

11^e Congrès de la Société
Francophone de Tabacologie

16 & 17 novembre 2017
Maison Internationale • CIUP
17 bd Jourdan • Paris 14^e



**Les défis de la
tabacologie francophone**

• Sous le haut patronage du Ministère des Solidarités et de la Santé & de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives
Et sous le parrainage de Santé Publique France



• Partenaires institutionnels



• Partenaires



• Exposants



Comité scientifique & d'organisation

- Anne-Laurence LE FAOU
Présidente de la SFT
- Laurence GALANTI
Présidente du Comité Scientifique 2017
- Marion ADLER
- Ivan BERLIN
- Catherine CHARPENTIER
- Carole CLAIR-WILLI
- Alice DESCHENAU
- Marie MALECOT
- Gérard PEIFFER
- Anne STOEBNER
- Daniel THOMAS
- Nathalie WIRTH

Sommaire

• Comités	3
• Programme détaillé	4
• Résumés des communications orales	13
• Liste des posters	42
• Résumés des posters	44
• Plan du congrès	75

Organisation logistique **KATANA santé**

- Annie EGGERMANN +33 (0) 6 07 78 50 83
- Mathilde CATTEAU +33 (0) 1 84 20 11 90

29 rue Camille Pelletan • 92300 Levallois-Perret
info@katanasante.com • www.katanasante.com

PROGRAMME

Jeudi 16 novembre 2017

8h30

Ouverture

9h00

Plénière 1 - Santé publique - Amphithéâtre ADENAUER

Président : Nicolas PRISSE ou son représentant - MILDECA

Modératrice : Anne-Laurence LE FAOU - Paris

- Bilan de Moi(s) sans tabac
François BOURDILLON - Santé Publique France
- Comment évaluer les techniques d'accompagnement au changement de comportement les plus efficaces : le cas de l'étude EE-TIS
Linda CAMBON - Plaine Saint-Denis
- Données nationales de la prise en charge du tabagisme chez les personnes précaires consultant en tabacologie en France
Anne-Laurence LE FAOU - Paris
- Innovation en prévention du tabagisme :
7 000 suisses romands arrêtent de fumer avec Facebook
Alexandre DUBUIS - CIPRET Valais

10h30

Pause – Visite des posters

11h00

Session 1 - Tabagisme et maladies cardiovasculaires

Amphithéâtre ADENAUER

Président : Daniel THOMAS - Paris

Modérateur : Philippe ARVERS - Grenoble

- Quoi de neuf en 2017 sur tabagisme et maladies cardiovasculaires ?
Olivier STORA - Nantes
- Enquête sur la prise en charge du tabagisme dans les centres de réadaptation cardiovasculaire
Bruno PAVY - Machecoul
- Eléments prédicteurs de sevrage tabagique après un évènement coronaire aigu
Marie-Laure BOUTANT - Limoges
- Réduction de risque en pathologie cardiovasculaire :
mythe ou réalité ?
Daniel THOMAS - Paris

11h00

Session 2 - Psychotraumatisme et tabac - Salon GULBENKIAN

Présidente : Gabrielle ERRARD DUBOIS - Esvres sur Indre

Modératrice : Laurence GALANTI - Yvoir, Belgique

- Psychotraumatisme : généralités, aspects neurophysiologiques en lien avec la nicotine
Patrice LOUVILLE - Paris
- Quelles sont les implications ?
Gabrielle ERRARD DUBOIS - Esvres sur Indre et Nathalie JAN - Loches
- Psychotraumatisme : cas cliniques
Marine SOUCIN - Kremlin-Bicêtre

11h00

Session 3 - Tabagisme et populations vulnérables - Salon WEILL

Présidente : Carole CLAIR - Lausanne, Suisse

Modératrice : Anne-Laurence LE FAOU - Paris

- Prévention du tabagisme auprès des populations vulnérables : quelques expériences suisses
Isabelle JACOT-SADOWSKI - Lausanne, Suisse
- Réalisation d'aide au sevrage pour les populations vulnérables
Xavier QUANTIN - Montpellier
- Abord du tabagisme en institution, stratégies spécifiques et outils adaptés : mise en projet des équipes et accompagnement des personnes affectées par une déficience mentale ou un trouble psychiatrique
Dolorès CORSO - Mons, Belgique
- Expérience australienne
Renée BITTOUN - Sydney, Australie

12h30

Pause déjeunatoire

13h00

Symposium PFIZER - Amphithéâtre ADENAUER

Modérateur : Gérard PEIFFER - Metz

- Sevrage tabagique : Actualités de prise en charge
Daniel THOMAS - Paris et Henri-Jean AUBIN - Villejuif

PROGRAMME

Jeudi 16 novembre 2017

14h15

Session 4 - Réduction des risques - Amphithéâtre ADENAUER

Président : Ivan BERLIN - Paris

Modérateur : Didier TOUZEAU - Bagneux

- Définition de la RdR. Morbi-mortalité en fonction de la consommation
Ivan BERLIN - Paris
- Effet de l'intensité de la consommation sur risque de mortalité liée à l'alcool et au tabac - *Henri-Jean AUBIN - Villejuif*
- « Petite » consommation de tabac = « petit » risque ?
L'avis du Pneumologue - *Yves MARTINET - Nancy*
- Est-ce que la réduction de la consommation par rapport à l'arrêt total réduit le risque lié au tabac chez la femme enceinte ?
Gilles GRANGE - Paris

14h15

Session 5 - Cannabis : effets et sevrage - Salon GULBENKIAN

Présidente : Anne STOEBNER - Montpellier

Modérateur : Daniel THOMAS - Paris

- Revue – cannabis et troubles psychiatriques (psychose)
Amine BENYAMINA - Villejuif
- Cannabis et complications cardiovasculaires - *Reto AUER - Berne, Suisse*
- Sevrage cannabique - *Alain DERVAUX - Amiens*

14h15

Session 6 - Prise en charge du patient tabagique : pratiques et variations

Salon WEILL

Présidente : Carole CLAIR - Lausanne, Suisse

Modératrice : Marion ADLER - Paris

- Données françaises sur l'organisation et les pratiques des consultations de tabacologie dans CDTnet - *Anne-Laurence LE FAOU - Paris*
- Traitement d'arrêt du tabac en Suisse : vers des prescriptions plus permissives grâce aux nouvelles guidelines
Isabelle JACOT-SADOWSKI - Lausanne, Suisse - Carole CLAIR - Lausanne, Suisse
- Tabagisme en Espagne, résultats atteints et tâches non accomplies
Regina DALMAU - Madrid, Espagne
- Organisation de l'aide au sevrage tabagique : particularités de la Belgique
Laurence GALANTI - Yvoir, Belgique

15h45

Pause – Visite des posters

16h15

Session 7 - Des comorbidités somatiques à redécouvrir

Amphithéâtre ADENAUER

Présidente : Laurence GALANTI - Yvoir, Belgique

Modératrice : Catherine CHARPENTIER - Luxembourg

- Rhumatisme inflammatoire et tabac - *Carine SALLIOT - Orléans*
- Tabac et sclérose en plaque - *Christian SINDIC - Bruxelles, Belgique*
- Tabac et pathologies ophtalmiques - *Brigitte PASTEELS - Bruxelles, Belgique*
- Tabac et peau - *Michel LE MAITRE - Caen*

16h15

Session 8 - Communications libres 1 - Salon GULBENKIAN

Présidente : Anne STOEBNER - Montpellier

Modérateur : Vincent DURLACH - Reims

- Perceptions et consommation du tabac à rouler par des jeunes Français : étude exploratoire
K. GALLOPEL-MORVAN - J. HOEK - A.F. BUE - J. REY MIGUEL - Rennes
- Mise en place d'un campus universitaire sans tabac : quelles conditions pour sa réussite ?
S. GUETAZ - K. GALLOPEL-MORVAN - Rennes
- Association entre tabagisme et état psychologique : impact de la consommation de tabac sur les suicides: la cohorte IPC
P. DUPONT - F. THOMAS - B. PANNIER - N. DANCHIN - Villejuif
- Syndrome d'hyperhémèse cannabinoïde (SHC) ou syndrome cannabinoïde : une conséquence du cannabis encore trop mal identifiée
Revue de la littérature et aspects pratiques
A. CHASSAING - M. ADLER - Paris
- Création d'un outil de type photo-langage en vue de questionner le comportement tabagique auprès d'une population Korsakoff
C. CORMAN - D. CORSO - Belgique
- Atelier sur les médicaments d'aide au sevrage tabagique pour les patients hospitalisés en addictologie
C. PELOSO - I. TRINCHET - A. GANDOUIN - C. MACKOWIAK - R. RATINEY - P. POLOMÉNI - Sevrans

PROGRAMME

Jeudi 16 novembre 2017

16h15

Session 9 - Optimiser la prise en charge du sevrage tabagique

Salon WEILL

Président : Jean PERRIOT - Clermont-Ferrand

Modérateur : Philippe GUICHENEZ - Béziers

- En amont de l'arrêt, bilan initial, réduction, motivation
Quels conseils, etc... ?
Michel UNDERNER - Poitiers
- Lors de l'arrêt : combinaisons thérapeutiques, etc... ?
Gérard PEIFFER - Metz
- Une fois l'arrêt acquis : reprise et craving, etc...
Jean PERRIOT - Clermont-Ferrand
- Evaluer le pronostic du sevrage ?
Rose-Marie ROUQUET - Toulouse
- ACT et sevrage
Marie MALECOT - Lyon

17h45

Symposium Pierre FABRE - Amphithéâtre ADENAUER

Président : Etienne ANDRÉ - Grenoble

- Les récepteurs nicotiniques – Connaissances récentes et place des substituts nicotiniques
Stéphanie PONS (Paris) et Jean PERRIOT (Clermont-Ferrand)

19h00

Cocktail de bienvenue

PROGRAMME

Vendredi 17 novembre 2017

8h30

Plénière 2 - Cigarette électronique / Réglementaire

Amphithéâtre ADENAUER

Président : Ivan BERLIN - Paris

Modératrice : Carole CLAIR - Lausanne, Suisse

- Réglementation européenne de la cigarette électronique
Agnieszka KOZAKIEWICZ - Bruxelles, Belgique
- Réglementation des cigarettes électroniques en Belgique
Pierre BARTSCH - Liège, Belgique
- Les cigarettes électroniques et les cigarettes Heat-not-burn en Suisse
Reto AUER - Berne, Suisse
Isabelle JACOT-SADOWSKI - Lausanne, Suisse
- Aspects réglementaires des cigarettes électroniques et produits assimilés en France
Caroline DROUIN - Direction Générale de la Santé

10h00

Pause – Visite des posters

10h30

Session 10 - Transmission des connaissances

Amphithéâtre ADENAUER

Présidente : Nathalie WIRTH - Nancy

Modérateur : Daniel THOMAS - Paris

- Grands principes de la pédagogie médicale
Jean-François DENEFF - Louvain-la-Neuve, Belgique
- L'enseignement de l'addictologie en France
François COURAUD - Paris
- Le DIU de tabacologie Ile-de-France - *Ivan BERLIN - Paris*
- E-learning en tabacologie : projet STEPS - *Nathalie WIRTH - Nancy*

10h30

Session 11 - Effets sensoriels du tabac et de la cigarette électronique

Salon GULBENKIAN

Président : Gérard PEIFFER - Metz

Modérateur : Michel UNDERNER - Poitiers

- La nicotine a-t-elle des effets sensoriels ?
Jean PERRIOT - Clermond-Ferrand
- Le menthol - *Pierre BARTSCH - Liège, Belgique*
- Sevrage par les aides sensorielles ? - *Gérard PEIFFER - Metz*

PROGRAMME

Vendredi 17 novembre 2017

10h30

Session 12 - Sages-femmes - Salon WEILL

Présidente : Cathy MEIER - Pau

Modératrice : Edwige DAUTZENBERG - Le Chesnay

- Rôle du père dans le sevrage de la femme enceinte
Benjamin LECOLLAIRE - Rouen
- Le conseil minimal pour la femme enceinte ? - *Cathy MONARD - Nantes*
- Mise en place de l'examen cardio-respiratoire des nouveau-nés de mères fumeuses - *Clémentine CHINAUD - Montpellier*
- Les défis de la tabacologie en périnatalité - *Cathy MEIER - Pau*

12h00

Pause déjeunatoire

13h30

Session 13 - Connaissances actuelles sur la cigarette électronique

Amphithéâtre ADENAUER

Président : Ivan BERLIN - Paris

Modératrice : Brigitte BOUCHET-BENEZECH - Albi

- Résumé des connaissances actuelles sur la cigarette électronique au plan clinique et épidémiologique - *Ivan BERLIN - Paris*
- Que sait-on sur la cigarette électronique et le système cardiovasculaire ? - *Daniel THOMAS - Paris*
- La cigarette électronique : aspects techniques
Bertrand DAUTZENBERG - Paris
- Quelles caractéristiques techniques de la cigarette électronique doit-on connaître pour optimiser son utilisation ?
Julien LE VAILLANT - Villeurbanne

13h30

Session 14 - Co-addictions : prise en charge du tabagisme chez les usagers de substances psychoactives - Salon GULBENKIAN

Présidente : Alice DESCHENAU - Villejuif

Modérateur : Jean-Dominique DEWITTE - Brest

- Données d'usage de tabac associé à d'autres substances psychoactives
Aurélien LERMENIER-JEANNET - Saint-Denis
- La consultation d'addictologie comme opportunité du sevrage tabagique - *Mélina FATSEAS - Bordeaux*
- Introduire la tabacologie chez les usagers en obligations de soins
Viviane ROHART - Bagneux
- La prise en charge du tabagisme des patients suivis en CSAPA
Alice DESCHENAU - Villejuif et Anne-Laurence LE FAOU - Paris

13h30

Session 15 - AFIT - Salon WEILL

Président : Lionel LOUIS - Le Mans

Modératrice : Christiane VALLES - Cahors

- **Projet de mise en place d'une équipe pluridisciplinaire pour la prise en charge du tabac dans un hôpital psychiatrique en Suisse**
Isabelle HAMM - Jura Bernois, Suisse
- **L'éducation thérapeutique tabac avec le jeu PIK KLOP**
Anne PIPON-DIAKHATÉ - Paris - Yasser KHAZAAL - Genève, Suisse
- **Sensibilisation sur le tabagisme passif auprès de femmes et d'enfants en Tunisie, impact sur les hommes fumeurs** - *Melissa GOURJAULT - Paris*
- **La prescription des SN par les IDE : où en sommes-nous ?**
Anne PIPON-DIAKHATE - Paris

15h00

Pause – Visite des posters

15h30

Session 16 - Posters / Prix - Amphithéâtre ADENAUER

Jury : Alice DESCHENAU - Villejuif - Présidente

Carole CLAIR - Lausanne, Suisse

Laurence GALANTI - Yvoir, Belgique

15h30

Session 17 - Communications libres 2 - Salon GULBENKIAN

Président : Bertrand DAUTZENBERG - Paris

Modératrice : Marion ADLER - Paris

- **Facteurs pronostiques du sevrage tabagique** - *B. JOLY - J. PERRIOT - P. D'ATHIS - E. CHAZARD - G. BROUSSE - C. QUANTIN - Dijon*
- **Tabac et diabète gestationnel**
M.P. CURTET - D. BEHR - A. HÉRON - Dreux
- **Reprise de la cigarette après l'accouchement : est-ce évitable ?**
Rôle des sages-femmes libérales
B. GIET - I. HANCE - A. MARELLI - L. JEANNIN - C. DEQUINCEY - Dijon
- **Connaissances et pratiques en tabacologie au sein des Centres de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLATs) en France**
G. GRAVIL-BAILLON - J. PERRIOT - Clermont-Ferrand
- **Le défi environnemental de la lutte contre le tabagisme**
O. GALERA - D. BAJON - L. SOUKARIE - Saint-Orens
- **Devenir Lieu de santé sans tabac** - *A. BORGNE - Paris*

PROGRAMME

Vendredi 17 novembre 2017

15h30

Session 18 - Prix Meilleurs Mémoires de DIU de tabacologie

Salon WEILL

Jury : Daniel THOMAS - Paris - Président

Anne DANSOU - Tours

Béatrice LE MAITRE - Caen

Laurence GALANTI - Yvoir, Belgique

- La cigarette électronique en francophonie : enquête autour de son utilisation et de ses utilisateurs - *Elisabeth COLON - Belgique*
- Elaboration d'un outil pédagogique vidéo destiné aux femmes enceintes fumeuses - *Sébastien FLEURY - Grand Sud*

*Prix décernés par la Société Francophone de Tabacologie,
avec le soutien de la Direction Générale de la Santé,
et par la Fondation Gilbert Lagrue*

17h00

Clôture

Plénière 1 - Santé publique

• Bilan de Moi(s) sans tabac

François BOURDILLON - Saint-Maurice

Lancée pour la première fois en 2016 par Santé publique France, le Ministère chargé de la Santé, l'Assurance Maladie et Moi(s) sans tabac constitue la première grande opération de marketing social en France. Inspirée du dispositif anglais Stoptober, elle vise à augmenter les tentatives d'arrêt du tabac en proposant aux fumeurs de faire une tentative d'arrêt de 30 jours. C'est la durée au-delà de laquelle les chances de succès dans le sevrage sont multipliées par 5.

La première édition de Moi(s) sans tabac a été un véritable succès : plus de 180 000 inscrits, une centaine de partenaires nationaux, plus de 3 000 partenaires régionaux. Mis en œuvre de manière concomitante aux autres grandes mesures du PNRT (paquet neutre,

augmentation du forfait de remboursement des TSN, élargissement des prescripteurs), Moi(s) sans tabac a contribué à l'augmentation des ventes de TSN et des forfaits remboursés au dernier trimestre 2016.

L'édition 2017 sera marquée par une approche plus collective de la tentative d'arrêt grâce notamment à la création de communauté sur les réseaux sociaux. Une mobilisation importante des professionnels de santé est attendue. Enfin, l'accent est mis sur les inégalités sociales de santé grâce au renforcement de partenariats stratégiques, et à la création d'outils en accessibilité universelle.

• Comment évaluer les techniques d'accompagnement au changement de comportement les plus efficaces : le cas de l'étude EE-TIS

Linda CAMBON - PhD - Professeure titulaire de la Chaire de Recherche en Prévention des cancers INCa/IReSP/EHESP - EHESP - UMR 6051 Arènes - EA 4360 Apemac

La CNAMTS et Santé Publique France ont décidé d'expérimenter et évaluer une application nommée Tabac Info Service (TIS). Pour ce qui concerne ce type d'intervention, les preuves de l'efficacité de ces interventions sont très variables, dépendantes de multiples facteurs.

Face à ce constat, le projet EE-TIS poursuit deux objectifs. Le premier est de démontrer l'efficacité de l'application TIS, qui est pour cela comparé à une information sur les autres ressources existantes, rappelées sur le site ameli-sante.fr, Cnamts (2 bras). Le critère de jugement principal est l'abstinence ponctuelle déclarée de plus de 7 jours à 6 mois. Le second est de documenter les conditions d'efficacité de TIS par une évaluation des processus permettant notamment d'analyser les mécanismes et conditions d'efficacité du dispositif à travers les modalités d'utilisation du site, les facteurs externes environnementaux ou sociaux ayant contribué ou freiné son efficacité, les techniques de changements de comportements mobilisées par les utilisateurs.

Pour ce faire, un groupe d'experts a relié les 12 questionnaires, 16 activités et 270 messages prévus à une ou plusieurs des 93 techniques existantes dans la taxonomie universelle de S Michie, aboutissant à 44 techniques mobilisables dans l'application. Une enquête par questionnaire recueillera les facteurs externes évoqués.

L'analyse de ces données permettra de caractériser les techniques les plus efficaces (parmi les 44) ainsi que les conditions contextuelles les plus influentes. EE-TIS est un protocole adapté aux interventions complexes en ce qu'il articule un essai et une évaluation des processus basée sur une taxonomie universelle dédiée aux interventions à visée de changement de comportement (taxonomie de S. Michie).

• Données nationales de la prise en charge du tabagisme chez les personnes précaires consultant en tabacologie en France

Anne-Laurence LE FAOU (MD, PhD) - Monique Baha (PhD) - Abdelali Boussadi (PhD)
Hôpital Européen Georges-Pompidou - Hôpitaux Universitaires Paris-Ouest

Introduction

En France, depuis 2000, on a observé que le tabagisme quotidien était significativement plus élevé chez les fumeurs précaires (36%) par rapport aux à celui des fumeurs plus aisés (22%). Compte tenu de ces données, l'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs associés à une abstinence continue chez les fumeurs recevant l'allocation adulte handicapé ou une pension d'invalidité suivis en consultation de tabacologie.

Méthodes

1 992 fumeurs précaires ont assisté à au moins deux consultations. Le sevrage était validé par la mesure du CO expiré au cours du mois suivant la tentative d'arrêt. Des Chi² ont été utilisés pour les variables catégorielles et des analyses de variance pour les variables continues. Les facteurs prédictifs d'abstinence ont été obtenus par un modèle de régression logistique avec ajustement sur les variables initiales.

Résultats

La moyenne d'âge était de 48,2 ans avec 55,2% d'hommes. 50% avaient un antécédent de dépression et 34,7% présentaient des symptômes dépressifs. Près de 60% avaient un Fagerström ≥ 7 ; 31,4% (n=627) ont tenté l'arrêt et parmi eux, 44,7% (n=280) ont maintenu l'abstinence un mois. Une prescription de patches nicotiques associés à une forme buccale doublait les chances d'arrêt par rapport au patch seul. Enfin, malgré un pourcentage élevé de patients avec profil dépressif, l'impact de la dépression sur l'abstinence n'était pas significatif dans la régression logistique.

Conclusion

Les fumeurs précaires devraient être systématiquement adressés en consultation de tabacologie afin de faire baisser la prévalence tabagique dans ce groupe et particulièrement, s'ils présentent un profil dépressif.

• Innovation en prévention du tabagisme : 7 000 suisses romands arrêtent de fumer avec Facebook

Alexandre DUBUIS - CIPRET Valais

Le travail présenté n'a aucun lien avec l'industrie du tabac, de l'alcool, de la cigarette électronique et avec les compagnies de jeux. Ce programme a été financé uniquement par des ONG cantonales et le Fonds national de prévention du tabagisme.

L'intervention se décline en trois parties :

- Le programme « J'arrête de fumer » via Facebook sera présenté en mettant en évidence ses deux axes cardinaux, soit le soutien professionnel (coaching stop-tabac, expertise médicale) et la dynamique communautaire (réseaux sociaux). Lancé grâce à la collaboration de plusieurs ONG cantonales en Suisse romande (Valais, Neuchâtel, Genève et Jura) et d'une agence de communication, de mars à septembre 2016, ce programme a réuni 7008 personnes qui se sont inscrites pour partager un objectif commun : en finir le même jour avec la consommation tabagique.

• Les principaux résultats de l'évaluation externe menée par un groupe d'experts seront ensuite exposés. Ceux-ci permettront, d'une part, de mettre en perspective l'efficacité de ce programme en comparaison à d'autres aides en désaccoutumance existantes et,

d'autre part, de s'attarder sur certains facteurs de succès telles que l'accessibilité et la dynamique communautaire. Pour rappel, après 6 mois, ce programme a eu un impact positif sur 37.6% des participants.

• Pour terminer, seront dégagées les opportunités qu'offre un programme d'aide à la désaccoutumance sur les réseaux sociaux. En réunissant des personnes socio-graphiquement différentes (sexe, âge, état civil, niveau d'éducation, revenu, canton, etc.), un tel programme devient un laboratoire d'innovations permettant d'expérimenter et de tester sur un large public des outils de communication, des méthodes, etc. En ce sens, l'expérience menée constitue une première étape et laisse augurer de nombreux développements et améliorations.

Références :

Folly L., Riedo G., Felder M., Falomir-Pichastor J-M, & Desrichard O.
Rapport de l'évaluation externe du programme « J'arrête de fumer » sur Facebook, Novembre 2016.

Session 1 - Tabagisme et maladies cardio-vasculaires

• **Éléments prédicteurs de sevrage tabagique après un évènement coronaire aigu**

Marie-Laure BOUTANT - Service de Cardiologie - CHU - Limoges

Alors même que la consommation de tabac reste la première cause évitable de mortalité en France, son impact et sa prise en charge restent sous-estimés. C'est par défaut d'un accompagnement et d'un suivi spécifique, qu'un patient sur deux refume après une hospitalisation à l'occasion d'un évènement cardiaque. Pour mieux accompagner le patient dans sa démarche de sevrage tabagique, nous avons souhaité connaître la prise en charge pour les patients en cardiologie au CHU Limoges. L'enjeu de ce travail était de définir un profil de patients et de déterminer quels pouvaient être les éléments prédicteurs de sevrage tabagique après un évènement cardiaque.

Cette étude a été réalisée à partir de la base de données du registre des syndromes coronariens aigus ST + en Limousin, soient 1822 patients du 1^{er} juin 2011 au 1^{er} juillet 2015. De cette base, nous avons pu extraire les patients fumeurs au moment de l'évènement cardiaque.

Les résultats de notre étude montraient que la prévalence des patients qui persistaient à fumer après un SCA était plus faible que dans d'autres études (63,6% fumeurs sevrés contre 36,4 fumeurs persistants).

Le SCA de par son expression brutale, paraît être un évènement plus favorable sinon à la réussite du sevrage, au moins à l'arrêt immédiat. Un accompagnement spécifique dans le parcours du patient coronarien fumeur faciliterait le maintien de ce sevrage. De plus, le service de cardiologie et notamment l'unité de réadaptation cardiaque sembleraient être des lieux stratégiques et propices pour initier, consolider et accompagner le suivi du sevrage tabagique.

• **Réduction de risque en pathologie cardiovasculaire : mythe ou réalité ?**

Daniel THOMAS - Paris

La réduction d'une consommation de tabac est-elle associée à une réduction de risque de mortalité et de morbidité cardiovasculaire (CV) par rapport au maintien de la consommation ?

