



---

*20<sup>ème</sup> Journée de Tabacologie*

Samedi 8 Octobre 2005  
*de 8h00 à 18h00*



*Amphithéâtre Charcot, secteur Salpêtrière*  
Groupe Hospitalier Universitaire Pitié-Salpêtrière  
47 Bd de l'Hôpital 75013 Paris

# PROGRAMME

## **I – RESUMES DES CONFERENCIERS**

*Page*

<b>Le Faou A.L.</b> - Exploitation des données de la base nationale informatisée des consultations de tabacologie : intérêt et limites.....	4
<b>Carton S.</b> - Traitement émotionnel dans le tabagisme.....	5
<b>Stinus L.</b> - Rôle des IMAO dans la dépendance à la nicotine chez le Rat .....	6
<b>Le Houezec J.</b> - Réduction de la consommation tabagique : une nouvelle indication des substituts nicotiniques.....	7
<b>Lagrue G.</b> - Hard-core smokers .....	8
<b>Lirio S.</b> - Le maintien d'un traitement médicamenteux réduit-il le risque de rechute chez les fumeurs abstinents ? .....	9
<b>Mathern G.</b> - Le SNUS : Aide à la réduction ou addiction ? .....	10
<b>Perriot J.</b> - Tabac et cannabis : un cas très particulier.....	11

## **II – RESUMES DES POSTERS**

<b>Halimi A.</b> - Habitudes tabagiques, désir de sevrage et perception des dangers liés au tabagisme chez les adolescents consultant dans un centre de planification.....	13
<b>Testard D.</b> - Vers une santé sans tabac dans le Nord Pas-de-Calais : les entreprises et les établissements scolaires se mobilisent.....	14
<b>Guichenez P.</b> - Apport des thérapies comportementales et cognitives (TCC) dans la prise en charge d'une phobie sociale avec dépendance (tabac – alcool – cannabis).....	15
<b>Perriot J.</b> - Organisation de la lutte contre le tabagisme dans la région auvergne.....	16
<b>Bonte D.</b> - Vers une santé sans tabac dans le Nord Pas-de-Calais : les entreprises et les établissements scolaires se mobilisent. (France) .....	17
<b>Guichenez P.</b> - Apport des thérapies comportementales et cognitives (TCC) en cas de phobie sociale et tabagisme : intérêt de double analyse fonctionnelle.....	18

<b>Bouffard M-A</b> - Prises en charge alcoologiques et tabacologiques, simultanées ou différées ? Comparaison de la maturation vis-à-vis des deux produits dans une population suivie en centre de cure ambulatoire en alcoologie.....	19
<b>Le Ponner G.</b> - Evaluation des consultations de tabacologie de la région Rhône-Alpes auprès de leurs patients.....	20
<b>Merle J-L</b> – Lutte contre le tabagisme au sein d’un centre de lutte contre le cancer.....	22
<b>Brognon P.</b> – Prévention du tabagisme en entreprise.....	23
<b>Bonte D.</b> – Un pôle régional d’addictologie qui se concrétise.....	24

## **I – RESUMES DES CONFERENCIERS**

## **Exploitation des données de la base nationale informatisée des Consultations de Tabacologie : intérêt et limites**

Anne-Laurence Le Faou, Olivier. Scemama, Alan Ruelland, Joël Ménard

Département de Santé Publique, Université Paris V, 15 rue de l'Ecole de Médecine, 75270 Paris cedex 06

Téléphone : 01 42 34 69 58 Fax : 01 53 10 92 01

Email : [anne-laurence.le-faou@spim.jussieu.fr](mailto:anne-laurence.le-faou@spim.jussieu.fr)

### **Résumé de l'intervention**

#### **Introduction**

Le développement des consultations de tabacologie en France a été accompagné par la création d'un système informatisé afin d'évaluer l'adéquation entre cette offre spécialisée et les besoins des fumeurs. Cet article analyse le profil des fumeurs qui se sont adressés aux consultations participant à ce programme.

#### **Méthodes**

La base de données nationale des Consultations De Tabacologie (CDT) a été construite à partir du recueil informatisé de données portant sur les fumeurs consultant dans 40 consultations participant volontairement à ce programme d'évaluation dans 20 régions. 14 574 fumeurs ont été enregistrés entre 2001 et 2003.

#### **Résultats**

Les fumeurs s'adressant aux consultations CDT étaient majoritairement des femmes (51,4%), d'âge moyen (42,8 ans), avec un niveau d'éducation élevé et actifs (68%). Presque la moitié de la population avait une dépendance forte au tabac. Trente-quatre pour cent des fumeurs avaient au moins un antécédent cardio-vasculaire ou pulmonaire. Enfin, un antécédent de dépression était retrouvé chez près d'un tiers des fumeurs.

#### **Conclusions**

Dans les consultations participant à CDT, les fumeurs les plus jeunes et les catégories sociales défavorisées étaient sous-représentés. En revanche, ces consultations ont accueilli les personnes les plus dépendantes au tabac et les plus malades. Des interventions adaptées à différents sous-groupes de consultants mériteraient d'être évaluées.

**Mots-clés :** tabagisme ; sevrage tabagique ; base de données ; dépendance nicotinique ; morbidité.

## **Traitement émotionnel dans le tabagisme.**

Solange Carton, Montpellier.

Les modèles cognitifs et psychobiologiques des addictions ont mis de plus en plus en évidence le rôle des émotions dans leur développement, et ceci dans deux directions de recherche intriquées. D'une part certaines modalités spécifiques de traitement des émotions pourraient constituer des facteurs de vulnérabilité à l'adoption de conduites de consommation et au développement de dépendances ; dans ce cadre, les dimensions de personnalité témoignant de telles modalités spécifiques de gestion de l'émotion pourraient elles-même être des facteurs de risque. D'autre part, les propriétés des substances pourraient être utilisées par les sujets dépendants pour aider à ce traitement des émotions. Dans ce cadre, nous présentons les objectifs et premiers résultats d'une étude longitudinale en cours concernant l'exploration d'éventuels troubles dans ce traitement émotionnel. Il s'agit d'étudier la prévalence de l'alexithymie chez les fumeurs, dimension dont l'importance a été démontrée dans d'autres addictions mais encore très peu explorée dans le tabagisme. Au-delà et en lien avec ce premier niveau, il s'agit dans un second temps d'explorer les « niveaux de conscience émotionnelle » des fumeurs, dont on postule également des déficits dans les autres conduites de dépendance mais qui n'ont jamais encore été investigués dans le tabagisme. Nous étudions les relations de ces troubles de la régulation émotionnelle avec la dimension de personnalité de recherche de sensations, ainsi que leur influence sur l'issue du sevrage. Nous suivons l'hypothèse que des déficits dans la régulation émotionnelle sont corrélés avec la recherche de sensations chez certains sujets et que cette configuration est susceptible de constituer une vulnérabilité clinique au développement de la dépendance et de troubles émotionnels déficitaires pendant un sevrage. Ces résultats préliminaires confirment les niveaux élevés de recherche de sensations chez des sujets fumeurs. La prévalence de sujets alexithymiques est inférieure à celle retrouvée dans d'autres conduites addictives mais supérieure à celle généralement retrouvée dans la population générale. Sur l'échelle de niveaux de conscience émotionnelle, la moyenne des sujets alexithymiques est ici inférieure à celle des sujets non alexithymiques sur la capacité à se représenter son propre éprouvé émotionnel, ce qui va dans le sens des auteurs qui conceptualisent l'alexithymie comme un déficit de conscience émotionnelle. Ces niveaux de conscience émotionnelle sont d'autant plus bas que la recherche de sensations est élevée, ce qui va dans le sens de nos hypothèses et reste à confirmer avec l'élargissement de l'échantillon.

