous ambulatoires à l'Hôpital Louis Pradel de Lyon.

### Méthode

Entre juillet 1988 et juillet 2004, 165 malades ont été transplantés pulmonaires ou cardio-pulmonaires : 40 patients survivants au 31 juillet 2004 ont été étudiés. Il s'agit de 24 hommes d'âge moyen 40,5 ans et de 16 femmes d'âge moyen 45,4 au moment de la première transplantation. Tous les patients étaient arrivés au stade d'insuffisance respiratoire terminale en raison d'un emphysème pulmonaire (n = 13), d'une maladie vasculaire pulmonaire (n = 11), d'une mucoviscidose (n = 5), d'une fibrose pulmonaire (n = 5), d'une histiocytose X (n = 3), d'une lymphangioleiomyomatose (n = 3). Lors de cette étude rétrospective, pour chaque patient, les 3 derniers dosages de cotinine urinaire consécutifs réalisés lors du suivi de routine ont été retenus (méthode d'immunodosage EMIT). Cinq patients (quatre hommes, une femme), soit 12,5 % des patients transplantés étaient fumeurs en post-greffe avec des cotinines urinaires très élevées entre 93 et 394 mg/mol de créatininurie (valeur usuelle pour un fumeur supérieure à 7 mg/mol de créatininurie). Il s'agit d'une rechute dans le tabagisme, tous ceux qui fument après la greffe étaient des fumeurs auparavant. Tous avaient arrêté de fumer au moins 6 mois avant la transplantation (surveillance par cotinine urinaire), mais tous reconnaissent l'importance de leur dépendance tabagique et leur grande difficulté à s'arrêter de fumer après rechute post-transplantation.

### Conclusion

Un nombre significatif de patients rechute après transplantation d'organes : ceci a des effets délétères en terme de morbidité et mortalité. Une information correcte des malades en terme de tabacologie et une aide appropriée doivent être proposées. La transplantation d'organes est une stratégie thérapeutique onéreuse : dans un souci de coût bénéfice-efficacité, le sevrage tabagique doit être proposé au candidat à la transplantation. Enfin, dans un souci d'éthique médical et en période de pénurie d'organe, il n'est peut être pas correct de lister des malades dont les comportements addictifs peuvent mettre en péril la réussite de leur transplantation alors même que beaucoup de malade meurent sur liste d'attente.

## Journée d'éducation post infarctus

**Auteur : M. Bertocchi**

**Co-auteur(s) : N. Martins, D. Combret, M. Desmartins, L. Hennisse, R. Ribeira,  
C. Jacovetti, M. Comte, P. Chaleat, I. L'Hopital**

**Présentateur : Bertocchi M.**

La fumée de tabac agit sur la thrombose et le spasme artériel : le tabagisme est le facteur de risque principal d'infarctus du myocarde chez le jeune avant 45 ans. Le risque relatif d'infarctus du myocarde et de mort subite est x 5,2 chez les fumeurs de + de 20 cigarettes par jour. L'arrêt du tabac réduit de 50 % la mortalité à 1 an dans les suites d'un infarctus du myocarde, c'est pourquoi à l'Hôpital Louis Pradel Lyon il a été décidé d'inclure un atelier tabacologie en groupe lors de la journée d'éducation post-infarctus (JEPI) où tous les patients sont conviés dans le mois qui suit l'accident cardiovasculaire. Depuis mai 2007, l'équipe de tabacologie de l'hôpital (médecin, IDE et diététicienne compétentes en tabacologie) accueillent les patients ex-fumeurs, fumeurs actifs ou ayant rechuté en tabagie, au décours d'un infarctus du myocarde récent. Le but de ces ateliers est de raccourcir les délais d'attente pour une consultation individuelle, sensibiliser aux méfaits du tabac ainsi qu'aux bénéfices de l'abstinence en terme de courbe de survie après accident ischémique cardiaque. Il s'agit aussi de donner des informations scientifiques validées (dépendance tabagique, utilisation des substituts nicotiques chez les coronariens) et aussi d'utiliser une dynamique de groupe pour favoriser les prises de conscience de chacun. L'équipe pluridisciplinaire participe au bon déroulement de l'atelier d'une durée de 2h30. L'infirmière accueille les patients, remet différents documents d'information sur le tabagisme, fait réaliser un test de Fagerström ainsi qu'une prise de CO testeur. La diététicienne ensuite présente les grandes règles diététiques lors de l'arrêt du tabagisme ainsi que les objectifs diététiques simples sans régime strict. Enfin le médecin tabacologue anime le débat entre les participants et répond aux questions des patients en insistant sur les fausses rumeurs et les réalités validées scientifiquement en matière de tabac et cœur. Ensuite une consultation individuelle sera proposée pour une prise en charge optimale de chaque malade.

En conclusion, la prise en charge du tabagisme chez les patients fumeurs venant de faire un accident coronarien aigu doit faire partie des standards en cardiologie. En effet l'arrêt du tabac réduit de 50 % la mortalité à 1 an dans les suites d'un infarctus du myocarde, mieux que les statines !!! Les réunions de groupe type ateliers de tabacologie sont une stratégie intéressante permettant à la fois de raccourcir les délais pour une consultation individuelle et d'utiliser la dynamique de groupe pour une prise de conscience.



## Intérêt du sevrage tabagique chez les patients atteints d'un cancer bronchique

**Auteur : Aurélie Grouet**  
**Co-auteur(s) : Michèle Bertocchi**  
**Présentateur : Aurélie Grouet**

### Le contexte actuel

Avec 28 000 nouveaux cas par an en France, le cancer bronchique représente un problème majeur de santé publique. Le tabac est depuis longtemps reconnu comme en étant le facteur de risque principal. Etabli comme carcinogène certain chez l'homme, le bénéfice du sevrage tabagique en prévention primaire ne fait aucun doute.

### La problématique

L'abord du sevrage tabagique chez les malades atteints d'un cancer bronchique doit-il être identique ou différent de ce qui se pratique habituellement en prévention primaire ou en prévention secondaire d'autres pathologies liées au tabac (asthme, bronchopathie chronique obstructive, infarctus du myocarde...)?

A un stade précoce d'un cancer bronchique, l'intérêt du sevrage paraît également bien établi : la curabilité repose en effet essentiellement la chirurgie, basée sur la validité carcinologique du geste d'exérèse de la lésion néoplasique et l'opérabilité du patient. Hors on observe grâce au sevrage tabagique, un ralentissement de la dégradation de la fonction respiratoire avec l'âge. Cette notion doit être parfaitement intégrée par le médecin et le patient. Egalement, le sevrage tabagique permet la réduction du risque d'apparition d'un deuxième cancer, des années après le traitement du premier, dont le traitement chirurgical curateur est alors souvent irréalisable ou contre-indiqué. Enfin, un bénéfice en survie a même été démontré.

A l'opposé, dans la prise en charge des cancers bronchiques localement avancés ou métastatiques, les bénéfices attendus du sevrage tabagique restent encore mal perçus par la plupart des patients, mais aussi des praticiens. Les gains potentiels, pourtant réels d'un tel sevrage, paraissent dérisoires face aux bénéfices de la chimiothérapie et aux efforts nécessaires pour entreprendre une telle démarche. Les bénéfices en terme de survie sont certes controversés, mais les gains en qualité de vie restent indéniables.

Le sentiment de culpabilité est souvent fort chez les patients atteints d'un cancer bronchique. Le tabac fait partie de leur histoire personnelle, mais est également la cause de leur maladie. Leur degré de dépendance est aussi souvent très fort.

Trop longtemps négligées, ces questions méritent pourtant une attention particulière. Trop de patients, et même de praticiens, semblent malheureusement penser qu'une fois le cancer bronchique diagnostiqué, il est de toute façon trop tard pour envisager un sevrage. Le Plan Cancer 2003-2007 prévoyait pourtant plusieurs mesures concernant le tabagisme, tout patient devant « pouvoir bénéficier d'une aide à l'arrêt du tabac lors de sa prise en charge carcinologique, dans le cadre d'un parcours de soins personnalisé ».

### Conclusion

Tout patient atteint d'un cancer bronchique doit se voir proposer un sevrage tabagique, certes adapté au stade de sa maladie. L'ensemble de l'équipe de soins multidisciplinaire devrait y être sensibilisée et recevoir au moins une formation de base en tabacologie.

## **Prise en charge du tabagisme après un syndrome coronarien aigu : évaluation d'une stratégie basée sur l'association substitut-traitement et séances d'exposition**

**Auteur : Gally O**

**Co-auteur(s) : Magne L, Bouchemha Y, Bigot V, Combes D, Diven D, Sideris G, Thomas D,  
Perriot J, Henry P.**

**Présentateur : Gally O**

L'arrêt du tabagisme chez un patient hospitalisé pour syndrome coronaire aigu constitue une priorité absolue pour améliorer son pronostic. L'hospitalisation en USIC ne permet pas au patient de se "préparer" au sevrage; l'arrêt est non mûri, brutal et intervient dans un contexte anxiogène. L'arrêt du tabac à 6 mois après hospitalisation en USIC est d'environ 30 %. Aucune stratégie spécifique n'est recommandée, alors que cette situation est privilégiée pour inciter au sevrage. Une stratégie utilisée en alcoologie a été adaptée à des patients fumeurs hospitalisés en urgence en cardiologie.

Il s'agit d'une étude multicentrique incluant 216 patients, évalués sur le plan psychologique et tabacologique. Le groupe témoin est suivi de façon classique, le groupe thérapeutique bénéficie de 8 séances d'exposition de 30min pendant 6 mois avec la collaboration du personnel infirmier ainsi qu'un traitement systématique par substitut nicotinique. La prescription médicale de substituts est associée à une prise en charge psychologique centrée sur l'exposition à la cigarette avec apprentissage de stratégies adaptatives. L'objectif principal est la comparaison du pourcentage de fumeurs dans chaque groupe à 6 mois. Les résultats sont prévus pour septembre 2008.

L'USIC représente un territoire "expérimental" idéal pour tester de nouvelles stratégies d'arrêt du tabac chez des patients hospitalisés et non préparés, ainsi que la formation et l'implication du personnel paramédical à un suivi psycho-comportemental des patients.

## **Atelier 2**

---

*Pharmaciens et infirmiers*  
*Pdt : M.P. Sauvant Rochat et G. Héno*



## Connaissances sur le tabagisme et ses traitements Enquête auprès d'un établissement de soins oncologie

Auteur : Vanessa Guarato  
Co-auteur(s) : Docteur Christine Denis Vatant  
Présentateur : Vanessa Guarato

### Introduction

La législation actuelle rappelle le rôle fondamental des personnels des établissements de soins dans la prévention du tabagisme. Ils ont un rôle d'exemple et doivent être formés pour relayer l'information auprès des patients et de leurs familles.

### Objectif de l'étude

L'objectif de l'étude est d'évaluer les connaissances de l'ensemble du personnel de l'Institut de Cancérologie de la Loire à Saint-Etienne sur la dépendance tabagique et de ses traitements.

### Méthode

Une enquête d'observation de type transversale a été réalisée dans l'ensemble des services de soins, ainsi qu'auprès du personnel administratif et du personnel technique.

### Résultats

L'Etude porte sur 131 personnes, âgées de 20 à 59 ans, fumeuses ou non. Les femmes représentent 85.5 % (n=112) de la population, et les hommes 14.5 % (n=19) ce qui est représentatif de la forte féminisation du personnel hospitalier. La prévalence tabagique est de 32.1 % (n=42) et de 16.8 % pour les ex fumeurs (n=22).

Chez les femmes 30.4 % sont fumeuses dont 41.2 % entre 26 et 34 ans.

Chez les hommes 42.1 % sont fumeurs dont 50 % entre 35 et 44 ans.

Lors de l'évaluation, 52 % des personnes ayant répondu pensaient avoir un rôle d'exemple à jouer vis-à-vis des patients, 5.3 % ne se sont pas prononcées et 42.7 % pensaient qu'elles n'avaient aucun rôle à jouer. Seuls 35.9 % perçoivent les trois aspects de la dépendance (pharmacologique, comportementale et psychologique) 30.5 % ne perçoivent pas la composante pharmacologique, 29.8 % ne perçoivent pas la composante comportementale, 25.2 % ne perçoivent pas la composante psychologique.

Être suivi par un tabacologue augmente les chances de réussite pour 68.7 % des personnes interrogées et 74.8 % pense que cela permet d'avoir un soutien psychologique.

66.4 % des gens pensent qu'il est dangereux de fumer avec un patch. Près de 40 % pensent que l'on peut développer une dépendance aux patches, 42 % aux substituts oraux. Pour les personnes interrogées, l'allaitement (75.6 %), la grossesse (61.8 %), les problèmes cutanés (43.5 %) et cardio-vasculaires (35.9 %) représentent des contre-indications à l'usage des patches.

### Conclusion

Ces résultats semblent indiquer la nécessité de mettre en place des actions de formation auprès des personnels, afin de permettre une meilleure connaissance de la dépendance tabagique et de ses traitements.

Par ailleurs, compte tenu de la prévalence tabagique chez le personnel, des actions devront être mises en place dans l'aide à la motivation et au sevrage.

## Tabac et pharmacien : un rôle renforcé en éducation sanitaire

**Auteur : Chantal Savanovitch**

**Co-auteur(s) : Nathalie Marchiset-Ferlay, Marie-Pierre Sauvant-Rochat**

**Présentateur : Chantal Savanovitch**

Actuellement, les politiques de santé visent à impliquer tous les professionnels de santé dans la réduction et le sevrage tabagique. Le Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006, relatif à l'interdiction de fumer dans les lieux publics a entraîné un accroissement considérable de la demande d'aide au sevrage, dépassant largement les capacités de réponses des consultations de tabacologie aujourd'hui saturées. Par ailleurs, le délistage des substituts nicotiniques, effectif en France depuis 1999, place le pharmacien d'officine en première ligne dans la lutte contre le tabac, bien au-delà de la seule prévention d'un facteur de risque.

L'officine est un espace ouvert au dialogue et fait du pharmacien l'un des premiers interlocuteurs vers lequel se tourne le fumeur, qui souhaite réduire ou arrêter sa consommation tabagique. La décision de l'arrêt est une étape très difficile à franchir pour le sujet concerné. Dans la pratique, l'étape suivante la plus facile à réaliser par le sujet sera de se rendre à l'officine pour faire part de sa décision et demander de l'aide au pharmacien. Ce moment est capital et le pharmacien se doit de tout mettre en œuvre pour encourager le sujet dans sa démarche et lui prodiguer les bons conseils. Le rôle du pharmacien est donc déterminant. Si cette étape se solde par un échec, le sujet ne reviendra pas. Il sera en effet beaucoup plus agréable pour lui de retourner chez le buraliste acheter son paquet de cigarettes, plutôt que des patchs, sensiblement au même prix et de toute manière non remboursés (au-delà du forfait de 50 euros par an et par patient sur prescription médicale).

La mission du pharmacien est également difficile à remplir puisque celui-ci ne dispose que de peu de temps pour prodiguer les conseils adaptés, n'agissant pas dans le cadre d'une consultation. Très rapidement, il doit évaluer la motivation et le niveau de dépendance du sujet par des tests simplifiés, permettant la mise en place d'une stratégie de sevrage personnalisé.

Chaque sevrage est unique et en aucun cas le pharmacien ne doit laisser repartir le sujet sans lui avoir prodiguer les conseils nécessaires pour amorcer sa tentative de réduction ou d'arrêt tabagique. En outre, le pharmacien doit orienter, vers des structures spécialisées, les sujets fortement dépendants et/ou présentant des pathologies nécessitant une prise en charge médicale.

Ainsi, la lutte contre le tabagisme est un exemple qui illustre pleinement le rôle d'éducateur de santé du pharmacien, lutte dans laquelle il intervient en complémentarité avec les autres professionnels de santé concernés (tabacologues, médecins, infirmiers ...).

## **Place des infirmiers tabacologues en centre spécialisé de tabacologie : dispensaire Emile Roux, UCT du CHU de Clermont-Ferrand**

**Auteur : Mr P Lemaire**

***Co-auteur(s) : Mme A Londaïtzbehere, Mme O Bichard, Dr J Perriot, Pr PM Llorca, Dr A Schmitt, Dr V Boute Makota,  
Présentateur : Mr P Lemaire***

L'infirmier(e)Tabacologue dont la démarche de soins est holitistique, exerce de multiples fonctions au sein des Centres Spécialisés en Tabacologie et UCT de Tabacologie. L'objectif de ce travail est de rappeler l'ensemble de ses missions et de les illustrer par schémas et algorithme d'intervention :

- Missions de prévention et information vis-à-vis des patients ou agents hospitaliers fumeurs (diffusion de manuel d'auto-assistance, groupe d'information et de parole, etc).
- Missions de formation vis-à-vis des étudiants (DIU de Tabacologie, IFSI, etc ...) ou au sein des établissements sanitaires et sociaux.
- Missions d'information et aide à l'arrêt en milieu d'entreprise ou établissement scolaire en soutien des acteurs sanitaires locaux.
- Missions de soins et suivi des patients (bilan initial, groupe d'information et parole, repérage des co-addictions et troubles anxio-dépressifs, participations aux sevrages individuels ou de groupe, suivi des patients : contact direct ou téléphonique, planification des consultations et liaison avec les autres acteurs sanitaires et sociaux).
- Participation aux essais cliniques, réunions de formation et staffs professionnels.

Les infirmiers tabacologues réunis au sein de l'Association Française des Infirmiers Tabacologues sont des acteurs incontournables en Tabacologie. Titulaires d'un DIU de Tabacologie, ils doivent impérativement obtenir rapidement le droit de prescription des substituts nicotiniques.

## **Enquête sur la perception et la consommation de tabac auprès du personnel et des patients du pôle de psychiatrie du CHU de Clermont-Ferrand**

**Auteur : Londaitzbehère A**

***Co-auteur(s) : Bichard O, Morel F, Rougier J, Schmitt A, Boute Makota V,  
Perriot J, Llorca P-M***

***Présentateur : Londaitzbehère A***

Depuis longtemps, on peut observer en psychiatrie que le tabac est d'un usage fréquent. Le sevrage est souvent plus complexe et une prise en charge spécifique s'impose auprès des patients présentant des troubles psychiatriques. Afin d'aider les patients, les professionnels de santé doivent réfléchir à leur rôle auprès d'eux et développer une culture commune de prévention. Mais cette réflexion ne peut se faire sans une évaluation des connaissances et des représentations qu'ils ont du tabagisme. Nous présentons les résultats qui montrent qu'actuellement les connaissances sont encore insuffisantes et la prise en charge reste encore trop isolée, alors que les patients sont demandeurs d'une aide.



## **Atelier 3**

---

*De la recherche à la pratique*  
*Pdt : C. Gillet*



## Intérêt et limites du test de Fagerström

Auteur : Harf R.

Proposé en 1978 par son auteur, cet outil prétend mesurer la dépendance du fumeur à la nicotine. A ce titre, il est aujourd'hui internationalement reconnu et son usage invoqué dans les recommandations officielles. Cette mesure se fait au moyen d'un questionnaire, initialement composé de 8 questions (FTQ), révisé et réduit à 6 en 1991 (FTND).

Malgré une utilisation intensive et prolongée en routine aussi bien que dans les études cliniques, l'intérêt et la pertinence du test de Fagerström ne semblent pas avoir été démontrés.

D'abord d'un point de vue conceptuel :

- A la lumière des études expérimentales, la notion de la dépendance comme variable unidimensionnelle de progression arithmétique se révèle peu pertinente. Les études épidémiologiques et génétiques indiquent au contraire que nous sommes en présence d'un phénomène complexe multifactoriel.
- Le tabagisme résultant de plusieurs composantes intriquées, la mesure d'un seul élément (la dépendance) alors que les autres facteurs (l'environnement, les conditionnements) ne sont pas quantifiés est contraire à la logique.

Ensuite d'un point de vue pratique :

- Si beaucoup d'études cliniques ont utilisé le score de Fagerström comme critère d'inclusion, nous n'avons pas retrouvé de travaux évaluant l'intérêt du test en fonction des choix thérapeutiques possibles ni de l'adaptation des posologies.
- En termes de prédiction, la plupart des études montrent une relation inverse entre la valeur du score et le taux de sevrage à long terme. Cependant, en cas d'analyse multivariée, cette valeur prédictive disparaît au profit de la seule indication du niveau de consommation journalière.

En conclusion, l'utilisation d'un questionnaire standardisé destiné à évaluer la dépendance nicotine parait d'un intérêt théorique et pratique très limité. En conséquence, l'indication de son utilisation systématique dans les recommandations officielles devrait logiquement être reconsidérée.

Tout consommateur régulier devrait être à priori considéré comme dépendant.

Une caractérisation de la dépendance à la nicotine devrait prendre en compte sa complexité métabolique, pharmacologique, génétique...

Une appréciation indirecte pourrait être obtenue par la mesure de la quantité de nicotine nécessaire pour obtenir une suppression de l'état de manque.

