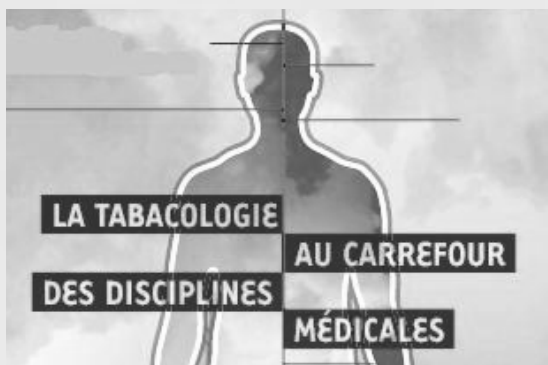


2^e CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TABACOLOGIE

Recueil des abstracts



Paris La Villette ► 20-21-22 novembre 2008

LE MOT DU PRÉSIDENT



Le tabagisme est un problème de santé publique transversal qui concerne toutes les disciplines médicales. Ainsi, une des missions de notre société est de regrouper tous les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des fumeurs, la prévention du tabagisme ou la recherche sur le tabagisme, indépendamment de leur discipline d'origine – médicale ou non médicale. C'est pourquoi nous avons choisi le titre « **La tabacologie au carrefour des disciplines médicales** » pour le **2^e Congrès de la Société française de tabacologie**.

Nous souhaitons réunir les acteurs de toutes les disciplines impliquées : les médecins et les chirurgiens-dentistes mais aussi les sages-femmes et les infirmier(e)s tabacologues, ainsi que tous les autres professionnels de santé intéressés à la tabacologie et tous les acteurs de la prise en charge des addictions.

Les sessions plénières seront organisées autour des thèmes d'intérêt général ; les sessions parallèles traiteront de sujets plus spécifiques permettant aux participants d'approfondir leurs connaissances au niveau de la recherche, de la pratique clinique ou de la formation.

Une large place sera consacrée aux communications libres, orales ou par affiches (posters). Les ateliers permettront une discussion informelle et traiteront de sujets liés à la pratique quotidienne.

Nous espérons que ce congrès sera aussi le lieu de rencontre privilégié entre professionnels de santé, décideurs des politiques de santé et équipes de recherche. Les laboratoires pharmaceutiques, les fournisseurs de matériels de santé et les éditeurs de publications spécialisées viendront aussi à la rencontre des participants.

Le Comité scientifique de la Société française de tabacologie et le Comité d'organisation mettront tout en œuvre pour que ce congrès tienne ses promesses et satisfasse les attentes de ses participants.

Ivan Berlin

Président de la Société française de tabacologie



Comité scientifique |

Président ◀

Dr Ivan Berlin

Membres ◀

Pr Henri-Jean Aubin
Pr Bertrand Dautzenberg
Dr Gilles Grangé
Dr Anne-Laurence Le Faou
Dr Gérard Peiffer
Dr Xavier Quantin
Pr Daniel Thomas

| Comité d'organisation

▶ Président

Pr Bertrand Dautzenberg

▶ Membres

Dr Ivan Berlin
Joseph Osman
Ariane Ouranou
Pascale Sommero
Dr Joëlle Visier



Centre des congrès de La Villette

Cité des sciences et de l'industrie
30, avenue Corentin-Cariou
75930 Paris cedex 19

Ligne 7, direction La Courneuve - 8 mai 1945, **station Porte de la Villette**

http://www.cite-sciences.fr/francais/ala_cite/centre-congres-villette/

Légende

Pré = précongrès ; **P** = session plénière ; **SP** = session parallèle ; **CO** = communication orale ; **SY** = symposium ; **AT** = atelier ; **VG** = visite guidée

T A B L E D E S M A T I È R E S

LE MOT DU PRÉSIDENT	1
COMITÉ SCIENTIFIQUE/COMITÉ D'ORGANISATION	1
PROGRAMME	3
RÉSUMÉS	5
Précongrès	5
JEUDI 20 NOVEMBRE 2008 MATIN	5
Pré1 Conférence d'experts Arrêt du tabac des malades atteints de pathologies psychiatriques	5
Pré2 Journée nationale de l'AFIT (Association française des infirmier(ère)s tabacologues)	5
Pré3 Journée nationale de l'ANSFT (Association nationale des sages-femmes tabacologues)	5
Pré4 Formation des Services de santé au travail	6
Congrès	6
JEUDI 20 NOVEMBRE 2008 APRÈS-MIDI	6
Sessions plénières et parallèles / Communications orales	6
P11 Retentissements sur la santé des décisions politiques	6
SP11 Tabac, alcool et polyaddictions (<i>Société française d'alcoologie</i>)	7
SP12 L'année tabaco	7
SP13 Tabac et grossesse	8
SY1 Symposium Laboratoires Pierre Fabre : Faut-il médicaliser le sevrage tabagique ?	10
VENDREDI 21 NOVEMBRE 2008 MATIN	11
P21 Les nouvelles consommations	11
SP22 Tabac et santé bucco-dentaire (<i>Union française pour la santé bucco-dentaire</i>)	11
SP23 Tabac et pathologies vasculaires (<i>Société française de médecine vasculaire</i>)	12
CO24 Arrêt du tabac	13
CO25 Tabac et comorbidités non psychiatriques	15
P21 Les récepteurs. Neurobiologie du système de récompense : données scientifiques à l'usage des cliniciens	17
VENDREDI 21 NOVEMBRE 2008 APRÈS-MIDI	19
P31 Bénéfices de l'arrêt de l'exposition du tabagisme passif	19
SP31 Troubles métaboliques et tabac	19
SP32 Tête de fumeur : conséquences du tabagisme en ORL, ophtalmologie et dermatologie	20
SP33 Prise en charge des adolescents fumeurs	21
CO34 Tabac et comorbidité psychiatrique	21
CO35 Épidémiologie et sevrage tabagique	23
SY2 Symposium Laboratoires Pfizer : Prise en charge du sevrage tabagique : actualités et perspectives des recommandations	25
SAMEDI 22 NOVEMBRE 2008 MATIN	26
SP41 Tabagisme passif et maladie coronaire	26
SP42 Réponses aux questions posées par les congressistes au Comité scientifique	27
SP43 Le meilleur des mémoires de DIU de tabacologie	27
C044 Prévention et jeunes. Divers	27
C045 Prise en charge du tabagisme dans des circonstances particulières	29
P41 Les traitements du passé et du futur	31
Posters	33
VG JEUDI 13h30/14h30	33
Arrêt du tabac	33
Divers	34
Épidémiologie	36
Prévention	36
VG VENDREDI 10h30/11h30	38
Arrêt du tabac	38
Divers	40
Épidémiologie	41
Prévention	42
VG VENDREDI 13h30/14h30	43
Arrêt du tabac	43
VG VENDREDI 16h00/16h30	47
Divers	47
Prévention	49

P R O G R A M M E

Précongrès

J E U D I 2 0 N O V E M B R E 2 0 0 8 m a t i n

Pré1 9h00/13h00

Conférence d'experts Arrêt du tabac des malades atteints de pathologies psychiatriques

Office français de prévention du tabagisme et Fédération française de psychiatrie

Pré2 9h30/12h30

Journée nationale de l'AFIT

Association française des infirmières tabacologues

Pré3 9h00/13h00

Journée nationale de l'ANSFT

Association nationale des sages-femmes tabacologues

Pré 4 9h30/12h30 - 14h30/18h00

Tabac et addictions associées en entreprise - Formation des Services de santé au travail

OFT Entreprise

Congrès

Ouverture du congrès - 13h30/14h30 - Visite des stands et visite guidée des posters

J E U D I 2 0 N O V E M B R E 2 0 0 8 a p r è s - m i d i

P11 14h30/16h00

Session d'ouverture : retentissements sur la santé des décisions politiques

Pause - 16h00/16h30 - Visite des stands

SP11 16h30/18h00

Tabac, alcool et polyaddictions (en collaboration avec la Société française d'alcoologie)

SP12 16h30/18h00

L'année « tabaco »

SP13 16h30/18h00

Tabac et grossesse

A15 16h30/18h00

L'arrêt du tabac chez les précaires

A16 16h30/18h00

Prise en charge du sevrage tabagique et travail de liaison en addictologie : la réduction des risques appliquée au tabac

SY1 18h00/19h00

Faut-il médicaliser le sevrage tabagique ?

Laboratoires Pierre Fabre

V E N D R E D I 2 1 N O V E M B R E 2 0 0 8 M A T I N

SP21 9h00/10h30

Les nouvelles consommations

SP22 9h00/10h30

Tabac et santé bucco-dentaire (en collaboration avec l'Union française pour la santé bucco-dentaire)

SP23 9h00/10h30

Tabac et pathologies vasculaires (en collaboration avec la Société française de médecine vasculaire)

CO24 9h00/10h30

Arrêt du tabac

CO25 9h00/10h30

Tabac et comorbidités non psychiatriques

A27 9h00/10h30

Pertinence d'un protocole de prise en charge du tabagisme en maternité

Pause - 10h30/11h30 - Visite des stands et visite guidée des posters

P21 11h30/13h00

Les récepteurs. Neurobiologie du système de récompense : données scientifiques à l'usage des cliniciens

A25 11h30/13h00

La tabacologie en pratique libérale

V E N D R E D I 2 1 N O V E M B R E 2 0 0 8 A P R E S - M I D I

Pause - 13h30/14h30 - Visite des stands et visite guidée des posters

P31 14h30/16h00

Bénéfices de l'arrêt de l'exposition au tabagisme passif

A35 14h30/16h00

Tabagisme et santé bucco-dentaire

A38 14h30/16h00

Quelques outils de TCC pour le tabacologue

Pause - 16h00/16h30 - Visite des stands et visite guidée des posters

SP31 16h30/18h00

Troubles métaboliques et tabac

SP32 16h30/18h00

Tête de fumeur : conséquences du tabagisme en ORL, ophtalmologie et dermatologie

SP33 16h30/18h00

Prise en charge des adolescents fumeurs

CO34 16h30/18h00

Tabac et comorbidité psychiatrique

CO35 16h30/18h00

Épidémiologie et sevrage tabagique

A36 16h30/18h00

La mesure du CO sous tous ses aspects

A37 16h30/18h00

Rencontre du Courrier des addictions

A39 16h30/18h00

CDTnet et dossier informatique tabacologique

SY2 18h00/19h30

Prise en charge du sevrage tabagique : actualités et perspectives des recommandations

Laboratoires Pfizer

S A M E D I 2 2 N O V E M B R E 2 0 0 8 M A T I N

SP41 9h00/10h30

Tabagisme passif et maladie coronaire (symposium commun de la Société française de tabacologie et de la Fédération française de cardiologie)

SP42 9h00/10h30

Réponses aux questions posées par les congressistes au Comité scientifique

SP43 9h00/10h30

Le meilleur des mémoires de DIU de tabacologie

CO44 9h00/10h30

Prévention et jeunes. Autres sujets

CO45 9h00/10h30

Prise en charge du tabagisme: circonstances et cas particuliers

A46 9h00/10h30

La prise en charge du tabagisme périopératoire

A47 9h00/10h30

L'aide aux fumeurs en maison d'arrêt

Pause - 10h30/11h00 - Visite des stands

P41 11h00/12h30

Les traitements du passé et du futur 11h00/12h30

R É S U M É S

Précongrès

J E U D I 2 0 N O V E M B R E 2 0 0 8 M A T I N

Pré1 Conférence d'experts Arrêt du tabac des malades atteints de pathologies psychiatriques

Office français de prévention du tabagisme
Fédération française de psychiatrie

Financement DGS

Pré2 Journée nationale de l'AFIT (Association française des infirmier(ère)s tabacologues)

Pré3 Journée nationale de l'ANSFT (Association nationale des sages-femmes tabacologues)

Sage-femme, tabac et réseau de périnatalité
Edwige Dautzenberg, Versailles

La Communauté périnatale de l'agglomération Versaillaise (CPAV), réseau local de santé financé par l'URCAM et l'ARH, a réalisé deux enquêtes de terrain sur son territoire, cohortes de 365 et 1 006 femmes enceintes, pour connaître leurs besoins et leurs attentes.

Suite à ces études, la CPAV a déployé des ateliers de sevrage tabagique (AST) dans les 4 maternités partenaires, conformément aux recommandations HAS. Opérationnels depuis novembre 2006, les AST sont animés par une sage-femme tabacologue et ont lieu par roulement dans chacune des maternités, indépendamment du lieu de suivi de la patiente. Ils sont gratuits et ouverts à toute femme désireuse d'initier ou de renforcer un sevrage tabagique, en vue ou au cours d'une grossesse, ainsi qu'aux conjoints (tabagisme passif).

Les AST sont des espaces d'incitation, d'information et de motivation des femmes fumeuses. Ils doivent être proposés par le praticien à chacune d'elles, à toute occasion.

Enquête « grossesse à haut risque et examen bucco-dentaire : généraliser un examen bucco-dentaire en préconceptionnel »

Cathy Monard et Hervé Boutigny

Le poids : élément de reprise tabagique dans le post-partum

Claudette Pelle¹ et Cathy Verlin²

La reprise tabagique dans l'année qui suit le sevrage est fréquente et les facteurs de rechute sont en général identifiés.

Les femmes enceintes n'échappent pas à cette règle puisque leur reprise tabagique survient assez précocement dans le post-partum (avant 6 mois).

Des éléments de fatigue, de stress (réorganisation familiale), d'environnement (conjoints fumeurs) sont souvent évoqués pour cette rechute mais la surcharge pondérale, les difficultés pour retrouver leur poids de départ par rapport au début de grossesse et le malaise que cela peut engendrer ont aussi un rôle déterminant.

Ainsi l'usage du tabac en tant que régulateur de poids prend ici toute sa signification et c'est pourquoi la prise en charge diététique pendant et après la grossesse paraît dans ce contexte indispensable afin de limiter la reprise tabagique.

¹Tabacologie, CHU, Grenoble, ²Hôpital du Belvédère, Maternité, Mont-Saint-Aignan

Enquête nationale 2007 : 3463 étudiants sages-femmes et le tabac

Conchita Gomez, ANSFT

Une enquête exhaustive a été conduite fin 2007 dans la totalité des écoles de sages-femmes de France. Toutes les écoles ont répondu.

Les sages-femmes ont une première année commune avec la médecine puis débute à Bac +1, la première année spécifique aux sages-femmes. Les répondants étaient à 7 % des garçons et 92 % des filles (1% de sexe non précisé). Nous présentons ici les résultats de cette importante enquête sur le tabagisme quotidien ou occasionnel, sur la consommation de cannabis et sur l'expérimentation de la chicha.

Le tabagisme quotidien n'atteint 20 % que chez les étudiants les plus âgés. Les nouvelles générations d'étudiants actuellement en première année ne sont plus que 12 % à fumer quotidiennement. La moitié des élèves de Paris ont déjà consommé la chicha, le tiers des provinciaux, mais moins de 5 % des élèves d'outre-mer.

Contact : conchitagomez3@wanadoo.fr

Traitements nicotiniques substitutifs et droit de prescription

Cathy Meier, Centre hospitalier, Pau

Les sages-femmes ont l'autorisation de prescrire les substituts nicotiniques à leurs patientes (J.O. du 8 novembre 2005 : arrêté du 12 octobre modifiant l'arrêté du 23 février 2004).

Les recommandations en France sont en faveur d'un TNS pendant la grossesse et l'allaitement après échec des méthodes psychologiques et/ou comportementales mais les sages-femmes ne se sont pas toujours suffisamment formées. Les sages-femmes tabacologues ont les compétences mais ne peuvent que conseiller et accompagner l'arrêt du partenaire de la patiente, sans prescription. Cette prise en charge conjointe du couple augmente les chances de sevrage de la femme. Les consultations des sages-femmes

tabacologues ne sont pas cotées et leurs prescriptions ne sont pas remboursées actuellement.

Tous ces éléments constituent une perte de chances pour les femmes suivies.

Pré4 Formation des Services de santé au travail

Tabac et addictions associées en entreprise

OFT Entreprise, Paris

Contact : info@oft-asso.fr

Congrès

J E U D I 2 0 N O V E M B R E 2 0 0 8 A P R È S - M I D I

Sessions plénières et parallèles / Communications orales

P11 Retentissements sur la santé des décisions politiques

P11_01

Message du ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports ou de son représentant

P11_02

Impact des changements législatifs sur le contrôle du tabagisme en France

Bertrand Dautzenberg, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, président de l'OFT, Paris

Le décret Bertrand du 15 novembre 2006 visant à protéger les français du tabagisme passif prévoyait un délai d'application jusqu'en janvier 2008 pour le secteur CHR, alors que dès le 1^{er} février 2007, l'ensemble des lieux clos et couverts devaient être non fumeurs dans les autres secteurs. Cette interdiction en deux temps permet d'analyser les effets de chacune des étapes.

La pollution des locaux par les particules fines a diminué de 80 % dans les deux secteurs dès le premier mois de l'application. Mais le taux de dépassement des valeurs limites pour l'air des villes par les particules fines (PM 2.5) qui n'était que de 13 % en janvier 2007 restait voisin de 60 % dans le secteur CHR en décembre 2007.

Les études conduites en médecin du travail par l'OFT ont montré que les symptômes respiratoires (toux, sifflement, gêne respiratoire) étaient moins fréquents chez les non-fumeurs, mais aussi chez les fumeurs qui travaillaient dans des lieux non fumeurs.

Cette différence de pollution initiale explique que, si en 2007 aucune variation du taux d'infarctus et d'AVC n'a été observée, une baisse de 15 % a été constatée sur les premières données 2008. Ces résultats laissent présumer d'un effet important de la pollution du secteur CHR dans la survenue d'infarctus et d'AVC, secteur où les taux de pollution par les particules fines de la fumée du tabac sont les plus intenses.

Les terrasses restent l'objet de polémiques, mais une circulaire récente de la DGS a bien clarifié les choses : une terrasse est un espace totalement séparé du café

lui-même et totalement ouvert sur un des côtés ou non couvert.

L'effet sur la consommation de tabac et l'arrêt est très faible. Après la victoire sur le tabagisme passif, de nouvelles initiatives sont nécessaires pour faire baisser le tabagisme actif et la mortalité qui lui est due.

Contact : bertrand.dautzenberg@psl.aphp.fr

P11_03

Les évolutions récentes de contrôle du tabac dans les pays de l'UE

Francis Grogna, ENSP (European Network for Smoking Prevention), Bruxelles, Belgique

Depuis plusieurs années, la prévention du tabagisme est au programme des professionnels de la santé, des ONGs, des États Membres de l'Union européenne et des institutions européennes. Mais, un adulte sur trois en moyenne continue à fumer, malgré les connaissances des risques et des conséquences pour leur santé.

On estime que le tabac tue plus de 650 000 personnes chaque année dans les pays de l'Union européenne. 13 000 000 d'Européens souffrent de maladies graves et chroniques directement liées à leur consommation de produits du tabac. La fumée secondaire est elle-même responsable de 79 000 morts par an dans l'Union.

La lutte contre le tabagisme porte pourtant ses fruits. Il y a vingt ans, la prévalence chez les hommes était de 50 %. Elle est aujourd'hui réduite à 15-20 %. Des milliers de vies ont déjà été sauvées. Malheureusement, le nombre de fumeuses augmente, et le tabagisme reste la plus grande cause de décès évitables en Europe.

Pour renforcer la lutte contre l'épidémie, la Convention cadre pour la lutte antitabac (CCLAT/FCTC) a été négociée sous les auspices de l'Organisation mondiale pour la santé. L'OMS vient aussi de présenter « MPOWER », un ensemble de six mesures dont l'efficacité est démontrée.

Dans ce cadre, certains États Membres de l'Union ont déjà entrepris avec succès des actions concrètes. Mais d'autres n'en sont qu'aux préliminaires.

Si nous ne voulons pas comptabiliser 1 000 000 000 (un milliard !) de morts à cause du tabac dans le monde

à la fin du 21^e siècle, chaque membre de la communauté du contrôle du tabac a un rôle clef à jouer, les professionnels de la santé, les ONGs, les responsables politiques en tête.

Vous, nous, ensemble, pour une vie sans tabac !

SP11 Tabac, alcool et polyaddictions (Société française d'alcoologie)

SP11_01

L'arrêt du tabac chez les patients alcoolo-dépendants

Henri-Jean Aubin, Centre d'addictologie, Hôpital Paul Brousse, Villejuif

La comorbidité entre les problèmes liés à l'alcool et au tabac est bien documentée. Bien que la prévalence du tabagisme ait chuté dans la plupart des pays occidentaux, la majorité des alcooliques continue de fumer. Comparés aux fumeurs non alcooliques, les fumeurs alcooliques sont plus dépendants, ont un syndrome de sevrage tabagique plus important et sont particulièrement vulnérables aux conséquences somatiques de l'intoxication conjointe au tabac et à l'alcool. Des deux substances, c'est le tabac plus que l'alcool qui est la principale cause de décès chez ces patients. La consommation d'alcool est un facteur précipitant de la rechute tabagique. C'est pourquoi la plupart des recommandations pour l'aide à l'arrêt du tabac conseillent aux fumeurs d'éviter autant que possible de consommer de l'alcool dans les premières semaines suivant le sevrage tabagique.

Bien que les alcooliques aient en général un haut niveau de dépendance tabagique, leurs taux de succès dans l'arrêt du tabac ne semblent pas significativement altérés. Il semble bien cependant que plus l'arrêt de l'alcool est ancien, meilleurs sont les taux de succès. Compte tenu de l'importance de la dépendance tabagique chez les alcooliques, il est probable que des traitements intensifs sont requis, combinant le conseil spécialisé et la pharmacothérapie. Les fumeurs souffrant de troubles actuels liés à l'alcool sont sous-représentés dans les essais cliniques, posant la question de la généralisation des résultats à ce sous-groupe de fumeurs. Quelques données confirment cependant l'efficacité de la substitution nicotinique et du bupropion dans le traitement de la dépendance tabagique chez les alcooliques. Des données récentes suggèrent un potentiel thérapeutique de la varenicline en alcoologie. Nous n'avons pour l'instant pas encore de résultats d'études concernant l'efficacité de la varenicline dans l'arrêt du tabac chez les alcooliques.

L'auteur déclare avoir reçu des honoraires de GlaxoSmithKline, Pfizer, Lundbeck, Merck, Pierre Fabre Santé, Prempharm et Sanofi-Aventis au cours des trois dernières années.

SP11_02

Nicotine et autres psychostimulants : similarités et différences

Laurent Karila, Centre d'enseignement, de recherche et de traitement des addictions, Hôpital universitaire Paul Brousse, AP-HP, Université Paris-Sud, CEA-Inserm U797

Les mécanismes neurobiologiques sous-tendant les effets renforçateurs de la cocaïne et de la nicotine impliqueraient non seulement la dopamine mais également le glutamate et l'acétylcholine.

La cocaïne est actuellement la seconde drogue illicite la plus consommée dans le monde après le cannabis et le tabac, la première drogue licite consommée. Plus de 75 % des sujets dépendants à la cocaïne sont d'ailleurs dépendants à la nicotine. L'intoxication et le sevrage de ces deux drogues psychostimulantes ont des caractéristiques cliniques assez proches avec des différences notables. Les avancées en génétique et en imagerie cérébrale ont également permis d'identifier des similarités et des différences entre elles. Des approches pharmacologiques similaires (modafinil, topiramate, bupropion) ont été testées avec des résultats intéressants. L'immunothérapie (vaccins antinicotine, anticocaïne) est également une autre piste thérapeutique prometteuse.

Contact : laurent.karila@pbr.aphp.fr ; www.centredesaddictions.org

SP11_03

Consommer au risque de la dépendance

Yann Le Strat, Inserm U675, IFR02, Faculté de médecine Xavier Bichat, Université Paris 7

La consommation de toxique est particulièrement fréquente chez les jeunes adultes. Le tabac, l'alcool et le cannabis ont un *pattern* d'usage présentant des caractéristiques et des facteurs de risque communs, mais également des spécificités qui sont toutefois insuffisamment connues.

La meilleure connaissance de ces facteurs de risque démographiques, sociaux, culturels, mais également psychologiques, psychiatriques et addictologiques, permettrait toutefois de mieux comprendre et d'aider les adolescents et jeunes adultes consommateurs à risque, mais également de prévenir le développement de dépendances ultérieures.

L'étude SAGE a récemment évalué les caractéristiques cliniques addictologiques et psychiatriques de 3 056 jeunes adultes en population générale. Ce travail a permis de préciser quels facteurs de risque étaient associés avec la consommation, l'abus ou la dépendance à chacun de ces trois produits, mais également de mieux comprendre comment ces facteurs interagissent de façon croisée et parfois synergique.

L'importance des effets subjectifs ressentis au cours des consommations semble ainsi avoir une place centrale, et pourtant relativement méconnue. La prise en compte de tels facteurs de risque dans l'évaluation, même rapide, de jeunes adultes permettrait peut-être de diminuer la morbi-mortalité liée à la consommation de toxique pour cette population particulièrement exposée.

SP12 L'année tabaco

SP12_01

Recherche clinique/fondamentale

Jacques Le Houezec, Nantes

SP12_02

Épidémiologie : l'article épidémiologique de l'année : Smoking and smoking cessation in relation to mortality in women

Anne-Laurence Le Faou

Objectif : Évaluer la relation entre le tabagisme, l'arrêt du tabac et la mortalité des femmes, totale et liée au tabagisme.

Méthodes : cohorte de 104 519 femmes participant à la *Nurses' Health Study* (suivi de 1980 à 2004). Les Risques Relatifs (RR) ont été calculés pour la mortalité totale, les maladies vasculaires et respiratoires, le cancer du poumon, les cancers liés au tabagisme, les autres cancers et les autres causes de décès.

Résultats : En comparaison avec les femmes n'ayant jamais fumé, les fumeuses (F) avaient un risque accru de décès (RR 2,81 IC 95 % 2,68-2,95) toutes causes confondues et pour les pathologies liées au tabac. Le RR pour les cancers liés au tabac était égal à 7,25 (IC 95 % 6,43-8,18). En comparaison avec les non-fumeuses, le RR de cancer colo-rectal était de 1,63 (IC 95 % 1,29-2,05) pour les F et de 1,23 (IC 95 % 1,02-1,49) pour les ex-fumeuses.

Conclusions : Pour les ex-fumeuses, l'excès de risque de mortalité décroissait rapidement au niveau de celui d'une non-fumeuse excepté pour les pathologies pulmonaires (20 ans).

Kenfield SA, Stampfer MJ, Rosner BA, Colditz GA, JAMA, 2008 ;299 :2037-47

SP12_03

Thérapeutique

Gérard Peiffer, Centre de tabacologie CHR Bon Secours, Metz

1. Quoi de neuf sur les substituts nicotiques

- De nouveaux dosages plus forts
- Des formes différentes : apparition de nouvelles formes de nicotine à délivrance plus rapide (comprimés à sucer, spray oral, sachets) récemment commercialisées par Nicovum, en Suède – travaux pharmacologiques à confirmer.
- Des schémas thérapeutiques inédits
 - ▶ Débuter les substituts nicotiques avant l'arrêt : une méta-analyse (portant sur quatre études) de Shiffman plaide pour cette stratégie (*Shiffman S., Ferguson S. G. Nicotine patch therapy prior to quitting smoking: a meta-analysis. Addiction 2008; 103: 557-63*)
- De nouvelles études chez la femme enceinte :
 - ▶ Ashwin CA, Watts K. Women's use of nicotine replacement therapy in pregnancy- a structured review of the literature. *Midwifery*. 2008 Oct 14
 - ▶ Oncken C, Dornelas E, Greene J, Sankey H, Glasmann A, Feinn R, Kranzler HR. Nicotine gum for pregnant smokers: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2008 Oct;112(4):859-67

2. Le bupropion

- Description des effets secondaires du bupropion en France (Beyens MN, Guy C, Mounier G, Laporte S, Ollagnier M. Serious adverse reactions of bupropion for smoking cessation: analysis of the French pharmacovigilance database from 2001 to 2004. *Drug Saf.* 2008;31(11):1017-26)

3. La varenicline

- Étude varenicline versus patch (Aubin HJ, Bobak A, Britton JR, Oncken C, Billing CB Jr, Gong J, Williams KE, Reeves KR. Varenicline versus transdermal nicotine patch for smoking cessation: results from a randomised open-label trial. *Thorax*. 2008 Aug;63(8):717-24)

- Flexibilité des doses (Niaura, Raymond. The efficacy and safety of varenicline for smoking cessation using a flexible dosing strategy in adult smokers: a randomized controlled trial *Current Medical Research and Opinion*, Volume 24, Number 7, July 2008, pp. 1931-1941)
- Tolérance de la varenicline

4. Et comment choisir parmi les aides thérapeutiques ?

Un panel d'experts internationaux (Delphi Panel) s'accorde sur un niveau important de consensus et quelques priorités :

- I. Facteurs à considérer en prescrivant des médicaments : preuves d'efficacité, préférence du patient, expérience du patient.
- II. Les associations sont fondées sur : échec après monothérapie, craving très intense, niveau de dépendance.
- III. Associations principales : 1) deux ou plusieurs formes de S.N., 2) Bupropion + formes de S.N.
- IV. Sous-catégories possibles : 1a) patch + gomme, 1b) patch + inhalateur, 1c) patch + pastille ; 2a) Bupropion + patch, 2b) Bupropion + gomme.
- V. Impact des comorbidités pour la sélection des pharmacothérapies : contre-indications, pharmacothérapies spécifiques utiles pour certaines comorbidités, doubles fonctions des médicaments.
- VI. Fréquence du suivi déterminé par : les souhaits du patient, type of médicament.

Bader P, McDonald PW, Selby P. An Algorithm for Tailoring Pharmacotherapy for Smoking Cessation: Results from a Delphi Panel of International Experts. *Tob Control*. 2008 Oct 13.

Contact : peifferg@aol.com

SP13 Tabac et grossesse

SP 13_01

La sage-femme tabacologue en maternité

C. Espiand-Marçais¹, A. Stoebner-Delbarre^{1,2}, X. Quantin¹, S. Thézenas², G. Mercier³, P. Boulot⁴

Le tabagisme des femmes a considérablement évolué. Au cours de la grossesse, les conséquences pour la mère et l'enfant sont désormais connues. Des plans de santé publique ont été mis en place pour lutter contre le tabagisme maternel. Il est devenu nécessaire que les sages-femmes (SF), dans le cadre de leur mission, s'adaptent aux données actuelles concernant cette endémie.

En 2007 le CHU de Montpellier a réalisé une enquête relative aux pratiques des sages-femmes tabacologues en France. Elle révèle que seulement 1 % de l'ensemble des sages-femmes françaises se sont formées à la tabacologie depuis 1994. Seules les sages-femmes hospitalières qui ont un temps en tabacologie supérieur à 20 % ont une activité organisée et spécifique. Celles exerçant en secteur libéral, privé, ou territorial intègrent cette nouvelle pratique à leur mode d'exercice.

Cependant, les sages-femmes formées assurent 41 % des consultations de tabacologie en maternité.

L'UCT de Montpellier a intégré, en 2006, une sage-femme formée à la tabacologie pour renforcer la prise en charge des femmes fumeuses des unités de gynécologie-obstétrique. Cette sage-femme travaille au cœur des équipes de la maternité. En deux ans, le nombre de consultations individuelles de tabacologie a été multiplié par 4, les interventions au lit des patientes ont décuplé.

La prise en charge des fumeuses a été renforcée par la formation de cette sage-femme et sa disponibilité à cette nouvelle approche.

Les sages-femmes sans temps alloué à la tabacologie intègrent cette nouvelle activité au cours de leurs rencontres habituelles avec les patientes. Celles bénéficiant d'un temps dédié ont pu développer une prise en charge spécifique.

Les sages-femmes tabacologues détachées complètement exercent un nouveau métier à part entière.

¹Unité de coordination de tabacologie, Service des maladies respiratoires, CHU Arnaud de Villeneuve, Montpellier;

²Départements de prévention et de statistiques, CRLC Val d'Aurelle, Montpellier ³DIM, CHU Arnaud de Villeneuve, Montpellier ; ⁴Fédération « Naissance et pathologies de la femme », CHU A de Villeneuve, Montpellier

SP13_02

La rechute au cours du post-partum et sa gestion

Alain Diguët

La prise en charge obstétricale ne s'arrête pas à l'instant de l'accouchement. Pour autant, la dichotomie entre prise en charge de la femme et celle de l'enfant – pré-existante à la naissance de ce dernier – apparaît plus évidente pour ne pas dire criante. Si une femme enceinte fumeuse sur deux continue à fumer pendant sa grossesse, c'est qu'il existe une addiction toute particulière. L'existence d'une composante anxieuse, dépressive et parfois d'une co-addiction doit être envisagée. Loin d'être achevée, l'action du professionnel de santé se poursuit donc dans cette période du post-partum, et si sa durée en maternité est de plus en plus réduite (rarement plus de 3 à 5 jours), elle est cependant fondamentale dans le maintien des résultats obtenus dans le sevrage de la femme enceinte.

Plus que jamais la valorisation de cette action « arrêt du tabac » doit être verbalisée. L'empathie de l'équipe de maternité (trop centrée sur le court terme) ne permet cependant pas toujours de faire pencher la balance entre bénéfices et inconvénients à fumer. Les situations (« mon accouchement s'est bien/mal passé »), les émotions (« j'ai été /je n'ai pas été à la hauteur »), les enjeux (« je suis/je ne suis pas une bonne mère ») sont trop puissants pour modifier les pensées et comportements fumeurs. Si l'objectif avoué n'est plus d'obtenir le sevrage, il doit au contraire viser à minimiser les risques de rechute.

En maternité, une bonne connaissance de la femme n'est probablement pas l'élément majeur. Les discours inadaptés sont plus à risque et l'on s'étonne parfois encore l'entendre dans une même équipe des avis divergents quant à la possibilité d'allaiter ou de poursuivre une thérapie de substitution en période d'allaitement. C'est avant tout une méconnaissance de

l'équipe de ses propres difficultés à adhérer à l'information qui devient délétère.

Quand le sevrage est maintenu, le renforcement des motivations est fondamental et l'aspect pédiatrique est alors une aide non négligeable. Un travail multidisciplinaire doit être organisé avant la sortie de la maternité. Le médecin généraliste au cœur du réseau périnatal doit être informé et le tabacologue est souvent la personne "ressource" capable de personnaliser le suivi mais aussi de conseiller les professionnels sur les options thérapeutiques à poursuivre ou modifier.

Les récents développements des techniques de thérapies cognitivo-comportementales et leur efficacité notamment en cas de co-morbidité sont encourageants. En post-partum, l'association de ces techniques aux traitements nicotiques de substitution doit être proposée aux patientes tant en période de sevrage qu'en prévention des rechutes.

SP13_03

Formations de sages-femmes de proximité, récentes en tabacologie : expérience régionale en Languedoc- Roussillon

A.-M. Clauze¹, I. Clauze², N. Berda³, B. Rampillon⁴, A. Stoebner-Delbarre⁵, P. Boulot⁶

Les études épidémiologiques régionales et nationales montrent que 22 % des femmes continuent à fumer au troisième trimestre de leur grossesse^a. Or, la croissance des cellules nerveuses, leurs stabilisations synaptiques, le développement des récepteurs sont particulièrement intenses à cette période. Il est donc important de promouvoir l'arrêt de la consommation. Devant l'ampleur du problème il a semblé logique de former des acteurs de proximité pour identifier les personnes à risques, les soutenir dans un changement de comportement et les orienter si nécessaire vers une structure de tabacologie. Une formation a été organisée en collaboration avec la sous-commission de la CRN « Tabac et périnatalité », le CHU de Montpellier, le réseau « Naître en LR » et « Vive sans fumer ».