Des effets bénéfiques sur des marqueurs de risque cardiovasculaire, tels une amélioration du taux de fibrinogène, du taux d'hémoglobine, de l'hématocrite, de l'hyperleucocytose, et du HDL-cholestérol ont été inconstamment rapportés. Cependant, compte tenu de la relation non linéaire du tabagisme avec les évènements CV, liée à la grande sensibilité des principaux mécanismes en cause (thrombose et vasomotricité coronaire), il n'est pas évident qu'une simple réduction de consommation soit suffisante pour diminuer significativement le risque d'évènements cardiovasculaires mortels et non mortels.

Dans la majorité des études prospectives concernant des sujets non coronariens, sauf une étude israélienne, une réduction de consommation, même > à 50%, n'entraîne aucun effet significatif sur la mortalité ni la morbidité CV, alors que ces mêmes études montrent

une réduction significative de mortalité et/ou d'évènements CV chez les fumeurs ayant arrêté totalement leur consommation. Les études montrent par ailleurs que la réduction de consommation sans substitution nicotinique ne conduit pas à une augmentation du nombre d'arrêts à terme.

L'objectif prioritaire chez le patient cardiaque fumeur est donc l'arrêt total et définitif. La stratégie de « réduction » ne doit être envisagée que par exception. Elle doit être obligatoirement associée à une substitution nicotinique pour éviter le phénomène de compensation et toujours être présentée comme une étape vers l'arrêt complet et jamais comme une solution définitive

Session 2 - Psychotraumatisme et tabac

• Quelles sont les implications ?

Gabrielle ERRARD DUBOIS - Cabinet libéral de tabacologie - Esvres sur Indre

Nathalie JAN - Cabinet de médecine générale et Hôpital Paul Martinay - Loches

Au vu des résultats de deux études conduites au sein d'une consultation de médecine générale et d'une consultation de tabacologie libérale, sur les liens entre tabagisme actif, craving, hard-core smokers, et psychotraumatismes, les Drs Nathalie Jan et Gabrielle Errard-Dubois, proposent trois nouveaux éléments dans la prise en charge de ces fumeurs :

1- ajouter à l'interrogatoire initial de chaque consultant en tabacologie la recherche, par une simple question, d'évènements psychotraumatiques et, par la pratique d'une échelle d'évaluation, l'identification d'un état de stress post-traumatique,

2- proposer la mise en œuvre d'une hypnothérapie ericksonienne, préalable ou concomitante de la conduite du sevrage, afin de sécuriser le patient ; d'une désensibilisation du/des traumatismes par l'EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing) ; et enfin, de l'hypnose pour réassocier les ressources positives

du sujet ; reconnecter ses voies limbiques (ressources émotionnelles expérimentales / mémoire implicite) avec les ressources corticales (solutions logiques et rationnelles de la mémoire explicite),

3- un nouvel arbre décisionnel, pour les fumeurs concernés, redonnant une autre place aux TCC de 2^{ème} et 3^{ème} génération, pour autoriser, uniquement lorsque cela devient possible, une fois réalisé le traitement de la dissociation post-traumatique, les restructurations cognitive et comportementale, ainsi que la régulation des émotions par la méditation de pleine conscience.

Session 3 - Tabagisme et populations vulnérables

• Prévention du tabagisme auprès des populations vulnérables : quelques expériences suisses

Isabelle JACOT-SADOWSKI - Policlinique médicale universitaire - Lausanne, Suisse

Les différentes mesures de prévention du tabagisme ont permis de réduire la prévalence du tabagisme, mais cet effet concerne principalement les classes socio-économiques moyennes et supérieures, accentuant ainsi les inégalités en termes de santé. La vulnérabilité est généralement liée à un faible statut socio-économique, auquel peuvent s'ajouter un contexte de migration, la maladie ou des troubles psycho-sociaux. Ces différents facteurs de vulnérabilité constituent des groupes de populations très variés, nécessitant des

approches spécifiques. En Suisse, il est recommandé de tenir compte de la dimension de la vulnérabilité tant sur le plan des mesures politiques qu'au niveau du développement de projets plus spécifiques de prévention du tabagisme. La présentation abordera quelques exemples de projets d'interventions adaptées spécifiquement à des groupes de populations vulnérables et les facteurs de réussite de ce type de démarche.

• **Abord du tabagisme en institution, stratégies spécifiques et outils adaptés : mise en projet des équipes et accompagnement des personnes affectées par une déficience mentale ou un trouble psychiatrique**

Dolorès CORSO - Psychologue et tabacologue - Service d'étude et de prévention du tabagisme Mons, Belgique

Le Service d'étude et de prévention du tabagisme œuvre à la sensibilisation / mise en projet des publics dits « vulnérables ». La mise en projet répond au souci d'égaliser les chances auprès de publics peu touchés par l'offre en tabacologie, notamment les personnes affectées par une déficience intellectuelle ou présentant un double diagnostic (pathologie psychiatrique et déficience mentale).

Très en amont d'un objectif orienté vers un sevrage à court terme, nous avons opté pour la proposition d'un travail mobilisant les professionnels et les bénéficiaires. Un guide (« Abord du tabac auprès de personnes affectées par une déficience mentale ou un trouble psy-

chiatrique. Accompagnement du fumeur en institution. Guide pratique ») a été conçu afin d'outiller les professionnels dans un contexte de débanalisation de la fume auprès de leurs bénéficiaires.

Les professionnels trouveront dans ce manuel des guidelines permettant de penser la création d'un « projet tabac » en cohérence avec les attentes et besoins de chacun ainsi que des outils adaptés dans le cadre d'un accompagnement à l'exploration de la problématique chez un public déficient : les besoins des bénéficiaires, leur ambivalence à l'égard de la cigarette, ...

• **Expérience australienne**

*Renée BITTOUN - University of Sydney - Sydney Medical School
Brain & Mind Research Institute - Sydney, Australia*

La prévalence du tabagisme est beaucoup plus faible en Australie que dans d'autres pays du monde, dans certaines régions du pays elle n'est que seulement 6%. En Australie, nous avons une attitude antitabac très forte et la grande partie du travail concernant l'arrêt du tabac est fait. Il nous reste à prendre en charge la population de fumeurs à très forte dépendance nicotinique. La prévalence est encore élevée parmi les personnes ayant une maladie mentale, trouble d'utilisation d'alcool

ou de drogues ou parmi ceux qui ont une maladie chronique. Cette intervention présentera des cas d'arrêt de la consommation tabagique chez des patients ayant ces troubles de santé et comment implanter des protocoles de prise en charge dans les hôpitaux, institutions psychiatriques et dans les unités de détoxification pour favoriser l'arrêt du tabac dans ces populations.

Symposium PFIZER

Modérateur : Gérard PEIFFER - Metz

• **Sevrage tabagique : Actualités de prise en charge**

Daniel THOMAS - Paris et Henri-Jean AUBIN - Villejuif

Dans sa démarche de sevrage le fumeur est souvent confronté à certains freins spécifiques ou a déjà vécu des échecs particulièrement démotivants.

La prise en charge médicale d'un fumeur nécessite de savoir identifier et gérer de façon optimale ces principaux freins et écueils du sevrage :

- crainte des effets secondaires potentiels des traitements pharmacologiques,

- méconnaissance de l'investissement financier réel lié aux traitements et des possibilités de prise en charge,
- crainte d'un arrêt brutal et méconnaissance des possibilités ou des modalités de réduction progressive
- expérience négative de traitements mal adaptés et/ou trop courts,
- le sentiment d'avoir déjà tout essayé de façon optimale définitive et sans appel, bloquant l'idée de reprise d'un traitement déjà utilisé.

Session 4 - Réduction des risques

• Définition de la RdR. Morbi-mortalité en fonction de la consommation

*Ivan BERLIN - Département de pharmacologie - Hôpital Pitié-Salpêtrière
UPMC/Sorbonne Université - CESP-INSERM U1018 - Paris*

La réduction du risque (RdR) doit aborder :

- 1- l'effet sur la santé d'une consommation tabagique chronique faible versus forte en les comparant à l'absence de la consommation,
- 2- l'effet sur la santé d'une réduction de la consommation chronique forte, modérée ou faible mais consommation maintenue versus l'arrêt de la consommation.

Il faut noter que la réduction de la consommation n'est pas égale avec la RdR, elle est entendue comme réduction de risque sanitaire. La relation consommation - risque pour la santé peut varier en fonction des substances d'abus et de dépendance ; par exemple une RdR peut être associée avec la réduction de la consommation d'alcool mais pas avec la réduction de la consommation tabagique.

La revue de la littérature source montre que :

- 1a- même une faible consommation chronique (0 <5 cpj) est associée à une augmentation de mortalité et de morbidité par rapport à l'absence de consommation tabagique,
- 1b- le risque de morbidité et de mortalité augmente avec l'augmentation de la consommation (cpj) : une plus faible consommation est associée à un plus faible risque de santé qu'une plus forte consommation,

2- il n'est pas acquis que la réduction de la consommation chronique du tabac est associée à une réduction du risque de mortalité par rapport au maintien de la consommation. Il est démontré, par contre, que l'arrêt total de la consommation est associé à une réduction de la mortalité.

Pour le cancer du poumon, les gros fumeurs (>15 cpj) peuvent avoir une réduction de risque mineure s'ils réduisent leur consommation. Toutefois, nous n'avons pas des éléments pour dire que cette réduction d'incidence de cancer du poumon est associée à une réduction de la mortalité toute cause. L'absence de relation entre la consommation de tabagique et la RdR pourrait être expliquée par le phénomène de compensation : un fumeur tire sur ces cigarettes en fonction de ses besoins d'exposition tabagique et de ce fait, la consommation : cpj, est un mauvais indicateur de l'exposition réelle au tabac.

• Effet de l'intensité de la consommation sur risque de mortalité liée à l'alcool et au tabac

*Henri-Jean AUBIN - CESP - Faculté de médecine - Univ. Paris-Sud
Faculté de médecine - UVSQ - INSERM - Université Paris-Saclay
AP-HP - Hôpitaux Universitaires Paris-Sud - Villejuif*

La plupart des courbes associant la consommation d'alcool moyenne et le risque de maladies ou d'accidents montrent une réponse monotone, avec un risque de morbidité et de mortalité faible pour les petites consommations, et plus important pour les consommations les plus élevées.

La courbe la plus commune a la forme d'une exponentielle. Il y a cependant des exceptions, notamment pour les pathologies cardiovasculaires et le diabète, où on trouve une courbe en J, avec un risque de mortalité réduit pour les consommations faibles à modérées par rapport à l'abstinence. Il faut noter que cette notion de courbe en J est actuellement discutée par certains auteurs, qui supposent des biais méthodologiques.

Une méta-analyse a montré une augmentation continue et exponentielle du risque de mortalité à partir d'une consommation moyenne d'alcool de 10 grammes par jour, avec une accélération dans les niveaux de consommation les plus élevés. Mais pour certaines maladies, comme le cancer, rien n'indique un effet de seuil dans la relation entre le risque et la quantité d'alcool consommée.

Pour ce qui concerne le tabac, la relation dose-réponse entre la consommation moyenne de cigarettes et la maladie cardiaque ischémique, le cancer et la mortalité toutes causes probantes, loin d'avoir une forme exponentielle, montre que la plus grande partie du risque est atteinte avec de faibles taux d'utilisation de cigarettes. Par exemple, les fumeurs de moins d'une ciga-

rette par jour ont une mortalité augmentée de 64% par rapport aux non-fumeurs. Par conséquent, contrairement au cas de l'alcool, où la notion de consommation d'alcool à faible risque est acceptée, le message

général de santé publique concernant l'usage du tabac est d'arrêter de fumer le plus tôt possible.

• « Petite » consommation de tabac = « petit » risque ? - L'avis du Pneumologue

Yves MARTINET - Unité de coordination de tabacologie - CHRU de Nancy - Nancy

Tout fumeur se pose tôt ou tard les questions suivantes :

- Je suis petit fumeur, mon risque est-il faible ?
 - Je réduis ma consommation, mon risque va-t-il diminuer ?
- Les deux affections respiratoires les plus fréquentes liées à la consommation de tabac sont le cancer du poumon (CP) et les Broncho-Pneumopathies Chroniques Obstructives (BPCO).

En l'absence de définition consensuelle du statut de « petit » fumeur, à côté des « tobacco chippers » (fumeurs « sociaux ») et fumeurs intermittents, est volontiers retenue une consommation quotidienne ≤ 5 cig/j. La consommation d'un fumeur est rarement stable au cours des ans, en cas de réduction de consommation. Dès une cigarette fumée/j :

- la mortalité globale/non-fumeurs augmente en fonction du nombre de cig/j,
- ainsi que la mortalité par CP et BPCO,
- plus que le nombre de cig/j, c'est le nombre d'années de tabagisme qui augmente le risque de CP,
- à niveau d'exposition identique, le risque de BPCO est peut-être plus élevé chez la femme.

La réduction de consommation quotidienne :

- n'est pas associée à une réduction de la mortalité globale,
- est associée à une réduction $< 20\%$ du risque de CP,
- n'est pas formellement associée à une réduction de la chute du volume expiratoire maximal en 1 seconde (VEMS), marqueur de BPCO.

Cette absence d'effet significatif d'une réduction de consommation s'explique par :

- l'importance de la durée d'exposition sur le risque de survenue du CP et peut-être de BPCO,
- le phénomène de compensation avec modification du mode de fumage pour adapter l'auto-administration de nicotine en fonction du nombre de cig/j.

Au total, il n'existe pas de « petit » fumeur heureux.

• Est-ce que la réduction de la consommation par rapport à l'arrêt total réduit le risque lié au tabac chez la femme enceinte ?

Gilles GRANGE - Maternité Port Royal - Paris

DUMAS avait montré en 2015 que beaucoup de femmes françaises (19,5%) imaginent que fumer moins de 5 cigarettes par jour est sans risque en cours de grossesse et que le stress provoqué par l'arrêt du tabagisme serait plus défavorable au nouveau-né qu'un tabagisme modéré. La question d'un tabagisme à risque atténué se pose donc d'autant qu'il y a 20 ans deux auteurs avaient identifié une relation linéaire pour de petites quantités fumées.

Il est classique d'insister sur la relation dose-effet entre le poids de naissance et le nombre de cigarettes fumée par jour. Il est connu notamment au 3^{ème} trimestre avec un impact d'un peu plus de 25g pour le nouveau-né par cigarette quotidienne (1cig/j = -25g ; 2cig/j = -50g ; 3cig/j = -75g etc.). La plupart des études se basent sur l'idée que l'effet-dose du tabagisme sur le poids de naissance suit cette relation linéaire. Pourtant, il est possible que l'effet le plus important soit notable entre des doses très faibles et des doses faibles, par exemple entre 1 et 4 cigarettes par jour.

Si la relation dose-effet n'est pas linéaire, les effets d'une réduction du tabagisme ne seront pas les mêmes pour les niveaux différents d'exposition.

Dans la littérature, il semble effectivement exister une relation linéaire entre le nombre de cigarettes fumées par jour et le poids de naissance ; mais cette relation devient non linéaire quand les études portent sur la cotinine plutôt que sur le nombre de cigarettes fumées. Ceci pourrait être lié à une compensation des femmes enceintes par modification de la méthode d'inhalation pour obtenir plus de nicotine à chaque cigarette.

A partir de 10 cigarettes par jour, il semblait exister un effet seuil à partir duquel l'impact sur le poids de naissance bien qu'important ne semble plus associé directement au nombre de cigarettes.

Les études récentes réaffirment l'impact d'un tabagisme minime tant sur le poids de naissance que sur le risque de mortalité périnatale ou de fausses-couches. Les travaux sur le poids de naissance sont les plus intéressants car ce paramètre est une variable continue et permet donc de mieux évaluer l'effet de chaque cigarette ajoutée. L'étude menée par Ivan BERLIN publiée cette année est la plus intéressante. Elle permet de bien **regarder la population dite faiblement consommatrice** c'est à dire entre 1 et 4

Résumés communications orales

cigarettes par jour. Ces femmes représentent plus de la moitié des fumeuses enceintes en France. Dans ce groupe particulier de faible consommation, la perte de poids du nouveau-né est de 228g alors qu'elle n'est que de 251g pour 5 à 9 cigarettes. La relation dose-effet n'est donc pas linéaire.

Références :

- Abraham M, et al. *PLoS One*. 2017
- Berlin I, et al. *Nicotine Tob Res*. 2017
- Dumas A, *BEH*. 2015
- England LJ, et al. *Am J Epidemiol*. 2001

Ce travail permet de réaffirmer qu'une petite consommation de tabac en cours de grossesse est extrêmement nocive et que tous les efforts doivent être faits pour qu'une femme enceinte arrête complètement de fumer en cours de grossesse.

- Horta BL, et al. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 1997
- Ko TJ, et al. *Pediatr Neonatol*. 2014
- Marufu TC, et al. *BMC Public Health*. 2015
- Ward C, et al. *BMC Public Health*. 2007

Session 5 - Cannabis : effets et sevrage

• Sevrage cannabique

Alain DERVAUX - Amiens

Le sevrage de cannabis, attesté par de très nombreuses études, est maintenant inclus dans la classification DSM-5 de l'American Psychiatric Association. Il est caractérisé principalement par des troubles du sommeil, une irritabilité, une humeur dysphorique et un craving intense. Ces symptômes apparaissent dans les 24 heures après l'arrêt de la consommation, atteignent un pic maximal entre les troisièmes et septièmes jours et disparaissent en trois à quatre semaines. Il n'y a pas actuellement de traitement pharmacologique spécifique du sevrage, ayant fait la preuve de son efficacité dans des essais méthodologiquement fiables sur de grand nombre de patients. Les traitements psychothérapeutiques sont surtout cognitivo-comportementaux (Adam et al. 2014). Les cannabinoïdes de synthèse (« spice », « K2 ») qui peuvent être associés à la consommation de cannabis traditionnel semblent induire des syndromes de sevrage plus sévères.

- Chez les sujets consommateurs de cannabis en produit principal, l'évaluation préalable de la dépendance au cannabis doit tenir compte de la dépendance tabagique très fréquemment associée et largement sous-estimée par les patients. L'évaluation de la dépendance tabagique associée est systématique pour adapter les traitements spécifiquement tabacologiques. La psychoéducation des patients vise à les aider à distinguer les symptômes liés au tabac de ceux liés au cannabis, généralement très intriqués.

- Chez les sujets consommateurs de tabac en produit principal, également consommateurs de cannabis, une étude récente a retrouvé que la consommation de cannabis n'empêchait pas a priori le sevrage tabagique, notamment chez les sujets traités par des dispositifs transdermiques de nicotine ou varénicline (Rabin et al. 2016).

Des sites Internet tels que stop-cannabis.ch, peuvent être très utiles pour certains patients (Hoch et al. 2016). Il est

nécessaire de tenir compte des troubles cognitifs, notamment de l'attention et de la mémoire, très présents chez les patients dépendants au cannabis et qui peuvent être atténués par la consommation de tabac (Hindocha et al. 2017). En outre, l'évaluation des comorbidités psychiatriques, également très fréquentes chez les sujets dépendants au cannabis, en particulier les troubles anxieux, les troubles du sommeil, l'abus/dépendance à l'alcool, les troubles déficitaires de l'attention, les troubles de l'humeur, y compris les troubles bipolaires non diagnostiqués, va orienter vers des soins spécifiques.

Références :

- Dervaux A, Laqueille X. *Cannabis : usage et dépendance*. Presse Med. 2012;41:1233-40
- Adham S, Laqueille X, Rousselet AV, Dervaux A. *Dépendances au cannabis. Entretiens motivationnels et thérapies comportementales et cognitives. Alcoologie et Addictologie* 2014; 36 (4): 321-328.
- Dervaux A. *Troubles cognitifs induits par le cannabis : surtout lorsque la consommation a débuté précocément*. *Le Courrier des Addictions* 2012; 14(3): 1-2.
- Rabin RA, Ashare RL, Schnoll RA, Cinciripini PM, Hawk LW Jr, Lerman C, Tyndale RF, George TP. *Does Cannabis Use Moderate Smoking Cessation Outcomes in Treatment-Seeking Tobacco Smokers? Analysis From a Large Multi-Center Trial*. *Am J Addict*. 2016;25(4):291-6.
- Hindocha C, Freeman TP, Xia JX, Shaban NDC, Curran HV. *Acute memory and psychotomimetic effects of cannabis and tobacco both 'joint' and individually: a placebo-controlled trial*. *Psychol Med*. 2017 May 31;1-12. doi: 10.1017/S0033291717001222.
- Kober H, DeVito EE, DeLeone CM, Carroll KM, Potenza MN. *Cannabis Abstinence During Treatment and One-Year Follow-Up: Relationship to Neural Activity in Men*. *Neuropsychopharmacology*. 2014;39(10):2288-98.
- Hoch E, Preuss UW, Ferri M, Simon R. *Digital Interventions for Problematic Cannabis Users in Non-Clinical Settings: Findings from a Systematic Review and Meta-Analysis*. *Eur Addict Res*. 2016;22(5):233-42.
- Dervaux A. *Cannabis et troubles psychiatriques. La Lettre du Respad (Réseau des Établissements de Santé pour la Prévention des Addictions)*. Octobre 2012 ; 12: 4. www.respad.org
- Keita MM, Dervaux A, Soumaoro K, Laho Diallo L, Koua AM, Doukouré M, Laqueille X. *Trouble bipolaire et cannabis : à propos d'un cas*. *Alcoologie et Addictologie* 2014; 36(1): 55-60.

Session 6 - Prise en charge du patient tabagique : pratiques et variations

• **Données françaises sur l'organisation et les pratiques des consultations de tabacologie dans CDTnet**

Anne-Laurence LE FAOU

Abdelali BOUSSADI

Paris HEGP - APHP - www.cdtnet.fr

Introduction

Le dossier national de consultation de dépendance tabagique CDT systématise les paramètres de dépendance à la cigarette, les conséquences de l'exposition au tabac ainsi que les facteurs psychologiques et comportementaux.

Méthodes

Depuis 2000, trois groupes de travail réunissant institutions et associations ont fait évoluer le dossier CDT et sa version informatisée CDTnet.

Résultats

Fin 2017, on comptait 250 000 dossiers de première consultation. Sur 163 centres, 75% étaient hospitaliers (0,12 médecin en équivalent temps plein (ETP), 0,33 ETP infirmier et 0,20 ETP de secrétaire). La mesure du CO expiré était effectuée chez 96% des consultants externes et 68% des hospitalisés. Les techniques comportementales utilisées étaient : énoncer avantages et inconvénients du sevrage ; expliquer le syndrome du manque ; établir une stratégie de sevrage en accord avec le consultant ; définir

des objectifs partagés ; vérifier l'atteinte des objectifs définis ; évaluer les progrès ; féliciter pour les progrès réalisés ; expliquer l'intérêt et l'utilisation des médicaments ; mesurer le CO en expliquant sa signification ; conseiller sur la gestion du stress. Si en 2001-2003, on notait une sous-représentation des fumeurs précaires par rapport à la composition de la population générale, on notait en 2015 une superposition des données sociales des consultants avec les données de l'INSEE. La prochaine étape réside notamment dans la promotion des CDT auprès des fumeurs en difficulté sociale afin de réduire leur durée d'exposition au tabac.

Conclusion

Cinq millions de fumeurs relèvent des CDT, les CDT étant accessibles pour avis ponctuel par l'ensemble des professionnels de santé et sociaux. Leur dotation en personnel devrait être donc augmentée compte tenu des besoins.

• **Traitement d'arrêt du tabac en Suisse : vers des prescriptions plus permissives grâce aux nouvelles guidelines**

Isabelle JACOT-SADOWSKI - Lausanne, Suisse

Carole CLAIR - Lausanne, Suisse

La Suisse est un pays avec un système d'assurance obligatoire des soins. Les conseils d'aide à l'arrêt du tabac sont principalement délivrés par les médecins de premier recours, certains ayant suivi une formation spécifique en tabacologie. D'autres professionnels de santé comme les infirmières, pharmaciennes peuvent aussi suivre une formation et donner des conseils dans des contextes définis.

Les consultations, si elles sont effectuées par des médecins, sont remboursées par l'assurance maladie de base. Depuis peu, le bupropion et la varénicline sont également remboursés pour une durée de 12 semaines, moyennant une prescription et sous certaines conditions médicales. Les substituts nicotiques sont délivrés sans ordonnance mais ne sont pas remboursés.

Il existe des contradictions entre les recommandations faites par les autorités sanitaires (institut suisse des produits pharmaceutique, Swissmedic), les recommandations pour la pratique clinique suisses et la pratique clinique. Elles concernent par exemple l'usage des substituts nicotiques après un événement coronarien aigu ou durant la grossesse et la lactation. Des divergences existent aussi concernant l'usage de la varénicline lors de maladies psychiques.

Les nouvelles guidelines suisses recommandent désormais l'option d'un arrêt avec diminution progressive sous substitution et insistent sur l'importance de combiner les substituts nicotiques à longue et courte durée d'action.

Résumés communications orales

• Tabagisme en Espagne, résultats atteints et tâches non accomplies

Regina DALMAU - Présidente de la Commission Espagnole de Prévention du Tabagisme (Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo, CNPT) - Cardiologue à l'Hôpital Universitaire La Paz, Madrid, Espagne - Spanish National Coordinator for Cardiovascular Prevention at the European Society of Cardiology - Madrid, Espagne

Le tabagisme peut toujours être considéré comme le principal problème de santé publique en Espagne et la première cause de mortalité évitable. Bien que la prévalence de tabagisme en Espagne a diminué considérablement au cours de dernières années, elle continue à se situer en dessus de la moyenne européenne. D'après l'Enquête Européenne de Santé 2014, la prévalence de tabagisme quotidien en Espagne (>15 ans) est de 27,6% chez les hommes et de 18,6% chez les femmes, 23% au total.

La loi qui règle la consommation de tabac dans les espaces publics a été mise en marche en deux périodes en Espagne : en 2005 une loi partielle permettait la consommation de tabac dans certains bars et restaurants, et finalement en 2011 la loi interdit le tabac dans tous les espaces publics fermés de restauration.