## Programme de lutte contre le tabac 2004-2008 de Polynésie française

**Auteur : Cerf N.**

**Co-auteur(s) : Brugiroux M.F., Mou Y., Margaroli S.**

**Présentateur : Cerf N.**

Les différentes études réalisées aussi bien chez les jeunes scolarisés que les adultes montrent que la Polynésie française n'est pas épargnée des méfaits du tabac. Ainsi, elle s'est engagée dans la lutte contre le tabagisme en menant depuis de nombreuses années des actions de prévention qui ont permis de baisser la consommation de tabac dans le Pays. Afin de renforcer et mieux coordonner ces actions, la Direction de la Santé, sous l'égide du Ministère de la Santé, a mis en place en 2003 un programme de lutte contre le tabac pour la période 2004-2008.

Ce programme prioritairement dirigé vers les jeunes, les fumeurs et les femmes enceintes, propose une stratégie d'intervention globale adaptée au contexte polynésien.

Il prévoit six axes d'intervention :

- l'information, la sensibilisation et l'éducation de la population,
- la formation des professionnels et des relais,
- l'accompagnement des fumeurs dans leur démarche d'arrêt,
- la limitation de l'accès aux produits du tabac,
- la protection de la population contre la fumée du tabac,
- l'évaluation des actions.

Le Département des Programmes de Prévention, soutenu par le Centre de Consultations Spécialisées d'Alcoologie et Toxicomanie (CCSAT), est chargé de la coordination du programme et des plans d'action annuels qui en découlent. La mise en œuvre des actions sur le terrain est assurée par les structures de la Direction de la Santé localisées sur Tahiti et dans les îles éloignées (CCSAT, cellules de promotion de la santé, hôpitaux, centres médicaux, dispensaires) et ses partenaires (Centre Hospitalier de Polynésie française, Institut Louis Malardé, Direction de l'Enseignement Secondaire, Service des Affaires Economiques, Association Ligue Vie et Santé, la Ligue contre le Cancer ...).

## Profil des fumeurs vus en consultations de tabacologie en Polynésie française en 2004/2005

Auteur : Margaroli S. ; Cerf N.  
Co-auteur(s) : Brugiroux M.F., Mou Y.  
Présentateur : Margaroli S.

La Direction de la santé de Polynésie française a élaboré un programme de lutte contre le tabac pour la période 2004-2008. Un des axes stratégiques du programme est l'accompagnement des fumeurs dans leur démarche d'arrêt. Des consultations de tabacologie ont été ainsi mises en place. Ces consultations sont assurées, sur la base du volontariat, par une trentaine de professionnels de santé formés par un expert métropolitain en tabacologie.

Une évaluation du profil des fumeurs venus dans les sites de consultations entre juin 2004 et décembre 2005 a été réalisée grâce aux 780 questionnaires (modèle INPES) remplis généralement par les professionnels de santé puis centralisés et analysés au Département des Programmes de Prévention de la Direction de la Santé. La saisie et l'exploitation des données ont été confiées à une société d'étude. Les patients sont majoritairement des femmes (58 %). L'âge moyen est de 38 ans et le niveau d'éducation inférieur au baccalauréat (60 %). Un consultant sur trois a une dépendance forte au tabac (score de Fagerström supérieur ou égal à 7). Près d'un quart présente des troubles dépressifs et plus de la moitié des fumeurs montre des troubles anxieux. Un patient sur trois a une consommation excessive d'alcool. La grande majorité des patients a déjà connu une expérience de sevrage puisque 84 % ont tenté d'arrêter de fumer, principalement de manière spontanée sans avoir eu recours à une consultation spécialisée. Les raisons les plus citées pour arrêter de fumer sont la peur de la maladie et des risques pour la santé ; faire plaisir/protéger ses proches. Les craintes les plus fréquemment évoquées face à l'arrêt du tabac sont la peur de grossir et de la souffrance physique.

Moins de la moitié des patients (40 %) sont revenus à la première consultation de suivi ; parmi eux, 51 % ont déclaré ne plus fumer. Ce taux augmente avec le nombre de consultations de suivi. Cette évaluation a permis de décrire les caractéristiques des fumeurs vus en consultations de tabacologie et d'évaluer leur dépendance au tabac. La prise en compte de ces données est essentielle pour réussir l'accompagnement de ces fumeurs dans leur démarche de sevrage. Le nombre important de fumeurs ayant un niveau élevé de dépendance au tabac et/ou présentant des tendances anxieuses et dépressives montre que ces consultations correspondent à un réel besoin en matière de prise en charge spécialisée. En revanche, les jeunes et les femmes enceintes, cibles prioritaires du programme de lutte anti-tabac, s'adressent peu à ce dispositif spécialisé. Des stratégies plus adaptées doivent donc être envisagées envers ces groupes.



## **Atelier 4**

---

*Plus d'aisance pour plus de performance*  
*Pdt : D. Bonte*





## **Sevrage tabagique en médecine générale : Optimisation des pratiques et travail en partenariat. A propos d'une enquête sur 286 omnipraticiens**

**Auteur : Dr L Doly-Kuchcik, Dr J Perriot**  
**Co-auteur(s) : Pr PM Llorca, Dr A Schmitt**  
**Présentateur : Dr J Perriot**

Les omnipraticiens libéraux tiennent une place centrale en tabacologie. Une enquête réalisée par questionnaire anonyme a été menée en 2006 auprès de 286 omnipraticiens du Puy-de-Dôme (63 - France) formés ou non au sevrage tabagique afin d'évaluer leur pratique et de définir les modalités de développement d'un partenariat entre les acteurs de santé impliqués en tabacologie visant à optimiser la prise en charge des patients fumeurs :

- ce que les omnipraticiens doivent désormais faire :
  - assurer une prévention primaire et identifier tous les patients fumeurs
  - arrêter de fumer (crédibilité, exemplarité)
  - identifier et prendre en charge les maladies liées au tabagisme
  - évaluer la situation tabagique en préalable au sevrage
  - accorder 30 mn à chaque intervention d'aide à l'arrêt
  - personnaliser l'intervention et respecter les recommandations des experts
  - assurer un suivi  $\geq$  12 mois
  
- ce qu'ils peuvent faire dans un avenir proche :
  - se former en tabacologie (DIU de Tabacologie, FMC)
  - s'intégrer à des filières ou réseaux de soin en addictologie
  - s'appuyer sur l'expérience des consultations de tabacologie.

Un algorithme d'intervention, présenté dans ce travail, a été élaboré afin de faciliter et optimiser leur intervention et permettre le développement de partenariat entre tous les acteurs de la tabacologie, il est un support aux sessions de formation médicale continue.

## Tabacologie et diététique

**Auteur : M. Bertocchi**

**Co-auteur(s) : N. Martins, D. Combret, M. Desmartins, L. Hennisse, R. Ribeira, C. Jacovetti,  
M. Comte, P. Chaleat, I. L'Hopital**

**Présentateur : M. Bertocchi**

La prise de poids lors du sevrage tabagique est souvent un frein à l'arrêt du tabac, le plus souvent chez les jeunes femmes. L'intérêt d'une consultation diététique n'est plus à démontrer afin d'accompagner et d'écouter les patients. Les solutions sans régime strict sont possibles en équilibrant l'alimentation et en pratiquant une activité sportive. A l'hôpital Louis Pradel, dès la mise en place de la consultation de tabacologie par le médecin, de façon concomitante, un suivi diététique a été réalisé lors de la même consultation par les diététiciennes de l'hôpital. Sur les 25 patients suivis (depuis le début du sevrage) 1/3 a perdu du poids (jusqu'à 7 kilos parfois) 1/3 a stabilisé son poids, 1/3 a pris 2 à 4 kilos. Il n'y a pas eu de prise de poids > 5 kilos pour les patients qui ont été vus dans le même temps par le médecin et la diététicienne. En conclusion le 1<sup>er</sup> entretien diététique est déterminant car un discours culpabilisant ou trop directif peut braquer un patient et avoir pour conséquence un désengagement vis-à-vis du suivi en tabacologie. La chance de pouvoir proposer lors d'une même consultation à la fois un avis diététique ainsi qu'un avis médical permet de façon préventive de limiter les prises de poids importantes qui sont des freins au sevrage tabagique. Le problème actuel reste celui de la cotation de la consultation diététique qui pour l'instant n'existe pas à l'hôpital.

## Accompagnement au sevrage tabagique, TCC et outils de sophrologie

**Auteur : Véronique Charmetant**

**Dr. en pharmacie(ParisV) Sophrologue(ISRA) Méthode de formation Dale Carnegie + TCC. ;  
cabinet: 15, Rue de Stalingrad 69400 Villefranche ; Gestion du stress - Aide au sevrage  
tabagique ; 06 19 89 77 88 ; formation@charmetant.fr**

**Présentateur : Véronique Charmetant**

Présentation de la méthode d'accompagnement à l'arrêt du tabac expérimentée en collectivité et en cabinet privé, utilisant les outils complémentaires de TCC et de SOPHROLOGIE.

Grâce à ces outils le contenu de la formation est à la fois :

- Informatif : Tabac- composition- risques- mécanisme- tabagisme actif et passif- dépendances- traitements- substituts nicotiques.
- Responsabilisant : Prise de conscience-compréhension-comportements-habitudes-décision- motivations-engagement-objectif personnel- questionnaires TCC- entraînement sophrologique.
- Participatif : Echange d'expériences- respiration- relaxation- exercices dynamiques- visualisation- anticipation- gestion du stress- sophrologie.

Cette formation complète donne a priori de bons résultats qui demandent à être évalués à long terme.

## **Tabac et Liberté et le Médecin Généraliste**

**Auteur : Jean Daver**

Depuis 13 ans, le savoir faire de Tabac et Liberté est la formation. Elle est particulièrement adaptée à la pratique de l'exercice libéral par un apport minimum des informations nécessaires au praticien, par la pédagogie de la formation et par la qualité des outils mis à disposition. Plus de 10000 médecins, pharmaciens et professionnels de santé ont été formés en France.

Cette formation est le fruit d'un travail de dépouillement, d'évaluation et de mise en pratique qui se poursuit tous les jours dans le sens de la simplification sans être préjudiciable à la quantité ni à la qualité des connaissances indispensables pour cette mission de Santé Publique : T&L organise des séminaires qui rassemblent les expériences de terrain, dégagent les phases essentielles indispensables à une formation efficace.

Le plus difficile dans ce travail est la décision d'éliminer certaines connaissances en tabacologie au profit de l'acquisition de pratiques adaptées à chaque exercice professionnel.

Depuis sa création, Tabac & Liberté mène en continu ces actions de formation de médecin et des professionnels de santé. Elles sont ainsi organisés : l'aide au sevrage tabagique niveau I et II, les thérapies cognitives et comportementales niveau I et II, la formation de formateurs niveau I et II, les interventions en entreprise, les interventions en milieu scolaire.

De son expérience européenne (plus de 10 ans) nous savons que les formations et leurs outils doivent être strictement adaptés aux contextes nationaux : le fond est européen, la forme est nationale.



## Symposium 4

---

*L'entreprise, l'école, les restaurants et les autres*  
*Pdt : J.D. Dewitte (Brest), B. Dautzenberg (Paris)*



## L'école - Modification de l'image sociale du tabac chez les 12-16 ans depuis 3 ans. Ecoles sans tabac

Monique Osman

Enseignante SVT à l'Education nationale & Biologie en IFSI, psychologue, tabacologue, Paris

L'évolution du tabagisme des jeunes de 12 à 16 ans en milieu scolaire, sur ces 3 dernières années, est intéressante à considérer, tant au plan quantitatif qu'au plan comportemental. On note des points très positifs, mais aussi quelques aspects négatifs.

1. En ce qui concerne les chiffres : Ils fluctuent légèrement sur le court terme en fonction de divers facteurs, par exemple l'application plus ou moins stricte de la réglementation concernant le tabagisme en milieu scolaire ou les augmentations du prix des cigarettes. Pour autant, à plus long terme, les chiffres recueillis sont sans appel. Ils confirment que les efforts entrepris pour détourner les jeunes du tabac et changer l'image sociale d'un produit aussi nocif que le tabac sont concluants et méritent d'être poursuivis. Une tendance globale se dessine, nette, qui montre une régression du tabagisme chez les jeunes, malgré quelques dérives à ne pas sous-estimer.
  - Entre 2002 et 2006, on a pu noter que l'interdiction totale de fumer dans les lycées est passée de 14 % à 40 % (BEH N°21 du 29 mai 2007). On peut supposer, même si on manque encore de recul, que cette tendance favorable va s'accroître grâce à l'application stricte du décret Bertrand de novembre 2006.
  - En 2006, 38 % des lycéens déclarent n'avoir jamais fumé contre 26 % en 2002. C'est la aussi une évolution intéressante, mais qu'il faut nuancer dans la mesure où les jeunes considèrent souvent que fumer autre chose que la cigarette industrielle, n'est pas fumer !

Pourtant certaines situations restent préoccupantes. Les jeunes commencent à fumer de plus en plus tôt, les filles ont rattrapé les garçons et semblent avoir plus de mal encore à s'arrêter. De plus, le discours des plus « accros » se durcit. Parmi ceux là, 1 sur 6 déclare d'emblée qu'il n'a pas l'intention d'arrêter de fumer ! Ainsi, quand le nombre des fumeurs qui prétendent ne pas **pouvoir** arrêter de fumer diminue de moitié, ceux qui prétendent ne pas le **vouloir** est multiplié par 4 dans le même temps.

Il faut dire que les autorités sanitaires témoignent d'un comportement ambigu dans leur politique de prévention du tabagisme chez les jeunes. C'est ainsi que la vente des cigarettes qui est interdite aux mineurs de moins de 16 ans, reste autorisée chez ceux qui ont de 16 à 18 ans !

2. En ce qui concerne les réactions des jeunes face aux fumeurs, on note qu'elles ont très sensiblement changées. Le jeune qui commence à fumer est de moins en moins considéré comme un « leader » potentiel, mais au contraire comme une personne à « problèmes » ! Cela dit, les jeunes sont réceptifs aux ambiguïtés du discours politique face au tabagisme, comme ils le sont au prix des cigarettes. De même, les difficultés sociales qu'ils s'attendent à vivre dans les années à venir les incitent à se tourner, comme par compensation, vers de nouvelles formes de consommations. La vente du tabac à rouler, dont le coût est plus faible que celui des cigarettes traditionnelles, a considérablement augmenté. Mais c'est surtout la consommation des produits contenus dans les pipes à eau (narghilé ou chicha) qui a explosé, tant cette façon de fumer leur semble à la fois conviviale et dénuée de toute dangerosité ! Ce phénomène ne risque-t-il pas de prendre le pas, si l'on n'y prend garde, sur le tabagisme traditionnel des jeunes, alors même que les bars à chicha sont sensés fermer prochainement, en application du décret du 15 novembre 2006 ?

## **Les entreprises - Les résultats du sevrage en entreprise - L'influence du contrôle du tabac sur l'amélioration des relations sociales**

**Jean Dominique Dewitte**  
Professeur de médecine du travail, tabacologue, Brest

Qu'elles le veuillent ou non les entreprises étaient et demeurent confrontées au problème du tabac. Le tabac était source de nombreux petits conflits larvés parmi le personnel, est associé à une augmentation de l'absentéisme, à une augmentation des arrêts de travail, à une augmentation des maladies professionnelles, à une augmentation des arrêts du travail, à une dégradation accélérée des sols, des peintures, des équipements informatiques. Bref, alors que la loi de 1991 et les décrets de 1992 organisaient la protection dans les entreprises des non-fumeurs, elles ne l'ont fait que progressivement. En janvier 2007 une minorité (45 %) des salariés déclaraient ne jamais être enfumé sur leur lieux de travail, dès février ils étaient 2 fois plus. Les progrès ont été spectaculaires en terme de diminution de tabagisme dans les locaux. Les mesures de pollution par les PM2.5 confirment cette diminution de la pollution des locaux.

Mais l'entreprise sans tabac ne se limite pas à une entreprise où l'on ne fume pas. La demande est du personnel d'aller beaucoup plus loin est toujours forte.

De très nombreuses entreprises ont mis en place des réunions d'information des salariés et des aides à l'arrêt. L'aide à l'arrêt coûte à l'entreprise, mais c'est beaucoup plus par les heures de travail perdues si l'aide se déroule sur le temps de travail que par le coût des prestations de tabacologues ou d'autres prestataires ou de la prise en charge des substituts nicotiniques.

Les fumeurs venant consulter en entreprise sont un peu moins anxieux et dépressifs, un peu moins dépendants selon le score de Fagerström, mais à l'inverse un peu moins motivés que les fumeurs vus en consultation de tabacologie.

Les résultats du sevrage à un an montrent 37 % de non tabagisme confirmé, mais aussi de réduction du tabagisme, en particulier chez les femmes qui continuent à prendre des gommes un an après le sevrage, montrant que l'arrêt n'est pas la seule solution adoptée par les fumeurs pour vivre dans une entreprise sans tabac.

L'organisation d'une entreprise sans tabac est dans beaucoup d'entreprise une formidable action de communication interne, qui permet d'ouvrir le dialogue entre personnes qui ne se parlaient pas et de donner à tous d'avoir accomplis un pas ensemble. Loin d'augmenter les conflits l'entreprise sans tabac les apaise, alors que toute décision ambiguë sur la place du tabagisme dans l'entreprise les entretenait.



## Les restaurants et le secteur CHRD - Jurisprudence et précision du décret (terrasses, bowling, lieux «privés») - Ce qui va se passer au premier janvier

Bertrand Dautzenberg  
Professeur de pneumologie, tabacologue, Paris

Alors que la plupart des pays ont choisit de passer à l'interdiction totale de fumer en un temps, la France à choisit d'appliquer en deux temps l'interdiction de fumer, une décision non soutenue par les associations mais prise par le Premier Ministre de l'époque, en fonction du calendrier politique. Les Pays-Bas qui sont dans la même situation que la France actuellement, passeront non fumeur dans le secteur CHRD au premier juillet et vont suivre avec intérêt ce qui se passe en France.

Les mesures de pollution des locaux faites depuis le premier janvier 2007 montrent qu'alors le dépassement des normes de pollution par les PM 2.5 (les fines particules) et le CO sont l'exception dans les lieux de travail ordinaires et les lieux publics, ces dépassements sont la règle pour le secteur CHRD. Ainsi la loi ne s'applique pas encore dans les lieux les plus pollués alors qu'elle s'applique déjà dans les lieux les moins dangereux !

Le nouveau décret ne résume pas tout. La *jurisprudence* joue un rôle considérable, en particulier pour le secteur CHRD en ce qui concerne le respect et la protection du personnel :

- Un arrêt de la cour de cassation exige des employeurs non seulement une obligation de moyens, mais aussi une obligation de résultats : il ne suffit pas de mettre en place un affichage et de passer des consignes, il faut qu'elles soient appliquées.

Une autre *jurisprudence* développée à propos d'une affaire de buvette d'un stade reconnaît au salarié le droit de retrait si l'exposition à la fumée lui paraît dangereuse. Ce droit de retrait pourrait être appliqué dès ce jour par les personnels des 9/10 des boîtes de nuit si l'on en croit les mesures faites par 60 millions de consommateurs il y a quelques années qui montraient que le taux de 8,5 ppm (niveau d'alerte à la pollution de l'air des villes) était dépassé 9/10, parfois de plus de 1 000 % ! A ces niveaux de pollution, l'OMS recommande de quitter le local dans les 15 minutes !

Depuis février 2007 la situation s'est un peu améliorée dans le secteur CHRD car :

- tous les café/restaurants ouverts sur un lieu public (gares, galeries marchandes, aéroports sont passés « non fumeur ».
- toutes les cantines, cafétérias d'entreprise sont totalement non fumeur.
- la façon de penser des patrons et les personnels du secteur CHRD évolue : ils ont compris qu'il leur était possible de continuer à faire leur métier dans des locaux non fumeur, qu'il y aura plus de gain de client que de perte. Ainsi France Boisson montre que le caractère enfumé des bars est la seconde cause après le prix, de l'abandon de la fréquentation de ces établissements.

Les fumoirs qui selon la loi peuvent être installées, le sont et le seront peu, car aucun service n'est possible dans ces fumoirs et la perte de surface constitue bien souvent une perte de revenus. Ce ne pourra pas être une salle de restaurant fumeur mais une salle où l'on ne fait que fumer... encore faudra-t-il qu'elle soit munie des systèmes de ventilation nécessaires.

- Les bars à chicha ne pourront plus offrir ce service dans les lieux clos et couverts.
- Reste le problème des terrasses. Le décret prévoit que l'on puisse fumer dans les cours (non couvertes) et sur les terrasses couvertes à partir du moment où elles sont ouvertes, c'est-à-dire qu'il y ait une façade ouverte (et pas seulement une porte). Les expériences étrangères montrent que cette situation peut rendre difficilement respirable l'air des terrasses. Il faut donc encourager les patrons à réglementer le tabagisme sur les terrasses, en décrétant dans les lieux privés, y compris dehors, une limitation des endroits où l'on peut fumer, afin que les enfants et les non-fumeurs ne soient pas chassés des terrasses.
- Comme pour le premier février 2007, le passage au « sans tabac » au premier janvier 2008 du secteur se passera bien dans 90 % des cas, le bilan sera dès la mi-janvier positif et les professionnels seront rassurés, pour peu que la population accompagne la mesure.