Matériel et méthodes

Les participants : parmi les 157 soignants identifiés en LR, 40 ont participé à cette formation (taux de participation de 25,16 %), parmi lesquels : 30 sages-femmes, 2 diététiciennes, 1 psychologue, 5 infirmières, 2 puéricultrices, avec des modes d'exercice différents : secteur libéral (52,5 %), PMI (25 %), hospitalisation privée (15 %) et hôpital public (7,5%).

^a ORS LR. Enquête périnatale 1998-1999. Analyse départementale pour le Languedoc-Roussillon. ORS LR, Montpellier, 2001 : 33-34 <http://www.ors-lr.org/PDF/jeunes/Perinat98.pdf>

Les intervenants : 5 sages-femmes, 6 médecins dont 1 gynécologue, 4 psychologues, tous tabacologues ou addictologues, ont été retenus en fonction de leur proximité avec les participants afin d'instituer un tissu de référents locaux. Deux intervenants (expert et animateur) ont animé les sessions de formation. Un coordinateur a suivi l'ensemble des 5 jours de formation sur les 4 sites, pour contrôler l'homogénéité du contenu scientifique et de la méthode pédagogique.

Une formation de formateurs de 5 demi-journées a été organisée préalablement aux formations locales. Elle avait pour but d'homogénéiser la formation sur les 4 sites, (même contenu scientifique, même méthode pédagogique). Une méthode pédagogique interactive a été appliquée avec de cours exposés suivis d'étude de cas cliniques et de mises en situation en jeux de rôle.

Le contenu scientifique avait été élaboré par un groupe de pilotage de 6 tabacologues et sages-femmes qui avait rédigé un référentiel de connaissances et de pratiques. Ce référentiel a été mis sous forme de document PowerPoint accessible sur le site <http://www.vivresansfumer.fr> et sous forme papier.

La formation s'est effectuée sur 5 journées par site, étalés sur 12 mois

Les éléments d'évaluation : les connaissances et les pratiques ont été évaluées à partir de questionnaires, mis au point par l'équipe de pilotage et une psychosociologue, avant la formation et lors de la dernière session, avec un intervalle de 8 à 12 mois entre les 2 passations des questionnaires.

Les questionnaires explorant les connaissances comprenaient 22 questions sur les thèmes suivants : l'épidémiologie, le tabac et sa toxicité en périnatalité, le comportement addictif et les méthodes de prises en charge médicamenteuses et psycho-comportementales. Lorsque 60 % des réponses étaient correctes, le niveau a été considéré comme satisfaisant, entre 39 et 59 % de réponses correctes, comme moyen et en dessous de 39 % comme insuffisant.

L'évaluation des pratiques ont concerné la réalisation du conseil minimal, l'utilisation des tests de dépendance et du CO testeur, les modalités d'identification des consommations de cigarettes et de la prise en charge ou de l'orientation des femmes fumeuses.

Les motivations ont été évaluées par 28 items explorant la motivation extrinsèque à s'impliquer dans l'activité elle-même : plaisir, satisfaction à suivre la formation et la motivation extrinsèque liée aux avantages sociaux, financiers et autres raisons environnementales.

Résultats

Les connaissances : 17 participants avaient un nombre de réponses correctes inférieur à 40 %, 14 entre 40 et 60 % et pour 1 supérieur à 60 %.

Un taux de réponses correctes était de 40 % (n=18) pour l'épidémiologie, de 22,5 % (n=9) pour le comportement addictif, de 15 % (n=6) pour les conséquences fœtales et pédiatriques, de 12,5 % (n=5) pour la toxicité du tabac, de 10,0 % (n=4) pour la prise en charge.

À part le petit poids à la naissance, aucune autre conséquence néonatale n'était notée. La substitution nicotinique était jugée interdite en période de grossesse.

Les pratiques : les questions portaient sur le comportement des soignants lors de la semaine précédente. Le taux de non-réponse est élevé variant de 5 % pour la connaissance de la mesure de l'oxyde de carbone, 12,5 % pour l'utilisation du test de dépendance à la nicotine (test de Fagerström), 15 % pour le conseil minimal et 37%, pour la prescription de substitution nicotinique.

Le conseil minimal systématique est donné dans 10 % des cas, le Fagerström n'est jamais pratiqué ainsi que la prescription de substitution nicotinique.

Les motivations : les motivations à se former en tabacologie sont d'ordre intrinsèque (ex : sentiment d'accomplissement personnel). Après la formation, les connaissances se sont améliorées puisque 73,9 % des réponses sont satisfaisantes, 20,3 % moyennes et 5,8 % insuffisantes (voir tableau ci-dessous).

% de réponses	Epidémiologie	Produit	Toxicité	Comportement addictif	Traitement et prise en charge
Satisfaisantes	87 %	62,5 %	75%	75%	83,3 %
Moyennes	0%	29,2 %	25%	20,8 %	12,5 %
Insuffisantes	13 %	8,5 %	0	4,2%	4,2 %

Les pratiques : le conseil minimal a été donné dans 58,2% des cas, le test de Fagerström a été pratiqué dans 24% des cas, la mesure du CO dans 63,6% des cas. Les SNT ont été prescrits dans 48% par les sages-femmes. Les participants se sont sentis plus à l'aise pour identifier les consommations de tabac et pour proposer un arrêt (49,8% versus 5, 6%).

Conclusion : une formation interactive étalée dans le temps améliore les connaissances théoriques et change les pratiques. Il reste une réticence pour la substitution nicotinique.

¹Tabacologue, Vivre sans fumer ; ²Tabacologue, psychologue CH Béziers ; ³Docteur en psychosociologie, Université Montpellier III ; ⁴Tabacologue, sage-femme ; ⁵Tabacologue, Épidaure ; ⁶CHU Montpellier

Symposium Laboratoires Pierre Fabre SY1 Faut-il médicaliser le sevrage tabagique ?

SY1a

La place du médecin dans le sevrage tabagique en Europe : PESCE, un projet européen de santé publique

Marie-Hélène Weber, Pierre Fabre
Jean Daver, Toulouse

SY1b

L'enjeu de la prescription : l'adaptation posologique

Jean Perriot, Clermont-Ferrand

P21 Les nouvelles consommations

SP21_01

Connaissances actuelles des effets pour la santé du tabac oral avec attention particulière au snus suédois

Duc Nguyen, Société française de tabacologie, Service de pharmacologie, Université Paris 6, Faculté de médecine, CHU Pitié-Salpêtrière

Le snus constitue en Occident le produit de tabac sans fumée le mieux connu. La Suède est le seul pays de l'Union européenne qui bénéficie d'une dérogation pour la production et la commercialisation du snus.

Une revue bibliographique de la Société française de tabacologie s'est appuyée sur les données épidémiologiques relatives aux effets sur la santé chez l'être humain du snus et des différentes formes de tabac oral.

Il existe une association entre la consommation de tabac oral et le cancer du pancréas avec une augmentation du risque dose-dépendante. Le risque cardio-vasculaire induit par la consommation de cigarettes n'est pas diminué après substitution par le tabac oral.

La consommation de tabac oral n'est pas associée à un risque de développer un cancer du poumon.

La consommation de tabac oral chez la femme enceinte est associée à des risques de complications pendant la grossesse et à une diminution de poids de naissance comparée à toute absence de consommation tabagique.

Les traitements substitutifs nicotiques ou le bupropion ne constituent pas une aide efficace au sevrage du tabac oral.

À ce jour, le tabac oral n'a pas démontré d'efficacité dans l'aide au sevrage tabagique des cigarettes.

Par conséquent, les conclusions de ce rapport indiquent que le tabac oral représente un risque moindre pour la santé que le tabac fumé. Toutefois, le risque pour la santé de l'utilisation de tabac oral est certain mais diffère du tabac fumé. La fœtotoxicité du tabac oral doit contre-indiquer toute utilisation chez la femme enceinte.

Des études de niveau de preuve 1 (preuves scientifiques établies) sont indispensables pour situer le degré de risque lié à l'utilisation de tabac oral.

SP21_02

Les nouveaux produits d'initiation tabagique chez les adolescents

Pierre Birkui, Paris

SP21_03

Chicha : usage et toxicité

Bertrand Dautzenberg, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, président de l'OFT, Paris

**SP22 Tabac et santé bucco-dentaire
(Union française pour la santé bucco-dentaire)**

SP22_01

Prise en charge du fumeur par le chirurgien-dentiste

Jacques Wemaere, Bordeaux

Madame Roselyne Bachelot, ministre de la Santé, a déclaré en mai 2008 : « Afin de mieux garantir l'accès à une demande de sevrage tabagique, je souhaite que [...] les chirurgiens-dentistes puissent prescrire à l'avenir des substituts nicotiques et que les patients soient remboursés dans le cadre du forfait de 50 € ».

Peu de chirurgiens-dentistes sont ou seront des tabacologues. Mais quelle peut être l'attitude de tous les autres ? Quelle place ce professionnel de santé a-t-il dans la prise en charge ?

Quel chirurgien-dentiste n'a jamais reçu de patient dépendant au tabac ? Et lequel n'a pas reculé à cause de cette dépendance ? Le tabac a des répercussions directes sur notre exercice et l'ignorer prive nos patients de thérapeutiques notamment en parodontologie et chirurgie.

D'autre part, une dépendance au tabac ne s'installe pas subitement, ni par hasard. Nous avons la possibilité d'éduquer, d'accompagner nos patients, lors des visites régulières des plus jeunes pour éviter la prise de la première cigarette, voire la retarder.

SP22_02

Tabac et santé bucco-dentaire

Isabelle Maes, CHU Angers

Le tabac est un facteur de risque démontré de leucoplasie et de carcinome de la cavité buccale et la prévalence de ces pathologies diminue après un sevrage tabagique durable. Un dépistage individuel de ces lésions peut être recommandé lors de soins bucco-dentaires chez le fumeur surtout s'il s'associe à un éthylisme chronique.

Le tabagisme est, avec la mauvaise hygiène bucco-dentaire, l'un des principaux facteurs de risque des parodontopathies. Les parodontopathies ont des conséquences fonctionnelles, diététiques, esthétiques, et économiques et sont les premières causes de perte dentaire. Chez le fumeur de tabac, le risque de parodontopathie est multiplié par 2,5 à 6. Ce risque est présent dès l'adolescence et augmente avec le nombre de cigarettes. Le tabac augmente le risque de perte dentaire. Le sevrage tabagique diminue le risque de parodontopathie alors que la poursuite de celui-ci réduit l'efficacité des traitements parodontaux conservateurs ou chirurgicaux. Le tabac retarde la guérison des plaies chirurgicales parodontales. Le tabagisme est délétère en implantologie. Chez le fumeur comparativement au non-fumeur, le taux d'échec d'implants dentaires est 2 à 2,5 fois plus élevé, avec une relation dose effet et un

bénéfice démontré d'un protocole d'abstinence tabagique préalable à l'implantologie.

D'autres tracas du fumeur de tabac sont identifiés, comme la coloration de la plaque dentaire ou des prothèses, la mélanose du fumeur, les modifications du goût et de l'odorat, l'halitose, la kératose tabagique du palais, ou la candidose buccale. Ils sont habituellement réversibles lors du sevrage tabagique.

Le tabac sans fumée comme le SNUS appliqué contre la gencive, peut exercer un effet abrasif sur la muqueuse gingivale. C'est un facteur possible de récession gingivale et de perte d'attachement. Une étude suggère une possible association avec le cancer de la cavité buccale.

La fumée de cannabis est elle aussi un facteur de parodontopathie.

SP22_02

Tabac et chirurgie buccale implantaire

Philippe Bouchard, Université Paris 7

SP23 Tabac et pathologies vasculaires (Société française de médecine vasculaire)

SP23_01

Caractéristiques du tabagisme chez le patient atteint d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs : étude mona-lisa vasc

J.-P. Cambou, E. Béraut, M. Palhol, B. Montalegre, D. Baudouin, H. Boccalon, A. Bura-Rivière, Toulouse

Introduction : Le tabac est reconnu comme un facteur de risque cardio-vasculaire prépondérant dans l'Artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI), peu d'études se sont intéressées aux caractéristiques du tabagisme chez ces patients.

Méthodes : Tous les patients d'âge ≤ 75 ans, atteints d'une AOMI hospitalisés ou vus en consultation ont été inclus. Ils ont été comparés à un échantillon de patients appariés sur l'âge et le sexe issu de l'enquête en population générale dite « Mona Lisa ».

Résultats : Notre étude porte sur 145 patients artériopathes (cas) comparés à 145 témoins. L'âge moyen est de 60,8 ans. On retrouve 85,1 % d'hommes. Les facteurs de risque cardio-vasculaire sont plus largement représentés chez les artériopathes que chez les témoins. On retrouve davantage de fumeurs actifs de cigarettes chez les cas (27,7 % / 18,1%, $p=0.0037$). Près de 90 % des patients artériopathes sont des fumeurs actifs ou des anciens fumeurs. Les tentatives de sevrage chez ces patients sont nombreuses le plus souvent infructueuses. À noter que chez les non-fumeurs actifs, les patients artériopathes sont plus exposés au tabagisme passif que les témoins (12 % / 5 %, $p=0.03$).

Conclusion : Notre étude a permis de retrouver que le tabagisme est plus prévalent chez les patients artériopathes que chez les témoins et de mettre en évidence chez les non-fumeurs une fréquence plus importante du tabagisme passif.

SP23_02

Tabac: quels risques pour les maladies veineuses?

Roger Moyou-Mogo, Cergy-Pontoise

SP23_03

Tabac et anévrisme de l'aorte abdominale (AAA)

Jean-Michel Baud, Versailles

La prévalence de l'AAA > 30 mm est de 5,5 % et cette prévalence augmente de façon quasi linéaire avec l'âge à partir de 60 ans. La tendance d'un AAA est de croître avec un risque de rupture corrélée au diamètre. La mortalité est élevée en cas de rupture (65-90%).

Un anévrisme est une dilatation permanente localisée, segmentaire, avec perte du parallélisme des bords, d'une artère dont le diamètre est augmenté d'au moins 50 % par rapport à son diamètre normal.

Pour le diagnostic positif, l'échographie ultrasonore est le mode d'imagerie recommandé. Sa sensibilité et sa spécificité sont proches de 100 %.

Le scanner ou l'IRM de première intention ne sont pas conseillés pour le dépistage des AAA.

Les facteurs de risque (FR) de survenue d'un AAA sont très largement dominés par l'âge (au-delà de 60 ans), le tabagisme (ancien ou actif) et l'hérédité.

Le tabagisme actif est un FR d'AAA 4 à 5 fois plus puissant que l'HTA chez l'homme et 2,5 à 3 fois plus chez la femme.

Pour Lederle (ADAM Study), le tabagisme est le facteur de risque le plus fortement associé aux AAA : le risque augmente avec le nombre d'années de tabagisme actif et diminue avec le nombre d'années depuis son arrêt chez les anciens fumeurs ; le tabagisme augmente d'autant plus le risque d'AAA > 30 mm que le sujet est plus jeune (RR de l'ordre de 5 chez les 55-65 ans, de l'ordre de 2,5 à 3 chez les 70-79 ans).

L'hérédité est un FR d'AAA avec un odds ratio de 2 à 5 chez les parents du 1^{er} degré, surtout net chez les hommes.

Le diabète pourrait être un facteur protecteur d'AAA.

La vitesse de croissance d'un AAA est variable et dépend de la taille et de la forme de l'AAA ainsi que du terrain. Le tabagisme actif influe sur la vitesse de croissance ainsi que sur le risque de rupture.

La prise en charge et la surveillance des petits anévrysmes ne doit pas se contenter d'une simple mesure échographique et doit chercher à limiter tous les facteurs de risque susceptibles d'interférer sur la croissance et la rupture. L'arrêt définitif du tabac reste donc un objectif prioritaire dans la gestion des AAA.

SP23_04

La place du tabagisme dans les grandes études du domaine cardio-vasculaire

François Becker, Service d'angiologie et d'hémostase, HUG, Genève

Le tabagisme est unanimement reconnu comme un puissant, un très puissant, facteur de risque cardio-vasculaire. Pourtant il n'est pas si bien considéré ni pris en compte dans les études : « Il n'y a pas d'intervention plus efficace, ou plus rapide, pour réduire le risque de progression, de récurrence ou de complications après

le diagnostic de maladie cardio-vasculaire chez un fumeur que de l'aider à stopper son tabagisme. Et pourtant... l'arrêt du tabac ne figure pas toujours en bonne place parmi les mesures thérapeutiques initiées. Nous ne nous permettrions pas une telle attitude pour la prise en charge d'une HTA ou d'une dyslipidémie » (A. Pipe Current Opinion in Cardiology ; 2008 sept. Traduction sur <http://www.sfmv.fr>).

En pratique clinique quotidienne, eu égard au tabagisme, on distingue volontiers les sujets et patients en non-fumeurs, fumeurs passifs, anciens fumeurs, petits fumeurs, fumeurs et gros fumeurs..., sans que les bornes en soient bien définies, même si « le paquet par jour » est considéré comme un standard. En pathologie artérielle, la consommation quotidienne de cigarettes du fumeur actif est le paramètre qui correspond le mieux à la nuisance vasculaire de la cigarette fumée (tabac et papier), et pourtant la cancérologie nous a quasi imposé de parler en paquets-années.

Dans les études épidémiologiques et dans les essais thérapeutiques, on a essayé de mieux définir les différentes catégories de sujets et patients eu égard au tabagisme, mais 1) les définitions utilisées parlent peu au clinicien (que signifie plus de 1 cigarette/jour, plus de 100 cigarettes durant la vie passée ?), 2) certains termes sont mal compris, par exemple *current smoker*, « fumeur actuel » a souvent été interprété par le sujet ou le patient comme « en train de fumer », conduisant ainsi le fumeur qui n'était pas en train de fumer une cigarette à répondre non. Il s'avère finalement plus fiable de définir le non-fumeur que les autres catégories. Enfin il est éthiquement très difficile de randomiser les patients quant à l'arrêt ou à la poursuite du tabagisme.

Dans les deux cas, la façon de fumer n'est pas prise en compte (comportement addictif ou non), la confiance que l'on peut accorder aux dires du sujet ou du patient est toujours une hypothèque, les fumeurs de pipe et de cigares sont rarement considérés, la prise en charge du sevrage tabagique n'est jamais évoquée et l'interférence du comportement du médecin vis-à-vis du tabagisme est en règle occultée.

Un pas important sera sans doute fait lorsque, dans les séries, on stratifiera les patients par rapport à un marqueur objectif simple de la consommation tabagique.

CO24 Arrêt du tabac

CO24_01

Caractéristiques, modalités et résultats du sevrage tabagique des « Hard-Core-Smokers » (HCS) parmi les consultants d'un centre expert en tabacologie

J. Perriot¹, P. Lemaire¹, L. Doly¹, D. Laime¹, C. Brugiere¹, P.-M. Llorca², A. Schmitt², V. Boute Makota², G. Brousse²

Cette étude réalisée au dispensaire Émile Roux (Clermont-Ferrand) a comparé parmi 1 201 consultants entre le 01/01/99 et le 31/12/06 (exhaustivité du recensement 89 %) les caractéristiques individuelles, modalités et résultats du sevrage des patients HCS (définition Emery S, 2000) soit 123 fumeurs (10,2 % des consultants). Analyse statistique par logiciel SAS version 8, test Khi2, significativité 5 %, test de Fisher.

Caractéristiques des patients HCS (versus population générale)

L'âge moyen (49 vs 44), les consommations quotidiennes (30c/j vs 24,7), cumulée (34,5PA vs 28,8) moyennes sont supérieures ; le FTND est supérieur (8,3 vs 7,3) ; les hommes plus nombreux (SR 1,2 vs 0,8) ; le nombre de tentatives d'arrêt (1,5 vs 3) et leur durée moyenne (7,3 mois vs 9,1) inférieurs ; la motivation à l'arrêt plus faible. En revanche, les fréquences des troubles anxio-dépressifs, pathologies somatiques, coaddictions sont analogues à la population générale. La posologie initiale moyenne en SNTD est supérieure (35mg vs 25,6) chez les HCS abstinents au 6^e mois, la durée de substitution est analogue ; le recours au bupropion et l'usage des IRS sont identiques. La prise de poids lors du sevrage est plus importante en cas de réussite (7,3 kg vs 4.2) mais le taux d'abstinence à 6 et 12 mois est très inférieur par rapport à la population générale : respectivement 33,3 % vs 52 % et 21,1% vs 35,1%.

Le sevrage tabagique des « Hard Core Smokers » doit être renforcé et ces fumeurs mieux connus.

¹Dispensaire Émile Roux, Clermont-Ferrand ; ²CMP B, CHU, Clermont-Ferrand. Contact : jean.perriot@cg63.fr

CO24_02

Tolérance de la varenicline en pratique courante

P. Dupont¹, J. Perriot², E. Larinier³, M. Guérin⁴, C. Maignan⁵, A. Moreau⁶, C. Guillaumin⁷, C. Gillet⁸, S. Kalamarides⁹

Afin de connaître les effets indésirables imputés par les prescripteurs à la varenicline chez les patients consultant un tabacologue, une étude multicentrique rétrospective est réalisée par 10 centres de tabacologie volontaires.

Chaque centre a reçu une lettre expliquant le protocole, une fiche à compléter par patient mis sous varenicline pendant cette période et la liste des effets indésirables connus inscrite dans le Vidal (édition 2008). Tous les patients mis sous varenicline entre le 12 février 2007 (date de la mise sur le marché en France) et le 11 février 2008 sont inclus dans l'étude. L'effectif est de 338 patients.

Les items renseignés sont : âge et sexe du patient ; présence ou non d'effet(s) indésirable(s) imputable(s) à la varenicline ; ces effets sont-ils ou non dans la liste des effets connus du Vidal ? Quelle est leur intensité ? Sont-ils considérés comme graves ? Ont-ils fait l'objet d'une déclaration de pharmacovigilance ? Quelle a été la conduite tenue face à ces effets par le prescripteur ? (Le traitement a-t-il été arrêté prématurément ou bien la posologie a-t-elle été réduite ? Un traitement symptomatique a-t-il été ajouté ? Ou bien la varenicline a-t-elle été poursuivie sans changement ?)

Parmi l'ensemble des résultats qui seront présentés, cinq sont particulièrement importants :

1. Les effets indésirables retrouvés sont en majorité des effets gastro-intestinaux et psychiatriques.
2. 59 % des effets indésirables ne faisant pas partie de la liste de l'AMM sont des affections psychiatriques.

3. Des effets neurologiques graves ont été signalés.
4. Les femmes ont plus d'effets indésirables que les hommes (différence significative).
5. Les déclarations de pharmacovigilance sont peu fréquentes.

¹Service d'addictologie, Hôpital Paul Brousse, Villejuif ; ²Dispensaire Émile Roux, Clermont-Ferrand ; ³Centre d'accompagnement en alcoologie et tabacologie, Lyon ; ⁴Consultation de tabacologie, CCAAT, Angers ; ⁵Centre médical Calmette, Orly ; ⁶Service de pneumologie, Hôpital Tenon, Paris ; ⁷CHU Angers. ⁸CCAA, Hôpital Villemin, Nancy, ⁹Centre de santé municipal, Bagnolet

CO24_03

Évaluation de l'intérêt et du coût du suivi des patients consultant pour une aide au sevrage tabagique

M. Duboc, O. Mandhouj, B. Decelle, C. Paulin, I. Huneau, F. Da Silva, F. Martin, Centre hospitalier général, Dreux

Notre UCT a été créée en 2001 et nous avons commencé à inclure nos patients dans la base nationale CDT-Net depuis 2003. L'objectif de notre travail était d'évaluer l'intérêt et le coût du suivi des patients vus dans la consultation d'aide au sevrage tabagique à 6 mois et à 1 an de leur premier contact.

Entre mai 2003 et décembre 2007, 980 patients ont consulté notre UCT et ont été inclus dans la base CDT-Net. Notre suivi consiste à envoyer un courrier à 6 mois, ensuite à 1 an de la première consultation. En cas de non-réponse, on appelle le patient et au bout de trois appels téléphoniques infructueux, nous arrêtons le suivi. Les patients sont informés de ce suivi, leur consentement est demandé. À 6 mois, nous avons envoyé 860 courriers et reçu 383 réponses (soit 44,53 %). Nous avons passé 505 appels téléphoniques. Sur l'ensemble, 16,4 % ont été codés comme « non renseignés » ou « perdus de vue ». Parmi ces consultants, 33,6 % ont déclaré avoir arrêté de fumer. À un an, nous avons envoyé 674 courriers et reçu 317 réponses (soit 47,03 %), passé 415 appels téléphoniques et 31,25 % d'entre eux ont déclaré avoir arrêté de fumer. Le nombre de perdus de vue est très variable (entre un maximum de 87 patients en 2004 et un minimum de 7 patients en 2007). Le coût moyen du suivi par courrier est de 407,5 euros/an ; celui du suivi téléphonique est de 290,5 euros/an.

L'impact du suivi par courrier et par téléphone des consultants pour l'aide au sevrage tabagique sur le pronostic de l'arrêt demeure complètement méconnu. Toutefois, ce suivi est un élément fondamental dans l'évaluation de l'activité des consultations spécialisées à l'aide au sevrage tabagique.

CO24_04

Évaluation de la qualité de vie des fumeurs pris en charge en consultation de sevrage tabagique.

X. Quantin¹, M.-E. Huteau², P. Bousquet³, C. Duno¹

Objectif : Évaluer la valeur pronostique de la qualité de vie dans la survenue et le maintien du sevrage tabagique.

Méthode : Les données ont été recueillies prospectivement à l'aide d'un auto-questionnaire.

Critères d'inclusion : Tous les fumeurs, quel que soit

le niveau de consommation, toutes les personnes capables de remplir le questionnaire

Résultats : 227 sujets ont répondu entre mai 2007 et mai 2008. 45,97 % sont des hommes et 54,03 % des femmes. L'âge moyen est de 44,78 ans. Le test de Fagerström est de $5,61 \pm 2,57$. Le AHAD = $9,48 \pm 4,61$; le DHAD = $5,57 \pm 4,16$. Les scores de qualité de vie observés sont inférieurs significativement aux scores de la population générale française. Le score de « Santé psychique » (MCS) est significativement différent (42,64 vs 45,89). Le score de « santé physique » (PCS) n'est pas significativement différent (48,30 vs 51,36). Les non-fumeurs à 3 mois avaient à J0, des scores de MCS et PCS supérieurs à ceux de l'échantillon (MCS = 44,8 ; PCS = vs 51,1). Il n'y a pas d'évolution significative des scores de qualité de vie au cours du sevrage à J0, J8, J28, J84.

Conclusion : La qualité de vie des fumeurs est inférieure à celle de la population générale française. La qualité de vie ne semble pas être affectée par le sevrage à court terme. Ces résultats sont bien sûr limités par l'étroitesse de notre échantillon. Cette étude mérite d'être poursuivie sur un plus grand échantillon et un suivi plus prolongé pour évaluer l'évolution de la qualité de vie à moyen et long terme. L'objectivation de l'amélioration de la qualité de vie après l'arrêt du tabac serait un argument motivationnel supplémentaire.

¹CHU Montpellier ; ²Comité des maladies respiratoires de l'Hérault, Mireval ; ³CHU Nîmes

CO24_05

Sevrage tabagique en centre spécialisé en tabacologie : différences entre consultants qui réussissent ou échouent dans leurs tentatives de sevrage

J. Perriot¹, P. Lemaire¹, L. Doly¹, D. Laimé¹, C. Brugiere¹, P.-M. Llorca², A. Schmitt², V. Boute Makota², G. Brousse²

Ce travail identifie les critères distinguant les patients en échecs ou réussites dans leur sevrage qui ont consulté au Dispensaire Émile Roux (Clermont-Ferrand) entre le 01/01/1999 et le 31/12/2006 (suivi > ou = à 6 mois, exhaustivité du recensement 89 %, validation des résultats par mesure du COE < 10ppm ; analyse statistique par logiciel SAS version 8, test Khi2, seuil de significativité 5 %).

Les paramètres significativement associés au fait d'avoir réussi à s'arrêter de fumer sont :

- une moindre fréquence de pathologie somatique liée au tabagisme ;
- des coaddictions, troubles anxiodépressifs (antécédents ou avérés) plus rares ;
- une forte motivation et maturation de la décision d'arrêt, des antécédents d'arrêt plus longs ;
- une impression d'avoir été aidé pendant la tentative et une facilité de l'arrêt exprimée par les patients.

Les bénéfices apportés par les médicaments du sevrage sont plus difficiles à évaluer dans cette étude.

Les centres spécialisés en tabacologie doivent évaluer régulièrement leur intervention et analyser leurs résultats afin d'optimiser les prises en charge proposées à leurs consultants.

CO24_06

Évaluation de l'impact de séances collectives d'information et de préparation à l'arrêt du tabac

A. Lemercier¹, S. Grigioni², E. Dumontet¹, B. Bénard¹, P. Déchelotte³

Introduction : Le plan Cancer 2003-2007 a permis la mise en place en France d'une quinzaine de consultations collectives d'aide à l'arrêt du tabac dans les établissements hospitaliers. Leur impact à ce jour a été très peu évalué.

Matériel et méthode : Une évaluation à l'issue des séances collectives, a été réalisée par questionnaire auto-administré chez des fumeurs entre 2005 et 2007. Elle a permis de mesurer l'impact des séances sur la compréhension de la dépendance, la connaissance des traitements et la motivation à l'arrêt.

Résultats : Au total, 524 fumeurs ont été inclus. Le sex-ratio homme-femme est de 0,76 (296 femmes et 226 hommes) L'âge moyen est de 45,9 ans.

Les modes de recrutement principaux étaient les entreprises (18,9 %), l'affichage et les brochures (17,3 %) et l'annuaire (13 %) puis les spécialistes, les médecins traitants et du travail et les services hospitaliers.

La séance a permis à plus de 80 % des fumeurs de mieux comprendre leur dépendance et de connaître les différents traitements. Nos résultats retrouvent une motivation et une efficacité personnelle augmentées chez près de 80 % des personnes. Si 17,5 % avait déjà pris leur décision d'arrêt avant la séance, 42,5 % l'ont prise pendant la séance.

Seulement 5 % des fumeurs envisagent d'arrêter seuls. Les autres souhaitent être accompagnés du tabacologue (80 %), d'une diététicienne (40 %), d'un psychologue (30 %) ou du médecin traitant (7 %) enfin, le niveau de satisfaction globale des séances est de 8,6/10.

Discussion : Les séances collectives sont une étape importante pour l'information et la préparation à l'arrêt du tabac. L'impact immédiat est considérable, une évaluation à plus long terme est en cours.

¹Unité de coordination de tabacologie, CHU Rouen, Rouen ; ²Unité de nutrition clinique EA 4311 CHU, Rouen ; ³Unité de nutrition Clinique EA 4311, UCT CHU, Rouen

CO25 Tabac et comorbidités non psychiatriques

CO25_01

Sevrage tabagique et coaddiction. Caractéristiques des consultants d'un centre expert en tabacologie, modalités et résultats du sevrage

J. Perriot¹, P. Lemaire¹, L. Doly¹, D. Laime¹, C. Brugiere¹, P.-M. Llorca², A. Schmitt², V. Boute Makota², G. Brousse²

Cette étude réalisée parmi 1 201 consultants du Dispensaire Émile Roux (Clermont-Ferrand) entre le 01/01/99 et le 31/12/06 (exhaustivité du recensement

89 %) précise les caractéristiques individuelles, modalités et résultats du sevrage des 358 fumeurs exclusifs, coconsommateurs (abus et/ou dépendance) de tabac (T), alcool (A)=246, cannabis(C)=36, alcool et cannabis (A+C)=76. Analyse statistique par logiciel SAS version 8, khi2, significativité 5%, test de Fisher.

Principales constatations

Les consommateurs de T+C et T+A+C sont plus jeunes que les fumeurs exclusifs et coconsommateurs de T+A (36 et 39 ans vs 44 et 49). Le sex ratio T+A=2,3 ; T+C=0,7.

La fréquence des troubles anxieux (An) ou dépressifs (Dé) parmi les fumeurs coconsommateurs diffère selon la substance associée au tabac : T+C (An=28 %, Dé=31 %);T+A (An=48 %, Dé=51 %);T+A+C (An=55 %, Dé=61 %) versus T exclusif (An=37,8 %, Dé=35,3 %).

Lors du sevrage : la proportion des patients substitués reste la même qu'en population générale mais la posologie initiale des SNTD est plus élevée pour les groupes T+A et T+A+C avec une durée plus importante pour ces derniers ; la fréquence de recours aux IRS est d'autant plus élevée que les consultants associent T+C, puis T+A+C, puis T+A avec encore une durée plus élevée pour le groupe T+A+C.

Les taux d'abstinence des fumeurs exclusifs à 6 et 12 mois sont 52 et 35,1 %. Les résultats se dégradent chez les fumeurs coconsommateurs : T+A (36,2 et 26 %) ; T+C (36,1 et 27,8 %) ; T+A+C (23,7 et 18,4 %).

Les coconsommations de substances psychoactives sont fréquentes parmi les consultants des centres de tabacologie ; elles rendent le sevrage tabagique plus difficile.

¹Dispensaire Émile Roux, jean.perriot@cg63.fr, Clermont-Ferrand, ²CMP B, CHU, Clermont-Ferrand. Contact : jean.perriot@cg63.fr

CO25_02

Prérésultats de l'étude PATPAC. Prise en charge du tabagisme après un syndrome coronarien aigu

O. Gally¹, L. Magne¹, P. Henry², J. Perriot³

Contexte

Présentation de prérésultats (n=48) d'une étude multicentrique (Lariboisière/Salpêtrière/Cochin) de 216 patients en post-infarctus.

Alors que l'hospitalisation en USIC incite les patients à stopper le tabagisme, 70 % des patients restent fumeurs.

Nous avons modélisé une stratégie cognitivo-comportementaliste utilisée en alcoologie afin d'adapter cette approche au contexte du patient coronarien fumeur. Patient qui doit arrêter brutalement de fumer alors qu'il n'a pas décidé le sevrage.

Méthode

Passation de tests (Fagerström - Gillard - HAD - Beck - Profilage) et mesure du CO expiré, le groupe témoin est suivi de façon classique, le groupe thérapeutique bénéficie de 8 séances de 40 minutes pendant 6 mois ainsi que d'un traitement de substitut nicotinique.

L'âge moyen est de 52,5 ans pour une population majoritairement masculine (89 %). Le nombre de cigarettes/jour est de 25 et le CO expiré, 24 h après l'entrée en USIC, est de 4,25. L'IMC moyen est de 26. Le HAD moyen est de 13,9 et le Fargeström de 5,1.

Résultats

L'inclusion (10 mois) a débuté en juin 2007, les résultats sont prévus pour septembre 2009.

- À 3 mois : le groupe actif a une réussite au sevrage de 70,60 %.
- À 6 mois : le groupe actif a une réussite au sevrage de 60 % versus 37,5 % dans le groupe témoin.