**Chez le rat, l'inhibition de l'activité monoamine-oxydasique augmente considérablement le désir de consommer de la nicotine (▲↑ effets positifs) et maintient durablement le souvenir désagréable de l'état de manque (▲↑ effets négatifs).**

STINUS Luis, GUILLEM Karine and CADOR Martine

Université de Bordeaux 2, UMR CNRS 5541, 33076 Bordeaux-Cedex

Le tabagisme reste une des formes les plus intenses de dépendance. La nicotine a des effets renforçants très faibles et ne peut à elle seule expliquer la puissance addictive du tabac. Sa fumée contient de nombreuses substances dont certaines pourraient amplifier les effets de la nicotine. Nous savons que les niveaux de monoamine oxydase (MAO A et B) sont réduits chez le fumeur et que la fumée contient divers composés capables d'inhiber les MAO (IMAO). Ils pourraient être impliqués dans les propriétés addictives du tabac. L'hypothèse d'une action synergique des IMAO (A/B) (tranylcypromine ou phénelzine chronique) sur les effets de la nicotine à été testée sur deux modèles expérimentaux : 1) l'auto-administration intraveineuse (AAIV), 2) la persistance de l'aversion à un contexte associé à un état de manque de nicotine.

Bien que tous les rats témoins consomment de la nicotine, l'AAIV (30µg base/kg/injection) reste faible (8 injections en 2 hrs), et les propriétés motivationnelles de la nicotine sont réduites puisque le travail maximal que développera un animal pour obtenir sa dose n'est que de 8 à 9 réponses. Les IMAO augmentent considérablement la consommation de nicotine ainsi que le désir de celle-ci puisque le prix que le rat est capable de payer pour avoir sa dose est multiplié par 5.

L'aversion de place conditionnée transitoire (<2 mois), induite par la mécamylamine chez le rat nicotino-dépendant, devient permanente (>8 mois) si la nicotine est associée à un IMAO.

Ces résultats indiquent que l'inhibition de l'activité MAO, par des composés de la fumée de tabac, pourrait se combiner à la nicotine pour générer l'intense addiction au tabac.

## **Réduction de la consommation tabagique : une nouvelle indication des substituts nicotiques**

Jacques Le Houezec, Amzer Glas, Rennes.

Email : [jacques.lehouezec@amzer-glas.com](mailto:jacques.lehouezec@amzer-glas.com)

Le constat qui est fait dans tous les pays est que le nombre de fumeurs ayant accès aux meilleurs traitements de la dépendance tabagique est très faible. Ceci est en partie dû au fait que 70% à 80% des fumeurs ne sont pas prêts à arrêter dans un futur proche, alors que jusqu'à présent c'était la seule alternative qui leur était proposée. La nouvelle indication de réduction de consommation, dans le but d'arrêter progressivement dans un délai de quelques mois, a été développée dans le but de recruter ces fumeurs désirant s'arrêter, mais ne sachant pas quand, ou les fumeurs qui malgré de nombreuses tentatives n'arrivent pas à arrêter. En encourageant l'utilisation de la réduction de consommation, il est nécessaire de rappeler au fumeur que l'arrêt définitif est le but ultime. Cependant, les fumeurs qui ne sont pas prêts à l'arrêt ont besoin de progresser lentement avant de devenir réceptifs aux messages d'arrêt. La réduction de la consommation sans apport concomitant de nicotine, par une autre source que les cigarettes, débouche la plupart du temps sur un phénomène de compensation de la part du fumeur, qui est capable de modifier sa façon de fumer pour maintenir sa nicotémie constante. Seule l'utilisation de substituts nicotiques permet une réelle réduction de la consommation de cigarettes, sans compensation. L'avantage de cette nouvelle approche de l'arrêt est de permettre d'obtenir rapidement une réelle réduction des risques chez des patients chez qui l'arrêt du tabac est une nécessité, mais qui n'y arrivent pas, et d'obtenir dans environ 10% des cas un arrêt du tabac dans l'année. Ces « nouveaux » arrêts s'ajoutent à ceux obtenus chez les fumeurs suffisamment motivés pour envisager un arrêt brutal de consommation. En terme de santé publique, la réduction de consommation, dans le but d'arrêter le tabac, est un plus qu'il ne faut pas négliger.



## " HARD-CORE SMOKER "

G. Lagrue

*Centre de Tabacologie – Hôpital A. Chenevier Créteil (94000)*

Dans les revues de Tabacologie, on trouve la description des « gros fumeurs » (heavy smoker), et des fumeurs « durs » (hard-core smoker).

Les fumeurs se présentant aux consultations de Tabacologie apparaissent de plus en plus difficile à traiter. A mesure que la pression sociale contre le tabagisme s'intensifie (informations, interdits...), le pourcentage de fumeurs résistant au traitement augmente. Malgré toutes les incitations, près de la moitié des fumeurs n'arrêteront jamais de fumer.

On peut distinguer schématiquement deux types de fumeurs résistants :

- ceux qui ne sont pas, et qui resteront non motivés à l'arrêt ;
- ceux qui, malgré leur motivation, échouent dans leurs tentatives.

Ces deux catégories sont très importantes à distinguer, car l'attitude thérapeutique doit être très différente.

Les causes de cette situation sont multiples :

- l'absence de motivation peut tenir à divers facteurs, en particulier la crainte des troubles à l'arrêt du tabac, ou un élément de manque de confiance en soi.
- l'intensité de la dépendance est un facteur essentiel du pronostic, et la proportion de fumeurs très dépendants augmente.
- chez les fumeurs les plus dépendants, deux facteurs d'échec sont fréquents :
  - les troubles anxiodépressifs ;
  - l'utilisation associée d'autres substances psychoactives (alcool, cannabis)
- dans les situations de faible niveau éducatif ou de revenu, la fréquence d'un tabagisme avec forte dépendance est plus grande, et les messages d'éducation à la santé inefficaces. S'y ajoute un certain degré de déni des risques.

La prise en charge de ces fumeurs résistants est indispensable, car ce sont des fumeurs à haut risque. L'existence de ce « noyau dur » est en partie le reflet de l'insuffisance de nos stratégies d'aide à l'arrêt. Les résultats actuels pourraient être améliorés avec un traitement de substitution nicotinique à dose adaptée, et de durée prolongée. L'utilisation rationnelle de certains psychotropes (bupropion, rimonabant, varenicline) permettrait d'obtenir de meilleurs résultats à court terme. Un suivi prolongé est indispensable pour prévenir les rechutes. Le dépistage et la prise en charge des facteurs psychologiques (troubles anxieux, troubles dépressifs unis ou bipolaires) sont indispensables, de même que le traitement simultané des autres consommations de substances psychoactives. Enfin, les thérapies comportementales et cognitives ne sont que trop rarement utilisées, faute de moyens. Des mesures sociales sont également indispensables, pour permettre aux fumeurs en situation de précarité un meilleur accès aux soins.