## **Symposium 5**

---

*Pharmacothérapie*  
*Pdt : J. Perriot*



## **Prise en charge pharmacologique du sevrage tabagique chez le malade psychiatrique**

**Auteur : Ivan Berlin**  
**Co-auteur(s) : J. Perriot**  
**Présentateur : Ivan Berlin**

Le tabagisme des patients psychiatriques est un problème majeur. La prévalence du tabagisme chez les patients ayant un trouble psychotique est estimé à 70 à 88 % et varie entre 50 à 60 % chez les patients avec dépression majeure.

Plusieurs facteurs ont été évoqués pour expliquer la forte prévalence et la forte consommation tabagique des patients schizophrènes : dépendance plus forte que dans la population générale ; la possibilité que le tabagisme améliore les symptômes négatifs et les fonctions cognitives ; le tabagisme peut diminuer les effets indésirables des neuroleptiques ; les neuroleptiques peuvent augmenter la consommation du tabac. Le problème du tabagisme chez les patients sous neuroleptique atypique peut accentuer le risque cardiovasculaire déjà potentiellement élevé par la prise de poids et l'apparition du diabète type 2. Plusieurs traitements ont été étudiés pour aider les patients schizophrènes à arrêter de fumer. Les pharmacothérapies permettent de réduire la consommation tabagique mais aucune étude n'a pu montrer l'efficacité des pharmacothérapies (bupropion, substituts nicotiniques) pour favoriser l'abstinence. Malgré le fait que plusieurs classes d'antidépresseurs ont été étudiées dans le sevrage tabagique et deux : le bupropion et la nortriptyline ont des médicaments à efficacité démontrée dans cette indication chez les fumeurs indemnes de pathologie dépressive, aucune étude n'a été publiée dans une population de patients dépressifs.

Avec l'interdiction de fumer dans les lieux publics clos et couverts, le tabagisme des patients psychiatriques hospitalisés est devenu un problème d'actualité. Malheureusement, aucune évidence ne permet de diriger les soignants vers une thérapeutique démontrée efficace pour obtenir une abstinence à long terme dans cette population spécifique.

## Avantages et inconvénients de la réduction du tabagisme

**Auteur : P. Dupont**

**Co-auteur(s) : A. Moreau, J. Perriot**

**Présentateur : Patrick Dupont**

La réduction du tabagisme est un sujet largement débattu ces dernières années. ( , , ) Réduction en vue d'un arrêt et réduction du risque font l'objet de nombreuses publications et d'interventions dans plusieurs congrès. L'indication « réduction en vue de l'arrêt » a été ajoutée à certains traitements substitutifs nicotiniques oraux en 2004. ( ) Certains soignants et de nombreux patients se posent toutefois encore des questions sur les avantages et les inconvénients de cette réduction : réduire pour arrêter ou réduire « pour réduire » ?

Il convient de ne pas confondre trois stratégies différentes : l'arrêt en deux temps, la réduction du risque, qui sont toutes deux utiles, et la réduction de la consommation qui peut s'avérer néfaste. La réduction du tabagisme en vue de l'arrêt (ou arrêt en deux temps) grâce à l'utilisation de traitements oraux de substitution nicotinique (TSN) aide au renforcement de la motivation et permet à certains fumeurs d'arrêter plus facilement. La réduction des risques liés au tabac est une stratégie thérapeutique réservée à certaines situations cliniques rares et doit être considérée comme une étape possible vers la maturation à l'arrêt complet du tabac. ( )

Réduire sa consommation avec ou sans substituts nicotiniques équivaut à maintenir son tabagisme et à faire perdurer le risque de celui-ci. La nicotine elle-même pourrait posséder en administration chronique selon plusieurs études des effets délétères. ( , , ) Peut-on proposer de la prendre indéfiniment sans risque et sans avoir validé son innocuité par des études cliniques au très long cours ? Le rôle de tous les soignants, et des tabacologues en particulier, est d'aider les fumeurs à arrêter et non de leur permettre de poursuivre un comportement à risque. Il faut poursuivre les recherches pour trouver les moyens d'aider mieux les patients dans tous les domaines : effets de la nicotine au long cours sur l'être humain, compréhension des mécanismes des dépendances au tabac, aide à la motivation, développement de thérapeutiques médicamenteuses et de thérapies comportementales et cognitives d'aide à l'arrêt, recherche sur les causes des reprises et développement de nouvelles méthodes de leur prévention...

## Mécanisme clinique et traitement de l'envie irrésistible de fumer chez le patient fumeur

Les nouvelles options thérapeutiques dans le traitement du craving

Auteur : G. Brousse, A. Schmitt  
Co-auteur(s) : J. Perriot, PM Llorca  
Présentateur : A. Schmitt

Le craving, désir impérieux de consommer une drogue, quasi instinctuelle est une composante essentielle de l'addiction. Ce phénomène, serait sous tendu par le manque physique ou « pharmacologique » mais aussi par des processus psychologiques plus complexes.

Les cliniciens utilisent actuellement diverses molécules dans le traitement des addictions, dont le but immédiat est de réduire le craving et prévenir la rechute de la prise compulsive de la substance. Les objectifs thérapeutiques de ces traitements ont évolué en intégrant la maîtrise du « craving » à la prévention des rechutes.

Si la dépendance à l'alcool a suscité de nombreuses recherches, peu de pistes thérapeutiques restent offertes dans le traitement du craving. Ceci est vrai pour les autres addictions. Plusieurs molécules offrent des pistes intéressantes de recherche dont le topiramate.

La naltrexone est utilisée dans la réduction du craving à l'alcool ; l'association naltrexone et substitution nicotinique était intéressante chez les patients présentant la double addiction alcool-tabac avec des bénéfices sur l'arrêt des deux substances avec une limitation des symptômes de manque. Dans le sevrage tabagique, les cliniciens associent souvent le bupropion et la substitution nicotinique afin de réduire le craving et d'augmenter les chances d'arrêt. D'autres molécules apparaissent intéressantes notamment celles qui ont une action sur le système cannabinoïde endogène ; le rimonabant, antagoniste spécifique des récepteurs cannabinoïdes de type 1, pourrait réduire le besoin de prises alimentaires, de cocaïne et d'héroïne, et aider le sevrage tabagique et la perte de poids.

De récentes études ont montré l'intérêt du topiramate dans la réduction du craving et particulièrement au tabac. Molécule de la classe des antiépileptiques, il a de multiples mécanismes d'actions : antagoniste des récepteurs au glutamate, potentialisateur du GABA, bloqueurs des canaux calciques et sodiques, inhibiteur de l'anhydrase carbonique. L'action du topiramate est complexe (diminution de la facilitation de la dopamine, normalisation des niveaux de dopamine trop bas dans le système mésolimbique). Il agit sur le craving à l'alcool, la nicotine, et d'autres drogues (en diminuant les effets renforçateurs de ces substances et renforçant l'abstinence par diminution de la sensibilité neuronale). Une étude contrôlée a montré l'efficacité du topiramate sur l'abstinence au tabac chez des patients consommateurs d'alcool. Les posologies de topiramate peuvent aller de 50 à 300 mg/j.

La physiopathologie du craving reste mal connue et nécessite d'approfondir la recherche.

## Association médicamenteuse et succession thérapeutique dans le sevrage tabagique

**Auteur : J. Le Houezec**  
**Co-auteur(s) : J. Perriot**  
**Présentateur : J. Le Houezec**

Bien que nous possédions un arsenal thérapeutique de plus en plus étendu, les rechutes lors d'un sevrage tabagique sont encore très fréquentes, et les cliniciens peuvent légitimement se demander comment mieux aider leurs patients. Intuitivement, l'utilisation de doses ou de durées de traitement plus importantes, ainsi que l'association de médicament devraient aider à obtenir de meilleurs résultats. Selon les récentes méta-analyses et recommandations cliniques, seuls les substituts nicotiques, le bupropion et la varénicline peuvent être considérées comme traitement de première intention, et la nortriptyline (antidépresseur) comme traitement de seconde intention.

L'association de deux formes différentes de substituts nicotiques peut augmenter les chances de succès (O.R. =1,42 ; 1,14 à 1,76 ; Silagy et al. 2007) en produisant une nicotémie plus élevée. L'augmentation des chances de succès grâce à l'association de substituts nicotiques est probablement due à l'utilisation de deux modes d'administration distincts : un mode passif et un mode ad libitum. L'utilisation du patch pour obtenir une nicotémie de base, associée à l'utilisation de formes orales (gommes, inhaleur, tablettes ou comprimés) en cas de besoin, peut offrir un meilleur contrôle des symptômes de sevrage. Il n'y a pas suffisamment de preuves à l'heure actuelle montrant que l'association de bupropion et de substituts nicotiques, ou de nortriptyline et de substituts nicotiques apportent un bénéfice supplémentaire à long terme.

Il n'existe pas de données sur l'efficacité de l'utilisation combinée de la varénicline avec le bupropion. L'association de la varénicline avec les substituts nicotiques n'est pas recommandée, car ses propriétés antagonistes ne permettrait pas plus de libération de dopamine dans le noyau accumbens, mais risquerait d'augmenter les possibilités de nausées.

Il existe peu de données sur la succession thérapeutique dans le sevrage tabagique. Les fumeurs ont généralement essayé d'arrêter plusieurs fois, et la plupart ont essayé un ou plusieurs traitements. Il paraît logique lors d'une nouvelle tentative d'utiliser un médicament qui a apporté un certain bénéfice lors d'un arrêt antérieur (réduction efficace des symptômes de sevrage). Par contre essayer de nouveau un médicament qui a provoqué des effets secondaires importants, qui n'a pas donné de résultats concluants, ou dans lequel le patient n'a plus confiance n'est pas recommandé. Discuter le pour et le contre et donner le choix au patient semble l'idéal.



## Symposium 6

---

*Table ronde sur les métiers autour de la tabacologie*  
*Pdt : G. Mathern*



## Objectif principal

Cerner les problématiques des différents métiers qui touchent à l'existence du fumeur et son intention d'arrêt du tabac et tenter d'y apporter des réponses.

- Comment aborder un fumeur à propos de sa pratique tabagique ?
- Comment l'accompagner, selon notre compétence de professionnel de santé ?
- Quelles sont les pratiques tabacologiques possibles ?
- Quelles sont les formations utiles ou nécessaires ?

## Les intervenants

Représentants des différents métiers, ils auront à s'exprimer sur leur pratique et sur leurs spécificités pour dégager les grandes lignes de formations spécifiques à mettre en place selon les acteurs de la tabacologie.

Le symposium se déroulera sous la forme d'une table ronde réunissant :

- un chirurgien-dentiste tabacologue **P. Ouf**
- une sage-femme tabacologue **I. Defay**
- une psychologue tabacologue **C. Potié**
- une pharmacienne **V. Charmetant**
- un infirmier tabacologue **G. Héno**



## **Atelier 5**

---

*Sages-femmes et gynéco-obstétriciens*  
*Pdt : C. Guillon*



## Sevrage tabagique et femme enceinte : Opportunité au décours d'une hospitalisation dans une maternité de niveau III

**Auteur : C. Pelle (Sage-femme Tabacologue)**

**Co-auteur(s) : Cl. Potié, Dr Plassart**

**Présentateur : C. Pelle**

Depuis 1998, les maternités de niveau III sont adaptées pour l'accueil des femmes enceintes dont la grossesse est identifiée à haut risque, maternel ou fœtal.

La majoration de ces risques est aussi attribuée au tabagisme. Pour une maîtrise de ces risques, l'opportunité d'une hospitalisation semble adéquate afin d'identifier, informer, sensibiliser, proposer une aide selon les comportements tabagiques, les difficultés personnelles dues aux remaniements identitaires liés à la grossesse, les niveaux de stress existants ou occasionnés par le déroulement médical perturbateur justifiant parfois le fait de continuer de fumer.

Axe de travail dans une Maternité niveau III - Service de Médecine materno-fœtale comprenant 13 lits.

- Application du point 6 de la charte Réseau Maternité sans tabac : Prendre en charge médicalement en hospitalisation ou en ambulatoire toute femme fumeuse, présentant une pathologie obstétricale ou non.
- Selon le référentiel « Maternité sans tabac » - Référentiel II.
- Utilisation en routine clinique du Co-testeur pour toute patiente hospitalisée, identifiée comme fumeuse ou ex-fumeuse (dossier informatisé). Aide conjointe : Protocole médical d'aide au sevrage tabagique.
- Entretien motivationnel systématique.
- Formation des personnels médicaux et paramédicaux associée.

REPERCUSSIONS PREMIERES ET RESULTATS ATTENDUS sur 31 Grossesses et 8 Accouchées

A COURT TERME : Sur les PATIENTES :

- Identification / infos Systématique, Evaluation de la situation globale (tabagique et médicale), Entretien motivationnel + mesure de Co, Proposition d'aide adaptée à la situation, Arrêt tabac=8

Sur les FOETUS, NOUVEAUX-NES, ENFANTS :

- Mesures de Co abaissées= Risques diminués à 48h
- Nombre=39 Taux=<10=27 - Taux=10-20=12

Sur le PERSONNEL :

- Sensibilisation continue (contacts hebdomadaires), Formation en augmentation (86 personnes)

A MOYEN TERME : Sur les PATIENTES :

- Arrêt temporaire=9, Promotion de l'allaitement=7, Orientation autres=4, Prévention de reprise=8+9

Sur les FOETUS, NOUVEAUX-NES, ENFANTS:

- Allaitement maternel en augmentation. Nombre (13/8) et durée, Diminution des maladies respiratoires, Prévention MSN

Sur le PERSONNEL :

- Pérennisation de la formation(2 ans), Sensibilisation continue

A LONG TERME: Sur les PATIENTES :

- Impact /Conjoint (8) /Reprise tabagique /Arrêt définitif
- Consult. Tabacologie +10 %

Sur les FOETUS, NOUVEAUX-NES, ENFANTS :

- Exposition au tabagisme passif amoindrie

Sur le PERSONNEL:

- Développement d'une culture de service-Elargissement=MMF->UME-> Néonatalogie, Enseignement en augmentation, Travail en réseau=ville - Hôpital - région

Evolution / cycle de Prochaska

Parallèlement, mise en routine clinique de co-testeur en consultation d'obstétrique et de stérilité

## La sage femme, la femme enceinte et le tabac

**Auteur : Marie-France Bouysset**  
**Co-auteur(s) : Marie-france Bouysset**  
**Présentateur : Marie-France Bouysset**

La place et le rôle de la sage femme dans l'accompagnement et la prise en charge de la femme enceinte fumeuse dans une tentative de désaccoutumance et/ou de sevrage tabagique.

### Chapitre 1

Le tabagisme de la femme enceinte : données épidémiologiques.

### Chapitre 2

Les recommandations de la conférence de consensus Octobre 2004  
Approche comportementale et cognitive.  
Pharmacothérapie : la substitution nicotinique.

### Chapitre 3

La femme enceinte fumeuse prise au piège de la dépendance: Qui est-elle ?  
Sa vie, son histoire, ses espoirs, ses doutes.

Le temps de la grossesse est-il le moment privilégié pour arrêter de fumer ?

### Chapitre 4

Le rôle de la sage femme  
Aller à la rencontre de la femme, ouvrir le dialogue : Comment ? A quel moment ?  
Gérer les situations : le refus, l'argumentation, l'acceptation.

Utiliser des "outils de travail"(la liste sera détaillée).

Se former (les différentes formations seront évoquées) afin de proposer une méthode de travail efficace.

Les Mots Clé : Tolérance, objectivité, respect.

### Conclusion

Une tentative d'arrêt du tabac en cours de grossesse est une démarche totalement différente de celle effectuée par un autre fumeur

Il n'est jamais trop tard pour tenter d'arrêter de fumer en cours de grossesse ou... après.



## **Sevrage tabagique de la femme enceinte et dépression - proposition d'un algorithme d'identification et de prise en charge d'une telle problématique**

**Auteur : Dr J Perriot**  
**Co-auteur(s) : Dr H Laurichesse, Mr P Lemaire**  
**Présentateur : Dr H Laurichesse**

L'existence de troubles dépressifs ou leur apparition au cours ou décours de la grossesse, est une possible cause d'échec du sevrage tabagique. L'objectif de ce travail est de présenter un algorithme d'intervention pour les équipes médico-obstétricales, standardisant leur intervention et susceptible d'améliorer l'abstinence tabagique des femmes pendant et après la grossesse.

- 50 % des femmes poursuivent leur tabagisme pendant leur grossesse et 50 % de celles qui arrêtent de fumer, reprennent leur consommation (85 %) dans les 4 mois après l'accouchement. De nombreuses études soulignent la fréquence des dépressions chez les femmes enceintes et leur influence négative sur le sevrage tabagique.
- L'algorithme proposé souligne la nécessité d'une évaluation dès le diagnostic de grossesse, l'existence ou le risque de dépression (clinique, test HAD, BDI). Une évaluation de même nature renforcée par le Edimburg Post Partum Depression Scale (EPDS) sera fait le lendemain de l'accouchement par les sages-femmes.
- Cette intervention qui vise à standardiser l'évaluation de l'état dépressif et sa prise en charge concerne l'équipe obstétricale, addictologique, et les acteurs de la périnatalité incluant travailleurs sociaux et familiaux.

L'algorithme met en exergue outre la nécessité d'une évaluation initiale pertinente de la situation et la nécessité d'un travail partenarial, celle d'une optimisation de la substitution nicotinique (dosage cotinine, COE) et d'une réflexion collégiale sur l'utilisation des psychotropes en cas de besoin.

## Etude descriptive des pratiques des sages-femmes tabacologues en France

Auteur : *Espiand-Marçais C*

Co-auteur(s) : *Mercier G, Quantin X, Stoebner-Delbarre A*

Présentateur : *Espiand-Marçais C*

Les sages-femmes (SF) sont des acteurs privilégiés pour informer les patientes et leur conjoint et les accompagner dans leur démarche d'arrêt du tabac. Cette spécificité au sein de la profession se développe et un nombre croissant de SF s'inscrit au DIU de tabacologie. Ainsi en 2005, 41 % des consultations de tabacologie en maternités sont réalisées par des SF contre 17 % en 2004. Notre étude a pour but de décrire les pratiques d'accompagnement au sevrage de ces SF formées à la tabacologie depuis 10 ans en France.

### Méthode

Une enquête par auto-questionnaire a été réalisée. Un listing de toutes les SF tabacologues françaises a été constitué à partir : des membres de l'association nationale des sages-femmes tabacologues de France, des fichiers d'inscription aux DIU de tabacologie des facultés, de l'annuaire de l'OFT et d'une recherche internet complémentaire avec le moteur de recherche Google. Le questionnaire a été adressé par courrier et/ou par mail aux 120 SF ainsi identifiées. Ce questionnaire comporte 18 questions concernant les caractéristiques des SF, leur cadre d'exercice et leurs pratiques. Seules les SF titulaires du DIU de tabacologie en activité ont été incluses.

### Résultats

74 questionnaires ont été retournés ce qui correspond à un taux de participation de 62 % mais 21 ont été exclus pour les motifs suivants : arrêt de l'activité professionnelle ou absence de pratique de tabacologie. Au total, 53 questionnaires ont été analysés représentant 44 % de la population des SF initialement identifiées.

La moitié des SF a un temps alloué à la tabacologie inférieur ou égal à 20 %. Seules 85% des SF enquêtées utilisent un CO-testeur et 83 % proposent une aide au sevrage par substitut nicotinique (SN). Les SF associent dans 73 % des cas les SN à des interventions comportementales. Trois quart des SF déclarent travailler dans une maternité ayant signé l'engagement « Maternité Sans Tabac ». Leur activité est essentiellement centrée dans les services de gynécologie-obstétrique. Seulement 4 % d'entre elles apportent une aide aux femmes fumeuses en secteur IVG et 6 % en secteur PMA (Procréation Médicalement Assistée). Moins de 5 % d'entre elles réalisent le dosage de la cotinine urinaire.

### Conclusion

Les plans de santé publique insistent sur la nécessité de prendre en charge toutes les femmes fumeuses. L'enquête réalisée auprès des SF tabacologues montre que certains secteurs ne proposent pas cette prise en charge systématique notamment les secteurs orthogénie et PMA. De plus 28 % des SF identifiées et formées au DIU ne pratiquent plus leur métier ou n'ont pas l'occasion de mettre en pratique leur diplôme moins de 10 ans après leur formation. La poursuite de la formation en tabacologie des SF doit s'intensifier afin que chaque service de gynécologie-obstétrique propose et accompagne les sevrages des patientes fumeuses. Des progrès sont encore nécessaires pour intégrer cette démarche à une politique globale notamment au sein des « maternités sans tabac ».