Conclusion

L'association de patchs à un suivi spécifique centré sur l'exposition à la cigarette en imagerie mentale, à l'élaboration de stratégies d'adaptation, à la gestion des émotions et à l'amélioration du sentiment d'efficacité personnelle permet d'augmenter la réussite du sevrage de façon significative.

¹APCP, Paris ²Lariboisière, APHP, Paris ³CHU, Clermont-Ferrand

CO25_03

Sevrage tabagique et pathologies somatiques. Caractéristiques des consultants d'un centre expert en tabacologie, modalités et résultats du sevrage

J. Perriot¹, P. Lemaire¹, L. Doly¹, D. Laimé¹, C. Brugiere¹, P.-M. Llorca², A. Schmitt², V. Boute Makota², G. Brousse²

Cette étude a comparé les caractéristiques individuelles, modalités et résultats du sevrage tabagique de patients présentant 6 types de pathologies : asthme (74), cancers liés au tabagisme (53), artériopathie (165), coronaropathies (83), BPCO (351), infection à VIH (16) parmi 1 201 consultants du Dispensaire Émile Roux (Clermont-Ferrand) entre le 01/01/99 et le 31/12/06 (exhaustivité du recensement 89%). Analyse statistiques par logiciel SAS version 8, Khi3, significativité 5%, test de Fisher.

Principales constatations (vs population générale)

Les fumeurs atteints de cancer, artériopathie, coronaropathie, BPCO sont plus âgés, majoritairement des hommes, avec forte dépendance nicotinique (FTND >6 : 75 %, >89 : 42 %).

Le niveau d'anxiété et dépression (HAD-BDI) en début de prise en charge est toujours supérieur avec une différence plus significative pour les patients des groupes BPCO, coronaropathie, cancer, infection à VIH ou artériopathie.

Ces patients sont aussi plus souvent codépendants, a fortiori si en échec dans le sevrage.

Les modalités du sevrage sont analogues à celles de la population générale. Par rapport à cette dernière, les patients avec BPCO, coronaropathie, artériopathie, abstinents à 6 et 12 mois, ont bénéficié plus souvent d'un apport d'IRS.

Le pronostic du sevrage à 6 et 12 mois est voisin pour les différents groupes (sauf pour le groupe infection par le VIH de très mauvais pronostic).

L'existence d'une pathologie somatique chez un fumeur est souvent associée à une forte dépendance nicotinique, des troubles anxiodépressifs, une codépendance, une difficulté de sevrage tabagique.

¹Dispensaire Émile Roux, Clermont-Ferrand, ²CMP B, CHU, Clermont-Ferrand. jean.perriot@cg63.fr

CO25_04

Tabac, poids et comportement alimentaire chez 1 216 étudiantes

A. Lemerrier¹, S. Grignon², M. Beaucreux², J. Ladner³, P. Déchelotte⁴

Introduction

Les femmes, particulièrement soucieuses de leur poids, utilisent parfois le tabac pour le contrôler. Une enquête a été réalisée chez des étudiantes afin d'évaluer l'indice de masse corporelle (IMC) et les troubles du comportement alimentaire (TCA) selon le statut tabagique.

Matériels et méthode

Un questionnaire auto-administré a été proposé à 1 216 étudiantes de 3 établissements d'enseignement supérieur. L'IMC, les antécédents de régime et les comportements associés aux TCA ont été renseignés de manière déclarative.

Résultats

L'âge moyen des étudiantes est de 21,9 ans. Parmi les étudiantes de notre échantillon, 80,7 % sont normo-pondérales (18,5 kg/m² ≤ IMC < 25kg/m²), 11,1 % ont une insuffisance pondérale (IMC < 18,5 kg/m²) et 8,2 % sont en excès pondéral (IMC ≥ 25 kg/m²). Près du tiers des étudiantes fument (34,4 %). Nos résultats montrent que la proportion de fumeuses est plus élevée chez les étudiantes ayant un IMC < 25 kg/m² que chez les filles en surpoids (35 % versus 23 % ; p=0,02). On retrouve également une surreprésentation de fumeuses chez les étudiantes qui ont déjà fait un régime (38 % contre 32 % ; p=0,03). Concernant les comportements associés aux TCA, le pourcentage de fumeuses est plus élevé chez celles qui ont eu une perte de poids importante (6 kg en 3 mois) : 44 % versus 34 % ; p=0,04 ; chez celles qui perdent le contrôle des quantités ingérées (41 % versus 32 % ; p=0,003) et chez celles qui se font vomir (44 % versus 34 % ; p=0,03).

Discussion

Notre étude montre que les fumeuses ont plus souvent des troubles des conduites alimentaires. Leur évaluation est indispensable avant toute prise en charge tabacologique.

¹Unité de coordination de tabacologie, CHU, Rouen, ²Unité de nutrition clinique EA 4311 CHU, Rouen, ³EA 4311 CHU, Rouen, ⁴Unité de nutrition clinique EA 4311, UCT CHU, Rouen

CO25_05

De la substitution aux opiacés par la méthadone aux substituts nicotiques

B. Badin De Montjoye, A. Ayot, Hôpital Cochin, Centre Cassini, Paris

La buprénorphine haut dosage et la méthadone sont les deux médicaments stupéfiants ayant l'AMM pour une dépendance sévère aux opiacés. En 2007, près de 28 000 patients bénéficient d'un traitement par méthadone, un tiers dispensé en CSST, deux tiers en pharmacie d'officine.

En France, les traitements par substituts nicotiques sont disponibles depuis 1987 pour la gomme et 1992 pour le timbre.

Depuis décembre 1999, ils sont en accès libre en pharmacie sans ordonnance. Environ deux millions de

personnes en France bénéficient d'un tel type de traitement.

Chacune de ces substitutions est spécifique tant par le public concerné que par la pharmacologie différente de ces deux produits.

Toutefois, les patients consultant le tabacologue du centre après un suivi de plusieurs mois par méthadone sont souvent demandeurs d'un protocole de soins cadré pour leur dépendance au tabac. Ils se montrent alors souvent très compliants et rapidement abstinents.

À l'aide de vignettes cliniques, les auteurs essayeront de spécifier ce qui peut être opérant dans le cadre d'un suivi en centre de méthadone afin dans un second temps de toujours mieux affiner le cadre de soins en tabacologie.

C'est autour de l'adaptation des doses si nécessaire, la possibilité de recourir à des dosages sanguins ou urinaires, la régularité du suivi, la prise en compte du vécu corporel, le soutien de parole autour de la notion de dépendance s'intégrant dans toute la psyché du sujet que s'articulera leur réflexion.

Par la mise en commun des compétences des différents professionnels de santé, la réflexion autour du concept d'addictologie et de sa prise en charge ne s'en trouve ainsi que renforcée et enrichie.

CO25_06

Sevrage tabagique et précarité : résultats d'une action partenariale développée à Clermont-Ferrand

J. Perriot¹, R. Bottelin², M.-A. Bouffard³, V. Picard³, P. Lemaire¹, C. Brugiere¹, I. Mac Leod¹, P. Dessene⁴

Cette étude décrit les résultats d'un projet subventionné (MILDT 63) d'aide à l'arrêt du tabagisme des personnes en situation de précarité développé par le Dispensaire Émile Roux (Conseil Général 63) en 2006-2007.

Population et méthode

100 fumeurs des 2 sexes à inclure dans soit un protocole de sevrage (N=60, aidé de SNTD et/ou SNFO 2mg, 2 mois avec soutien TCC), soit de réduction (N=40, aide de SNFO 2mg, 2 mois) avant arrêt selon le protocole de sevrage (SN gratuits).

Un bilan initial évalue la précarité (critères économiques, score Epices : 30), état clinique et paraclinique (Piko 6). Utilisation du dossier de tabacologie INPES (FTND, HAD, DETA, CAST, Richmond). Visites obligatoires à J0, 7, 30, 90, 180 (évaluation finale) et 360 si possible. Les patients avec coaddiction alcool et/ou cannabis sont orientés vers CCAA ou CSST.

Résultats

Le bilan initial découvre 30,1 % de coaddiction à l'alcool ; 11,3 % au cannabis ; 28,3 % des patients sont suivis en psychiatrie. 33,9 % ont des critères d'anxiété ; 24,5 % de dépression ; 20 % une BPCO ; 71,8 % un FTND > ou = 7.

À 6 mois, 19 patients/57 dossiers exploitables sont abstinents : 35,8 % (COE <10ppm), 14 issus du protocole sevrage (26,4 %) et 5 du protocole réduction (9,4 %). Au total, il y a 19 réussites/74 inclusions = 27,7 % à 6 mois.

Il n'y a eu aucun effet indésirable grave dû à la SN. 86 % des patients ayant échoué ont dit que leur

motivation à l'arrêt avait augmenté, 67 % souhaitent tenter l'arrêt dans les 6 mois.

¹Dispensaire Émile Roux, Clermont-Ferrand, ²CPAM 73, Chambéry, ³ANPA 63, Clermont-Ferrand ⁴CPAM 63, Clermont-Ferrand.

Contact : jean.perriot@cg63.fr

P21 Les récepteurs. Neurobiologie du système de récompense : données scientifiques à l'usage des cliniciens

P21_01

Pourquoi les tabacologues doivent s'intéresser au fonctionnement du cerveau ?

Gilbert Lagrue, Hôpital Albert Chenevier, Créteil

Il y a dix ans dans un éditorial célèbre A. Leshner écrivait « Addiction is a brain disease ». Ceci s'applique à la dépendance tabagique dont la principale responsable est la nicotine ; le cerveau contient des récepteurs nicotiques dont l'activation par la nicotine stimule les neurones dopaminergiques (le système de récompense) et également ceux des autres monoaminergiques. Ceci a été démontré expérimentalement et confirmé chez l'homme par les nouvelles méthodes de l'imagerie médicale :

- le nombre des récepteurs nicotiques est augmenté dans le cerveau des fumeurs et celui-ci fixe de façon prolongée la nicotine inhalée de la fumée de tabac ;
- les sites de fixation de la MAO sont diminués chez les fumeurs ;
- des modifications fonctionnelles chroniques existent chez les fumeurs dépendants : la présentation d'une image évoquant le tabac montre une inhibition des zones de projection dopaminergique du cortex frontal.

Ces notions ont d'importantes conséquences pratiques. La dépendance tabagique est une maladie chronique dont le traitement doit comporter deux phases :

- l'arrêt, c'est-à-dire la prise en charge du syndrome de sevrage, qui trop souvent encore est la seule réalisée et qui repose principalement sur l'emploi des antagonistes nicotiques ;
- la prévention des rechutes liées principalement à la survenue du « craving » dont les mécanismes sont multiples ; il implique les systèmes GABA et Glutamate. L'utilisation des agonistes GABAergiques et des antagonistes Glutamatergiques est une voie d'avenir.

Pour les médecins connaître les perturbations du fonctionnement cérébral est donc indispensable pour réaliser un traitement spécifique et donc plus efficace.

P21_02

Système endocannabinoïde et addictions : mécanisme et perspectives thérapeutiques pour les fumeurs

Bernard Le Foll^{1,2,3}

Le système endocannabinoïde semble contribuer aux effets des drogues et notamment de la nicotine. Ce système comprend des endocannabinoïdes (comme l'anandamide), des récepteurs cannabinoïdes (CB₁ et CB₂) et un système d'inactivation et de dégradation des endocannabinoïdes. Plusieurs études ont mis en évidence une implication des récepteurs CB₁ dans les

effets renforçant de la nicotine. Notamment, un antagoniste des récepteurs CB₁, le rimonabant (SR141716) diminue l'auto-administration de nicotine et la préférence conditionnée à la nicotine chez l'animal et semble avoir quelques effets prometteurs dans l'aide à l'arrêt du tabac chez l'homme. Toutefois, l'utilité du rimonabant est limitée par les effets secondaires psychiatriques. Il semble que d'autres approches pharmacologiques modulant la transmission endocannabinoïde puissent également avoir un intérêt sans présenter le même risque d'effets secondaires psychiatriques. Cet exposé présentera les données les plus récentes impliquant le système endocannabinoïde dans la dépendance à la nicotine.

¹ *Translational Addiction Research Laboratory, Centre for Addiction and Mental Health, 33 Russell Street, Toronto, Canada,*

²*Departments of Family and Community Medicine, Pharmacology and Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada,* ³ *Addiction Program, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada*

P21_03

Comment rendre la nicotine addictive sans tabac et sans IMAOs ?

Jean-Pol Tassin et Christophe Lanteri, CNRS
UMR7148, Collège de France, Paris

Bien que la nicotine soit considérée comme le composé responsable des propriétés addictives du tabac, plusieurs données indiquent que la nicotine ne possède pas toutes les caractéristiques des drogues d'abus.

En effet, outre le fait que la nicotine n'active pas la réponse locomotrice chez la souris^a, nous avons montré que les prises répétées d'amphétamine, de cocaïne, de morphine ou d'alcool entraînent un découplage des neurones noradrénergiques et sérotoninergiques et que ce phénomène n'est pas observé lors de prises répétées de nicotine^{bc}. En revanche, ce découplage a lieu si les injections de nicotine sont précédées d'un traitement par un inhibiteur des monoamines oxydases (IMAO), la tranylcypromine^a, le traitement répété par cet IMAO seul n'induisant pas non plus de découplage. Nous essaierons d'analyser le mécanisme de cette synergie entre la nicotine et les IMAOs contenus dans le tabac,

une synergie qui permet d'expliquer le fort potentiel addictif du tabac.

^a Villégier AS, Salomon L, Blanc G, Godeheu G, Glowinski J, Tassin JP. Irreversible blockade of monoamine oxidases reveals the critical role of 5-HT transmission in locomotor response induced by nicotine in mice. *Europ. J. Neurosci.* 2006 24:1359-1365.

^b Salomon L, Lanteri C, Glowinski J, Tassin JP. *Behavioral sensitization to amphetamine results from an uncoupling between noradrenergic and serotonergic neurons.* (2006) *Proc. Natl. Acad. Sci. (USA) (Track II)* 103 : 3476-3481.

^c Lanteri C, Salomon L, Glowinski J, Tassin JP. Drugs of abuse specifically sensitize noradrenergic and serotonergic neurons via a non dopaminergic mechanism. *Neuropsychopharmacology.*;2008, 33, 1724-1734.

P31 Bénéfices de l'arrêt de l'exposition du tabagisme passif**P31_01****Bénéfices coronaires à l'arrêt de l'exposition au tabagisme passif***Daniel Thomas, Institut de cardiologie, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris*

Les effets biologiques, humoraux, cellulaires et hémodynamiques du tabagisme « passif » sont les mêmes que ceux liés au tabagisme « actif ». La relation dose réponse n'étant pas linéaire, ils sont présents pour des seuils d'exposition extrêmement faibles. L'impact absolu le plus déterminant est cardio-vasculaire, avec augmentation du risque d'événement coronaire de 25 à 30 %. Les 2/3 des décès liés au tabagisme passif seraient cardio-vasculaires.

Cet impact du tabagisme passif a justifié l'adoption du décret français d'interdiction de fumer dans les lieux publics. L'expérience d'autres pays européens a déjà démontré que ce type de mesure se traduit par une diminution significative des accidents coronaires tant chez les fumeurs que chez les non-fumeurs. L'évaluation des bénéfices du décret appliqué en France est en cours.

La sensibilité cardio-vasculaire très importante vis-à-vis du tabagisme passif incite à conseiller au patient coronarien d'éviter d'y être exposé.

P31_02**Bénéfices respiratoires à l'arrêt de l'exposition au tabagisme passif***Luc Réfabert, Paris***P31_03****Femmes enceintes : bénéfices à l'arrêt de l'exposition au tabagisme passif***Gilles Grangé, Paris***SP31 Troubles métaboliques et tabac****SP31_01****Tabagisme actif et risque de diabète de type 2 : revue systématique et meta-analyse***Jacques Cornuz, Polyclinique médicale universitaire, Lausanne, Suisse*

Plusieurs études observationnelles suggèrent qu'il existe une association entre le tabagisme actif et l'incidence du diabète de type 2. Toutefois de telles études n'ont jamais été synthétisées de façon systématique.

Nous avons effectué une recherche dans les bases de données électroniques MEDLINE et EMBASE de 1966 à mai 2007 et l'avons complétée par une recherche manuelle des bibliographies des articles clés retenus ainsi que par la recherche d'abstracts de congrès scientifiques et le contact d'experts. Pour être incluses dans notre revue, les études devaient avoir un design de type cohorte, reporter un risque de glycémie à jeun élevé, d'intolérance au glucose ou de diabète de type 2 en relation avec le statut tabagique des participants lors

du recrutement et devaient exclure les sujets avec un diabète au début de l'étude.

La recherche a abouti à 25 études de cohorte prospectives (N=1 165 374 participants) et a reporté en tout 45 844 cas de diabète de type 2 pendant une durée de suivi s'étendant sur 5 à 30 années. Sur les 25 études, 24 reportaient un risque augmenté de diabète chez les fumeurs par comparaison aux non-fumeurs. Le risque relatif (RR) commun de toutes les études était de 1,44 (intervalle de confiance (IC) à 95 % : 1,31-1,58). Le risque de diabète était plus élevé chez les fumeurs de plus de 20 cigarettes par jour (RR : 1,61, IC 95 % : 1,43-1,80) en comparaison aux fumeurs ayant une consommation inférieure (RR : 1,29, IC 95 % : 1,13-1,48) et le risque était moindre pour les anciens fumeurs (RR : 1,23; IC 95 % : 1,14-1,33) comparé aux fumeurs actifs. Ces éléments parlent en faveur d'un effet dose-réponse et donc d'une relation de causalité sans pour autant la prouver.

Notre étude révèle que le tabagisme actif est associé avec un risque augmenté de 44 % de diabète de type 2. Des recherches futures sont nécessaires pour évaluer si cette association est causale et pour clarifier les mécanismes d'action. Dans l'intervalle, les professionnels de santé devraient mentionner l'éviction du diabète comme une raison supplémentaire d'arrêter de fumer ou de ne pas commencer à fumer.

SP31_02**L'obésité, une pathologie en progression, des déterminants à la prise en charge***Arnaud Basdevant, Pôle d'endocrinologie, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière*

La prévalence de l'obésité ne cesse d'augmenter, singulièrement celle de ses formes les plus graves. La place de l'obésité dans le champ de la santé publique reste débattue. S'agit-il d'une simple adaptation aux évolutions des modes de vie, d'un facteur de risque ou d'une authentique maladie ? Faut médicaliser ou non ? Comment passer d'une description quantitative basée sur des études populationnelles à une perspective qualitative centrée sur l'individu ? Des réponses à ces questions dépendent les attitudes médicales et préventives.

Pour le médecin face à l'individu qui en souffre, l'obésité est une maladie chronique, entraînant des inconvénients pour la santé somatique, psychologique et sociale. Initialement, la prise de poids est liée à des facteurs comportementaux et environnementaux, dont l'impact dépend des facteurs de prédisposition biologiques (génétiques). L'évolution de la maladie est marquée par le développement d'une pathologie inflammatoire d'organe qui concerne les adipocytes et les autres constituants du tissu adipeux. Ces altérations entraînent une variété de complications cliniques et une résistance progressive aux effets des traitements. L'obésité apparaît comme un modèle des pathologies chroniques évolutives liées à l'environnement. Elle partage avec ces pathologies la nécessité d'approches thérapeutiques différenciées en fonction des déterminants prévalant (comportementaux, environnementaux et sociétaux), du stade évolutif de la maladie et des complications dominantes.

L'obésité est une maladie liée aux évolutions de la société, sa prévention est une question de société.

SP31_03

Prise en charge nutritionnelle de l'arrêt du tabac, des interrogations aux propositions actuelles

Joëlle Visier, OFT, Paris

La prise de poids est un des problèmes fréquents liés au sevrage tabagique auquel les soignants sont confrontés. Si les fumeurs savent qu'ils peuvent grossir, ils ignorent en général les troubles métaboliques auxquels leur tabagisme les expose. Il existe un lien démontré entre poids et tabagisme^a, périmètre abdominal et tabagisme^b, tabagisme et diabète de type 2^c.

Inter 99 study^d, étude d'intervention danoise basée sur une modification du mode de vie, en prévention du diabète de type 2 et des pathologies cardio-vasculaires visait en particulier l'incitation au sevrage tabagique. Après 1 an de suivi, la prise de poids était de 4,2 kg chez les sujets sevrés et 0,3 kg chez les sujets toujours fumeurs. 42 % des sujets sevrés avaient une augmentation de plus de 5 cm du tour de taille contre 15 % chez les sujets toujours fumeurs.

D'autre part, le tabagisme accélère le déclin de la fonction pulmonaire et, à l'arrêt du tabac, la fonction pulmonaire tend à retrouver la courbe évolutive d'un non-fumeur du même âge. S. Chinn et ses collaborateurs^e ont montré qu'une réduction de la fonction pulmonaire était aussi associée à la prise de poids lors de l'arrêt.

Ces résultats montrent la nécessité d'un abord plus systématique de la prise en charge nutritionnelle afin de limiter autant que possible l'augmentation du poids et du tour de taille lors de l'arrêt.

Si les TSN permettent de réduire la prise de poids lors de l'initiation du sevrage cet effet ne semble pas se prolonger à distance^f.

Les régimes trop stricts (diététique et activité physique) instaurés lors de l'arrêt sont plutôt contre-productifs puisqu'ils diminuent les chances de réussir le sevrage^g.

Les TCC apportent une contribution intéressante à ce problème^h. Axées sur les croyances et les représentations en matière de poids et de forme idéale, elles facilitent l'expression des craintes, et combattent les raisonnements dichotomiques en tout ou rien (« si j'arrête je vais prendre 10 kg »), elles évitent le passage vers des régimes restrictifs, la diabolisation de certains aliments et les pensées qui concourent par exemple à prendre une cigarette plutôt que manger un dessert.

Il est donc souhaitable de travailler sur les pensées et les comportements dans le domaine de l'alimentation en début de sevrage, puis secondairement d'envisager avec le patient les changements progressifs qu'il peut mettre en place dans son mode alimentaire et dans son activité physique.

SP32 Tête de fumeur : conséquences du tabagisme en ORL, ophtalmologie et dermatologie

SP32_01

Tabac et sphère ORL

Jean Abitbol, Paris

SP32_02

Tabac et œil

Christian Billotte, CHU, Caen

SP32_03

Tabac et peau

Caroline Biver-Dalle, Philippe Imbert, Département de dermatologie, CHU, Besançon

Les conséquences cutanées du tabagisme chronique sont mal connues et en conséquence souvent ignorées et non dépistées. Pourtant, depuis Solly qui évoqua le premier en 1856 la responsabilité du tabac dans les modifications de la peau du visage, de nombreux travaux ont vu le jour et permis de dégager notamment quatre aspects de la pathologie cutanée induite par le tabac.

^a Williamson, D.F., Madans, J., Anda, R.F., Kleinman, J. C., Giovino, G.A. (1991). *Smoking cessation and severity of weight gain in a national cohort*. New England Journal of Medicine, 324, 739-745

^b Canoy D, Wareham N, Luben R, Welch A, Bingham S, Day N, et al. *Cigarette smoking and fat distribution in 21828 British men and women. A population-based study*. *Obes Res* 2005 ; 13 :1466-75)

^c Beziaud F, Halimi JM, Lecomte P, Vol S, Tichet J. *Cigarette smoking and diabets mellitus*. *Diabetes Metab* 2004; 30: 161-6)

^d C. Pisinger, T. Jorgensen: Weight concerns and smoking in a general population: the inter99 study, *Preventive Medicine* 44 (2007) 283-289

^e Chinn S, Jarvis D, Melotti R, Luczynska C, Ackermann-Liebrich U, Anto J M, Cerveri I, De Marco R, and All: *Smoking cessation, lung function, and weight gain: a follow-up study*. *Lancet* 2005;365: 1629-35

^f Gross J, Stitzer ML, Maldonado J. Nicotine replacement: effects on post-cessation Weight in 57032 women: cross-sectional and longitudinal analyses. *J Chronic Dis*. 1997; 415-429.

^g ^h S Czernichow, A.C. Vergnaud, *Prise de poids à l'arrêt du tabac, Réalités en nutrition* 2007

L'intoxication tabagique, d'abord dénoncée comme facteur d'entretien de certaines dermatoses chroniques, est aussi à l'origine de manifestations cutanées spécifiques. Aussi surprenant que cela puisse paraître, on reconnaît au tabac des vertus bénéfiques sur un certain nombre d'entités dermatologiques propres.

Néanmoins, ses conséquences non négligeables et à présent bien mesurables sur le vieillissement cutané en font à l'heure actuelle un argument de poids dans la promotion d'une vie sans tabac.

Just-Sarobé M. Smoking and the skin. Actas Dermosifiliogr. 2008; 99 : 173-84. Freiman A et al. Cutaneous effects of smoking. J Cutan Med Surg 2004; 8 : 415-423. Francès C. Smoker's Wrinkles : Epidemiological and pathogenic Considerations. Clin Derm 1998; 16 : 565-570. Morita A. Tobacco smoke causes premature skin aging. J Derm Sc 2007; 48 : 169-175. Petitjean A et al. Effect of cigarette smoking on the skin women. J Dermatol Sci 2006 ; 42 : 259-61

SP33 Prise en charge des adolescents fumeurs

SP33_01

Épidémiologie du tabagisme chez les adolescents en France et dans le monde

Karen Slama, Paris

L'initiation au tabagisme est un phénomène social lié aux actions des pairs, des parents, des modèles de comportement.

L'importance des stratégies de lutte antitabac par rapport aux actions d'incitation au tabagisme des fabricants et le contexte culturel en général peuvent encourager ou décourager le tabagisme. La personnalité, l'héritage génétique, le niveau des connaissances, l'adhésion aux normes sociales, le niveau socio-économique de la famille et l'histoire personnelle d'un jeune sont autant de facteurs qui sont en jeu dans l'attirance vers ce comportement et dans l'acte de prendre une cigarette et de recommencer.

En France, la répartition du tabagisme des moins de 18 ans est à peu près équivalente entre les sexes, mais une nette différence se creuse entre les niveaux socio-économiques et d'éducation. Le point de départ peut être différent, mais l'évolution des jeunes suit celle des adultes.

SP33_02

Construction et validation d'une nouvelle échelle évaluant l'importance de la dépendance à la nicotine chez l'adolescent

Jacques Fermanian et Gilbert Vila, Hôpital Necker, Paris

Pour évaluer l'intensité de la dépendance, les échelles existantes présentant des lacunes méthodologiques ; nous avons construit puis validé l'échelle Necker (NK) sur 153 ados (14-18 ans).

Postulant que la dépendance comporte 2 dimensions (sevrage, consommation), 2 versions préalables ont été testées avant NK. L'échelle a une bonne validité d'apparence et de contenu. Son score est corrélé ($r=0,88$) à l'intensité dépendance évaluée par EVA. L'analyse factorielle retrouve les 2 facteurs postulés. Bonne cohérence interne. Le score NK est corrélé aux scores: Fagerstrom

($r=0,71$), Prokhorov($r=0,74$), HONC($r=0,78$) dans l'ordre attendu. Excellente fidélité test-retest avec (ICC=0,96).

Conclusion : l'échelle NK est valide et fidèle.

SP33_03

Traitement du tabagisme chez l'adolescent

Xavier Quantin, CHU, Montpellier

Malgré les succès réels de la politique de lutte contre le tabagisme, 40 % des adolescents de 17 ans fument de manière régulière ou occasionnelle.

L'essentiel des efforts porte sur la prévention de l'initiation au tabagisme. L'aide à l'arrêt du tabac fait partie des mesures énoncées par la convention cadre de l'OMS (art 14). Une majorité des jeunes fumeurs a déjà fait une tentative d'arrêt et de 10-20 % d'entre eux envisage un arrêt à court terme. La dépendance physique est souvent déjà installée et l'intérêt d'un traitement pharmacologique doit être envisagé. Seuls les traitements de substitution nicotinique ont l'AMM à partir de 15 ans. Les données de la littérature manquent pour en affirmer l'efficacité. Le modèle transthéorique et les thérapies cognitives et comportementales sont susceptibles d'apporter une aide efficace mais nécessitent une meilleure évaluation.

Au-delà, se pose la question de la mise en œuvre pratique de ces programmes. La recherche doit être un objectif prioritaire.

Contact : x-quantin@chu-montpellier.fr

CO34 Tabac et comorbidité psychiatrique

CO34_01

Tabac, soins palliatifs et qualité de vie

V. Marché-Wilson, Réseau Onco94, Chevilly-Larue

C'est à la suite de la présentation des résultats d'études portant sur le tabac et la qualité de vie chez des patients atteints de cancer du poumon au cours du DIU de tabacologie de Montpellier que nous nous sommes intéressés à approfondir ce sujet. Le travail de notre mémoire a consisté en un état des lieux de l'attitude actuelle des soignants en soins palliatifs face aux patients fumeurs. Notre recherche a porté sur trois unités de soins palliatifs à Paris et sur une population de malades atteints de cancer du poumon pris en charge à domicile dans le cadre d'un réseau de soins palliatifs sur quatre arrondissements parisiens.

L'état des lieux retrouve une méconnaissance de la part des professionnels de santé de l'intérêt de proposer d'arrêter la consommation de tabac et d'utiliser des substituts nicotiques, y compris en phase terminale de la maladie. La réponse « réflexe » pour la plupart d'entre eux est : « À quoi bon, puisque le patient a peu de temps à vivre ? ». La réponse est pourtant tout autre lorsque l'on se penche sur les résultats de la littérature : les effets secondaires de la consommation de tabac (tels que l'hypoxie, la tachycardie, les interactions avec d'autres molécules au niveau du Cytochrome P450 hépatique, pour n'en citer que trois) sont à prendre en compte dans la prise en charge palliative tout comme les autres symptômes. Cette stratégie vise le patient en tout premier lieu : lui proposer d'arrêter de fumer et prescrire une substitution nicotinique, c'est lui proposer une meilleure qualité de vie, même si cette vie est de quelques semaines ou de quelques jours.

Notre espoir est grand d'entendre un jour les soignants dirent : « Arrêter de fumer chez les patients en soins palliatifs : ça vaut le coup ! »

CO34_02

Tabagisme et alexithymie

P. Brognon, Service d'étude et de prévention du tabagisme, Mons, Belgique

Méthodologie

Passation du TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale) à des échantillons occasionnels de la consultation de médecine du travail. Les habitudes tabagiques étaient mesurées ainsi que la présence de tatouages.

Résultats

251 résultats ont été collectés. Cet échantillon est composé majoritairement d'ouvriers. 81,3 % sont des hommes. L'âge moyen est de 33,1 ans. On compte 49 % de fumeurs réguliers, 11,5 % d'anciens fumeurs avec une période moyenne d'arrêt de 124 mois. Les fumeurs consomment une moyenne de 14,4 cigarettes quotidiennes. 22,3 % ont un tatouage, et spécialement les fumeurs (71 % des tatoués sont fumeurs).

Concernant les scores d'alexithymie, on n'obtient pas de différence significative au niveau des moyennes (t-student, p-value >0.150) entre les différents statuts tabagiques. Si on considère les données sur base de la norme d'alexithymie (score >56), on observe des distributions significatives (test X², p-value <0.001) entre les fumeurs et les non-fumeurs. Concernant les personnes tatouées, on ne met pas en évidence de différences significatives au niveau des moyennes de score. Sur la base de la norme d'alexithymie, on observe que les personnes non tatouées sont plus alexithymiques (test X², p-value <0.001). On observe que les hommes sont plus alexithymiques que les femmes (t-student, p-value 0.02).

Discussion

Nos données ne permettent pas de conclure que le fumeur est plus alexithymique mais que parmi les alexithymiques, il y a plus de fumeurs. Ces données sont différentes de l'étude Carton & Coll. (2006). Nous pensons que les populations échantillonnées sont différentes. Nous ne pouvons pas valider l'hypothèse d'un lien entre la présence de tatouages et l'alexithymie.

CO34_03

Sevrage tabagique et pathologie psychiatrique associée. Caractéristiques des consultants d'un centre expert en tabacologie, modalités et résultats du sevrage

J. Perriot¹, P. Lemaire¹, L. Doly¹, D. Laime¹, C. Brugiere¹, P.-M. Llorca², A. Schmitt², V. Boute Makota², G. Brousse²

Cette étude a comparé les caractéristiques individuelles, modalités et résultats du sevrage tabagique de patients traités pour schizophrénie (78), troubles bipolaires (106), dépressions unipolaires (393) parmi 1 201 consultants du Dispensaire Émile Roux entre le 01/01/99 et le 31/12/06 (exhaustivité du recensement 89%). Analyse statistique par logiciel SAS version 8, khi2, significativité 5%, test de Fisher.

Principales constatations (vs population générale)

Il existe une majorité de femmes, y compris en population générale sauf dans les groupes bipolaire et schizophrène. Les pathologies somatiques sont plus fréquentes (64,8 % vs 50,5).

La proportion des consultants peu motivés (Richmond) à l'arrêt est supérieure surtout parmi les bipolaires et schizophrènes (38,7 % et 46,2 % vs 22,6).

Le niveau d'anxiété, de dépression (D)(HAD-BDI), la fréquence des codépendances (Co) sont plus élevés notamment chez les bipolaires (D:61,3 %, Co:55,7 % vs population générale 35,3 et 27,1). Les très fortes dépendances (FTND>8) sont fréquentes chez les schizophrènes (60,3 %).

Les patients sont moins souvent abstinents à 6 et 12 mois (-30 et -25 %) que pour la population générale.

Les patients abstinents ont eu recours à des doses initiales de SNTD et durée de substitution significativement supérieures. Il en est de même pour l'usage d'IRS et de bupropion (sauf bipolaire utilisation exceptionnelle).

Ils considèrent leur arrêt définitif dans 90,8 % (vs 89,3 % population générale), l'aide apportée est jugée importante ou capitale dans 92 % des cas (vs 87,4 %).

Bien que difficile l'aide à l'arrêt du tabagisme est possible chez les patients avec troubles psychiatriques.

¹Dispensaire Émile Roux, Clermont-Ferrand, ²CMP B, CHU, Clermont-Ferrand. Contact : jean.perriot@cg63.fr

CO34_04

Sevrage tabagique et troubles anxieux, dépressifs, bipolaires: fréquence, incidences sur les modalités et résultats du sevrage tabagique en centre de tabacologie

J. Perriot¹, P. Lemaire¹, L. Doly¹, D. Laime¹, C. Brugiere¹, P.-M. Llorca², A. Schmitt², V. Boute Makota², G. Brousse²

Cette étude a évalué fréquence et incidences des troubles anxieux, dépressifs et bipolaires parmi les 1 201 consultants pour sevrage tabagique du Dispensaire Émile Roux (Clermont-Fd) entre le 01/01/1999 et le 31/12/2006 (exhaustivité du recensement 89%, analyse statistique par le logiciel SAS version 8).

Le diagnostic des troubles reposait sur l'analyse clinique initiale aidée de tests psychométriques (HAD, BDI, tests de Akiskal-Hantouche, Angst, MNPI).