**Le maintien d'un traitement médicamenteux réduit-il le risque de rechute chez les fumeurs abstinents?** *Will maintenance pharmacotherapy reduce relapse to smoking?*

Lirio S. Covey, Ph.D.

Associate Professor, Columbia University  
Research Scientist, New York State Psychiatric Institute  
1051 Riverside Drive  
New York, NY 10032, U.S.A.

Treatments that enable many smokers to quit in the short-term have been developed. However, whether stopping on their own or with the help of formal programs, the majority of initial successes will return to smoking. This study examined the efficacy of maintenance pharmacotherapy for reducing relapse to smoking.

588 smokers received combination bupropion, nicotine patch, and counseling during an initial 8-week period. 312 participants (53.1%) achieved 4-week continuous abstinence (CO <8ppm); 294 of them entered a 16-week maintenance treatment phase where they were randomized, in a 2 x 2 factorial design (bupropion or placebo and nicotine gum or placebo gum), to one of four treatment arms. A 24-week treatment-free period followed.

Survival analysis through Week 48 (40 weeks from Day 1 of the maintenance phase) showed a significant difference indicating longer time to relapse (first episode of 7 consecutive days smoking) with bupropion+placebo gum treatment than the placebo/placebo condition (P=0.02). Bupropion+nicotine gum and nicotine gum+placebo bupropion also appeared to reduce time to relapse relative to placebo/placebo, but the differences were not significant (P's>0.10). Other predictors of time to relapse were older age, higher education status, higher occupation status, no history of major depression, younger age first smoked, lower cigarettes smoked daily, and higher body mass index (all P's <0.05).

Among smokers able to achieve sustained abstinence during an initial 8-week treatment with bupropion, nicotine, and counseling, extended use of bupropion reduced the relapse rate.

## **LE SNUS : AIDE A LA REDUCTION OU ADDICTION ?**

Gérard Mathern, Centre Médical de Chavanne, Saint Chamond

L'utilisation du SNUS (ou Snuff aux Etats-Unis), est importante en Suède où cette consommation est très courante. L'importation de ce type de tabac est interdite en France.

Il s'agit de tabac en poudre, humidifié, que l'on place dans le vestibule, c'est à dire entre joue et gencive. L'absorption de la nicotine est favorisée par une alcalinisation et une forte teneur en ce produit. Sa consommation s'effectue soit sous forme de poudre humide, soit, plus « socialement » dans de petits sachets rappelant le conditionnement du thé.

Cependant, l'utilisation de SNUS a été pointée en France chez les sportifs de haut niveau pratiquant les sports alpins à des fins équivalentes à celles du tabagisme fumé chez les encadrants sportifs, mais aussi à des fins dopantes.

Sur le plan pharmacocinétique, les quantités de nicotine absorbées sont proches de celles constatées lors de l'inhalation d'une cigarette sans toutefois obtenir le pic de concentration constaté avec l'usage du tabac fumé.

En Suède, la plupart des auteurs s'accordent à dire que l'usage de ce produit a permis d'abaisser au-dessous de 20% le tabagisme fumé, et limiter ainsi les risques de cancers broncho-pulmonaires et de maladies cardio-vasculaires. Un débat est en cours sur l'opportunité d'utiliser cette méthode afin de réduire les risques de pathologies spécifiques au tabac fumé.

En France, l'usage de ce produit prohibé soulève d'autres problèmes, en particulier par l'usage imitatif de jeunes adolescents de tabac à mâcher, dans les villes proches des stations de ski des Alpes. Une étude précise de ce type de nouvelle toxicomanie va débiter.

# TABAC ET CANNABIS : UN CAS TRES PARTICULIER

J Perriot, LT Nguyen, V Picard, P Lemaire (Clermont-Ferrand)

*Jean Perriot Dispensaire Emile Roux  
11 Rue Vaucanson 63 100 CLERMONT-FERRAND  
jean.perriot@cg63.fr*

## INTRODUCTION.

Ce travail souligne les ravages broncho-pulmonaires induits par la co-consommation de tabac et cannabis et la difficulté de prise en charge des patients co-dépendants à ces produits.

## ETAT DES CONNAISSANCES.

La co-consommation tabac-cannabis touche 16,4 % des jeunes à 19 ans. Elle décroît à partir de 25 ans, est exceptionnelle après 45 ans. La dépendance au cannabis (5 à 10 %) est plus rare que celle au tabac (60 %). La consommation de tabac et cannabis accroît la dépendance à chaque produit, leur toxicité broncho-pulmonaire, les difficultés du sevrage.

## CAS CLINIQUE.

Un homme de 38 ans d'origine maghrébine est admis en USI pour détresse respiratoire (légionellose). Au décours de l'hospitalisation, une BPCO sévère (II B) et des co-dépendances sont découvertes : Tabagisme ( $\geq 25$  cig/j, Fagerström = 10, début à 9 ans, 30 PA), Cannabisme ( $\geq 15$  prises/j, début à 12 ans), Alcoolisme (5 à 8 unités d'alcool/j, début à 14 ans). BPCO et consommations n'avaient pas été identifiées jusqu'à cette hospitalisation en urgence.

La prise en charge addictologique de ce patient non motivé à l'arrêt, en déni vis à vis de sa BPCO et présentant des troubles anxio-dépressifs avec manifestations bipolaires mineures a permis :

- d'obtenir l'abstinence alcoolique totale tandis qu'une réduction de la consommation de tabac (aidée par SN d'action perlinguale) et de cannabis (aidée par la prise d'antidépresseurs et thymorégulateurs) associée à une TCC était conduite. A chaque consultation, la mesure des marqueurs d'intoxication était réalisée.
- au 7<sup>ème</sup> mois de suivi, un sevrage total, décidé par le patient est tenté (SN transdermique initiale de 36 mg/24 h avec SN 4mg perlinguale "ad libitum" - TCC - psychotropes). Les résultats au 9<sup>ème</sup> mois sont encore imparfaits (abstinence alcoolique, 3 cigarettes/j, 2 prises de cannabis/j). Le patient est motivé, ne présente pas de syndrome de manque, la prise en charge se poursuit avec intervention d'un psychiatre spécialisé en TCC.
- La situation pneumologique est stabilisée mais reste précaire.

## CONCLUSION.

Ce cas clinique met en exergue les conséquences respiratoires désastreuses de l'association tabagisme - cannabisme ; il souligne la nécessité du repérage précoce de ces consommations et de leur retentissement. L'aide à l'arrêt repose sur une bonne coordination des soins et une globalité d'intervention lors de la prise en charge.

## **II – RESUMES DES POSTERS**

## **Habitudes tabagiques, désir de sevrage et perception des dangers liés au tabagisme chez les adolescentes consultant dans un Centre de Planification**

Aline Halimi<sup>\*</sup>, Jean-Michel Halimi<sup>\*\*</sup>.

<sup>\*</sup>: Unité de Coordination de Tabacologie, CHU de Tours, 2 Bd Tonnellé, 37044 Tours.  
CPEF, 5 rue Jehan Fouquet, 37000 Tours.

<sup>\*\*</sup>: Centre d'Investigation Clinique INSERM 202, CHU Tours et Faculté de Médecine de Tours, 2 Bd, Tonnellé, 37000 Tours.