## Comment aider une femme enceinte à arrêter de fumer ?

**Auteur : Gilles Grangé**

**Co-auteur(s) : Anne Borgne, Gérard Peiffer, Henri-Jean Aubin**

**Présentateur : Gilles Grangé**

En France, 36 % des femmes commencent une grossesse alors qu'elles fument au moins une cigarette par jour. L'exposition au tabac expose à des risques particuliers chez le fœtus et le nouveau né : retard de croissance, asthme, mort subite et probablement aussi, accouchement prématuré, chorioamniotite. « Spontanément », 1/3 des fumeuses arrête le tabagisme au premier trimestre de la grossesse. La plupart des fumeuses au jour de l'accouchement sont les plus dépendantes et donc les plus difficiles à prendre en charge. Les médecins se sont impliqués avec des actions multiples. Les meilleurs résultats semblent être obtenus grâce à des entretiens spécifiques de tabacologie. Encore faut-il que la sage femme ou l'obstétricien sache faire le conseil minimum et adresse sa patiente au spécialiste avec tout le tact requis. Il faut connaître aussi les échecs possibles d'une telle démarche. Il ne faut pas que l'obstétricien ou la sage femme en soit déçu ou révolté, il y perdrait dans sa capacité d'écoute. Des traitements efficaces existent et des recommandations internationales validées scientifiquement ont été établies : pratique du conseil minimal, substituts nicotiques, thérapies comportementales et cognitives. La mesure du taux de monoxyde de carbone dans l'air expiré représente un élément de mesure de l'intensité du tabagisme. Le dosage de la cotinine peut être particulièrement utile pendant la grossesse.

Certains ont mis en place avec réussite des programmes en impliquant le conjoint car il a été observé que les meilleurs succès sont obtenus quand le conjoint peut lui aussi aborder une tentative de sevrage. Par ailleurs, la prise en charge ne doit pas occulter le risque de rechute dans la période du post partum qui doit faire l'objet d'une approche particulière. En effet les patientes ignorent, pour la plupart, que la nicotine sera à nouveau plus forte qu'elles.

Enfin, il a été montré que l'enseignement de la tabacologie durant les études de médecine avait un effet positif sur l'attitude des médecins.



## **Atelier 6**

---

*Dentistes et masseurs kinésithérapeutes*  
*Pdt : P. Ouf*



## Évaluation du statut tabagique et conduite à tenir en chirurgie dentaire

Auteur : Dr Patrick Ouf  
Présentateur : Dr Patrick Ouf

### Rappels des critères tabacologiques essentiels

- Tabagisme actif (TA)
  - DUREE d'exposition aux polluants tabagiques: critère essentiel.
  - Quantité consommée quotidienne.
  - Type de consommation.
- Tabagisme passif (TP)
  - Durée dans le temps.
  - Durée d'exposition quotidienne.
  - Environnement professionnel et familial.
  - Notion de métiers à risque
- Tabagisme passif de l'enfance (TPE)
  - La pollution de l'organisme de l'enfant, entre 0 et 10 ans, induit une déficience de l'immunité qui sera mise en mémoire et s'exercera à l'âge adulte.
  - 44 % des enfants de fumeurs deviendront des fumeurs.

### La maladie parodontale : une maladie tabagique à part entière

- Le tabagisme agit sur tous les paramètres étiopathogéniques de la maladie (Bactériologie spécifique, Environnement dento-gingival défaillant, Immunodépression)
- Le tabagisme interfère sur tous les stades thérapeutiques:
- Diagnostic, pronostic, thérapeutique, détartrage, curetage, chirurgies, implantologie, maintenance.
- Présence d'une bactériologie spécifique
- Dégradation de la réponse de l'hôte
- Altération du facteur vasculaire

### Notion de génétique favorisante

- Ce facteur étiologique est important car il détermine la faiblesse du terrain sur lequel le tabac aura d'autant plus de facilité à faire apparaître la maladie parodontale.
- Tests PST : ils évaluent cette prédisposition.

### Attitude du praticien face au tabagisme

- Appliquer le conseil minimal.
- Recherche et évaluation systématique du statut tabagique de chaque patient.
- Intégrer l'arrêt transitoire ou définitif dans le plan de traitement global.
- Délivrer une information spécifique et générale afin de:
- Motiver à l'arrêt définitif.
- Orienter vers les structures spécialisées

### Évaluation du statut tabagique

- Critères d'évaluation
  - Durée d'exposition au tabagisme
  - Quantité consommée quotidienne
  - Evaluation du TPE
  - Test Fagerstrom
  - Critères subjectifs
- Calcul du Statut Tabagique

Altération de la réponse tissulaire

L'arrêt transitoire du tabagisme

Étude tabagisme et réponse tissulaire

Aide décisionnelle à la chirurgie :

Chirurgie et tabac : que disent les études ?

Chirurgie et tabac : paramètres essentiels

Conduite à tenir avant chirurgie

Étude d'évaluation de l'efficacité de l'incitation à l'arrêt en cabinet dentaire. (Chez des patients non candidats à l'arrêt, au départ)

Le cycle de PROCHASKA

Conclusion



## Le tabac facteur de risque des maladies parodontales

**Auteur : Dr Mathieu Fillion**

***Co-auteur(s) : J. Perriot***

***Présentateur : Dr Fillion***

Le tabagisme est reconnu comme l'un des principaux facteurs de risque dans le développement de cancers ou de maladies cardio-vasculaires. Dans la sphère oro-faciale, l'opinion publique est désormais sensibilisée au risque de formation de cancers des voies aérodigestives supérieures dont le carcinome épidermoïde de la langue, du pilier de l'amygdale ou encore de la face interne des joues. Cependant, une affection moins connue va toucher une très grande partie de la population de tabagiques : la maladie parodontale. Cette pathologie a pour seul facteur étiopathogénique la présence endobuccale de bactéries commensales virulentes. Ces germes provoquent une inflammation des tissus profonds du parodonte et une destruction des tissus de soutien de la dent. Le processus évoluant à bas bruits et sur plusieurs années, des lésions osseuses irréversibles conduisent à des dénudations radiculaires pouvant aller jusqu'à la perte des dents. Dans cette maladie, le tabac constitue l'un des principaux facteurs de risque. Il ne peut à lui seul induire la pathologie mais en diminuant la vascularisation locale, il va limiter les défenses de l'hôte et masquer l'inflammation pouvant être perçue comme un signal d'alerte par le patient.

Outre les affections locales, le développement d'une parodontite va être à l'origine de la libération de toxines et de bactéries dans le système sanguin systémique et devient un facteur de risque pour le diabète, les maladies cardiovasculaires et pulmonaires.

Le chirurgien dentiste et son équipe ont un rôle prépondérant dans le dépistage, la sensibilisation et le conseil au sevrage tabagique.

Binnie VI, McHugh S, Jenkins W, Borland W, Macpherson LM. A randomised controlled trial of a smoking cessation intervention delivered by dental hygienists: a feasibility study. BMC Oral Health. 2007 May 2;7:5.

Gazolla CM, Ribeiro A, Moysés MR, Oliveira LA, Pereira LJ, Sallum AW. Evaluation of the incidence of preterm low birth weight in patients undergoing periodontal therapy. J Periodontol. 2007 May;78(5):842-8.

Lee HJ, Garcia RI, Janket SJ, Jones JA, Mascarenhas AK, Scott TE, Nunn ME. The association between cumulative periodontal disease and stroke history in older adults. J Periodontol. 2006 Oct;77(10):1744-54.



## **Atelier 7**

---

*Nouvelles cibles en tabacologie*  
*Pdt : M. Underner*



## Projet pluriannuel de prévention du tabagisme au collège : « 100 % santé, 0 % fumée »

**Auteur : Huteau Marie Eve**

**Co-auteur(s) : Bricout Sophie, Bousquet Muriel, Stoebner-Delbarre Anne, Quantin Xavier**

**Présentateur : Huteau Marie Eve**

La prévention du tabagisme doit intervenir dès l'entrée au collège. D'après la littérature les interventions ponctuelles sont inefficaces. Le CDMR34 en partenariat avec L'inspection Académique et Epidaure, a mis en place un projet de prévention du tabagisme en collège. Ce projet communautaire pluriannuel, soutenu par la MILDT et le CNMR, intitulé : « 100 % Santé, 0 % fumée » a débuté en septembre 2006. L'objectif est de créer autour de l'élève, un environnement cohérent et favorable à l'adoption d'un comportement non fumeur. L'objectif final est de diminuer le nombre de fumeurs en 3ème dans ces collèges par rapport à des collèges témoins.

### **Matériel et Méthode**

Nous visons la mobilisation de la communauté et l'intégration de la notion de promotion de la santé quelle que soit la matière enseignée. En 2006 nous sommes intervenus auprès de 600 élèves de 6ème des 5 collèges inscrits dans le projet. Ces élèves bénéficieront ensuite de nouvelles actions de promotion santé chaque année. Dans 4 ans, l'ensemble des élèves aura participé à ces ateliers. En 6ème notre intervention se compose de 4 ateliers (quiz projeté, bouteille fumeuse, mind map et jeu de rôles). En 5ème nous proposons 1 atelier axé sur les représentations. Depuis la rentrée 2007, un Cercle d'étude de l'Inspection Académique propose aux enseignants des expériences intégrées aux programmes.

### **Résultats**

Une enquête menée en début et fin d'année nous permet de mesurer l'impact de notre action. Seuls 67 % des élèves ont reçu une information sur le tabac en primaire. En début d'année, 58 % des élèves aimeraient recevoir davantage d'information sur le tabac contre 46 % en fin d'année. Très peu d'élèves sont fumeurs (3 % en début d'année vs. 3.7 %), soit respectivement 18 et 21 élèves. Dix élèves ont besoin d'une cigarette pour se sentir bien. En début d'année, 5 élèves ont arrêté de fumer contre 9 en fin d'année. Soixante et un pour cent des fumeurs sont des garçons. L'âge d'initiation au tabac est de 9,9 ans (+/- 1.25) et le nombre de cigarettes consommées est de 3,9 (+/- 4.3). Les ateliers ont donné envie à 62 % des élèves de ne pas (ou ne plus) fumer. Les ateliers préférés des élèves et des enseignants sont la bouteille fumeuse et le jeu de rôle.

Parmi les 13 enseignants ayant répondu à notre enquête, 3 d'entre eux ont travaillé un projet de prévention tabac avec leurs élèves. Six enseignants sont très satisfaits de leur rôle dans ce programme et souhaitent aborder d'avantage la question du tabac dans leur enseignement.

### **Discussion**

Nous intervenons avant l'âge d'initiation au tabac, les collégiens sont majoritairement non fumeurs, il convient de continuer nos actions auprès d'eux. L'implication des personnels éducatifs et des parents dans une démarche globale de promotion santé doit être renforcée. Afin de créer du lien et de la cohérence, les enseignants motivés pour mettre en place des projets, devraient contacter l'infirmerie, acteur relais, entre l'établissement et nos structures.

## **Mon internat ne manque pas d'air ! Evaluation d'un programme expérimental**

**Auteur : Huteau Marie Eve**

**Co-auteur(s) : Nguyen Cathy, Bricout Sophie, Bousquet Muriel, Quantin Xavier, Stoebner-Delbarre A.**

**Présentateur : Huteau Marie Eve**

L'internat est un lieu d'initiation ou de continuation des habitudes tabagiques. L'analyse de la littérature retient 6 conditions favorisant l'adhésion des jeunes à un programme communautaire de prévention du tabagisme : gratuité, volontariat, accessibilité, activités participatives en groupe, soutien des pairs et des adultes. Une enquête dans 5 internats de l'Hérault montre que les élèves souhaitent un accompagnement à l'arrêt et la mise en place d'activités de loisirs. Les principaux freins à l'arrêt sont : la peur d'être en manque 61 %, un environnement fumeur 55 %, l'ennui 38 %, la prise de poids 20 % et l'absence d'activité physique 14 %. Ils citent aussi spontanément: le stress et la dépendance comportementale. A partir de ces constats, nous avons développé le projet expérimental «Mon internat de manque pas d'air ! » soutenu par la Région Languedoc-Roussillon et le CNMR.

### **Matériel et méthode**

Ce programme s'articule autour de 3 ateliers animés par des professionnels (diététique, coaching sportif et théâtre). L'objectif est d'amener les internes à adopter ou maintenir un comportement non fumeur, renforcer les facteurs de protection et les motivations des fumeurs à arrêter de fumer. L'ensemble des élèves a bénéficié de forum de promotion de la santé. Le programme a été institué dans 4 internats : 3 en lycée d'enseignement professionnel et 1 d'enseignement général. Une évaluation du programme a été réalisée après chaque séance.

### **Résultats**

Au total 21 séances ont été réalisées avec 161 participants (69 % de garçons). La population compte 8 % de fumeurs occasionnels et 41 % de fumeurs réguliers. Un tiers des fumeurs souhaitent arrêter de fumer dans les trois mois à venir. Les internes sont satisfaits 94 %, estiment que les ateliers ont répondu à leurs attentes 84 %, ont été conviviaux et utilisaient des méthodes adaptées 77 %, leur ont permis de poser leurs questions 62 % et leurs ont apportés des informations intéressantes 65 %. La moitié (51 %) des participants fumeurs affirment que les ateliers les aideront à arrêter de fumer. Seul un lycée a mis en place un programme d'aide à l'arrêt 5+1+.

### **Discussion**

Cette étude témoigne de la faisabilité d'un programme de lutte contre le tabagisme en internat. L'application de la loi Evin a permis d'éviter l'exposition à un environnement fumeur, premier obstacle à l'arrêt cité par les élèves. L'évaluation montre que les activités proposées répondaient aux attentes. Même si les ateliers n'ont pas pour objectif immédiat l'arrêt du tabac, ils apparaissent comme un bon moyen de combler l'ennui, source de consommation. Les éléments facilitant des ateliers sont la motivation, la disponibilité et l'intérêt des jeunes. Il est important qu'ils y participent volontairement en nombre restreint pour favoriser l'interactivité. Les ateliers ne peuvent se mettre en place sans une participation active des personnels de l'établissement.

## Projet Lycée sans Tabac : Croyances et comportements de 5 327 lycéens en Languedoc-Roussillon

Auteur : Quantin Xavier

Co-auteur(s) : Huteau Marie-Eve, Nguyen Cathy, Bricout Sophie, Stoebner-Delbarre Anne

Présentateur : Quantin Xavier

La prévalence en Languedoc-Roussillon du tabagisme quotidien et de l'usage du cannabis par les 17 à 18 ans est supérieure aux moyennes nationales, respectivement 41,1 % vs 39,4 % et 7 % vs 5,5 %. Le CDMR34, soutenu par la Région Languedoc Roussillon, le GRSP, la CPAM de Montpellier et le CNMR conduit le projet « Lycée sans Tabac ». En 2007, dans le cadre du réseau régional des lycées libres comme L'R, 12 lycées sans tabac ont signé la charte. L'objectif est de diminuer la prévalence tabagique des lycéens par une démarche communautaire de prévention des substances psycho-actives. Nous rapportons les résultats d'une enquête préliminaire sur les croyances et comportements des lycéens concernant le tabac.

### Matériel et méthode

Le projet « Lycée sans Tabac » comprend une enquête sur la situation du tabagisme, des forums, des séances d'information sur le tabac et le cannabis et des formations d'infirmières scolaires à l'accompagnement au sevrage tabagique chez les adolescents. Cette année, une enquête par auto-questionnaire a été diffusée dans 11 lycées soit 5 327 lycéens.

### Résultats

41 % des lycéens sont fumeurs (25 % réguliers vs. 16 % occasionnels), 50 % sont non fumeurs et 8 % sont ex fumeurs. Plus d'un tiers (38 %) des garçons sont fumeurs, contre 45 % des filles. L'âge de la 1<sup>ère</sup> cigarette est de 13,7 ans (+/- 1,98). Les fumeurs réguliers consomment en moyenne 10,6 cigarettes par jour (+/- 6,31). 48 % des lycéens fument des cigarettes manufacturées seules, 32 % les consomment associées à un ou plusieurs produits. 61% des fumeurs ont tenté d'arrêter et 45 % ont un désir d'arrêt dans les 6 mois. 40 % des lycéens ont expérimenté le cannabis soit 83 % des fumeurs réguliers, 61 % des fumeurs occasionnels, 58% des ex fumeurs et 10 % des non fumeurs. L'âge de la 1<sup>ère</sup> consommation est de 14,4 ans (+/- 1,82). 82 % des lycéens ont déjà consommé de l'alcool, soit 97 % des fumeurs réguliers, 92 % des fumeurs occasionnels, et 93 % des ex fumeurs, contre 71 % des non fumeurs.

94 % des lycéens ont reçu une information sur les méfaits du tabac et 76 % sur les bénéfices à ne pas fumer. 45 % des lycéens pensent que fumer fait maigrir et 56 % que faire du sport diminue les risques. 36 % ne sait pas que le narghilé représente des risques pour la santé et 47 % pensent que la fumée de cannabis contient 7 fois moins de goudrons et de monoxyde de carbone que celle du tabac seul.

### Discussion

Nos résultats confirment les données de 2003 avec la prépondérance féminine et mettent en évidence la nécessité de proposer, en relation avec la médecine scolaire, des solutions concrètes d'aide à l'arrêt attendus par les lycéens. Le renforcement de l'accompagnement à l'arrêt du tabac doit être associé à une dynamique favorisant l'implication des personnels éducatifs et des parents dans une démarche globale de promotion santé. Il est nécessaire de continuer à informer les jeunes en particulier sur les effets du narguilé et du cannabis de plus en plus consommés et de lutter contre les idées fausses.

## Exemple d'un programme communautaire pour les jeunes : le Réseau Lycée libre comme L'R

**Auteur : Nguyen C**

**Co-auteur(s) : Huteau M-E, Bousquet M, Lemonnier G, Téziers N, Léglise Y, Quantin X,  
Stoebner-Delbarre A**

**Présentateur : Nguyen C**

En Languedoc-Roussillon (LR), la prévalence des consommations de produits fumés chez les jeunes est supérieure aux moyennes nationales et constitue un problème de santé publique. En 2006, le réseau « Lycée libre comme L'R » a été créé afin de répondre aux demandes et aux besoins au sein des lycées. Les objectifs de ce réseau, financé par le Conseil Régional LR, la Drass-LR et l'Urcam-LR sont de promouvoir une politique globale de lieux sans fumée, de protéger les jeunes de l'initiation au tabagisme, d'éviter les expositions des non-fumeurs au tabagisme passif au sein des établissements scolaires du 2<sup>nd</sup> degré et d'accompagner les sevrages des jeunes et des adultes au sein des lycées.

### **Méthode**

Conformément aux recommandations en promotion de la santé, le réseau Lycée libre comme L'R a adopté une méthodologie participative. Il propose à tous les lycées et à tous les acteurs de prévention et d'aide au sevrage tabagique de participer. Dans un souci de cohérence et d'efficacité, une charte a été rédigée. Elle définit les principes éthiques et les engagements fondamentaux auxquels adhèrent les membres du réseau. Cette charte engage notamment les lycées à inscrire le programme lycée libre comme L'R dans la continuité, à faire participer les élèves et leurs parents et à mettre en place un groupe de travail au sein de l'établissement pour définir et coordonner les actions.

La communauté éducative (infirmières, enseignants, élèves, parents, administratifs, agents,...), les institutions et les associations participent ensemble aux différents axes de travail du projet afin de répondre de manière coordonnée au sein des lycées de la région. Un comité de pilotage du réseau a été constitué. Il regroupe les représentants de 15 établissements scolaires, 8 institutions et 6 associations.

### **Résultats à un an**

45 % des lycées (n=61/136) de la région se sont engagés dans le réseau et le respect du décret Bertrand alors qu'ils étaient moins de 4 % à appliquer la loi Evin en décembre 2005.

33 infirmières scolaires ont été formées au conseil et à l'accompagnement du sevrage tabagique des jeunes et des adultes,

Un site internet [www.librecommelr.fr](http://www.librecommelr.fr) avec forum et accès sécurisé pour les membres a été ouvert, Un annuaire régional des consultations, points d'écoute et lieux de prise en charge des addictions a été conçu et mis à disposition sur internet. Des outils ont été élaborés par et pour les équipes administratives et éducatives (modèle de courrier, de règlement intérieur, de questionnaires, aide méthodologique, aide au diagnostic pour le lycée ...).

Une enquête par auto-questionnaire a été réalisée en 2005 auprès d'un échantillon de 9 583 jeunes et sera reconduite fin 2007.

### **Conclusion**

Le travail de collaboration entre partenaires institutionnels, associatifs et établissements scolaires a permis le développement d'un programme régional pluridisciplinaire, cohérent et adaptable. Ce programme participatif a favorisé l'application du décret Bertrand.



## **Prévention et aide à l'arrêt du tabagisme chez l'adolescent : Modes opératoire, postures et impostures**

**Auteur : Dr Gérard Mathern**  
**Co-auteur(s) : M. Boussouar, H. Bouha, I. Bruyère**  
**Présentateur : Dr Gérard Mathern**

Comment aborder le tabagisme chez l'adolescent ?