Les principales constatations sont :

La fréquence des troubles anxieux (A), dépressifs (D), bipolaires (B) s'accroît avec le FTND : <7 (A:26 %, D:23 %, B:4 %) ; 7-8 (A:37 %, D:34 %, B:9 %) ; > ou =9 (A:49 %, D:48 %, B:13 %). Ces troubles sont plus fréquents chez la femme et significativement (anxiété, dépression) chez les patients des deux sexes en échec dans le sevrage.

Avec l'élévation du FTND s'accroît la fréquence de pathologies somatiques associées au tabagisme et aux coaddictions, de même que la proportion de fumeurs faiblement motivés à s'arrêter (évaluation par l'indice de Richmond).

Plus le FTND s'élève, plus le recours aux IRS s'accroît (FTND<7:40 % ; 7-8:52 % ; >ou=9:61 %) comme l'usage des thymorégulateurs ou benzodiazépines (peu utilisées). Les patients avec troubles anxieux,

dépressifs ou bipolaires bénéficient par rapport aux sujets indemnes d'une posologie initiale en SNTD supérieure (31 mg vs 24 mg).

Les troubles étudiés sont fréquents chez les consultants en centres spécialisés de tabacologie ; ils doivent être diagnostiqués et pris en charge précocement ; un algorithme destiné à faciliter l'intervention des tabacologues est proposé.

¹Dispensaire Émile Roux, Clermont-Ferrand, ²CMP B, CHU, Clermont-Ferrand. Contact : jean.perriot@cq63.fr

CO34_05

Présentation de deux épisodes successifs de psychoses aiguës après administration de bupropion chez une même patiente : un cas de « rechallenge » positif involontaire

H. Javelot, A. Baratta, Établissement public de santé Alsace Nord, Brumath

Mlle S. est une femme de 31 ans. Elle présente une addiction à la nicotine et souffre d'un trouble schizo-affectif. Son état est stable depuis 4 ans.

Mlle S. présente brutalement le 4 octobre 2007 un état d'agitation psychomotrice très important, après 4 années de stabilité mentale, nécessitant son hospitalisation. À l'admission, la patiente présente un délire de persécution, un syndrome dissociatif et manifeste une grande hétéro-agressivité. L'interrogatoire familial permet de mettre en lumière un projet de sevrage tabagique récent, ayant conduit à la prescription de ZYBAN® LP à 150 mg/jour. Une augmentation de posologie du traitement conventionnel de la patiente, associé à la prescription de cyamémazine, permet la rémission rapide de cet épisode délirant.

Un mois après sa première hospitalisation, Mlle S. présente de nouveau un état d'agitation sévère, avec un délire de persécution et de spoliation, une très grande hétéro-agressivité et une fuite des idées. Un nouvel interrogatoire familial révèle que la patiente, sans tenir compte des mises en garde formulées lors de sa première hospitalisation, a repris du ZYBAN® LP à 150 mg/jour durant les 4 jours précédents. Le traitement est réadapté à l'état clinique de la patiente. L'état de Mlle S. se stabilise progressivement et un retour à l'euthymie est constaté après 15 jours de traitement. Mlle S. a repris une activité professionnelle depuis sa sortie. La patiente n'a pas présenté de rechute délirante au cours des 7 derniers mois.

Il s'agit du premier cas décrit de « rechallenge » positif involontaire, sous bupropion, induisant des états délirants sévères.

CO34_06

Prise en charge des fumeurs en maison d'arrêt

P. Beurrier, UCT, Hôpital Jean Monnet, Épinail

L'étude porte sur 58 détenus (56H et 2F) consultant au moins une fois du 01/3/07 au 29/2/08.

La démarche est volontaire pour 48 d'entre eux. L'âge moyen est de 31,8 ans +/- 11,5 ; 7 sont mineurs. Le niveau d'instruction est faible (28 sans diplôme, 23 niveaux CAP-BEP). 19 ont des antécédents cardiaques ou pulmonaires, 7 ont eu un épisode dépressif. Des antécédents de conduites addictives existent chez 46 détenus, avec plus de deux produits pour 30 cas, dont

alcool et cannabis 25 fois. Dans 40 cas, des psychotropes sont prescrits à l'entrée en MA, il s'agit au moins d'une benzodiazépine 38 fois. Les motivations à l'arrêt sont la santé (n=37/58), le coût (n=24/58), le respect de la loi (n=6/58). La consommation moyenne est de 25 cigarettes par jour, et moins de 1 fumeur sur 2 déclare avoir déjà entrepris une démarche d'arrêt (n=25/58). La dépendance est élevée (Fagerström > à 6,8), le taux moyen de CO est de 27 ppm. Sur la période donnée, 9 fumeurs sont vus une fois, 24 sont vus entre 2 et 4 fois, 22 entre 5 et 10 fois et 3 plus de 10 fois. Les timbres transdermiques, l'inhalateur et les comprimés 4 mg sont à disposition. À J8, la réduction ou l'arrêt est obtenu dans 41 cas sur 49 (déclaration de consommation et baisse conjointe du CO pour 31).

Dans 48 cas, être en MA, peut être utile pour arrêter de fumer, mais est une cause de l'abandon de la démarche dans 11 cas et de la sortie prématurée de l'étude 13 fois. La cohabitation avec un non-fumeur, la pratique d'une activité au sein de la MA, l'absence d'addiction passée semblent être des éléments favorisant le succès, car on les note majoritairement chez les détenus qui arrêtent de fumer (n=8/58) ou qui poursuivent une réduction efficace (n=18/58) sur la période d'étude.

CO35 Epidémiologie et sevrage tabagique

CO35_01

Étude rétrospective de la consultation tabacologique de l'hôpital Saint-Antoine à Paris depuis l'année 2001

S. Meurisse¹, F. Amrioui², C. Fruchart¹, F. Édouard², K. Atsou³, C. Chouaid⁴, A.-J. Valleron¹, G. Hejblum³

Afin de détailler la fréquentation de la consultation de tabacologie et les succès associés en termes d'arrêt du tabac, nous avons étudié les données des consultations tabacologiques individuelles de notre hôpital entre janvier 2001 et juin 2008, extraites de la base nationale CDTNet.

Durant cette période, 2 196 patients ont bénéficié de 7 063 consultations individuelles, avec 38 %, 21 %, 12 %, 8 % et 6 % des patients ayant respectivement consulté 1 seule fois, 2 fois, 3 fois, 4 fois et 10 fois ou plus. Au total, 683 patients (31 %) ne fumaient plus lors de leur dernière consultation avec une consommation initiale moyenne de 21 cigarettes par jour (CPJ) lors de leur première consultation. La consommation correspondante des 1 486 autres patients (69 %) était de 24 CPJ, et parmi eux, la diminution moyenne de consommation entre la première et la dernière consultation des 693 patients qui avaient consulté au moins deux fois était de 10 CPJ. Une analyse multivariée indique que l'arrêt du tabac est significativement associé à une consommation journalière de cigarettes plus faible (p<0,0002) et à un score HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) plus faible d'anxiété (p<0,01) et de dépression (p<0,03) lors de la première consultation, à une démarche initiale d'arrêt versus une démarche initiale de réduction de consommation (p<0,002), et à l'absence de maladie cardio-vasculaire (p<0,04). Au total, nous avons estimé quelques paramètres clés de l'impact d'une consultation tabacologique à l'hôpital.

¹Unité de Santé Publique, Hôpital Saint-Antoine, Paris, ²Consultation de tabacologie, Hôpital Saint-Antoine, Paris, ³Inserm-UPMC UMR S 707, Hôpital Saint-Antoine, Paris, ⁴Service de Pneumologie, Hôpital Saint-Antoine, Paris

CO35_02

Sevrage tabagique et tentatives d'arrêt : résultats des enquêtes de cohorte France 2006-2007

A. Stoebner-Delbarre¹, D. Thomas², H.-J. Aubin³, G. Peiffer⁴, E. Vicaut⁵, H. Benhaddi⁶, A. Solesse⁶

Objectif

Mesurer le comportement des fumeurs vis-à-vis du sevrage tabagique et déterminer les facteurs prédictifs de l'arrêt du tabac et des tentatives d'arrêt.

Méthode

Un échantillon national représentatif constitué de 6 032 personnes âgées de 15 ans et plus a reçu un questionnaire auto-administré en novembre 2006. Les fumeurs identifiés lors de cette phase ont été recontactés en juin 2007. Les items recueillis au cours des 2 phases étaient les suivants : habitudes tabagiques, tentatives d'arrêt et facteurs prédictifs de l'arrêt du tabac.

Résultats

Le taux de réponse de la première phase était de 66 % (21 % étaient des fumeurs) ; 40 % des fumeurs ont déclaré avoir l'intention d'arrêter définitivement de fumer. Parmi eux, 55 % envisageaient de le faire dans les 2 à 6 prochains mois. La raison principale motivant l'arrêt définitif du tabac était le prix élevé des cigarettes (65 %), suivie par la volonté d'améliorer sa condition physique (53 %).

Durant la deuxième phase, 521 fumeurs ont été interrogés. 24 % d'entre eux ont fait au moins une tentative d'arrêter de fumer depuis la première phase (11 % ont arrêté de fumer et 13 % ont tenté d'arrêter sans succès) et 23 % de ces tentatives d'arrêt étaient initiées par un médecin. La principale raison d'arrêt du tabac évoquée était l'amélioration de l'état de la santé (80 %). L'interdiction de fumer dans les lieux publics n'était citée que par 17 % des fumeurs qui ont arrêté.

Conclusion

L'amélioration de l'état de la santé semble être la principale motivation pour les fumeurs d'arrêter de fumer. Les professionnels de santé devraient avoir un rôle pivot pour aider les fumeurs à atteindre cet objectif.

¹Épidaure CRLC, Val d'Aurelle, Montpellier, ²Cardiologie médicale, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, ³Addictologie, Hôpital Paul Brousse, Paris, ⁴Pneumologie, CHR MED D, Metz, ⁵Biostatisticien, Hôpital Saint-Louis, Paris, ⁶Outcomes research, Pfizer, Paris

CO35_03

Spécificités de la tabacologie en Belgique francophone

F. Cousin, M.-R. Dumont, M.-R. Pettiaux, C. Rassin, Fares asbl, Bruxelles, Belgique

Depuis 7 ans, à l'initiative du Fares (Fonds des affections respiratoires), une formation en tabacologie existe en Communauté française de Belgique. Une évaluation a été réalisée en mars 2008 afin de mesurer l'impact de celle-ci dans la pratique des professionnels

ayant obtenu leur diplôme en tabacologie entre 2002 et 2006.

Les activités entreprises montrent une réelle diversité : développement des Centres d'aide aux fumeurs, mise en place de consultations de tabacologie, organisation de séances de sensibilisation pour les professionnels, coordination de l'aide au sevrage en milieu hospitalier, interventions de groupe et d'activités de prévention en milieu scolaire... En 2008, on compte 44 Centres d'aide aux fumeurs et 145 tabacologues. L'organisation de cette formation a permis de catalyser de nombreux projets. Le Fares a initié la création des Centres d'aide aux fumeurs, dont il assure actuellement la coordination. Il est également coordinateur du réseau des Hôpitaux sans tabac et joue un rôle actif au sein de la Coalition nationale contre le tabac. Plusieurs programmes ont été mis en place concernant, notamment, l'accompagnement collectif à la gestion du tabagisme en milieu sportif, l'appui méthodologique au milieu scolaire à la mise en place de projets de prévention.

Le Fares a également initié un programme d'accompagnement au sevrage de la femme enceinte. Dans ce cadre-là, une offre de remboursement des consultations de tabacologie a vu le jour. En termes de remboursement, il est prévu dans le cadre d'une mesure ministérielle, un élargissement du remboursement des consultations de tabacologie. Au niveau pharmacologique, la varenicline et le bupropion font l'objet d'un remboursement partiel.

CO35_04

Étude de la comorbidité des patients consultant l'UCT de Dreux

O. Mandhouj, M. Duboc, B. Decelle, I. Huneau, B. English, C. Paulin, V. Cottry, F. Martin, Centre hospitalier général, Dreux

L'objectif de notre travail était d'étudier la comorbidité chez les patients consultant pour une aide au sevrage tabagique. Nous avons mené, entre mars 2007 et mars 2008, une étude prospective ayant porté sur tous les patients (117) suivis par le médecin psychiatre et tabacologue de l'UCT. L'évaluation était clinique et psychométrique.

Nous avons trouvé qu'une maladie organique ou psychologique a été diagnostiquée chez 74 % des patients. La prévalence des troubles mentaux était de 62,4 %. Les plus fréquentes étaient les pathologies dépressives (51 %), suivies des troubles anxieux (12 %), ensuite des troubles bipolaires (2,6 %). Un trouble de sommeil a été retrouvé chez 53 % des patients, une conjugopathie chez 40 % et un trouble alimentaire chez 54,7 %. La présence d'autres conduites addictives a été déclarée par 35 % des patients : alcool dans 24 %, cannabis dans 14 % et une polyconsommation dans 7,6 %. Une consommation de psychotropes a été notée chez 51,3 % des consultants. L'analyse du score Epices a montré que 54,8 % des consultants ont une précarité. Une pathologie pulmonaire a été diagnostiquée dans 35 % des cas et une pathologie cardiovasculaire dans 18 % des cas. À la première consultation, la motivation pour arrêter de fumer a été estimée forte ou assez forte ($\geq 6/10$) chez 35 % des patients. Le pronostic de l'arrêt était significativement relié à la présence d'une comorbidité.

Les pathologies organiques et psychiatriques sont très fréquentes chez les consultants pour l'aide au sevrage tabagique. Les traitements classiques semblent moins efficaces chez ces patients. Des programmes spécifiques, incluant une éducation pour la santé et une prise en charge globale et coordonnée sont en train de se mettre en place.

CO35_05

Caractéristiques des consultants et résultats de leur prise en charge dans un centre de tabacologie (Dispensaire Émile Roux, Clermont-Ferrand). Évolution entre 1988 et 2006

J. Perriot¹, P. Lemaire¹, L. Doly¹, D. Laime¹, C. Brugiere¹, P.-M. Llorca², A. Schmitt², V. Boute Makota², G. Brousse²

L'évolution des caractéristiques des consultants et des résultats de leur sevrage est appréciée par comparaison des populations de trois évaluations réalisées entre 1988 et 1991 (Nb=864) ; 1992 et 1994 (Nb=634) ; 1999 et 2006 (Nb=1201).

Caractéristiques des consultants

La proportion des femmes s'accroît passant de 45,9 % à 53 %, comme les consommations quotidiennes moyennes de cigarettes (17 à 24,7) et cumulée moyenne en paquets-années (22,2 à 28,8). Le niveau de dépendance nicotinique évalué par le FTND > ou = à 7 s'élève (43 % à 69 %), comme s'accroît la fréquence des troubles psychiatriques (29,2 % à 73,1 %), coaddictions (12,3 % à 27,1 %), pathologies somatiques (24 % à 50,5 %) associées. La proportion des peu diplômés (< Bac) ou très diplômés (>Bac+3) s'accroît. Après 1999, les « Hard-core smokers » représentent 11,2 % des consultants.

Résultats du sevrage

Le taux de réussite du sevrage, contrôlé par la mesure du COE, à J180 et J360 s'accroît progressivement, passant respectivement de 41,3 % et 23,3 % à 52 % et 35,1 %, amélioration qui touche aussi les fumeurs les plus fortement dépendants (à J360, elle passe de 21 % à 28,6 %)

Conclusion

Entre 1988 et 2006, les consultants présentent des tabagismes de sévérité croissante (dépendance, pathologies associées). Pourtant les résultats du sevrage s'améliorent parallèlement.

¹Dispensaire Émile Roux, Clermont-Ferrand, ²CMP B, CHU, Clermont-Ferrand. Contact : jean.perriot@cq63.fr

CO35_06

Prise en charge du tabagisme périopératoire dans les hôpitaux où existe une consultation de tabacologie

B.-H. Mgabou¹, B. Dautzenberg², J. Visier³, T. Iatchev⁴

Parmi les 656 consultations de tabacologie listées dans l'annuaire de l'OFT (www.oft-asso.fr), 303 ont une base hospitalière publique. Ces consultations constituent a priori les bases les plus sérieuses pour la mise en place de procédures de prise en charge des fumeurs durant la période périopératoire selon les recommandations de

la conférence d'experts CETPO 2005 promue par l'OFT, la SFAR et la SFC.

Méthodes

Une préenquête a été lancée par Internet auprès des 186 des 303 consultations hospitalières ayant une adresse email valide.

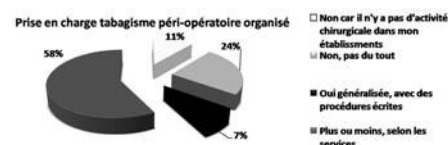
Résultats

100 réponses (56 %), provenant de 51 départements français différents ont été reçues. 10 % des consultations déclarent ne pas avoir d'activité chirurgicale dans leur établissement.

Conclusions

Ainsi, peu d'hôpitaux disent avoir mis en place des procédures complètes de prise en charge du tabagisme périopératoire deux ans après le rendu de la conférence d'experts, mais plus de la moitié des hôpitaux ont des réponses partielles, près d'un quart n'a encore aucune organisation.

De nouvelles initiatives sont souhaitables et nécessaires pour améliorer cette prise en charge qui est susceptible de réduire la morbidité liée au tabagisme périopératoire.



¹DIU tabacologie, Lyon, ²OFT, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière (APHP) Université PMC, Paris, ³OFT, Paris, Paris ⁴OFT, GH Pitié-Salpêtrière (APHP), Paris

Symposium Laboratoires Pfizer

SY2 Prise en charge du sevrage tabagique : actualités et perspectives des recommandations

SY2a

Lever les freins du médecin généraliste face au patient fumeur

Ivan Berlin, Paris

SY2b

Enseignements des nouvelles recommandations internationales

Daniel Thomas, Paris

SY2c

Réalités et perspectives pour la France

Bertrand Dautzenberg

SP41 Tabagisme passif et maladie coronaire

SP41_01

Tabagisme passif et maladie coronaire : effets physiopathologiques

Alain Nitenberg, Service de physiologie et d'explorations fonctionnelles, CHU Jean Verdier, Bondy

Le risque cardio-vasculaire est multiplié par 2 à 4 par le tabagisme passif. La fumée de cigarette contient des quantités de radicaux libres de l'oxygène qui passent dans la circulation et les microparticules stimulent la production de radicaux par l'épithélium alvéolaire. Ceux-ci jouent un rôle clé dans le développement de la maladie coronaire.

Le développement de l'athérosclérose résulte d'une interaction entre cholestérol, endothélium vasculaire et monocytes. Sous l'influence des radicaux superoxydes, les monocytes accumulent le LDL-cholestérol, se transformant en cellules spumeuses dont la dégénérescence forme la plaque d'athérome dont le développement obstrue la lumière vasculaire.

Par ailleurs, l'activation plaquettaire, l'élévation de facteurs de coagulation, la stimulation du système orthosympathique sont des mécanismes qui favorisent à la fois la formation du caillot, la vasoconstriction et l'occlusion des vaisseaux coronaires responsables des accidents coronariens.

SP41_02

Comment évaluer l'impact coronaire de l'interdiction de fumer en France ? Étude EVINCOR (Évaluation de l'impact de l'interdiction de fumer sur les syndromes CORonaires aigus)

Daniel Thomas, pour le Groupe de travail Épidémiologie-Prévention de la Société française de cardiologie, Institut de cardiologie, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris

Contexte : Des études, réalisées aux États-Unis et dans plusieurs pays européens ayant adopté une législation d'interdiction de fumer dans les lieux publics, ont montré, de façon cohérente, une diminution significative du nombre d'admissions hospitalières pour syndrome coronaire aigu (SCA), tant chez les fumeurs que chez les non-fumeurs.

Objectif : Évaluer l'impact sur l'incidence des SCA de l'interdiction de fumer dans les lieux publics en France à la suite de l'application du décret du 15 novembre 2006 dans ses deux volets de février 2007 et de janvier 2008.

Méthodes : Deux approches sont effectuées :

1°) Une analyse du nombre d'admissions hospitalières pour un premier SCA, avant et après la mise en application des deux volets du décret, avec la distribution par sexe et par âge par classe d'âge de 5 ans pour les sujets de 35 à 85 ans, dans l'ensemble des établissements hospitaliers français, à partir de la base de données nationales PMSI. Seront prises en compte et comparées les admissions mensuelles pour

les quatre années précédant le décret et celles contemporaines de son application, avec recherche de la mise en évidence d'une cassure dans l'incidence des SCA au moment des deux dates d'application en 2007 et 2008.

2°) Une évaluation longitudinale, avant et après le 1^{er} janvier 2008, du statut tabagique (tabagisme actif et exposition au tabagisme passif) des sujets admis dans 32 USIC, réparties sur l'ensemble du territoire. Le recueil, réalisé à l'aide d'un questionnaire standardisé, a été effectué du 15/11/2007 au 15/12/2007 et du 03/03/2008 au 03/03/2008. Sont en cours d'analyse à partir de ces données :

- la prévalence du tabagisme actif et du tabagisme passif chez les patients présentant un SCA pour chacune des 2 périodes ;
- la différence d'exposition au tabagisme actif et au tabagisme passif de ces patients par rapport aux patients hospitalisés pour une autre pathologie qu'un SCA pour chacune des deux périodes ;
- l'évolution avant et après le 1^{er} janvier 2008 de la prévalence du tabagisme passif chez les patients non fumeurs actifs et admis pour SCA. Cette évolution constitue une approche indirecte d'évaluation de l'impact du décret sur l'incidence des événements coronaires aigus.

Les résultats de cette étude seront disponibles dans le courant de l'année 2009.

Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif. JO du 16 novembre 2006. Bartecchi C, Alsever RN, Nevin-Woods C et al. Reduction in the incidence of acute myocardial infarction associated with a citywide smoking ordinance. Circulation. 2006; 114:1490-6. Barone-Adesi F, Vizzini L, Merletti F, Richiardi L. Short term effects of Italian smoking regulation on rates of hospital admission for acute myocardial infarction. Eur Heart J 2006; 24: 68-72. Cesaroni G, Forastiere F, Agabiti N, Valente P, Zuccaro P, Perucci CA. Effect of the Italian smoking ban on population rates of acute coronary events. Circulation 2008;117: 1183-8. Pell JP, Haw S, Cobbe S et al. Smoke-free legislation and hospitalizations for acute coronary syndrome. N Engl J Med 2008;359:482-91

SP41_03

Impact du décret sur l'interdiction du tabagisme passif dans les cafés, bars, restaurants et discothèques sur la fonction endothéliale des salariés

J.-P. Cambou¹, N. Vaysse¹, S. Labro¹, D. Thomas², M. Palhol¹, B. Montalegre¹, A. Bura-Rivière¹

Objectif : Évaluer l'impact du tabagisme passif avant et après l'application du décret antitabac sur la vasomotricité endothéliale dépendante de salariés non fumeurs exposés dans les cafés, bars, restaurants et discothèques.

Méthodes : 23 sujets non fumeurs, salariés dans les cafés, bars, restaurants et discothèques, exposés professionnellement au tabagisme passif et non exposés au domicile, bénéficient de la mesure, par échotracking, de la vasomotricité endothéliale dépendante (FMD Flow Mediated Dilation) de l'artère humérale au mois de décembre 2007 (Visite V1) et 3

mois plus tard (Visite V2). Ils sont comparés à un groupe de 23 témoins appariés en âge et en sexe, non exposés au tabagisme passif.

Résultats : Lors de la première visite, la FMD du groupe exposé (médiane 5,6 % +/- 4,7) est significativement moins fonctionnelle ($p = 0,007$) que celle du groupe non exposé (médiane 9,1 % +/- 3,9). Trois mois après la mise en application du décret la FMD des sujets exposés s'améliore passant de 5,6 % à 7,91 % ($p = 0,08$). Si l'on considère le nombre de sujets avec une FMD supérieure à 7,2 % il passe de 7 sujets avant le décret à 15 après ($p = 0,007$).

Conclusion : Après le 1^{er} janvier 2008, la fonction endothéliale des salariés exposés non fumeurs s'améliore, et le nombre de sujets fonctionnels s'élève de manière significative. Nous pouvons donc penser que ce type de mesure diminue leur risque cardiovasculaire.

¹Toulouse ²Paris

SP42 Réponses aux questions posées par les congressistes au Comité scientifique

SP43 Le meilleur des mémoires de DIU de tabacologie

C044 Prévention et jeunes. Divers

C044-01

Effets de la nicotine sur la circulation placentaire : étude expérimentale chez le fœtus d'agneau

N. Monsarrat¹, L. Storme², P. Deruelle¹, E. Aubry³, L. Bresson¹, S. Mur², V. Houfflin-Debarge¹

Depuis 1997, l'utilisation des substituts nicotiques est autorisée au cours de la grossesse. Pour mieux appréhender les effets de la nicotine, nous avons étudié la circulation fœto-placentaire sur un modèle de brebis gestantes, chroniquement instrumentées, dont les fœtus recevaient une perfusion de nicotine.

Une hystérotomie était effectuée à 125 jours de gestation. Des cathéters étaient placés dans les circulations systémiques fœtale et placentaire. Un capteur de débit ultrasonique était positionné autour du tronc commun de l'artère ombilicale. Deux jours plus tard, les fœtus recevaient une perfusion de nicotine pendant deux heures. La dose de nicotine tartrate reçue était de 0,175 mg/kg, de 0,5 mg/kg ou de 3,5 mg/kg. Les gaz du sang maternels et fœtaux étaient contrôlés. Les résistances vasculaires placentaires étaient calculées. La perfusion de nicotine n'entraînait pas de variation significative du débit ombilical ou des résistances vasculaires placentaires quelle que soit la dose. La pression aortique fœtale augmentait de 12 % ($p < 0,05$) à la dose de 3,5 mg/kg. Les gaz du sang maternels et fœtaux n'étaient pas significativement modifiés après perfusion de nicotine quelle que soit la dose.

La nicotine ne modifie pas aux doses pratiquées les résistances vasculaires placentaires. Seule la pression aortique du fœtus est augmentée à la dose la plus élevée.

¹Pôle d'Obstétrique, Hôpital Jeanne de Flandre, Lille, ²Pôle de Néonatalogie, Hôpital Jeanne de Flandre, Lille, ³Chirurgie Pédiatrique, Hôpital Jeanne de Flandre, Lille

C044-02

Le tabagisme modifie la perception de saveurs et d'odeurs

G. Churlaud¹, N. Jacob¹, I. Berlin²

Le tabagisme a des effets sur les perceptions sensorielles. Celles-ci joueraient un rôle important dans l'initiation et le maintien de la dépendance tabagique.

Lors d'une action de sensibilisation en milieu hospitalier, nous avons cherché à mettre en évidence l'existence d'une modification des perceptions des saveurs et odeurs quotidiennes en fonction du statut tabagique. Quatre saveurs (salée, sucrée, acide et amère) devaient être reconnues et notées selon leur intensité de 0 à 10 et quatre odeurs (basilic, menthe, thym, cannelle) devaient être correctement identifiées. Parmi les 187 participants, il y a eu 46 fumeurs actuels (F), 120 non-fumeurs (NF) et 21 ex-fumeurs (ExF). La saveur amère a été moins bien reconnue par les ExF et F comparés aux NF (pourcentage d'erreur : ExF : 28 %, F : 16 %, NF : 9 % : association linéaire $p = 0,014$). L'intensité des goûts sucré et amer est perçue différemment en fonction du statut tabagique (note moyenne respective pour les ExF, F et NF : sucré : 5,9, 4,1, 5,0 : $p = 0,029$; amer : 5,9, 4,0, 4,9 : $p = 0,059$). Concernant les odeurs, seule la reconnaissance de la menthe varie : elle diminue avec l'âge (association linéaire $p = 0,003$) et elle est moins reconnue par les ExF et F en comparaison aux NF après ajustement sur l'âge (ExF = 24 % d'erreur, F = 12 %, NF = 9 % : $p = 0,064$).

Ainsi le tabagisme altère la perception des saveurs et des odeurs de la vie quotidienne.

¹Service de biochimie, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris,

²Service de pharmacologie, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris

C044-03

Symptômes respiratoires liés à l'exposition passive des fumeurs actifs

M. Delchanidis¹, J. Alcouffe², F. Letourmy³, J.-D. Dewitte⁴, B. Dautzenberg¹

Les fumeurs ont plus de symptômes respiratoires que les non-fumeurs. Le bénéfice sur les symptômes respiratoires pour un fumeur de ne pas fumer dans des lieux clos et couverts est étudié à l'occasion de l'application du décret Bertrand sur l'interdiction de fumer.

Méthode

Les 20 premiers salariés vus chaque mois en visite systématique par un panel de médecins du travail ont répondu à un certain nombre de questions sur leur tabagisme, le statut tabagique de leur lieu de travail et les symptômes observés les 30 derniers jours, avant et après chacune des deux phases de l'interdiction de fumer en France (janvier 2007 à mars 2008).

Résultats

Les fumeurs ($n = 8\,926$) ont globalement deux fois plus de symptômes que les non-fumeurs ($n = 9\,516$) mais comme les non-fumeurs, ils ont moins de symptômes si leur lieu de travail est entièrement non fumeur. Ainsi, le

pourcentage de fumeurs avec toux les 30 derniers jours est de 73 % dans les entreprises où l'on fume, 67 % dans celles où l'on ne fume pas, la dyspnée est respectivement de 59 % et 54 %, les sifflements sont respectivement de 37 % et 33 %, et les crachats de 49 % et 41 %. La baisse absolue du taux de symptômes chez ceux qui sont non exposés est de 7 % chez les non-fumeurs et 6 % chez les fumeurs pour la dyspnée, 6 % chez les non-fumeurs et les fumeurs pour la toux, 4 % chez les fumeurs et les non-fumeurs pour les sifflements, et 7 % chez les non-fumeurs contre 8 % chez les fumeurs pour les crachats.

Conclusions

Le bénéfice de l'interdiction de fumer est le même chez les fumeurs et les non-fumeurs. Les fumeurs ont le même gain de l'interdiction de fumer sur les symptômes respiratoires que les non-fumeurs. Ils étaient eux aussi soumis au tabagisme passif.

Financement DGS. ¹OFT, Paris, ²ACMS, Paris, ³OFT, Toulouse, ⁴Médecine du travail CHU, Brest

C044-04

Génétique et tabac : des premières consommations au risque de dépendance

Y. Le Strat, N. Ramoz, P. Gorwood

INSERM U675, Faculté de médecine X. Bichat, Paris

Le tabac est la substance addictive la plus fréquemment utilisée par les adolescents et les jeunes adultes, qui commencent leur consommation à 14 ans en moyenne et sont, pour 40 % d'entre eux, consommateurs réguliers à 17 ans.

Les facteurs de risque associés à l'initiation puis au développement d'une dépendance restent mal connus, mais impliquent la précocité de la consommation, les antécédents de troubles des conduites et d'hyperactivité, ainsi que les antécédents familiaux de consommation de tabac.

Les études de jumeaux montrent de plus que des facteurs génétiques sont impliqués à différents niveaux, depuis l'effet ressenti au cours des premières consommations de tabac jusqu'au développement de polyconsommation de toxiques.

L'évaluation clinique addictologique et psychiatrique, ainsi que le prélèvement de 3 056 jeunes adultes, âgés de 20 ans (s.d.:1) et issus de la population générale, nous permettent avant tout de mettre en évidence le rôle de plusieurs gènes candidats dans le développement d'une dépendance, en comparant des sous-groupes avec la présence ou non d'allèles de variants génétiques, par simple chi-deux.

Une approche de type Gène * Environnement devrait également nous permettre de mieux comprendre les mécanismes physiopathologiques sous-tendant cette association, en faisant le lien entre facteurs de risque cliniques, facteurs environnementaux modificateurs et facteurs de risque génétiques.

C044-05

Tabac à chiquer : connaissances, attitudes et pratiques

M. Oudjehih, H. Bouneceur, A. Bouhidel, M.-L.

Bouhidel, CHU de Batna, Batna, Algérie

Introduction

La chique de tabac est une habitude toxicomane pour des centaines de millions de personnes à travers le monde. Le tabac sans fumée représente une part considérable du problème mondial du tabagisme. Les produits concernés sont consommés sans combustion ni pyrolyse. L'objectif est d'évaluer les comportements des étudiants vis-à-vis de cette forme de tabagisme.

Méthodes et matériel

Enquête réalisée auprès d'un échantillon de 100 étudiants en médecine et en langue française, à travers un auto-questionnaire.

Résultats

33 % ont déclaré avoir des habitudes toxiques, 20 % consomment du tabac fumé et 13 % du tabac à chiquer. 22 % des étudiants ont des parents qui consomment du tabac à chiquer, on relève que les chiqueurs sont plus fréquemment retrouvés dans les familles qui consomment cette forme de tabac (78 % contre 22 %). 18 % des étudiants ont un ami qui chique, parmi ceux qui chiquent, 51 % ont un ami qui chique. 45 % des étudiants ont expérimenté le tabac à chiquer entre 12 et 16 ans. L'occasion de la prise était par curiosité ou par ennui. 38 % consomment avec l'autorisation de leurs parents. Plus de la moitié déclarent que la prise de tabac à chiquer leur procure du calme et du plaisir. 45 % ont déclaré avoir déjà essayé d'arrêter et 23 % le souhaite de nouveau. 51 % voudraient bénéficier d'une aide au sevrage ; ils sont aussi demandeurs de compagnes de sensibilisation.

Conclusion

Plusieurs aspects de cette forme de toxicomanie restent encore obscurs. Les étudiants, notamment ceux en médecine, doivent prendre conscience de leur rôle d'exemple vis-à-vis des usagers.

C044_06

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

M.-E. Huteau¹, S. Bricout¹, Q. Xavier¹, M. Bousquet², A. Stoebner-Delbarre

Objectif

Créer autour du collégien, un environnement cohérent et favorable à l'adoption d'un comportement non fumeur. L'objectif final est de diminuer le nombre de fumeurs en 3^{ème} par rapport aux données nationales et régionales.

Matériel et méthode

En 2006-2007, nous sommes intervenus auprès de 600 élèves de 6^{ème} des 5 collèges inscrits dans le projet. Ces élèves bénéficient chaque année de nouvelles actions. En 5^{ème}, nos interventions et la mobilisation des enseignants et des infirmières ont permis aux élèves de créer leurs propres jeux de prévention tabac et d'être « éducateurs de santé » auprès de leurs pairs lors d'une rencontre inter-collège.

Résultats

Une enquête menée chaque année permet de mesurer l'impact de notre action. Les élèves de 6^{ème} interrogés en 2006-2007 ont été de nouveau interrogés en 2007-2008 sur le niveau 5^{ème}. En 6^{ème}, ils étaient 3,02 % de fumeurs contre 5,13 % un an plus tard. En 6^{ème}, 55 % disaient avoir besoin d'une cigarette pour se sentir bien contre 30 % l'année suivante. Ils fumaient en moyenne $3,92 \pm 4,05$ cigarettes en 6^{ème} contre $1,84 \pm 1,2$ en 5^{ème}.

67 % avaient déjà arrêté de fumer plus de 7 jours en 6^{ème}, contre 75 % en 5^{ème}. 17 % des 6^{ème} avaient envie d'arrêter de fumer dans le mois à venir contre 35 % l'année d'après.

Discussion

Nous intervenons dans le cadre d'un projet nouveau et innovant avant l'âge d'initiation au tabac, les collégiens sont majoritairement non fumeurs, c'est pourquoi il convient de continuer nos actions auprès d'eux. L'implication des personnels éducatifs et des parents dans une démarche.