Après un long débat public, cette modification a été très bien accueillie par la population et a permis de grandes réussites en santé publique : une diminution du taux de fumeurs, une réduction des ventes de tabac, une amélioration notable de la qualité de l'air respiré dans les es-

paces publics, et surtout un changement de la perception du tabagisme chez la population, qui a commencé à comprendre que le tabagisme est surtout un problème pour la santé plutôt qu'une habitude socialement acceptée.

Cependant, la prévention du tabagisme en Espagne doit faire face à plusieurs défis : avancer vers le paquet neutre de tabac et autres mesures réglementaires, éviter que la cigarette électronique s'installe chez les adolescents et facilite la dépendance à la nicotine, étendre les espaces libres de tabac, améliorer l'accès aux programmes d'aide à l'arrêt du tabac et la formation des professionnels de santé, réduire la consommation de cannabis chez les adolescents, promouvoir des programmes de prévention du tabagisme ciblant les populations en spécial risque... La prévention du tabagisme exige en Espagne comme ailleurs un effort continu de la part des autorités sanitaires, enseignants, professionnels de santé, sociétés scientifiques et la propre société en général.

• Organisation de l'aide au sevrage tabagique : particularités de la Belgique

Laurence GALANTI - Unité de Tabacologie - CHU UCL Namur - Yvoir, Belgique

En Belgique, le sevrage tabagique est essentiellement pris en charge par un tabacologue. Ce titre est octroyé à l'issue d'une formation spécifique en tabacologie organisée par le FARES depuis 15 ans en région Bruxelles-Wallonie et par la VRGT en région flamande, avec le soutien des universités, du Service Public Fédéral de Santé Publique et l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI). Cette formation est accessible aux psychologues et à tout professionnel de santé tel que défini par l'INAMI, de niveau minimal BAC+3. La reconnaissance de tabacologue donne lieu à un remboursement spécifique des consultations d'aide à l'arrêt, individuelles ou en groupe, variable selon la région du pays et le type de consultation (initiale ou de suivi). En région francophone, tout médecin peut actuellement bénéficier de ce remboursement sans formation

complémentaire en tabacologie. Près de 400 tabacologues ont été reconnus, la majorité en région francophone. Les tabacologues exercent leur activité de manière individuelle ou, en région francophone, dans le cadre de Centre d'Aide aux Fumeurs (CAF). 40 CAF ont été créés, essentiellement ancrés en milieu hospitalier. Ils sont composés d'une équipe pluridisciplinaire devant comprendre un médecin référent. La reconnaissance de CAF implique l'adhésion de ses membres aux règles de fonctionnement définies au sein d'une charte. Le sevrage tabagique est de plus en plus pris en considération en milieu hospitalier ; cette prise en charge se développe également au sein d'autres milieux professionnels de santé, auprès des pharmaciens, dentistes et diététiciens en particulier.

Session 7 - Des comorbidités somatiques à redécouvrir

• Rhumatisme inflammatoire et tabac

Carine SALLIOT - service de rhumatologie, Centre hospitalier d'Orléans, France

La polyarthrite rhumatoïde (PR, 0.3 à 0.8% de la population) et les spondyloarthrites (SpA) sont des maladies complexes dont la physiopathologie fait intervenir des interactions entre des gènes de susceptibilités et des facteurs environnementaux.

Le puzzle gène(s)-tabac-immunologie est bien démontré dans la physiopathologie de la PR. Ainsi les fumeurs porteurs de l'épitrope partage (EP, HLA-DRB1) sont à risque accru de développer des anticorps ACPA (tels que les anticorps anti-peptides citrullinés) favorisant, après une période de latence de 4 à 10 ans, la survenue d'une PR. Il existe, au sein de cette interaction EP-tabac un effet dose à la fois du nombre d'allèles et de l'intensité du tabagisme.

L'intoxication tabagique passive pendant l'enfance est également un facteur de risque démontré de PR. Le tabagisme lorsqu'il est poursuivi au cours du RIC est un facteur de sévérité avec une moindre réponse aux anti-TNF. Il augmente également le risque cardiovasculaire déjà majoré par la maladie inflammatoire chronique, ainsi que les risques infectieux et cancérologiques potentialisés par les traitements immunosuppresseur.

• Tabac et sclérose en plaques

Christian SINDIC - Service de neurologie - Cliniques universitaires Saint-Luc Bruxelles, Belgique

La sclérose en plaques (SEP) est une maladie dys-immunitaire affectant le système nerveux central et caractérisée dans la majorité des cas par la présence de poussées et de rémissions totales ou partielles. Après 15 à 20 ans, la maladie peut devenir progressive. Il existe des facteurs de susceptibilité génétiques et environnementaux.

Parmi ces derniers, le tabagisme est un facteur bien établi qui augmente le risque relatif de développer cette maladie de 1,4 à 2,4 selon les études. Ce risque est lié à la durée d'exposition et à l'intensité de la consommation de tabac, et il existe aussi pour le tabagisme passif. Une fois la maladie déclarée, les personnes tabagiques ont plus de risque de faire de nouvelles poussées, d'augmenter le nombre de lésions cérébrales, et de passer en phase progressive de la maladie. On considère que 20% des cas de sclérose en plaques sont attribuables au tabagisme actif ou passif sur base de la surreprésentation des fumeurs parmi la population atteinte de SEP. Le fait d'arrêter de fumer a cependant un effet positif en retardant l'apparition de la forme progressive de la maladie.

Les mécanismes par lesquels le tabagisme rend susceptible à la SEP et influence son évolution restent encore mal connus. La libération de radicaux libres, de produits augmentant la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique, l'induction d'une réponse pro-inflammatoire, peuvent jouer un rôle. Par ailleurs, il a été démontré une interaction entre le génotype HLA et le tabagisme dans la susceptibilité de développer une SEP. Les fumeurs ont en effet un risque relatif multiplié par 13 si ils sont porteurs du gène de susceptibilité HLA-DRB1*15 et dépourvus du gène protecteur HLA-A*02. Ces interactions suggèrent fortement que le tabagisme modifie le risque de SEP en agissant sur l'immunité adaptative.

Résumés communications orales

• Tabac et pathologies ophtalmiques

Brigitte PASTEELS - Service d'ophtalmologie - Hôpital Brugmann - Bruxelles, Belgique

Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) : première cause de cécité légale chez les seniors des pays occidentaux, c'est la maladie oculaire la plus fréquente liée au tabagisme. Risque relatif (R.R) = 3 tous stades confondus ; R.R d'évolution vers les formes les plus graves = 2,5 à 4 proportionnel à la consommation.

Uvéites : Le tabagisme augmente le risque d'uvéites (R.R 2,2), leur sévérité, la durée des épisodes, le risque de bilatéralisation, la fréquence des récurrences et la fréquence de l'œdème maculaire.

Cataracte : plus fréquente chez les fumeurs (R.R 1,5)

Orbitopathie dysthyroïdienne (ODS) : En cas de maladie de Basedow, le tabagisme augmente les risques d'ODS (R.R 2,75), sa sévérité, la durée de l'épisode inflammatoire et les risques de neuropathie optique compressive.

Neuropathies optiques : les neuropathies optiques tabagiques et alcooliques (dues à l'association de l'effet toxique du tabac et de carences vitaminiques en raison d'une malnutrition) sont actuellement rares. Les hommes

porteurs de la mutation responsable de la neuropathie optique héréditaire de Leber, maladie à pénétrance variable, ont plus de risques d'évolution vers une atrophie optique s'ils sont fumeurs. La neuropathie optique ischémique non artérielle n'est pas associée au tabagisme.

Rétinopathie diabétique : incidence ou progression non liée au tabagisme

Thromboses veineuses rétiniennes : liées à l'HTA mais pas au tabagisme

Glaucome : lien au tabagisme controversé

Références :

M. Nita, A. Grzybowski. Smoking and Eye Pathologies. A systemic review. *Current Pharmaceutical Design* 2017 ; 23 : 629-638 (part1) et 639-654 (part2)

• La peau victime du tabac, une raison de plus pour arrêter !

Michel LE MAITRE - Dermatologue - Caen

La peau est une cible privilégiée pour le tabac pour de nombreuses raisons :

- Carcinogènes et autres composés toxiques du tabac sont mutagènes et carcinogènes pour les kératinocytes.
- Le Monoxyde de Carbone, par son effet hypoxémiant, altère kératinocytes et fibroblastes.
- Le « shoot » nicotinique a un effet vasoconstricteur, impacte aussi le métabolisme des fibroblastes.
- Le stress oxydatif, déclenché par la fumée de cigarette, altère les cellules cutanées (membranes, ADN, protéines). Il peut détériorer directement la barrière cutanée par dommages aux kératinocytes.
- Le tabagisme affecte l'activité des télomérases dans la peau, contribuant au vieillissement cutané.

L'influence du tabac sur certaines maladies cutanées est aujourd'hui mieux connue et a fait l'objet de publications récentes. C'est le cas des maladies inflammatoires chroniques, telles le Psoriasis (prévalence 2% de la population) et la Dermite Atopique, qui peuvent être aggravées, voire

déclenchées, par le tabagisme, comme le Psoriasis Pustuleux Palmo-Plantaire.

Le tabac est aussi un facteur favorisant de l'acné microkystique et comédonienne de la femme adulte et est un facteur aggravant de la maladie de Verneuil. Le tabac aggrave les manifestations cutanées du Lupus érythémateux chronique et inhibe l'action de antipaludéens de synthèse utilisés dans le traitement du Lupus. Le tabac retarde la cicatrisation (plaies opératoires, greffes de peau, ulcères de jambe). Enfin, le tabac accélère le vieillissement cutané.

La peau du fumeur est caractéristique : atrophie cutanée, pigmentation jaune ou grisâtre, modification de la morphologie faciale, rides d'apparition plus précoce et rides plus profondes. Il y a aussi une synergie avec le photo-vieillessement. L'arrêt du tabac a une conséquence rapidement visible sur le teint du fumeur.

Session 8 - Communications libres 1

• **Perceptions et consommation du tabac à rouler par des jeunes Français : étude exploratoire**

K. GALLOPEL-MORVAN - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - EA 7348 MOS - Rennes

J. HOEK - Université d'Otago - Dunedin, Nouvelle-Zélande

A.F. BUE - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - EA 7348 MOS - Rennes

J. REY MIGUEL - Université de Grenade - Grenade, Espagne

Contexte

Les ventes de tabac à rouler en France représentent environ 15% du marché du tabac en volume. Sa consommation a augmenté ces dernières années, en particulier auprès des jeunes. Or peu d'études ont été réalisées pour comprendre et explorer ce phénomène. L'objectif de cette présentation est de résumer les résultats d'une recherche menée auprès de jeunes Français.

Méthode

25 entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés en juin 2016 auprès de jeunes (18-25) majoritairement fumeurs de tabac à rouler. Les différents thèmes abordés étaient : les débuts de leur consommation de tabac à rouler, les motivations, les freins, la perception de la qualité, de la dangerosité, etc. de ce produit. Les entretiens ont été intégralement retranscrits et analysés manuellement (analyse de contenu thématique).

Résultats

Sans surprise, les raisons du transfert de la consommation de tabac manufacturé vers le tabac à rouler sont le prix plus faible et l'influence des amis. Au-delà de ces arguments, le tabac à rouler offre également d'autres avantages : la possibilité de personnaliser sa cigarette et sa consommation, le rituel de rouler sa cigarette qui procure plaisir, amusement et prolonge le plaisir de la pause cigarette, l'impression de fumer un produit plus naturel et moins dangereux, le sentiment d'acheter un paquet qui dure plus longtemps. Dans une moindre mesure, des freins tels que l'odeur, la perception d'une dangerosité et d'une addiction supérieures ainsi que l'aspect esthétique de la cigarette ont également émergé de ces entretiens.

Conclusion

Ces perceptions et modes de consommation particuliers invitent à réfléchir à des messages de prévention ciblés.

• **Mise en place d'un campus universitaire sans tabac : quelles conditions pour sa réussite ?**

S. GUETAZ - K. GALLOPEL-MORVAN

Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) - EA 7348 MOS - Rennes

Contexte

Le tabac est la première cause de mortalité évitable en France (73 000 décès par an). Pour réduire ce problème l'OMS préconise des mesures telles que l'interdiction de fumer dans les lieux publics, ce qui a été mis en place en France en 2008. Certains pays (Etats-Unis, Nouvelle-Zélande, etc.) sont allés plus loin et ont adopté une interdiction de sur des campus universitaires (intérieur et extérieur). L'objectif de cette présentation est de recenser la littérature sur la mise en place de ces campus sans tabac et les conditions de leur réussite.

Méthode

Grâce aux moteurs de recherche d'Internet et à des mots clés (« tobacco free campus », « smokefree university », « espaces/lieux sans tabac », etc.), une littérature « grise » composée de guides/recommandations de lieux sans tabac en France et à l'étranger (campus universitaires, hôpitaux, villes ou plages) a été mise à jour. Parallèlement, une analyse des sites Internet d'universités sans tabac a été réalisée (Wisconsin, Michigan, Tennessee, Nouvelle-Zélande).

Résultats

Parmi les facteurs de succès des campus sans tabac (mise en place et respect) figurent :

- 1- la définition d'une stratégie forte et claire portée par la direction ;
- 2- la constitution d'un comité de pilotage représentant les parties prenantes ;
- 3- le déploiement d'une communication accompagnant la mesure ;
- 4- la proposition d'aides à l'arrêt du tabac (consultations, etc.) ;
- 5- l'évaluation de la mesure, avant et après sa mise en place (respect de la mesure, acceptation, compréhension, etc.).

Conclusion

Ce recensement d'expériences réussies de lieux sans tabac permet d'identifier les écueils à éviter et les facteurs de réussite.

- **Association entre tabagisme et état psychologique : impact de la consommation de tabac sur les suicides : la cohorte IPC**

*P. DUPONT - APHP - Département psychiatrie et addictologie - Hôpital Paul Brousse - Villejuif
F. THOMAS - B. PANNIER - N. DANCHIN - Centre IPC - Paris*

Introduction

Le tabagisme est associé à un sur-risque de suicide. L'objectif était d'évaluer la relation entre le statut tabagique et le suicide en tenant compte de la dépression, du stress dans une population de soins primaires.

Méthodes

374 886 sujets ont réalisé un examen périodique de santé au Centre IPC (Paris) (examen clinique biologique, évaluation du score de stress, de dépression) entre janvier 1991 et décembre 2011. Le tabac a été étudié en 3 catégories (non-fumeur, ex-fumeur, fumeur actuel) pour le statut tabagique et : <10, 10 à 19, 20 à 29, >=30 cigarettes/jour pour la consommation. Parmi les 368675 sujets suivis jusqu'en décembre 2008 (suivi 11.1±6.1 ans), 191 suicides ont été observés. Les analyses de variance, chi-2, modèles de Cox (HR, [95%IC] ont permis de comparer les différents groupes.

Résultats

Comparés aux non-fumeurs, les fumeurs sont légèrement plus jeunes et consomment plus d'alcool.

Les scores de stress, de dépression, la consommation de psychotropes/sédatifs, sont plus élevés chez les fumeurs. Les suicides sont plus fréquents (0.03% chez les non fumeurs vs 0.08%, chez les fumeurs, $p < 0.0001$). Cette relation augmente linéairement avec la consommation de tabac : 0.04% pour <10 cigarettes/jour à 0.19% pour >30. Le risque de suicide associé au tabac après ajustement sur âge, sexe, alcool et état de santé est de 1.68 [1.19-2.49]. Cette relation disparaît après prise en compte du score de dépression : 1.40 [0.92-2.11]. Comparé aux fumeurs de <20 cigarettes/j, le risque de suicide reste augmenté chez les fumeurs >=20 [3.47 (1.83-6.59)] après prise en compte de la dépression.

Conclusion

Le tabac est associé à une altération de l'état psychologique, une consommation de psychotropes. Ce travail confirme en France un excès de risque de suicide chez les fumeurs versus non-fumeurs, expliqué en partie par la dépression avec une relation dose-effet positive.

- **Syndrome d'hyperhémèse cannabinoïde (SHC) ou syndrome cannabinoïde : une conséquence du cannabis encore trop mal identifiée**
Revue de la littérature et aspects pratiques

*A. CHASSAING - ELSA - Hôpitaux Universitaires Paris-Sud - Clamart et Le Kremlin-Bicêtre
CSAPA Chimène - Issy-Moulineaux
M. ADLER - ELSA - Hôpital Antoine Béclère - Clamart*

La consommation chronique de cannabis peut provoquer des épisodes récurrents de vomissements sévères accompagnés de douleurs abdominales définissant une pathologie peu connue : le syndrome d'hyperémèse cannabinoïde. Pourtant on connaît surtout l'effet anti-émétique du cannabis. Ces épisodes répétitifs amènent fréquemment le patient à consulter aux urgences, et à réaliser de multiples examens. La méconnaissance de ce syndrome entraîne souvent un retard diagnostique (4 ans en moyenne). Les antiémétiques classiques sont peu efficaces sur les vomissements, d'autres traitements semblent plus intéressants. Les symptômes de ce syndrome sont soulagés par des douches ou bains très chauds à répétition. La physiopathologie reste encore

mal comprise. L'arrêt du cannabis permet la disparition complète de cette symptomatologie très handicapante pour ces patients.

Le SHC semble encore trop méconnu chez les addictologues. L'intervention des Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) en particulier dans les services d'urgences et d'hépatogastroentérologie peut permettre de dépister ce syndrome et proposer une prise en charge de la dépendance au cannabis et de former les équipes soignantes.

• **Création d'un outil de type photo-langage en vue de questionner le comportement tabagique auprès d'une population Korsakoff**

C. CORMAN - D. CORSO - Sept - Belgique

Le syndrome de Korsakoff est un trouble neurologique lié à un alcoolisme chronique et caractérisé par : une amnésie antérograde, une désorientation spatio-temporelle, des fabulations et une anosognosie. La prévalence du tabagisme atteint 80% chez ces patients. Du fait de leur pathologie (ce qu'ils vivent est rapidement oublié), leur consommation peut être anarchique, effrénée... Le personnel soignant déplore une absence de ressources en vue d'amorcer toute prise de conscience, premier jalon du changement.

Objectif

Elaboration d'un support visuel qui permettra d'aborder la question tabagique auprès de patients Korsakoff : 70 images en constitueront la base de données.

Méthodologie

- 1- Recherche-identification de thèmes liés à la consommation de tabac : convivialité, privation, plaisir, stress, dépendance, dépense... ;
- 2- Sélection d'images associées aux thèmes ;
- 3- Formulation des consignes : Choisissez l'image qui, pour vous, représente la cigarette. Chaque sujet devra, par la suite, commenter son choix ;
- 4- Testing auprès de la population.

Echantillon

11 patients Korsakoff qui résident au sein d'une structure d'accompagnement spécialisé.

Résultats

Les thèmes abordés par les patients lors de la séance-test se sont révélés très variés, favorisant l'échange, la mise au jour de l'ambivalence et les apports cognitifs opportunistes assumés par les tabacologues.

L'évaluation des patients comme des soignants, nettement positive, est rapportée à cette exploration des résonances, à l'absence de jugements.

Conclusion

Cet outil a manifestement permis d'aborder la problématique sans activer les défenses.

• **Atelier sur les médicaments d'aide au sevrage tabagique pour les patients hospitalisés en addictologie**

C. PELOSO - Service d'addictologie - Hôpital René Muret - Sevran

I. TRINCHET - Service d'addictologie - Hôpital René Muret - Sevran

A. GANDOUIJN - Service d'addictologie (tabacologie) - Hôpital Avicenne - Bobigny

C. MACKOWIAK - Pharmacie - hôpital René Muret - Sevran - Hôpitaux Universitaires - Paris Seine-Saint-Denis - APHP

R. RATINEY - Pharmacie - hôpital René Muret - Sevran - Hôpitaux Universitaires - Paris Seine-Saint-Denis - APHP

P. POLOMÉNI - Service d'addictologie - Hôpital René Muret - Sevran

Parmi les patients hospitalisés dans le service d'addictologie, 80% sont fumeurs. L'atelier « Nicotine », animé par un pharmacien, permet d'échanger sur le tabagisme et traitements de substitution nicotinique (TSN). Il s'agit d'évaluer l'intérêt de cette intervention dans la prise en charge des patients fumeurs : nombre d'ateliers et de participants, modifications des TSN dans les 48h après l'atelier, teneur des échanges.

De janvier 2016 à juin 2017, 49 ateliers ont été réalisés, avec 150 patients (en moyenne 3 à 4 par atelier). 54% des participants étaient sous TSN. 39 modifications des prescriptions de TSN par le médecin, à la demande du patient, sont intervenues suite à l'atelier : 9 initiations de TSN, 17 ajouts d'une forme galénique et 13 posologies adaptées (dosage du patch). Les échanges portent sur les expériences de sevrage tabagique, les signes de manque ou

de surdosage nicotinique, les TSN existants, leur utilisation pratique et les modalités de remboursement.

Au-delà de la promotion de l'utilisation des TSN, l'atelier aborde la motivation au changement, lève certains freins (peur de fumer avec un patch, goût des TSN oraux, possibilité de réduction de la consommation) et active des leviers motivationnels (bénéfices de l'arrêt, recherche de confort en soulageant le manque nicotinique, choix des TSN). L'atelier participe à l'acquisition de compétences d'auto-soin. Il est combiné à d'autres interventions (ateliers créatifs, informatifs, thérapie cognitivo-comportementale) et également proposé dans le programme d'éducation thérapeutique « Aide au sevrage tabagique ». Cette évaluation est à compléter par l'étude de l'évolution du statut tabagique des patients.

Session 9 - Optimiser la prise en charge du sevrage tabagique

• En amont de l'arrêt, bilan initial, réduction, motivation quels conseils, etc... ?

*Michel UNDERNER - Unité de recherche clinique
Centre hospitalier Henri Laborit - Poitiers*

Les deux principaux facteurs prédictifs des tentatives d'arrêt sont la motivation et le nombre de tentatives d'arrêt antérieures. Seule la dépendance (faible) à la cigarette est prédictive du succès de la tentative d'arrêt. Le désir et l'intention d'arrêter rapidement sont aussi deux facteurs prédictifs des tentatives d'arrêt alors que le sentiment de devoir arrêter n'est pas un facteur prédictif et de plus, diminue les tentatives d'arrêt chez les sujets ayant à la fois les aspects « désir et devoir » ou « intention et devoir ». Enfin, l'impulsivité est un obstacle à faire une tentative d'arrêt et à maintenir une abstinence prolongée. Une méta-analyse de la revue Cochrane n'a pas retrouvé de différence du taux d'abstinence entre les groupes avec réduction avant l'arrêt versus arrêt brutal pour l'ensemble des études (avec ou sans aide médicamenteuse ; avec soutien comportemental ou stratégie d'aide gérée par le patient). Chez des fumeurs n'ayant pas l'intention

d'arrêter, la réduction de consommation avec conseils et substituts nicotiques (SN), deux facteurs prédisaient l'abstinence tabagique à 6 mois : une réduction de consommation supérieure à 31% et une réduction progressive de la consommation. Une méta-analyse n'a pas retrouvé d'effet significatif du pré-traitement par SN sur l'abstinence tabagique à court et long terme. Un pré-traitement de 4 semaines par bupropion ou varénicline est associé à une réduction de consommation plus importante pendant la période de pré-traitement et à un taux d'abstinence plus élevé 4 semaines après la date d'arrêt chez tous les sujets et plus nettement encore chez ceux ayant réduit leur consommation pendant la phase de pré-traitement.

• Une fois l'arrêt acquis : reprise et craving, etc...

Jean PERRIOT - Clermont-Ferrand

Le tabagisme induit une forte dépendance, ce qui en fait une maladie chronique dont l'évolution est marquée par de fréquentes rechutes et une issue fatale 2 fois sur 3. La difficulté de l'arrêt est liée au syndrome de sevrage et à la persistance du craving, facteur de reprise qui justifient l'accompagnement du sevrage des fumeurs dépendants.

À la phase initiale de la tentative d'arrêt, le syndrome de sevrage est fréquent ; il est d'autant plus marqué que le niveau de dépendance tabagique est élevé (TTFC court). Il s'accompagne d'une envie irrépressible de fumer (craving). La sensation de manque s'atténue d'autant mieux qu'elle est compensée par l'utilisation de médicaments d'aide à l'arrêt du tabac (substituts nicotiques, varénicline, bupropion) ; en revanche, le craving est plus tenace et représente une cause majeure de reprise tardive de la consommation de tabac.

Plus le craving est intense et fréquent, moins la probabilité d'abstinence à long terme est élevée. C'est une composante essentielle de toute addiction dont le mécanisme met en jeu la recherche de récompense, le soulagement ou une perte de contrôle en réponse à des stimuli divers. Les affects négatifs ou la survenue de ma-

nifestations anxio-dépressives peuvent également être à l'origine d'échecs de la tentative d'arrêt ou la cause de reprise de la consommation.

La prévention de la reprise du tabac relève d'une prise en charge globale du patient fumeur, mettant à profit les TCC en complément des thérapies médicamenteuses. La pratique de l'exercice physique aide au contrôle du craving ; des traitements spécifiques du craving (topiramate, stimulation électromagnétique transcranienne, etc.) peuvent aider à l'atténuer, au même titre que beaucoup d'autres options thérapeutiques. Dans le futur, des médicaments pourront impacter les récepteurs impliqués dans son mécanisme et des stratégies diverses (remédiation cognitives, etc.) pourraient faciliter son contrôle.

La prévention de la reprise après arrêt du tabac dont le contrôle du craving représente un des enjeux majeurs des stratégies de prise en charge de l'aide à l'arrêt du tabac ; il suppose un bilan initial exhaustif de la situation du tabagisme et une prise en charge globale avec suivi personnalisé de l'aide à l'arrêt.