L'entrée dans le tabagisme reste un point crucial à explorer. Les motivations de l'adolescence : les normes du groupe, la transgression, la conduite à risques, constituent autant de freins méthodologiques à l'approche d'une lutte contre le tabagisme des jeunes.

Un partenariat avec l'Education Nationale dans le département de la Loire (42), a permis de fixer les limites des actions menées auprès des scolaires. Si l'information reste de mise en primaire, l'action inscrite dans le temps reste le seul choix possible au collège. Quant au lycée, une méthode d'approche du sevrage est étudiée et expérimentée.

Basée sur le volontariat à partir d'animations, la méthode permet d'animer des groupes de sevrage dans le cadre scolaire. 150 jeunes ont ainsi participé à une aide au sevrage en groupes d'une dizaine d'adolescents avec des résultats qui nécessitent d'être examinés.

Pour une moyenne d'âge de 17,5 ans, ces jeunes ont vu, dans une majorité des cas, diminuer leurs craintes à l'arrêt. 94 % d'entre eux ont beaucoup diminué leur consommation. 11 % ont arrêté, ce qui paraît peu, mais, au bout de 6 mois, 54 % d'entre eux avaient fait une nouvelle tentative et 62 % se projetaient comme d'anciens fumeurs.

Le bilan montre à l'évidence que le critère majeur de réussite ne doit pas être constitué par le pourcentage d'arrêts. A cet âge, le plus important semble bien d'amener les adolescents à progresser dans leur maturation motivationnelle et les conduire vers un processus d'arrêt futur.

## Prise en charge des "noyaux durs" de fumeurs

Docteur Jean Perriot. Dispensaire Emile Roux - Clermont-Ferrand. [jean.perriot@g63.fr](mailto:jean.perriot@g63.fr)

Les tabacologues sont souvent confrontés aux « noyaux durs » de fumeurs récalcitrants au sevrage tabagique : Les « *Hard-Core Smokers* », sans tentative passée ni intention d'arrêt, et les « *Heavy-Chronic Smokers* », gros consommateurs dépendants en situation d'impasse dans leurs tentatives d'arrêts.

### LES HARD-CORE SMOKERS

#### *La définition américaine*

Elle retient un âge supérieur ou égal à 26 ans, une consommation quotidienne d'au moins 15 cigarettes (depuis cinq ans), l'absence de tentative d'arrêt dans l'année qui précède et aucune intention de sevrage dans les six mois à venir. La prévalence du phénomène se situe entre 5 et 16 % des fumeurs.

Différentes études ont évalué la prévalence : Emery S (2000) : 5,2 % ; Walsh RA (2006) : 5,5 % ; Jarvis M (2005) : 16 % ; Augustson (2004) : 13,7 % (soit 17,6 % des fumeurs confirmés et 25 % des gros consommateurs).

#### *Population spécifique*

Des paramètres socio-démographiques caractérisent cette population de fumeurs : prédominance d'hommes, vivant isolés, exerçant moins souvent un métier, avec un faible niveau de formation et de revenus, un moindre recours aux soins médicaux et dentaires, une consommation de tabac moins contingentée dans leur environnement familial ou professionnel.

Des paramètres de consommation tabagique également : peu convaincus de la toxicité du tabagisme actif ou passif et de leur dépendance au tabac, leur initiation et consommation régulière de tabac a été précoce, leurs niveaux de consommation et de dépendance tabagiques sont souvent élevés, ils recourent fréquemment à d'autres drogues (licites ou non).

#### *Questions en suspens*

Des études doivent encore être menées afin de mieux percer le mystère des « Hard-Core Smokers » et d'optimiser la prévention et l'aide à l'arrêt : devient-on ou naît-on « Hard-Core Smoker » ? La prévalence de ce groupe de fumeurs s'accroît-elle ? Cette population représente t-elle un enjeu spécifique de santé publique ? Quelles mesures de prévention ou de renforcement de l'aide à l'arrêt mettre en œuvre à son intention ?

### LES HEAVY CHRONIC SMOKERS

#### *Une définition par défaut*

Ce sont des fumeurs motivés à s'arrêter de fumer mais en situation d'impasse dans leurs tentatives et qui souvent après avoir fait le tour du « bric à brac » de l'offre de sevrage tabagique se présentent dans les consultations spécialisées de tabacologie en ayant perdu confiance en leur capacité à devenir abstinents.

#### *Caractéristique de cette population*

Il n'y a pas de spécificité au même sens que dans la catégorie précédemment décrite en revanche, les praticiens de l'aide à l'arrêt du tabagisme s'accordent autour de paramètres généralement présents : forte dépendance (évalués selon les critères du DSM IV à 20 % des fumeurs par Woody en 1993) et consommation, fréquence élevée des troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires, pathologies psychiatriques lourdes (psychoses) et/ou co ou multi-addictions, pathologies somatiques souvent présentes et notamment chroniques (AOMI, BPCO, diabète, cancers actuels ou passés), multiples tentatives d'arrêt marquées par des échecs, antécédents d'aides à l'arrêt non validées.

#### *Problèmes en suspens*

S'il convient d'identifier précocement les individus amener à devenir gros consommateurs et fortement dépendants, il faut aussi identifier et prendre en charge de manière précoce et optimale ceux qui appartiennent déjà à cette catégorie. Cela revient à améliorer les compétences de chaque intervenant sanitaire en tabacologie et à harmoniser leurs interventions (filière ou réseaux de soins).

## OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE

### **Prévention du tabagisme**

Une prévention spécifique pour ceux qui risquent de devenir « Hard-Core Smokers » et « Heavy Chronic smokers » repose, au-delà des mesures habituelles de lutte contre le tabagisme, sur une approche bio-psychosociale du phénomène.

### **Sevrage tabagique**

L'optimisation de l'aide à l'arrêt de ces noyaux durs, souvent fortement dépendants, poly-consommateurs et ayant une psychopathologie associée, impose une stratégie d'intervention cohérente et renforcée, dont le spécialiste en tabacologie doit représenter le référent, mais qui implique naturellement l'omnipraticien dans le suivi des patients. On peut espérer un bénéfice des nouveaux moyens pharmacologiques du sevrage tabagique.

Il faut enfin reconnaître les spécificités du tabagisme des adolescents qui, s'ils ont conscience du pouvoir addictogène du tabac, ont bien souvent l'impression de contrôler leur consommation alors qu'ils sont déjà authentiquement dépendants. Tout autant, celui des femmes enceintes souvent en échec dans leur sevrage. Les uns et les autres méritent une prise en charge spécifique et renforcée car ils se rapprochent des irréductibles fumeurs décrits.

## BIBLIOGRAPHIE

- Augustson EM, Marcus SE. Use of the current population survey to characterize subpopulation of continued smokers : a national perspective on the « hard-core phenomenon ». *Nicotine Tob Res* 2004 ; 6 : 621-9.
- Warner KE, Burns DM. Hardening and the «Hard-Core Smokers» : concepts, evidence and implications. *Nicotine. Tob Res* 2003 ; 5 : 37-48.
- Lando HA. Reflexion on 30 + years of smoking cessation research : from the individual to the world. *Drug Alcohol Rev* 2006 ; 25 : 5-14.
- Woody GE. Severity of dependence. Data from DSM IV. *Addiction* 1993 ; 88 : 1573-9
- Perriot J. Fumeurs invétérés, les adresser au tabacologue. *Concours Med* 2007 ; 129 (7-8) : 213
- Perriot J, Llorca PM, Boussiron D, Schwan R. *Tabacologie et sevrage tabagique*. Paris : John Libbey Eurotext, 2003.
- Perriot J, Schmitt A, Llorca PM. Optimiser la prise en charge du sevrage tabagique. *Alcool Addictol* 2005 ; 25(3) : 201-9.



## **Atelier 8**

---

*Les populations à risques*  
*Pdt : E. Larinier*



## Le gros fumeur : profil...

Auteur : P. Brognon  
Présentateur : P. Brognon

Pour étayer notre compréhension, nous avons procédé à une analyse du contenu des dossiers de consultations pratiquées dans notre service (région de Mons, en Hainaut, Belgique) et avons procédé à une classification selon des mots-clés par rapport à l'histoire de vie. Cette classification était la résultante du choix des patients quant aux événements douloureux et à l'appréciation du professionnel en lien avec la nosographie psychanalytique et psychiatrique.

Un total de 71 dossiers ont été relus. L'âge moyen est de 46 ans avec 58 % de femmes. 69 % sont parents avec une médiane de 2 enfants. 37 % sont mariés, 17 % vivent en concubinage et 41 % sont célibataires. 51 % de l'échantillon sont divorcés : 53 % vivent seuls, 28 % sont remariés, et 11 % sont en relation de concubinage. Au niveau professionnel, 49 % ont le statut d'employé, 12 % sont ouvriers, 19% sont sans travail et 12 % ont le statut d'invalide.

Sur le plan tabagique, les fumeurs rencontrés ont une consommation moyenne de 22 cigarettes quotidiennes avec un test de Fagerström (N=51) moyen de 5,7 (nicotinépendance qualifiée de moyenne à forte).

Parmi l'échantillon global, 40 % utilisent des psychotropes (anxiolytiques, anti-psychotiques, antidépresseurs) et 37 % ont des antécédents psychiatriques (avec ou sans hospitalisations). Au niveau de leur histoire de vie, les principaux problèmes évoqués sont : une relation à la mère difficile (fusion/conflit) avec 24 %, des troubles psychiatriques dans la famille (15 %), des antécédents dépressifs (29%), des troubles anxieux (22 %), des deuils difficiles (33%), un divorce difficile (22 %), de l'alcoolisme (16%). Si on analyse les données selon le sexe, on obtient les résultats suivants : la relation à la mère est plus problématique chez les hommes (29 % vs 13 %), plus d'alcoolisme chez les hommes (29 % vs 0) ainsi que plus de toxicomanies (cannabis, héroïne,...) (13 % vs 5 %). Les hommes souffrent plus de leur divorce (26 % vs 13 %) ainsi que de solitude (16 % vs 8 %).

Notre enquête nous a permis de soulever quelques éléments : notre consultation draine une populations de gros fumeur (>20 cig./j) qui ont déjà essayé de nombreuses autres techniques d'aide à l'arrêt avant de nous consulter.

D'autres données (O. Lesourne) voudraient voir dans les gros fumeurs un profil psycho-dynamique assez complexe, ce que nous confirmons par cette enquête sous certains aspects. Une bonne part (+-40 %) ont connu des troubles psychologiques invalidants et une médication psychotrope. Une littérature psychanalytique voyant dans la relation à la mère le contenant primordial de l'anxiété et du manque trouve ici ses arguments spécialement chez l'homme. Cette carence est douloureusement remise en scène au travers de deuils, divorces amenant à expérimenter l'anxio-dépression et ses aléas suicidaires. Cette complexité est d'autant plus soulignée pour les gros fumeurs qu'un test de Chi-carré met en évidence une différence significative (p-value <0,001) avec les fumeurs de moins de 20 cigarettes.

## Consommations de tabac des populations en situation de précarité consultant les Centres d'examens de santé

Auteur : Emilie Labbe<sup>1</sup>

Co-auteur(s) : Claude Kuntz<sup>1</sup>, Catherine Sass<sup>1</sup>, Laurent Gerbaud<sup>2</sup>, Carine Chatain<sup>1</sup>, Jean-Jacques Moulin<sup>1</sup>

<sup>1</sup> CETAF, Saint Etienne, France

<sup>2</sup> CHU de Clermont-Ferrand, France

### Objectif

Mesurer les relations entre la consommation de tabac et différentes situations de difficultés économiques et sociales.

### Méthodes

La population d'étude comporte les consultants âgés de 18 ans et plus, des Centres d'examens de santé financés par l'Assurance Maladie, qui ont bénéficié d'un examen de santé entre 2002 et 2005, soit plus d'un million de sujets. Les difficultés socio-économiques sont mesurées par les situations vis-à-vis de l'emploi : emplois non stables (CDD, Intérim, ...), emplois à temps partiel, contrats aidés, le chômage et la durée de recherche d'emploi (< 6 mois à ≥ 3 ans). Un indicateur individuel de vulnérabilité sociale (score EPICES) a également été étudié. Il est calculé à partir des réponses à 11 questions binaires (oui/non), permettant de prendre en compte les déterminants matériels et sociaux de la précarité. Il varie de 0, situation la plus favorable, à 100 situation la plus défavorable. Le tabagisme est recueilli par autoquestionnaire (fumeur /non fumeur /ancien fumeur et nombre de cigarettes par jour). Les résultats sont stratifiés sur le genre et les données ont été analysées par des modèles logistiques multivariés, ajustés sur l'âge et la catégorie socio-professionnelle.

### Résultats

Les risques de tabagisme sont plus d'autant plus élevés que la situation d'emploi est précaire, atteignant des valeurs d'OR=1,60 [1,52-1,67] (hommes) et 1,20 [1,14-1,26] (femmes) pour l'emploi instable-temps partiel et 2,60 [2,45-2,74] (hommes) et 1,62 [1,50-1,68] (femmes) pour les personnes sous contrats aidés, comparés aux emplois stables à temps plein (catégorie de référence). Les chômeurs présentent des risques de fumer plus élevés que les actifs ayant un emploi. Les OR d'être fumeur augmentent progressivement avec la durée du chômage, allant, chez les hommes, de 1,97 [1,90-2,04] pour les chômeurs de moins de 6 mois à 2,57 [2,50-2,64] pour les chômeurs de plus de 3 ans, et respectivement chez les femmes de 1,52 [1,46-1,58] à 1,67 [1,62-1,72].

Par ailleurs, des relations scores-dépendantes sont observées entre la vulnérabilité sociale (EPICES), le tabagisme et la quantité de tabac. En particulier, les jeunes 18-25 ans les plus vulnérables (score EPICES élevés) présentent des risques 1,5 fois plus élevés d'avoir une consommation tabagique quotidienne modérée (1 à 15 cigarettes par jour) et 3 à 4 fois plus élevés pour des consommations plus importantes (≥ 15 cigarettes par jour), en comparaison aux jeunes non précaires.

### Conclusion

La consommation de tabac est liée à l'instabilité professionnelle et à la vulnérabilité sociale, avec des relations doses-dépendantes. Les populations les plus défavorisées sont plus à risque de tabagisme. Ces résultats permettent de dégager des priorités d'actions de prévention adaptées aux publics visés et suggèrent la prise en charge des populations les plus vulnérables.



## **Evaluation de la prévalence du tabagisme et étude de la motivation à l'arrêt du tabac des patients traités pour une pathologie maligne dans un centre de soins en cancérologie**

**Auteur : Dr Alice Nourissat**  
**Co-auteur(s) : Dr Christine Denis-Vatant, Pr Franck Chauvin**  
**Présentateur : Dr Alice Nourissat**

Pour les patients atteints d'une affection cancéreuse, l'arrêt du tabagisme est particulièrement bénéfique. Cela permet d'augmenter la survie, de diminuer le risque de récurrence, d'apparition d'un second cancer ou d'une co-morbidité (maladies cardiovasculaires, broncho-pneumopathie chronique obstructive ...) et probablement d'améliorer la qualité de vie. Afin d'adapter au mieux les interventions d'aide au sevrage tabagique proposées, une meilleure connaissance du tabagisme dans cette population spécifique semble nécessaire.

L'objectif de l'étude est d'évaluer les besoins d'aide au sevrage tabagique des patients traités pour cancer à l'Institut de Cancérologie de la Loire à Saint Etienne. Une enquête d'observation de type transversale a été réalisée sur 15 jours dans les services d'hospitalisations traditionnelles, d'hôpital de jour, de radiothérapie, et de consultations d'oncologie médicale.

L'étude porte sur 702 patients, âgés de 25 à 75 ans, atteints d'une affection cancéreuse. La prévalence est de 11,4 % pour les fumeurs (n=80) et de 36,8 % (n=258) pour les ex-fumeurs. Le pourcentage des fumeurs est plus élevé chez les hommes (13,9 %) et chez les moins de 55 ans (18,4 %).

Chez les hommes, la prévalence du tabagisme est plus élevée dans les cancers colorectaux (17,5 %) et dans les hémopathies malignes (16,7 %). Chez les femmes, la prévalence est de 23,1 % pour les cancers du poumon et de 8,9 % pour les cancers du sein.

Au moment du diagnostic, la prévalence du tabagisme était de 17,9 % (n=126). Ainsi, après l'annonce du diagnostic, 36,5 % des fumeurs ont arrêté de fumer, dont plus de la moitié au moment même du diagnostic.

Parmi les ex-fumeurs, seuls 10,9% ont bénéficié d'une aide médicale et 13,6 % ont utilisé des substituts nicotiniques, mais ces chiffres sont respectivement de 23,9 % et 19,6 % pour les patients ayant arrêté de fumer après le diagnostic.

Parmi les fumeurs, la majorité, 53,7 % (n=36) sont peu ou pas dépendants (score de Fagerström de 0 à 3), 37,3 % (n=25) sont dépendants (score de 4 à 6) et seulement 9 % (n=6) sont fortement dépendants (score de 9 à 10).

Si plus de 70 % (n=48) des fumeurs souhaitent s'arrêter de fumer, seul 12,5 % (n=8) ont une bonne ou très bonne motivation à l'arrêt selon le test de Richmond.

Un état dépressif est dépisté par le test HAD chez 16,4 % (n=11) des fumeurs et un état anxieux chez 55,2 % (n=37).

Au vu de nos résultats, les patients atteints d'une affection cancéreuse semblent devoir nécessiter d'une aide au sevrage tabagique adaptée pouvant être proposée dès le diagnostic de la maladie. Pour les patients continuant à fumer après le diagnostic, une aide à la maturation motivationnelle peut être instaurée. Ces patients présentent fréquemment une anxiété pouvant être prise en charge parallèlement. Il serait intéressant de compléter ce travail par le recueil de données similaires dans d'autres centres afin de pouvoir renforcer la valeur de nos résultats.

## **Restaurateurs, à quatre mois de l'application du décret, qu'en pensez-vous ? Enquête faite dans l'agglomération dijonnaise**

**Auteur : Posé A**  
**Co-auteur(s) : Chomard D, Jeannin L**  
**Présentateur : Jeannin L**

Un questionnaire, après validation par interview, a été adressé à 256 restaurants de l'agglomération dijonnaise; sur 71 questionnaires reçus, 68 étaient exploitables ; l'anonymat avait été laissé au choix du restaurateur.

### **Résultats**

28 restaurants sont non-fumeurs; 12 l'étaient déjà avant janvier 2007 ; parmi les 40 restaurants fumeurs, 7 ne disposent d'aucun espace différencié; 33 déclarent avoir un espace non-fumeur; malgré les précisions demandées, il est impossible d'affirmer le caractère réglementaire des dispositions réellement prises. Au 1<sup>er</sup> janvier prochain, date d'application du décret pour les restaurants, 31 des 40 restaurants fumeurs respecteront l'interdiction ; 5 pensent rester fumeurs ; les autres hésitent encore.

Concernant la perte de clientèle liée au respect de l'interdiction, parmi les 16 restaurants non-fumeurs ayant répondu, 13 ne pensent pas avoir observé de perte de clientèle ; deux déclarent le contraire ; une réponse est ambiguë ; sur les 38 restaurants actuellement fumeurs ayant répondu à l'enquête, 16 craignent une perte de clientèle ; 7 n'ont pas cette crainte ; les autres n'ont pas d'opinion tranchée.

### **Commentaires**

Cette enquête a été faite en pleine saison touristique : juillet et août 2007 ; en Bourgogne les touristes étrangers sont nombreux, et souvent peu tolérants envers le tabagisme des établissements. L'envoi postal du questionnaire a été privilégié, car l'enquête préliminaire a bien montré que les interviews, même si elles sont beaucoup plus riches d'informations, n'étaient pas réalisables, par manque de temps des restaurateurs à cette époque. Le taux de réponse (27 %) est satisfaisant, compte tenu des résultats habituels de ce type d'enquête.

Les restaurants non-fumeurs sont probablement ici sur représentés ; peut-être éprouvent-ils une satisfaction à se déclarer non-fumeurs. La taille de l'établissement s'il est petit influe sur l'opinion du restaurateur, plus méfiant à l'idée du passage au statut de non-fumeur; en fait, c'est la personnalité du responsable qui en définitive va jouer le rôle principal.

### **En conclusion**

Dans un pays qui ne compte plus actuellement qu'un tiers d'adultes fumeurs- et dont beaucoup sont d'ex-fumeurs- il reste important de convaincre les restaurateurs des bénéfices qu'il y a à appliquer la loi : économies d'entretien des locaux, attraction et protection des consommateurs, santé préservée des professionnels.