¹Comité des maladies respiratoires de l'Hérault, Mireval, ²Épidaure, département de prévention, CRLC, Montpellier

C045 Prise en charge du tabagisme dans des circonstances particulières

C045_01

Étude observationnelle randomisée comparant deux stratégies de sevrage tabagique sur deux groupes de sujets fumeurs hospitalisés en 2007

C. Vannimenes, UCT, Hôpital Calmette-CHRU, Lille

Suite à l'appel à projet 2006 pour le développement de la tabacologie hospitalière par l'INCa, nous avons proposé sur la métropole de suivre des patients fumeurs hospitalisés soit dans un service de cardiologie du CHRU, soit dans un service d'oncologie générale ou spécialisé du Centre de lutte contre le cancer pour un premier traitement.

Il s'agit d'une étude observationnelle randomisée, les patients étant répartis en deux groupes dans chaque centre : groupe A (suivi rapproché) comprenant 7 consultations tabacologiques (1 par mois) et de 2 entretiens téléphoniques à J15 et J45, groupe B (suivi standard) constitué de 7 consultations tabacologiques (1 par mois). Les suivis sont effectués par l'infirmière ou le médecin tabacologue, les consultations sont assurées par le médecin. Nos résultats sont disparates liés à la difficulté d'inclure les patients au centre anticancéreux (7 patients sur 6 mois dont 2 sont décédés précocement) et au CHRU la nécessité d'élargir le recrutement à d'autres services de médecine pour inclure 74 patients (37 dans le groupe A, 37 dans le groupe B) dont 46 étaient hospitalisés pour une pathologie cardio-vasculaire. À un an (pour le suivi CHRU) dans le groupe A, on trouve 15 sevrages, 16 fumeurs, 6 perdus de vue ; dans le groupe B, on trouve 16 sevrages, 18 fumeurs, 2 perdus de vue, 1 patient décédé.

En conclusion, même la prise en charge rapprochée des patients reste insuffisante pour un sevrage total à un an, un certain nombre de patients a réduit sa consommation de moitié au moins et tous ont apprécié d'être suivis et encouragés à la démarche de sevrage.

C045_02

Intérêt du calcul du score Epices dans les consultations d'aide au sevrage tabagique

O. Mandhouj, M. Duboc, B. Decelle, C. Paulin, I. Huneau, B. English, F. Da Silva, F. Martin, Centre hospitalier général, Dreux

L'augmentation des taxes sur le tabac est parmi les mesures les plus efficaces pour limiter la consommation tabagique.

Toutefois, la prévalence du tabagisme est, selon plusieurs études, plus marquée dans les classes les plus pauvres. Les objectifs de notre étude étaient d'étudier la précarité chez les patients consultant pour l'aide au sevrage tabagique, ainsi que les particularités des comportements tabagiques des précaires. L'étude a porté sur tous les consultants entre avril et septembre 2007. Nous avons inclus 118 patients qui ont tous reçu le questionnaire Epices et un questionnaire ad hoc étudiant les comportements tabagiques. Nous avons trouvé que 38,4 % des enquêtés ont une précarité (score Epices>30). Les dépenses consacrées au tabac ne diffèrent pas de manière significative entre les précaires et les non-précaires. Le ratio dépenses pour le tabac divisées par les ressources mensuelles est significativement plus élevé chez les précaires que chez les non-précaires : 10 % dépensent 30 % de leur revenu dans le tabac. Ce ratio est fortement corrélé au score Epices ($r = 0,48$; $p < 0,001$). Les sujets précaires ont tendance à avoir des comportements tabagiques nocifs : ils quémangent des cigarettes ; ils ont tendance à rouler leurs cigarettes et même à rouler le tabac des mégots, à fumer des mégots et à se passer des cigarettes entre eux. Les non-précaires préfèrent les cigarettes légères ou normales et les précaires préfèrent le tabac à rouler.

L'existence d'une précarité et des habitudes tabagiques nocives doivent être dépistées dans les consultations de tabacologie et des mesures éducatives adaptées doivent être mises en œuvre pour éviter une dangerosité surajoutée aux cigarettes.

C045_03

Évaluation prospective de l'impact clinique d'un sevrage nicotinique brutal en réanimation

O. Lucidarme¹, D. Du Cheyron², P. Beck¹, P. Charbonneau²

Introduction

Pour les patients fumeurs admis en réanimation, le syndrome de sevrage à la nicotine existe vraisemblablement car l'arrêt du tabac est complet et brutal. Le but de cette étude prospective, observationnelle, est de tester l'hypothèse d'une association entre le sevrage brutal en nicotine et la survenue d'événements délétères en rapport avec une agitation ou un delirium chez des patients intubés ventilés mécaniquement en réanimation.

Matériels et méthodes

Les patients admis en réanimation intubés, ventilés pour une durée de séjour > 48 heures (n=144) ont été divisés en patients fumeurs (n=44) et en patients non fumeurs (n=100). La recherche des critères d'agitation et de delirium est basée respectivement sur le score « Sedation Agitation Scale » (SAS) et sur l'échelle « Intensive Care Delirium Screening Checklist » (ICDSC).

Résultats

42 % des patients ont présenté au moins un épisode d'agitation. 28 % des patients ont développé un délirium. Les épisodes d'agitation étaient significativement plus fréquents dans le groupe fumeur, 64 % versus 32 % ($p < 0,0005$) ainsi qu'en terme de

durée en jours ($p < 0,0006$). Le nombre total d'accidents liés à l'agitation ou délire était significativement plus élevé dans le groupe fumeur ($p < 0,001$). En analyse multivariée, nous avons identifié le tabagisme actif et le score SOFA comme les deux seuls paramètres significativement associés à la présence d'une agitation (respectivement $p = 0,02$, $p = 0,03$).

Conclusion

Nos résultats ont montré que le tabagisme actif était associé significativement et indépendamment avec la survenue d'une agitation chez des patients intubés ventilés de réanimation et associé à une morbidité propre.

¹Service de réanimation polyvalente, Centre hospitalier, Saint-Lô,

²Service de réanimation médicale, CHU, Caen

C045_04

Évaluation de l'efficacité des dispositifs transdermiques nicotiques délivrant de la nicotine pendant 16h chez 400 femmes enceintes fumeuses

D. Denis, F. Giraudeau, I. Berlin, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris

Rationnel

Le tabagisme est un facteur de risque obstétrical et périnatal majeur. Les traitements substitutifs nicotiques ont l'AMM chez la femme enceinte avec l'idée sous-jacente qu'ils favorisent l'abstinence.

Objectif

Évaluer le bénéfice thérapeutique des timbres nicotiques 10 et 15 mg/16h au cours de la grossesse en termes de poids de naissance du nouveau-né et d'abstinence tabagique de la femme.

Méthodes

Après inclusion d'environ 800 femmes enceintes, 400 femmes enceintes fumeuses seront randomisées et recevront le traitement actif ou un timbre placebo d'aspect identique (200 femmes dans chaque groupe). Les femmes démarreront les traitements au plus tôt à 13 semaines d'aménorrhée (SA) et au plus tard à 24 SA. Les traitements seront appliqués au moins jusqu'à l'accouchement et, si les femmes le souhaitent, pendant les 2 mois après l'accouchement. La dose de nicotine administrée sera ajustée en fonction du taux de cotinine salivaire et du nombre de cigarettes fumées. Trois prélèvements de salive seront réalisés durant l'étude. Des visites mensuelles permettront le suivi de la femme tout au long de sa grossesse.

Des prélèvements de liquide amniotique et de lait maternel seront réalisés chez les femmes ayant donné leur consentement pour ces prélèvements. Ces échantillons permettront de doser la nicotine, la cotinine et l'anabasine et de les comparer aux concentrations salivaires de la mère.

Calendrier de l'étude

L'étude a débuté en octobre 2007. La fin de l'étude est prévue pour octobre 2011.

C045-05

Évaluation du programme du Groupement des entreprises françaises en lutte contre le cancer (Gefluc) Languedoc-Roussillon 2007

d'information et d'aide à l'arrêt du tabac dans les entreprises de plus de 50 salariés

A. Stoebner-Delbarre¹, J. Carluet², A.-M. Clauzel³, P. Guichenez⁴, I. Clauzel³, B. Delaye², D. Cupissol²

Objectif

Évaluer l'impact à un an du programme Gefluc LR d'information et d'aide à l'arrêt du tabac réalisé en 2007 dans 28 entreprises du Languedoc-Roussillon (LR).

Méthode

Une enquête de prévalence avec auto-questionnaires a été réalisée auprès de tous les salariés de 28 entreprises volontaires pour dresser un état des lieux du tabagisme et effectuer une analyse des besoins. Un programme a ensuite été proposé. Il comprenait 3 modules adaptés à chaque entreprise : une ou plusieurs séances d'information sur l'aide à l'arrêt, des groupes de sevrage pendant un an et l'accompagnement à l'application de la loi Évin dans l'entreprise. Le statut vis-à-vis du tabac était vérifié par la mesure du CO expiré.

Résultats

Cette action a sensibilisé 2 128 fumeurs soit 25 % des salariés dont 1 427 ont participé activement à des stands d'information. Le taux de pénétration du programme d'information est donc de 67 %. Dans 86 % des entreprises ayant proposé des groupes de sevrage tabagique, 498 personnes ont exprimé le souhait d'arrêter de fumer dans un avenir proche (< 6 mois). Parmi ces personnes initialement volontaires, 77,5 % ($n = 386$) ont effectivement participé à un groupe de sevrage. Leur taux de sevrage à 3 mois est de 47,4 %. À 6 mois et à un an, 39 % des participants sont toujours non fumeurs. Ce taux de réussite à un an varie suivant les entreprises entre 15 % et 65 %.

Conclusion

L'entreprise peut être un lieu privilégié pour promouvoir le sevrage tabagique. Le programme Gefluc LR, adapté aux situations de chaque entreprise, est efficace et aide les salariés à arrêter de fumer.

¹Épidaure, CRLC Val d'Aurelle, Montpellier, ²Gefluc LR, Montpellier,

³Gefluc LR et SIS Vivre sans fumer, Montpellier, ⁴Centre hospitalier, Béziers

C045-06

Caractéristiques individuelles, modalités et résultats du sevrage tabagique des patients atteints de BPCO en Centre expert de tabacologie

J. Perriot, P. Lemaire, L. Doly, D. Laime, C. Brugiere, Dispensaire Émile Roux, Clermont-Ferrand

Le travail prospectif a étudié les caractéristiques individuelles, modalités et résultats du sevrage tabagique de 351 patients atteints de BPCO (stade 1:185,2:122,3:37,4:7) parmi 1 201 consultants du Dispensaire Émile Roux entre le 01/01/99 et le 31/12/06 (exhaustivité du recensement 89 %). Analyse statistique par logiciel SAS version 8, tests du Khi2, significativité 5 %, test de Fisher).

Les principales constatations

- Plus le stade de la BPCO est élevé, plus les patients sont masculins (1:50,3 %, 4:100), plus âgés (1:49ans, 3:64) avec consommation cumulée élevée (1:35PA,4:69).

- Les antécédents de tentative d'arrêt sont nombreux (>74 %) mais les faibles motivations à l'arrêt fréquentes (1:25 %;4:3:35). Les troubles anxiodépressifs fréquents s'accroissent avec le stade (1:anxiété 40 %, dépression 39,5 %; 4:86 et 71).
- La dépendance nicotinique est élevée (FTND>6 pour 80 %; >8 dans plus de 50 % pour les stades 2, 3, 4). Les consommations associées dans plus de 40 % pour les stades 1, 2, 3.
- Le taux d'abstinence à 6 et 12 mois est voisin pour les BPCO 1 à 3 mais il chute nettement entre ces 2 termes (respectivement en % de 42,7;39,3;43,2 à 31,9;33,6;27). Il est supérieur pour les BPCO stade 4.
- La réussite du sevrage a nécessité des doses importantes de SNTD (> ou = 25mg) pendant une durée longue (1:16.1sem; 4:55.5) avec association de bupropion dans (1:20,2 % à 4:83) et IRS (1:53,2 % et 4:100). En cas de réussite la prise de poids est de 4 à 9,5 kg, les troubles anxiodépressifs dans 14,7 à 18,8 %.
- Au terme du sevrage 93 % des patients abstinents considèrent leur arrêt définitif, 69 % jugent qu'il a été moins difficile que prévu et 89 % l'aide apportée importante ou capitale.

Contact : jean.perriot@cq63.fr

P41 Les traitements du passé et du futur

P41_01

Historique des traitements pharmacologiques du tabagisme. Comment optimiser les traitements pharmacologiques ?

Ivan Berlin, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, Faculté de médecine, Université PMC, INSERM U 894, Paris

L'objectif de cette présentation est double : évoquer le passé mais montrer aussi le futur. La première partie donnera une revue rétrospective sur l'évolution des traitements pharmacologiques du tabagisme ; la deuxième partie attirera l'attention sur les possibilités d'optimisation des traitements pharmacologiques démontrés efficaces dans le contexte actuel.

a) Historique des traitements pharmacologiques du tabagisme

En 1967 Stefan Lichtneckert et Claes Lundgren de l'Université de Lund, en Suède, étudiaient les effets physiologiques de la pression atmosphérique. Lors de leurs recherches, ils interrogeaient des sous-marins qui disaient utiliser le snus dans les sous-marins. Cela leur donna l'idée que la nicotine, fabriquée par des méthodes pharmaceutiques, pourrait se substituer aux cigarettes. Ove Fernö, grand fumeur et dont la femme supportait très mal son tabagisme, directeur de recherche d'une compagnie pharmaceutique (AB Leo) a attrapé l'idée en vol et convainquit sa compagnie, après beaucoup de difficultés (dues aux effets notoirement toxiques de la nicotine), de se lancer dans la fabrication d'un prototype de substitut nicotinique. Il proposa la gomme à mâcher.

En Angleterre, Michael Russel commençait à comprendre les mécanismes de la dépendance tabagique et allait au-delà de l'étiquette « mauvaise habitude ». Fernö et Russel ont réalisé les premiers

essais cliniques et pharmacocinétiques de la gomme nicotinique. La première AMM a été obtenue en Suisse en 1978, puis au Canada (1979), en Grande-Bretagne (1980) et en Suède (1981). Joël Ménard, membre d'honneur de la Société française de tabacologie, travaillant à cette époque chez Ciba Geigy, a grandement contribué à l'élaboration du timbre nicotinique de 24 h.

Dans les années 1990, des recherches se sont tournées vers les traitements non substitutifs, les antidépresseurs étaient des bons candidats : doxépine, les inhibiteurs de la monoamine oxydase (1995) suivi de près par le bupropion (1997). Les essais de phase III de la varenicline, agoniste partiel des récepteurs nicotiniques cholinergiques $\alpha 4\beta 2$ ont été publiés en 2006.

b) Comment optimiser les traitements pharmacologiques ?

Plusieurs stratégies thérapeutiques ont été proposées pour optimiser l'efficacité des traitements pharmacologiques en particulier des substituts nicotiniques (SN) :

1. SN à doses fixes et élevées ;
2. Combinaison de SN de voies d'administration différente ;
3. Prétraitement (avant la date d'arrêt) par SN ;
4. Traitements surajoutés: SN + bupropion/nortriptyline ;
5. Adaptation individuelle.

Les études contrôlées, randomisées et les méta-analyses montrent qu'il y a intérêt à combiner des SN de voies d'administration différentes, à prétraiter les fumeurs par SN avant la date d'arrêt pour augmenter les pourcentages d'abstinences. En revanche, il semble qu'il n'y ait pas d'intérêt à utiliser des doses fixes et élevées ou à associer les SN avec le bupropion ou avec la nortriptyline. L'étude ADONIS, étude multicentrique, randomisée, nationale répondra à la question s'il y a intérêt à adapter la posologie des SN sur la cotinine salivaire. Ses résultats seront publiés en 2009.

P41_02

Les vaccins antitabac

Jacques Cornuz, Policlinique CHU, Lausanne, Suisse

Compte tenu du caractère hautement addictif de la nicotine et du fait que les traitements d'aide à l'arrêt, certes efficaces (ils doublent les chances d'arrêter de fumer), mais dont l'impact est limité à long terme (20-30 % d'arrêt 12 mois après le début du traitement), un vaccin contre la nicotine pourrait constituer une option prometteuse pour maintenir l'arrêt du tabac.

Le but de la vaccination contre la nicotine est d'empêcher la nicotine de passer la barrière hémato-cérébrale et donc d'atteindre les récepteurs nicotiniques cérébraux. Ainsi « bloquée » hors du cerveau, la nicotine ne pourrait plus favoriser la transmission de certains neurotransmetteurs, dont la dopamine, responsable de la sensation « positive » liée à la consommation de tabac. Le mécanisme envisagé est donc un blocage par des anticorps contre la nicotine. Le couple antigène (nicotine) - anticorps empêcherait la nicotine d'atteindre le cerveau (a).

Dans des conditions usuelles, c'est-à-dire lors de la consommation de cigarettes sans vaccination

préalable, il n'y a évidemment pas de production d'anticorps contre la nicotine. Cette molécule (la nicotine) est en effet trop petite pour stimuler le système immunitaire à produire des anticorps qui la neutraliseraient. Lorsque la molécule de nicotine est liée à une grande particule immunogène, en l'occurrence un ensemble de protéines, la production d'anticorps devient dès lors possible. Le principe consiste notamment à utiliser une particule virale non infectieuse, de type « virus like particules » (VLP). Ces VLP sont non toxiques et induisent une forte réponse immunologique de type IgG (et non pas de type IgE). Des épitopes insérés dans ce VLP sont capables d'induire une réponse cellulaire de type B. Plusieurs équipes sont actuellement en train de développer un tel vaccin. Des résultats encourageant d'études de phase I et II ont été récemment publiés. Ces données suggèrent donc qu'un tel vaccin pourrait aider à arrêter de fumer en présence d'une réponse immunitaire élevée. Les études de phase III pourraient démarrer dans quelques années.

Il est toutefois important de préciser qu'une immunisation n'est, à nos yeux, concevable que dans une perspective « prévention de la rechute », c'est-à-dire comme une intervention complémentaire aux interventions (conseil) pour aider les fumeurs qui souhaitent arrêter de fumer. Compte tenu de la durée relativement courte du taux plasmatique des anticorps, il n'est pas possible de prévoir ce vaccin en prévention primaire, en particulier chez les adolescents. Sur le plan éthique, cette approche serait d'ailleurs inappropriée.

P41_03

Les médicaments de demain

Henri-Jean Aubin Centre d'addictologie, Hôpital Paul Brousse, Villejuif

Contexte : Les programmes de développement d'un médicament sont très longs, s'étalant sur une dizaine d'années. Une minorité de programmes de développement clinique aboutissent à une Autorisation de mise sur le marché. Les essais cliniques, pharmacologiques ou non, sont répertoriés sur le site clinicaltrials.gov.

Méthode : Nous avons entré le mot clé « smoking cessation » dans la recherche d'essais cliniques sur le site clinicaltrials.gov. Nous avons ensuite sélectionné tous les essais impliquant l'utilisation d'un traitement pharmacologique et distingué les essais terminés avant le 01/01/2007, les essais de phases IV, III, II et I.

Résultats : Il y a eu 394 entrées « smoking cessation ». 194 essais mentionnaient l'utilisation d'un traitement pharmacologique. Parmi ceux-ci, 56 essais étaient terminés au 01/01/2007. Parmi les autres, nous avons relevé 38 essais en phase IV, 26 en phase III, 42 en phase II, 7 en phase I et 25 en phase indéterminée. La plupart des essais de phase IV concernent l'étude de l'efficacité ou de la tolérance des médicaments dans des sous-groupes de fumeurs comme les patients psychotiques, les alcooliques, les patients souffrant de BPCO, d'accidents cardio-vasculaires aigus, de problèmes de poids, de troubles du sommeil, ou encore chez les adolescents. Les essais en phase III concernent également l'efficacité ou la tolérance de médicaments déjà sur le marché dans des populations spéciales. D'autres essais concernent le tabac sans fumée, le topiramate, un nouvel agoniste partiel des récepteurs alpha4beta2, la naltrexone et la fluoxétine.

Les essais en phase II concernent également l'efficacité ou la tolérance de médicaments déjà sur le marché dans des populations spéciales. D'autres essais concernent le topiramate, la naltrexone, la sibutramine, les vaccins, des antagonistes CB1, du tabac oral, des IMAO, de nouvelles formes de substitution nicotinique, la gabapentine, un antagoniste de la glycine et le millepertuis. Les essais de phase I concernent un antagoniste NMDA et de nouvelles formes galéniques de la varenicline.

Conclusion : La plupart des développements actuels cherchent à optimiser l'utilisation de molécules actuellement sur le marché du sevrage tabagique. D'autres essais concernent des molécules déjà commercialisées dans d'autres indications. Finalement, peu de nouvelles molécules sont en développement clinique dans le sevrage tabagique.

L'auteur déclare avoir reçu des honoraires de GlaxoSmithKline, Pfizer, Lundbeck, Merck, Pierre Fabre Santé, Prempharm et Sanofi-Aventis au cours des trois dernières années

V G J E U D I 1 3 h 3 0 / 1 4 h 3 0

Arrêt du tabac

P03-A01/1003

La nicotine et ses métabolites : applications analytiques nouvelles pour l'exercice clinique et la rechercheN. Jacob¹, L. Galant², T. Dupré³

La montée en puissance des moyens techniques dans les laboratoires rend aujourd'hui possible le dosage simultané de la nicotine et de ses métabolites majeurs, la cotinine et la trans-3'-hydroxycotinine, dans les fluides biologiques, notamment la salive et l'urine.

Le métabolisme de la nicotine montre une variabilité interindividuelle importante, notamment en fonction du sexe (influence de la contraception et de la grossesse chez la femme) et de l'ethnie. Mais d'autres facteurs, environnementaux ou liés au régime alimentaire, pourraient intervenir dans cette variabilité.

Dans les centres hospitaliers, nombreux sont les laboratoires disposant de matériels permettant de mettre en œuvre les méthodes séparatives. La Chromatographie Liquide Haute Performance est ainsi d'un usage très répandu. Des procédures opératoires ont été mises au point qui permettent une quantification aisée de la nicotine et de ses deux principaux métabolites dans l'urine et la salive après une seule étape d'extraction liquide liquide ou un simple prétraitement en phase solide.

Cette approche analytique quantitative peut contribuer à améliorer l'efficacité du traitement substitutif nicotinique. L'adaptation de la posologie est possible en fonction des besoins individuels.

Le renforcement des potentialités analytiques ouvre les portes à la mise en place de projets de recherche incluant la mesure dynamique de ces paramètres.

¹Biochimie métabolique, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière APHP, Paris,²Clinique UCL Mont-Godinne, Laboratoire, Yvoir, Belgique ³Biochimie A, Hôpital Bichat APHP, Paris

P09-A02/921

L'impact d'un programme de soutien à la cessation tabagique instauré à l'Institut de cardiologie de Montréal

M. Robert

Institut de cardiologie de Montréal, Montréal, Canada

L'Institut de cardiologie de Montréal a mis sur pied, en collaboration avec la Direction de la santé publique, un programme de cessation tabagique chez les fumeurs hospitalisés. Le but était de contribuer à lutter contre le tabagisme hautement nocif pour les patients atteints de maladies cardio-vasculaires.

À ce jour, dans le cadre du programme de soutien à la cessation tabagique auprès des fumeurs hospitalisés instauré en mars 2005, près de 800 patients ont été rencontrés par l'infirmière responsable du programme. Cette présentation vise à démontrer les démarches en regard de l'implantation du programme, les facteurs facilitants ainsi que les barrières reliées aux croyances des divers intervenants. Après leur congé, ces patients sont référés

dans les centres locaux de santé communautaire (CLSC) à la clinique d'abandon du tabac qui est un service gratuit offert par la Direction de la santé publique. Une évaluation six mois après le congé des patients de l'hôpital ont démontré des résultats encourageants. 35 % sont devenus des non-fumeurs et 19 % des fumeurs occasionnels. Néanmoins, 46 % ont recommencé à fumer. Les rechutes se situent au cours des 6 premiers mois suivant le congé de l'hôpital.

Ces résultats nous incitent donc à continuer d'investir davantage dans les interventions et à étendre nos services reliés au programme.

P11-A03/923

Traitement physique et sevrage tabagique: la place de la masso-kinésithérapie

L. Jubert, kinésithérapie respiratoire kiné-souffle, Tours

À ce jour, le masseur-kinésithérapeute n'est pas positionné dans le processus d'accompagnement des patients tabagiques. Pourtant le rôle de promoteur santé et la relation privilégiée du kinésithérapeute avec son patient semblait pouvoir être mise à profit dans l'accompagnement du patient fumeur durant son histoire tabagique. Encore restait-il à le prouver.

La présentation d'une revue de la littérature qui concerne « l'exercice physique encadré » et « le massage » dans « l'accompagnement au sevrage » démontre que la relation d'aide du masseur-kinésithérapeute envers un patient fumeur peut être réellement efficace. Les objectifs de cette nouvelle prise en charge complémentaire peuvent être aussi bien l'accompagnement vers le sevrage que son maintien.

La présentation de la position thérapeutique particulière de la profession de masseur-kinésithérapeute et de ses spécificités pratiques permet de penser qu'elles correspondent à celles requises en tabacologie.

L'état des lieux des moyens masso-kinésithérapiques spécifiques au sevrage donne une vision réaliste de la faisabilité et de l'efficacité de cette nouvelle prise en charge.

La présentation du travail à accomplir pour l'organisation de la formation des masseurs-kinésithérapeutes et de l'information des médecins ainsi que de la population générale, ouvre les perspectives de débat.

P14-A04/930

Assouplissement d'une croyance concernant le tabac

P. Guichenez, Centre de tabacologie, Espace Perreal, Béziers

Les méthodes cognitives sont orientées vers la modification des pensées automatiques, des processus et des croyances de base, qui participent au maintien de l'addiction. Il faut mettre en évidence les pensées automatiques (cercle vicieux) puis modifier par la méthode socratique. Ensuite, il est nécessaire de modifier les processus de pensée trop « rigides », et les croyances de base quand elles accordent au tabac des qualités « indiscutables ». Nous proposons un exemple de croyance ainsi que le travail effectué pour modifier cette croyance

P15-A05/931

Contrôle du stimulus : théorie et pratique

P. Guichenez, Centre de tabacologie, Espace Perreal, Béziers

Les méthodes comportementales sont orientées vers le contrôle émotionnel, le développement de comportements alternatifs incompatibles avec la conduite tabagique.

Contrôle du stimulus

Il s'agit de stratégies visant à supprimer ou éteindre les conditionnements (1). Il faut connaître les situations déclenchantes (voir des fumeurs...). Première étape du contrôle du stimulus est de bien mettre en évidence les situations à haut risque. Deuxième étape est d'explorer les manières dont elles sont évitables. La méthode est bien codifiée : en 6 étapes. Les différentes stratégies de contrôle du stimulus sont l'évitement (éviter le contact des fumeurs et des fêtes dans un premier temps), la substitution (exemple : apéritif non alcoolisé remplace un apéritif alcoolisé) et le changement (exemple : modifier la situation déclenchante, comme prendre son café dans un autre endroit...). Le contrôle du stimulus est fréquemment associé à d'autres techniques comportementales.

P16-A06/935

Influence du sexe sur les caractéristiques individuelles et le résultat de la prise en charge des consultants d'un Centre spécialisé en tabacologie

J. Perriot¹, P. Lemaire¹, L. Doly¹, D. Laimé¹, C. Brugiere¹, P.-M. Llorca², A. Schmitt², V. Boute Makota², G. Brousse²

Cette étude compare les caractéristiques individuelles, modalités de prise en charge et résultats du sevrage tabagique de 1 201 consultants (561H, 640F) du Dispensaire Émile Roux (Clermont-Ferrand) entre le 01/01/1999 et le 31/12/2006 (exhaustivité 89 %; analyse statistique par le logiciel SAS version 8, test du Khi 2, seuil de significativité à 5 %).

Les différences significatives constatées sont :

Chez les hommes, une consommation cumulée exprimée en paquets-année supérieure (33 vs 24,5), de plus fréquentes pathologies somatiques associées au tabagisme (58,1 % vs 44 %) et coaddictions (37,8 % vs 17,8 %).

Chez les femmes, des antécédents de dépression (38,9 % vs 27,5 %) et troubles anxieux lors du début du sevrage (43,4 % vs 31,4 %) plus fréquents.

Les modalités de prise en charge sont analogues pour les patients des deux sexes ; chez les femmes abstinentes un recours aux IRS est plus fréquent (50 % vs 36 %).

Le taux de réussite est supérieur à 6 et 12 mois chez les femmes (respectivement 53,9 % vs 49,9 % et 35,3 % vs 34,8 %) mais la différence n'est pas significative.

¹Dispensaire Émile Roux, Clermont-Ferrand, ²CMP B, CHU, Clermont-Ferrand. Contact : jean.perriot@cq63.fr

P17-A07/937

Mise en place de procédures de prise en charge du tabagisme périopératoire au Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière

T. Iatchev¹, B. Dautzenberg², A. Diakhaté³, V. Trosini-Désert³, T. Similowski⁴

La conférence d'experts CETPO de 2005 avait énoncé le bénéfice d'un arrêt du tabac 6-8 semaines avant une intervention chirurgicale. La prise en charge du tabagisme des opérés n'est toujours pas systématique. Une mise en place de procédures dans les 10 services à activité chirurgicale du Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière (APHP) est progressivement mise en place par l'Unité Tabac(UTaPS).

Méthodes : Tous les services sont approchés via les chefs de services, les cadres infirmiers et les personnes connues

pour être intéressées à la prise en charge du tabagisme périopératoire.

L'audit initial des services :

- identifie le type de malades opérés et le délai entre la connaissance de la date de chirurgie et l'acte opératoire ;
- propose une enquête sur les connaissances, les pratiques et les opinions des personnels ;
- propose une enquête un jour donné chez les patients ;
- propose une réponse sur place ou en tabacologie avec numéro de téléphone unique pour prise en compte immédiate de la demande de sevrage (ou à défaut de réduction) tabagique ;
- donne consigne au chirurgien de ne pas réprimander les futurs opérés fumeurs, mais de leur présenter la consultation de tabacologie comme une consultation de bilan, au même titre qu'une consultation de cardiologie ou d'anesthésie ;
- propose une formation brève des personnels dans les services ;
- propose brochures et affichages sur tabagisme et chirurgie ;
- propose une procédure pour la prise en compte précoce en cas de chirurgie programmée ;
- propose une procédure pour les fumeurs hospitalisés et l'organisation du suivi tabac à la sortie.

Les difficultés et l'efficacité de cette prise en charge systématique seront présentées.

¹UTaPS-pneumologie Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière (APHP), Paris, ²UTaPS-pneumologie Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière (APHP) et OFT, Paris, ³UTaPS Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière (APHP), Paris, ⁴Pneumologie Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière (APHP), Paris

Divers

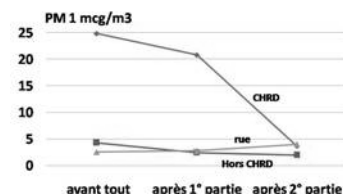
P02-D08/950

La fumée du tabac est responsable de la pollution intérieure par les particules les plus fines (PM1)

M.-H. Becquemin¹, J.-F. Bertholon², B. Dautzenberg³

Les particules de la fumée de tabac sont très fines et mesurées avec les PM1, la part des PM1 dans la pollution intérieure est mal connue.

Méthodes : Un relevé avec un Aerocet 591 des PM1, 2,5, 5 et 10 a été effectué mensuellement dans 300 lieux répartis dans 5 villes avant et après chacune des 2 phases de l'interdiction.



Résultats : Les particules PM1 qui représentaient 13,1 % des particules inhalables (PM10) avant la deuxième phase de l'interdiction de fumer ne représentent plus que 4,8 % de la masse des particules PM10 après l'interdiction dans le secteur CHRD. Dans les entreprises et lieux publics, le rapport en masse PM1/PM10 qui était de 8,7 % est tombé à 5,8 % après l'interdiction en février 2007. Il est à noter que dans la rue ce pourcentage est de 6,8 %. Ce rapport est aussi lié à l'impression subjective. Quand le local apparaît non fumeur, le rapport PM1/PM10 est de 5,5 % ; quand on a l'impression que le local est fumeur, le rapport PM1/PM10 est de 12,7 % ; quand on a l'impression que le local est très fumeur, le rapport PM1/PM10 est de 13,1 %.

Conclusions : La fumée du tabac était responsable de plus de 80 % de la pollution par les particules les plus fines (PM1).

¹EFR Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, UPRES2397; Uni D.Diderot, Paris, ²EFT Hôpital Saint Antoine; UPMC et UPRES 2397, Paris, ³Service pneumologie Pitié-Salpêtrière (APHP) Université Paris 6, Paris

P04-D09/948

La nicotine dans la fumée et l'eau de chicha

N. Jacob¹, L. Dutertre², L. Traore³, B. Dautzenberg⁴

La chicha (narghilé) devient de plus en plus populaire en Europe. Il existe des données divergentes sur les concentrations de nicotine produites par le chicha et le rôle du bullage dans l'eau pour son épuration. C'est pourquoi nous avons mesuré la nicotine dans la fumée et l'eau de chicha.

Méthodes : La nicotine dans la fumée de chicha a été mesurée au Laboratoire national d'essais (LNE) avec une machine à fumer équipée pour accueillir la fumée de chicha sur 10 ou 20 canaux de cigarettes avec du charbon auto allumant et 15 g de tabac pour chicha (28 % de tabac) avec une même chicha avec et sans eau. Les mesures sur 15 bouffées sont rapportées à 70 litres de fumée de chicha. La nicotine a été dosée dans l'eau de la même chicha lors d'expériences équivalentes de fumage.

Résultats : Le LNE a mesuré sur 3 expériences une moyenne de 960 mcg de nicotine dans la fumée avant bullage et 840 mcg dans la fumée recueillie après bullage. La mesure de la nicotine reproduite à 4 reprises dans l'eau de la chicha montre 292+/-48 mcg/l soit 102 mcg pour 350 ml d'eau d'une chicha. L'eau de la chicha ne retient qu'une faible partie de la nicotine (11 %).

Conclusion : La quantité de nicotine présente dans la fumée d'une chicha entière reste en dessous de 1 mg/unité fumée, limite maximum autorisée par les cigarettes par l'Union européenne. De plus, l'apport de nicotine est beaucoup plus progressif qu'avec la cigarette (45 minutes en moyenne pour fumer une chicha). Le risque d'induction d'une dépendance à la nicotine pourrait donc être plus faible avec la chicha qu'avec la cigarette.

Mais rappelons que la toxicité de la fumée d'une chicha en termes de particules fines produites et CO est beaucoup plus forte que celle d'une cigarette.

¹Laboratoire Biochimie Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris,

²Laboratoire national de métrologie et d'essais (LNE), Trappes, ³OFT, Paris, ⁴UTaPS Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière (APHP) et OFT, Paris

P07-D10/974

Motifs de non-réponse au courrier d'évaluation du statut tabagique adressé six mois après la première consultation de sevrage

N. Wirth, A. Spinosa, S. Chiles, S. Deltour, S. Tyrode, N. Thomas, A. Bohadana, Y. Martinet, Unité de coordination de tabacologie, CHU de Nancy, Vandœuvre-Lès-Nancy

Introduction : Il est recommandé d'évaluer le statut tabagique au décours des consultations de sevrage.

Objectif : Mieux cerner les motifs de non-réponse à une enquête systématique sur le statut tabagique six mois après une première consultation de sevrage dans un CHU.

Méthodes : Tous les nouveaux fumeurs ayant consulté de janvier à octobre 2007 ont reçu un courrier concernant leur consommation de tabac et leur appréciation sur leur prise en charge. 10 % de ceux n'ayant pas répondu ont été tirés au sort et contactés par téléphone pour mieux comprendre les motifs de non-réponse.

Résultats : 305/311 fumeurs ayant consulté ont été contactés par courrier ; 31 (environ 10 %) ont répondu : 21 arrêts complets, 5 réductions de consommation d'au moins 50 %, 5 poursuites du tabagisme habituel. Parmi les 30/274 fumeurs contactés par téléphone : un était décédé; 26/29 ont accepté de répondre ; 9 arrêts complets, 5 réductions de consommation d'au moins 50 %, 12 poursuites du tabagisme habituel. Les motifs de non-réponse au courrier sont : questionnaire non reçu, égaré, ne se souvient pas, déménagement, ... : n=11; oubli, manque de temps: n=9 ; statut vis-à-vis du tabac : n=4 ; insatisfaction : n=2. Au total, si 68 % des répondants au courrier se sont déclarés non fumeurs, ce taux est de seulement 35 % chez ceux qui ont répondu au téléphone.

Conclusion : Au total, les motifs de non-réponse avancés ont globalement peu de rapport avec le statut tabagique des sujets. En l'absence de contrôle biologique et compte tenu des taux faibles de réponses, le bien-fondé d'un suivi systématique par courrier, en dehors d'une étude prospective, n'est pas démontré.

P13-D11/929

Établir une alliance thérapeutique en tabacologie

P. Guichenez¹, G. Germain²

L'alliance thérapeutique lors d'une thérapie comportementale et cognitive est appelée rapport collaboratif (RC) avec la participation active du patient. Cette étape initiale du processus psychothérapeutique est indispensable mais non suffisante.

L'instauration d'un RC

L'attitude du thérapeute est fondamentale avec l'instauration d'un RC en utilisant les 4 R : patient et thérapeute travaillent ensemble pour la compréhension et le traitement des problèmes. La dimension affective : relation empathique, authentique et chaleureuse. Empathique : centré sur la réalité de l'autre. Authentique : se sentir à l'aise avec le patient et être à l'aise avec ses propres émotions. Chaleureuse : développer sa capacité à trouver le patient sympathique. Dimension professionnelle : avoir un statut et des compétences, permet d'être proche du patient et de mieux collaborer.

Réactances et résistances

Réactance : opposition au processus thérapeutique; refuse les propositions qui sont faites. Résistance : facteurs psychologiques et comportementaux qui ralentissent le processus thérapeutique ; du fait du patient, du thérapeute ou des deux.

Méthode des 4 R

- Recontextualiser : remettre dans un contexte précis l'événement. Facilite l'analyse fonctionnelle en partant d'une situation précise.
- Renforcer : valoriser les ressources de la personne ; renforcements sur les faits ou la personne.
- Reformuler : répéter ce que le patient a dit.
- Résumé : un résumé en début et fin de séance.

Pièges relationnels dans la thérapie : convaincre, débattre, effectuer un questionnement administratif, faire dire au patient ce que le thérapeute attend qu'il dise, minimiser un problème réaliste, travailler à la place du patient, aller trop vite ou trop lentement.

¹Centre de tabacologie, Espace Perreal, Béziers, ²Centre Soleil Cerdan, Osseja

P08-E12/919

Le tabagisme à l'hôpital gériatrique X : comparaison enquête baromètre tabac personnel 2004-2006

C. Vannimetus, UCT, Hôpital Calmette-CHRU, Lille

L'hôpital X a entamé une démarche active sous l'impulsion conjointe de l'équipe soignante (cadres et coordonnateur de pôle) et de l'Unité de tabacologie pour devenir un hôpital sans tabac le 31 mai 2005.

Une enquête Baromètre tabac personnel hospitalier selon un questionnaire préalablement décliné et validé a été menée en 2004 et en 2006 à type de comparaison, auprès du personnel de cet établissement de santé avant l'entrée en vigueur de la législation concernant l'interdiction du tabagisme dans les établissements publics le 1^{er} février 2007. La composition du personnel était sensiblement la même. Le taux de participation était de 57,34 % en 2006 et de 60,90 % en 2004 sur un échantillon de 510 personnes. Les résultats obtenus sont contrastés avec une prévalence du tabagisme un peu moindre en 2006 (31,7 %) qu'en 2004 (34,52 %), une baisse significative du pourcentage de fumeurs réguliers sur les lieux du travail et une modification nette du regard du personnel sur le tabagisme. Notre étude a permis la comparaison du statut tabagique des personnels en fonction de leur profession, le travail de nuit, leur âge et leur sexe entre 2004 et 2006. Des journées d'information et de sensibilisation sur le tabagisme à l'hôpital ont été organisées à l'hôpital gériatrique pour le personnel soignant entre les deux enquêtes avec la collaboration de la médecine du personnel du CHRU.

En conclusion, ces enquêtes montrent une modification du regard du personnel sur le tabagisme à l'hôpital et une diminution du tabagisme actif à l'hôpital.

P12-E13/926

Clinique et neurobiologie des addictions : implication des systèmes dopaminergiques sous-corticaux

I. De Chazeron¹, P.-M. Llorca¹, F. Durif², J. Perriot¹

La définition du concept d'addiction est large et induit la nécessité d'une distinction des concepts comme l'usage, l'abus, la dépendance, le « craving ». Par ailleurs, il est également nécessaire de mesurer l'anxiété et la dépression car ils constituent l'envers de l'addiction parce qu'elles soulignent ce qui, dans la souffrance psychique, relève de l'impuissance à agir.

Les mécanismes moléculaires fondamentaux de la dépendance et de la tolérance ne restent que partiellement connus. Ainsi si l'évolution des connaissances a permis ces dernières années de démontrer l'implication de la dopamine dans ces processus addictifs et plus particulièrement dans la médiation de la récompense ; son rôle précis et son circuit d'action dans les addictions restent à découvrir. Parallèlement, ce neurotransmetteur possède un rôle majeur dans la maladie de Parkinson (MPI).

Il apparaît donc intéressant d'étudier les comorbidités addictives dans l'ensemble de leur dimension chez les sujets atteints de MPI comparé à leur fréquence dans une population générale appariée sur le genre et l'âge.

Cette étude quantitative et qualitative dans le domaine des addictions avec substance (alcool, tabac...) ou sans (jeu, sexe) impliquera l'utilisation d'auto-questionnaires (Fagerström, QSU, AUDIT, ECCA, TDAS, SOGS, questionnaire sur la toxicomanie médicamenteuse, HAD) et l'évaluation des critères de la DSM IV. Elle a débuté en avril 2007 et s'est déroulé sur un an. Elle permettra de mieux préciser les mécanismes addictifs et corrélativement ceux

de le MPI dans l'objectif ultime d'établir une meilleure prise en charge.

¹CHU Clermont-Ferrand, Psychiatrie B, ²CHU Clermont-Ferrand, Neurologie A

P18-E14/939

La pollution des locaux en France par les PM2.5 divisée par cinq avec l'interdiction de fumer dans les lieux clos et couverts

L. Traore¹, M. Derbez², F. Panet³, J. Osman¹, A. Dazy⁴, B. Dautzenberg⁵

Le décret Bertrand du 15/11/06 visait à protéger du tabagisme passif. Parmi les outils, une surveillance de la pollution par les particules fines de moins de 2,5 microns (PM2,5) a été mise en place. Ces particules ont un retentissement sur la santé respiratoire et les maladies cardio-vasculaires.

Méthodes : Mensuellement, 300 lieux répartis dans 5 villes (dont 100 dans le secteur CHRD) faisaient l'objet d'un relevé ponctuel des PM2.5 avec un Aerocet 531 dans le cadre du suivi du décret Bertrand. Les résultats de janvier 2007 (avant la première interdiction) ont été comparés à ceux de janvier 2008 (après l'interdiction, pour éviter l'effet saison mis en évidence par la surveillance mensuelle – moins de pollution intérieure l'été). Les résultats ont été exprimés en dépassement de 25µg/m³, limite proposée en Europe pour un air de qualité (alors que les associations demandaient 15µg/m³).

Résultats : Dans les entreprises et les lieux publics, le taux de dépassement est passé de janvier 2007 à janvier 2008 de 13,5 % à 2,8 % (-79,3 %) et dans le secteur CHRD de 61,8 % à 13,4 % (-78,7 %).

Pour le premier secteur, l'essentiel de la baisse s'est faite en février et mars 2007 alors que pour le secteur CHRD toute la baisse s'est faite en janvier 2008.

Conclusions : La fumée de tabac est clairement la cause majeure de pollution des locaux par les PM2,5 en France comme le démontre une fois de plus les mesures de pollution intérieure des locaux mises en place dans le cadre du suivi de l'application du décret Bertrand par l'OFT à la demande de la DGS.

Étude financée par la DGS

¹OFT, Paris, ²CSTB Paris, ³Avenir santé, Lyon, ⁴Hôpital Lyautey, Strasbourg, ⁵Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière et Université PMC Paris 6

Prévention

P01-P15/1017

Prise en charge des patients fumeurs hospitalisés: évaluation d'une formation des soignants

P. Borrero¹, S. Kupferschmid¹, V. Bernard², J.-P. Humair³

Depuis le 1^{er} janvier 2006, il est interdit de fumer à l'intérieur des locaux d'un hôpital universitaire suisse. Près de 1 000 collaborateurs (15 % des médecins et 15 % des infirmières ou aides-soignants) ont été formés pour prendre en charge le patient fumeur hospitalisé.

Les objectifs de formation sont: expliquer l'interdiction de fumer, offrir le conseil minimal au patient fumeur hospitalisé, évaluer sa dépendance tabagique, initier une substitution en nicotine pour l'arrêt, l'abstinence temporaire ou la réduction de la consommation et l'orienter vers une aide. 142 questionnaires pré-formation et 112 post-formation ont permis d'évaluer les acquis: avant la formation, 93 % des apprenants savaient déjà qu'on ne pouvait pas fumer à

l'intérieur des locaux. L'interdiction de fumer est justifiée par le désir de promouvoir la santé des patients et du personnel (83 % vs 91 % après). 81 % abordent le sujet avec le patient avant la formation: l'impact est très positif en ce qui concerne le conseil minimal et l'offre d'un dépliant (51 % vs 68 % après), principalement par les infirmières (60 % vs 73 %), et en ce qui concerne l'abord du tabagisme indépendamment de la présence d'une maladie liée au tabac (85 % vs 97 %). La plupart sait évaluer une dépendance forte (71 %) et très forte (90 %) au tabac même avant la formation. Après le cours, beaucoup plus de personnes offrent des substituts nicotiques aux patients soit pour un sevrage (30 % vs 66 % après) soit pour une abstinence ou réduction temporaire (36 % vs 67 %) principalement sous forme de patch (28 % vs 59 % après).

Les soignants ont déjà de bonnes bases théoriques avant la formation et ont appris à offrir le conseil minimal et des substituts nicotiques.

¹Direction des soins, Hôpitaux universitaires, Genève, Suisse, ²Centre de formation, Hôpitaux universitaires, Genève, Suisse, ³Médecine communautaire, Hôpitaux universitaires, Genève, Suisse

P05-P16/916

Les nouveaux produits d'initiation du tabac des adolescents : cigarettes parfumées et chicha

B. Dautzenberg¹, M.-D. Dautzenberg², C. Penfornis³, M. Noël⁴, P. Birku⁵

¹Pneumologie Groupe hospitalier Pitié Salpêtrière, Paris

²Tabacologie Hôpital des Enfants Malades, Paris ³Alliance contre le tabac en Ile de France, Paris ⁴Académie de Paris, Paris ⁵Paris sans tabac, Paris

Après la baisse massive de la consommation de tabac liée au plan cancer de 2003-2004 chez les jeunes collégiens qui considèrent maintenant que la cigarette est polluante, l'industrie du tabac a réagi en lançant des cigarettes parfumées (roses pour les filles, noires pour les garçons) et la chicha.

Méthodes : une enquête transversale par autoquestionnaire a été conduite à Paris auprès d'un millier de collégiens de 12-15 ans.

Résultats : 1 045 questionnaires ont été collectés.

Les produits qui ont été les plus fréquemment expérimentés sont la chicha (18 %), les cigarettes parfumées (14 %), les cigarettes blondes (13 %), les brunes (9 %), les cigares (9 %), les cigarillos (5 %), la pipe (4 %).

La chicha a été plus expérimentée par les garçons (31 %) que par les filles (20 %). Il en est de même à un moindre degré pour les cigarettes parfumées (19 % pour les garçons, 17 % pour les filles). Il s'agit principalement de produits d'expérimentation et d'initiation car ils ne sont que 3 % à avoir fumé des cigarettes parfumées le mois dernier et 6 % la chicha.

Parmi ceux qui émettent un avis, ils sont 73 % à dire que les cigarettes parfumées sont faites pour les adolescents, 70 % à dire qu'elles sont plus douces que les autres, 76 % à dire qu'elles sont moins dangereuses que les autres.

Conclusion: Les produits sucrés du tabac les plus souvent expérimentés chez les 12-15 ans à Paris sont deux produits parfumés sucrés. Avec le rejet de la cigarette standard par de nombreux jeunes, l'industrie impose, comme il a tenté de la faire pour les prémix d'alcool, des produits à la toxicité cachée pour attirer les jeunes. Des mesures spécifiques doivent être prises contre ces nouveaux produits.

Remerciements: DGS, DGSANCO

P06-P17/936

Baisse du tabagisme au domicile avec l'interdiction de fumer en France

B. Dautzenberg¹, C. Penfornis², J. Osman³, M.-D. Dautzenberg⁴

¹GH Pitié-Salpêtrière (APHP) et Université Paris 6,

²ACTIF, Paris, ³OFT, Paris, ⁴Hôpital Necker Enfants malades et Université Paris

Il existait une crainte véhiculée dans de nombreux pays par l'industrie du tabac que l'interdiction de fumer en France dans les lieux publics en février 2007 et janvier 2008 pour le secteur CHRD ne s'accompagne d'une augmentation du tabagisme au domicile.

Méthodes : Une enquête (Domitabac) a été conduite à 3 reprises sur environ 200 domiciles où vivait au moins un fumeur en janvier 2007 (avant l'interdiction), en mai 2007 (entre les deux phases de l'interdiction) et en mai 2008 (après la deuxième phase). Par ailleurs, une question sur le statut tabagique du domicile a été introduite dans une autre enquête étudiante sur le tabac (Domitudiant).

Résultats: Un total de 645 réponses a été collecté en 3 vagues. Le taux de domicile avec règles concernant le tabac est passé de 66 % en 01/2007 à 71 % en 05/2007 et 75 % en 05/2008. Les domiciles totalement non fumeurs sont passés de 44 % avant l'interdiction à 53 % après l'interdiction totale. Les espaces non fumeurs gagnent toutes les pièces ; séjour et cuisine sont les deux principales pièces où l'on fume encore.

L'enquête Domitudiant retrouve 54 % de domiciles totalement non fumeurs et 78 % de domiciles avec règles, des chiffres légèrement plus élevés que dans Domitabac, mais qui concernait aussi des domiciles sans résident fumeur. Le pourcentage de domiciles avec règles tombe à 66 % si on exclut les domiciles des étudiants non fumeurs de l'enquête.

Conclusions : Le domicile non fumeur est devenu la norme sociale majoritaire après l'interdiction totale de fumer dans les lieux publics clos et couverts. Avec l'interdiction de fumer le pourcentage domicile fumeur augmente, les Français appliquant volontairement à leur domicile cette norme sociale qui fait maintenant consensus.

P10-P18/922

Impact du rôle modèle des enseignants fumeurs sur l'usage du tabac chez leurs élèves

M. Robert, Institut de cardiologie de Montréal, Montréal, Canada

Les années qu'un enfant passe à l'école secondaire représentent une période de risques cruciale dans l'incidence du tabagisme.

En effet, l'enquête québécoise sur le tabagisme chez les jeunes du secondaire montre que le tabagisme s'accroît progressivement de la première à la dernière année du secondaire. Ainsi, en 2002, les résultats de cette enquête ont montré que la proportion des fumeurs actuels était de 5,7 % en 1^{ère} année du secondaire et de 23,6 % en 5^e année. Si on ajoute les fumeurs débutants aux fumeurs actuels, la proportion est 13,9 % en secondaire 1 et de 31,5 % en secondaire 5.

Toutes les figures adultes, incluant les enseignants, servent de modèle aux adolescents dans leur développement social. Dans leur capacité d'être des agents importants de première socialisation, les enseignants sont regardés comme des rôles modèles significatifs. Donc les enseignants qui fument peuvent influencer les adolescents à adopter le tabagisme de ce modèle direct.

Une politique complète assure, par ailleurs, que les adolescents ne puissent observer d'enseignants ou d'autres

élèves fumant sur les terrains ou près de l'école, ce qui, dans les deux cas, favorise le tabagisme chez les jeunes. Au cours des dernières années, les lois interdisant le tabagisme à l'intérieur des écoles ont accentué le phénomène des attroupements de fumeurs à l'extérieur des écoles augmentant ainsi la visibilité de l'usage du tabac.

Nous avons mené une enquête en 2005 pour identifier qui sont les fumeurs auxquels les jeunes sont le plus exposés dans leur environnement scolaire au Québec, les conséquences de cette exposition ainsi que des pistes de solutions.

P19-P19/940

Projet Formation Avenir Sans Tabac en Rhône-Alpes (FAST RA) : bilan après 1 an

R. Harf, M.-C. Laurent, Comité départemental des maladies respiratoires, Pierre Bénite

Objectif : accompagner les établissements d'enseignement professionnel agricole de la région Rhône-Alpes dans l'application du décret de novembre 2006, entré en vigueur au 1^{er} février 2007.

Mise en place et principaux résultats

- Printemps-été 2007 : accord de partenariat avec les responsables régionaux des différentes structures concernées (lycées publics, lycées privés, maisons familiales) sur le projet proposé.
- Automne 2007 : organisation de 6 journées de formation et d'échange avec des adultes volontaires (directeurs, infirmières, enseignants, personnel « vie scolaire »). Participation de 85 personnes de 46 établissements (sur un total de 90). 1/3 des établissements applique totalement la loi, le facteur déterminant étant la cohésion de l'équipe pédagogique.
- Hiver 2007-2008, printemps 2008 : mise place de procédures d'aide au sevrage pour les élèves fumeurs avec l'aide matérielle (mise à disposition de timbres nicotiques) et méthodologique du CDMR. 19 établissements ont effectivement entamé la procédure :
- Au 31 mai, dans les 15 établissements ayant fourni des renseignements, 80 élèves avaient entrepris un traitement, on enregistrait 15 sevrages, 3 réductions, 17 échecs (arrêt du traitement), 13 rechutes et 32 étaient encore en cours.

Commentaire et perspectives

Points forts : investissement très marqué des adultes très sensibilisés au problème du tabac. Dynamique créée par la confrontation des expériences entre établissements.

Difficultés rencontrées : absurdité de certaines réglementations (utilisation de la nicotine, principe de l'accord parental), réticence vis-à-vis de l'aspect répressif lié à l'application de la loi.

Le projet continuera en 2008-2009.

V G V E N D R E D I 1 0 h 3 0 / 1 1 h 3 0

Arrêt du tabac

P22 - A50 / 944

Mise en évidence et modifications des erreurs logiques concernant le tabagisme : théorie et pratique

P. Guichenez, Centre de tabacologie, Centre hospitalier, Béziers

Les méthodes de restructuration cognitive permettent de prendre conscience des cognitions et émotions avant, pendant et après le comportement.

Ces cognitions proviennent de notre inconscient et reflètent nos schémas de base. Les techniques utilisées sur cet axe

sont la mise en « lumière » des pensées automatiques liées au tabagisme et leur modification en pensées plus réalistes. Puis, mise en évidence et modification des erreurs logiques concernant le comportement tabagique.

9 erreurs logiques entretiennent les difficultés émotionnelles : inférence arbitraire, surgénéralisation, abstraction sélective, personnalisation, la tyrannie des « je dois », il faut, la loi du tout ou rien, le raisonnement émotionnel, le double standard, la minimalisation et la maximalisation. La dernière étape est la mise en évidence et la modification des postulats de base ou croyances de base concernant le tabac

Mise en évidence et modifications d'une erreur de logique (maximalisation)

Maximalisation : « Ça y ait, j'ai repiqué, je suis nul. »

Questions : « Comment faire pour qu'une seule chute ne soit pas une rechute ? On est dans un processus long. Il m'a manqué des outils à ce moment-là. Préparer la prochaine situation à risque pour que ça ne soit pas une chute. Être vigilant. Le secret est la vigilance. »

« Penserai-je de même pour une personne dans la même situation ? Non, je proposerais immédiatement d'utiliser les outils à cette personne et je voudrais l'aider et lui donner des conseils ; rechercher des solutions alternatives, distanciation : ne pas faire la démarche seul ; je me regarde avec le regard bienveillant du thérapeute. »

Cungi C., Faire face aux dépendances, Éditions Retz 2005 : pp 248

P24-A51/957

Caractéristiques individuelles des consultants d'un Centre expert en tabacologie et résultats du sevrage en fonction du FTND. Attitude induite

J. Perriot¹, P. Lemaire¹, L. Doly¹, D. Laime¹, C. Brugiere¹, P.-M. Llorca², A. Schmitt², V. Boute Makota², G. Brousse²

Une forte dépendance tabagique dont le FTND est un test validé d'évaluation désigne les fumeurs dont le sevrage sera difficile, les troubles anxiodépressifs et coaddictions fréquents, le tabagisme important associé à des pathologies somatiques induites. L'étude présentée, menée au Dispensaire Émile Roux, Centre expert en tabacologie, sur 1 201 consultants entre le 01/01/99 et le 31/12/06 (exhaustivité du recensement 89 %) a eu pour objectif de vérifier ces assertions issues de la littérature. Les patients sont classés en 3 groupes : FTND <7(366), FTND 7-8 (447), FTND >8(388). Analyse statistique par logiciel SAS version 8, Khi2, significativité 5 %, test de Fisher.

Principales constatations

Plus le FTND augmente plus les fumeurs sont des hommes, plus sont importantes les consommations et fréquents les troubles anxiodépressifs, les pathologies somatiques associées et codépendances, le recours au IRS et leur durée ; plus la motivation diminue (Richmond). Les patients sont substitués dans les mêmes proportions mais la posologie initiale et la durée de substitution s'accroissent. Chez eux les antécédents d'arrêt sont fréquents (>74 %) mais brefs. Les patients abstinents ont l'impression d'avoir été fortement aidés (FTND7:82 %, 7-8:90 %, >8:94 %). Plus le FTND s'élève plus l'abstinence à 6 et 12 mois chute : <7:63,9 %-40,9 %, 7/8:51,9 %-36,5 %, > 8:41 %-28,6 %).

La prise de poids moyenne chez les abstinents est égale, quelle que soit la valeur du score de FTND.

Cette étude vérifie les données issues de la littérature et souligne l'intérêt du FTND dans l'évaluation de la dépendance nicotinique. L'algorithme présenté prend en compte ces résultats.

¹Dispensaire Émile Roux, Clermont-Ferrand, ²CMPB, CHU, Clermont-Ferrand. Contact : jean.perriot@cg63.fr

P25-A52/963

La rechute tabagique : comment la modéliser ?

P. Guichenez, Centre de tabacologie, Centre hospitaliers, Béziers

La pratique tabacologique nous confronte quotidiennement à des rechutes puisque elle est la règle et non l'exception. Il y a en moyenne 4 rechutes avant un arrêt définitif. La prévention de la rechute s'appuie sur le modèle de Marlatt et Gordon axé sur le lien entre les réponses que le patient apporte à une situation à risque et la perception de son efficacité personnelle.

Comment cette première reprise aboutit-elle au comportement tabagique complet ?

Quand ? (à 20 heures) ; où ? (dans le salon) ; avec qui ? (seule). Enchaînement de pensées aboutissant à une chute : pensées immédiatement permissives (« tiens, pourquoi ne pas en reprendre une ») puis pensée très positive (« je vais me régaler »), pensée maximalisante (« 3 semaines d'arrêt pour rien, tu n'y arriveras jamais ») et pensées minimisantes (« une ce n'est pas grave »). Après cette « chute », reprise de 1 à 2 cigarettes après les repas puis retour au tabagisme antérieur en 7 jours.

Que faire devant une rechute ?

La violation de l'abstinence s'accompagne de pensées minimisantes et maximalisantes. On repère les pensées automatiques qui peuvent être facilitantes (« le tabac me permet d'être calme »), pensées immédiatement permissives (« une petite cigarette ce soir pour me détresser »), pensée centrée sur le comportement addictif (« une petite cigarette, ça fait vraiment du bien »), pensées après le comportement addictif (« je n'ai aucune volonté, je n'y arriverai jamais »).

Une restructuration cognitive à partir des motifs apparents de rechute sera entreprise. La prévention des reprises de consommation de tabac doit axer le travail sur les violations d'abstinence qui peuvent paraître sans gravité tant pour le médecin que pour le patient.

P26-A53/966

Une action d'aide au sevrage tabagique à l'UCSA de Metz (quartier mineurs)

J. Oualid, G. Peiffer, P. Zuck, I. Stengel, R. Mathis, Service de Pneumologie, Hôpital Bon Secours, Metz

- Une rencontre préparatoire avec les IDE de l'UCSA pour choisir les documents à remettre aux jeunes détenus.
- Le fagerström a été retenu.
- 2 groupes ont été constitués de 7 adolescents chacun (1 seul non-fumeur).
- Chaque groupe a été vu sur un temps de ¾ d'heure.
- L'âge moyen était de 16-17 ans.
- Le travail de groupe a porté sur les causes pour chacun de la consommation de tabac à l'extérieur et en détention.
- La présentation des thérapeutiques possibles (substituts nicotiques).
- Une information sur les méfaits du tabac a été faite.
- 3 personnes ont accepté de venir en entretien individuel (suivi 2 fois). Ces jeunes sortaient ou étaient transférés par la suite.
 - ▶ 1 sous Nicopatch (21 mg/24 h)
 - ▶ 2 sous Nicopatch (21 mg/24 h + Nicopass)
 - ▶ 1 a abandonné au bout de 1 mois
 - ▶ 1 a été transféré avec fiche de liaison (CO/2)
 - ▶ 1 est sorti de la maison d'arrêt (2 mois après avec une ordonnance) (CO/1)

P28-A54/980

La réduction de 50 % du tabagisme aussi importante que l'arrêt lors du sevrage en entreprise

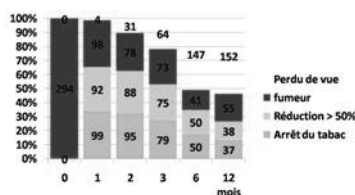
J. Visier¹, L. Traore¹, J. Osman¹, B. Dautzenberg²

L'OFT a développé l'arrêt du tabac en entreprise sur le modèle des consultations de tabacologie avec visite initiale et 4 visites de suivi par un tabacologue + rappel téléphonique à 6 et 12 mois. Ces consultations se sont déroulées le plus souvent en accompagnement du passage sans tabac de l'établissement. Les résultats en termes de sevrage et de réduction tabagique sont analysés.

Méthodes : Les tabacologues remplissent en routine pour les fumeurs vus pour un arrêt en entreprise le dossier de tabacologie qui est saisi sur le logiciel CDTnet.

Résultats : Sur 294 fumeurs, le taux d'arrêt complet à 3 mois est de 26,9 %, le taux de réduction de plus de 50 % de 25,5 %, le taux de poursuite du tabagisme de 24,8 % et le taux de perte de vue de 22,8 %. À 6 et 12 mois le taux d'arrêt est de 17 % et 12,6 % et le taux de réduction de plus de 50 % de 17 % et 12,9 %.

Conclusions : La proportion de réduction du tabagisme est beaucoup plus forte lors de consultations sur le lieu de travail qu'en consultation de tabacologie participant à CDTnet, le taux d'arrêt complet que ce soit à 3 mois, à 6 mois ou à un an est inférieur, mais voisin de ce qui est publié dans la littérature pour des arrêts en centre spécialisé.



¹OFT, Paris, ²OFT, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière (APHP), Paris

P30-A55/982

Expérience avec la cigarette électronique sur un mois

P.-N. Nguyen Phuc, gastro-entérologie, Roanne

Une expérience a été faite auprès de 8 patients suivis en tabacologie avec une proposition d'utiliser des cigarettes électroniques en complément ou non de substituts nicotiques. Les avis ont été recueillis sur 15j et 30j après début de l'essai (fin mai 2008) afin de connaître les points de vue des patients. Une feuille d'évaluation a été faite à J15 et J30. La cigarette électronique est de marque Cigartex® qui propose des recharges contenant de la nicotine ou non.

Il en ressort des avis plutôt positifs sur ce produit qui pour l'instant n'a pas d'aval de l'Afssaps pour le considérer comme un médicament.

Quoi qu'il en soit l'alternative paraît intéressante comme complément voire comme traitement initial pour un sevrage tabagique.

La forme et l'utilisation se rapprochent des « inhaleurs » proposés par Nicorette®.

Reste que la diffusion par Internet rend encore compliqué la vente de ce nouvel outil.

P31-A56/989

BDNF et nicotine : vers une nouvelle voie thérapeutique ?

P. Dupont, A. Benyamina, Certa, APHP, Hôpital Paul Brousse, Villejuif

Le Brain Derived Neurotrophic Factor (BDNF) est connu comme agissant sur la plasticité cérébrale dont la production est réduite par le stress, ce qui pourrait expliquer, chez les dépressifs des problèmes de mémoire et une inaptitude au changement^{1, 2}.

Ces problèmes étant fréquents chez les fumeurs dépendants, nous avons voulu connaître les liens qui pouvaient exister entre le BDNF et la nicotine au travers de la littérature.

Une étude exhaustive des publications trouvées sur PubMed en avril 2008, composées de 29 publications a été réalisée.

Le BDNF est un des facteurs neurotrophiques du système nerveux central et périphérique, qui aide à la survie des neurones, favorise la croissance et la différenciation des neurones et des synapses.

Dans plusieurs études réalisées chez l'animal et chez l'homme, de nombreuses relations entre BDNF et nicotine ont été mises en évidence comme le rôle de la variabilité du BDNF sur la dépendance à la nicotine^{3, 4}, le rôle de la nicotine sur les concentrations de BDNF⁵ et l'action protectrice de la nicotine contre le stress via son action sur le BDNF⁶.

De nouvelles études devraient être réalisées afin de vérifier ces données et les hypothèses qui peuvent en découler pour déboucher sur de nouvelles voies thérapeutiques⁷.

P32-A57/993

Le profil tabagique, l'autorégulation et les TCC dans le sevrage tabagique

L'accoutumance au tabac – « comportement tabagique » chez certains patients – pourrait être un symptôme qui cache des troubles plus profonds, s'exprimant à travers cette dépendance. Le « mal être » des fumeurs qui « se soulagent » en fumant, semble être assujéti aux mécanismes d'autorégulation (*self regulation*). Ces troubles, seraient directement responsables des changements du comportement, engendrés par les addictions en général et par le tabac en particulier.

Le but de ce travail, développé sous la lumière de l'autorégulation, est celui de trouver un « dénominateur commun » des causes qui feraient que les fumeurs fument en d'autres mots, d'établir le « profil tabagique » de chaque fumeur avant de passer à la thérapie proprement dite. Ceci permettrait d'aider plus efficacement, les sujets à se rendre indépendants par rapport à leurs addictions, à travers des solutions « sur mesure », passant par les TCC et autres, ajoutés aux substituts nicotiques et/ou aux médicaments.

Dans ce cadre, il est impérativement nécessaire de constituer un « profil tabagique » du fumeur basé sur des critères préétablis et de trouver la solution thérapeutique la

plus adéquate, selon les mêmes critères. Cette solution est individualisée par patient ou par type (regrouper les mêmes types est nécessaire), ainsi que par sa mise en œuvre, et ceci lors d'un suivi régulier pendant une année.

Les aspects économiques de cette démarche sont aussi intéressants, ainsi que ses applications chez les catégories particulières de fumeurs (adolescents, femmes enceintes).

Divers

P20-D58/942

Tabac et poids : faut-il abandonner l'approche calorique ?

A. Thouvenin, C. Gillet, F. Paille, Centre d'alcoologie, Hôpital Villemin, Nancy

Les études ont montré une augmentation des dépenses énergétiques par action de la nicotine. L'organisme s'adapte à cette dépense supplémentaire le plus souvent, non par une augmentation des apports alimentaires, mais par une diminution du poids de référence du sujet. L'arrêt du tabagisme provoque alors une rupture dans cette adaptation, se traduisant fréquemment par une prise de poids, frein à l'arrêt pour un certain nombre de personnes et même motif de reprise du tabagisme.

Par ailleurs, des études ont montré l'augmentation du risque de prise de poids chez les fumeurs ayant un surpoids et/ou habituellement un niveau restreint des apports caloriques. L'accompagnement est actuellement surtout orienté vers la recherche d'une adéquation des apports énergétiques et d'une augmentation des dépenses liées à l'activité physique. Or, malgré notre expérience d'accompagnement de patients après sevrage alcoolique, c'est avec les personnes en sevrage tabagique que nous sommes apparues les limites de cette approche. En parallèle, le concept de restriction cognitive et des alternatives à la prescription de régime restrictif se sont développés. Ils nous permettent de proposer un accompagnement axé sur une approche sensorielle, de favoriser la prévention de l'apparition d'une restriction cognitive et la prise en compte de celle-ci.

Se pose ainsi la question de la validation de l'intérêt du dépistage d'une restriction cognitive et des approches bio-psycho-sensorielles chez les fumeurs candidats à l'arrêt.

P21-D59/943

Les conditions de consommation de tabac en oncologie médicale. Le point de vue du psycho-oncologue

D. Marie¹, C. Cuvello², P. Cannone¹, E. Dudoit¹

La prise en charge en oncologie médicale entraîne des répercussions sur le quotidien et les comportements qui lui sont liés. Bien que les addictions, les médications anticancéreuses et les atteintes tumorales ne recouvrent pas les mêmes champs, ils engendrent des moments particuliers. Lors de ceux-ci, c'est l'incompréhension qui domine au sein des équipes de soin au regard du paradoxe que les patients mettent en exergue. Il est évident que l'opprobre peut s'abattre sur ces « étranges » personnes qui continuent à fumer malgré leur acceptation quant à une prise en charge devant leur permettre une survie au mieux.

Mais les patients « tabagiques » sont à la recherche d'une vie « normale » et pas au-dessus de leurs moyens. C'est pourquoi nombre d'entre eux agitent la bannière d'un « à quoi ça sert, puisque je sais bien que je vais mourir ? ».

Le psycho-oncologue peut interpeller le sujet dans ses motivations, volontés et désirs à propos de la cigarette afin de saisir, les dispositions psychiques qui conduisent le sujet à inscrire le « symptôme addictif » au cœur de l'institution soignante. En effet, il s'agit de questionner le rapport au tabac à l'écart des normes sociales et morales mais de l'interroger dans son enjeu psychique.

¹ Kozisek ME et al. Pharmacol Ther. 2008;117(1):30-51

² Grassi-Oliveira R et al. Biol Psychiatry, 2008;10, [Epub ahead of print]

³ Beuten J et al. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet. 2005;139(1):73-80

⁴ Lang UE et al. Psychopharmacology. 2007;190:433-439

⁵ Le Foll B. et al. NeuroPharm & NeuroTox. 2005;16(2):175-178

⁶ Aleisa AM. Neurobiol Dis. 2006;22(3):453-62

⁷ Yeom M. Biochem Biophys Res Commun. 2005;326(2):321-8

Il est bien connu que l'addiction tabacologique implique des gestuelles et des zones corporelles dites érogènes. Il s'agit de nous intéresser aux actes des malades en tant que parole qui ne s'énonce pas afin de leur permettre d'exprimer la dialectique entre eux et cet objet « tabac ». Nous postulons que les malades n'entretiennent pas de relation particulière au tabac mais qu'ils se trouvent dans un rapport singulier qui conduit au silence...

¹Service oncologie médicale AP-HM, Marseille, ²Hôpital d'adolescents, AP-HM, Marseille

P29-D60/981

Sevrage tabagique et obstruction bronchique : intérêt de la spirométrie

A. Bohadana, N. Wirth, Y. Martinet, Unité de coordination de tabacologie, CHU de Nancy, Vandœuvre-Lès-Nancy

L'examen spirométrique (ES) n'est pas réalisé en pratique courante du sevrage tabagique. Les fumeurs (F) qui présentent une obstruction bronchique (OB) non diagnostiquée encourent le risque d'un déclin accéléré de leur volume expiratoire maximal par seconde (VEMS).

Nous avons évalué, parmi des F participant à 2 essais sur l'arrêt du tabac, la prévalence des OB et la proportion de sujets obstrués non suivis médicalement. Un ES a été pratiqué chez 598 F, à l'inclusion et à un an. En fin d'étude, ils ont été classés en 3 groupes selon qu'ils aient arrêté, réduit ou poursuivi leur tabagisme. L'ES effectué à l'entrée était normal chez 493 sujets (82,4%). Une OB a été retrouvée chez 105 sujets (17,6%) [faible pour 75 (VEMS inférieur à 80 %th); moyenne chez 22 (VEMS compris entre 50 et 69 %th); forte chez 8 (VEMS inférieur à 50 %th)]. Sans ES, la présence d'OB n'aurait pas été décelée chez 75 des 427 sujets non suivis [faible pour 52 (69,3 %); moyenne pour 17 (22,7 %); forte pour 6 (8 %)]. Parmi les 141 sujets dont l'ES était normal et ayant terminé l'étude, 64,5 % ont arrêté, 11,3 % réduit et 24,1 % poursuivi leur tabagisme. Parmi les 30 sujets présentant une OB et qui ont terminé l'essai, la répartition était respectivement de 66,6 %, 10 % et 23,3 %. Le VEMS a augmenté (50mL;1.1 %) chez les F ayant arrêté de fumer et a chuté chez ceux ayant réduit ou poursuivi leur tabagisme (110mL;3.2 % et 60 mL;1.8 % respectivement). L'ES a révélé à un taux élevé d'OB parmi les participants de 2 essais cliniques sur le sevrage tabagique. La plupart n'étaient pas suivis ; ils n'auraient pas eu connaissance de leur état respiratoire sans cet examen.

Les F qui présentent une OB devraient être identifiés et orientés pour des soins adaptés.

Epidémiologie

P23-E61/955

Comparaison de deux modes d'estimation du pourcentage de lieux enfumés utilisés pour le suivi du décret Bertrand d'interdiction de fumer en France

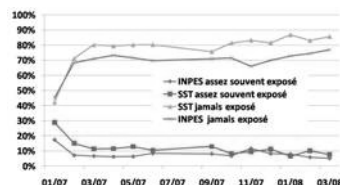
J.-L. Wilquin¹, B. Dautzenberg², M. Delchanidis³, J. Osman³

En France, un indice mensuel du tabagisme passif a été mis en place pour suivre l'interdiction de fumer en deux temps. Parmi les indicateurs étudiés, deux concernaient le lieu de travail. Les résultats ont été comparés.

Méthodes : Deux questionnements indépendants ont porté mensuellement de janvier 2007 à mars 2008 sur l'existence d'une gêne au travail due à la fumée de tabac, avec des réponses en 4 classes : 1-sondage conduit par téléphone à la demande de l'INPES sur un échantillon représentatif de la population française adulte par la méthode des quotas ; 2-enquête conduite par l'OFT via un échantillon de médecins

du travail interrogeant les 20 premiers salariés du mois venant en visite systématique (échantillons de médecins volontaires).

Résultats : Pour les deux classes avec le plus d'effectifs : « jamais exposé » et « assez souvent exposé », l'évolution des deux enquêtes est très parallèle, témoignant dans les deux cas d'un doublement des lieux de travail non fumeurs en mars 2007.



Conclusion : Il existe une grande cohérence entre les deux sources de données, lesquelles sont totalement indépendantes.

Financement : DGS-INPES

¹Inpes, Paris, ²OFT, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière (APHP), Université PMC, Paris, ³OFT, Paris

P27-E62/968

La participation au concours Classe non fumeurs est associée à un retard de l'initiation du tabagisme selon les enquêtes de PST

P. Birkui¹, S. Touraine², D. Appelfield², K. Abdennbi², J. Rubal¹, M. Noël³, B. Dautzenberg⁴

Le concours Classes non fumeurs est né d'une initiative européenne et est implanté en France depuis 6 ans. Paris sans tabac (PST) conduit depuis 1991 des enquêtes sur le tabagisme et a observé entre autres les conséquences de la participation au concours Classes non fumeurs.

Méthodes : Lors de l'enquête annuelle de PST portant sur 2 % des élèves des collèges et lycées de Paris, tirés au sort par classe sur les listings de l'académie de Paris, dès 2006 une question a été introduite annuellement concernant Classes non fumeurs.

Résultats : Parmi les 12-16 ans, 278 des élèves enquêtés ont répondu avoir participé à Classes non fumeurs, 3 278 n'ayant pas participé soit 8,5 % de participation. Le taux de fumeurs est de 2,3 % chez les 12-16 ans ayant participé à classes non fumeurs contre 5,1 % pour les élèves n'ayant pas participé. La différence entre les deux groupes est maximum à 14 ans (5 %).

Conclusion : La participation au concours Classes non fumeurs est associée à un retard de l'initiation d'un tabagisme quotidien, mais on ne peut affirmer sur ces données que la différence a pour cause la participation au concours et non à un effet de sélection.



¹PST, Paris, ²Programme Classes non fumeurs, OFT, Paris, ³Académie de Paris, Paris, ⁴Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière et PST, Paris

P34-E64/995

Tabac et habitudes alimentaires chez 1 744 étudiants

S. Grigioni¹, A. Lemercier², M. Beaucreux³, J. Ladner⁴, P. Déchelotte⁵

Des études ont montré que les étudiants ont de mauvaises habitudes alimentaires. Nous avons cherché à montrer si ces habitudes différaient selon le statut tabagique.

Nous avons recueilli à partir d'un questionnaire auto-administré, le statut tabagique et les habitudes alimentaires de 1 744 étudiants de 3 établissements d'enseignement supérieur. À partir de ces données, l'adéquation aux repères nutritionnels du Plan national nutrition santé (PNNS) a été évaluée. Des analyses par régression logistique ont permis d'identifier les habitudes alimentaires des fumeurs. Les résultats présentés sont ajustés sur l'âge, le sexe, la consommation de produits laitiers (3/j) et de fruits et légumes (5/j) selon le PNNS, de kebab et fast-food (< 2 fois/sem), le café (<4 tasses/j) et la pratique du sport.

Notre échantillon est composé de 37,3 % de fumeurs. Nos résultats montrent que la consommation de 3 produits laitiers par jour (ORa=0,80[0,64-0,99]) et la pratique du sport (ORa=0,79[0,63-0,99]) sont des comportements significativement moins associés au tabagisme alors qu'une alimentation riche en graisse (ORa=2,56[1,63-4,01]) et une forte consommation de café (ORa=3,58[2,41-5,32]) sont des comportements associés au tabagisme. Par ailleurs, si les fumeurs ne grignotent pas plus que les non-fumeurs (21 % contre 19,2 % ; p=0,37), ils sautent plus souvent le petit déjeuner (65,1 % versus 55,1 % ; p=0,004) et perçoivent moins leur alimentation comme équilibrée (51,1 % versus 61,1 % ; p=0,001).

Notre étude montre que le tabagisme est associé à de mauvaises habitudes alimentaires chez les étudiants. Chez les jeunes, en prévention primaire des maladies cardiovasculaires, métaboliques et cancéreuses, il convient d'agir sur ces deux facteurs.

¹Unité de nutrition clinique EA 4311 CHU, Rouen, ²Unité de coordination de tabacologie, CHU, Rouen, ³Unité de nutrition clinique EA 4311CHU, Rouen, ⁴EA 4311 CHU, Rouen, ⁵Unité de nutrition clinique EA 4311, UCT CHU, Rouen

P35-E64/996

Tabac et conduites addictives chez 1 744 étudiants

A. Lemerrier¹, V. Berna², S. Grigioni³, M. Beaucreux⁴, P. Déchelotte⁵, J. Ladner⁶

¹Unité de coordination de tabacologie CHU, Rouen,

²Service d'alcoologie toxicomanie CHU, Rouen, ³Unité de nutrition clinique EA 4311 CHU, Rouen, ⁴Unité de nutrition clinique EA 4311 CHU, Rouen, ⁵Unité de nutrition clinique EA 4311, UCT CHU,, Rouen, ⁶EA 4311 CHU, Rouen

Introduction

Plusieurs études montrent que les adultes fumeurs sont plus enclins à d'autres comportements addictifs. Nous avons analysé chez des étudiants les comportements addictifs des fumeurs et des non-fumeurs.

Matériels et méthode

Près de 1 744 étudiants de 3 établissements d'enseignement supérieur ont rempli un questionnaire évaluant le statut tabagique, le mésusage d'alcool (test CRAFFT), l'usage à risque de cannabis (>10 consommations/mois), la consommation de médicaments psychotropes et le niveau de stress perçu (Score de Cohen/40). Des analyses par régression logistique ont permis d'identifier les comportements addictifs des fumeurs. Les résultats présentés sont ajustés sur l'âge, le sexe, le score de Cohen, et les différents produits psychoactifs étudiés.

Résultats

La proportion d'étudiants fumeurs (37,2 %) est conforme au niveau national (33 %). Nos résultats montrent que les étudiants ayant un mésusage d'alcool (ORa=2,40 [1,85-3,09]), un usage à risque de cannabis (ORa=9,94 [4,41-

22,36]) ou de médicaments psychotropes (ORa=1,40 [1,08-1,79]) sont plus souvent des fumeurs. En revanche, le niveau de stress (ORa=1,00 [0,98-1,01]) et le sexe (ORa=0,91 [0,70-1,18]) ne sont pas associés au statut tabagique. Les fumeurs ont l'expérience de leur première ivresse plus tôt (16,3 ans) que les non fumeurs (17,4 ans ; p<0,001) et ont eu plus souvent, plus de 3 ivresses au cours de l'année (58,3 % versus 27,9 %) p<0,001.

Discussion

Cette étude montre que la consommation de substances psychoactives chez les étudiants est liée au statut tabagique. La prise en charge du tabagisme doit tenir compte des autres consommations.

Prévention

P33-P20/994

La communication engageante au service de la prévention du tabagisme

J. Goncalves, R.-V. Joule, Laboratoire de psychologie sociale, Aix-en-Provence

Le paradigme de la communication engageante (pour synthèse : Joule, Girandola & Bernard, 2007), procède d'une articulation entre les travaux réalisés dans le champ de la communication persuasive, d'une part, et les travaux réalisés dans le champ de l'engagement (Kiesler, 1971; Joule & Beauvois, 1998, 2002), d'autre part.

Dans le paradigme de la communication engageante, les principales questions à traiter sont, comme dans le cadre de la communication persuasive : quelles sont les bonnes informations à transmettre ? quels sont les meilleurs arguments ? quels sont les canaux, outils, médias les plus appropriés ? Mais il s'en ajoute une autre qui va conférer à la cible un statut d'acteur – et non plus seulement de récepteur : quel acte préparatoire doit-on obtenir des sujets ? Une étude a été réalisée afin de comparer l'efficacité d'une communication engageante anti-tabac (message anti-tabac précédé de la réalisation d'un acte préparatoire, à savoir : signature d'une pétition en faveur du respect de la loi anti-tabac) à une communication persuasive anti-tabac (même message anti-tabac, sans acte préparatoire). Conformément aux hypothèses, les sujets (des étudiants d'une vingtaine d'années) placés dans la condition de communication engageante ont davantage l'intention de diminuer leur consommation de tabac dans les semaines qui viennent (3.06 vs 2.24, p<.05) et même d'arrêter de fumer (2.06 vs 1.38, p<.05) que les sujets de la condition de communication persuasive.

Intérêts et limites de la communication engageante en matière de prévention du tabagisme seront discutés.

V G V E N D R E D I 1 3 h 3 0 / 1 4 h 3 0

Arrêt du tabac

P36-A100/998

Sevrage tabagique en milieu carcéral : l'expérience caennaise

B. Le Maître¹, N. Alao-Fary²

L'Unité de tabacologie du CHU de Caen travaille étroitement avec les équipes des équipes des UCSA de la prison de Caen, Maison d'arrêt (attentes de jugement et courtes peines) et Centre pénitentiaire (longues peines), deux établissements au fonctionnement et aux règles très différents.

Depuis quelques années l'Unité de tabacologie était déjà présente à la prison de Caen, des formations sur l'utilisation des SN avaient été faites au personnel infirmier des UCSA et les UCSA avaient à disposition, pour les détenus, des

substituts nicotiniques. Le Chef de service de l'UCSA est le médecin responsable de l'Unité de médecine polyvalente du CHU et le personnel est rattaché au Pôle médecine.

Depuis plus d'un an, cette collaboration a été formalisée dans le cadre du Plan d'éducation en santé en milieu carcéral, facilitant les actions de dépistage des pathologies addictives et leur prise en charge.

L'Unité de tabacologie assure aujourd'hui une présence régulière, une demi-journée par mois, à la MA et au CP, pour certains détenus plus difficiles que nous recevons ou dont nous évoquons le cas avec les infirmières ou les médecins. La prise en charge quotidienne est assurée par les infirmières de l'UCSA, très impliquées dans cette mission par la qualité des échanges ainsi possibles.

En résumé : des détenus plutôt motivés et coopérants, une équipe soignante très impliquée et des échanges très enrichissants, des résultats très encourageants et modestes à la fois, mais aussi de nombreuses difficultés à surmonter du fait des règles de la vie carcérale, des contraintes différentes pour MA et CP (contraintes de temps, de locaux, de rythme de la vie carcérale, de conditions de détention).

¹Unité tabacologie CHU, Caen, ²Unité de tabacologie CHU, Caen

P38-A101/1004

Le réseau Lorraine Stop Tabac : fonctionnement et résultats

F. Raphaël¹, H. Martin², M. Mbengue³, P. Andrès⁴, D. Gerber⁵, P. Bruncher⁶

Depuis février 2006, le réseau Lorraine Stop Tabac devient incontournable dans la lutte contre le tabagisme en Moselle Est.

3 domaines d'actions en 27 mois :

- Formation de professionnels de santé au sevrage tabagique.
- Information des populations aux méfaits du tabac.
- Prise en charge individuelle des fumeurs : 812 patients inclus. Sur 356 patients suivis sur 1 an : 158 abstinents versus 198 échecs. Soit 44,38 % d'ex-fumeurs.

Ces résultats proviennent du suivi rapproché et dans la durée par des professionnels formés spécifiquement travaillant dans la multidisciplinarité.

Il est devenu un véritable réseau hôpital-ville: 3 services hospitaliers (pneumologie et réadaptation cardiaque) y ont adhéré. Ils initient le sevrage des patients hospitalisés selon le protocole du réseau et les confient au professionnel du réseau le plus proche de leur domicile dès leur sortie d'hôpital.

Le réseau offre au patient une prestation d'aide à l'arrêt pertinente par un professionnel formé spécifiquement, s'engageant à suivre le protocole validé dans le cadre d'un réseau pluridisciplinaire.

Le réseau Lorraine Stop Tabac a obtenu 5 consultations de médecin ou de sage-femme rémunérées 2 C chacune, ce qui permet le temps nécessaire à une démarche optimale de sevrage.

Si besoin, le praticien oriente son patient vers un psychologue ou vers une diététicienne.

Les substituts nicotiniques et le bupropion sont pris en charge à 50 %, la varenicline à 30 % et 2 consultations de diététicienne et 2 de psychologie à 100 % pour 20 % des patients.

Le réseau ALCAD (monothématique alcool sur Nancy) a obtenu du réseau LST l'utilisation de son panier de soins dans le cadre de sa prise en charge des addictions alcool-tabac en Meurthe-et-Moselle Sud (54).

¹Fac Med Nancy, Nancy, ²CHU Nancy, Nancy, ³RLST, Behren, ⁴CHR Metz, Metz, ⁵MG, Stiring Wendel, ⁶PMI 57, Creutzwald

P41-A102/1014

Tabagisme et trouble déficit de l'attention avec hyperactivité

S. Guillaume¹, L. Pithon², P. Courtet¹, P. Godard², X. Quantin²

Le trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) est fréquent chez les enfants. En revanche, chez l'adulte, il reste un trouble encore méconnu. La prévalence du TDAH serait de 3 à 10 % des enfants et persisterait dans 50 à 80 % des cas au-delà, avec des degrés de retentissement variables dans la vie quotidienne, ce qui correspond à une prévalence de 1 à 6 % chez les adultes.

Le TDAH est fortement associé à des comportements addictifs. Ainsi, la plupart des études évaluent entre 10 et 40 % la proportion d'adultes hyperactifs souffrant d'abus ou de dépendance à une substance. En population générale, l'hyperactivité constitue un facteur de risques significatif de dépendance à la nicotine même après contrôle des facteurs de biais potentiels. De plus, le syndrome de sevrage tabagique est plus fréquent chez les patients avec une histoire d'hyperactivité, et ce, même si les symptômes ont disparu après l'enfance.

L'objectif de notre étude est d'évaluer l'impact du TDAH dans une consultation de tabacologie adulte. 64 patients se présentant pour une demande de sevrage ont été consécutivement inclus. 18,75 % présentaient un TDAH pendant l'enfance et 4,69 % un TDAH actuel. La présence d'une histoire de TDAH est significativement corrélée avec le score de dépression ($r = 0.402$; $p < 0.01$) et celui de l'anxiété ($r = 0.458$; $p < 0.01$), mais avec aucune variable tabagique.

Nous discuterons ces résultats préliminaires et l'intérêt que peut représenter le dépistage du TDAH en pratique quotidienne.

¹Service de Psychologie Médicale, INSERM U888, Montpellier, ²Service de maladies respiratoires, Montpellier

P42-A103/115

Interactions entre dépendance tabagique, psychopathologie et transporteur de la sérotonine sur les taux d'abstinence

S. Guillaume¹, X. Quantin², F. Jollant¹, P. Godard², P. Courtet¹

Les fumeurs apparaissent comme une population hétérogène quant au déterminant impliqué dans l'initiation et le maintien de la dépendance.

Une meilleure compréhension des facteurs impliqués dans le sevrage et dans son pronostic de succès pourrait permettre de définir les meilleures stratégies thérapeutiques en tenant compte des spécificités individuelles de chaque patient. Sur le plan psychopathologique, une association a été montrée entre le tabagisme et le neuroticisme, un trait de personnalité caractérisé par une tendance générale à ressentir des affects négatifs face au stress. D'autre part, de nombreuses données épidémiologiques et cliniques soulignent la forte association entre tabagisme et dépression. En outre, l'implication de facteurs génétiques dans la dépendance tabagique est maintenant établie. Notre étude vise à étudier les effets et interactions réciproques entre dépendance tabagique, psychopathologie et polymorphisme du promoteur du transporteur de la sérotonine (5-HTTLPR) sur les taux d'abstinence.

103 patients se présentant pour un sevrage tabagique et euthymique ont été évalués sur leur histoire tabagique, et

sur certaines dimensions de personnalité par des questionnaires standardisés (EPQ-R ; TPQ ; échelle de sensation de Zuckerman). Un génotypage du 5-HTTLPR à été réalisé. Ces patients ont été suivis durant les 3 mois suivant l'initiation du sevrage. Nous présenterons les résultats de cette étude et discuterons les implications cliniques éventuelles qui en découlent.

¹Service de psychologie médicale, INSERM U888, Montpellier, ²Service de maladies respiratoires, Montpellier

P44-A104/1020

Morbidité somatique et psychiatrique des consultants d'un Centre expert en tabacologie : influence sur les modalités et résultats du sevrage

J. Perriot¹, P. Lemaire¹, L. Doly¹, D. Laimé¹, C. Brugiere¹, P.-M. Llorca², A. Schmitt², V. Boute Makota², G. Brousse²

Cette étude longitudinale menée entre le 01/01/99 et le 31/12/06 a classé les 1201 consultants (exhaustivité du recensement 89 %) du Dispensaire Émile Roux (Clermont-Fd) en 10 groupes de pathologies ; asthmes (A), cancers liés au tabagisme (K), AOMI (AO), coronaropathies (C), BPCO (B), infections à VIH (I), troubles bipolaires (Bp), schizophrénies (S), dépressions unipolaires (D), codépendance (Cd). Les caractéristiques individuelles et addictologiques des patients appartenant aux différents groupes définis ont été étudiées et comparées à la population générale des consultants de même que les modalités et résultats du sevrage tabagique. Analyse statistique par logiciel SAS version 8, test du Khi2, significativité 5 %, test de Fisher.

Principales constatations

Âge, sexe masculin, consommation cumulée (Pa) sont significativement supérieurs dans les groupes de patients K, AO, C, B, I, Cd, Bp, par rapport à la population générale ; dans les groupes A, AO, B, Bp, S, D, Cd la proportion des patients peu motivés à l'arrêt (Richmond) est supérieure. La proportion des femmes est plus élevée parmi les groupes A et D.

La posologie initiale de SNTD est significativement supérieure parmi les patients I, S et Bp. Le recours aux IRS plus fréquent parmi les patients A, C, B, Bp, D, Cd.

Le taux d'arrêt à 6 mois est inférieur chez les A, AO, B, I, Bp, S, D, Cd par rapport à la population générale ; à 12 mois seuls les I, D et Cd ont un taux d'arrêt significativement inférieur.

L'association d'une pathologie somatique ou psychiatrique détermine chez le fumeur candidat à l'arrêt du tabagisme un profil addictologique spécifique qui conditionne le résultat du sevrage.

¹Dispensaire Émile Roux, Clermont-Ferrand, ²CMP B, CHU, Clermont-Ferrand. Contact : jean.perriot@cg63.fr

P47-A105/1024

Évaluation des démarches entreprises par 389 patients fumeurs après une séance collective d'aide à l'arrêt du tabac

A. Lemercier¹, S. Grigion², E. Dumontet¹, B. Bénard¹, P. Déchelotte³

Les séances collectives d'aide à l'arrêt du tabac sont mises en place dans notre CHU depuis 2005. Elles sont ouvertes à tous les fumeurs adultes, quel que soit le degré de motivation, sont essentiellement informatives et insistent sur la liberté de choix.

En mai/juin 2008, 389 personnes parmi les 524 venues en séance collective entre 2005 et 2007 ont été contactées par téléphone et ont répondu à un entretien structuré portant sur

la démarche entreprise, les modalités d'accompagnement, les traitements utilisés et les difficultés rencontrées.

Au total, 389 personnes ont été jointes. Le recul moyen était de 20,9 mois (5-37). Parmi eux, 78,7 % (306) ont fait une démarche, le plus souvent dans les 3 mois qui ont suivi la séance (87,5 %). Un professionnel a accompagné la démarche dans 72,5 % des cas. Les traitements ou méthodes les plus utilisés sont les timbres associés aux formes orales (29,8 %), les timbres (23,8 %), les formes orales (16,9 %), la varenicline (9,3 %) puis le bupropion, l'acupuncture, la phytothérapie et l'hypnose. Plus de 35 % des fumeurs ont utilisé au moins 2 thérapeutiques et 14 % d'entre eux n'ont eu recours à aucun traitement. Les difficultés les plus souvent citées sont le manque (44,8 %), la prise de poids (32 %), les troubles de l'humeur (19,5 %). Près de 30 % ont cité plusieurs difficultés alors que 28 % n'en signalent aucune. Malgré cela, 73,5 % ont réussi à arrêter même temporairement, 17,3 % ont diminué et 9,2 % n'ont pas modifié leur tabagisme.

En conclusion, la séance collective a permis de réaliser une démarche d'arrêt du tabac dans la plupart des cas malgré les difficultés de sevrage. Une évaluation des résultats à plus long terme est nécessaire.

¹Unité de coordination de tabacologie CHU, Rouen, ²Unité de nutrition EA 4311 Clinique CHU, Rouen, ³Unité de nutrition clinique EA 4311 UCT CHU, Rouen

P48-A106/1025

Devenir à long terme de 389 patients fumeurs ayant bénéficié d'une séance collective d'aide à l'arrêt du tabac

A. Lemercier¹, S. Grigion², E. Dumontet¹, B. Bénard¹, P. Déchelotte³

Au CHU, depuis 2005, les personnes souhaitant entreprendre une démarche d'arrêt du tabac se voient proposer une séance collective d'information et de préparation. Le but de notre travail a été d'évaluer son impact à long terme.

En mai/juin 2008, les fumeurs venus en séance collective entre 2005 et 2007 ont été contactés par téléphone et ont précisé par entretien structuré leur statut tabagique, le nombre de tentatives réalisées, le souhait d'une nouvelle démarche et les motifs d'absence de démarche.

Sur les 524 fumeurs de l'accueil collectif, 389 personnes ont répondu. Avec un recul moyen de 20,9 mois (5-37), 30,7 % des fumeurs ont arrêté (n=103), 30,1 % ont diminué (n=101) et 39,3 % fument autant (n=132). Parmi les 103 ex-fumeurs, 65,2 % ont arrêté dès la première tentative, 25 % après la 2^e et 9,8 % après la 3^e. Ceux qui ont réalisé plus de 3 tentatives n'ont pas arrêté à ce jour. Une nouvelle démarche est envisagée chez 64,1 % de ceux qui fument encore.

Les fumeurs ayant repris après un arrêt l'ont fait pour la plupart (61 %) dans un délai de moins de 3 mois. Pour ceux n'ayant jamais tenté d'arrêter (21,3 %), les principales raisons évoquées sont : manque de motivation (72,6 %), événement de vie (25,1 %), coût (8,8 %), délai de rendez-vous (7,5 %).

Notre étude retrouve un taux d'arrêt supérieur (30 %) aux résultats d'arrêt communément admis (~20 % à un an). Les entretiens mettent en évidence la satisfaction des personnes concernant ce suivi et le souhait de reprendre une démarche le cas échéant. Pour augmenter encore le taux de réussite de l'arrêt du tabac, un accompagnement régulier utilisant entre autres les technologies de communication devrait être évalué.

¹Unité de coordination de tabacologie, CHU, Rouen, ²Unité de nutrition clinique EA 4311 CHU, Rouen, ³Unité de nutrition clinique EA 4311 UCT CHU, Rouen

P50-A107/1028

Les ateliers de sevrage tabagique de la CPAV

E. Dautzenberg

Le développement de la prévention du tabagisme et l'aide au sevrage tabagique font référence à deux plans nationaux : Programme addictions et Plan Cancer.

La Communauté périnatale de l'agglomération versaillaise (CPAV) a pour objet :

- L'amélioration de la qualité du suivi des femmes enceintes.
- L'harmonisation des pratiques médicales.
- L'accompagnement et la prise en charge des besoins, des attentes des femmes et des professionnels de la périnatalité, en respectant une démarche qualité.

La CPAV a réalisé en propre et traité deux enquêtes de terrain, pour connaître les besoins et les attentes des femmes et des praticiens de santé sur son territoire de vie et définir au mieux ses programmes d'action.

La première a été réalisée au 2^e semestre 2004.

Les réponses ont conduit à lancer, début 2006, une enquête portant plus spécifiquement sur le tabagisme féminin en période de grossesse ou de désir de grossesse (1 006 femmes enquêtées dans les 4 maternités partenaires).

Suite à cette étude de population, la CPAV a déployé des ateliers de sevrage tabagique (AST), structurés conformément aux recommandations HAS, et mobilisant les compétences de terrain.

Opérationnels depuis novembre 2006, les AST sont animés par une sage-femme tabacologue et ont lieu une fois par semaine, par roulement sur les 4 maternités partenaires, indépendamment du lieu de suivi de la patiente. Ils sont gratuits et ouverts à toute femme désireuse d'initier ou de renforcer un sevrage tabagique, en vue ou au cours d'une grossesse, ainsi qu'à leurs conjoints.

Les AST sont des espaces d'incitation, d'information et de motivation des femmes tabagiques, pour initier un sevrage. Ils doivent être proposés par le praticien à chacune d'elle, à toute occasion.

P52-A108/1030

Femme, tabac et diététique

C. Desaché, Réseau Santé ou Tabac 28, Chartres

Chez la femme, plusieurs facteurs peuvent augmenter les difficultés pour arrêter de fumer. La prise de poids est considérée comme une des premières ; elle est souvent redoutée et constitue une raison essentielle pour retarder la motivation à l'arrêt ; c'est aussi une cause très fréquente de récurrence.

Le projet « Femme, tabac et diététique » se propose donc de favoriser l'arrêt du tabac et de prévenir les rechutes chez la femme par une approche diététique.

Les femmes qui entrent dans le dispositif sont sélectionnées par les membres du réseau, professionnels de l'arrêt du tabac. Une plaquette d'information leur est remise.

Elles bénéficient alors de trois consultations diététiques gratuites. La 1^{ère} consultation d'une durée d'une heure est destinée à faire une enquête alimentaire complète. 2 autres consultations permettent d'assurer le suivi diététique dans la durée.

Après 4 années d'existence, ce dispositif a permis de soutenir 83 femmes dans leur arrêt du tabac pour 152 consultations. En moyenne, chaque femme bénéficie de 1,8 consultation.

L'évaluation réalisée au moyen de questionnaires complétés lors de la 1^{ère} et dernière consultation et à 6 mois révèle une grande satisfaction des femmes bénéficiant du dispositif.

69 % d'entre elles déclarent que la prise de poids était un obstacle à l'arrêt du tabac et au maintien du sevrage.

À 6 mois, parmi les femmes ayant retourné le questionnaire, 73 % des sevrages ont été maintenus. La prise de poids à l'arrêt a été de 1,7 kg en moyenne, l'IMC de 24,7 kg/m² en moyenne. D'autre part, l'aide considérée comme la plus importante est la disponibilité des professionnels et la rencontre de spécialistes.

Compte tenu de ces résultats positifs, ce projet se poursuit au cours de l'année 2008.

P53-A109/1031

Tabac et milieu du travail en Eure-et-Loir

C. Desaché, Réseau Santé ou Tabac en Eure-et-Loir, Chartres

Dans le cadre de la mise en place de l'interdiction de fumer au sein des entreprises (Loi Évin et Décret Bertrand), de nombreuses entreprises ont été accompagnées dans leurs démarches pour devenir entreprise sans tabac.

Après une phase d'état des lieux et de rencontres avec les membres dirigeants des entreprises, un plan d'action a été défini pour chaque entreprise : sensibilisation du personnel encadrant, conférence, exposition, espace d'information, réunions d'aide à l'arrêt du tabac, réunions diététiques, etc.

18 entreprises ont été accompagnées en 2006 et 2007 : 3 entreprises en 2006 et 15 entreprises en 2007.

25 réunions d'information d'aide à l'arrêt du tabac ont été mises en place. 4 000 salariés ont pu bénéficier de campagnes d'information, d'expositions et d'affichage. 291 salariés ont participé à des réunions d'information d'aide à l'arrêt du tabac.

L'évaluation a permis de montrer que les salariés sont très satisfaits à l'issue des actions mises en place : 65 % d'entre eux sont tout à fait satisfaits de l'organisation générale, 62 % sont très satisfaits des échanges avec les médecins tabacologues.

À 6 mois, la satisfaction est encore élevée puisque 56 % des répondants sont satisfaits de l'action mise en place au sein de leur entreprise.

54 % des salariés ayant arrêté de fumer et ayant répondu au questionnaire sont toujours en arrêt du tabac à 6 mois.

Dans la suite de ces actions, d'autres entreprises seront accompagnées au cours de l'année 2008.

P54-A110/1032

Sevrage tabagique sous varenicline: évaluation au CHU de Bordeaux

B. Valpromy, H. Fossoux, C. Raheison, CHU, Bordeaux

La varenicline a complété l'arsenal thérapeutique déjà présent pour l'aide au sevrage tabagique des patients.

L'objectif de ce travail est de faire un premier bilan descriptif de son utilisation au sein de notre unité.

La prescription de varenicline a concerné 200 patients de février 2007 à juin 2008 ; soit 55 % d'hommes et 45 % de femmes, avec une moyenne d'âge de 42 ans (min:21-max:73). Dans la majorité des cas, la prescription était induite par le désir du patient. La motivation moyenne du fumeur était de 6,36 (min:1; max:17-18).

4,5 % fumaient moins de 10 cigarettes par jour ; 26 % fumaient entre 10 et 20 cigarettes par jour ; 69,5 % plus de 20 cigarettes par jour. Le score de Fagerström moyen était de 6,36 (min:0-1;max:10). 26,5 % (n=53) ont pris le traitement pour une durée de 3 mois ou plus. À un an, 28,5 % (n=56) sont en arrêt de tabac.

Nous avons recensé 20 types différents d'effets secondaires.

78,5 % des sujets ayant utilisé le traitement sur des durées variables ont décrit des effets secondaires dont les plus fréquents sont des céphalées, des nausées et des troubles du sommeil.

P56-A11/1035

Mise en évidence d'un déséquilibre glycémique durable chez un patient diabétique après instauration d'un traitement de substitution nicotinique

H. Javelot, J.-F. Westphal, C. Nonnenmacher, Établissement public de santé Alsace Nord, Brumath

Nous rapportons le cas de M. X, âgé de 68 ans. Ce patient présentait un diabète équilibré au moment de son arrivée dans notre établissement.

Le patient était traité par l'association de 2 insulines : NOVOMIX® 30 (analogue de l'insuline d'action intermédiaire : 11UI à 8h) et UMULINE RAPIDE® (insuline rapide ou ordinaire : (5)UI « si besoin » à 18h). La mise en place d'un traitement de substitution nicotinique a été débutée dès l'arrivée du patient à raison de 6 pastilles/j de NICOPASS®. L'apport de nicotine a été progressivement augmenté pour être porté à 10 pastilles/j de NICOPASS® et un patch de NICOPATCH® 14mg/j. L'initiation et les futures augmentations de posologie en nicotine se sont accompagnées d'un important déséquilibre glycémique chez le patient. De nombreuses modifications posologiques et l'introduction d'une insuline d'action retard (UMULINE NPH®) ont permis de rétablir un état d'équilibre glycémique seulement au bout de 2 mois. À la fin du mois d'octobre le traitement insulinaire de M. X était le suivant : NOVOMIX® 30 : 30UI à 8h – UMULINE RAPIDE® (6)UI à 8h et 18h « si besoin » – UMULINE NPH® : 9UI à 18h. La normalisation de l'équilibre glycémique du patient, sous traitement de substitution nicotinique, a donc nécessité approximativement de multiplier par 2 la posologie d'insuline rapide et par 3 celle de l'analogue de l'insuline d'action intermédiaire et enfin d'introduire une insuline d'action retard.

Le déséquilibre glycémique dans notre cas clinique vient, très probablement, de la surestimation de la consommation journalière réelle en nicotine du patient.

P60-A112/1063

Prise en charge du sevrage tabagique et travail de liaison en addictologie : la réduction des risques appliquée au tabac

Y. Edel, N. Bonnet, ECIMUD, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris

Sur une file active de plus de 600 patients vus dans le cadre du travail de liaison en addictologie à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, plus de 80 % des patients sont tabacodépendants.

Dans la quasi-totalité des cas, les patients vus ne sont pas demandeurs d'un sevrage tabagique pour lequel ils ne sont pas préparés. Devant cette situation, et avec l'accord des patients, nous instaurons de façon systématique des substituts nicotiques afin de permettre aux patients de diminuer leur consommation de tabac pendant leur hospitalisation mais sans leur imposer un sevrage total. Cette diminution de la consommation de tabac est, dans de nombreux cas, vécue comme l'expérimentation qu'un arrêt de la consommation de tabac, même progressif, est possible.

Cette démarche de réduction des risques appliquée au tabac permet également de meilleurs soins et concourt à réduire le temps d'hospitalisation des patients tabacodépendants.

P62-A113/1200

Tolérance et acceptabilité d'un nouveau substitut nicotinique administré par voie buccale : pastille à sucer 2,5 mg

C. Laur¹, J.M. Pibourdin², E. Coppel¹, A. Delarue¹

Objectif : Évaluer la tolérance locale et générale et l'acceptabilité d'une pastille à sucer dosée à 2,5 mg de nicotine comparativement à une gomme à mâcher 4 mg.

Méthode : Cette étude en ouvert et multicentrique a été réalisée en deux groupes parallèles chez 279 sujets fumeurs fortement dépendants. Les sujets étaient randomisés en deux groupes parallèles, pastille 2,5 mg (Nicopass® menthe 2,5 mg) ou gomme à mâcher 4 mg (Nicorette® menthe 4 mg). Les 2 produits étaient administrés pendant 28 jours selon les besoins du patient sans dépasser la posologie maximale de 15/jour. La tolérance locale était évaluée à D15 et D29 par examen médical sur les critères suivants : érythème, œdème, ulcération. Le patient notifiait les sensations d'irritation, brûlure, picotement et évaluait entre autres le goût du produit.

Résultats : Au moins un signe d'intolérance locale fut observé chez 68 % et 90,5 % des sujets.

Pour respectivement Nicopass® 2,5 mg et Nicorette® 4 mg ($p < 0.0001$). La sensation de brûlure et les picotements furent significativement moins fréquents et moins intenses sous Nicopass® 2,5 mg, à J15 (respectivement $p < 0,017$ et $p < 0,001$) mais pas à J29. Pas de différence concernant la sensation d'irritation.

En fin de traitement, 74,3 % et 40,9 % des sujets, respectivement sous Nicopass® et Nicorette® ont jugé le goût satisfaisant ou très satisfaisant.

En moyenne, 7,8 pastilles de Nicopass® et 6,9 gommes de Nicorette® furent consommées par jour ($p = 0.007$).

Conclusion : Cette étude démontre la bonne tolérance locale et la bonne acceptabilité de la pastille Nicopass® dosée à 2,5 mg de nicotine.

¹IR Pierre Fabre, IDPF, Ramonville, ²Pierre Fabre Médicament, Boulogne

P63-A114/1201

Pharmacocinétique d'un substitut nicotinique administré par voie buccale : pastille à sucer 1,5 et 2,5 mg

C. Laur¹, J.-M. Pibourdin², E. Coppel¹, A. Delarue¹

Objectif : Évaluer la biodisponibilité relative de la nicotine suite à l'administration :

- d'une pastille à sucer 1,5 mg comparativement à une gomme à mâcher 2 mg (étude 1).
- d'une pastille à sucer 2,5 mg comparativement à une gomme à mâcher 4 mg (étude 2).

Méthode : Ces 2 études en ouvert, randomisées, en dose unique et en cross-over ont été réalisées chez 36 volontaires sains fumeurs. Les études 1 et 2 évaluaient respectivement la biodisponibilité relative de la nicotine après administration d'une pastille 1,5 mg nicotine (Nicopass® 1,5 mg) et 2,5 mg (Nicopass® 2,5 mg) comparativement à une gomme à mâcher nicotine, respectivement 2 mg (Nicorette® 2 mg) et 4mg (Nicorette® 4 mg). Les 2 produits étaient administrés pendant 30 minutes selon les modalités du fabricant, les prélèvements sanguins étant réalisés de manière répétée pendant 10 ou 12 h (études 1 et 2). La nicotémie a été dosée selon une méthode LC/MS/MS.

Résultats : Dans l'étude 1, Nicopass® 1,5 mg a montré un C_{max} (4,20 ng/mL) et une SSC_{0-10h} (12,8 ng.h/mL) supérieurs à ceux de Nicorette® 2 mg ($C_{max} = 3,70$ ng/mL ; $SSC_{0-10h} = 11,1$ ng.h/mL). Dans l'étude 2, Nicopass® 2,5 mg a montré

un C_{max} (6,59 ng/mL) et une SSC_{0-12h} (23,49 ng.h/mL) supérieurs à ceux de Nicorette® 4 mg (C_{max} =4,87 ng/mL ; SSC_{0-10h} =16.08 ng.h/mL).

Conclusion : Ces 2 études pharmacocinétiques ont démontré que, suite à l'administration de la pastille Nicopass® 1,5 et 2,5 mg, la biodisponibilité de la nicotine est légèrement supérieure à celle de la gomme à mâcher, respectivement à 2 et 4 mg.

¹IR Pierre Fabre, IDPF, Ramonville ²Pierre Fabre Médicament, Boulogne.

P64-A115/1202

Des femmes enceintes tabagiques n'ayant pas arrêté de fumer lors de leur entrée en hospitalisation dans le service de grossesses pathologiques du CHU de Poitiers

Claire Audouin-Peltier

Introduction

Certaines femmes enceintes tabagiques ne parviennent pas à arrêter de fumer spontanément. Pour une pathologie liée ou non à leur tabagisme, elles peuvent être hospitalisées.

Matériel et méthode

Par un auto-questionnaire complété par le dossier obstétrical, une étude d'observation de type descriptif a été menée auprès de femmes enceintes tabagiques non sevrées au moment de leur hospitalisation dans le service de grossesses pathologiques du Centre hospitalier universitaire de Poitiers, dans la période du 1^{er} avril au 10 juillet 2008.

Résultats

Ces femmes enceintes sont dépendantes au tabac depuis 13 ans en moyenne et ont un conjoint fumeur dans 93 % des cas. 71 % sont capables de citer au moins un effet nocif de la consommation de tabac sur le fœtus ou la grossesse. 86 % disent avoir diminué leur consommation au 1^{er} trimestre de leur grossesse, diminution non objectivée par une mesure du CO dans l'air expiré.

Pendant leur grossesse, 38 % des patientes ont bénéficié d'une action de prévention.

Interrogées après une durée de 6 jours d'hospitalisation, toutes en connaissent le motif ; d'après le dossier obstétrical, 71 % sont hospitalisées pour une pathologie connue comme étant possiblement majorée en cas d'intoxication tabagique, mais seules 13,3 % d'entre elles pensent qu'il y a un lien.

Parmi les 57 % des femmes immobilisées, en « sevrage forcé », 2 sur 3 trouvent facile ou très facile de s'abstenir de fumer (1 sur 4 utilise des substituts nicotiniques) et 1 sur 3 trouve difficile ou très difficile le fait de ne pas fumer (1 sur 2 utilise des TSN). Parmi ces patientes immobilisées, 1 sur 6 énonce qu'elle va fumer dehors.

Conclusion

Malgré l'information, il est nécessaire d'améliorer la prise en charge des femmes enceintes tabagiques et de leur conjoint.

Mémoire DIU Tabacologie et aide au sevrage tabagique, Région Ouest 2008

V G V E N D R E D I 1 6 h 0 0 / 1 6 h 3 0

Divers

P37-215/1002

Règles et usages du tabac dans les lycées du Languedoc-Roussillon : résultats de l'enquête DAST 2007

C. Nguyen¹, M. Adam De Villiers², K. Djoufelkit¹, M.-E. Huteau³, M. Bousquet¹, G. Lemonnier⁴, A. Stoebner-Delbarre¹

Objectif : décrire les règles et usages du tabac mis en place dans les lycées du Languedoc-Roussillon (LR) suite au décret Bertrand de novembre 2006 et identifier les difficultés éventuelles rencontrées.

Méthode : une enquête téléphonique avec questionnaire a été réalisée auprès de tous les lycées publics et privés de la région LR de novembre à décembre 2007.

Résultats : 113 lycées sur 143 ont participé à l'enquête soit 79 %. Fin 2007, 90 % des lycées sont totalement sans tabac et 85 % possèdent un affichage signalant l'interdiction de fumer. Dans 90 % des lycées interrogés, la réglementation est inscrite dans le règlement intérieur. Le passage au statut d'établissement sans tabac est très récent pour 77 % des lycées. Il date de 2006 pour 20 % d'entre eux ou de janvier voire même février 2007 pour 57 % des lycées. En cas d'infractions, 75 % des lycées prévoient des sanctions pour les jeunes alors que 31 % seulement en prévoient pour les adultes. Plus de la moitié des lycées ne rencontrent pas de difficultés à la mise en place d'un établissement sans tabac. Lorsqu'elles existent, les difficultés sont liées au fait de fumer à l'extérieur de l'établissement (saleté, bruit, danger) et au non-respect des règles par les adultes.

Conclusion : fin 2005, 7 % des lycées du LR appliquaient la loi Évin. Fin 2007, 90 % des lycées interrogés sont totalement sans tabac. Ce changement a été possible grâce à la détermination politique nationale et régionale mais aussi grâce à l'engagement du Recteur, et à l'implication du Réseau libre comme L'R et de tous les acteurs de terrain. Ces efforts doivent se poursuivre pour aider les établissements en difficulté avec l'application du décret Bertrand.

¹Épidaure, département de prévention, CRLC Val d'Au, Montpellier, ²UFR Staps, Montpellier ³Comité des maladies respiratoires de l'Hérault, Montpellier, ⁴Service infirmier, Rectorat, Montpellier

P39-D116/1006

Étude des modes de consommation et des motivations professionnelles au tabagisme auprès d'un échantillon de 365 salariés fumeurs

V. Gay¹, E. Houdoyer², G. Rouzaud²

Les objectifs étaient de décrire le tabagisme d'un échantillon de salariés, et les modes et motivations professionnelles des consommations.

En mars et avril 2007, 856 consultants périodiques en médecine du travail ont été tirés au sort et ont rempli un questionnaire anonyme. Les salariés fumeurs devaient répondre à un test de Fagerström, préciser leur lieu préférentiel de consommation (au travail ou à l'extérieur) et leurs motivations professionnelles au tabagisme. Sur l'échantillon, 42,6 % des salariés se disaient fumeurs même occasionnels (IC 95 % [39,3-46,0]), dont 40,3 % dépendants. Les taux de fumeurs en fonction du sexe, de la classe d'âge et de la classe socioprofessionnelle étaient comparables à la littérature. 23 % fumaient uniquement ou principalement au travail. Des motivations professionnelles étaient déclarées par 60 % des fumeurs, plus souvent des dépendants (75 % contre 49 %; RC 2,0 [1,4-2,8] ; $p < 0,0000$). Des motivations étaient plus souvent citées par les dépendants : « pour se détendre pendant le travail »

(58 % contre 31 %; OR 3,1[2,0-4,8]; p<0,0005), « tenir le coup dans les moments difficiles au travail » (22 % contre 6 %; OR 4,1[2,1-8,2]; p<0,0001), « faire face à une surcharge au travail » (16 % contre 4 %; OR 4,8[2,1-11,0]; p<0,001). Pour les cadres, le tabagisme est associé à un stress professionnel élevé, comme certaines motivations professionnelles. Les salariés fumeurs non dépendants ont des motivations professionnelles assimilables à des conduites dopantes, avec une évolution potentielle vers une conduite de dépendance.

L'intégration des résultats dans la prise en charge collective et individuelle du tabagisme est évoquée.

¹CIAMT, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris, ²CIAMT, Paris

P49-D117/1027

Association française des infirmières en tabacologie

G. Heno, AFIT

Son but

Favoriser les échanges et promouvoir la fonction de l'infirmière diplômée en tabacologie dans la prise en charge des patients pour l'aide à l'arrêt du tabac et la prévention du tabagisme.

Ses orientations

- Participer à la recherche en tabacologie.
- Promouvoir les compétences des infirmières titulaires du diplôme universitaire de tabacologie.
- Participer activement ou initier des projets locaux, régionaux ou nationaux de lutte contre le tabagisme en particulier dans l'aide à l'arrêt.
- Partenariat avec la SFT.

Elle organise

La Journée nationale annuelle des infirmières en tabacologie : une journée de communications et d'échanges de pratique.

Elle publie

Le Courrier des Infirmières en TABacologie (CITA), courrier professionnel : échanges d'expériences, transfert d'idées, communications, débats...

Elle participe aux manifestations suivantes :

- Salon infirmier
- Journée mondiale sans tabac
- Formation des professionnels de santé

P55-D118/1034

Tabac et cannabis : une prise en charge simultanée

F. Marteau, Cabinet Pluralis, RHST, Paris

Actuellement, le cannabis a amplifié les problèmes liés au tabagisme. Le cannabis a une fausse réputation de « drogue douce », non nocive comparée au tabac. Or, une dépendance existe : le cannabis contient une substance psychoactive : le THC (tétrahydro-cannabinol) responsable de la dépendance. Des consommations importantes de cannabis induisent une dépendance qui s'accompagne parfois de perturbations neuropsychiques graves. Actuellement, chez les adolescents la cigarette s'associe très tôt au haschich.

La consommation de cannabis est alors un facteur d'échec du sevrage tabagique. En effet, les consommateurs voudraient arrêter le tabac et continuer à consommer du cannabis, ce qui est très difficile étant donné les associations. L'association tabac/cannabis potentialise les effets psychoactifs et la dépendance.

Les traitements proposés aujourd'hui se centrent sur la dépendance physique (sensation de manque induite par la

nicotine), la dépendance psychique (plaisir, détente, antidépresseur, anxiolytique) et la dépendance comportementale (association café/cigarette par exemple).

Arrêter de fumer est une décision qui implique une modification de ses croyances concernant la cigarette (« elle me détendra »), une modification des habitudes de vie (soirée entre amis/cigarette) et un sevrage nicotinique. Arrêter de fumer nécessite également une envie de rompre la dépendance et de découvrir les bénéfices de l'arrêt.

Devant ces enjeux, la stratégie thérapeutique recommande une prise en charge simultanée tabac/cannabis.

P58-D119/1051

Place de l'infirmière tabacologue en unité d'addictologie

*S. Darcy, S. Kharbachi
Hôpital Jean Verdier, Bondy*

Issue de la mutualisation de l'UCT (Unité de coordination de tabacologie) et de l'ECIMUD (Équipe de coordination et d'intervention auprès des malades usagers de drogues) de notre hôpital, l'unité d'addictologie a été créée pour faciliter la prise en charge des pluriaddictions.

Depuis sa création en 2007, son évolution est constante : tant par l'augmentation et la diversification de son activité que par sa composition.

L'infirmière au sein de cette équipe a essentiellement un rôle de liaison et d'éducation.

Initialement centrée sur la prise en charge des sevrages tabagiques, cette activité s'est élargie à d'autres addictions et enrichie des apports de connaissances de chaque membre de l'équipe.

Dans ce domaine de l'addictologie, l'aide au sevrage tabagique reste une occasion privilégiée d'évaluation des consommations et d'orientation du patient.

L'entretien infirmier et la pluridisciplinarité sont des outils importants pour la prise en charge et l'enrichissement de la pratique de chacun dans ce domaine.

P61-D121/1091

Analyse des concepts tabacologiques de 3 chansons à succès

J.-N. Dubois, tabacologue libéral, Angers

Il y a des signes qui ne trompent pas !

L'écoute et l'analyse attentive des paroles de chansons à succès permettent de mieux comprendre l'évolution de l'imaginaire des artistes à propos du tabac. Ce n'est pas un hasard si certains titres trouvent un écho favorable dans la population, c'est bien la validation d'un effet miroir qui permet à chacun de s'approprier les concepts évoqués dans ces chansons.

L'auteur vous propose de découvrir, au travers de trois chansons de langue française, certains aspects vraiment utiles dans l'exercice de votre profession.

Le premier titre créé en 1920 s'est vu gratifié de 9 reprises par des interprètes différents jusqu'en 1994, signe évident d'une force et d'une précision émotionnelle qu'il convient de découvrir dans le détail.

Le deuxième titre plus récent nous offre un bel exemple d'anthropomorphisme, discours souvent retrouvé dans les paroles du fumeur, essentiel au tabacologue soucieux de venir au plus près du discours de son patient.

Le troisième titre, beaucoup plus récent, révèle la prise de conscience de l'auteur sur les méfaits du tabac mais aussi sa révolte contre les trusts américains et la vente libre de ce poison. Le langage populaire et imagé vient donner une réelle efficacité à ce texte qui devient de fait une aide supplémentaire à l'arrêt du tabac.

L'analyse des textes de paroliers offre aux tabacologues une vraie opportunité pour comprendre l'évolution et les modifications des émotions rattachées à la cigarette. Il convient d'ouvrir grand nos oreilles, certaines chansons à succès s'avèrent être une aide précieuse pour aider nos patients à arrêter de fumer !

Prévention

P40-P122/1010

Hôpital sans fumée : stratégies d'aide et impact sur les patients

S. Kupferschmid¹, H. Brandstatter², P. Borrero¹, J.-P. Humair²

Une interdiction totale de fumer dans un hôpital réduit l'exposition à la fumée des patients et encourage les fumeurs à arrêter de fumer. Un hôpital universitaire suisse a interdit totalement l'usage du tabac à l'intérieur des locaux depuis le 01/01/06. Les patients en sont informés par une signalétique et par lettre s'ils sont convoqués. Les soignants sont formés pour donner le conseil minimal avec un dépliant et des substituts nicotiques si besoin. L'hôpital offre des brochures d'aide et des consultations spécialisées en tabacologie.

Cette étude évalue l'impact après 15 mois sur les patients par un questionnaire envoyé à 2 686 patients sortis de l'hôpital, dont 69,2 % ont répondu. L'interdiction est comprise par 64,9 % des patients et approuvée par 84,9 %. 10 % disent être exposés à la fumée des patients (10 %), des visiteurs (8,2 %) ou des employés (5,6 %). Parmi les 24,5 % de fumeurs à l'admission, 78,8 % ont cessé de fumer au moins 24 heures à l'hôpital, 9,5 % sont encore abstinentes 1 mois après la sortie, 40,7 % pensent arrêter de fumer dans les 6 mois et 17,9 % dans les 30 jours. 50,4 % ont reçu de l'aide pour arrêter de fumer, par des brochures (15,3 %), un substitut de nicotine (14,5 %), un dépliant spécifique (13,2 %), le conseil d'un médecin ou d'une infirmière (12,3 %), une infirmière spécialisée en désaccoutumance au tabac (9 %) (1 000 consultations/an).

En 1 an, la commande de substituts nicotiques a doublé, 2 427 dépliants ont été distribués et 42 500 brochures disposées dans l'hôpital. En conclusion, la majorité des patients adhère à la politique d'interdiction du tabac dans cet hôpital, près de 80 % des patients fumeurs arrêtent de fumer au moins 24 heures et la moitié reçoivent une aide au sevrage tabagique.

¹Direction des soins, Hôpitaux universitaires, Genève, Suisse, ²Médecine communautaire, Hôpitaux universitaires, Genève, Suisse

P43-P123/1019

Effet de la mesure d'interdiction de fumer dans un service de psychiatre sur l'exposition tabagique des personnels

F. Vorspan¹, V. Bloch¹, N. Jacob², J.-P. Lépine¹

Introduction

Les patients hospitalisés en psychiatrie fument plus que la population générale. Les services de psychiatrie, comme l'ensemble des lieux publics en France à l'exception des cafés et restaurants, sont devenus non fumeurs à la date du 1^{er} février 2007. Ceci a conduit à la fermeture des salles fumeurs pour les patients. Nous avons voulu mesurer l'impact de cette mesure d'interdiction de fumer sur l'exposition tabagique des personnels.

Méthode

Des mesures de monoxyde de carbone dans l'air expiré (CO) et de cotinine salivaire ont été réalisées à 2 reprises en janvier et à 2 reprises en mars 2007, soit avant et après la mesure d'interdiction de fumer. Les participants étaient 28

personnes travaillant de façon postée dans le service de psychiatrie. L'analyse statistique reposait sur une ANOVA pour mesures répétées.

Résultats

Il n'existait pas d'effet significatif du temps sur les mesures de CO et de cotinine, ce qui signifie qu'aucune baisse de ces marqueurs n'a pu être mise en évidence.

Néanmoins, il existait une interaction significative temps x statut tabagique (fumeur/non fumeur) x lieu de travail (rez-de-chaussée/1^{er} étage) à la fois pour les mesures de CO ($p < 0,001$) et de cotinine ($p = 0,02$).

Discussion

L'effet de la mesure d'interdiction de fumer dans les locaux était différent pour les personnels fumeurs et non fumeurs en fonction de leur lieu de travail.

¹Hôpital Fernand Widal, APHP, Paris, ²Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, APHP, Paris

P45-P124/1021

Fumeurs, blouses blanches et exemplarité

P. Dupont, S. Dauchy, H. Benhamou, P. Amiel, Institut de cancérologie Gustave Roussy, Villejuif

À l'occasion de la Journée mondiale sans tabac 2008, une enquête de type un jour donné a été réalisée auprès des patients consultants à l'Institut de cancérologie Gustave Roussy, où une consultation de tabacologie est accessible aux patients et aux soignants.

Cette enquête avait deux objectifs : évaluer la proportion de fumeurs, leur désir d'arrêt et d'aide à l'arrêt, et connaître l'avis des patients sur le tabagisme à l'entrée de l'hôpital. À chaque patient était remis un auto-questionnaire anonyme. Sur 437 consultants 229 ont été recueillis.

16 % des répondants sont fumeurs (37). 30 d'entre eux souhaitent arrêter de fumer (81 %), chiffre comparable à celui du Baromètre Santé 2005 de l'INPES. Deux tiers de ceux qui souhaitent arrêter souhaitent le faire dans les 6 mois. La majorité (81 %) souhaite une aide à l'arrêt; 38 % souhaitent consulter un tabacologue, 22 % pensent utiliser des patchs nicotiques.

Une majorité des répondants (88 %) a remarqué la présence de fumeurs devant l'entrée de l'hôpital (des malades pour 61 %, des « blouses blanches » pour 65 %). 37 % se disent particulièrement choqués. L'avis porté sur le tabagisme dépend du statut tabagique du répondant :

- les fumeurs sont moins dérangés que les non-fumeurs par le tabagisme des « blouses blanches » ($p=0,02$) ;
- les fumeurs sont moins nombreux à penser que ceux-ci ne donnent pas un bon exemple ($p=0,012$) et que c'est mauvais pour leur santé ($p=0,002$).

Cette évaluation d'un échantillon de consultants d'un centre de cancérologie confirme les attentes des patients fumeurs en matière d'aide à l'arrêt du tabac, pose la question de l'impact du tabagisme soignant sur la perception du risque pour la santé et renforce l'intérêt de mesures d'aide incluant patient et soignant.

P51-P125/1029

La chicha (narguilé)

C. May¹, C. Desaché²

Fumer le narguilé (ou chicha) est récemment devenu une mode qui a pris une ampleur extraordinaire.

À une image d'exotisme, se rajoute l'idée trompeuse d'un effet « purificateur » du passage de la fumée dans l'eau du barboteur, si bien que nombreux sont ceux qui sont persuadés de l'innocuité de la pratique alors qu'ils sont convaincus de la nocivité du tabagisme.

Une enquête récente réalisée en Ile-de-France (Pr B. Dautzenberg) a montré que 53 % des élèves de 16 ans ont déjà fumé la chicha, 79 % à 19 ans. À 17 ans, ils sont près de 30 % à la consommer régulièrement.

Au-delà de la mode, le narguilé est une opportunité commerciale inespérée pour l'industrie du tabac qui a vu se dégrader l'image de la cigarette auprès des jeunes (produit considéré comme polluant et cher). Grâce à cet engouement, elle peut continuer à recruter de nouveaux jeunes consommateurs.

À l'occasion de la Journée mondiale sans tabac (31 mai 2008) dont le thème était « Jeunesse sans tabac », un poster a été réalisé conjointement par RST28 et la CPAM 28 : il dément les idées reçues sur la chicha et permet, de façon simple, d'en appréhender les effets nocifs. Ce support est disponible en téléchargement sur le site du CESEL. Il peut être reproduit et diffusé librement sans modification.

¹CPAM 28, Réseau Santé ou Tabac 28, Chartres ²Réseau Santé ou Tabac 28, Chartres



CONTACTS

Société française de tabacologie

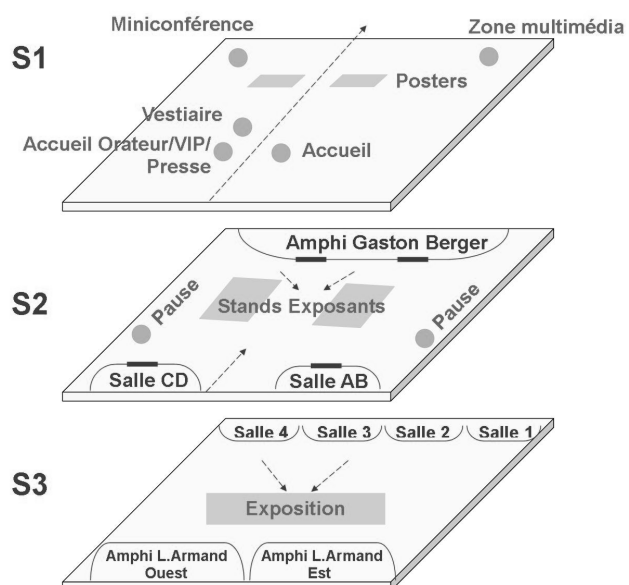
c/o Princeps Éditions
64 avenue du Général de Gaulle
92130 Issy-les-Moulineaux
Tél. : 33 (0)1 46 38 24 14
princeps.gdumas@orange.fr
<http://societe-francaise-de-tabacologie.com>

Office français de prévention du tabagisme OFT Entreprise

66 boulevard Saint-Michel
75006 Paris
Tél. : 33 (0)1 43 25 19 65
Fax : 33 (0)1 43 25 18 27
info@oft-asso.fr
www.oft-asso.fr

© Société française de tabacologie, 2008.

Plan des trois niveaux du Centre des congrès de La Villette – Implantation des espaces du 2e Congrès de la SFT



Index auteurs

A

Abdennbi · 44
Abitbol · 21
Adam De Villiers · 50
Alao-Fary · 45
Alcouffe · 29
Amiel · 52
Amrioui · 24
Andrès · 45
Appelfield · 44
Atsou · 24
Aubin · 1, 8, 9, 25, 34
Aubry · 29
Audouin-Peltier · 50
Ayot · 18

B

Badin De Montjoye · 18
Baratta · 24
Basdevant · 20
Baud · 13
Baudouin · 13
Beaucreux · 17, 44
Beck · 17, 31
Becker · 14
Becquemin · 36
Bénard · 16, 47
Benhaddi · 25
Benhamou · 52
Benyamina · 42
Béraud · 13
Berda · 10
Berlin · 1, 26, 29, 32, 33
Berna · 44
Bernard · 19, 39
Bertholon · 36
Beurrier · 24
Billotte · 21
Birkui · 12, 39, 44
Biver-Dalle · 21
Bloch · 52
Boccalon · 13
Bohadana · 37, 43
Bonnet · 49
Borrero · 39, 52
Bottelin · 18
Bouchard · 13
Bouffard · 18
Bouhidel · 30
Boulot · 9, 10
Bounecerl · 30
Bousquet · 15, 30, 50
Boute Makota · 14, 16, 17, 23, 26, 36, 41, 46
Boutigny · 6
Brandstatter · 52
Bresson · 29
Bricout · 30

Brognon · 23
Brousse · 14, 16, 17, 23, 26, 36, 41, 46
Brugiere · 16, 17, 18, 23, 26, 33, 36, 41, 46
Bruncher · 45
Bura-Rivière · 13, 28

C

Cambou · 13, 28
Cannone · 43
Carluer · 32
Charbonneau · 31
Chiles · 37
Chouaid · 24
Churlaud · 29
Clauzel A.-M. · 10, 32
Clauzel I. · 10, 32
Coppel · 49
Cornuz · 20, 34
Cottry · 25
Courtet · 46
Cousin · 25
Cupissol · 32
Cuvello · 43

D

Da Silva · 15, 31
Darcy · 51
Dauchy · 52
Dautzenberg B. · 1, 7, 12, 26, 27, 29, 36, 37, 38, 39, 41, 43, 44
Dautzenberg E. · 6, 47
Dautzenberg M.-D. · 39
Daver · 12
Dazy · 38
De Chazeron · 38
Decelle · 15, 25, 31
Déchelotte · 16, 17, 44, 47
Delarue · 49
Delaye · 32
Delchanidis · 29, 43
Deltour · 37
Denis · 32
Derbez · 38
Deruelle · 29
Desaché · 48, 52
Dessene · 18
Dewitte · 29
Diakhaté · 36
Diguët · 10
Djoufelkit · 50
Doly · 15, 16, 17, 23, 26, 33, 36, 41, 46
Du Cheyron · 31
Duboc · 15, 25, 31
Dubois · 51
Dudoit · 43

Dumont · 25
Dumontet · 16, 47
Duno · 15
Dupont · 14, 42, 52
Dupré · 35
Durif · 38
Dutertre · 37

E

Edel · 49
Édouard · 24
English · 25, 31
Espiaud-Marçais · 9

F

Fermanian · 22
Fossoux · 48
Fruchart · 24

G

Galanti · 35
Gally · 17
Gay · 50
Gerber · 45
Germaini · 37
Gillet · 14, 43
Giraudeau · 32
Godard · 46
Gomez · 6
Goncalves · 45
Gorwood · 30
Grangé · 1, 20
Grigioni · 16, 17, 44, 47
Grogna · 7
Guérin · 14
Guichenez · 32, 35, 36, 37, 40, 41
Guillaume · 46
Guillaumin · 14

H

Harf · 40
Hejblum · 24
Heno · 51
Henry · 17
Houdoyer · 50
Houfflin-Debarge1 · 29
Humair · 39, 52
Huneau · 15, 25, 31
Huteau · 15, 30, 50

I

Iatchev · 26, 36
Imbert · 21

J

Jacob · 29, 35, 37, 52
Javelot · 24, 48
Jollant · 46
Joule · 45
Jubert · 35

K

Kalamarides · 14
Karila · 8
Kharbachi · 51
Kupferschmid · 39, 52

L

Labro · 28
Ladner · 17, 44
Lagrué · 18
Laime · 15, 16, 17, 23, 26, 33, 36, 41, 46
Lanteri · 19
Larinier · 14
Laur · 12, 49
Laurent · 8, 40
Le Faou · 1, 9
Le Foll · 19
Le Houezec · 8
Le Maître · 45
Le Strat · 8, 30
Lemaire · 15, 16, 17, 18, 23, 26, 33, 36, 41, 46
Lemercier · 16, 17, 44, 47
Lemonnier · 50
Lépine · 52
Letourmy · 29
Llorca · 14, 16, 17, 23, 26, 36, 38, 41, 46
Lucidarme · 31

M

Mac Leod1 · 18
Maes · 12
Magne · 17
Mandhouj · 15, 25, 31
Marché-Wilson · 22
Marie · 12, 43
Marteau · 51

Martin · 15, 25, 31
Martinet · 37, 43
Martini · 45
Mathis · 41
May · 52
Mbengue · 45
Meier · 6
Meignan · 14
Mercier · 9
Meurisse · 24
Mgabou · 26
Monard · 6
Monsarrat · 29
Montalegre · 13, 28
Moreau · 14
Moyou-Mogo · 13
Mur · 29

N

Nguyen C. · 50
Nguyen D. · 12
Nguyen P.-N. · 42
Nitenberg · 28
Noël · 39, 44
Nonnenmacher · 48

O

Osman · 1, 38, 39, 41, 43
Oualid · 41

Oudjehih · 30

P

Paille · 43
Palhol · 13, 28
Panet · 38
Paulin · 15, 25, 31
Peiffer · 1, 9, 25, 41
Pelle · 6
Penfornis · 39
Perriot · 12, 14, 15, 16, 17, 18,
23, 26, 33, 36, 38, 41, 46
Pettiaux · 25
Pibourdin · 12, 49
Picard · 18
Pithon · 46

Q

Quantin · 1, 15, 22, 46

R

Raherison · 48
Ramos · 30
Rampillon · 10
Raphaël · 45
Rasson · 25
Réfabert · 20

Robert · 35, 40
Rouzaud · 50
Rubal · 44

S

Schmitt · 14, 16, 17, 23, 26, 36,
41, 46
Similowski · 36
Slama · 22
Solesse · 25
Spinosa · 37
Stengel · 41
Stoebner-Delbarre · 9, 10, 25,
30, 32, 50
Storme · 29

T

Tassin · 19
Thézenas · 9
Thomas D. · 1, 20, 25, 26, 28
Thomas N. · 37
Thouvenin · 43
Touraine · 44
Traore · 37, 38, 41
Trosini-Désert · 36
Tyrode · 37

V

Valleron · 24
Valpromy · 48
Vannimenus · 31, 38
Vaysse · 28
Verlin · 6
Vicaud · 25
Vila · 22
Visier · 1, 21, 26, 41
Vorspan · 52

W

Weber · 12
Wemaere · 12
Westphal · 48
Wilquin · 43
Wirth · 37, 43

X

Xavier · 1, 8, 22, 30

Z

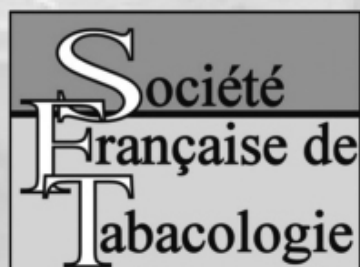
Zuck · 41

3^e CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TABACOLOGIE

26 et 27 novembre 2009

Centre des congrès Le Quartz • Brest

Tabac et santé?



Renseignements

CBT Coordination bretonne de tabacologie
02 98 22 30 38

SFT Société française de tabacologie
<http://societe-francaise-de-tabacologie.com>