• Une technique cognitivo-comportementale pour l'arrêt du tabac : la thérapie d'acceptation et d'engagement

Marie MALECOT - unité d'addictologie - Hôpital St Joseph St Luc - Lyon

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT, Hayes 2006) fait partie de la 3^{ème} vague de la thérapie cognitivo-comportementale, outil validé dans l'arrêt du tabac. Elle entraîne les patients à être davantage disposés à faire l'expérience de leurs sensations physiques désagréables (comme les envies de fumer), de leurs émotions (comme le stress) et de leurs pensées (« j'ai vraiment besoin d'une cigarette maintenant »). Les techniques habituelles consistent à éviter le plus possible d'être en contact avec l'envie, de lutter contre les pensées, sensations et émotions qui déclenchent le geste de fumer.

L'acceptation est la disposition à accepter de vivre totalement tous les aspects de l'expérience, en opposition à l'évitement de l'expérience et l'engagement des personnes se fait au service de leurs valeurs personnelles.

ACT prône d'abandonner la lutte et de progressivement se disposer à observer ses envies et de les laisser passer sans avoir recours à la cigarette : être pleinement conscient de ce qui se passe en nous, accepter les sensations et les pensées négatives, développer de la compassion pour nous et ne pas éviter ce qui est désagréable.

Les études montrent qu'accepter plutôt qu'éviter double les chances de réussite. À l'aide d'une application pour téléphone numérique (SmartQuit, Bricker, USA), cet exposé reprend quelques éléments marquants de l'ACT pour l'aide au sevrage tabagique

Symposium Pierre Fabre

Président : Etienne ANDRE - Santé Publique et Addictologie - Grenoble - RAAT - Lyon

• Les récepteurs nicotiques – Connaissances récentes et place des substituts nicotiques

Stéphanie PONS - Unité Neurobiologie Intégrative des Systèmes Cholinergiques

Institut Pasteur & UMR CNRS 3571 - Paris

Jean PERRIOT - Pneumologie et Addictologie - Dispensaire Emile ROUX - Clermont-Ferrand

Les récepteurs nicotiques sont présents dans l'ensemble de l'organisme et les récentes découvertes font apparaître leur rôle dans les autres addictions au-delà du tabagisme, en neurologie et psychiatrie, en gériatrie, entre autres. Une meilleure connaissance des déterminismes génétiques contribuant à la structure des différents types de récepteurs, le rôle et l'organisation des sous-unités qui les composent, ouvrent des pistes de recherche nouvelles pour la thérapeutique. Les substituts nicotiques, médicaments de première intention dans l'aide au sevrage

tabagique, voient leur usage renforcé et l'adaptation posologique indispensable : selon les types de fumeurs, en fonction de leur dépendance, avec ou sans risque élevé de rechute, à début de consommation précoce, avec une pathologie associée ou une autre addiction.

Ce symposium apportera les éclairages utiles sur les mécanismes de la dépendance et ses liens avec d'autres pathologies, ainsi que la place des substituts nicotiques pour une prise en charge personnalisée.

Plénière 2 - Cigarette électronique / Réglementaire

• Les cigarettes électroniques et les cigarettes Heat-not-burn en Suisse

Reto AUER - Isabelle JACOT-SADOWSKI - J. CORNUZ

Policlinique médicale universitaire - Université de Lausanne

Institut bernois de médecine de premier recours - Université de Berne - Suisse

Les nouveaux produits appelés « heat-not-burn » sont commercialisés en Suisse depuis 2015. Ces dispositifs sont conçus pour chauffer du tabac à des températures inférieures à celles des cigarettes conventionnelles. Selon les fabricants, ce mode de consommation évite la combustion, à l'origine des principaux produits toxiques de la fumée du tabac. Or, les publications scientifiques actuelles sur ce sujet proviennent essentiellement d'études financées par l'industrie du tabac.

Nous passerons en revue les différents modes d'aérosolisation de la nicotine comme la vaporisation, la combustion complète et la combustion incomplète (pyrolyse) et les enjeux liés.

Session 10 - Transmission des connaissances

• Grands principes de la pédagogie médicale

Jean-François DENEFF - Louvain-la-Neuve, Belgique

La réflexion pédagogique sur les fondements, les modalités et les contenus des formations des professionnels de santé a évolué passant du « Que dois-je enseigner » au « Que doivent-ils être capables de faire ? ». Cette évolution a débuté par l'approche par objectifs, se poursuit actuellement par l'approche par compétences (APC) avec l'élaboration de référentiels de compétences professionnelles qui deviennent de véritables « bibles », centrées sur le « savoir être » plus que sur des connaissances théoriques.

L'APC est sous-tendue par un questionnement sur la dimension sociétale des professions de santé et donc sur la responsabilité sociale (RS) des institutions de formation. « Comment former des professionnels compétents, de manière éthique et efficiente ? ». L'évaluation des enseignements (déjà en routine chez les anglophones) se développe ; elle deviendra progressivement accréditation.

A côté de ces enjeux de fond, les innovations dans les méthodes d'enseignement et les environnements d'apprentissage (plateformes numériques, simulation, formation à distance, lieux de stage, formation continuée,...)

sont légions. Le numérique doit s'adapter aux usages des jeunes de la génération Y (portables, tablettes, réseaux sociaux...). De très nombreux centres de simulation forment aux gestes médico-techniques (« jamais la première fois sur un patient ») mais proposent aussi des mises en situation interprofessionnelles et de relation avec des patients simulés.

La pédagogie concerne également d'autres questions : la mobilité des étudiants et des professionnels, la limitation de l'accès aux études, la mondialisation et la fuite des cerveaux... Elle concerne une analyse globale des enjeux des formations initiale et continuée des professionnels de santé.

• Le DIU de tabacologie Ile-de-France

*Ivan BERLIN - Département de pharmacologie - Université P. & M. Curie
Faculté de médecine - Hôpital Pitié-Salpêtrière - CESP-INSERM 1008 - Paris
Henri-Jean AUBIN - Hôpitaux Universitaires Paris-Sud - Site Paul Brousse
CESP-INSERM 1008 - Villejuif*

Le Diplôme interuniversitaire de tabacologie et aide au sevrage tabagique a été reformaté en 2007. Le programme a été élargi, le nombre d'heures augmenté et de nouveaux intervenants sollicités. Il est géré, par deux Universités : Université Paris Sud et Université P. & M. Curie. Pour être inscrit, il faut avoir un doctorat en médecine ou avoir validé le 2^{ème} cycle des études médicales, avoir un diplôme de pharmacien ou un diplôme en odontologie ou de sage-femme. Après étude du dossier, les psychologues, infirmières/infirmiers pourront être acceptés. L'enseignement se déroule en 3 modules totalisant 10 jours d'enseignement théorique. Six demi-journées de stage pratique doivent être effectuées auprès d'un maître de stage ayant déjà obtenu, de préférence, un DIU de tabacologie ou un diplôme de DU d'addictologie et, surtout, qui est familier avec la prise en charge des fumeurs. L'examen écrit est constitué de questions à réponses multiples ou unique.

L'admissibilité pour soumettre le mémoire de fin d'enseignement nécessite d'avoir une note $\geq 10/20$ à l'examen écrit. Le mémoire est préparé avec l'aide des deux responsables de l'enseignement. Le diplôme du DIU est délivré après avoir obtenu une note $\geq 10/20$ pour le mémoire. Les 4 dernières années, le nombre de médecins a diminué de 42% (2013/14) à 31% (2016/17), en même temps le nombre de sages-femmes est resté à peu près stable mais le nombre d'infirmiers a augmenté (de 15% à 38%).

• E-learning en tabacologie : projet STEPS

*Nathalie WIRTH - Unité de coordination de tabacologie
CHRU de Nancy - Nancy*

De nombreuses études montrent que la formation des professionnels de santé à la prise en charge spécifique de la dépendance au tabac se traduit rapidement par une baisse du nombre de fumeurs et secondairement des pathologies qui en découlent.

Or, en France, très peu de professionnels de santé sont formés alors que la prescription des traitements substitutifs nicotiques est autorisée pour une grande partie d'entre eux, dont les IDE et les kinésithérapeutes récemment.

La SFT, qui regroupe en son sein la plupart des enseignants impliqués dans les DIU de tabacologie, a pour mission de développer la formation et l'enseignement de la tabacologie. Dans ce cadre, elle bénéficie d'une expertise en la matière.

Le projet STEPS a pour objectif de faciliter l'enseignement à distance sous forme e-learning, de promouvoir la formation initiale et continue des différents professionnels de santé en proposant des modules différents et adaptés à chaque discipline et de faciliter une formation ouverte à distance pour certains chapitres des enseignements DIU de tabacologie et capacité/DESC d'addictologie.

Même si tous les objectifs de ce projet ambitieux, financé par l'INCa, n'ont pas été atteints, certains travaux ont pu être réalisés et évalués et confirment l'intérêt des enseignants et des enseignés ainsi que celui de différentes institutions (hospitalières, ARS, DIU...) qui visent à améliorer la formation des étudiants et des professionnels de santé.

Session 11 - Effets sensoriels du tabac et de la cigarette électronique

• La nicotine a-t-elle des effets sensoriels ?

Jean PERRIOT - Clermond-Ferrand

La dépendance au tabac repose sur des supports pharmacologiques environnementaux et génétiques. Le fumeur régule son envie de fumer en fonction de ses besoins par auto-administration des substances psychoactives contenues dans la fumée de cigarette (nicotine principalement) permettant ainsi de stabiliser son état cognitif et émotionnel.

Il est aussi peu probable que les personnes n'ayant fumé que quelques cigarettes ou celles ne consommant que des cigarettes sans nicotine deviennent des fumeurs très dépendants.

Toutefois l'acte de fumer, par les composantes sensorimotrices qui s'y associent, participe également à l'installation de la dépendance à la nicotine. Les manufacturiers portent attention à améliorer le goût, l'odeur et l'aspect visuel de la fumée comme celui de la cigarette et du paquet qui la contient sont sources d'autant d'expériences

sensorielles pour le fumeur, propices au développement de son addiction au tabac. De nombreux additifs (menthol, sucre, cacao, réglisse, autres substances dont acide lévulinique) associées au tabac dans la confection de la cigarette contribuent à l'addiction. La nicotine paraît avoir des effets sensoriels périphériques propres qui lui font jouer un rôle renforceur positif dans la dépendance au tabac, en modulant le craving, le syndrome de sevrage et le plaisir pris à fumer.

Ces notions doivent désormais être prises en compte dans les décisions qui président aux choix thérapeutiques de l'aide à l'arrêt du tabac.

• Les effets sensoriels du menthol

Pierre BARTSCH - Service de pneumologie - CHU de Liège - Belgique

Après rappel des formes moléculaires du menthol et celles qui sont biologiquement actives, les effets pharmaceutiques principaux sont rappelés. L'histoire de l'introduction du menthol dans le tabac est brièvement rapportée. Sa présence dans ce dernier est largement supérieure à ce qui est décrit commercialement comme tabac mentholé.

Les effets sensoriels sont envisagés selon les sens concernés : odorat, goût, sensation de fraîcheur, sensation de douleur, sensation de facilité respiratoire.

Les effets biochimiques sur les récepteurs spécifiques sont abordés ; ils expliquent l'influence du menthol sur le comportement du fumeur.

Cette modification du comportement est utilisée par l'industrie du tabac dès l'initiation mais aussi dans l'attachement ultérieur au tabac. C'est la raison pour laquelle l'industrie déploie son acharnement pour conserver cet additif avec plus de vigueur que pour les autres.

Les études mondiales, au moins dans les pays développés, montrant une désaffection croissante pour la consommation de cigarettes, au profit de la cigarette électronique, certains prédisant un marché qui sera préférentiel pour celle-ci avant 10 ans, le rôle du menthol dans cette dernière est brièvement évoqué.

Session 12 - Sages-femmes

• Rôle du père dans le sevrage de la femme enceinte

Benjamin LECOLLAIRE - Gynécologie-Obstétrique CH Dieppe - Rouen

La notion d'interaction entre le tabagisme de la femme enceinte et celui de son conjoint est souvent décrite et il est recommandé de le prendre en charge pour optimiser les chances de sevrage chez la femme.

Le profil de modification du tabagisme entre femme enceinte et conjoint est très différent. Alors que la femme diminue en majorité, le conjoint maintient en majorité sa consommation. La quasi totalité des femmes restant fumeuses diminuent leur consommation.

Nous n'avons pas pu montrer que la modification du tabagisme du conjoint avait une influence sur la consommation de sa femme même si la littérature semble montrer le contraire.

Le conjoint est souvent absent des consultations prénatales, il faudra alors trouver comment approcher son tabagisme par l'intermédiaire de la femme qui se sent souvent peu influencée et qui pense en majorité que leur grossesse n'éveille pas de réflexion sur le tabagisme de leur conjoint. De plus, 94% d'entre elles

pensent que leur conjoint ne serait pas intéressé par une consultation de tabacologie. Elle se sent également peu souvent freinée par son conjoint dans son sevrage. L'absence de soutien représente pour certaines femmes un frein mais pour d'autres une motivation supplémentaire.

Les indicateurs de suivi du tabagisme paternel, la formation des professionnels de la grossesse face à la prise en charge du tabac du couple demande à être actualisés. Une démarche plus incisive dans l'approche du conjoint pourrait être une voie de réflexion.

Il semble qu'il faille étoffer nos outils et nos pratiques ou en développer de nouveaux pour accroître la prise de conscience du conjoint et l'impact que son tabagisme a sur sa compagne et son enfant à naître.

• Mise en place de l'examen cardio-respiratoire des nouveau-nés de mères fumeuses

Clémentine CHINAUD - Sage-femme libérale - Montpellier

Au CHRU de Montpellier, un protocole est mis en place pour dépister les éventuels nouveau-nés à risque de Mort subite du Nourrisson. Les femmes qui ont un taux de CO supérieur à 10 en maternité doivent se présenter avec leur nouveau-né au service d'enregistrement Cardio-respiratoire (ECR) 6 semaines après l'accouchement.

Malgré des premiers résultats prometteurs, le taux d'absentéisme des mères fumeuses dans le service des ECR reste important. C'est une des plus grandes difficultés de ce protocole. Une enquête a été réalisée afin de comprendre comment diminuer ce taux d'absentéisme.

Une évaluation des pratiques professionnelles concernant les informations transmises aux parents sur l'ECR, a été réalisée au CHRU de Montpellier, incluant tous les professionnels de santé ayant travaillé en maternité, depuis que le protocole des ECR a été mis en place.

Nous avons montré que ces professionnels étaient demandeurs d'aide pour améliorer l'information, dans le but d'augmenter le nombre de prise de rendez-vous au service des ECR. Plusieurs propositions ont été mises en avant.

Il semble fondamental de renforcer la politique de prévention contre le tabac en post partum. Pour cela, chaque professionnel de santé en service maternité a un rôle important à jouer dans le ciblage des mères fumeuses et doit les accompagner dans leur démarche de prise de rendez-vous au service des ECR. Il est nécessaire de développer la formation des professionnels de santé en ce sens pour que ce protocole soit intégré dans une démarche habituelle, afin qu'il puisse être reproductible dans d'autres Hôpitaux de France.

Résumés communications orales

• Les défis de la tabacologie en périnatalité

Cathy MEIER - Service ELSA - Hôpital François Mitterrand - Pau

Le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé en 2015 dresse un tableau récapitulatif du tabagisme masculin et féminin mais ne précise pas le tabagisme pendant la grossesse.

Si les femmes, pour le moment, sont peu nombreuses à fumer en Afrique, en Amérique (exception pour le Chili et Cuba), en Océanie (sauf Kiribati et Nauru), en Asie (hors l'Indonésie et le Liban), les Européennes sont plus consommatrices et donc plus à risque de conserver leurs habitudes tabagiques à l'annonce de la grossesse.

De nombreux pays francophones ne possèdent pas de chiffres officiels sur la prévalence du tabagisme en périnatalité au cours de ces 5 dernières années. En France, l'enquête périnatale de 2010 montre un tabagisme de 17,1% au 3^{ème} trimestre de la grossesse plaçant la France au 2^{ème} rang après l'Écosse. Le défi en tabacologie consiste à viser le « zéro tabac » pendant

la grossesse, comme pour l'alcool. Pour les pays qui le renseignent (Belgique, Canada, France, Luxembourg), l'évolution de la prévalence permet de dégager des axes de prévention et d'aides au sevrage efficaces. Le triangle d'Olivenstein peut aussi nous aider à élaborer de nouvelles stratégies préventives ou curatives pour éviter le démarrage ou pour accompagner nos patientes à arrêter de fumer. Une action triple et simultanée doit être menée au niveau des femmes, du produit et de leur environnement.

La formation initiale et continue de tous les soignants doit être renforcée pour obtenir un discours unique basé sur des preuves scientifiques. Elle devra comporter les bases de l'entretien motivationnel.

Session 13 - Connaissances actuelles sur la cigarette électronique

• Résumé des connaissances actuelles sur la cigarette électronique au plan clinique et épidémiologique

*Ivan BERLIN - Département de pharmacologie
Hôpital Pitié-Salpêtrière - UPMC/Sorbonne Université
CESP-INSERM U1018 - Paris*

La cigarette électronique (CE) est constituée d'une batterie et d'une chambre d'aérosolisation contenant une résistance. La chauffe de la résistance permet l'aérosolisation du liquide. Le liquide est composé majoritairement de propylène glycol et/ou de glycérine et contient ou non de la nicotine (non-ionisée, elle est lipophile) et des arômes. L'aérosol des CEs contient largement moins de produits toxiques que la cigarette conventionnelle, on peut donc assumer que les CEs sont moins toxiques que les cigarettes. Les CEs de dernière génération permettent de délivrer la nicotine avec une bonne biodisponibilité assurant des concentrations plasmatiques proches voire supérieures à celles obtenues avec les cigarettes. En France, en 2016, 3,3% des 15-75 ans utilisaient la CE, 2,5% quotidiennement. Les CEs sont des produits de consommation et non des dispositifs

médicaux, de ce fait, aucune étude chez l'homme n'est demandée pour les commercialiser. A ce jour, le rapport bénéfice/risque des CEs n'est pas connu. Au plan individuel, elles peuvent aider à arrêter de fumer, toutefois, les résultats de la littérature sont ambigus pour savoir si les CEs sont une aide efficace à l'arrêt du tabac. Le rapport bénéfice/risque des CEs n'a pas encore été étudié dans les populations spécifiques de fumeurs comme par ex. les coronariens, femmes enceintes. Les données de cohortes semblent montrer que la CE est un facteur de risque d'initiation au tabagisme chez les jeunes ; il est donc suggéré d'éviter son utilisation chez les jeunes non-fumeurs.

• Que sait-on sur la cigarette électronique et le système cardiovasculaire ?

Daniel THOMAS - Paris

Affirmer qu'utiliser la cigarette électronique (CE) est 95% plus sûre que de continuer à fumer ne répond pas pertinemment au cas des patients cardiaques pour lesquels cette « nocivité relative » n'est potentiellement pas la même que pour la population générale.

Les connaissances « scientifiques » sont encore très incomplètes. Les études *in vitro* ou chez l'animal ne sont pas indicatives. Aucune étude observationnelle clinique ne répond à cette question. L'approche concerne donc l'analyse de critères intermédiaires reconnus comme marqueurs de risque CV. La seule certitude positive importante est l'absence de CO. On connaît de façon incomplète la pharmacocinétique de la nicotine, un « vapotage intensif », avec les matériels de dernière génération, pouvant donner des taux circulants de nicotine équivalents à ceux donnés par une cigarette avec les effets sur la fréquence cardiaque et la pression artérielle, potentiellement préjudiciables chez un patient cardiaque. La CE n'entraîne pas d'altération de la fonction

myocardique, ni vasoconstriction coronaire, mais dans des conditions d'études qui ne reflètent pas la vie réelle. D'autres marqueurs de risque ont été retrouvés : stress oxydant, altération de la variabilité sinusale, rigidité aortique, sans pouvoir affirmer un rôle réel, en l'absence de données sur leurs potentiels effets à long terme.

Même si les risques CV d'une utilisation à court terme de la CE semblent, y compris chez les patients cardiaques, très inférieurs à ceux de la poursuite du tabagisme, ces risques ne peuvent être considérés comme nuls et restent mal connus à long terme. Une utilisation suivie et la plus courte possible est conseillée chez ce type de patients.

• La cigarette électronique : aspects techniques

*Bertrand DAUTZENBERG - Tabacologue - Pneumologue
Service de pneumologie HU Pitié-Salpêtrière - Paris*

Les cigarettes électroniques ont une dizaine d'années, mais ce n'est que depuis 5 ans qu'elle délivrent de façon constante de la nicotine par vaporisation d'une liquide contenant de 0,3% à 2% de nicotine depuis une base de Propylène glycol (PG) et/ou de Glycérine (VG).

La vaporisation fait passer un produit de la phase liquide à la phase gazeuse. La vaporisation est déclenchée par le chauffage au point d'ébullition du produit (188°C pour le PG, 290°C pour le VG). La vaporisation consomme de la chaleur et évite que la température ne monte au-dessus de ces températures aussi longtemps que :

- la puissance délivrée reste raisonnable pour la batterie utilisée (de l'ordre de 10 watts). La tension (volt) est d'autant plus haute que la résistance utilisée (ohm) est basse ;
- la résistance reste bien humidifiée par les mèches ou la bourre qui assurent une humidification permanente de la résistance.

Sur certains dispositifs existent un contrôle de température basés sur la variation linéaire de certaines métaux avec la température. Ainsi la formation d'aldéhyde par une cigarette électronique est obligatoirement liée à une utilisation volontaire ou involontaire à sec de la cigarette électronique ou une température de chauffe déraisonnable.

Les nouveaux produits de la vape offrent la possibilité de régler l'admission d'air permettant de faire varier considérablement les volumes des bouffées d'émission produites. Plus les bouffées sont volumineuses, plus les concentrations de nicotine utilisées sont faibles, car le vapoteur est une dose précise de nicotine.

Les soignants et les utilisateurs doivent comprendre le fonctionnement de leur e-cigarette afin d'en éviter le mésusage.

Résumés communications orales

- **Quelles caractéristiques techniques de la cigarette électronique doit-on connaître pour optimiser son utilisation ?**

Julien LE VAILLANT - Association La Vape du Cœur - Paris

La vape est un produit d'apparition récente et représente aujourd'hui un espoir de sortie du tabagisme, pour nombre de fumeurs. L'intérêt croissant et les questions de patients adressées aux médecins et tabacologues sur le sujet sont de plus en plus nombreuses. Mais si l'adaptation à la cigarette de tabac semble simple, à contrario, trouver produit à sa convenance dans une offre de cigarettes électroniques pléthorique, marché d'apparition récente et en recherche d'amélioration continue, est plus difficile. Cette présentation propose quelques éléments d'informations sur les caractéristiques techniques, ou les bonnes pratiques pour optimiser l'utilisation des produits de la vape. Fonctionnement, éléments principaux, évolution au travers les générations successives du produit seront présentés. Puis seront développés les conseils de choix et d'utilisation qui ressortent de l'expérience des

actions de terrain de l'association La Vape du Cœur, ou des réseaux d'auto-support d'utilisateurs très actifs sur internet. Comment choisir, à qui s'adresser, pour avoir un conseil complet et approprié, ainsi qu'un produit adapté à son besoin. Quel choix et caractéristiques de matériel privilégier face à la diversité de produits disponibles. Les e-liquides ne sont pas en reste avec une profusion de parfums, de variantes de composition, ou de concentration de taux de nicotine. Que conseiller au candidat vapoteur afin qu'il y trouve le produit qui lui sera le plus adapté. Enfin, quels conseils de bonnes pratiques à recommander, ou de mises en garde à émettre pour optimiser et sécuriser le passage et l'utilisation de la vape.

Session 14 - Co-addictions : prise en charge du tabagisme chez les usagers de substances psychoactives

- **Données d'usage de tabac associé à d'autres substances psychoactives**

Aurélie LERMENIER-JEANNET

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) - Saint-Denis

Le tabac, l'alcool et le cannabis sont les trois substances psychoactives les plus consommées en France. Ainsi, près d'un tiers de la population française fume et majoritairement de façon quotidienne : 13 millions de Français sont accros à la cigarette. Mais cette consommation va parfois de pair avec celle de cannabis parmi les plus jeunes puis, au fur et à mesure de l'avancée en âge, d'alcool.

Un jeune de 17 ans sur vingt fume quotidiennement et consomme du cannabis au moins 10 fois dans le mois ; presque autant combinent tabac et alcool régulier. Parmi les adultes, environ un sur dix est polyconsommateur d'au moins deux de ces trois produits (souvent tabac + alcool) et les hommes sont trois fois plus concernés que les femmes. Par ailleurs, ces polyconsommations ne touchent pas uniformément l'ensemble du territoire français.

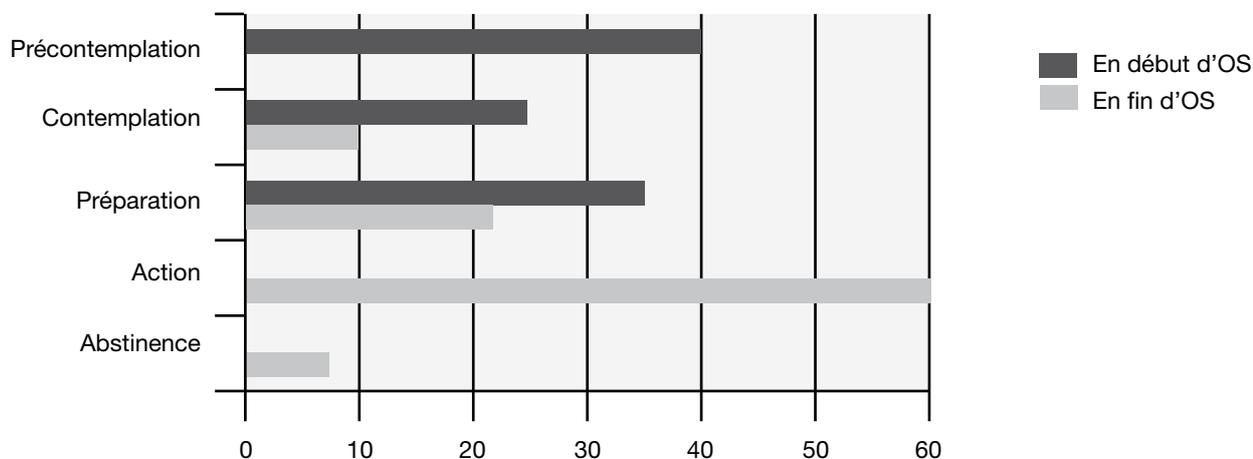
Parmi le public des structures de soins et d'aide aux usagers de drogues, ils sont très nombreux (plus qu'en population dite « générale ») à fumer quotidiennement mais leur prise en charge se fait très rarement au titre du tabac, encore considéré comme une addiction secondaire, moins préoccupante que celle au cannabis ou aux autres substances illicites.