## Impact du syndrome dépressif dans une consultation d'arrêt du tabac

**Auteur : Guillaume S**

**Co-auteur(s) : Quantin X; Robles E; Godard P, Courtet P**

**Présentateur : Guillaume S**

Le tabagisme et la dépression représentent 2 des plus grands problèmes mondiaux de santé publique selon l'OMS. Lors de la prise en charge des patients demandeurs d'une aide au sevrage tabagique, il apparaît que la dépression est un trouble fréquent ce qui a des implications sur les chances de succès de l'arrêt du tabac et sur les stratégies thérapeutiques. Notre étude vise à objectiver l'existence de trouble dépressif chez nos consultants et l'influence que ceux ci pourraient avoir sur le comportement tabagique. Nous avons donc inclus 459 patients se présentant pour une demande d'arrêt du tabac. Une évaluation a été réalisée lors de la consultation initiale puis un contact téléphonique a eu lieu un an plus tard pour évaluer l'efficacité du sevrage. Nos résultats confirment une surreprésentation des sujets atteints d'un trouble dépressif parmi nos consultants. De plus l'existence d'une symptomatologie dépressive a un effet aggravant sur le statut tabagique des patients et sur leur motivation à se sevrer. Il paraît donc important de dépister et prendre en compte la comorbidité dépressive lors d'une demande de sevrage. Ce sous groupe de patient vulnérable nécessiterait une prise en charge plus spécifique et adaptée.



## Posters

---



## L'humour au service de la santé

**Auteur : GISME : Claire Potié**

**Co-auteur(s) : Unité de Tabacologie CHU de Grenoble : Dr JM Plassart**

**Présentateur : Claire Potié**

L'humour au service de la santé

Présentation de trois outils de prévention du tabagisme

POSTER proposé par le GISME et le CHU de Grenoble

A l'occasion d'actions de prévention menées dans des établissements scolaires et universitaires, il est apparu que les messages à caractère uniquement "sanitaire" n'avaient que peu d'impact. La nécessité de construire des outils avec des messages plus adaptés s'est donc fait sentir. Elle a initié une dynamique de réflexion et de création à destination des "acteurs de terrain" dont la demande était de pouvoir disposer de supports et d'outils non-culpabilisants, attractifs et interactifs.

Trois de ces outils créés par le GISME, illustrés par Cled'12 avec l'expertise de l'Unité de Tabacologie du CHU de Grenoble sont présentés en un seul poster : Il s'agit de l'album Clopin-Clopant, du Vrai-Faux Paquet (tous deux validés par la MILDT) et de l'album Plaidoyer pour les nicotiniés récemment imprimé. Ces outils répondent à un besoin de santé publique, et s'ils ne visent pas directement à "faire changer de comportement" (c'est-à-dire : à "faire arrêter de fumer"), ils n'en ont pas moins l'ambition de favoriser les conditions psychologiques et sociales d'un tel changement en jouant sur les représentations. "Clopin-Clopant" dresse un Etat des lieux du tabagisme, identifie les "Bienfaits" de la cigarette, dénonce les Pratiques des compagnies tabagières et propose quelques Petits pas vers un monde sans tabac. "Le Vrai-Faux Paquet" dénonce lui aussi les pratiques des trusts du tabac sur le mode de la raillerie, de la dérision et du sarcasme. Il permet de faciliter les débats sur la protection de la santé des non-fumeurs et sur la nécessité d'enrayer "l'entrée en tabagisme" des adolescents. Il suscite la curiosité, fournit des informations inédites et permet à chacun d'évaluer ses propres connaissances. Il sert de "médiateur de paroles".

"Plaidoyer pour les nicotiniés" propose des représentations inhabituelles, inédites, voire insolites, du tabagisme. Il prend en compte les multiples aspects de cette conduite (prise de risque, recherche d'un mieux-être, pollution, automutilation, attachement pathogène...) et met en perspective ces diverses composantes avec celles, similaires, qui sous-tendent d'autres conduites - individuelles ou collectives - allant à contre vie. Comme les précédentes créations du GISME, il fait une large place à l'humour, de manière à rendre aussi plaisante que possible cette familiarisation avec des réalités humaines éminemment complexes et "sérieuses".

On s'attend à ce que la diffusion de ces ouvrages concoure, en douceur, à remodeler en profondeur les représentations sociales sur le tabagisme.

## Sevrage tabagique et co-addictions. Caractéristiques des consultants d'un centre de tabacologie, modalités et résultats du sevrage

Auteur : Dr J Perriot

Co-auteur(s) : Dr JL Merle, Dr A Schmitt, Dr V Picard, Dr MA Bouffard, Dr V Bouté Makota,  
Pr PM Llorca, Dr D Laime, Dr L Doly-Kuchcik

Présentateur : Dr J Perriot

L'objectif de ce travail était de préciser les caractéristiques individuelles de fumeurs polyconsommateurs de substances psycho-actives consultant dans un centre d'aide à l'arrêt du tabagisme et d'évaluer les modalités et résultats de leurs sevrages.

Cette étude prospective a été menée sur 1109 consultants (506 hommes et 603 femmes) du Dispensaire Emile Roux (Clermont-Ferrand, France) entre le 01.01.1999 et le 31.12.2005 (exhaustivité du recensement 91 %) pour sevrage tabagique. 295 consultants étaient co-consommateurs (abus et/ou dépendance) de cannabis (n=33), alcool (n=167), alcool et cannabis (n=95) et ont été comparés à la population générale des consultants. L'analyse statistique a fait appel au logiciel SAS version 8, test du Khi 2, seuil de significativité à 5 %, test de Fisher.

### Principales constatations

- 26,6 % des consultants présentent une coaddiction (dans 56,6 % de tabac + alcool)
- les co-consommateurs tabac-alcool (a fortiori avec cannabis) sont plus jeunes que la population générale des consultants. Le sexe masculin prédomine chez les co-utilisateurs dont les consommations quotidiennes et cumulées de tabac, la valeur du FTND, la fréquence des troubles somatiques, anxiodépressifs et bipolaires sont plus élevés que dans la population générale des consultants
- les polyconsommateurs ont une fréquence supérieure de schizophrénie, tentatives de suicides, antécédents d'usage d'héroïne et/ou cocaïne et un moindre niveau de formation
- leur prise en charge donne plus souvent lieu au développement de partenariats avec d'autres acteurs en addictologie, mais les résultats du sevrage à 6 mois restent médiocres (réussites de 11,3 % à 24,2 % vs 53,4 % en population générale).

La prise en charge du sevrage tabagique des fumeurs polyconsommateurs de substances psycho-actives doit être structurée (algorithme d'intervention) et partenariale, elle reste très difficile.



## **Caractéristiques individuelles et résultats du sevrage des consultations d'un centre d'aide à l'arrêt du tabagisme en fonction du niveau de dépendance (FNTD)**

**Auteur : Dr J Perriot**

**Co-auteur(s) : Dr JL Merle, Dr L Doly-Kuchcik, Dr D Laime, Mr P Lemaire, Mme C Brugière**

**Présentateur : Dr J Perriot**

Une forte dépendance tabagique, dont le FTND est un test d'évaluation validé de la dépendance à la nicotine alcaloïde principal du tabac, s'associe généralement à une forte consommation de tabac ; elle désigne les fumeurs dont le sevrage est plus difficile, les troubles anxio-dépressifs, co-addictions, pathologies somatiques liées au tabagisme plus fréquents.

L'étude prospective menée au Dispensaire Emile Roux (Clermont-Ferrand - France) sur une population de 1 109 habitants (603 femmes et 506 hommes) entre le 01.01.1999 et le 31.12.2005 (exhaustivité du recensement 91 %) a comparé trois groupes de patients différents par leur niveau de dépendance évalué par le FTND < 7 (n = 9 (n = 359). Pour chaque groupe, sont  $\geq 354$ ), FTND 7-8 (n = 396), FTND comparés les fréquences des troubles anxieux, antécédents dépressifs et troubles dépressifs ou bipolaires avérés, pathologies somatiques liées au tabagisme. Le faible niveau de motivation à l'arrêt (test de Richmond  $\leq 6$ ) et les résultats du sevrage à 6 et 12 mois.

Les principales constatations sont :

- Plus la valeur du FTND s'élève et plus les antécédents dépressifs, dépressions avérées, troubles anxieux, troubles bipolaires des consultants sont fréquents.
- Plus la valeur du FTND s'élève et plus la fréquence des pathologies somatiques (cardiovasculaires, broncho-pulmonaires, ORL) ou co-addictions s'accroît.
- Plus la valeur du FTND s'élève et plus le taux de réussite du sevrage à 6 et 12 mois diminue tandis que s'exprime une plus forte proportion de patients peu motivés à s'arrêter de fumer.

Le FTND est un test efficace pour évaluer la sévérité de la dépendance tabagique, le risque de troubles anxio-dépressifs et somatiques associés, le pronostic du sevrage. Il est un élément important de l'évaluation initiale de tout consultant d'un centre d'aide à l'arrêt du tabagisme.

## **« Lycées non fumeurs » : démarche, finalité, résultats d'une action menée dans 6 établissements de la région Auvergne**

**Auteur : Mme J Batische, Dr J Perriot**  
**Co-auteur(s) : Pr PM Llorca, Dr A Schmitt**  
**Présentateur : Dr J Perriot**

Cette étude fait le bilan de la mise en œuvre du concept « Lycées non fumeurs » dans 6 établissements d'enseignement général (4) et professionnel (2) urbain et péri-urbain de l'Académie de Clermont-Ferrand.

La mise en œuvre de cette action dans les 6 établissements volontaires, inscrite dans les projets d'établissements, s'appuyant sur le travail des CESC a nécessité une information et mobilisation de tous les acteurs du monde scolaire des établissements concernés. Le financement des projets relevait de crédits MILDT Départementaux. Conception, mise en œuvre et évaluation du projet se sont déroulés entre 2004 et 2006.

Des résultats positifs :

- La prise de conscience de la forte prévalence du tabagisme parmi les élèves (32 % dont 76,7 % de fumeurs quotidiens) et adultes (35 % dont 78,7 % de fumeurs quotidiens). 35 % des jeunes et 66 % des adultes ayant déjà tenté de s'arrêter de fumer.
- La perception de la médiocre application de la loi Evin et des dangers du tabagisme passif ayant conduit au renforcement de l'application de la loi dans les établissements concernés.
- La diminution de la consommation moyenne chez les adolescents de 14,5 % et chez les adultes de 25,9 % avec accroissement des demandes de sevrage dans les deux groupes.
- La mobilisation des infirmières scolaires, leur formation lors de 2 journées à la prévention et au sevrage tabagique, l'une d'elle devenant titulaire du DIU de Tabacologie (option prévention).
- La mise à disposition des acteurs sanitaires des établissements d'un protocole d'aide à l'arrêt.

Des déficits persistent :

- L'inertie et la variable implication du monde éducatif vis-à-vis de ce problème.
- La faible implication et formation des médecins scolaires
- L'actuelle non utilisation du protocole de sevrage rédigé, aggrave la faible offre de soin.

Les résultats du programme décrits sont encourageants ; l'application de l'interdiction de fumer en milieu scolaire est une nécessité, mais le développement de CESC par bassin éducatif sera susceptible d'optimiser les partenariats et la mise en œuvre de nouveaux projets de prévention et de soin en milieu scolaire.

## **Organisation de la lutte contre le tabagisme dans la région Auvergne, perspectives de développement**

**Auteur : Dr J Perriot, Pr PM Llorca**

**Co-auteur(s) : Dr A Schmitt, Pr J Coudert, Pr MP Sauvant, Dr G Chabanne, Pr L Gerbaud,  
Dr H Laurichesse, Pr A Chamoux**

**Présentateur : Dr J Perriot**

Depuis le succès des 6<sup>èmes</sup> Journées de Tabacologie organisées à Clermont-Ferrand en 2003 qui s'appuyait sur une solide expérience addictologique régionale, la lutte contre le tabagisme se développe rapidement en Auvergne ; elle a été confortée par l'organisation du Congrès National de l'APPRI en 2007. Ce travail présente l'état du dispositif en 2007.

Il associe différents partenaires qui coordonnent leur action autour de projets innovants en matière de prévention, soin, formation et recherche.

- En matière de soin. 15 consultations spécialisées et 40 titulaires du DIU de Tabacologie et aide au sevrage tabagique sont recensés. 12 établissements sanitaires appartiennent au réseau Hôpital sans Tabac, on compte 4 maternités sans tabac. Omnipraticiens, médecins du travail, pharmaciens, sages femmes et infirmiers se mobilisent.
- En matière de prévention, divers projets sont en cours de préparation, développement, évaluation qu'ils concernent la population générale ou des publics ciblés (scolaire, entreprise, établissements sanitaires, femmes enceintes, personnes en situation de précarité).
- En matière de formation. Indépendamment des enseignements spécialisés en Tabacologie et Addictologie, un effort est fait pour introduire la prévention et le sevrage tabagique dans la formation initiale au sein des écoles de santé. Par ailleurs, la formation continue se développe en direction des médecins praticiens et pharmaciens d'officine à l'initiative de divers partenaires (FMC, Ordres, Réseau PARAD, association « Tabac et Liberté »...).
- En matière de recherche. Des études et essais cliniques lient les consultations spécialisées et impliquent le Centre de Pharmacologie Clinique de Clermont-Ferrand.

Les perspectives d'avenir de la lutte contre le tabagisme dans la région Auvergne sont prometteuses (renforcement du lien entre les différents intervenants, coordination des actions, mutualisation des moyens autour d'action de prévention, soin, formation et recherche). Le rapprochement Auvergne-Rhône-Alpes avec la création en 2007 de l'Institut Rhône-Alpes de Tabacologie permettra d'optimiser les actions entreprises et d'élargir la réflexion en matière de lutte contre le tabagisme.

## État des lieux de la consommation de tabac dans une population d'adolescents Consommations associées d'alcool et de cannabis

Auteur : F. Goupil  
Service de Promotion de la Santé du Puy de Dôme Clermont-Ferrand  
Email : [frangoupil@aol.com](mailto:frangoupil@aol.com)  
J Perriot - Dispensaire Émile Roux - Clermont-Ferrand  
PM Llorca - CMPB CHU - Clermont-Ferrand

L'adolescence est une période de vulnérabilité propice à la consommation de diverses substances n'est pas équitablement distribué dans la population générale dépendant de facteurs individuels et environnementaux.

Une enquête réalisée en avril 2006 auprès d'un échantillon de 304 élèves de 16 à 18 ans de lycées professionnel et général de la périphérie de Clermont-Ferrand a permis l'étude des consommations des élèves et l'étude de l'influence des facteurs psychosociaux que sont l'environnement familial et l'environnement scolaire sur leurs conduites de consommation d'alcool, de tabac et de cannabis.

Parmi les élèves qui ont participé à l'enquête : 31 % consomment du tabac dont 19 % quotidiennement, 71 % consomment de l'alcool dont 22 % régulièrement et 18 % ont déjà consommé du cannabis dont 9 % en ont un usage régulier.

### Les résultats ont mis en évidence

Au niveau familial : un lien entre la qualité du climat familial, l'état de santé des parents, le mode de consommation des parents l'accord des parents et les consommations des adolescents.

Au niveau scolaire : un lien entre la filière suivie (générale, technologique ou professionnelle), le bien-être à l'école, les résultats scolaires et les consommations des élèves.

Il apparaît donc important de privilégier une collaboration étroite avec l'Éducation Nationale et les familles des adolescents pour une meilleure éducation préventive et une meilleure prise en charge du sevrage des consommateurs abusifs.

## **Sevrage tabagique dans un centre expert en tabacologie : dispensaire Emile Roux Clermont-Ferrand. Résultats du sevrage et évaluation de l'aide apportée par les consultants**

**Auteur : Dr J Perriot**

**Co-auteur(s) : Mr P Lemaire, Dr D Laime, Dr L Doly-Kuchick, Mme C Brugière, Mr Y Chazelon**

**Présentateur : Dr J Perriot**

L'objectif de cette étude est de rapporter les modalités d'intervention et les résultats du sevrage tabagique d'un Centre expert en Tabacologie (Dispensaire Emile Roux - Clermont-Ferrand), ainsi que l'évaluation faite par les patients sur l'aide apportée.

Cette étude prospective a concerné 1 109 consultants (506 hommes et 603 femmes) entre le 01.01.1999 et le 31.12.2005 (exhaustivité de l'étude 91 %). Les résultats du sevrage à 6 et 12 mois et l'évaluation faite par les patients sur l'aide apportée est donnée (évaluation à partir du cahier de synthèse annexé au dossier CFES). L'analyse statistique a fait intervenir le logiciel SAS version 8, test du Khi2, seuil de significativité à 5 %, test de Fischer.

Les résultats rendent compte :

- D'un niveau élevé de dépendance tabagique des patients (FTND moyen =7,3), la fréquence des troubles anxio-dépressifs (antécédents et/ou avérés) est élevée (73,6 %), comme celle des pathologies somatiques (44,4 %) ou co-addictions (26,6 %) associées.
  - Des facteurs de pronostic favorables ou défavorables présentés dans une autre communication.
  - D'une prise en charge étalée dans le temps ( ≥ 12 mois) obéit aux recommandations des experts et se fait selon les deux algorithmes décisionnels présentés. Elle fait intervenir complémentirement médecins, infirmiers tabacologues et autres partenaires sanitaires (nutritionnistes, psychiatres, omnipraticiens).
- De résultats encourageants : 53, 4 % d'arrêt contrôlé (COE) à 6 mois et 35,1 % à 12 mois. 89 % des patients estiment leur arrêt «définitif» à l'issu de la prise en charge.

Au-delà des résultats obtenus, la formation des omnipraticiens est une nécessité afin qu'un partenariat renforcé avec le Centre expert permettent à celui-ci de ne prendre en charge que les fumeurs les plus en difficultés, les algorithmes de prise en charge du service sont présentés.

## **Sevrage tabagique en centre spécialisé de tabacologie : qu'est-ce qui distingue les patients qui s'arrêtent de fumer de ceux qui échouent dans leur tentative**

**Auteur : Dr J Perriot**

**Co-auteur(s) : Dr JL Merle, Mr P Lemaire, Mme C Brugiere, Dr D Laime, Dr L Doly**

**Présentateur : Dr J Perriot**

Ce travail a pour objectif à partir de l'algorithme de prise en charge en vigueur au Dispensaire Emile Roux (Clermont-Ferrand France) de définir les critères distinguant les patients en échec ou réussite dans le sevrage.

Cette étude prospective a concerné 1109 consultants (506 hommes, 603 femmes) pris en charge dans le service entre le 01/01/1999 et le 31/12/2005 (exhaustivité du recensement : 91 %) avec évaluation du sevrage au 6ème et 12ème mois (interrogatoire et mesure du COE). 27 items d'évaluation ont été pris en compte (sociologie des patients, comportement et dépendance tabagique, prise en charge, vécu du sevrage et perception de son caractère définitif par les patients).

L'analyse statistique a fait appel au logiciel SAS version 8 avec test du Khi 2, seuil de significativité à 5 %.

Les paramètres significativement associés aux patients ayant réussi à s'arrêter :

- Une fréquence moindre de pathologies somatiques liées au tabagisme.
- Des coaddictions plus rares.
- Des troubles anxio-dépressifs (antécédents et/ou avérés à l'inclusion) moins fréquents.
- Une forte motivation et maturation de la décision d'arrêt.
- Un usage prolongé de la substitution nicotinique ; en revanche l'usage d'IRS ne paraît pas influencer le résultat du sevrage.
- Une impression d'aide et de facilité de l'arrêt exprimée par les patients.

Les centres spécialisés doivent évaluer régulièrement leur intervention et analyser les caractéristiques de leurs patients pour optimiser leur prise en charge.

## **Sevrage tabagique et troubles anxieux, dépressifs, bipolaires : fréquence, incidences sur le résultat et les modalités du sevrage**

**Auteur : Dr J Perriot**

**Co-auteur(s) : Dr JL Merle, M P Lemaire, Mme C Brugière, Dr D Laime, Dr L Doly**

**Présentateur : Dr J Perriot**

L'objectif de ce travail étant d'évaluer la fréquence des troubles anxieux, dépressifs, bipolaires parmi les consultants d'un centre de tabacologie et leur incidence sur le résultat et les modalités du sevrage.

Cette étude prospective a concerné 1 109 consultants (506 hommes, 603 femmes) du Dispensaire Emile Roux (Clermont-Ferrand France) pour sevrage tabagique entre le 01/01/1999 et le 31/12/2005 (exhaustivité du recensement : 91 %). L'identification des troubles anxieux, dépressifs, bipolaires reposait sur la clinique complétée par des tests psychométriques. L'évaluation du résultat du sevrage était à 6 et 12 mois. L'analyse statistique a reposé sur le test au Khi 2, seuil de significativité à 5 % et test de Fisher.