Email : a.halimi@chu-tours.fr

### **Résumé**

**Introduction :** La consommation tabagique des adolescents est restée stable et a même augmenté chez les jeunes filles ces dernières années. L'âge moyen d'entrée dans le tabagisme est d'environ 14 ans et seule une minorité commence à fumer après l'âge de 18-19 ans. Le désir de sevrage et la perception des dangers liés au tabagisme sont cependant mal connus dans cette population.

**Objectif :** Evaluer les habitudes tabagiques des adolescents de cette tranche d'âge, leur désir de sevrage et la perception des dangers liés au tabagisme.

**Méthodes :** 110 jeunes filles consultant consécutivement au Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF) de Tours du 31 janvier au 30 avril 2002 ont reçu un questionnaire administré par le même médecin après avoir obtenu un consentement oral. Un test de Fagerström a été effectué chez toutes les fumeuses.

**Résultats :** L'âge des patientes était de 17.2±1.4 ans (extrêmes : 14-19 ans). Sur les 110 patientes, 82 recevaient déjà une contraception orale, 60.9% étaient fumeuses et 6.4% ex-fumeuses ; 75.5% des sujets avaient des antécédents familiaux de tabagisme. La prévalence du tabagisme augmentait de 14 ans (50%) à 16 ans (62.5%), mais elle restait stable ensuite jusqu'à 19 ans (66.7%). Le score de Fagerström augmentait régulièrement de 14 (score : 0.4) à 19 (score : 1.7) ans alors que la consommation moyenne n'augmentait plus après 16 ans (environ 7-8 cigarettes par jour). Seules 9.4% déclaraient clairement vouloir s'arrêter. 79.2% de ceux ayant des antécédents familiaux vs 33.3% de ceux n'en ayant pas ont répondu « non » à la question « désirez-vous arrêter ? » (P=0.04). A l'inverse, les sujets ayant identifié l'école comme source d'informations répondaient plus souvent « oui » à cette question (26.7% vs 4.1%, P=0.02). Ceux qui indiquaient que leur mère est une source d'informations pensaient plus souvent que le tabac pouvait être associé aux accidents cardiovasculaires chez le sujet jeune (66.7% vs 44.4%, P=0.04) et aux cancers non gynécologiques (34.8% vs 20.3%, P=0.04). Par contre, lorsque l'école n'est pas une source d'informations, les malformations fœtales (42.4% vs 20.7%, P=0.08) étaient citées à tort comme conséquence du tabagisme.

**Discussion :** Les adolescentes consultant au CPEF sont caractérisées par une prévalence extrêmement élevée de tabagisme personnel et familial et un faible désir de sevrage. Le désir de sevrage et les dangers perçus du tabagisme, pas toujours appréhendés correctement, sont surtout influencés par les sources d'informations (rôles de la mère et de l'école).

**Conclusion :** Ces résultats suggèrent que les efforts de santé publique doivent passer par une éducation familiale (même lorsqu'il existe des fumeurs dans l'entourage familial) et scolaire, centrés sur l'adolescent de moins de 16 ans. Passé cet âge les habitudes tabagiques semblent fixées et la dépendance plus forte.

## **"Vers une santé sans tabac dans le Nord Pas-de-Calais : les entreprises et les établissements scolaires se mobilisent..."**

Delphine Testard

Depuis 2004, ce projet est développé dans le Nord Pas-de-Calais, afin d'accompagner la mise en place de programmes de prévention du tabagisme dans les collèges et lycées et dans les entreprises, et de renforcer les compétences sur les territoires, dans la continuité des dynamiques engagées depuis plusieurs années déjà dans la région.


Ce projet, financé par l'INPES dans le cadre du Plan Cancer, est porté par ECLAT, Espace de concertation et de liaison addictions tabagisme. Il associe des opérateurs aux missions et compétences complémentaires : le Comité départemental d'éducation pour la santé Pas-de-Calais (CDES), le Comité régional d'éducation pour la santé Nord Pas-de-Calais (CRES), l'Institut Pasteur de Lille et l'Institut de santé au travail du Nord de la France (ISTNF) – en lien avec la Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle et le Rectorat de l'Académie de Lille.

L'implication du Rectorat – et plus particulièrement le service infirmier – a facilité la mobilisation des 140 établissements scolaires publics concernés la première année par ce projet<sup>1</sup>. Différents "canaux" ont ainsi pu être utilisés pour sensibiliser les acteurs du milieu scolaire sur les territoires : via les administrateurs scolaires pour l'information des chefs d'établissement, via les correspondants CESC pour la diffusion à leurs collègues, via les infirmières scolaires dans le cadre de réunions de bassin, via des journées d'échanges ouvertes à l'ensemble des établissements, etc.

Une charte "Etablissement scolaire vers une santé sans tabac" a par ailleurs été élaborée afin de donner aux acteurs des repères et moyens pour agir, en insistant sur l'implication indispensable : du chef d'établissement, de l'équipe éducative, des élèves, des parents d'élèves, etc.

D'autres stratégies doivent pourtant encore être développées avec l'objectif d'une part, d'impliquer plus largement les chefs d'établissements dans la démarche et, d'autre part, d'élargir ce projet aux établissements privés.

*Contact ECLAT : Delphine Testard*

 03.20.21.06.05 / Email : [dtestard@eclat5962.org](mailto:dtestard@eclat5962.org)

---

<sup>1</sup> Le Nord Pas-de-Calais compte au total 737 collèges et lycées, publics et privés, ce qui représente environ 420 000 élèves scolarisés.

<sup>2</sup> CESC : Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté.

## **APPORT DES THERAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES (TCC) DANS LA PRISE EN CHARGE D'UNE PHOBIE SOCIALE AVEC DEPENDANCE (TABAC – ALCOOL – CANNABIS)**

P Guichenez(1), I Clauzel(1), G Germaini(2), X Quantin(3), A Stoebner-Delbarre(3), C Cungi(4)

(1)Centre de Tabacologie, CH Bézier, (2) Centre soleil cerdan, Osseja, (3) Service des maladies respiratoires -CHU Montpellier, (4) Psychiatre, Rumilly

### **OBSERVATION**

Mr C., 45 ans, consulte pour un sevrage tabagique. Sa problématique est complexe et il est pris en charge par TCC pour une phobie sociale(PS) selon les critères de DSM-4 associée à une consommation d'alcool et de cannabis. Il est au stade de contemplation pour le tabac, et de pré contemplation pour le cannabis et l'alcool. Son évaluation tabacologique :Q-MAT de Legeron et Lagrue :15/20, HAD (hospital anxiety depression scale) : 7/8, test de Fagestrom : 6, CO dans l'air expiré : 49 ppm. Une analyse fonctionnelle(AF) selon la grille SECCA (situation, émotions, cognitions, comportements, anticipation) est réalisée pour la PS et une triple AF par des cercles vicieux selon Cungi (situation, émotion, pensées automatiques, comportement, conséquences concrètes et relationnelles) est réalisée pour le tabac, l'alcool et le cannabis. Après avoir réalisé de nombreuses lignes de base sur la PS, le tabac, le cannabis et l'alcool, il est décidé une prise en charge par TCC. Seront utilisées : des techniques pour augmenter la motivation pour les trois consommations avec notamment réalisation de la balance (avantages, inconvénients à continuer, à arrêter à court terme, avantages à continuer à court terme versus inconvénients à continuer à long terme). Puis une prise en charge de la phobie sociale par TCC est réalisée. Enfin prise en charge du sevrage tabagique par des techniques comportementales (contrôle du stimulus, affirmation de soi...) et cognitives (mise en évidence des pensées automatiques, modifications des pensées automatiques par des colonnes de Beck, mise en évidence des erreurs logiques puis mise en évidence par la technique notamment de la flèche descendante des schémas ou croyances concernant le comportement tabagique et modification des croyances. Cette prise en charge globale permet : l'amélioration significative de la PS, l'arrêt du tabagisme, une diminution très significative des consommations d'alcool et de cannabis. Le traitement de la PS étant jugé positif pour le sevrage tabagique après de nombreuses tentatives infructueuses par les méthodes tabacologiques classiques. Le CO dans l'air expiré est à 2 ppm en fin de prise en charge et l'arrêt est confirmé au 6ème mois.