• Introduire la tabacologie chez les usagers en obligations de soins

Viviane ROHART - CSAPA Liberté - Groupe hospitalier Paul Guiraud - Bagneux

Les personnes adressées en centre d'addictologie par la justice, suite à un délit sous substance psycho-active, représentent un challenge en terme de soins. Ces usagers nous confrontent au manque de motivation et à la non-adhésion, ce qui implique de la créativité. Nous faisons le pari que ce soin obligé peut devenir une opportunité pour que le patient s'approprie la démarche et prenne conscience de sa problématique addictive. Le défi est alors de permettre un changement chez un sujet sans demande manifeste de sevrage de substance psycho-active. Le double défi est d'aller plus loin en travaillant sur le Tabac, qui n'est ni la demande de la justice, ni celle (apparente) du

patient. Ce public s'avère finalement intéressé par la dé-fume tabagique, avec parfois déjà une tentative. Les prises en charge spécifiques relatives à deux consommations imbriquées permettent d'éviter le phénomène de vases communicants. Mieux encore, l'abord du tabac constitue un levier dans l'alliance thérapeutique avec des usagers parfois très réticents à ces consultations imposées par la justice.



• La prise en charge du tabagisme des patients suivis en CSAPA

Alice DESCHENAU - Pôle Addictions - GH Paul Guiraud - Villejuif Villejuif

Anne-Laurence LE FAOU - Centre ambulatoire d'addictologie -

Hôpital Européen Georges Pompidou - AP-HP - Paris

Introduction

La tabacologie a été séparée de l'offre de soins en alcoologie ou pour les usagers de drogues depuis les années 1980. L'addictologie dorénavant réunie se doit de l'intégrer. Des études étrangères ont montré une amélioration de l'offre de soins en tabacologie en centres d'addictologie après avoir constaté des carences, notamment dans la formation.

Méthodes

Un auto-questionnaire en ligne a été élaboré à partir de questions utilisées dans des travaux publiés pour décrire la prise en charge du sevrage proposée dans les centres d'addictologie. Il a été adressé en juillet 2017 aux responsables des structures d'addictologie par le secrétariat administratif de la Société Francophone de Tabacologie (SFT) grâce à des mailing-listes. Une relance a été effectuée à deux reprises (septembre et octobre 2017). Cet auto-questionnaire a aussi été diffusé sur les sites de la SFT, de la Fédération Française d'Addictologie et du Village des addictions.

Résultats

Plus de 1300 structures ont été contactées, sans compter les accès via les sites Internet. En septembre 2017, plus de 150 structures avaient répondu : un bon tiers des CSA-PA, puis des ELSA, des services hospitaliers et des SSR (environ 10%). Sans résultats complets, on peut relever certains points : dans plus de 50% des unités moins d'un tiers des professionnels ont été formés en tabacologie (la formation est d'ailleurs le premier point à améliorer cité). Près d'un quart des unités trouvent que leur offre de soins en tabacologie n'est pas suffisante.

Conclusion

L'ensemble des résultats sera communiqué au congrès. La tabacologie est une préoccupation pour les acteurs en addictologie mais elle reste carencée en termes de formation et de moyens.

Session 15 - AFIT

- **Projet de mise en place d'une équipe pluridisciplinaire pour la prise en charge du tabac dans un hôpital psychiatrique en Suisse**

*Isabelle HAMM - Infirmière tabacologue - Réseau Santé Mentale - Bellelay
Jura Bernois - Suisse*

Depuis le premier février 2017, la Direction médicale du RSM a souhaité mettre en place une politique hôpital sans tabac et offrir aux patients et personnels de l'établissement, ainsi qu'à la population générale du canton, une aide pour arrêter de fumer. Une infirmière tabacologue et un médecin addictologue chargés de développer la filière tabacologie-addictologie ont donc été recrutés.

Une enquête menée par la direction des soins en mars 2017 auprès du personnel soignant hospitalier montre que les représentations sur l'arrêt du tabac par les personnes souffrant de pathologies psychiatriques sont assez négatives et que la demande d'aide et de formation du personnel soignant est importante. Peu de soignants

croient en la capacité, ni en la motivation des patients à se sevrer de tabac lors d'une hospitalisation. De plus, le prix élevé des substituts nicotiques en pharmacie de ville découragent les plus motivés.

Qu'en est il quelques mois plus tard ? Où en est la prise en charge du tabagisme dans cet établissement de santé, quelles sont les actions déjà réalisées et celles qui restent à mettre en place ?

- **Sensibilisation sur le tabagisme passif auprès de femmes et d'enfants en Tunisie, impact sur les hommes fumeurs**

*Melissa GOURJAULT - Département de cardiologie
Hôpital européen Georges-Pompidou Paris*

Qu'est-ce qui peut convaincre une personne d'arrêter de fumer ? Où le fumeur peut-il trouver la motivation nécessaire ? Parce qu'il est bien question de motivation.

Un individu voulant arrêter de fumer évolue au sein d'un milieu qui influence et qui peut agir en tant qu'agent facilitateur du changement. La personne qui décide d'entreprendre un changement peut puiser de la motivation dans son désir d'augmenter son bien-être ou celui des personnes qui l'entourent. Ainsi, l'environnement, la culture et les mœurs doivent être pris en compte lorsqu'on veut aider une personne à arrêter de fumer.

Dans le cadre d'un stage en santé communautaire en Tunisie, nous avons décidé de tester cette théorie sur les fumeurs. Suite à une revue de la littérature, nous avons décidé de faire une campagne de sensibilisation sur la

fumée passive auprès des femmes et des enfants. Après 3 semaines, des hommes sont venus à notre rencontre afin d'obtenir de l'aide pour arrêter de fumer.

Cette expérience nous a permis de comprendre qu'il importe de tenir compte de l'environnement dans nos interventions infirmières. Lorsqu'il est question d'aider un patient dans une démarche de changement, la solution la plus évidente n'est pas toujours la solution gagnante. La famille et les schèmes doivent avoir une place de choix dans les interventions auprès des patients.

Session 17 - Communications libres 2

• Facteurs pronostiques du sevrage tabagique

B. JOLY - MD PHD - Biostatistics and Bioinformatics (DIM) - University Hospital - Dijon

J. PERRIOT - MD - Dispensaire Emile Roux - Centre d'Aide à l'Arrêt du Tabagisme - (IRAAT)

Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT) - Clermont-Ferrand

P. D'ATHIS - PHD - Biostatistics and Bioinformatics (DIM) - University Hospital - Dijon

E. CHAZARD - MD - Univ. Lille EA 2694 - CHU Lille - Department of Public Health - Lille

G. BROUSSE - MD PHD - Psychiatry B-Department of Addictology - Université Clermont 1

CHU Clermont-Ferrand

C. QUANTIN - Biostatistics and Bioinformatics (DIM) - University Hospital - Dijon - INSERM - CIC 1432

Dijon University Hospital - Clinical Investigation Center - Clinicalepidemiology/ Clinical trials unit - Dijon

Biostatistics, Biomathematics - Pharmacoepidemiology and Infectious Diseases (B2PHI),

INSERM - UVSQ - Institut Pasteur - Université Paris-Saclay - Paris

Introduction

L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs associés au sevrage tabagique.

Méthodes

Les données ont été recueillies dans un centre de sevrage tabagique, le dispensaire Emile Roux à Clermont-Ferrand, entre 1999 et 2009 (1 361 patients). L'arrêt du tabagisme a été considéré comme un succès lorsque les patients étaient abstinents 6 mois après le début du sevrage. Une régression logistique a été utilisée pour étudier l'association entre l'abstinence et les autres facteurs.

Résultats

Les facteurs significatifs étaient la dépression (ORa = 0,7 p = 0,03), l'antécédent de dépression (ORa = 0,58 p = 0,005), la consommation d'autres substances psychoactives (ORa = 0,52 p < 0,0001), les maladies cardiologiques, pulmonaires et ORL (ORa = 0,65 p = 0,003), l'âge (ORa = 1,04 p < 0,0001), le test de Demaria et Grimaldi (ORa = 1,06 p = 0,006), le test de Richmond (p = 0,0005) et le

modèle de Prochaska (p < 0,0001). Une élévation du score de Richmond a eu un impact plus important avec l'élévation de l'âge (interaction significative: p = 0,003). Chez les fumeurs exclusifs, le niveau d'intention au modèle de Prochaska était suffisant pour obtenir un taux d'abstinence satisfaisant (65%) tandis que pour les consommateurs d'autres substances psychoactives, il fallait atteindre le niveau de préparation au modèle de Prochaska pour atteindre un taux de réussite supérieur à 50% (interaction significative: p = 0,02).

Conclusion

La préparation psychologique joue un rôle essentiel avec la significativité des 3 tests Prochaska, Richmond et Demaria. L'arrêt du tabac doit être personnalisé en particulier pour les consommateurs d'autres substances psychoactives.

• Tabac et diabète gestationnel

M.P. CURTET - SF DIU de tabacologie et aide au sevrage tabagique - Maternité - CH Dreux

D. BEHR - Médecin DIU de tabacologie et aide au sevrage tabagique - Unité d'addictologie - CH Dreux

A. HÉRON - Coordinatrice de recherche - Unité de Recherche Clinique

CH Dreux - Université Paris-Descartes - Paris

De nombreuses études réalisées depuis les années 1990 montrent que le tabagisme favorise et aggrave le diabète de type 2. La nicotine altère la sensibilité à l'insuline et sa sécrétion ainsi que la glycémie. Pendant la grossesse l'insulinémie et l'insulinosensibilité augmentent puis s'installe une discrète insulino-résistance. Le diabète gestationnel (DG) est un trouble de la tolérance glucidique conduisant à une hyperglycémie de sévérité variable. Il concerne 6% des grossesses et devient un problème de santé publique croissant avec une forte augmentation depuis 20 ans.

En considérant que le tabac et la grossesse influent tous les deux indépendamment l'un de l'autre sur l'insuline, les fumeuses n'auraient-elles pas un risque accru de développer un DG au cours de leurs grossesses ?

Nous avons entrepris une étude rétrospective sur données anonymisées, recueillies d'avril à octobre 2017, à partir des dossiers de la maternité du CH de Dreux. Sont pris en compte les différents facteurs de risque connus du DG et le tabagisme.

Résumés communications orales

Les résultats obtenus à partir des 282 premiers dossiers analysés révèlent 27.3% de fumeuses et 24.8% de DG sans différence statistiquement significative chez les fumeuses et les non fumeuses. Mais en considérant la prise en charge thérapeutique du DG, il apparaît que le déséquilibre de la glycémie serait plus important chez les fumeuses, nécessitant alors un traitement par insuline.

Ces résultats préliminaires tout à fait originaux demandent à être confirmés sur l'ensemble des dossiers prévus. A ce stade de l'étude, ils suggèrent que le tabac chez la femme enceinte ne serait pas un facteur de risque de DG mais un facteur aggravant entraînant un plus grand déséquilibre glucidique.

• Reprise de la cigarette après l'accouchement : est-ce évitable ? Rôle des sages-femmes libérales

B. GIET - UFR Santé - Dijon

I. HANCE - CHU Dijon

A. MARELLI - rpt21

L. JEANNIN - rpt21

C. DEQUINCEY - UFR Santé - Dijon

Fumer durant sa grossesse est culpabilisant pour la femme enceinte et impensable pour l'observateur. La toxicité pour le fœtus est reconnue depuis longtemps. Par contre, la fréquence de la reprise en post-partum inter-pelle : 60% à six mois, 80% à un an. Les facteurs prédisposants sont connus : parmi eux, contexte économique et socio-culturel défavorable, conjoint fumeur, stress à la reprise du travail. Si en milieu hospitalier la prise en charge peut être simple et assurée, le suivi par une sage-femme libérale a deux objectifs distincts : la santé de la mère et de l'enfant ; la prévention et le suivi éducatif ; le tabagisme trouve ici sa place.

Un questionnaire adressé aux 201 sages-femmes libérales de Bourgogne-Franche-Comté a permis d'analyser 93 questionnaires. L'enquête systématique sur le statut tabagique des personnes concernées n'est précisée que six fois sur dix. Parmi les facteurs provoquants, le rôle du conjoint fumeur est souligné. Pour améliorer cette situation, les idées ne manquent pas : valoriser l'entretien post-natal précoce en prévention de la rechute tabagique, proposer des formations complémentaires sur le tabac, organiser des groupes de paroles ouverts aux conjoints par un animateur formé à cette pratique, disposer d'un recours pour un entretien psychologique. Il reste beaucoup à faire ; la bonne volonté de chacun est évidente ; les moyens, tant humains que financiers, restent à trouver.

• Connaissances et pratiques en tabacologie au sein des Centres de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLATs) en France

G. GRAVIL-BAILLON - CLAT 74 Sud - Centre Hospitalier Annecy Genevois

J. PERRIOT - Dispensaire Emile Roux - CLAT 63 - Centre de Tabacologie - Clermont-Ferrand

Introduction

L'objectif de cette étude est d'évaluer les connaissances et pratiques en tabacologie, des équipes des CLATs en France afin d'optimiser la prise en charge du tabagisme des tuberculeux fumeurs. Ceux-ci, comparativement aux non-fumeurs sont moins adhérents à leur traitement et ont un risque d'évolution plus sévère des infections (ITL) et tuberculoses maladies (TM).

Matériel et méthode

Un questionnaire en ligne a été soumis aux 101 CLATs français portant sur différents thèmes : relations entre tabac et tuberculose, dépistage et prise en charge du tabagisme au sein du CLAT, formation de l'équipe en tabacologie, motivation à assurer l'aide à l'arrêt du tabac au sein de la structure.

Résultats

61 questionnaires ont été recueillis couvrant 37,6% de l'ensemble des CLATs avec 91,3% de réponses correctes pour l'épidémiologie et physiopathologie ; 63,4% pour l'expression de la TM en lien avec le tabagisme ; 69,2% pour la relation entre tabac et infection tuberculeuse latente. Dépistage et prise en charge du tabagisme sont faits respectivement dans 90,1% et 80,5% des cas (conseil d'arrêt : 61,1% ; orientation vers une consultation spécialisée 48,1% ; aide à l'arrêt au sein du CLAT : 16,7% des cas). Le dépistage du tabagisme est d'autant plus systématique que les professionnels sont formés en ETP et l'aide à l'arrêt qu'ils le sont en tabacologie. La motivation à intégrer une pratique de tabacologie systématique est d'autant plus grande que le CLAT recense un nombre élevé de cas de TM.

Conclusion

Les professionnels des CLATs sont sensibilisés à aider l'arrêt du tabac des tuberculeux fumeurs. Leur formation en tabacologie doit cependant s'améliorer.

• **Le défi environnemental de la lutte contre le tabagisme**

O. GALERA - D. BAJON - Service Pneumologie - Clinique de rééducation cardio-vasculaire et pulmonaire - Saint-Orens - Réseau régional de santé respiratoire - Partn'Air - Saint-Orens
L. SOUKARIE - Service Pneumologie - Clinique de rééducation cardio-vasculaire et pulmonaire - Saint-Orens

Au-delà du désastre sanitaire dont il est responsable, le tabagisme intègre également une forte composante environnementale, encore largement méconnue. L'ensemble du cycle de vie d'une cigarette porte en effet grandement atteinte à l'environnement.

La culture du tabac est extrêmement polluante car associée à une consommation élevée de pesticides. Le séchage des feuilles de tabac est à l'origine de la destruction annuelle de 5 millions d'hectares de forêts dans le monde. Cette déforestation massive met directement en péril de nombreux écosystèmes, et contribue de manière significative au réchauffement climatique en émettant de très importantes quantités de CO₂. En se consumant, la cigarette produit une fumée contenant plus de 4 000 substances chimiques dont plus de 250 sont nocives

pour la santé et une cinquantaine cancérigènes. Allumer une cigarette équivaut ainsi à rejeter dans l'environnement de très nombreux polluants (métaux lourds, polonium 210, ...). En fin de cycle, la cigarette continue de polluer. Chaque année, rien qu'en France, 30 milliards de mégots sont jetés dans la nature. Les filtres, non biodégradables, et les paquets de cigarettes, représentent ainsi 40% de tous les déchets marins dans la Méditerranée.

La lutte contre le tabagisme reste plus que jamais une priorité de santé publique en France et dans le monde, mais elle représente aussi un enjeu sociétal et un défi environnemental majeur.

• **Devenir Lieu de santé sans tabac**

A. BORGNE - Paris

Que signifie être Hôpital sans tabac ? Quelle stratégie employer afin de garantir la mise en place d'un Hôpital sans tabac ? Quels en sont les bénéfices attendus tant pour les patients, les visiteurs, que les équipes hospitalières ?

Bien-être des patients, efficacité coût-économique, amélioration de la qualité des soins, diminution des nuisances, etc. Les exemples sont nombreux qui justifient l'importance pour les établissements de santé de renforcer leur politique de prévention et de prise en charge du tabagisme et de devenir Hôpital sans tabac.

Le renouveau de cette politique s'inscrit dans le « virage préventif » préconisé dans les recommandations du Haut Conseil de la santé publique. Une mortalité évitable encore trop élevée, des inégalités persistantes selon les territoires et les groupes sociaux, le HCSP recommande que soient renforcées la prévention autour de deux facteurs de risque qui sont bien familiers au RESPADD : l'alcool et le tabac.

C'est également l'hôpital « promoteur de santé » qui est mis ici à l'honneur : l'hôpital doit devenir un acteur majeur de cette stratégie de prévention en favorisant les comportements vertueux et en endossant pleinement

son rôle d'exemplarité en promotion de la santé aux bénéfices des patients, des professionnels et des visiteurs. Le but d'une structure de santé promotrice de santé est d'améliorer la qualité des soins, les conditions de vie et de travail au sein de l'établissement ainsi que la participation des professionnels et des usagers aux décisions qui concernent leur santé. C'est également une structure de santé qui étend ses responsabilités au-delà des frontières étroites des épisodes cliniques aigus et coopère avec la communauté pour promouvoir une approche globale de la santé à travers les politiques et les actions de promotion de la santé développées en direction des usagers, des professionnels et de la communauté. Ces enjeux sont ceux de la mise en place de la stratégie Hôpital sans tabac.

L'objectif est ici de proposer une aide méthodologique à l'ensemble des professionnels concernés, afin que tous ensemble, ils puissent mettre en œuvre cette stratégie. L'enjeu est d'obtenir le plus rapidement possible une couverture nationale d'établissements sans tabac.

LISTE DES POSTERS

1. Motivation à l'arrêt du tabac chez la population oncologique libanaise : cancer du poumon versus cancer de la vessie
C. ABOU ZEID - N. LAYOUN - J. AOUN - Z. AOUN BACHA - Beyrouth, Liban
2. Caractéristiques liées à l'usage de la cigarette électronique chez les jeunes adultes fumeurs et ex-fumeurs participants à la cohorte TEMPO
H. ALJANDALEH - C. BOLZE - F. EL KHOURY - S.S. MARTINS - M. MELCHIOR - M. MARY-KRAUSE - Paris
3. Les facteurs de succès du sevrage tabagique : expérience libanaise
Z. AOUN BACHA - N. LAYOUN - G. KHAYAT - Beyrouth, Liban
4. Diabète et tabac : une aide à l'arrêt personnalisée
P. BIRRER - A. AUGSBURGER - A. GEORGES - C. CLAIR - Lausanne, Suisse
5. La consultation d'aide à l'arrêt du tabac du CHU de Sétif Algérie : mise en œuvre et évaluation
S. BOUAOUD - H. TAIBI - M. HAMDY CHERIF - Sétif, Algérie
6. Etude de prévalence et de comportements vis-à-vis du tabac en milieu industriel dans la wilaya de Sétif, Algérie
S. BOUAOUD - S. MAHNANE - L. KARA - M. HAMDY CHERIF - Sétif, Algérie
7. 7008 Suisses romands tentent d'arrêter de fumer avec Facebook : résultats à 9 mois
A. DUBUIS - E. DELACRÉTAZ - M. MARÉCHAL - R. SAVIOZ - A. REUSSER - F. JOLIAT - S. SOLAND - L. FOLLY - J.P. HUMAIR - Suisse
8. Les facteurs liés aux tentatives d'arrêt et l'arrêt du tabac
Résultats de l'enquête nationale DEPICT
F. EL-KHOURY - C. BOLZE - M. MELCHIOR - Paris
9. Caractéristiques du sevrage tabagique chez les patients fumeurs atteints de coronaropathies
N. FEZAI - S. AISSA - A. KNAZ - S. JABLI - I. GARGOURI - A. ABDELGHANI - A. GARROUCHE - A. HAYOUNI - M. BENZARTI - Sousse, Tunisie
10. Caractéristiques des femmes s'adressant à la consultation d'aide au sevrage tabagique
N. FEZAI - S. AISSA - S. JABLI - A. KNAZ - A. ABDELGHANI - A. HAYOUNI - M. BENZARTI - Sousse, Tunisie
11. Nicotinophobie : le défi de l'éducation thérapeutique appliquée au sevrage tabagique
O. GALERA - D. BAJON - Z. MAOZ - C. LUSSAGNET - A. TADIOTTO - T. BABIN - Saint-Orens
12. Tabagisme, bien-être au travail et absentéisme
R. GODINNE - A. BRAUN - J. JAMART - L. GALANTI - Province du Hainaut, Belgique
13. Tabagisme : prévalence, facteurs associés et obstacles au sevrage tabagique chez une population de patients suivis pour schizophrénie
S. JABLI - I. GARGOURI - A. BRAHEM - M.A. KLAIBI - S. AISSA - A. KNAZ - M. BEN KHELIFA - A. ABDELGHANI - A. GARROUCH - A. HAYOUNI - M. BENZARTI - Sousse, Tunisie
14. Particularités du sevrage tabagique chez les petits fumeurs
S. JABLI - S. AISSA - A. KNAZ - N. FEZAI - I. GARGOURI - M. BEN KHELIFA - A. ABDELGHANI - A. GARROUCH - A. HAYOUNI - M. BENZARTI - Sousse, Tunisie
15. Les caractéristiques du sevrage tabagique chez les sujets âgés
S. JABLI - S. AISSA - N. FEZAI - A. MIGAOU - A. KNAZ - I. GARGOURI - M. BEN KHELIFA - A. ABDELGHANI - A. GARROUCH - A. HAYOUNI - M. BENZARTI - Sousse, Tunisie

16. Caractéristiques des adolescents s'adressant à la consultation d'aide au sevrage tabagique
A. KNAZ - S. AISSA - N. FEZAI - S. JABLI - I. GARGOURI - M. BENKHLIFA - M. ABDELGHANI - A. GARROUCH - A. HAYOUNI - M. BENZARTI - Sousse, Tunisie
17. Caractéristiques des diabétiques s'adressant à la consultation d'aide au sevrage tabagique
A. KNAZ - S. AISSA - N. FEZAI - S. JABLI - I. GARGOURI - M. BENKHLIFA - M. ABDELGHANI - A. GARROUCH - A. HAYOUNI - M. BENZARTI - Sousse, Tunisie
18. Caractéristiques du sevrage tabagique chez les patients hypertendus
A. KNAZ - S. AISSA - N. FEZAI - S. JABLI - I. GARGOURI - M. BENKHLIFA - M. ABDELGHANI - A. GARROUCH - A. HAYOUNI - M. BENZARTI - Sousse, Tunisie
19. Le sevrage tabagique en santé mentale : ses particularités
S. LEREBOULET - Mirecourt
20. Résultat d'une action de dépistage de la BPCO post-tabagique et d'aide à l'arrêt du tabac en population précarisée
F. MARCHANDISE - P. LEMAIRE - L. DOLY-KUCHCIK - J. PERRIOT - Clermont-Ferrand
21. Emotions, psychotraumatismes et tabagisme
A. MEUNIER - J. JAMART - L. GALANTI - Yvoir, Belgique
22. Sous-exploitation du médecin du travail dans la lutte contre le tabagisme : un gâchis ?
J.F. NDE DJIELE - L. GALANTI - Yvoir, Belgique
23. L'aromathérapie peut-elle aider au sevrage tabagique ?
B. NZEUSSEU CHIMI - F. NDE - L. GALANTI - Yvoir, Belgique
24. Caractéristiques du tabagisme à l'unité de sevrage tabagique du CHU Yalgado de Ouagadougou
G. OUÉDRAOGO - K. BONCOUNGOU - G. BOUGMA - S. DAMOUE - A. COULIBALY - A.R. OUÉDRAOGO - G. BADOUM - M. OUÉDRAOGO - Ouagadougou, Burkina Faso
25. Aperçu des notions des internes en médecine sur le sevrage tabagique et les substituts nicotiques
C. PELOSO - A. GANDOUIN - P. POLOMÉNI - Sevrans
26. Initier le sevrage tabagique aux urgences : utopie ou réalité ?
O. PENE - L. GALANTI - Yvoir, Belgique
27. Fumer : facteur protecteur pour le diabète gestationnel ?
I. ROELENS - I. BERLIN - Nanterre
28. Valeur prédictive du questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac (Q-MAT) dans le sevrage tabagique
H. VARLAM - Flers
29. Corrélations entre les paramètres cliniques et biologiques du tabagisme : intérêt du rapport trans-3'-hydroxycotinine/cotinine dans le suivi du sevrage tabagique
C. WEYSSOW - J. JAMART - L. GALANTI - Yvoir, Belgique
30. Tabagisme et leucoplasies buccales : des lésions potentiellement malignes
I. YOUSSEF - Sousse, Tunisie

• Motivation à l'arrêt du tabac chez la population oncologique libanaise : cancer du poumon versus cancer de la vessie

C. ABOU ZEID - Département de pneumologie et réanimation médicale

CHU Hôtel Dieu de France - Université Saint Joseph de Beyrouth - Liban

N. LAYOUN - Université Libanaise - Hadath - Liban - Université Libre de Bruxelles - Belgique

J. AOUN - Département de médecine interne - Hôpital Saint Elizabeth - Boston, USA

Z. AOUN BACHA - Maître de conférences - Département de pneumologie et réanimation médicale - CHU Hôtel Dieu de France - Université Saint Joseph de Beyrouth - Liban

Objectif

L'objectif de cette étude est d'évaluer la motivation au sevrage du tabac dans la population oncologique libanaise après les diagnostics de cancer du poumon et de la vessie, deux cancers très liés à sa consommation⁽¹⁾.

Méthodes

46 patients fumeurs ou anciens fumeurs, atteints de cancer du poumon ou de la vessie ont été recrutés de l'hôpital Hôtel-Dieu de France. La motivation à l'arrêt du tabac et l'information des patients ont été comparées entre les deux groupes.

Résultats

Une analyse bi variée prenant le type de cancer comme variable dépendante a été conduite.

Les patients ayant un cancer du poumon reconnaissaient plus leur maladie comme cancer (64% v/s 19%, p=0.017), étaient plus motivés à arrêter selon le « Readiness to quit scale » (9.2 v/s 7.71, p=0.04), considéraient plus le diagnostic comme source principale de motivation (76% v/s 9.5%, p<0.001), et citaient les médias comme source majeure d'informations sur les méfaits du tabac (60% v/s 33.3%, p=0.07).

Les patients atteints de cancer de la vessie étaient plus souvent suivis par un urologue (61.9% v/s 38.1%, p<0.001), connaissaient plus la relation entre tabagisme et maladies graves de l'appareil urinaire (76.2% v/s 52%, p=0.09), et cherchaient leurs informations du médecin traitant (52.4% v/s 24%, p=0.04).

Conclusions

Ces résultats corroborent l'importance du diagnostic et de l'information du patient sur la nature et les facteurs de risque de sa maladie, comme éléments clés de la motivation à l'arrêt du tabac, tel qu'il est décrit dans plusieurs études de populations oncologiques^(2, 3). Le moment du diagnostic semble moins utilisé qu'il ne le faut pour motiver les patients au sevrage⁽⁴⁾, l'obstacle essentiel au Liban étant la méconnaissance du diagnostic exact de cancer par le malade, du fait de facteurs socio-culturels. Les urologues jouent un rôle primordial dans l'information, la motivation et la prise en charge du tabagisme chez leurs patients, rôle déjà mis en valeur dans plusieurs travaux^(5, 6, 7).

Références :

1. Gandini S, Botteri E, Iodice S, Boniol M, Lowenfels AB, Maisonneuve P, et al. Tobacco smoking and cancer: a meta-analysis. *Int J Cancer*. 2008 Jan 1;122(1):155-64.
2. McBride CM, Ostroff JS. Teachable moments for promoting smoking cessation: the context of cancer care and survivorship. *Cancer Control J Moffitt Cancer Cent*. 2003 Aug;10(4):325-33.
3. Bassett JC, Gore JL, Chi AC, Kwan L, McCarthy W, Chamie K, et al. Impact of a bladder cancer diagnosis on smoking behavior. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2012 May 20;30(15):1871-8.
4. Gritz ER, Fingeret MC, Vidrine DJ, Lazev AB, Mehta NV, Reece GP. Successes and failures of the teachable moment: smoking cessation in cancer patients. *Cancer*. 2006 Jan 1;106(1):17-27.
5. Bassett JC, Gore JL, Kwan L, Ritch CR, Barocas DA, Penson DF, et al. Knowledge of the harms of tobacco use among patients with bladder cancer. *Cancer*. 2014 Dec 15;120(24):3914-22.
6. Bjurlin MA, Goble SM, Hollowell CMP. Smoking cessation assistance for patients with bladder cancer: a national survey of American urologists. *J Urol*. 2010 Nov;184(5):1901-6.
7. Sosnowski R, Przewozniak K. The role of the urologist in smoking cessation: why is it important? *Urol Oncol*. 2015 Jan;33(1):30-9.

• **Caractéristiques liées à l'usage de la cigarette électronique chez les jeunes adultes fumeurs et ex-fumeurs participants à la cohorte TEMPO**

H. ALJANDALEH - Sorbonne Universités - UPMC Univ Paris 06 - INSERM - Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de Santé Publique (IPLESP UMRS 1136) - Equipe de Recherche en Epidémiologie Sociale (ERES) - F75012 - Paris

C. BOLZE - Sorbonne Universités - UPMC Univ Paris 06 - INSERM - Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de Santé Publique (IPLESP UMRS 1136) - Equipe de Recherche en Epidémiologie Sociale (ERES) - F75012 - Paris

F. EL KHOURY - Sorbonne Universités - UPMC Univ Paris 06 - INSERM - Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de Santé Publique (IPLESP UMRS 1136) - Equipe de Recherche en Epidémiologie Sociale (ERES) - F75012 - Paris

S.S. MARTINS - Department of Epidemiology - Mailman School of Public Health - Columbia University - New York, USA

M. MELCHIOR - Sorbonne Universités - UPMC Univ Paris 06 - INSERM - Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de Santé Publique (IPLESP UMRS 1136) - Equipe de Recherche en Epidémiologie Sociale (ERES) - F75012 - Paris

M. MARY-KRAUSE - Sorbonne Universités - UPMC Univ Paris 06 - INSERM - Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de Santé Publique (IPLESP UMRS 1136) - Equipe de Recherche en Epidémiologie Sociale (ERES) - F75012 - Paris

En France, les cigarettes électroniques (e-cigarettes), vendues depuis 2010, sont rapidement devenues populaires. Parmi les jeunes adultes, les facteurs associés à l'utilisation de l'e-cigarette sont mal connus.

Les participants en 2015 à la cohorte française Trajectoires Epidémiologiques en POPulation (TEMPO), fumeurs actuels et ex-fumeurs, dont le comportement par rapport à l'expérimentation de l'e-cigarette été renseigné, ont été inclus. Les participants ont complété un auto-questionnaire comprenant des items sur l'usage de l'e-cigarette, le contexte familial et social, la santé, l'utilisation de substances psychoactives, ainsi que les perceptions de l'e-cigarette. Des modèles de régression logistique multivariée ont été utilisés.

Parmi les 358 sujets inclus, âgés de 23 à 42 ans, 28% ont déclaré avoir expérimenté l'e-cigarette. Les facteurs associés à cette expérimentation sont une perception positive

de l'e-cigarette (OR=3,8 IC95%=2,1-6,5), un faible indice socioéconomique (OR=2,0 IC95%=1,2-3,7) et un asthme (OR=2,3 IC95%=1,1-5,2). Le tabagisme traditionnel est associé à l'expérimentation de l'e-cigarette (OR associé au tabagisme en 2011=9,1 IC95%=3,5-23,1 ; OR associé au tabagisme en 2015=6,2 IC95%=2,5-16,6, et OR associé au tabagisme en 2011 et 2015=11,6 IC95%=5,2-26,2). Le statut tabagique et la perception positive de l'e-cigarette sont également associés à l'utilisation actuelle de l'e-cigarette.

Chez les jeunes adultes, l'expérimentation de l'e-cigarette est associée au statut tabagique y compris le tabagisme actuel, ainsi qu'à des caractéristiques sociales et de santé faibles. Compte tenu du niveau de tabagisme élevé chez les utilisateurs de l'e-cigarette, il serait important d'étudier si ce produit peut aider à réduire la consommation de tabac à long terme.

• **Les facteurs de succès du sevrage tabagique : expérience libanaise**

Z. AOUN BACHA - MD - Pneumologue - Maître de conférence - Département de Pneumologie Hôtel Dieu de France - Université Saint Joseph - Beyrouth, Liban

N. LAYOUN - Ecole Doctorale de Sciences and Technologies - Université Libanais - Beyrouth, Liban

G. KHAYAT- MD - Pneumologue - Professeur Associé - Département de Pneumologie Hôtel Dieu de France - Université Saint Joseph - Beyrouth, Liban

Le tabagisme est un problème important au Liban où le taux de tabagisme atteint 54%^(1, 2). L'objectif de l'étude est d'évaluer les facteurs associés au succès du sevrage tabagique dans le contexte libanais.

Méthodes

Nous avons analysé les dossiers de 156 patients admis au centre de sevrage du tabac entre mars 2014 et mars 2016 et inclus dans le programme de sevrage. Le fumeur est considéré compliant s'il complète le traitement de 12 semaines, et non-compliant s'il a arrêté le traitement avant 12 semaines. Le fumeur est considéré abstiné quand il dit l'être 7 jours de suite et a un taux de CO moins de 10ppm.

Résumés posters

Résultats

156 fumeurs ont été inclus. Une analyse bivariée a été pratiquée en prenant la variable « échec/succès du sevrage » comme variable dépendante. Les facteurs associés à un taux plus élevé de réussite étaient : un score de motivation modéré à élevé, la compliance au traitement et une consommation tabagique plus faible (43.27 vs 60.84 paquet-années ; $p=0.003$).

Analyse Bivariée : Echec/succès d'arrêt du tabac = variable dépendante			
Variable	Echec	Succès	p-value
Sexe			0.789
Male	32 (50%)	48 (52.2%)	
Femelle	32 (50%)	44 (47.8%)	
Fagerstrom			0.379
Dépendance basse	8 (12.7%)	16 (18%)	
Dépendance haute	55 (87.3%)	73 (82%)	
Motivation			0.027
Bas	38 (65.5%)	37 (43%)	
Modéré	13 (22.4%)	29 (33.7%)	
Elevé	7 (12.1%)	20 (23.3%)	
Compliance au traitement			<0.001
Non	38 (60.3%)	17 (18.9%)	
Oui	25 (39.7%)	73 (81.1%)	

Discussion et conclusion

C'est la 1^{ère} étude qui évalue les facteurs associés au taux de succès du sevrage tabagique chez le fumeur libanais. Notre taux de succès, de 37%, se rapproche des standards internationaux. La compliance aux médicaments est associée à une augmentation du taux de l'arrêt de 7 fois, et augmente l'efficacité de l'intervention pour l'arrêt du tabac ⁽⁴⁾. Il est donc bénéfique d'envisager des programmes de sensibilisation pour diminuer la consommation tabagique, augmenter la motivation des fumeurs à arrêter de fumer et insister sur la prise régulière des médicaments qui aident à l'arrêt du tabac.

Références :

1. Uzaslan E, Mahboub B, Beji M, et al. The burden of chronic obstructive pulmonary disease in the Middle East and North Africa: results of the BREATHE study. *Respir Med.* 2012;106 Suppl 2:S45- 59.
2. Maziak W, Eissenberg T, Klesges RC, Keil U, Ward KD. Adapting smoking cessation interventions for developing countries: a model for the Middle East. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2004;8(4):403-413.
3. Richmond RL, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction.* 1993;88(8):1127-
4. Catz SL, Jack LM, McClure JB, et al. Adherence to varenicline in the COMPASS smoking cessation intervention trial. *Nicotine Tob Res.* 2011;13(5):361-368.

• Diabète et tabac : une aide à l'arrêt personnalisée

P. BIRRER - A. AUGSBURGER - A. GEORGES - C. CLAIR - Lausanne, Suisse

Introduction

Le diabète et le tabagisme agissent de manière synergique sur la morbidité et la mortalité. A l'heure actuelle, l'effet de l'arrêt du tabac sur le contrôle du diabète et les complications sont peu étudiés.

Objectifs

Ce projet a pour but d'évaluer l'efficacité d'une intervention d'aide à l'arrêt du tabac adaptés aux besoins des personnes diabétiques.

Méthode

Etude randomisée contrôlée. Population : fumeurs-euses diabétiques (N=500). Intervention : aide à l'arrêt du tabac personnalisée. Contrôle: conseil minimal. Outcome : arrêt du tabac validé (CO) à 6 et 12 mois.

Résultats

L'analyse des données récoltés lors d'une étude qualitative (N=33) et des questionnaires auto-administrés (N=188) chez cette population a permis de mieux comprendre leurs besoins et barrières concernant l'arrêt du tabac (Tableau 1). Nous avons intégré ces données afin de concevoir un programme personnalisé d'aide à l'arrêt du tabac.

Conclusion

Cette étude montre l'importance d'adapter les interventions à la personne dans son contexte bio-psycho-social en incluant ses motivations, ses ressources et ses difficultés.

RÉSULTATS ANALYSE QUANTITATIVE				
	Men (n=99)	SD/%	Women (n=89)	SD/%
Âge, mean (SD)	61.2	(10.8)	59.2	(8.6)
STATUT TABAGIQUE				
Fumeur, N(%)	38	(38.4)	57	(64.0)
Fumeur occasionnel, N(%)	61	(61.6)	32	(36.0)
IMC (kg/m²), mean (SD)	29.5	(4.9)	33.8	(18.5)
Durée du diabète, mean (SD)	10.0	(8.1)	8.8	(7.3)
NIVEAU DE DÉPENDANCE (CDS-12)				
Faible	1	(3.1)	2	(4.6)
Modéré	10	(31.3)	15	(34.1)
Fort	21	(65.6)	27	(61.4)
INTENTION D'ARRÊTER DE FUMER				
Non	10	(27.0)	4	(7.0)
Oui	20	(54.1)	36	(63.2)
Ne sait pas	7	(18.9)	17	(29.8)
Confiance pour arrêter	4.8	(3.0)	4.3	(2.6)
Gain de poids acceptable, mean (SD)	11.1	(24.8)	2.0	(2.6)
MOTIVATIONS À ARRÊTER (ECHELLE LICKERT 1-4) P-VALUE ≤0.04				
Protéger ma santé	3.3	(0.9)	3.6	(0.7)
Rétablir une bonne condition physique	3.1	(0.6)	3.6	(0.9)
En raison d'un problème de santé	2.9	(1.2)	3.4	(1.0)
Ne plus avoir envie de fumer	2.8	(1.2)	3.5	(0.9)
Protéger la santé de l'entourage	2.8	(1.1)	3.4	(1.0)
Se sentir mieux	2.8	(1.2)	3.2	(1.1)
Ne plus fumer le tabac	2.7	(1.3)	3.2	(1.0)
Être plus proche de mon idéal de vie	2.4	(1.2)	3	(1.1)
Parce que j'ai honte de fumer	1.6	(0.9)	2.1	(1.2)

Résumés posters

RÉSULTATS ANALYSE QUALITATIVE				
Total (N=33) ; 21 fumeurs ; 12 fumeurs occasionnels	Men (n=12)	SD/%	Women (n=9)	SD/%
Âge, mean (SD)	59.8	(9.1)	58.8	(6.8)
COMPLICATIONS DU DIABÈTE (N,%)				
Non	6	(50.0)	7	(77.8)
Oui	6	(50.0)	1	(11.1)
Ne sait pas	0	(0.0)	1	(11.1)
Durée du diabète (mean, DS)	6.4	(5.0)	12.6	(14.1)
Paquet par année (mean, SD)	54.6	(35.2)	34.4	(13.5)
MOTIVATION DE CESSER DE FUMER CHEZ LES FUMEURS				
En train d'arrêter	2 (16.7)	(16.7)	0	(0.0)
Prévoyez d'arrêter en <1 mois	3 (25.0)	(25.0)	2	(22.2)
Prévoyez d'arrêter en > 1 mois	3 (25.0)	(25.0)	3	(33.3)
Pas motivé à arrêter	4 (33.3)	(33.3)	4	(44.4)
IMC, kg / m ² (mean, SD)	27.7 (2.6)	(2.6)	28.2	(12.0)
HbA1c, % (mean, SD)	7.2 (1.0)	(1.0)	7.9	(2.0)
PRINCIPALES MOTIVATIONS D'ARRÊT				
Mauvaises expériences avec le tabac ♀				
Préoccupations concernant la santé ♀	N/A		N/A	
Motivations sociales et contextuelles (rôles familiaux, relations, travail) ♀	N/A		N/A	
OBSTACLES À L'ARRÊT DU TABAGISME				
Le tabagisme aide à gérer la vie stressante ♀	N/A		N/A	
Obstacles sociaux (rôles familiaux, hiérarchie des genres) ♀ ♂	N/A		N/A	

• La consultation d'aide à l'arrêt du tabac du CHU de Sétif Algérie : mise en œuvre et évaluation

S. BOUAOUD - Laboratoire Santé et Environnement des Hauts Plateaux Sétifiens - UFA Sétif1

Service Epidémiologie Médecine Préventive CHU de Sétif - Sétif, Algérie

H.TAIBI - Service Epidémiologie Médecine Préventive CHU de Sétif - Sétif, Algérie

M. HAMDI CHERIF - Laboratoire Santé et Environnement des Hauts Plateaux Sétifiens - UFA Sétif1

Service Epidémiologie Médecine Préventive CHU de Sétif - Sétif, Algérie

Le tabagisme est un problème mondial de santé publique, ses multiples implications médicales, socio-culturelles et économiques, justifient l'aide au sevrage. Les bénéfices de l'arrêt du tabac ont été clairement démontrés en termes de mortalité comme de morbidité. Le tabagisme est un comportement renforcé par une

dépendance, dont la nicotine est principalement responsable, une aide au sevrage tabagique s'avère dès lors indispensable afin d'accompagner le fumeur dans sa volonté d'arrêter le tabagisme.

Dans le cadre de la mise en application des instructions ministérielles et de la mise en œuvre de la convention

cadre de l'OMS ratifiée par l'Algérie par décret présidentiel N° 06-120 du 12 mars 2006 et en application de l'article 14 de la CCLAT relatif aux mesures visant à réduire la demande en rapport avec la dépendance à l'égard du tabac et du sevrage tabagique, une consultation d'aide à l'arrêt du tabac est mise en place au niveau de l'unité de prévention du SEMEP du CHU de Sétif (Algérie) le mois de mai 2015 conformément aux normes de l'arrêté du ministère de la santé.

Cette consultation a pour mission l'information et l'éducation sanitaire des fumeurs et du personnel de la santé, la formation des médecins et du personnel et la prise en charge des fumeurs.

L'objectif de notre travail est de faire un état des lieux de la consultation d'aide à l'arrêt du tabac du CHU de Sétif et de dresser un bilan d'évaluation des activités de la consultation du 1^{er} Juin 2015 au 31 Mai 2017.

Méthodologie

Notre travail porte sur l'étude des dossiers de 75 patients fumeurs suivis pendant une période de deux années, au niveau de la consultation d'aide au sevrage tabagique du SEMEP du CHU de Sétif. La saisie, le contrôle et l'analyse des données ont été réalisés sur le logiciel SPSS.

• Etude de prévalence et de comportements vis-à-vis du tabac en milieu industriel dans la wilaya de Sétif, Algérie

S. BOUAOUD - S. MAHNANE - L. KARA - M. HAMDY CHERIF

*Laboratoire Santé et Environnement des Hauts Plateaux Sétifiens - UFA Sétif1
Service Epidémiologie Médecine Préventive CHU de Sétif - Sétif, Algérie*

Introduction

L'épidémie et la crise croissante du tabagisme sont une menace pour la santé dans notre pays, avec des répercussions socio-économiques importantes dans les prochaines années.

En Algérie, on assiste à une véritable transition épidémiologique marquée par l'amorce de la transition démographique, l'augmentation de l'espérance de vie des personnes âgées, la transformation de l'environnement et les changements de mode de vie.

Avec le poids des maladies infectieuses qui demeure encore élevé, les maladies chroniques et non transmissibles prennent une place grandissante. Le tabac est le facteur de risque des principales maladies chroniques non transmissibles, qui sont devenues actuellement des priorités nationales.

Objectifs

- Déterminer la prévalence du tabagisme en milieu industriel dans la wilaya de Sétif.
- Déterminer les attitudes et les comportements vis-à-vis du tabac dans cette population
- Contribuer aux changements de comportements liés au tabagisme actif et passif.
- Mettre en place une stratégie d'aide à l'arrêt du tabac.

Résultats

Il ressort de notre étude que 75 fumeurs âgés de 15 à 80 ans sont pris en charge dont 95.5% sont de sexe masculin et 4.5% sont de sexe féminin. L'âge moyen de début tabagique est de 16 ans avec une dépense mensuelle moyenne de 4000 DA.

40.5% des patients ont arrêté définitivement et 52.5% sont en cours de sevrage.

Le développement des consultations d'aide à l'arrêt du tabac et l'amélioration de l'accès aux substituts nicotiques demeure un défi, les résultats de notre étude soulignent la nécessité d'une implication plus forte des professionnels de santé, dans la promotion à l'arrêt du tabac qui est considéré comme la première cause de mortalité évitable dans le monde.

Méthodologie

Il s'agit d'une enquête transversale portant sur la consommation du tabac en milieu industriel sur un échantillon représentatif de 1937 salariés dans la wilaya de Sétif. Le recueil de l'information est réalisé sur un questionnaire anonyme. La saisie, le contrôle et le traitement sont effectués sur le logiciel informatique.

Résultats

La prévalence globale du tabagisme est de 26,0%, plus d'un quart des travailleurs fume - soit plus d'une personne sur quatre, parmi les 1937 personnes enquêtées, consomment du tabac à fumer, avec un âge moyen des fumeurs de 38 ans.

La prévalence du tabagisme est moins importante pour les professions de cadres.

Environ 79% des travailleurs déclarent fumer à l'intérieur de l'unité.

Pour ce qui est du sevrage tabagique près de 90% des fumeurs veulent arrêter de fumer et environ 33% demandent une aide à l'arrêt du tabac d'où l'intérêt de la mise en place de consultation d'aide à l'arrêt du tabac Une forte exposition au tabagisme passif sur les lieux de travail a été retrouvée, en effet les 2/3 des travailleurs déclarent être exposés à la fumée des autres sur les lieux de leur travail.

Résumés posters

• 7008 Suisses romands tentent d'arrêter de fumer avec Facebook : résultats à 9 mois

A. DUBUIS - E. DELACRÉTAZ - M. MARÉCHAL - R. SAVIOZ - A. REUSSER - F. JOLIAT - S. SOLAND - L. FOLLY - J.P. HUMAIR - Suisse

Lancé en Suisse romande de mars à septembre 2016, grâce à la collaboration de plusieurs organismes cantonaux de prévention et d'ibrid communication, « J'arrête de fumer » est un programme d'aide au sevrage tabagique gratuit sur Facebook. 7 008 fumeurs se sont inscrits et se sont engagés à arrêter ensemble, le 20 mars. Dès cette date, ils ont reçu via le réseau social au moins un conseil journalier. Une équipe de professionnels de la communication digitale, du sevrage tabagique et de la médecine a assuré une permanence quotidienne durant 6 mois pour coacher les participants, les soutenir et répondre individuellement aux questions. L'évaluation externe après 9 mois révèle les résultats suivants : 12% ont affirmé avoir arrêté de fumer, 2.3% essayé toujours d'arrêter complètement et 4.1% avoir diminué leur consommation de tabac.

Cette expérience a montré notamment la richesse de la dynamique communautaire et le potentiel d'innovation qu'offre le réseau social, véritable laboratoire permettant des expérimentations aussi bien techniques que sociales à large échelle.

Références :

- Les CIPRET (Centre d'information pour la prévention du tabagisme) Genève, Jura, Valais et la Ligue pulmonaire Neuchâteloise.
- Folly, L., Riedo, G., Felder, M., Falomir-Pichastor, J.-M. et Desrichard, O.: Rapport de l'évaluation externe du programme « J'arrête de fumer » sur Facebook, Présentation des résultats, Janvier 2017.

• Les facteurs liés aux tentatives d'arrêt et l'arrêt du tabac Résultats de l'enquête nationale DEPICT

F. EL-KHOURY - C. BOLZE - M. MELCHIOR

Inserm UMR S 1136 - Equipe ERES - Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique - Paris

Introduction

Environ un quart des fumeurs tentent d'arrêter de fumer chaque année, mais peu réussissent. Les facteurs liés aux tentatives d'arrêter sont souvent différents de ceux liés au sevrage, d'où l'importance de les distinguer dans l'étude des barrières et des facteurs facilitant le processus du sevrage tabagique.

Méthodes

Les analyses ont été effectuées sur des données de l'enquête téléphonique représentative de la population Française 'DEPICT' (Description des Perceptions, Images, et Comportements liés au Tabagisme) qui a recruté 4 511 adultes âgés entre 18 et 64 ans. La variable d'intérêt groupait les participants en 3 catégories selon leur statut tabagique : les fumeurs qui n'ont jamais tenté d'arrêter de fumer, les fumeurs qui ont tenté au moins une fois d'arrêter, et les ex-fumeurs qui ont arrêté de fumer depuis au moins 6 mois. Une régression multinomiale multivariée a identifié les facteurs liés à cette variable parmi plusieurs caractéristiques démographiques, socioéconomiques, et indicateurs de perceptions liées au tabac.

Résultats

Plusieurs variables étaient associées à la variable d'intérêt mais que chez les personnes qui ont arrêté de fumer et non chez les fumeurs ayant tentés d'arrêter. Ces variables incluent : le niveau d'éducation, l'usage de la cigarette électronique, la peur des conséquences du tabac, et avoir un autre fumeur dans le foyer. Alors que certains facteurs comme l'âge et l'usage de cannabis étaient liés aux tentatives d'arrêt et au sevrage tabagique.

Discussion

Les inégalités sociales face au tabagisme peuvent en partie être expliquées par un taux de sevrage tabagique différent selon le niveau d'éducation. Les interventions anti-tabac doivent prendre en considération les facteurs liés au désir d'arrêt mais aussi au sevrage réussi.

• **Caractéristiques du sevrage tabagique chez les patients fumeurs atteints de coronaropathies**

N. FEZAI - S. AISSA - A. KNAZ - S. JABLI - I. GARGOURI - A. ABDELGHANI - A. GARROUCHE - A. HAYOUNI - M. BENZARTI - Service de Pneumo-Allergologie Farhat Hached Sousse - Tunisie

Introduction

Le tabagisme est un facteur de risque sous-estimé des maladies cardio-vasculaires. Le risque cardio-vasculaire pour les fumeurs n'est pas lié à un seuil ni en intensité ni en durée de consommation. Les professionnels de la santé jouent un rôle essentiel pour encourager et aider les patients coronariens fumeurs à arrêter de fumer.

Buts

L'objectif de notre travail est de décrire les caractéristiques générales, l'histoire du tabagisme, le degré de dépendance nicotinique et les particularités du sevrage tabagique chez les fumeurs coronariens.

Matériels et méthodes

Notre travail consiste en une étude rétrospective de dossiers de sujets s'adressant à notre consultation d'aide au sevrage tabagique sur une période s'étalant depuis 1999 jusqu'à 2013.

Résultats

Le nombre total de consultants était de 2099, 34 (1,6%) ont présenté un syndrome coronarien aigu. Leur âge moyen était de 47 ans. Le niveau socio-économique était moyen à faible dans 64,5% des cas. Une prédominance masculine (92,7%) a été retrouvée. L'âge de

début de la première cigarette était inférieur à 20 ans chez 84% des cas. Des fumeurs dans l'entourage étaient présents dans 87% des cas. Des co-morbidités cardio-respiratoires étaient présentes : HTA dans 48% des cas, AVC dans 8% des cas, et BPCO dans 62% des cas. Pour tous les consultants, la motivation d'arrêt était la santé.

La dépendance à la nicotine d'après le score de Fagerström était forte (score >7) dans 28% des cas.

La motivation pour le sevrage tabagique était grande dans 65% des cas.

La prescription de substituts nicotiques a été effectuée chez 40% des consultants. Une thérapie cognitivo-comportementale a été préconisée pour tous les patients. Le sevrage tabagique à 12 mois a été réussi pour 30 fumeurs soit 1,4%.

Conclusion

Dans notre travail, la population est relativement jeune avec une nette prédominance masculine, assez motivée à l'arrêt du tabac. Le sevrage tabagique chez ces fumeurs occupe une place primordiale dans le cadre de la prévention secondaire des événements cardio-vasculaires.

• **Caractéristiques des femmes s'adressant à la consultation d'aide au sevrage tabagique**

N. FEZAI - S. AISSA - S. JABLI - A. KNAZ - A. ABDELGHANI - A. HAYOUNI - M. BENZARTI - Service de Pneumo-Allergologie Farhat Hached Sousse - TUNISIE

Introduction

Le tabagisme féminin se différencie nettement du tabagisme masculin par sa signification culturelle et par ses effets pathologiques. L'aide au sevrage tabagique doit tenir compte de la dépendance physique et comportementale.

Objectif

On se propose de déterminer les caractéristiques des femmes s'adressant à notre consultation d'aide au sevrage tabagique.

Matériels et méthodes

Nous avons revu les dossiers des femmes consultantes pour sevrage tabagique sur la période allant du mois d'Avril 1999 jusqu'au mois de juin 2017.

Résultats

Il s'agit de 152 femmes qui ont consulté pour aide au sevrage tabagique (soit 7,3% de tous les consultants) dont 64% étaient actives. L'âge moyen était de 39 ans.

Une pathologie respiratoire et/ou cardiaque était noté dans 7,5% des cas. Les principaux motifs de consultation étaient le souci pour la santé, l'image de soi et les enfants. La consommation de tabac était plus importante le soir et avec les boissons. Selon le score de Fagerstrom la dépendance était forte à modérée dans 85% des cas. Un fumeur dans l'entourage était présent dans 94% des cas. 93,4% ont rechuté après une première tentative de sevrage dont l'entourage était la principale cause. On consommait la cigarette à la recherche d'un effet relaxant dans 31% des cas et du plaisir dans 27% des cas.

Conclusion

Le pourcentage des femmes consultantes pour sevrage tabagique est faible. Elles sont jeunes et ont une dépendance faible à modérée au tabac. L'information et les programmes destinés aux femmes doivent lever le tabou et les impasses du féminisme.

Résumés posters

• Nicotinophobie : le défi de l'éducation thérapeutique appliquée au sevrage tabagique

O. GALERA - D. BAJON - Clinique de rééducation cardio-vasculaire et pulmonaire de Saint-Orens
Réseau régional de santé respiratoire Partn'Air

Z. MAOZ - C. LUSSAGNET - A. TADIOTTO - T. BABIN - Clinique de rééducation cardio-vasculaire et pulmonaire de Saint-Orens

Introduction

Les traitements substitutifs nicotiques (TSN) restent le principal traitement validé de la dépendance au tabac. Faciles à prescrire et sans danger, leur efficacité et leur tolérance, lorsqu'ils sont correctement utilisés, ont été clairement prouvées.

Pourtant, leur acceptation et leur observance se heurtent aux représentations des patients. La crainte d'utiliser des TSN, ou « nicotinophobie », pourrait être le principal frein à l'adhésion thérapeutique des patients fumeurs, et donc à l'origine de nombreux échecs de sevrage.

Matériels et méthodes

Afin de lutter contre cette nicotinophobie, nous avons évalué l'efficacité d'un atelier éducatif collectif chez des patients fumeurs hospitalisés en service de soins de suites et réadaptation (SSR) spécialisé en rééducation cardio-vasculaire et pulmonaire.

Cet atelier était animé par un seul et même animateur, formé à l'ETP, avec des méthodes éducatives validées, de type brainstorming.

Résultats

La participation à l'atelier améliorait l'adhésion thérapeutique aux TSN et améliorait significativement le taux de sevrage à 1 mois (81% vs 48% pour le groupe témoin qui bénéficiait d'une prise en charge tabacologique individuelle similaire mais sans participation préalable à l'atelier collectif).

Conclusion

L'approche éducative centrée sur la lutte contre la nicotinophobie semble susceptible d'aider les patients fumeurs à arrêter de fumer et encourage la création d'un véritable programme d'éducation thérapeutique dédié à l'aide au sevrage tabagique.

• Tabagisme, bien-être au travail et absentéisme

R. GODINNE - Province de Hainaut

A. BRAUN - Université de Mons

J. JAMART - Unité de Tabacologie et USS - CHU UCL Namur - Yvoir, Belgique

L. GALANTI - Unité de Tabacologie et USS - CHU UCL Namur - Yvoir, Belgique

La consommation de tabac, le bien-être au travail et l'absentéisme sont présents dans toute organisation et peuvent avoir des conséquences néfastes pour le travailleur.

Cette étude analyse, de manière non-exhaustive, les relations triangulaires existant entre ces thématiques. 596 agents parmi deux institutions de la Province de Hainaut, employeur du service public belge, ont été invités à participer à l'étude. 169 ont complété différents questionnaires sur le statut tabagique et la perception du bien-être au travail : test de Fagerström, Q-MAT, échelle de Santé Psychologique au Travail et Competing Values Framework. Les données d'absentéisme ont été analysées via un logiciel interne.

Le taux de participation est de 28% avec un pourcentage de fumeurs de 22% (Fagerström moyen : 2.7 ; QMAT : 8). La perception générale du niveau de bien-être au travail est supérieure à la moyenne (5.2 sur une échelle de 1 à 7) sans différence entre fumeurs (F) et non-fumeurs (NF). L'absentéisme est corrélé négativement avec certains facteurs de bien-être au travail, comme l'affiliation à l'équipe. Plus un F a une consommation élevée de tabac, moins il perçoit son responsable comme quelqu'un d'empathique et de proche de ses collaborateurs et plus son taux d'absentéisme augmente.

Cette étude met en évidence les liens entre tabagisme, bien-être au travail et absentéisme et l'importance du rôle du responsable d'équipe.

• **Tabagisme : prévalence, facteurs associés et obstacles au sevrage tabagique chez une population de patients suivis pour schizophrénie**

S. JABLI - I. GARGOURI - A. BRAHEM - M.A. KLAIBI - S. AISSA - A. KNAZ - M. BEN KHELIFA - A. ABDELGHANI - A. GARROUCH - A. HAYOUNI - M. BENZARTI
Service de pneumologie - CHU Farhat Hached - Sousse, Tunisie
Service de psychiatrie - CHU Farhat Hached - Sousse, Tunisie

Introduction

Le tabagisme est un problème majeur de la santé publique. Ce fléau est encore plus fréquent chez les personnes atteintes des pathologies psychiatriques et en particulier les personnes atteintes de schizophrénie.

But de travail

Le but de notre travail était d'évaluer le taux de prévalence du tabagisme chez une population de patients atteints de schizophrénie, ainsi que les facteurs associés à cette prévalence, d'évaluer leur dépendance nicotinique, et de mettre en évidence les obstacles qui empêchent ces patients d'accéder à l'aide au sevrage tabagique.

Matériels et méthodes

Nous avons mené une étude transversale descriptive et analytique sur 100 patients atteints de schizophrénie et suivis à la consultation externe du service de psychiatrie de Sousse.

Résultat

L'âge moyen de nos patients était de 39 ans. Soixante quinze pour cent des patients étaient des hommes. L'âge moyen d'initiation au tabagisme était de 16,8 ans.

Le taux de prévalence de tabagisme dans notre population était de 65%. La dépendance à la nicotine était forte à très forte chez 49,2% des malades. Parmi nos patients, 34 (52,3%) ont tenté d'arrêter de fumer. La durée moyenne de sevrage tabagique chez nos patients était de 1,7 mois \pm 6,7 mois. Parmi les malades qui ont tentés le sevrage, aucun n'a eu recours à l'aide d'un professionnel de la santé et uniquement 15,3% étaient au courant de l'existence d'une consultation d'aide au sevrage tabagique. Le sexe masculin était le seul facteur associé à la consommation de tabac chez nos patients avec une association statistiquement significative.

Conclusion

Il ressort de notre étude que le sevrage tabagique devrait constituer une priorité chez les patients atteints de schizophrénie et devrait d'abord commencer par la prise de conscience des professionnels de la santé de la nécessité d'une telle prise en charge.

• **Particularités du sevrage tabagique chez les petits fumeurs**

S. JABLI - S. AISSA - A. KNAZ - N. FEZAI - I. GARGOURI - M. BEN KHELIFA - A. ABDELGHANI - A. GARROUCH - A. HAYOUNI - M. BENZARTI
Service de Pneumologie - CHU Farhat Hached - Sousse, Tunisie

Introduction

La majorité des études sur le tabagisme se sont intéressées aux fumeurs quotidiens et ceux fumant au moins dix cigarettes par jour ou encore appelés « gros fumeurs ». Ainsi, les connaissances sur « les petits fumeurs » restent limitées. Actuellement, il n'y a pas une définition précise de ces petits fumeurs. Toutefois, le seuil le plus souvent retenu est celui de cinq cigarettes par jour.

But de travail

L'objectif de notre étude est de décrire les caractéristiques générales, l'histoire du tabagisme, le degré de dépendance nicotinique des petits fumeurs en les comparant à ceux des gros fumeurs et de déterminer les particularités du sevrage tabagique chez cette population des petits fumeurs.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective menée à partir des dossiers des fumeurs suivis à la consultation d'aide au

sevrage tabagique du service de pneumologie CHU Farhat Hached Sousse entre 1999 et 2016. On a inclus dans notre étude 2069 fumeurs qui ont été subdivisés en deux groupes :

- G1 : « gros fumeurs » : comportant 997 fumeurs.
 - G2 : « petits fumeurs » : comportant 129 fumeurs.
- La valeur seuil utilisée est celle de cinq cigarettes par jour.

Résultat

L'âge moyen de G1 était de 42 \pm 12 ans comparable à celui de G2. Le G1 représentaient 6,2% de la population totale. Il n'y avait pas de différence significative concernant l'âge, le sexe, le niveau d'étude, et le niveau professionnel. La consommation tabagique journalière moyenne chez le G1 était égale à 1,3 cigarette par jour. L'âge de la première cigarette chez le G1 était supérieur à celui de G2 sans différence significative ($p=0,66$). La consommation tabagique chez le G1 était plus importante sur les lieux du travail et aux moments de nervosité. Le G1 avaient une consommation alcoolique plus

Résumés posters

importante que le G2 ($p=0,003$). Le G1 consommait plus la «chicha» que le G2 avec une différence statistiquement significative ($p=10^{-4}$). En utilisant le test de Fagerstrom, la majorité des petits fumeurs (94,5%) n'avait pas de dépendance physique à la nicotine. La motivation à l'arrêt du tabac était insuffisante chez la majorité des petits fumeurs, soit 99,11%. Le nombre moyen des tentatives du sevrage tabagique chez le G1 était de 1,1 avec une durée moyenne de 20,19 jours. Le score HAD moyen de ce groupe était inférieur à celui du G2 avec une différence statistiquement significative ($P=10^{-4}$). Le sevrage tabagique reposait essentiellement sur les substituts nicotiques prescrits chez 91,47% des

patients de G1 et 80,94% des patients de G2 avec une différence statistiquement significative ($p=0,0009$). Le G1 avait plus de chances d'arrêter le tabac à long terme à savoir à 6 mois ($p=0,09$).

Conclusion

Les petits fumeurs et les fumeurs intermittents représentent, actuellement, une catégorie particulière dont la prévalence ne cesse d'augmenter pouvant atteindre 25 à 33% de l'ensemble des fumeurs.

• Les caractéristiques du sevrage tabagique chez les sujets âgés

S. JABLI - S. AISSA - N. FEZAI - A. MIGAOU - A. KNAZ - I. GARGOURI - M. BEN KHELIFA - A. ABDELGHANI - A. GARROUCH - A. HAYOUNI - M. BENZARTI
Service de Pneumologie - CHU Farhat Hached - Sousse, Tunisie

Introduction

Le tabagisme chez le sujet âgé est un problème trop souvent négligé et sous estimé. Il est le facteur de risque de décès prématuré le plus important. Le sevrage tabagique après l'âge de 65 ans n'est pas souvent proposé aux patients fumeurs malgré le désir de nombreux d'entre eux d'arrêter.

But de travail

L'objectif de notre travail est de décrire les caractéristiques du tabagisme chez les sujets âgés de plus de 65 ans et étudier les particularités du sevrage chez cette population.

Matériels et méthodes

Il s'agit une étude rétrospective menée à partir des dossiers des fumeurs qui ont été suivis à notre consultation d'aide au sevrage tabagique entre 1999 et 2016.

Résultat

Entre 1999 et 2016, 2069 fumeurs se sont adressés à la consultation d'aide au sevrage tabagique. Parmi eux 126 consultants avaient un âge de 65 ans ou plus soit 6,08%. L'âge moyen de nos patients était de $69 \pm 3,5$ ans. On note une prédominance masculine (125 fumeurs). Le niveau socio-économique était bon dans 44,72% des cas. Les antécédents respiratoires étaient dominés par la bronchite chronique retrouvée dans 58,54% des cas. Le diabète était présent dans 33,33% des cas, suivi par l'hypertension artérielle dans 7,3% des cas et la coronaropathie ischémique dans 4,9%. La consommation tabagique journalière moyenne était de $25,92 \pm 13,82$ cigarettes par jour. L'âge moyen à la première cigarette était de $16,59 \pm 6,6$ ans. Plus de 59% des fumeurs (soit 73 fumeurs) avaient une forte dépendance physique selon le score de Fagerstöm. Selon le

score QMAT, 79 consultants, soit 64,23% avaient une grande motivation pour arrêter de fumer et environ 20% des cas avaient peu ou pas de motivation à l'arrêt du tabac. Soixante six fumeurs (53,66%) avaient déjà essayé d'arrêter de fumer au moins une fois. Le nombre moyen de tentatives était $1,75 \pm 3,05$. La durée maximale moyenne du sevrage tabagique était de 3 mois et demi. Le score HAD était supérieur ou égal à 19 dans 18,7% des cas. Pour 98 fumeurs soit 79,67% des cas, on a prescrit les substituts nicotiques sous la forme de patchs transdermiques. Tous les fumeurs ont bénéficié d'une thérapie comportementale et d'un soutien psychologique durant la période du sevrage. Au cours du suivi, 22 fumeurs ont réussi le sevrage tabagique à 1 mois, 7 fumeurs l'ont réussi à 3 mois et 3 fumeurs l'ont effectué à 6 mois.

Conclusion

Il est essentiel d'envisager d'arrêter de fumer de façon précoce et il est toujours bénéfique d'envisager le sevrage tabagique quelque soit l'âge du fumeur. Le sevrage tabagique après l'âge de 65 ans permet une augmentation de l'espérance de vie de 4 ans avec une réduction du risque de décès de 27%.

• **Caractéristiques des adolescents s'adressant à la consultation d'aide au sevrage tabagique**

A. KNAZ - S. AISSA - N. FEZAI - S. JABLI - I. GARGOURI - M. BENKHLIFA - M. ABDELGHANI - A. GARROUCH - A. HAYOUNI - M. BENZARTI

Service de Pneumologie - CHU Farhat Hached de Sousse - Tunisie

Introduction

Le tabagisme chez les adolescents est une préoccupation de santé publique. L'initiation du tabagisme se fait généralement au moment de l'adolescence.

Objectif

Décrire les caractéristiques générales, l'histoire du tabagisme, le degré de dépendance nicotinique et les particularités du sevrage des adolescents pris en charge à la consultation du sevrage tabagique.

Matériels et méthodes

Notre travail consiste en une étude rétrospective de dossiers des adolescents fumeurs qui ont été suivis à notre consultation d'aide au sevrage tabagique au CHU Farhat Hached de Sousse entre 2009 et 2016.

Résultats

Le nombre d'adolescents était de 57. L'âge moyen était de $16,61 \pm 1,56$ ans. Une prédominance masculine (96,5%) a été retrouvée. Trente cinq pour cent des adolescents fumeurs avaient un fumeur dans l'entourage.

Le score de Fagerström moyen était de $5,09 \pm 2,26$. La dépendance était forte dans 15,8% et moyenne dans 24,6%. La dépendance comportementale prédominante était l'effet relaxant de la cigarette dans 46,7%. La majorité des fumeurs rapportaient que la santé était leur principale motivation à l'arrêt. Le score de motivation moyen était de $7,9 \pm 6,62$. Une tentative antérieure de sevrage était rapportée chez 31,6%. Au cours du suivi, 3,5% des fumeurs ont réussi à arrêter de fumer à un mois, 7% ont réussi à arrêter de fumer à 3 mois et 3,5% ont réussi à arrêter de fumer à 6 mois.

Conclusion

Les effets délétères du tabac étant liés au nombre d'années de tabagisme, une prévention précoce paraît nécessaire. L'aide à apporter aux jeunes adolescents passe par une politique globale et cohérente comprenant l'éducation à la santé et la prévention, mais aussi les soins par l'aide au sevrage.

• **Caractéristiques des diabétiques s'adressant à la consultation d'aide au sevrage tabagique**

A. KNAZ - S. AISSA - N. FEZAI - S. JABLI - I. GARGOURI - M. BENKHLIFA - M. ABDELGHANI - A. GARROUCH - A. HAYOUNI - M. BENZARTI

Service de Pneumologie - CHU Farhat Hached de Sousse - Tunisie

Introduction

Le tabagisme chez les personnes diabétiques multiplie le risque des accidents vasculaires. Les professionnels de la santé jouent un rôle essentiel pour encourager et aider les patients diabétiques fumeurs à arrêter de fumer. Le sevrage tabagique est particulièrement difficile chez cette population à cause de leur forte dépendance et de l'association à d'autres comorbidités.

Buts

L'objectif de notre travail est de décrire les caractéristiques générales, l'histoire du tabagisme, le degré de dépendance nicotinique et les particularités des diabétiques en particulier.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective de dossiers de sujets s'adressant à notre consultation d'aide au sevrage tabagique sur une période allant de janvier 2009 jusqu'à 2016.

Résultats

Le nombre total de consultants était 2098, 30% étaient des diabétiques. Leur âge moyen était de 46 ans. Le niveau socio-économique était faible à moyen dans 85% des cas. Une prédominance masculine (95%) a été retrouvée. L'âge de début de la première cigarette était inférieur à 20 ans chez 72% des cas. Des fumeurs dans l'entourage étaient présents dans 59% des cas. Des co-morbidités sont présentes : HTA dans 17% des cas, coronaropathie dans 5% des cas et BPCO dans 49% des cas. La consommation moyenne de cigarettes était 18 par jour, elle était plus que 30 cigarettes par jour chez 21 consultants. Pour tous les consultants la motivation d'arrêt était la santé. La dépendance à la nicotine d'après le score de Fagerström était forte (score > 7) dans 37% des cas. Le CO expiré était de plus de 20 ppm chez 20% des consultants. La motivation pour le sevrage tabagique était grande dans 40% des cas. La prescription de substituts nicotiques a été effectuée chez 150 consultants (84%). Une thérapie cognitivo-comportementale a été préconisée pour tous les consultants.

Résumés posters

Conclusion

Les effets délétères du tabac étant liés au nombre d'années de tabagisme, une prévention précoce paraît nécessaire. L'aide à apporter aux jeunes adolescents passe par une politique globale et cohérente comprenant l'éducation à la santé et la prévention, mais aussi les soins par l'aide au sevrage.

• **Caractéristiques du sevrage tabagique chez les patients hypertendus**

A. KNAZ - S. AISSA - N. FEZAI - S. JABLI - I. GARGOURI - M. BENKHLIFA - M. ABDELGHANI - A. GARROUCH - A. HAYOUNI - M. BENZARTI

Service de Pneumologie - CHU Farhat Hached de Sousse - Tunisie

Introduction

Le tabagisme chez les personnes hypertendues multiplie le risque de complications notamment vasculaires. Les professionnels de la santé jouent un rôle essentiel pour encourager et aider les patients hypertendus fumeurs à arrêter de fumer.

Objectif

Décrire les caractéristiques générales, l'histoire du tabagisme, le degré de dépendance nicotinique et les particularités du sevrage des malades hypertendus pris en charge à la consultation du sevrage tabagique.

Matériels et méthodes

Notre travail consiste en une étude rétrospective de dossiers de fumeurs qui ont été suivis à notre consultation d'aide au sevrage tabagique au CHU.Farhat Hached de Sousse entre 2009 et 2016.

Résultat

Durant la période de l'étude, le nombre total de consultants était de 2098 dont 130 (6%) étaient des hypertendus. L'âge moyen était de 45,2 ans. Une prédominance

masculine (92,3%) a été retrouvée. La population était majoritairement active (73%). Des co-morbidités respiratoires étaient présentes dans 38% des cas. Le score de Fagerström moyen était 5,2. La majorité des fumeurs rapportaient que la santé était leur principale motivation à l'arrêt. Une tentative antérieure de sevrage était rapportée chez 27%. Les substituts nicotiques étaient prescrits chez 19.2% d'entre eux et une thérapie cognitivo-comportementale a été préconisée pour tous les fumeurs.

Au cours du suivi, 3,8% des hypertendus ont réussi à arrêter de fumer à un mois, 6.9% ont réussi à arrêter de fumer à 3 mois et 4,6% ont réussi à arrêter de fumer à 6 mois.

Conclusion

Les effets néfastes du tabac sur la tension artérielle restent encore trop méconnus. Pourtant, fumer multiplie par trois les risques d'être hypertendu. De plus, le tabac est responsable de 24% des décès lié au système cardiovasculaire d'où la nécessité d'une aide au sevrage tabagique.

• **Le sevrage tabagique en santé mentale : ses particularités**

S. LERBOULET - Pôles de la Déodatie - Centre Hospitalier Ravenel - Mirecourt

Contexte

La prévalence du tabagisme est plus élevée chez les personnes présentant une affection mentale que dans la population générale.

La Fédération Française de Psychiatrie et le Conseil National Professionnel de Psychiatrie préconisent de réduire le risque tabagique.

Objectifs

Montrer que la prise en charge du tabagisme des patients présentant une pathologie psychiatrique est un enjeu majeur de santé publique, présenter les stratégies d'aide au sevrage disponibles, les particularités de leur mise en oeuvre et les résultats obtenus.

Méthode

Il s'agit d'une revue de la littérature menée sur la base de données Medline. De plus, les recommandations et les législations françaises en vigueur ont été utilisées.

Résultats

En France, la prévalence du tabagisme chez les patients ayant un trouble psychiatrique varie entre 42,38% et 71%, selon les études.

La consommation de tabac est responsable d'une morbidité somatique et d'une mortalité prématurée.

Le sevrage peut s'appuyer sur les mêmes moyens que dans la population générale. Les traitements de substitution nicotinique, la varénicline et le bupropion ont

une efficacité prouvée chez les patients ayant une affection mentale sévère et sont bien tolérés. Toutefois, le bupropion ne peut être utilisé dans certains troubles psychiatriques et nécessite des précautions d'emploi dans d'autres situations. Le suivi du sevrage doit tenir compte des spécificités liées à la pathologie psychiatrique existante. De plus, l'arrêt du tabac modifie les concentrations de certains psychotropes et une surveillance clinique, voire biologique, est nécessaire. Le pourcentage de patients parvenant à cesser de fumer diffère suivant le diagnostic et le traitement employé.

Les bénéfices obtenus sur la santé mentale sont aussi importants que dans la population générale.

Conclusion

La prise en charge du tabagisme en psychiatrie doit être une priorité.

Les patients présentant un trouble mental étant aussi motivés pour stopper le tabagisme que les personnes non affectées, la balle est dans le camp des professionnels de santé.

• **Résultat d'une action de dépistage de la BPCO post-tabagique et d'aide à l'arrêt du tabac en population précarisée**

*F. MARCHANDISE - P. LEMAIRE - L. DOLY-KUCHCIK - J. PERRIOT
Dispensaire Emile Roux - Centre de tabacologie - Clermont-Ferrand*

Introduction

Une action menée entre 2011 et 2017 a eu pour but de dépister la BPCO post tabagique dans une population en situation de précarité sociale pour en induire la prise en charge et proposer une aide à l'arrêt du tabac aux fumeurs atteints de BPCO.

Méthode

Le dépistage volontaire s'est déroulé sur six ans, il a lié le dispensaire Emile Roux centre de pneumologie préventive et tabacologie et les Ateliers Santé Ville. Les troubles ventilatoires obstructifs ont été dépistés au moyen d'un Néo 6 (VEMS/CVF \leq 70% constants sur 3 essais), suivis d'une confirmation par Exploration Fonctionnelle Respiratoire en consultation de pneumologie. Préalablement des données sociologiques ont été recueillies : Age (A), sexe, fumeur actuel (FA) : consommation en paquets-années (PA) et journalière (C/J), dépendance à la cigarette (FTCD), niveau de précarité sociale (score EPICES).

Résultats

1446 personnes dépistées (SR=0,85), les femmes (Am=65 ans, EPICESm=56, FA=18,18%, PAm=17, C/Jm=14, FTCDm=4) présentaient une BPCO dans 5% des cas, 22% se sont engagées dans le sevrage tabagique (ST), abstinences dans 32% des cas à 6 mois. Les hommes (Am=53 ans, EPICESm=52, FA=47%, PAm=22, C/Jm=16, FTCDm=5) présentaient une BPCO dans 9% des cas, 20% en ST avec un taux d'arrêt à 6 mois de 40%.

Conjointement au ST selon les recommandations, une action d'éducation thérapeutique a permis d'optimiser la prise en charge de la BPCO.

Conclusion

Cette étude met en évidence qu'il est possible tout à la fois d'identifier en population précarisée des BPCO méconnues et d'initier conjointement leur prise en charge ainsi que le sevrage tabagique des fumeurs.

• **Emotions, psychotraumatismes et tabagisme**

*A. MEUNIER - Unité de Tabacologie - Yvoir, Belgique
J. JAMART - USS - CHU UCL Namur - Yvoir, Belgique
L. GALANTI - Unité de Tabacologie - Yvoir, Belgique*

Introduction

Les émotions permettent de former des représentations sur les résultats éventuels de comportements et de situations influant ainsi sur nos pensées et actions. De plus, 60% de personnes avec une addiction auraient souffert d'un état de stress post-traumatique consistant en une situation extrême provoquant une réponse spécifique de type psychologique, cognitivo-comportemental et affectivo-émotionnel.

But

Cette étude évalue le lien entre le poids des émotions, l'existence de psychotraumatisme et la consommation de tabac.

Matériel et méthode

Des questionnaires (test de Fagerström, HAD, Emotions

de base et Psychotraumatismes) ont été distribués auprès de 23 fumeurs en consultation de tabacologie et 33 non-fumeurs du centre de prélèvement du laboratoire.

Résultats

Chez les fumeurs, 14% rapportent au moins une tentative de suicide, le degré d'anxiété et le ressenti d'émotions négatives sont significativement plus élevés que chez les non-fumeurs. 73% rapportent l'existence d'un événement traumatique (vs 32% chez les non-fumeurs, $p=0.004$) dont 39% d'agression sexuelle par un membre de la famille ou quelqu'un de familier et le contact sexuel avant 18 ans par quelqu'un de, au minimum, 5 ans plus âgé (vs 4% chez les non-fumeurs, $p=0.002$).

Résumés posters

Conclusion

Les fumeurs présentent des caractéristiques émotionnelles et un passé psychotraumatique différents des non-fumeurs. Une évaluation de ces différents traits devrait pouvoir être réalisée en consultation de tabacologie afin d'optimiser l'accompagnement que sevrage.

• **Sous-exploitation du médecin du travail dans la lutte contre le tabagisme : un gâchis ?**

J.F. NDE DJIELE - L. GALANTI - Yvoir, Belgique

Introduction

Le médecin du travail, par sa position clé, est un professionnel de santé important dans la lutte contre le tabagisme.

Objectif

Le but de cette étude est d'analyser l'attitude du médecin du travail auprès des fumeurs en milieu professionnel.

Méthodologie

116 médecins du travail belges ont été interrogés par questionnaire via l'Association Professionnelle belge des Médecins du Travail portant sur leur attitude lors de leurs consultations.

Résultats

61% sont des femmes. La médiane d'âge est de 52 (de 22 à 74) ans, la durée d'exercice de 17 (de 2 à 45) ans. 6% sont fumeurs, 29,7% ex-fumeurs. 88,7% exercent

la médecine du travail à plus de 80% de temps ; 81,4% déclarent avoir assez d'autonomie pendant leurs consultations. 94,6% des médecins s'intéressent au tabagisme des travailleurs et communique des conseils spontanément lorsqu'ils observent des symptômes pouvant être liés au tabagisme, 78,4% s'il n'y a pas de symptôme. 75% des médecins pensent avoir un rôle de conseiller auprès du fumeur, seuls 35,1% disent disposer d'assez de temps pour le faire. 72,7% souhaitent assister à un séminaire de tabacologie.

Conclusion

Le médecin du travail par un conseil minimum et une orientation des fumeurs désireux d'arrêter, est un canal important dans la facilitation à l'arrêt du tabac et la participation à la lutte contre le tabagisme en milieu professionnel. Son implication reste cependant faible et nécessiterait une sensibilisation à l'importance de leur rôle dans la problématique du tabagisme.

• **L'aromathérapie peut-elle aider au sevrage tabagique ?**

B. NZEUSSEU CHIMI - F. NDE - L. GALANTI

Unité de Tabacologie - CHU UCL Namur - Yvoir, Belgique

Introduction

L'aromathérapie est classiquement utilisée dans divers domaines. Toutefois, son apport éventuel dans la prise en charge globale du sevrage tabagique reste méconnu.

But

Le but de ce travail est d'évaluer l'effet d'une préparation à base d'Huiles Essentielles (HE) chez le fumeur en sevrage.

Matériel et Méthode

16 fumeurs, hommes (n=10) et femmes (n=6), ont été suivis pendant 6 semaines, 9 recevant HE, 7 un placebo, à humer 6x/jour. Une visite initiale et en fin de suivi ont été réalisées avec mesure du poids et du CO. 4 questionnaires (FTND, Q-Mat, HAD et un questionnaire

spécifique de ressenti après utilisation de la préparation) ont été complétés à chaque visite et lors de 4 appels téléphoniques additionnels.

Résultats

Le nombre de cigarettes fumées et le CO ont diminué dans les deux groupes, avec une diminution plus marquée dans le groupe HE. Le Q-Mat a varié de 12 à 14 dans le groupe HE et est resté à 12 dans le groupe placebo. FTND a diminué de 5 à 4 dans le groupe placebo et de 5 à 1 dans le groupe HE. L'anxiété est passé de 10 à 7 pour le groupe HE et est resté à 10 pour le groupe placebo. La dépression est passée de 4,5 à 2 pour le groupe HE et est restée à 5 pour le groupe placebo. Les préparations étaient faciles d'utilisation pour les deux groupes.

Conclusion

Ces résultats préliminaires montrent une utilisation facile de HE qui a entraîné une diminution de la consommation de cigarettes, une augmentation de la motivation à l'arrêt et une amélioration de l'humeur, en terme d'anxiété et de dépression. Le recours à l'aromathérapie pourrait être investiguée comme aide complémentaire éventuelle au sevrage.

• **Caractéristiques du tabagisme à l'unité de sevrage tabagique du CHU Yalgado de Ouagadougou**

G. OUÉDRAOGO - Service de Pneumologie-Phtisiologie - Unité de sevrage tabagique

K. BONCOUNGOU - Service de Pneumologie-Phtisiologie

G. BOUGMA - Service de Pneumologie-Phtisiologie - Unité de sevrage tabagique

S. DAMOUE - Service de Pneumologie-Phtisiologie - Unité de sevrage tabagique

A. COULIBALY - Service de Pneumologie-Phtisiologie - Unité de sevrage tabagique

A.R. OUÉDRAOGO - Service de Pneumologie-Phtisiologie

G. BADOUM - Service de Pneumologie-Phtisiologie

M. OUÉDRAOGO - Service de Pneumologie-Phtisiologie

CHU-Yalgado Ouédraogo - Burkina-Faso

Justification

Première de la sous région Ouest africaine francophone, l'unité de sevrage tabagique à ouvert ses portes le 05/05/17. Après deux mois de fonctionnement, un état des lieux permettra une réadaptation de nos protocoles de prise en charge.

Méthodes

Il s'agit d'une étude transversale concernant tous les tabagiques reçus en consultation de sevrage tabagique du 05/05/17 au 05/07/17.

Résultats

Au total, 86 tabagiques ont été reçus avec une moyenne d'âge de 41 ±14 ans. Le sexe ratio est de 18,75. L'âge moyen d'initiation du tabagisme est de 18 ±4 ans avec des extrêmes à 6 et 27 ans. La durée de consommation

moyenne du tabac est de 23 ±15 ans. Le nombre de cigarette fumée en moyenne par jour est de 18 ±13. La dépendance est en moyenne de 5 ±3(score de Fagerström). Une co addiction cannabis/tabac a été retrouvée dans une proportion de 8,64%.Quant à la consommation d'alcool, elle intéresse 71,25% des tabagiques reçus. La proportion présentant un syndrome dépressif certain est de 54,66% contre 16% pour l'anxiété (échelle HAD).La motivation d'arrêter le tabac a été bonne voire très bonne chez 92,5% d'entre eux. Au moins une pathologie associée a été retrouvée chez 41,86%des consommateurs de tabac reçus.

Conclusion

Malgré les difficultés, des efforts sont menés dans le but d'assurer leur prise en charge. Cependant beaucoup reste à faire en vue d'une contextualisation de la démarche.

• **Aperçu des notions des internes en médecine sur le sevrage tabagique et les substituts nicotiques**

C. PELOSO - A. GANDOUIN - P. POLOMÉNI

Service d'addictologie - hôpital Avicenne - Bobigny

Hôpitaux Universitaires Paris Seine-Saint-Denis - Assistance-Publique Hôpitaux de Paris

La question du tabagisme et de l'aide au sevrage tabagique est souvent au second plan lors des séjours hospitaliers. Notre objectif est d'évaluer les connaissances pratiques des internes en médecine sur le sevrage tabagique et la prescription des traitements de substitution nicotinique (TSN), au moyen d'un questionnaire rempli lors de leur premier jour de stage hospitalier (réunion d'accueil des internes) dans notre hôpital.

Parmi les 43 internes ayant répondu au questionnaire en novembre 2016, 40% ont déjà prescrit des substituts ni-

cotiniques. Seuls 60% reconnaissent l'allergie comme unique contre-indication des TSN. 30% des internes répondent qu'il n'est pas possible de fumer avec un patch. 19% pensent qu'il est préférable de commencer les TSN avec un faible dosage, tandis que 79% rejettent à raison cette proposition. 67% sont en accord avec la possibilité de poser plusieurs patchs simultanément. 60% pensent qu'il n'est pas possible de couper un patch pour adapter la dose. 88% des internes connaissent la possibilité d'aide financière de la sécurité sociale pour l'achat des TSN prescrits sur ordonnance dédiée.

Résumés posters

Ces résultats montrent la nécessité de formation et d'information sur l'aide au sevrage tabagique. Une plaquette élaborée par l'équipe de tabacologie, comportant les notions essentielles pour prendre en charge un fumeur est remise aux internes. La prise en compte des freins et des leviers à la prise en charge des patients

fumeurs par les soignants serait nécessaire. Le rôle des équipes de liaison et de soin en addictologie (ELSA), intervenant à l'hôpital au lit du patient et auprès des équipes, est également indispensable pour promouvoir l'aide au sevrage tabagique.

• Initier le sevrage tabagique aux urgences : utopie ou réalité ?

O. PENE - L. GALANTI -

Unité de Tabacologie - CHU UCL Namur - Yvoir, Belgique

Introduction

Les services d'urgence prennent en charge des patients pour de nombreuses pathologies, certaines liées au tabac. La prise en charge du statut tabagique reste cependant fort limitée.

But

Cette étude évalue l'intérêt du personnel des urgences pour le tabagisme de leurs patients et sa prise en charge.

Matériel et méthode

106 personnes (médecin, infirmier, aide-soignante/administrative, assistante logistique) au sein de 3 services d'urgence du CHU UCL Namur ont répondu à une enquête portant sur la recherche du statut tabagique des patients, les informations données aux fumeurs, les possibilités de prise en charge et les besoins en formation.

Résultats

Parmi les 72 (67,9%) réponses, 83% interrogent les patients sur leur statut tabagique avec 85% d'inscription au dossier. 48,6% suggèrent, au minimum, d'arrêter de

fumer. 72,6% accordent moins de 1 minute au tabac. 57% pensent que le service des urgences n'est pas un endroit adapté pour en parler, 67% qu'un tabacologue référent serait utile. 58% souhaiteraient recevoir une information sur la prise en charge du tabagisme sous forme de folder (44%), de formation individuelle (33%), d'e-learning (14%) ou via messagerie (9%). 66,7% des personnes intéressées y accorderaient de 1 à 5 minutes.

Conclusion

Le statut tabagique du patient fait globalement partie de l'anamnèse avec inscription dans le dossier. Cependant l'information reste peu exploitée. Le principal frein serait le manque de temps alors que l'intervention du personnel des urgences pourrait être courte (question du statut tabagique, incitation à l'arrêt, information sur les structures d'aide spécifiques). Un petit nombre de professionnels déclare néanmoins être désireux de recevoir une formation.

• Fumer : facteur protecteur pour le diabète gestationnel ?

I. ROELENS - Maternité - CASH - Hopital Max Fourestier - Nanterre

I. BERLIN - Hôpital Pitié-Salpêtrière - Faculté de médecine Université P. & M. Curie - INSERM U1018 - Paris

La prévalence du diabète gestationnel, une des complications de la grossesse les plus courantes, est en constante augmentation et de multiples équipes étudient sa pathogenèse, ses effets sur la mère ainsi que sur l'enfant et les facteurs de risque pour cette pathologie. Les données par rapport au tabagisme maternel sont troublants car différentes études montrent que le tabagisme protégerait contre cette pathologie alors que d'autres trouvent un effet nul voire néfaste.

Il nous semble que deux facteurs confondants rendent la synthèse des connaissances incertaine :

1- le fait que la population des femmes tabagiques a un IMC moindre que programmé génétiquement, ces femmes échappent donc en partie au dépistage qui

dans la plupart des pays est proposé sur facteur de risque et

2- l'effet particulier « stress métabolique » de l'arrêt du tabac, surajouté pour les femmes ayant arrêté récemment alors que ces femmes sont en général classées dans le groupe de femmes non fumeuses.

Nous avons entrepris une analyse de la littérature afin de mieux comprendre ce paradoxe. Nous présenterons l'analyse des données de différentes études sous l'angle de la séparation du groupe des femmes non fumeuses en deux sous-groupes : celles n'ayant jamais fumé et celles ayant arrêté leur tabagisme avant l'inclusion dans l'étude.

• Valeur prédictive du questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac (Q-MAT) dans le sevrage tabagique

H. VARLAM - Service ELSA - Centre Hospitalier « Jacques Monod » - Flers

Introduction

La motivation se définit classiquement comme « ce qui incite les personnes à penser, à agir et à se développer ». Parmi les théories de la motivation, celle de l'autodétermination définit le degré d'auto-motivation et d'auto-détermination d'un comportement. Selon cette théorie, il faut faire la distinction entre la motivation intrinsèque et la motivation extrinsèque. La motivation intrinsèque correspond au fait de faire une activité parce qu'elle est en elle-même intéressante et satisfaisante. Un des principes de l'entretien motivationnel est de faire ressortir et de renforcer la motivation intrinsèque de l'individu qui vient de son seul désir et son seul choix. Ensuite, il y a aussi la volonté, nécessaire pour permettre à l'émotion suscitée par la motivation, de perdurer jusqu'à l'atteinte de résultats. Arrêter de fumer, ce n'est pas seulement écraser un mégot ; c'est un processus qui amène un changement dans la façon de voir et dans les habitudes.

Objectif

Evaluer la valeur prédictive du questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac (Q-MAT) dans le sevrage tabagique chez des patients ayant un trouble de l'usage du tabac (TUT).

Matériel et méthodes

Cette étude, étendue sur six mois, a porté sur les patients fumeurs hospitalisés dans un établissement SSR Psychiatrie-Addictologie (Clinique du Château de Préville) pour sevrage de l'alcool et/ou en post cure pour consolidation de l'abstinence et prévention de la rechute à long terme. Pour l'évaluation de la motivation

du patient au changement du comportement, nous avons utilisé le test Q-MAT, proposé aux patients à l'admission dans l'établissement. Un traitement nicotinique de substitution (TNS) leur a été proposé. A la fin du séjour, l'efficacité du traitement a été évaluée.

Résultats

Selon le questionnaire Q-MAT, à l'admission, 29 patients étaient moyennement motivés (30,20%) et 40 patients avaient une forte motivation pour arrêter de fumer (41,67%). Des 40 patients qui avait suivi un TNS et qui étaient fortement motivés, 26 ont arrêté complètement le tabac (65%) et 10 patients ont diminué leur consommation au-delà de 90% (25%). Tous ont exprimé leur volonté de continuer le TNS. La « balance décisionnelle » nous a permis d'identifier les raisons qui motivaient le plus les patients à arrêter de fumer : regagner une meilleure forme physique, augmenter la capacité à l'effort, problèmes de santé liés au tabac, crainte pour la santé future, coût du tabac, gêne pour entourage (conjoint(e), enfants), éliminer l'odeur du tabac des vêtements et intérieur de la maison.

Conclusion

Le questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac (Q-MAT) peut être considéré avoir une valeur prédictive pour l'arrêt du tabac chez des patients sous un TNS. Plus la motivation est importante au début du traitement, plus on peut espérer que celui-ci aura du succès.

• Corrélations entre les paramètres cliniques et biologiques du tabagisme : intérêt du rapport trans-3'-hydroxycotinine/cotinine dans le suivi du sevrage tabagique

C. WEYSSOW - Unité Tabacologie - CHU UCL Namur - Yvoir, Belgique

J. JAMART - USS - CHU UCL Namur - Yvoir, Belgique

L. GALANTI - Unité Tabacologie - CHU UCL Namur - Yvoir, Belgique

Introduction

La nicotine, principale responsable de la dépendance physique est métabolisée en cotinine (COT) puis en 3-trans-hydroxycotinine (3OHCOT) par le CYP2A6 ayant plusieurs polymorphismes. Le rapport 3OHCOT/COT, stable pour un individu, peut dès lors refléter l'activité du cytochrome et permettre de classer les fumeurs en métaboliseurs lents ou rapides présentant des caractéristiques cliniques spécifiques.

But

Analyser les corrélations entre les paramètres cliniques et biologiques liés au tabagisme afin de confirmer l'intérêt du rapport 3OHCOT/COT dans le suivi du sevrage tabagique.

Matériel et méthode

Les dossiers de 109 fumeurs ont été revus. Outre l'âge et la durée du tabagisme, le nombre de cigarettes fumées/jour, le taux de CO, les concentrations en COT et 3OHCOT, 3OHCOT/COT ont été repris lors de la première consultation et lors de deux visites de suivi.

Résultats

En période initiale, COT est influencé par le nombre de cigarettes fumées et le CO, 3OHCOT par la durée du tabagisme et le CO et 3OHCOT/COT par la durée du tabagisme. Lors des 2 visites de suivi, le nombre initial de cigarettes fumées diffère entre abstinents et fumeurs persistants ; COT, 3OHCOT et 3OHCOT/COT diffèrent entre les 2 groupes à la seconde visite de suivi. Plus le

Résumés posters

nombre de cigarettes est important lors de la première consultation, plus il tend à l'être également lors de la seconde. Le CO à la 1^{ère} visite de suivi est corrélé positivement avec le CO initial ($p < 0.001$) et négativement avec le 3OHCOT/COT ($p = 0.016$).

Conclusion

Le nombre initial de cigarettes fumées semble être le marqueur le plus prédictif de la consommation de cigarettes lors de la seconde consultation.

Une corrélation peut être mise en évidence entre COT, 3OHCOT et 3OHCOT/COT et le statut tabagique initial.

• Tabagisme et leucoplasies buccales : des lésions potentiellement malignes

I. YOUSSEF - Cabinet dentaire khzema EST - Sousse, Tunisie

Introduction

La fumée de tabac irrite par sa chaleur et ses composants toxiques les muqueuses de contact, parmi les pathologies induites par le tabagisme la leucoplasie qui passe souvent inaperçue et qu'avec le temps elle peut s'aggraver et le risque de sa transformation en cancer est majeur.

Objectif

Le but est de décrire et d'attirer l'attention sur les lésions potentiellement malignes conséquentes à la fumée du tabac.

Matériels et méthodes

Notre travail consiste en une étude rétrospective menée à partir des dossiers des patients fumeurs qui ont consulté dans cabinet dentaire entre 2013 et 2017.

Résultats

Durant la période de l'étude, le nombre total de consultants était de 8056 dont 787 (9.7%) étaient des grands fumeurs. L'âge moyen était de 53,18 ans. Une prédominance masculine (92,5%) a été retrouvée.

Parmi ces patients, 226 ont présenté des leucoplasies soit 28.7%.

On a trouvé différentes formes de leucoplasies :

- homogène qui est le plus souvent réversible lors de l'arrêt du tabagisme,
- inhomogène correspondant ayant également un fort potentiel de transformation maligne,
- verruqueux ayant un potentiel de cancérisation très important.

Conclusion

Le chirurgien-dentiste doit être attentif à la présence et à l'évolution des leucoplasies et L'incitation au sevrage tabagique est essentielle ce qui permet d'augmenter les chances de réversibilité des leucoplasies et de diminuer le risque de transformation en cancer.

Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

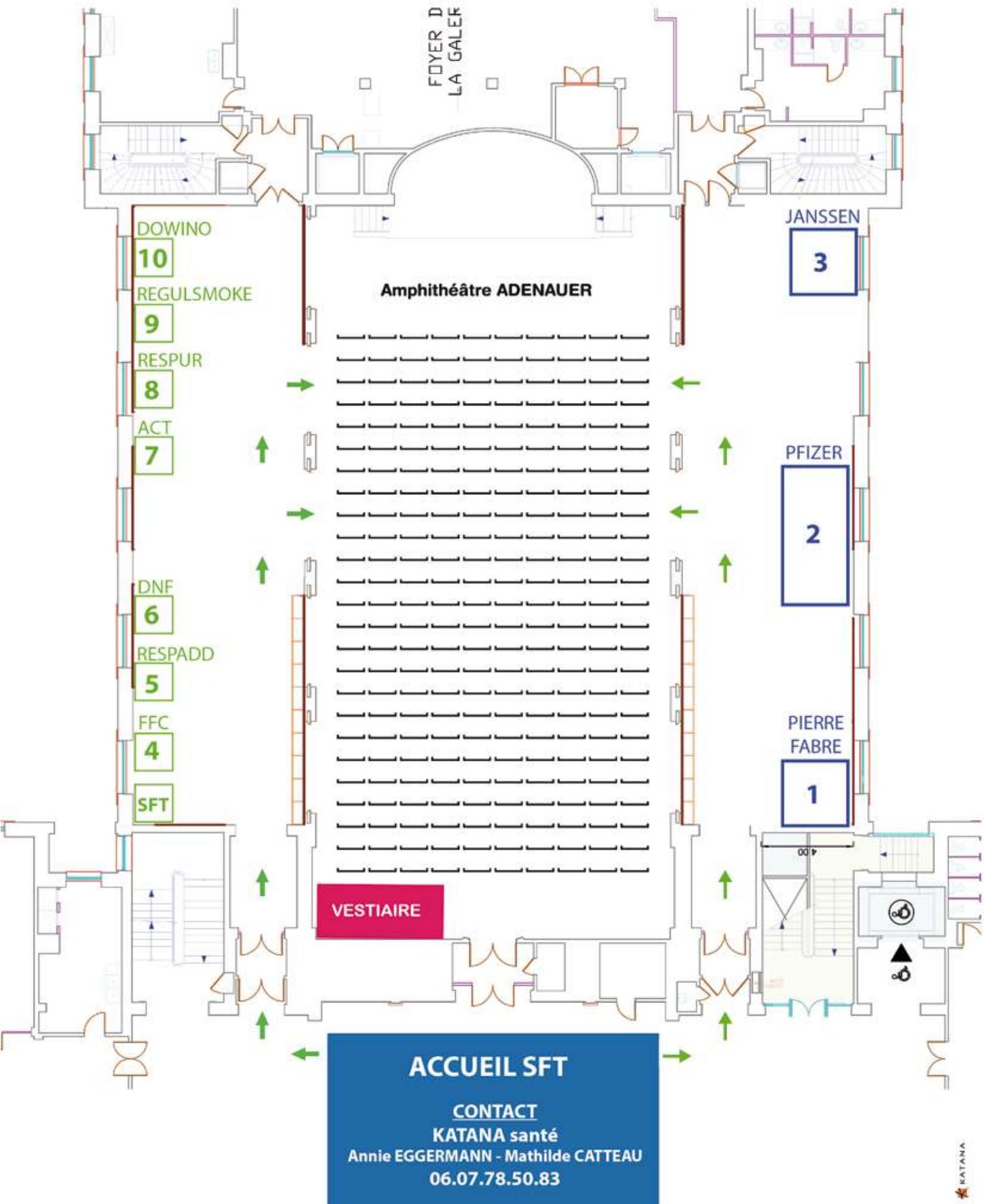
Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page.

Plan du Congrès



*Nouvelle étude,
nouvelles données,
nouvelles perspectives.*



Pour accéder aux mentions légales du médicament,
suivez ce lien
<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>
ou flashez ce code.

CHANGER VOTRE APPROCHE DU SEVRAGE TABAGIQUE

CHAMPIX[®]
varenicline

CHAMPIX[®] est indiqué dans le sevrage tabagique, en seconde intention, après échec des stratégies comprenant des substituts nicotiques chez les adultes ayant une forte dépendance au tabac (score au test de Fagerström supérieur ou égal à 7)^{1,2}.

Nouveau Remboursement à 65 % par la Sécurité Sociale

1. Mentions légales de CHAMPIX[®].

2. Journal officiel de la République française 27 avril 2017, n°99.