Constatations principales :

- La fréquence des troubles anxieux (A), dépressifs (D), bipolaires (B) est d'autant plus élevée que le niveau de dépendance au tabac est important : FTND<7 (A=15,1 % ; D=20 % ; B=14 %). FTND=7-8 (A=24,8 % ; D=32,6 % ; B=15,2 %). FTND≥9 (A=48,7 % ; D=42,3 % ; B=22,3 %). Ces troubles sont plus fréquents chez les femmes.
- Les patients des deux sexes en échec au 6<sup>ème</sup> mois présentent une fréquence supérieure de troubles anxieux (21,8 % vs 15,7 %), dépressifs (22,8 % vs 11,3 %), antécédents de dépression (20,9 % vs 7,9 %) par rapport aux abstinents. Il n'y a pas de différence en terme de bipolarité.
- Les patients abstinents au 6<sup>ème</sup> et 12<sup>ème</sup> mois ont bénéficié d'une substitution nicotinique plus longue (14,5 sem. vs 8,4). L'utilisation d'IRS était fréquente (Anxiété : 15,1 % à 48,7 % ; Dépression 41,2 % à 63,1 % selon l'élévation du FTND). Les benzodiazépines étaient peu utilisées (<10 %), celle des thymorégulateurs en proportion des troubles bipolaires. L'usage des IRS n'influence pas le résultat du sevrage à 6 et 12 mois.

Les troubles anxieux, dépressifs, bipolaires, sont fréquents chez les consultants pour sevrage tabagique en centre spécialisé, leur fréquence paraît corrélée au degré de dépendance. Une substitution nicotinique prolongée favorise la réussite du sevrage, la prescription d'IRS ne paraît pas l'influencer. Un algorithme d'intervention est tiré de ces constatations.

## **Caractéristiques de consultants en tabacologie et résultats de leur sevrage en fonction de leur niveau de dépendance évaluée par le «Fagerstrom Test for Nicotine Dependence» (FTND)**

**Auteur : Dr J Perriot**

**Co-auteur(s) : Dr JL Merle, Mr P Lemaire, Mme C Brugière, Dr D Laime, Dr L Doly-Kuchcick.**

**Présentateur : Dr J Perriot**

Le FTND est un test d'évaluation de la dépendance nicotinique validé et couramment utilisé dans les consultations de Tabacologie. Une forte dépendance tabagique s'associe généralement à une forte consommation de tabac et désigne les fumeurs dont le sevrage est difficile avec des chances de réussite diminuées et présentant fréquemment des troubles anxio-dépressifs, co-addictions, pathologies somatiques liées au tabagisme. L'objectif de ce travail a été de vérifier la validité de ces assertions issues de la littérature.

Cette étude prospective menée au Dispensaire Emile Roux (Clermont-Ferrand - France) a concerné 1109 consultants (506 hommes, 603 femmes) pour sevrage tabagique entre le 01.01.1999 et le 31.12.2005 (exhaustivité du recensement : 91 %). Trois groupes de patients ont été distingués selon la valeur du FTND: < 7 (n = 354) ; 7-8 (n = 396) ; ≥ 9 (n = 359). Pour chaque groupe, ont été calculés la fréquence des antécédents dépressifs et dépressions avérées lors de la prise en charge, des troubles anxieux, bipolaires, co-addictions, pathologies somatiques (cardiaques, bronchopulmonaires, ORL) liées au tabagisme, des faibles motivations à l'arrêt (Richmond ≤ 6) et le taux de réussite du sevrage à 6 et 12 mois.

Au terme de cette étude :

- plus la valeur du FTND s'élève et plus la fréquence des troubles anxieux, dépression, antécédents dépressifs, association des deux précédents, co-addictions, pathologies somatiques liées au tabac, pourcentage de faibles motivation à l'arrêt est importante
- plus la valeur du FTND s'élève et plus le taux de réussite contrôlée par la mesure du CO expiré à 6 et 12 mois diminue
- ces constatations sont également valides dans la population des 123 patients répondant à la définition de « Hard-Core smokers » (Emery S, 2000).

Le FTND est un test efficace pour évaluer la sévérité de la dépendance tabagique, les conséquences associées, la difficulté et le résultat du sevrage. Il est un élément important de l'évaluation initiale de tout consultant d'un centre d'aide à l'arrêt du tabagisme.



## Caractéristiques des consultants et résultats du sevrage dans un centre de tabacologie

(Dispensaire Emile Roux. Clermont-Ferrand)

**Auteur : Dr J Perriot**

**Co-auteur(s) : D Laime, Dr L Doly-Kuchcik, Mr P Lemaire, Mme C Brugière.**

**Présentateur : Dr J Perriot**

Le Dispensaire Emile Roux, Centre de Tabacologie (ExF) créé en 1985 a depuis cette époque réalisé 60 000 consultations d'aide à l'arrêt du tabagisme. Dans ce travail, les caractéristiques de trois cohortes de consultants (1988-1991 : 864 ; 1992-1994 : 634 ; 1999-2005 : 1109) et les résultats de leurs sevrages sont comparés.

### Caractéristiques des consultants :

- accroissement progressif de la proportion de femme qui passe de 45,9 % à 51,9 % puis 54,4 % entre les 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> périodes
- accroissement progressif entre les populations étudiées
  - de la consommation quotidienne moyenne de cigarettes (respectivement : 17 - 19 - 25) et cumulée moyenne en paquets-années (22,2 - 25,4 - 28,7).
  - du niveau de dépendance évalué par le FTND  $\geq 7$  : (43 % - 58,8 % - 68,1 %) des consultants ; de la fréquence des troubles anxieux, dépressifs, bipolaires (respectivement : 29,2 % - 48,4 % - 73,6 %) ; des pathologies liées au tabagisme (24 % 29,9 % - 44,4 %) ; des co-addictions (12,3 % - 17,9 % - 26,6 %).
  - de la proportion de peu diplômés (< BAC : 32 % - 35,6 % - 42 %) et très diplômés ( $\geq$  BAC + 3 : 18 % - 25,5 % - 28,9 %) parmi les consultants
  - enfin, dans la dernière période les « Hard-Core smokers » représentent 11,1 % des consultants (n = 123 : 60,5 % d'hommes et 39,5 % de femmes).

### Résultats du sevrage :

- le taux de réussites contrôlées par mesure du COE s'accroît progressivement sur les trois périodes à J180 (41,3 % - 49,7 % - 53,4 %) et J360 (23,7 % - 27,3 % - 35,1 %).
- l'amélioration des résultats touche également les fumeurs les plus fortement dépendants : FTND  $\geq 7$  (respectivement réussites à J360 : 21 % - 24,6 % - 32,9 %).

Entre 1988 et 2005, les consultants présentent des tabagismes de sévérité croissante. Pourtant, les résultats du sevrage s'améliorent parallèlement. Ce fait témoigne de l'amélioration de la prise en charge dans ce service (structuration de la prise en charge, respect des recommandations des experts, progrès thérapeutiques, innovations dans l'aide à l'arrêt, personnalisation de la prise en charge et du suivi).

## **Caractéristiques, modalités et résultats du sevrage tabagique d'une population de «Hard-Core Smokers» comparés à ceux d'une population générale de consultants d'un centre de tabacologie**

**Auteur : Dr J Perriot**

**Co-auteur(s) : Dr JL Merle, Dr D Laime, Dr L Doly-Kuchcik, Dr P Lemaire, Mme C Brugière.**

**Présentateur : Dr J Perriot**

Les fumeurs irréductibles dont les « Hard-Core-Smokers : HCS » (définition Emery S, 2000) représentent une part croissante des consultants des centres spécialisés de Tabacologie. Leur sevrage s'avère souvent très difficile.

Cette étude prospective menée au Dispensaire Emile Roux (Clermont-Ferrand France) a comparé les caractéristiques individuelles, modalités et résultats du sevrage d'une population de 123 « HCS » à ceux de la population générale des 1 109 fumeurs ayant consulté dans la période du 01.01.1999 au 31.12.2005 (logiciel SAS version 8, test du Khi 2, seuil de significativité de 5 %, test de Fisher).

### **Principales constatations :**

- **Caractéristiques des consultants « HCS ».**  
Age moyen (49 vs 42,6), consommations quotidiennes (30 c vs 25) et cumulée (34,5 PA vs 28) moyennes plus élevées que ceux de la population générale, valeur du FTND plus élevée (8,3 vs 7,3) ; fréquence supérieure d'hommes (SR 1,2 vs 0,8), nombre de tentatives d'arrêts (1,5 vs 3,5) et durées moyennes des plus longs (7,3 mois vs 14,1) inférieures ; motivation et maturation de la décision d'arrêt plus faible que dans la population générale. En revanche, il n'y a pas de différence en matière de troubles anxio-dépressifs, co-addictions, pathologies somatiques entre les deux populations.
- **Modalités et résultats du sevrage des « HCS ».**  
Les posologies (35 mg vs 30) et durée (16 sem vs 11,5) moyennes de la substitution nicotinique chez les « HCS » abstinents au 6<sup>ème</sup> mois sont supérieures par rapport à la population générale ; au même titre que le recours au bupropion (15 % vs 10 %) est plus fréquent chez ces fumeurs difficiles. Il n'y a pas de différence dans l'usage des IRS ; les « HCS » abstinents ont en fin de suivi, une prise de poids supérieure à celle de la population générale (7,3 kgs vs 4,3).  
Le taux d'arrêt à 6 et 12 mois est notablement inférieur pour les « HCS » comparativement à la population générale (respectivement 33,3 % et 17,9 % vs 53,4 % et 35,1 %).

Les recherches concernant ces fumeurs irréductibles doivent être développées afin d'optimiser leur prise en charge de sevrage.

## **Dépendance et sevrage tabagique chez les adolescents : Enquête prospective auprès des 634 adolescents d'un Lycée «non fumeur» (Aurillac - 15)**

**Auteur : Dr A Carrières-Jeannot, Dr J Perriot**

***Co-auteur(s) : Pr PM Llorca***

***Présentateur : Dr J Perriot***

Les habitudes tabagiques se contractent à l'adolescence et répondent à des facteurs incitatifs et motivationnels spécifiques. Même si les adolescents ont conscience de l'existence d'une dépendance, ils en sous évaluent la rapidité d'installation et l'importance. La prévention et l'aide à l'arrêt du tabagisme doivent répondre à des attentes et spécificités des adolescents.

Un programme d'éducation à la santé (information, ateliers de travail sur le tabagisme, etc) a été développé dans un «Lycée non fumeur» et a concerné 634 élèves, parmi lesquels les volontaires ont bénéficié d'un programme de sevrage individualisé et aidé par des substituts nicotiniques (n = 12) ou en groupe (n = 37). Au terme de ce travail, les principales constatations sont :

- La réalité de la dépendance tabagique chez l'adolescent, parfois forte.
- Le caractère dynamique de la motivation à l'arrêt des jeunes fumeurs.
- L'influence des facteurs environnementaux (parents, pairs) sur le tabagisme.
- La difficulté du sevrage tabagique chez l'adolescent (résultats médiocres).
- L'importance et fréquence des troubles anxio-dépressifs dans cette population.

Il faut développer des programmes de prévention interactifs et d'aide à l'arrêt conformes aux spécificités et attentes des adolescents, ces actions doivent être précocement entreprises. Ces actions doivent être coordonnées et mutualisées (J. Perriot, 2006). Elles doivent s'intégrer dans une politique nationale de lutte contre le tabagisme tenace.

## **Etude comparative du tabagisme d'une population de patients schizophrènes ou bipolaires et de consultants en centre de pneumologie**

**Auteur : Mr J Enjolras, Dr J Perriot**  
**Co-auteur(s) : Dr A Schmitt, Pr PM Llorca, Dr V Boute Makota**  
**Présentateur : Dr J Perriot**

L'objectif de ce travail était de comparer les caractéristiques sociologiques, la représentation et les connaissances sur le tabagisme, l'histoire de la consommation de tabac, le niveau de dépendance et les comorbidités addictives, ainsi que les intentions de sevrage d'une population de malades atteints de schizophrénie ou de troubles bipolaires à des consultants en centre de pneumologie.

Cette étude prospective a été réalisée entre avril et juillet 2006 au moyen d'auto questionnaires soumis à 78 patients : 23 schizophrènes, 25 bipolaires (hospitalisé en service de psychiatrie au CHU de Clermont-Ferrand et CH de Vichy) et 30 fumeurs consultants en pneumologie (Dispensaire Emile Roux, Clermont-Ferrand). 51 dossiers exploitables (14 schizophrènes, 17 bipolaires, 20 consultants de pneumologie qui constituaient la population contrôle) ont été soumis à une analyse par le laboratoire de biostatistique de la Faculté de médecine de Clermont-Ferrand (Khi 2, significativité 5 %, test de Fisher).

Les principales constatations touchant les patients schizophrènes et bipolaires par rapport à la population témoin sont :

- Une initiation tabagique plus souvent solitaire avec un début et une consommation régulière plus précoces. Il n'y a pas de spécificité comportementale à cette consommation (Gilliard), le niveau de dépendance (FTND) est supérieur, les troubles anxio-dépressifs plus marqués (HAD, BDI) une comorbidité addictive beaucoup plus fréquente (alcool : DETA, cannabis CAGE). Enfin, plus de 90 % des patients ont une très faible motivation à l'arrêt (Richmond-Prochaska), les tentatives d'arrêt sont plus rares et fréquemment marquées d'échecs.
- Toutes ces constatations sont beaucoup plus marquées chez les patients schizophrènes qui, par ailleurs, ont un très faible niveau de formation, vivent seuls et perçoivent dans 92 % l'AAH (vs 0 % dans les autres groupes étudiés), ils représentent donc un groupe dont le sevrage tabagique est très difficile ce que confirment les données de la littérature.

Une meilleure connaissance des liens entre tabagisme et schizophrénie ou troubles bipolaires permettra une optimisation du sevrage tabagique de ces patients particulièrement exposés aux conséquences morbides de la consommation de tabac du fait de leur forte dépendance et difficulté au sevrage.

## **Formation et Intervention en Tabacologie des acteurs du réseau de prise en charge des Patients en difficultés avec l'Alcool, à Risques, Abuseurs et Dépendants (PARAD)**

*Auteur : Dr J Perriot*

*Co-auteur(s) : Dr A Morge, Dr B Maradeix, Pr PM Llorca, Dr A Schmitt, Dr V Bouté-Makota*

*Présentateur : Dr J Perriot*

Le réseau PARAD liant institutions, acteurs et associations de patients a pour vocation d'assurer une optimisation de la prise en charge des patients en difficultés avec l'alcool (à risques, abuseurs ou dépendants). Il réunit plus de 50 praticiens (spécialistes, généralistes) libéraux ou hospitaliers ainsi que des acteurs paramédicaux et travailleurs sociaux.

Ce réseau a pour objectif d'étendre prochainement son champ d'activités aux autres addictions en particulier tabagisme et cannabisme.

A cette fin, il assure régulièrement la formation continue de ses membres et des sessions d'enseignements en tabacologie sous la responsabilité du Docteur Jean Perriot ont concernés ses acteurs volontaires. Entre 2006-2007, deux groupes de 20 praticiens et paramédicaux ont bénéficiés de 6 séances de formation (théorique et pratique) sur l'aide à l'arrêt du tabagisme.

A l'issue de ces formations a été élaboré en commun l'algorithme d'intervention présenté qui soutiendra l'intervention des différents acteurs (repérage et évaluation du tabagisme, information et induction de la décision d'arrêt, sevrage et suivi, orientation vers les structures spécialisées de ces difficultés) vis-à-vis des fumeurs en difficulté ou non avec l'alcool.

L'informatisation du dossier et le transfert des informations sous contrôle du comité de pilotage et profitant d'une supervision des experts permettra l'optimisation des prises en charge et l'évaluation des résultats.

## **Lutte contre le tabagisme au sein d'un centre de lutte contre le cancer** (Centre Jean Perrin Clermont-Ferrand résultat final du projet 2003-2007)

**Auteur : Dr J Perriot**

**Co-auteur(s) : Dr JL Merle, Pr J Dauplat, Dr G Chabanne, Pr PM Llorca, Dr A Schmitt**

**Présentateur : Dr J Perriot**

Cette étude décrit le projet de la lutte contre le tabagisme élaboré et mis en œuvre au sein d'un Centre de Lutte contre le Cancer (Centre Jean Perrin Clermont-Ferrand) entre 2003-2007 avec le soutien du Comité Départemental 63 de la Ligue contre le Cancer.

Cette action qui a relevé d'une volonté personnelle du Directeur de l'établissement qui a souscrit à la Charte du Réseau Hôpital sans Tabac, a fait collaborer autour du Comité de Prévention du Tabagisme, émanation du CHSCT et sous la coordination du Médecin du Travail du Centre : un expert en tabacologie, l'UCT du CHU de Clermont-Ferrand, l'ensemble du personnel préalablement informé et mobilisé par une enquête de comportement anonyme et non stigmatisante. Une consultation d'aide à l'arrêt du tabagisme avec dispensation gratuite de substituts nicotiques a été ouverte en direction des agents du Centre désirant s'arrêter.

Le bilan final de cette action permet de constater :

- Un respect strict par le personnel et les patients de l'interdiction du fumer.
- La satisfaction de l'ensemble des intéressés la mise en place d'un «Hôpital Sans Tabac».
- Une baisse de 20 % du nombre de fumeurs parmi les agents du Centre et un taux d'arrêt contrôlé à 12 mois de 42,1 % parmi les agents ayant bénéficié d'une aide à l'arrêt.

Elle sera poursuivie des 2008 par :

- La formation d'une infirmière référente en Tabacologie (DIU de Tabacologie) au sein de l'établissement.
- L'ouverture d'une consultation de tabacologie dans l'Unité de Sénologie.
- L'utilisation du protocole de sevrage tabagique élaboré dans chaque service.
- Un renforcement du partenariat entre le Centre Jean Perrin, le CD 63 de la Ligue contre le Cancer.

L'UCT du CHU de Clermont Ferrand, le Dispensaire Emile Roux.

## Evaluation de la campagne 2006 "Le tabac t'abat" en Polynésie française

**Auteur : Cerf N.**

**Co-auteur(s) : Brugiroux M.F. Mou Y. Margaroli S.**

**Présentateur : Cerf N.**

Dans le cadre de son programme de lutte contre le tabac, la Direction de la Santé de Polynésie française organise chaque année des campagnes d'information et de sensibilisation sur les méfaits du tabac. En 2006, une campagne axée sur les dangers du tabagisme actif avec incitation à l'arrêt du tabac a été réalisée à l'occasion de la Journée Mondiale Sans Tabac du 31 mai qui avait pour thème « tabac, mortel sous toutes ses formes ». Cette campagne qui ciblait en priorité les fumeurs, se déclinait en spots télévisés et radio, dépliants, affichage dans les structures de santé et les lieux publics. Afin d'évaluer son impact, une enquête en face à face a été réalisée en août 2006, auprès d'un échantillon représentatif de 1006 personnes âgées de 15 ans et plus, résidant sur l'île principale de Tahiti et l'île voisine (Moorea) qui regroupent 75 % de la population du Pays.

Près de la moitié (48 %) des interviewés se souviennent spontanément d'avoir vu, lu ou entendu des éléments de la campagne : le visuel montrant une tête de mort, le slogan « le tabac t'abat », le message « arrêter de fumer »... Lorsqu'on leur montre la campagne, 78 % des interviewés déclarent avoir vu au moins un support, le plus souvent à la télé ou en affiche. La majorité des personnes interrogées (76 %) ont aimé la campagne, notamment parce qu'elle fait peur et montre la réalité sur la nocivité du tabac. Les trois quarts des fumeurs interrogés se sont même identifiés aux personnages mis en scène par la campagne.

Le message principal a été bien compris puisque 86% des interviewés sont d'accord avec l'affirmation que «la campagne montre que n'importe quel tabac est nocif ». Près de la moitié des interviewés (49 %) sont d'accord avec l'affirmation que « la campagne incite à aller voir un professionnel de santé pour s'informer sur l'arrêt du tabac ». Néanmoins, la campagne a eu un fort impact en terme incitatif auprès des fumeurs puisque deux fumeurs sur trois se déclarent incités à arrêter de fumer.

Si le score d'agrément (appréciation) obtenu par cette campagne (76 %) est moindre que ceux des 2 campagnes précédentes de 2005 sur les dangers du tabagisme passif et sur les risques du tabagisme pendant la grossesse (respectivement 86 % et 87 %), cette campagne a en revanche enregistré le plus haut score d'impact en terme incitatif et c'est dans ce sens que son efficacité prend toute sa valeur.

## Profil des fumeurs vus en consultations de tabacologie en Polynésie française en 2004/2005

Auteur : Margaroli S. ; Cerf N.  
Co-auteur(s) : Brugiroux M.F. Mou Y.  
Présentateur : Margaroli S.

La Direction de la Santé de Polynésie française a élaboré un programme de lutte contre le tabac pour la période 2004-2008. Un des axes stratégiques du programme est l'accompagnement des fumeurs dans leur démarche d'arrêt. Des consultations de tabacologie ont été ainsi mises en place. Ces consultations sont assurées, sur la base du volontariat, par une trentaine de professionnels de santé formés par un expert métropolitain en tabacologie.