### **DISCUSSION**

Les rapports entre les troubles anxieux et le comportement tabagique sont bien mis en évidence dans la littérature. Lagrue retrouve 34 % de troubles anxieux ou dépressifs dans l'analyse des consultants d'un centre de tabacologie(1). Parmi les troubles anxieux, la PS et le trouble anxieux généralisé sont les plus fréquents notamment chez les femmes. Les liens entre la phobie sociale et l'alcool sont également retrouvés dans la littérature (2). L'intérêt de cette observation réside dans la réalisation de quatre analyses fonctionnelles, permettant l'optimisation des techniques pour augmenter la motivation puis des techniques comportementales et cognitives pour la prise en charge, de façon plus spécifique, des différents problèmes intriqués (3,4). Cette observation souligne l'importance d'un thérapeute cognitivo-comportementaliste dans une équipe de tabacologie.

### **BIBLIOGRAPHIE**

- 1- Lagrue G., Dupont P., Falhakh R. – Troubles anxieux et dépressifs dans la dépendance tabagique. L'encéphale 2002 ; XVIII ; 342 : 374 – 7
- 2- Ham LS, Hope DA. Alcohol and anxiety: subtle and obvious attributes of abuse in adults with social anxiety disorder and panic disorder. *Depress Anxiety* 2003 ; 18 : 128-39.
- 3- Cungi C. Faire face aux dépendances. Ed Retz 2000 ; 239 p.
- 4- Guichenez P., Clauzel I., Germaini G ; Olivier F., Clauzel A.M., Lagrue G. – Traitement d'une phobie sociale chez un tabagique. *Journal de thérapies comportementales et cognitives* 2004 ; 14 : 47



## **ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME DANS LA REGION AUVERGNE**

Dr J Perriot<sup>1</sup>, Pr PM Llorca<sup>2</sup>, Dr R Schwan<sup>2</sup>, Dr D Boussiron<sup>2</sup>, Pr J Coudert<sup>3</sup>, Dr G Chabanne<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Pneumologue-Tabacologue. Dispensaire Emile Roux. Clermont-Ferrand. [jean.perriot@cg63.fr](mailto:jean.perriot@cg63.fr)

<sup>2</sup> Psychiatres-Addictologues. CMP B CHU de Clermont-Ferrand.

<sup>3</sup> Président du Comité Départemental 63 de Lutte contre les Maladies Respiratoires.

<sup>4</sup> Président du Comité Départemental 63 de la Ligue contre le Cancer.

### **INTRODUCTION.**

Ce travail fait la synthèse du dispositif Tabacologique Auvergnat en 2005.

### **LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME DANS LA REGION AUVERGNE EN 2005.**

La lutte contre les addictions est une priorité de Santé Publique dans la Région Auvergne, et l'intervention en tabacologie s'est depuis son début (1985) progressivement structurée.

### **SEVRAGE TABAGIQUE.**

15 consultations de tabacologie sont recensées (63 = 6, 43 = 3, 15 = 3, 03 = 3). Les omnipraticiens et pharmaciens d'officine s'investissent dans le sevrage tabagique ; caisses d'assurance maladie, mutuelles et associations proposent des thérapies de groupe. Le sevrage tabagique en milieu professionnel, scolaire ou de précarité sera une priorité des trois années à venir.

### **PREVENTION DU TABAGISME.**

Outre les actions en populations générale ou ciblées développées par les acteurs habituels (Ligue contre le Cancer, CDMRT, etc...) des projets importants sont en cours (action – évaluation) :

- **PHRC “DATAMATER”** (subventions DRASS, CRAM...) de repérage des addictions, dont le tabagisme, chez les femmes enceintes (15 maternités et 1 000 femmes ont été concernées).

- **Projet “LIBERTABAC”** (Subvention Plan Cancer...) qui vise à insuffler une “dynamique d'Education pour la Santé” dans les établissements scolaires (secondaire) volontaires du Rectorat, réduire la prévalence du tabagisme, mettre en place des “établissements sans tabac”. - **Accroissement des adhésions des établissements hospitaliers au “Réseau Hôpital sans Tabac”** (63 = 4 dont le Centre Anticancéreux, 43 = 2, 15 = 2, 03 = 3 et 2 maternités ayant signé la Charte “Maternité sans Tabac”).

### **FORMATION.**

A côté des formations universitaires en tabacologie (DIU de Tabacologie : 29 décernés depuis 2000), Addictologie (DIU d'Addictologie, DU “Conduites Addictives”), d'autres enseignements (FMC, NICOMEDE, CDMR63, “Tabac et Liberté”, etc...) ont touché 234 médecins et pharmaciens depuis 2000. Le “Collège des Addictologues d'Auvergne” rassemblant 127 praticiens de toutes spécialités.

### **TRAVAUX ET RECHERCHES EN TABACOLOGIE.**

Les différentes équipes sont impliquées dans travaux, recherches et essais cliniques s'appuyant sur le Centre de Pharmacologie Clinique (agrée INSERM) de Clermont-Ferrand. Une collaboration liera à partir de 2006 les consultations spécialisées autour d'études multicentriques.

### **PERSPECTIVES DE LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME. CONCERTATION ET COMPLEMENTARITE D'ACTION.**

En 2004, un “Collectif de lutte contre le Tabagisme” a été créé rassemblant les acteurs de cette lutte en vue de coordonner, optimiser leurs actions et de mutualiser leurs moyens.

### **RAPPROCHEMENT AUVERGNE – RHONE – ALPES.**

La création en 2003 du Pôle Rhône-Alpes Auvergne de Tabacologie (PRAAT) au sein de l'Institut Rhône-Alpes de Tabacologie (IRAT) permet de lier ces régions autour des expériences de terrain et des formations diplômantes afin de développer une réflexion commune ainsi que des actions de plus grande envergure.