Une évaluation du profil des fumeurs venus dans les sites de consultations entre juin 2004 et décembre 2005 a été réalisée grâce aux 780 questionnaires (modèle INPES) remplis généralement par les professionnels de santé puis centralisés et analysés au Département des Programmes de Prévention de la Direction de la Santé. La saisie et l'exploitation des données ont été confiées à une société d'étude. Les patients sont majoritairement des femmes (58 %). L'âge moyen est de 38 ans et le niveau d'éducation inférieur au baccalauréat (60 %). Un consultant sur trois a une dépendance forte au tabac (score de Fagerström supérieur ou égal à 7). Près d'un quart présente des troubles dépressifs et plus de la moitié des fumeurs montre des troubles anxieux. Un patient sur trois a une consommation excessive d'alcool. La grande majorité des patients a déjà connu une expérience de sevrage puisque 84 % ont tenté d'arrêter de fumer, principalement de manière spontanée sans avoir eu recours à une consultation spécialisée. Les raisons les plus citées pour arrêter de fumer sont la peur de la maladie et des risques pour la santé ; faire plaisir/protéger ses proches. Les craintes les plus fréquemment évoquées face à l'arrêt du tabac sont la peur de grossir et de la souffrance physique.

Moins de la moitié des patients (40 %) sont revenus à la première consultation de suivi ; parmi eux, 51 % ont déclaré ne plus fumer. Ce taux augmente avec le nombre de consultations de suivi. Cette évaluation a permis de décrire les caractéristiques des fumeurs vus en consultations de tabacologie et d'évaluer leur dépendance au tabac. La prise en compte de ces données est essentielle pour réussir l'accompagnement de ces fumeurs dans leur démarche de sevrage. Le nombre important de fumeurs ayant un niveau élevé de dépendance au tabac et/ou présentant des tendances anxieuses et dépressives montre que ces consultations correspondent à un réel besoin en matière de prise en charge spécialisée. En revanche, les jeunes et les femmes enceintes, cibles prioritaires du programme de lutte anti-tabac, s'adressent peu à ce dispositif spécialisé. Des stratégies plus adaptées doivent donc être envisagées envers ces groupes.



## **L'effet des stéréotypes de genre concernant la prise de risque sur l'estime de soi des filles et des garçons**

**Auteur : Morel F**

**Co-auteur(s) : Morel F, Rougier J, Schmitt A, Boute-Makota V, Perriot J, Llorca P-M.**

**Présentateur : Morel F**

Ces dernières années, beaucoup de campagnes de prévention ont eu pour thème la lutte contre les conduites à risque (tabagisme, etc). Ainsi, il est devenu difficile pour un fumeur de justifier son comportement puisqu'il est bien conscient des dangers que cela implique pour sa santé et pour celle des autres. Cette difficulté à justifier son comportement pourrait porter atteinte à l'image de soi et à l'estime de soi reliée au domaine en question. Par ailleurs, la littérature sur la prise de risque démontre que les garçons ont tendance à prendre plus de risques que les filles. Nous suggérons, dès lors, que le fait de prendre plus de risques pourrait avoir un effet sur l'estime de soi de conduite des garçons. L'estime de soi de conduite est la valeur que l'individu s'accorde dans des domaines qui renvoient à l'obéissance ou au respect de certaines normes. Ainsi, les filles devraient présenter une meilleure estime de soi de conduite que les garçons. Cet effet devrait être accentué lorsque l'on active le stéréotype masculin et la réputation de prise de risque associée. Pour tester cette hypothèse, 93 collégiens ont été répartis dans trois conditions expérimentales : activation du stéréotype masculin, activation du stéréotype féminin et condition contrôle. Les élèves remplissaient une sous-échelle d'estime de soi de conduite et un questionnaire d'auto-description comprenant des dimensions de prise de risque. Cette dernière mesure montre que la prise de risque définit plus le concept de soi des garçons que celui des filles. De plus, comme attendu, lorsque le stéréotype masculin est activé, et en condition contrôle, l'estime de soi de conduite des garçons est significativement inférieure à celle des filles. Cette différence disparaît lorsque le stéréotype féminin est activé.

Dévaloriser les comportements défavorables à la santé semble donc affecter négativement l'image de soi des adolescents qui adoptent ces comportements. Nous pouvons penser que, pour faire face à cette menace de leur image de soi, les adolescents vont développer de nouvelles normes qui valorisent bien souvent l'adoption des comportements à risques. Ainsi, en dévalorisant certains comportements à risque, nous créons une certaine résistance auprès des adolescents pour lesquels la prise de risque est valorisante. En termes de prévention, il serait donc plus pertinent de mettre en valeur les images positives de comportements favorables à la santé comme la pratique d'un sport plutôt que de dévaloriser les comportements dangereux.

## **D'une identité de fumeur à une identité d'ex-fumeur, quelles étapes au sein d'un groupe de sevrage en entreprise ?**

**Auteur : Rougier J**

**Co-auteur(s) : Rougier J, Bichard O, Doly L, Morel F, Schmitt A, Boute-Makota V, Perriot J, Llorca P-M.**

**Présentateur : Rougier J**

Nous avons amorcé un programme d'Aide au Sevrage Tabagique en Entreprise (A.S.T.E.). Ce programme, financé par le Comité du Puy-de-Dôme de la Ligue Contre le Cancer, associe le C.H.U. de Clermont-Ferrand, le Dispensaire Emile Roux et le C.D.M.R.T. Son objectif est de permettre aux salariés des entreprises du Puy-de-Dôme de bénéficier d'une sensibilisation aux risques du tabagisme et d'une aide au sevrage tabagique en groupe ou individuelle.

Différentes études ont montré que le tabagisme est un élément central dans l'identité du fumeur. Par ailleurs, les évolutions de la société (législation, opinion publique) sont de plus en plus défavorables au comportement tabagique. Ainsi, le fumeur est souvent confronté à l'incohérence de son comportement tabagique. Cette situation provoque chez le fumeur un inconfort psychologique qui est accentué lorsqu'il se trouve confronté à un message de santé. Pour remédier à cet inconfort, le fumeur dispose de deux solutions : modifier son comportement tabagique et passer d'une identité de fumeur à une identité d'ex-fumeur ou bien nier le message de santé pour rendre le comportement tabagique plus confortable. Dans ce poster, nous présenterons quelques outils de communication et d'entretien que nous utilisons pour favoriser le changement de comportement et éviter la négation des messages de santé chez le fumeur. Les outils que nous avons développés reposent sur la théorie de l'engagement, le sentiment de liberté et l'auto-efficacité du fumeur dans sa démarche de sevrage tabagique. Nous présenterons succinctement les résultats de notre travail après six mois d'existence.

## **Le sentiment d'efficacité personnelle des adolescents fumeurs à ne pas fumer dans certaines situations : différence entre les filles et les garçons en fonction de l'âge.**

**Auteur : Morel F**

**Co-auteur(s) : Rougier J, Schmitt A, Boute-Makota V, Bichard O, Londaïtzbéhère A, Perriot J, Llorca P-M**

**Présentateur : Morel F**

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un programme de prévention du tabagisme mené par le Rectorat, le CHU et la Ligue contre le cancer de Clermont-Ferrand dans les établissements scolaires de la région Auvergne depuis deux ans.

Afin de comprendre le comportement des adolescents fumeurs par rapport au tabac, nous avons construit et validé un questionnaire mesurant leur sentiment d'efficacité personnelle à s'abstenir de fumer dans certaines situations. Le sentiment d'auto efficacité personnelle à ne pas fumer renvoie au jugement subjectif que portent les personnes sur leur capacité à s'arrêter ou à s'empêcher de fumer. Il est en général lié au comportement objectif (plus je me sens capable de ne pas fumer, moins je vais fumer). 2 300 adolescents fumeurs âgés de 13 à 23 ans ont répondu à ce questionnaire. Les résultats mettent en évidence 3 domaines d'incitation à fumer : les situations sociales agréables (fêtes...), les situations de stress et les facteurs purement addictifs. Nous avons également montré que le sentiment d'efficacité à ne pas fumer dans ces trois types de situations variait en fonction du sexe des élèves et de leur âge. Par exemple, en ce qui concerne le sentiment d'auto efficacité à ne pas fumer dans les situations de stress, les garçons âgés de 13 à 15 ans se sentent plus capables de s'abstenir de fumer que les filles du même âge. En revanche, cet effet disparaît chez les 16-17 ans et 18-23 ans. En ce qui concerne le sentiment d'efficacité personnelle à ne pas fumer lorsque l'on en ressent un besoin physique, les garçons de 13 à 15 ans ont un sentiment d'auto efficacité plus élevé que les filles du même âge. Cet effet disparaît également chez les adolescents plus âgés. Enfin, si l'on considère le sentiment d'auto efficacité à ne pas fumer dans les situations sociales agréables, nous n'observons pas de différence entre les filles et les garçons entre 13 et 15 ans. A 16 et 17 ans, ce sont les filles qui se sentent plus capables de s'abstenir de fumer que les garçons. Chez les 18-23 ans, la différence entre les filles et les garçons disparaît à nouveau. Les implications de ces résultats sur les méthodes de prévention du tabagisme chez les adolescents seront discutées.

### **Auto efficacité STRESS**

13-15 ans : garçons > filles  
16 - 17 ans : garçons = filles  
18 - 23 ans : garçons = filles

### **Auto efficacité SIUTATIONS SOCIALES**

13-15 ans : garçons = filles  
16 - 17 ans : filles > garçons  
18 - 23 ans : garçons = filles

### **Auto efficacité DEPENDANCE PHYSIQUE**

13-15 ans : garçons = filles  
16 - 17 ans : filles = garçons  
18 - 23 ans : garçons = filles

## **Campagne de prévention du tabagisme en Nouvelle Calédonie : aide au sevrage en officine de pharmacie et prévention de proximité**

**Auteur : Dr Christian Michel**  
**Co-auteur(s) : M. Raphaël Delorme, Dr Jean Perriot**  
**Présentateur : Dr Jean Perriot**

Programme addictologie de Nouvelle-Calédonie

Dr Christian MICHEL (médecin addictologue responsable), M. Raphaël DELORME (éducateur pour la santé), Dr Jean PERRIOT (pneumologue tabacologue).

Le 31 mai 2006, le programme addictologie de Nouvelle-Calédonie et le conseil local de l'Ordre des pharmaciens célébraient pour la première fois la journée sans tabac sur cette île, en inaugurant une campagne sur le thème de l'arrêt du tabagisme.

Le public prioritaire était les fumeurs adultes préparant un arrêt, y songeant ou tentant de le maintenir. Des messages motivationnels portant sur les bénéfices de l'arrêt ont été spécifiquement élaborés pour être aisément repris par les professionnels de prévention ou de soin (bénéfices santé, financier, qualité de vie).

La stratégie principale consistait à offrir aux fumeurs des mesures du CO expiré dans les officines volontaires, à l'aide d'appareils mis à disposition par l'Ordre des pharmaciens. Ces officines proposaient également des informations pratiques sur l'arrêt du tabagisme (conseils personnalisés, tests, notions de dépendances, brochures etc..) et se signalaient par l'exposition d'affiches reprenant les messages de la campagne.

En parallèle, le service de prévention du programme addictologie organisait des actions décentralisées de sensibilisation en partenariat avec des acteurs locaux (municipalités, associations, marchés...), au cours desquelles les fumeurs pouvaient également mesurer leur taux de CO expiré, et obtenir les informations de base sur l'arrêt du tabagisme et les ressources professionnelles de proximité.

Une brochure a été éditée à l'occasion par les deux partenaires principaux, comprenant un calendrier des bienfaits de l'arrêt, des notions de dépendance, de motivation, une explication de la mesure du taux CO expiré. Délivrée avec les tests de Fagerström et de Richmond dans le cadre d'un entretien éducatif personnalisé lors des manifestations ou dans les officines participantes, elle comprenait un tableau destiné à inscrire trois taux de CO expiré, permettant au fumeur de constater son évolution notamment en cas d'arrêt qui se trouvait alors suscité.

Au total 125 entretiens éducatifs avec mesure de CO expiré ont été effectués par le service de prévention lors des actions de sensibilisation. La majorité des 54 officines de Nouvelle-Calédonie a participé en exposant les affiches motivationnelles, douze ont effectué des mesures de CO expiré chez plus de 500 fumeurs qui ont aussi reçu des conseils personnalisés lors des huit premiers mois de la campagne.

Plus que ces chiffres, la mobilisation des officines et les nombreuses interactions entre tous les partenaires ont contribué à une meilleure connaissance et compréhension mutuelles, conditions favorables à l'émergence d'un réseau de proximité en lien avec le nouveau centre de tabacologie.

## **Fumeurs - Hommes ou femmes consultants d'un centre spécialisé en tabacologie - caractéristiques individuelles, modalités et résultats du sevrage**

**Auteur : Dr J Perriot**

**Co-auteur(s) : Mr P Lemaire, Dr JL Merle, Dr L Doly-Kuchcik, Dr D Laime, Mme C Brugière**

**Présentateur : Dr Jean Perriot**

Dans cette étude prospective, réalisée sur 1 109 fumeurs (506 hommes et 603 femmes) consultants du Dispensaire Emile ROUX, entre le 01.01.1999 et le 31.12.2005 (exhaustivité du recensement 91 %), sont comparées les caractéristiques individuelles, modalités et résultats du sevrage (à 6 et 12 mois).

Les différences significatives ( $p < 0,05$ ) constatées sont :

- **Caractéristiques des consultants.**  
Indépendamment du résultat du sevrage, la consommation cumulée moyenne exprimée en paquets-années, est supérieure chez les hommes (33 vs 23), de même que les pathologies somatiques liées au tabagisme (52 % vs 35 %) et co-addictions (40 % vs 16 %) sont plus fréquentes. En revanche, les antécédents dépressifs (39 % vs 22 %), les troubles dépressifs (39 % vs 29 %) ou anxieux (41 % vs 30 %) lors du bilan initial, sont plus fréquents chez les femmes.
- **Prise en charge du sevrage.**  
Respectant les recommandations des experts, elle se révèle analogue pour les consultants des deux sexes. Le recours aux IRS est cependant plus fréquent chez les femmes (53 % vs 42 %).
- **Résultat du sevrage.**  
Le taux de réussite (à 6 et 12 mois) est légèrement supérieur chez les femmes (respectivement 55,2 % vs 51,2 % et 35,5 % vs 34,5 %) cette différence est non significative. Dans les deux sexes, l'existence de pathologies somatiques, troubles anxio-dépressifs, co-addictions associées, s'associe à un taux de réussite du sevrage inférieur. Il n'y a pas de différence significative en matière de prise de poids. La survenue de troubles anxio-dépressifs lors du sevrage est plus fréquente chez les femmes abstinentes (15 % vs 9 %).

Les différences constatées entre les consultants des deux sexes ne modifient pas notablement les modalités du sevrage tabagique et ses résultats au 6<sup>ème</sup> et 12<sup>ème</sup> mois, légèrement supérieur chez les femmes mais de manière non significative.

## La motivation à arrêter de fumer en consultation d'alcoologie

**Auteur : Dr. Béatrice Pham**  
**Co-auteur(s) : Dr Chafia Berghout**  
**Présentateur : Dr. Béatrice Pham**

Cette étude a porté sur 50 patients fumeurs alcoolo dépendants (43 hommes et 7 femmes dont la moyenne d'âge était de 46 ans, 21 étaient en activité professionnelle). L'acceptabilité de «parler du tabac» a été très forte, le questionnaire a été posé en fin de consultation d'alcoologie. Le critère d'alcoolo dépendance était posé par le MINI.

Les caractéristiques tabacologiques des patients ont été explorées par :

- Un questionnaire sur les dernières tentatives d'arrêt du tabac ;
- La classification dans le modèle transthéorique de changement de PROCHASKA DI CLEMENTE;
- Le test de dépendance de FAGESTROM ;
- L'échelle de motivation Q-MAT ;
- La recherche des craintes risquant de rendre l'arrêt difficile.

Résultats :

- 62 % des patients avaient une dépendance importante au tabac (FAGESTROM > 7).
- 54 % des patients étaient en stade 2 de changement (intention).
- 64 % étaient peu ou moyennement motivés à l'arrêt (Q-MAT).
- Le manque (irritabilité, nervosité) et l'envie étaient les craintes les plus importantes.
- Les patients plus âgés avaient plus d'expériences d'arrêts du tabac longs (supérieurs à trois mois) ou courts
- Les patients abstinents de l'alcool avaient plus d'expériences d'arrêts du tabac courts et récents.
- Les patients très fortement dépendants au tabac étaient plus jeunes et se retrouvaient aussi dans le stade d'indétermination. Moins de jeunes avaient fait un arrêt de tabac récent.
- La motivation à l'arrêt du tabac était plus importante en cas d'arrêt antérieur du tabac, et quand fumer n'était plus considéré comme un plaisir
- 31 patients étaient abstinents de l'alcool complètement, dont 14 depuis plus de 3 mois. 19 patients étaient en abstinence incomplète pour l'alcool dont 9 depuis plus de 3 mois. La majeure partie des patients bien motivés au Q-MAT était en démarche de soins en alcoologie depuis plus de 3 mois.

A l'issue de ce travail, nous pouvons essayer de proposer un profil type prédictif d'une bonne motivation à l'arrêt du tabac chez les personnes alcoolo dépendantes : patient de plus de 48 ans, abstinent complètement ou presque depuis plus de 3 mois, qui a l'expérience d'arrêts antérieurs du tabac et pour lequel fumer n'est plus un plaisir.

Dès trois mois de prise en charge active en alcoologie avec une abstinence pour l'alcool même incomplète, un entretien motivationnel en tabacologie peut trouver sa place. Rechercher à l'interrogatoire les éléments paraissant prédictifs d'une bonne réponse à un travail motivationnel pour le tabac peut permettre de le proposer au moment le plus adéquat. Il sera important aussi de prévoir un traitement bien adapté du manque et une aide à la gestion des envies.

## Présentation de l'IRAAT



**INSTITUT RHÔNE-ALPES-AUVERGNE DE TABACOLOGIE**  
**Présentation**

P. DELORMAS – C. GUILLON – G. MATHERN

L'institut Rhône-Alpes-Auvergne de Tabacologie regroupe des enseignants de médecine, des professionnels de la prévention sanitaire, des chercheurs, des éducateurs. Les objectifs en sont : l'étude du tabagisme en Rhône-Alpes, la recherche sur la dépendance tabagique, la mise en place de formations pratiques à l'aide au sevrage des fumeurs, la prévention chez les plus jeunes. Un conseil scientifique réunit les compétences utiles aux objectifs déterminés par le conseil d'administration. L'institut regroupe sous forme de programmes les initiatives des tabacologues de son réseau et fédère ainsi les volontés de partage des pratiques et de recherche.

### LES PROGRAMMES

1. **MAT'AB** : C'est l'action initiatrice pour une maternité sans tabac. Elle a pour objectifs la réalisation d'**enquêtes épidémiologiques** ; de **formations** pour l'aide au sevrage tabagique en milieu gynéco-obstétrical, de **documentation, de journées scientifiques**. Dix ont été organisées entre octobre 1999 et mars 2007. **Mise en place d'un réseau de sages-femmes tabacologues**. Des actions se développent désormais en proximité des services de soins et de consultations.
2. **TAB'EVE : RECHERCHE ANTHROPOLOGIQUE ET SOCIOLOGIQUE** sur les déterminants du tabagisme féminin en général et à l'adolescence. Selon une méthode originale de séminaire pluridisciplinaire permanent (philosophique, anthropologique, historique, psychanalytique et sociologique), l'approche des déterminants de cette forme particulière du tabagisme est élaborée. Chaque année, une journée scientifique est organisée afin de synthétiser les travaux. Quatre réunions de ce type ont permis de rassembler une somme originale de données. Trois ouvrages de synthèse sont à paraître très prochainement.
3. **SPORT'AB** : Etude du tabagisme en milieu sportif, en partenariat avec la direction régionale de la jeunesse et des sports de Rhône-Alpes. Une approche d'une forme de tabagisme spécifique au milieu des sports de glisse de haut niveau, le tabac mâché, est menée en collaboration avec la Société Française de Tabacologie et la DGS.
4. **Le PRAAT** (Pôle Rhône-Alpes-Auvergne de Tabacologie) : Structure de réunion des tabacologues régionaux visant à informer le réseau sur les nouveautés en tabacologie et à mener une régulation de la pratique tabacologique sur des cas cliniques exemplaires. Cette instance se réunit tous les deux mois.
5. **TAB'ADO** : Programme en devenir. Il a pour objectif de mener, selon une consultation multidisciplinaire de professionnels intéressés par ce champ, d'établir une réflexion sur la problématique centrale de l'adolescence autour du tabagisme naissant.





## Exposants

---





Pierre Fabre  
Santé



**Santé Grand Public**



Novartis Santé Familiale S.A.S.



GlaxoSmithKline Santé Grand Public

*Ensemble, préservons votre capital santé.*



Comité contre  
les Maladies  
Respiratoires  
[www.lesouffle.org](http://www.lesouffle.org)



OFFICE FRANÇAIS  
DE PRÉVENTION  
DU TABAGISME  
1994 01 14