## **« VERS UNE SANTE SANS TABAC DANS LE NORD PAS-DE-CALAIS : LES ENTREPRISES ET LES ETABLISSEMENTS SCOLAIRES SE MOBILISENT... » (France)**

BONTE D.<sup>1</sup>, CHATFIELD A.<sup>2</sup>, HOCHART S.<sup>3</sup>, LE FUR C.<sup>4</sup>, LOENS I.<sup>5</sup>, TESTARD D.<sup>6</sup>, VANHOENACKER M.<sup>7</sup>, WIERZBICKI N.<sup>8</sup>, WYART J.L.<sup>9</sup>

<sup>1</sup> Espace de Concertation et de Liaison Addictions Tabagisme (ECLAT) / Institut Pasteur de Lille

<sup>2</sup> Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DRTEFP)

<sup>3</sup> Comité Départemental d'Education pour la Santé (CDES)

<sup>4</sup> Institut de Santé au Travail du Nord de la France (ISTNF)

<sup>5</sup> Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) – Programme Régional de Santé "Cancers"

<sup>6</sup> Espace de Concertation et de Liaison Addictions Tabagisme (ECLAT)

<sup>7</sup> Rectorat de Lille

<sup>8</sup> Comité Régional d'Education pour la Santé (CRES)

<sup>9</sup> Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) – Programme Régional de Santé "Conduites de consommation à risque"

Illustration d'une "Programmation Tabac" régionale qui vise à améliorer la qualité des réponses apportées aux acteurs de la région et à la population, le projet "Vers une santé sans tabac dans le Nord Pas-de-Calais" s'inscrit dans le cadre de la politique régionale de santé du Nord Pas-de-Calais à laquelle l'ensemble des opérateurs associatifs de prévention et de promotion de la santé ont souscrit. Il s'articule et prolonge en effet le développement des dynamiques sur les territoires impulsées depuis 1998 dans le cadre des Programmes régionaux de santé puis des Programmes territoriaux de santé. Il s'articule également avec le Plan de mobilisation nationale contre le cancer, en proposant des programmes de prévention et d'éducation "Ecole vers une santé sans tabac" et "Entreprise vers une santé sans tabac".

2192 entreprises de plus de 50 salariés sont implantées dans le Nord Pas-de-Calais (plus de 1 000 000 de salariés). 420 000 élèves sont scolarisés dans les 451 collèges et 292 lycées de la région. A partir de ces deux milieux – milieu du travail et milieu scolaire – l'enjeu est donc bien de développer / renforcer une stratégie globale de prévention et d'action par "territoire de vie", afin de multiplier les pôles de compétences de proximité auprès de et avec la population. Autour de ces deux milieux, il s'agit donc bien de mobiliser / développer les ressources locales (médecine de ville, hôpitaux, associations, département, etc.).

Le pilotage doit, par conséquent, s'effectuer à deux niveaux : à l'échelle régionale, dans le cadre de la "Programmation Tabac" qui associe les structures régionales qui apportent un soutien aux acteurs de la région ; à l'échelle locale, avec les ressources et relais locaux, pour que la mise en œuvre du projet intègre et s'intègre aux dynamiques et spécificités territoriales.

## **APPORT DES THERAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES (TCC) EN CAS DE PHOBIE SOCIALE ET TABAGISME : INTERET DE DOUBLE ANALYSE FONCTIONNELLE**

P Guichenez(1), I Clauzel(1), G Germanii(2), C Cungi(3), X Quantin(4), A-M Clauzel(5)

(1) Centre de Tabacologie, CH Béziers

(2) centre soleil cerdan, Osseja

(3) Psychiatre, Rumilly

(4) Service des maladies respiratoires, hôpital arnaud de villeneuve, Montpellier

(5) Association «vivre sans fumer », Montpellier

### **OBSERVATION**

Mme L. 35 ans consulte pour un sevrage tabagique .Evaluation tabacologique : Fagestrom=6, HAD (hospital anxiety depression scale)= 13/5 ; CO dans l'air expiré 60 ppm. Elle présente les critères DSM-IV d'une phobie sociale (PS) et souhaite une prise en charge par TCC de sa PS préalablement au sevrage tabagique. Nous réalisons donc une double analyse fonctionnelle (AF). La première concerne la PS avec la grille SECCA (situation, émotion, cognition, comportement, anticipation). La deuxième AF du comportement tabagique est réalisée par des cercles vicieux (situation émotions, pensées automatiques, comportement, conséquences relationnelles et concrètes). Après avoir réalisé des lignes de base sur 15 jours pour la phobie sociale (nombre d'évitements, intensité de l'anxiété) et des lignes de base pour le tabagisme (nombre de cigarettes, envie de fumer sur 10, envie de ne pas fumer sur 10), nous entreprenons une TCC sur la PS dans un premier temps. Puis une prise en charge TCC sur le problème du tabac est réalisée en tenant compte de l'AF et en privilégiant les méthodes cognitives (mise en évidence des pensées automatiques, modification des pensées automatiques par les colonnes de Beck, mise en évidence des erreurs de logique et modification de celles-ci, mise en évidence des postulats ou schémas et modification de ceux-ci). Vingt séances de TCC sont réalisées. L'évaluation se fait au niveau des critères concernant la phobie sociale (Liebowitz, TAPIS\*) est en très nette amélioration et le tabagisme. La patiente signale que l'amélioration de sa PS a permis un sevrage tabagique plus facile. L'arrêt du tabac est obtenu à la 18<sup>ème</sup> séance validé par le CO dans l'air expiré à 2 ppm.

### **DISCUSSION**

Les liens entre la phobie sociale et la dépendance tabagique sont établis par Sonntag dans une enquête de 3021 adolescents de 14 à 24 ans. A âge égal, dans le groupe PS, la dépendance est deux fois plus fréquente que dans le groupe des témoins. Avec un recul de quatre ans, l'existence initiale d'une PS multiplie par deux à trois le risque de devenir un fumeur régulier puis dépendant (1). Lagrue a mis en évidence la relation entre les troubles anxieux et la dépendance tabagique notamment la PS (2). Alors que de très nombreuses tentatives uniquement centrées sur le sevrage tabagique n'avaient pu permettre l'arrêt du tabac, l'intérêt de cette observation consiste en la réalisation d'un double AF ayant abouti à une double prise en charge TCC, l'une sur PS, l'autre sur le comportement tabagique. Cette observation illustre le rôle des TCC dans la prise en charge optimale d'un trouble anxieux associé(3), puis la prise en charge optimisée du sevrage tabagique, et dans la prévention de la rechute.

### **BIBLIOGRAPHIE**

1- Sonntag H., Wittchen H.U., Hofler M., Kessler P.C., Stein M. B. Are social fears DSM-4 Social anxiety disorders associated smoking in nicotine dependence in adolescent young adulte. Eur J psychiatry 2000 ;1:67-74

2-Lagrue G., Dupont P., Falhfakh R. – Troubles anxieux et dépressifs dans la dépendance tabagique. L'encéphale 2002 ; XVIII ; 342 : 374 – 7

3-Guichenez P., Clauzel I., Germanii G ; Olivier F., Clauzel A.M., Lagrue G. Traitement d'une phobie sociale chez un tabagique. Journal de thérapies comportementales et cognitives 2004 ; 14 : 47

\*TAPIS: test d'autoévaluation des pensées en interaction sociale

## **Prises en charge alcoologiques et tabacologiques, simultanées ou différées ? : Comparaison de la maturation vis-à-vis des deux produits dans une population suivie en Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie.**

Dr Marie-Anne BOUFFARD, Alcoologue – tabacologue

ANPAA – 74 Avenue d'Italie 63000 Clermont-Ferrand

### **INTRODUCTION.**

La prévalence du tabagisme dans la population des personnes en difficulté avec l'alcool varie selon les études de 60 à 90 %.

Pourtant, **il n'existe pas actuellement de consensus sur la prise en charge des personnes présentant cette double problématique « alcool-tabac »** : prise en charge simultanée ou différée ?

L'objectif de ce travail était de déterminer, en tenant compte des recommandations officielles actuelles, si les personnes fumeuses et en mésusage d'alcool, se trouvaient au même stade de maturation vis-à-vis des deux problématiques alcoolo-tabagiques, afin de tenter de préciser une stratégie de prise en charge.

### **MATERIEL ET METHODE.**

Une enquête prospective, avec un auto-questionnaire a été réalisée sur une période de 2 mois ½ (1<sup>er</sup> mai au 15 juillet 2004) auprès de 162 patients consultants au CCAA de Clermont-Ferrand, suivie d'une analyse descriptive des résultats avec le logiciel SAS version 8.0.

### **RESULTATS.**

Population majoritairement masculine (à 85,80%) d'âge moyen 42,01 ans.

59,59% des personnes sont au stade de l'alcoolo-dépendance selon l'AUDIT.

35,89% sont fortement voire très fortement dépendantes à la nicotine d'après le test de Fagerström.

77,71% disent ressentir un lien fort entre leurs deux consommations dans le sens où « consommer de l'alcool accentue l'envie de fumer » dans 98,33% des cas.

**9,94 % sont au stade de consonance ou dissonance par rapport à l'alcool contre 73,59 % pour le tabac** (selon le cycle de Prochaska Di Clemente).

**83,23 % des personnes se situent au stade d'action ou de maintenance par rapport à l'alcool** contre 7,59 % pour le tabac.

67,50 % déclarent vouloir gérer prioritairement leur problématique alcool, 9,38% veulent aborder les deux en même temps.

**47,48 % repèrent le CCAA comme structure aidante pour le sevrage tabac. 15,11 % pensent d'emblée avoir recours à un centre spécialisé en Tabacologie.**

### **DISCUSSION.**

Il apparaît clairement que les personnes interrogées ne se trouvent pas au même stade de maturation vis-à-vis de leurs deux problématiques « alcool et tabac ». On note un fort lien ressenti majoritairement dans le sens « boire accentue l'envie de fumer » et logiquement, dans leur intention d'action déclarée, les personnes envisagent majoritairement d'aborder en premier leur problématique alcool.

Chez ces patients complexes polyaddictifs, 1/3 sont dans une dépendance importante à la nicotine et 15% d'entre eux souhaitent un recours d'emblée à un centre de Tabacologie quand ils voudront réaliser leur sevrage tabagique.

### **CONCLUSION.**

**Cette enquête est en faveur d'une prise en charge différée des problématiques alcool - tabac** avec priorisation de la résolution de la problématique alcool. Presque 1 patient sur 2 envisage ensuite de réaliser leur sevrage tabagique au CCAA.

Par ailleurs, il apparaît nécessaire de développer un partenariat avec les centres spécialisés en Tabacologie compte tenu du profil de certains patients et de leurs attentes exprimées.

## **Evaluation des consultations de tabacologie de la région Rhône-Alpes auprès de leurs patients.**

Mme Gwenaëlle Le Ponner, chargée de projets CRAES-CRIPS

9, quai Jean Moulin 69001 Lyon, France , +33 4 72 00 55 70, +33 4 72 00 07 53

[gwenaelle.leponner@craes-crips.org](mailto:gwenaelle.leponner@craes-crips.org)

### **RESUME :**

#### Les objectifs de l'évaluation

Ce travail commandité par l'URCAM/CRAM Rhône-Alpes et réalisé par le CRAES-CRIPS a pour objectif de mesurer quels sont les impacts de la consultation de tabacologie sur le patient. Il s'agit donc d'une évaluation sommative de l'activité régionale de tabacologie, qui s'attache aux effets obtenus par le développement de ce type d'intervention.

#### La méthodologie

L'enquête auprès des patients s'est déroulée entre début avril et mi-juillet 2004 :

- 4 20 centres de tabacologie sont concernés par l'enquête.
- 4 Il s'agissait d'interroger de façon rétrospective, sur la base d'un questionnaire anonyme auto-administré de 21 questions tous les patients 6 mois après leur première consultation.

A l'issue de ce recueil de données, l'analyse des informations a été réalisée fin 2004 à l'aide du logiciel informatique Moda Lisa, et a donné lieu à un rapport global d'évaluation sur l'activité tabacologique de la région en juin 2005.

#### Les principaux résultats

- 335 patients ont répondu à l'enquête sur 965 personnes ciblées, soit un taux de réponse global de 35%.
- 49% des patients déclarent ne plus consommer de tabac 6 mois après leur première consultation ; ces résultats sont sans doute largement surévalué : d'une part ils ne s'appuient pas sur une évaluation de la consommation par contrôle du CO-testeur mais sur des déclarations, et d'autre part il existe un biais induit par les non-réponses. Pour autant, l'enquête a permis de mettre en évidence quelques facteurs de réussite de l'arrêt du tabagisme : des expériences antérieures d'arrêt du tabac de plus de 6 mois, une décision d'arrêt immédiat dès la première consultation, la prise en compte de difficultés liées au sevrage tabagique mais aussi la résolution de difficultés autres que le tabagisme. Mais pour 28 % des patients en arrêt, l'abstinence semble encore inconfortable ce qui confirme la nécessité d'un suivi pendant la période de maintenance de l'arrêt.
- Pour 79% des répondants, la prise en charge a partiellement ou totalement répondu à leurs attentes. Pour les patients qui n'ont pas fait de tentative d'arrêt du tabagisme ou pour ceux qui ont arrêté puis repris pendant les 6 mois qui ont suivi la consultation, les raisons de leur « échec » qui pourraient être liées à la consultation apparaissent beaucoup moins importantes que les raisons personnelles ou environnementales. La moitié des patients qui ont eu une expérience d'arrêt dans les 6 mois l'attribue à l'apport de la consultation, soit beaucoup plus qu'à leur entourage, mais quand même moins qu'à eux-mêmes.

#### Conclusion :

A plusieurs reprises, les résultats montrent combien certaines pratiques tabacologiques étudiées sont centrées sur une approche globale qui prend en compte différentes dimensions de la personne au-delà de son unique tabagisme : état psychologique, situation sociale et

économique, relations personnelles et professionnelles, comportements de santé en général... Et cette approche semble globalement correspondre aux attentes des patients interrogés. Le fait de répondre à ces attentes implique un suivi des patients sur la durée, et ce suivi à long terme apparaît aussi dans l'enquête comme une attente de certains fumeurs. Cette évaluation conforte donc les pratiques tabacologiques régionales déjà existantes à deux niveaux :

- l'intérêt d'un accompagnement large, centré sur la personne ;
- la nécessité d'une adaptation individuelle de cet accompagnement modulée en fonction des besoins des fumeurs.

Cette évaluation montre que face à une prise en charge spécifique récente en matière d'accompagnement à l'arrêt du tabagisme (qui s'est développée ces 5 dernières années dans la région Rhône-Alpes), les fumeurs reçus en centre de tabacologie semblent globalement satisfaits du service rendu.

## **LUTTE CONTRE LE TABAGISME AU SEIN D'UN CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER.**

Dr J-L Merle<sup>1</sup>, Dr J Perriot<sup>2</sup>, Pr J Dauplat<sup>3</sup>, Dr G Chabanne<sup>4</sup>, Pr R Mercier<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Médecin du Travail – Centre Jean Perrin – AIST. [Jean-Louis.MERLE@cjp.fr](mailto:Jean-Louis.MERLE@cjp.fr)

<sup>2</sup> Pneumologue – Tabacologue – Dispensaire Emile Roux. [jean.perriot@cg63.fr](mailto:jean.perriot@cg63.fr)

<sup>3</sup> Chirurgien-Oncologue – Directeur du Centre anticancéreux.

<sup>4</sup> Président du Comité Départemental 63 de la Ligue contre le Cancer.

<sup>5</sup> Président du Comité Départemental 63 de Lutte contre les Maladies Respiratoires.

### **INTRODUCTION.**

Cette étude décrit le projet de lutte contre le tabagisme développé au Centre Anti Cancéreux de Clermont-Ferrand (Centre Jean Perrin) et ses premiers résultats.

### **MATERIEL ET METHODE.**

Cette action s'est déroulée en plusieurs étapes :

- Volonté personnelle du Directeur de développer ce projet dans le centre qui a souscrit à la Charte du Réseau "Hôpital sans Tabac" (11.02.1983).
- Constitution d'un groupe restreint pour bâtir le projet (1er Trimestre 2003).
- Réalisation d'une enquête épidémiologique préalable (1er et 2ème Trimestres 2003).  
L'une concernait le personnel médical (taux de réponses global au questionnaire anonyme : 49 %, médecins : 57 %). La prévalence du tabagisme est évaluée à 10,1 %.  
L'autre intéressait le personnel non médical (taux de réponses : 36 %) avec prévalence du tabagisme de 30,1 %. Les non fumeurs ne désirant plus être soumis au tabagisme passif.
- Mise en place d'un groupe de prévention du tabagisme pluridisciplinaire, émanation du CHSCT coordonné par le médecin du travail avec soutien fort de la direction (28.01.2004).
- Campagne d'information, explication avec mobilisation du personnel autour du projet.
- Mise en place d'une signalétique délimitant les zones avec interdiction de fumer, un local clos est réservé aux fumeurs.
- Ouverture d'une consultation de tabacologie (01.06.2004) destinée aux agents du centre associée à celle de nutrition humaine (mise à disposition gratuite de substituts nicotiques grâce au financement du Comité Départemental 63 de la Ligue contre le Cancer).

### **RESULTATS.**

Les résultats obtenus sont excellents et justifient la poursuite de l'action :

- Satisfaction et mobilisation du personnel avec respect strict de l'interdiction de fumer.
- Réduction de la prévalence du tabagisme parmi le personnel (- 5,7 %).
- Efficacité de la consultation de tabacologie (64 % d'arrêts à 6 mois, > 40 % à 12 mois)

En 2006 – 2007 seront réalisés :

- La formation de 2 infirmiers tabacologues (DIU de Tabacologie) avec identification d'un référent en tabacologie par service du centre.
- Extension de la consultation de tabacologie aux patients du centre.
- Extension de l'interdiction de fumer aux abords immédiats du centre.
- Partenariat avec les autres acteurs locaux de la lutte contre le tabagisme, les comités départementaux de la ligue contre le cancer seront les fers de lance de cette action.
- Echanges sur ce thème avec les autres centres de lutte contre le cancer.

### **CONCLUSION.**

Un centre anticancéreux peut et doit devenir un pôle d'excellence en matière de prévention et de lutte contre le tabagisme. Un tel projet et ses résultats en témoignent.

## PRÉVENTION DU TABAGISME EN ENTREPRISE.

Dr Ph. Brognon, Médecin-Tabacologue

Service d'Etude et de Prévention du Tabagisme

Centre d'Aide aux Fumeurs de l'Université de Mons-Hainaut (Belgique)

Le tabagisme touche le monde de l'entreprise d'autant plus qu'il multiplie les risques professionnels. Dans ce cadre, il importe d'adapter une stratégie de prévention en tenant compte de la réalité socio-économique des entreprises et de la dynamique "prochaskienne" (ambivalente) dont chaque fumeur est porteur.

Cette stratégie peut s'articuler sur une méthode de prévention type SOBANE (voir [www.sobane.be](http://www.sobane.be)) qui considère l'impact coût/efficacité d'outils de prévention en les planifiant sur une échelle pyramidale à 4 niveaux :

Niveau 1 : sensibilisation lors des visites de médecine du travail au travers du mini-conseil s'inspirant de la technique des "5A".

Niveau 2 : réalisation d'une enquête sur les habitudes tabagique et la motivation des fumeurs pour d'une part sensibiliser et d'autre part permettre une base de réflexion pour le groupe de travail regroupant tous les représentants de l'entreprise. Les outils médiatiques (affiches, e-mails..) sont utilisés pour l'interpellation affective du fumeur.

Niveau 3a : organisation de réunions de sensibilisation pour le personnel traitant des méfaits de la cigarette, de la manipulation des cigarettiers et des bienfaits de l'arrêt.

Niveau 3b : organisation de réunions de préparation dans l'objectif d'un sevrage à court-terme.

Niveau 4 : organisation du sevrage en entreprise au travers de psychothérapie de groupe.



## UN POLE REGIONAL D'ADDICTOLOGIE QUI SE CONCRETISE....

Dr D. Bonte (1), Kag Sanoussi (2), Dr T Danel (3)

... Au départ : trois structures de santé publique créées il y a plus de dix ans dans le Nord-Pas-de-Calais afin de coordonner, animer et développer un réseau d'intervenants, dans les champs de :

\* **la tabacologie** : **ECLAT** (Espace de Concertation et de Liaison Addictions Tabagisme)

\* **la toxicomanie** : **FORT** (Association régionale pour l'amélioration de la qualité et de la Cohérence des FORMations en Toxicomanie)

\* **l'alcoologie** : **GRAA** (Groupement Régional d'Alcoologie et d'Addictologie)

... Cohabitant sous le même toit au 13 rue Faidherbe à Lille, ces trois associations, qui tirent leur force des acteurs de terrain, sont aujourd'hui reconnues dans leur champ spécifique et participent à la cohérence, la pertinence et l'efficacité des programmes engagés en région.

... Riches de leurs actions menées ensemble depuis plusieurs années dans le cadre du plan triennal initié par la MILDT<sup>1</sup> et soucieux de travailler dans une approche globale des conduites addictives, elles concrétisent en 2005 un **pôle régional d'addictologie au travers de quatre axes** :

- **la structuration d'un système d'informations commun**
- **la création d'un diplôme universitaire de Soins Infirmiers en addictologie** dès la rentrée, dans le cadre de la délégation de compétence prévue par la loi de santé publique
- **la mise en place d'un dispositif de sensibilisation à la question du cannabis** en direction des professionnels en alcoologie et en tabacologie, à partir du recensement de leurs besoins
- **la préparation d'assises régionales de l'addictologie** : ces assises, qui seront organisées au cours du premier trimestre 2006, visent à préparer la mise en place du SROS<sup>2</sup> 3<sup>ème</sup> génération, lequel comporte un volet addictologie.

... Des premières réponses pragmatiques pour un meilleur service aux usagers et aux professionnels qui appelleront de nouveaux chantiers.

*Pour contacter le Pôle régional d'addictologie :*

(1) ECLAT : Tel. : 03 20 21 06 05 – Courriel : [contact@eclat5962.org](mailto:contact@eclat5962.org)

(2) FORT : Tel. : 03 28 38 92 60 – Courriel : [fort@nordnet.fr](mailto:fort@nordnet.fr)

(3) GRAA : Tel. : 03 20 55 01 95 – Courriel : [legraa@wanadoo.fr](mailto:legraa@wanadoo.fr)

---

<sup>1</sup> MILDT : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

<sup>2</sup> SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire