

La tabacologie sur mesure

10^e congrès national de la Société francophone de tabacologie

3-4 novembre 2016, Lille

Une sélection de communications

Tabagisme et genre

Différences de genre dans l'initiation du tabagisme

H. Kuendig (Lausanne, Suisse)

La question du genre apparaît de nos jours omniprésente dans les états des lieux épidémiologiques relatifs aux comportements tabagiques dans les sociétés occidentales. Le constat est souvent simple : avec des courbes épidémiques comparables, mais légèrement décalées dans le temps et de magnitudes différentes, les hommes sont d'une manière générale plus fréquemment consommateurs de tabac que les femmes, les disparités enregistrées étant toutefois sujettes à variations, notamment en fonction de l'âge.

Cette intervention a eu pour but d'introduire sous un angle purement épidémiologique la thématique du tabagisme et de son initiation, en mettant en exergue la question des différences de genre. Sur la base de constats épidémiologiques simples, elle devait permettre au public de se forger une première idée, d'une part, de la pertinence de cette thématique dans la perspective de mesures de prévention ou d'aide à l'arrêt et, d'autre part, de son importance en écho aux questions de l'influence du marketing sur les comportements d'initiation au tabagisme (deux thèmes soulevés par les autres intervenants de la session). Des références à des données européennes ont complété la présentation de données détaillées émanant d'enquêtes épidémiologiques conduites en Suisse.

Les influences du genre dans le rapport à la santé des fumeuses et fumeurs diabétiques : résultats d'une recherche qualitative

A. Georges (Lausanne, Suisse)

Les études épidémiologiques montrent que le genre est l'un des facteurs structurant la relation des personnes au tabac.

Pour aller plus loin, le recours aux méthodes qualitatives est utile car il permet d'appréhender davantage les dynamiques personnelles et culturelles à l'œuvre derrière ces résultats. Pour comprendre davantage les modalités d'interaction entre tabac et genre dans une population locale, nous avons conduit une enquête qualitative auprès de 33 personnes diabétiques de type 2 fumeuses ou anciennes fumeuses fréquentant la Policlinique médicale universitaire de Lausanne (Suisse). La présentation a proposé une réinterprétation des résultats de cette étude avec un accent spécifique sur l'impact du genre.

Dans un premier temps, les principaux bénéfices et affects positifs reportés par les patients diabétiques vis-à-vis de leur consommation de tabac ont été présentés. Dans un deuxième temps, la manière dont les répondants se positionnent vis-à-vis de l'arrêt du tabac a été abordée. Cette partie de la présentation a pris pour canevas les trois principes déterminants du modèle *Information-motivation-behavioral skills* de Fisher. Dans cette présentation, nous nous sommes demandé dans quelle mesure les hommes et les femmes de cet échantillon ont un rapport spécifique au tabac. Nous avons tenté d'identifier les motifs récurrents qui émergent en lien avec le genre dans ses diverses dimensions (personnelles, relationnelles, sociales et politiques).

En guise de discussion, nous sommes revenus sur ces résultats dans une perspective analytique afin d'esquisser quelques pistes sur l'apport d'une analyse sensible au genre pour penser une tabacologie plus adaptée à la personne, à ses ressources, son contexte, ses expériences passées et ses comorbidités (par exemple le diabète).

Peut-on envisager une intervention d'aide à l'arrêt du tabac ou une prévention genrée ?

C. Clair Willi (Lausanne, Suisse)

Le genre est un déterminant social de la santé. Sa non-prise en compte peut conduire à des biais et à une mauvaise prise en charge médicale. Dans le domaine de la tabacologie (comme pour d'autres addictions), l'adage "*one fits all*" ne convient pas et il est d'usage de personnaliser la prise en charge en fonction des spécificités cliniques mais également personnelles des patients. Le genre est un déterminant important, toutefois peu d'études ont testé des interventions d'aide à l'arrêt du tabac adaptées au genre. Il existe différents niveaux de prise en compte du genre dans une intervention qui peut aller d'une intervention qui perpétue les inégalités de genre, qui est aveugle au genre, qui est sensible et spécifique au genre, voire *gender transformative* c'est-à-dire qui va adresser les causes des inégalités hommes-femmes et travailler à transformer les rôles et normes de genre sources de disparités en santé.

Dans cette présentation, nous avons passé en revue les quelques études qui ont mis en place et testé des interventions d'aide à l'arrêt du tabac genrées. Nous avons vu dans quelle mesure et avec quelle intensité le genre a été pris en compte. Nous avons également vu si cela était efficace et conduisait à de meilleurs taux d'arrêt du tabac ou à une meilleure acceptation de l'intervention. Finalement nous avons parlé d'une étude en cours, dans laquelle nous avons analysé et utilisé les données d'une étude qualitative s'intéressant aux spécificités de genre d'une population diabétique de type 2 pour adapter une intervention d'aide à l'arrêt du tabac. Nous avons présenté quelques données pilotes de l'étude randomisée et contrôlée visant à tester l'efficacité de cette intervention. Finalement, nous avons abordé la question de la prévention et étudié dans quelle mesure les messages de prévention tiennent compte de la dimension du genre. En comparaison à l'industrie du tabac, qui exploite brillamment et de longue date les normes de genre, nous avons vu que, dans le domaine de la prévention, les messages sont plus rarement adaptés au genre.

Industrie du tabac et de la cigarette électronique, un marketing genré

J. Olivier (Lausanne, Suisse)

Introduction : la publicité en faveur de la cigarette électronique, sévèrement limitée en France depuis le 20 mai 2016, est actuellement en plein essor aux États-Unis. Cela suscite un débat animé qui s'articule autour des enjeux de la réduction des risques, de la menace de renormalisation du taba-

gisme et de l'initiation des jeunes au vapotage.

Objectifs : cette étude a pour but d'explorer les stéréotypes des genres féminin et masculin employés de nos jours pour vendre la cigarette électronique, et de les comparer avec des publicités vantant par le passé la cigarette traditionnelle.

Méthode : une sélection de 355 publicités pour la cigarette électronique, représentatives de la question du genre, a été effectuée dans la base de données de l'École de médecine de Stanford. Celles-ci ont été analysées dans une perspective de sciences humaines, en se fondant essentiellement sur les travaux du sociologue Erving Goffman.

Résultats : l'analyse de ce corpus a permis de mettre en exergue de nombreux stéréotypes de genre classiquement utilisés dans la publicité. Les femmes sont de taille inférieure aux hommes et sont souvent représentées dans une attitude de soumission. Belles, jeunes et minces, elles symbolisent un certain idéal de la féminité. Contrairement aux hommes, la plupart d'entre elles sont peu vêtues, voire nues, ce qui contribue à réifier leur corps. Les thèmes typiques de la publicité des cigarettes conventionnelles visant les femmes – minceur, élégance, relaxation – sont bien documentés dans le corpus. La virilité des modèles masculins s'exprime de manière caractéristique par la pilosité, la musculature et l'exploitation de sujets comme la guerre, le sport, l'aventure et les conquêtes féminines. De plus, ils sont sur-représentés dans les rôles de médecin et de scientifique. Finalement, on relève des activités de sponsoring genrées, entre autres pour des défilés de mode et des sports mécaniques.

Conclusion : les multiples stéréotypes de genre véhiculés par la publicité de la cigarette électronique sont non seulement susceptibles de rendre ce produit davantage attractif, mais ils contribuent aussi à miner l'égalité entre femmes et hommes. En raison de la controverse liée à l'éventuelle utilisation de la cigarette électronique par la jeunesse, ce type de publicité s'avère donc problématique.

Tabagisme actif et passif dans les troubles de santé pédiatriques

Tabagisme actif des adolescents atteints de maladies respiratoires chroniques

V. Godding (Bruxelles, Belgique)

Le tabagisme débute le plus souvent à l'adolescence. En Belgique en 2014, 17 % des 15-17 ans et 30-31 % des 18-34 ans étaient fumeurs. Plusieurs études montrent que le tabagisme actif à l'adolescence, par des jeunes jusqu'alors en bonne santé, est associé à un risque accru de symptomatologie respiratoire chronique (toux, wheezing), d'hyperréactivité bronchique, d'inflammation des voies aériennes. De plus, le tabagisme à l'adolescence est associée à l'interruption des activités sportives. Enfin, le suivi prospectif de jeunes hollandais a montré une association entre l'existence de symptômes dépressifs et l'apparition d'une dépendance à la nicotine. Plusieurs études ont montré que les adolescents atteints de

maladie chronique (AMC) ont un risque accru d'anxiété ou de dépression. Ces AMC sont particulièrement vulnérables aux comportements à risque, et en particulier au tabagisme et au cannabis, tant au niveau respiratoire et métabolique, qu'au niveau psychique. L'adhérence au traitement est affectée négativement par l'initiation de conduites à risque à cet âge. Pour ces raisons, le tabagisme est susceptible d'aggraver le pronostic et d'altérer la qualité de vie des AMC et de leur famille.

La prévalence du tabagisme actif chez les AMC est mal connue. Les registres allemand et autrichien du diabète rapportent 5 % de fumeurs de 11 à 15 ans, 28 % de 15 à 20 ans parmi les adolescents atteints de diabète de type 1. Nous avons rapporté les résultats d'une étude nationale, menée au sein des sept centres de référence pour la mucoviscidose en Belgique. 78,8 % des patients suivis dans ces centres ont accepté un dosage de cotinine urinaire. 4,5 % des patients avaient une cotinine urinaire supérieure à 100 ng/ml ; l'âge moyen de la première cigarette était de 16,4 ans. 41 % de ces fumeurs fumaient aussi du cannabis. Leur niveau d'anxiété montrait une association significative avec leur concentration de cotinine urinaire.

La responsabilité des professionnels de la santé impliqués dans le suivi des AMC comporte la gestion des facteurs de risque, dont le tabagisme. Le suivi des enfants et adolescents atteints de maladie chronique devrait inclure une démarche éducative spécifique, une évaluation systématique du tabagisme actif (application de la règle des 5A adaptée), ainsi qu'un accompagnement tabacologique spécifique au sein du service spécialisé.

Exposition au tabagisme passif et trouble du comportement chez l'enfant

J. Chastang (Nogent-sur-Marne), G. Ibanez

Objectif : le but de cette étude était de rechercher un lien entre l'exposition au tabagisme passif pré- et post-natale et l'apparition de troubles du comportement chez l'enfant.

Méthode : nous avons analysé les données portant sur 5 221 enfants d'âge scolaire dans six villes de France. L'exposition au tabagisme passif pré- et post-natale était évaluée à l'aide d'un questionnaire remis aux parents. Les troubles du comportement de l'enfant étaient évalués en utilisant un questionnaire validé : *Strength and difficulties questionnaire* (SDQ), rempli par les parents. Ce questionnaire mesure les troubles des conduites et les troubles émotionnels des enfants.

Résultats : l'exposition au tabagisme passif en période pré- et post-natale, mais aussi en période post-natale uniquement était associée à des troubles du comportement chez les enfants exposés. Les troubles émotionnels étaient liés à l'exposition au tabagisme passif pendant les périodes pré- et post-natales avec un OR de 1,72 (95 % CI = 1,36-2,17), alors que cet OR était estimé à 1,38 (95 % CI = 1,12-1,69) en cas d'exposition post-natale uniquement. Les troubles des conduites étaient liés à l'exposition au tabagisme passif pendant les périodes pré- et post-natales avec un OR de 1,72 (95 % CI = 1,40-2,11), alors que cet OR était estimé à 1,30

(95 % CI = 1,09-1,55) en cas d'exposition post-natale uniquement. Les variables d'ajustement utilisées étaient l'âge, le sexe, l'origine ethnique, l'âge de l'enfant, le niveau d'éducation parental, la présence d'un asthme et le fait d'être un parent célibataire.

Conclusion : l'exposition au tabagisme passif augmente le risque de troubles du comportement chez les enfants d'âge scolaire.

Parents fumeurs : comment les accompagner vers le sevrage ?

R.M. Rouquet (Toulouse)

Les conséquences du tabagisme passif (tabagisme "in utero") et du tabagisme expositionnel sont telles chez le fœtus et chez l'enfant exposé au tabagisme expositionnel que la prise en charge du tabagisme parental devient un objectif majeur. Pour ce qui concerne le tabagisme expositionnel, on rappellera que sa toxicité résulte des substances de la fumée secondaire (*second-hand smoke*) mais aussi de la "troisième fumée" (*third-hand smoke*).

Le tabagisme expositionnel est responsable de morts prématurées d'enfants par asthme et infections respiratoires basses en particulier. Öberg et al. estiment qu'environ 40 % des enfants sont exposés ; sur les 603 000 décès attribués au tabagisme expositionnel en 2006 dans le monde, 28 % concernaient des enfants. Le rôle des soignants dans l'identification systématique des parents fumeurs (où ?, quand ?, comment ?), dans la sensibilisation à l'intérêt du sevrage et enfin dans l'aide à l'arrêt semble évident.

Une analyse de la littérature a été présentée sur quelques stratégies qui pourraient être efficaces pour motiver les parents à s'engager dans un sevrage. Cependant, plusieurs difficultés sont rencontrées, à la fois liées aux parents (niveau socio-économique, co-addiction, comorbidité psychiatrique, famille monoparentale...), mais aussi liées aux soignants (défaut de formation, ne se sentent pas concernés, idées préconçues...). Des pistes d'amélioration ont été présentées et proposées.

Impact de l'exposition prénatale au tabagisme sur les fonctions neurophysiologiques du nouveau-né

A. Leke (Amiens), É. Strepahn-Blanchard, K. Chardon, S. Delanaud, V. Bach, F. Telliez, P. Tourneux

L'exposition tabagique prénatale altère le développement du système nerveux central des nouveau-nés et pourrait entraîner des perturbations du contrôle des fonctions autonomes nécessaires au maintien de leur homéostasie. La naissance représente une véritable crise fonctionnelle au cours de laquelle les systèmes nerveux central et périphérique du nouveau-né doivent être capables d'assurer l'intégrité des fonctions neurovégétatives lors du passage du milieu maternel protégé à l'environnement extra-utérin.

Nous avons étudié les effets de l'exposition tabagique in utero sur le sommeil, le contrôle chimique de la ventilation, l'activité du système nerveux autonome chez le nouveau-né pré-

maturé. Nos résultats montrent qu'une exposition tabagique prénatale altère la structure du sommeil des nouveau-nés prématurés, qui est caractérisé par des diminutions du temps total de sommeil (- 18 %) et de la durée relative de sommeil calme (- 34 %), ainsi que par une augmentation de la durée relative de sommeil agité (+ 15 %) (Stephan-Blanchard et al. *Sleep*. 2008).

Nous avons observé que l'exposition prénatale au tabagisme maternel a des effets négatifs sur le contrôle chémosensible de la ventilation : les enfants exposés au tabac présentent une diminution de l'activité tonique des chémorécepteurs périphériques en sommeil agité (- 24 %) et un temps de réponse prolongé en sommeil calme (+ 34 %). Ceci est associé à des augmentations de la durée moyenne des épisodes apnéiques avec désaturations (+ 24 %) et du temps total passé en apnée (+ 29 %).

La nature de ces dysfonctionnements est en faveur d'une modification des régulations centrales par l'exposition tabagique in utero, impliquant une perturbation du sommeil et une altération du contrôle ventilatoire (Stephan-Blanchard et al. *Clinical Neurophysiology*. 2016).

L'activité du système nerveux autonome (SNA) évaluée par l'analyse spectrale de la variabilité de la fréquence cardiaque montre un déplacement de la balance sympathovagale avec diminution du tonus parasympathique au profit du tonus sympathique (Stephan-Blanchard et al. *PlosOne*. 2013)

Ces résultats soulèvent la question des répercussions de ces perturbations au cours d'une étape critique dans le développement, sur la vulnérabilité de ces enfants à court, moyen et long termes avec un risque de "programmation fœtale" des maladies chroniques de l'adulte.

Les adolescents cibles

L'usage de la cigarette électronique chez l'adolescent : quels sont les mécanismes sociaux sous-jacents ?

P.F. Dancoine, É. Dancoine-Gentina (Cysoing)

Le nombre d'adolescents expérimentateurs de la cigarette électronique en France est passé de 9,6 % en 2012 à 40 % en 2014. Les adolescents ont une utilisation accrue de cigarettes électroniques et les chercheurs en addictologie ont des difficultés à cerner la complexité des motivations sociales sous-jacentes à ces comportements de consommation de cigarettes électroniques.

L'objectif de cette recherche était de développer un modèle intégrateur de la consommation de la cigarette électronique, par la modélisation des équations structurelles, auprès d'un échantillon de 666 adolescents âgés de 13 à 18 ans. Ce modèle étudie l'effet conjoint d'un ensemble de mécanismes sociaux expliquant l'initiation et l'usage de la cigarette électronique chez les adolescents français : la pression des pairs, le leadership d'opinion en matière de cigarette électronique, l'isolement et les stratégies de *coping*.

Les adolescents leaders d'opinion, ainsi que les adolescents sensibles à l'influence des autres tendent le plus à vapoter.

Au contraire, les adolescents isolés sont ceux qui vapotent le moins. L'adolescent qui a les capacités de développer une stratégie de *coping* centrée sur la vengeance, en matière de cigarette électronique, a plus de moyens de défense pour savoir renoncer à l'initiation et à l'usage de la cigarette électronique. Les résultats de notre travail montrent également le rôle modérateur du genre : chez les garçons, l'usage de la cigarette électronique répond à un besoin de maintenir une position centrale et stratégique au sein du groupe de pairs ; alors que chez les filles, l'usage de la cigarette électronique répond à un besoin d'approbation de leur groupe de pairs.

Notre travail soulève des implications importantes pour les organismes gouvernementaux (Ministère de la santé) et les établissements publics visant à prévenir les risques associés à la cigarette électronique chez les adolescents lycéens.

Un outil pédagogique pour combattre l'industrie du tabac dans son initiation au tabagisme des adolescents "pré-fumeurs", "apprentis" et "fumeurs"

B. Dautzenberg (Paris)

Un outil simple est proposé pour aider les adolescents et les adultes à comprendre la façon de penser de l'industrie du tabac pour inoculer en trois stades la dépendance tabagique à des jeunes qui ne fument pas. Entrer dans le cerveau de l'industrie du tabac aide à mieux comprendre les facteurs de l'initiation du tabagisme et les combattre.

L'outil est basé sur l'un des tableaux d'un mémorandum de la compagnie de tabac RJ Reynolds écrit en 1973 pour organiser le lancement d'une nouvelle marque de cigarette destinée spécifiquement à attirer les jeunes en tabagisme.

L'interprétation par l'industrie du tabac des facteurs positifs ou négatifs nécessaires pour accroître le marché du tabac est coté de --- à +++ (NB : l'industrie considère tous les facteurs augmentant le nombre de fumeurs comme des facteurs positifs pour leur marché/activité).

Une version en français du document de l'industrie du tabac permet à un animateur d'aider des jeunes à entrer dans la peau de cette industrie.

Il existe plusieurs manières pour utiliser ce document, mais la plus efficace est probablement de l'étudier en petits groupes : un animateur demande de répondre successivement à des questions spécifiques conduisant à explorer chacune des cases du tableau dans sa version vierge avant de découvrir les réponses de l'industrie du tabac reportées dans le document.

Pratiques addictives des adolescents

J.C. Suris (Lausanne, Suisse)

L'adolescence est un temps d'expérimentation et de recherche de sensations où les jeunes testent leurs propres limites. C'est aussi la période où les parents perdent de l'influence que reprennent les pairs. Les pratiques addictives font partie de ces expérimentations.

Dans le cas des substances, ce sont les produits légaux (tabac

et alcool) les premiers à être utilisés et ceux qui, éventuellement, vont ouvrir la porte à l'usage des substances illégales. Bien que la plupart de ces comportements ont une durée limitée dans le temps, dans certains cas, ils peuvent mener à un abus, voire une dépendance.

L'objectif de cette présentation était de décrire les pratiques addictives à l'adolescence, ainsi que leur lien avec le tabagisme.

Stratégies des industriels du tabac envers les adolescents

P. Diethelm (Genève, Suisse)

Dans son discours officiel, l'industrie du tabac prétend ne pas vouloir que les enfants fument, précisant que son produit est destiné aux adultes qui ont décidé de fumer. En réalité, les compagnies de tabac ont développé des stratégies très élaborées de promotion de leurs produits auprès des adolescents, dont leur discours officiel est, paradoxalement, une composante.

L'industrie du tabac et ses agences de publicité ont déterminé que la meilleure façon de promouvoir la cigarette auprès des adolescents est de présenter l'acte de fumer comme une activité réservée aux adultes, dont le caractère est moralement ambigu. L'accès à la cigarette doit être rendu difficile pour les adolescents afin d'augmenter l'attrait du produit en soulignant son caractère transgressionnel et d'en maximiser l'effet de "rite de passage à l'état adulte". La cigarette doit aussi être présentée comme un fort marqueur de l'appartenance à un groupe. Elle doit enfin être associée à une prise de risque.

Cette stratégie de marketing a même permis aux cigaretteurs d'organiser des campagnes de promotion du tabagisme chez les jeunes déguisées en campagnes de prévention du tabagisme, comme c'est le cas de la campagne YSP (*Youth smoking prevention*) organisée conjointement par plusieurs multinationales du tabac.

La campagne *Be Marlboro* lancée en 2012 par Philip Morris dans une cinquantaine de pays, dont la Suisse et l'Allemagne, offre une bonne illustration de cette stratégie de marketing auprès des adolescents. Le tabagisme dans les films joue aussi un rôle important de renforçateur de cette image du tabagisme rituel destinée à attirer les adolescents vers le tabac, particulièrement dans les pays où tout autre forme de publicité pour le tabac est interdite, comme la France.

Comment améliorer les résultats du sevrage tabagique ?

Prendre en charge le craving ?

J. Perriot (Clermont-Ferrand)

Le tabagisme, par la forte dépendance qu'il induit, est une maladie chronique marquée de rechutes fréquentes, fatales deux fois sur trois. La difficulté de l'arrêt et du maintien dans l'abstinence justifie l'accompagnement du sevrage des

fumeurs dépendants.

Syndrome de sevrage et *craving* : à la phase initiale de l'arrêt, les fumeurs dépendants éprouvent un syndrome de sevrage d'autant plus marqué que le niveau de dépendance à la nicotine est élevé ; il est associé à une envie irrépressible de fumer (*craving*). Si la sensation de manque s'atténue progressivement, en revanche, le *craving* est tenace, constituant une cause de reprise tardive du tabagisme. Le *craving*, composante essentielle de toute addiction, met en jeu recherche de récompense, soulagement et perte de contrôle. Lors de l'arrêt du tabac, il est prédicteur du risque de reprise.

Prise en charge du *craving* : elle conjugue le plus souvent un ensemble de moyens dont les TCC, la pratique de l'exercice physique et les médicaments d'aide à l'arrêt du tabac (traitement nicotinique de substitution, bupropion, varénicline). D'autres thérapeutiques agissant plus directement sur le *craving* (topiramate, etc.) dans le cadre d'une prise en charge globale du fumeur peuvent faciliter son contrôle ; à ce titre, il y a une place pour les stratégies de réduction de consommation et l'usage de la cigarette électronique. Dans le futur, des médicaments impacteront mieux les récepteurs impliqués dans son mécanisme permettant sa régulation.

La prise en charge du *craving* constitue l'un des enjeux de la stratégie d'aide à l'arrêt du tabac ; son objectif est de faciliter l'arrêt et le maintien dans l'abstinence, ainsi que la qualité de vie du fumeur pendant le sevrage tabagique.

Proposer l'exercice physique ?

M. Underner (Poitiers)

Parmi les moyens non médicamenteux d'aide au sevrage tabagique (ST), l'activité physique (AP) peut représenter une aide potentielle. Elle réduit les affects négatifs et la prise de poids lors du ST. Parmi 18 études randomisées contrôlées (ERC) comprenant une AP aérobie (en endurance) ou isométrique (contraction musculaire contre résistance), 17 mettent en évidence l'efficacité de l'AP pour diminuer le *craving* tabagique.

Une seule étude réalisée chez des adolescents ne met pas en évidence l'efficacité de l'AP pour réduire le *craving* ; la durée et/ou l'intensité insuffisante de l'AP pourrait en être la cause. Dans une étude, le délai de reprise de la première cigarette est significativement retardé (de 17 minutes en moyenne) pour la séance avec AP, comparativement à la séance témoin. L'effet de l'AP est identique ou supérieur à l'effet aigu des gommes de nicotine. Dans une étude, l'effet bénéfique des gommes de nicotine sur le *craving*, comparativement au placebo, ne persiste pas au-delà de 10 minutes, soit une durée inférieure ou égale à celle de l'AP (effet bénéfique pouvant persister jusqu'à 20 minutes après l'arrêt de l'AP – Underner et al. *Rev Mal Respir.* 2016 Feb 3). En revanche, parmi 17 ERC ayant pour objectif principal l'arrêt du tabac et comportant un suivi des patients d'au moins six mois, quatre seulement mettent en évidence un intérêt de l'AP dans l'arrêt du tabac, deux d'entre eux ne montrant pas de bénéfice au-delà du programme d'AP.

L'AP ne peut donc pas être considérée comme un moyen

d'aide à l'arrêt du tabac. Toutefois, l'hétérogénéité des études induit un biais méthodologique important (Underner et al. *Rev Mal Respir.* 2015 ; 32 : 1016-33). Le conseil de pratiquer une AP devrait donc être intégré au programme de ST.

Suggérer une phase de réduction initiale ?

P. Nys (Bruxelles, Belgique)

Cet exposé s'est décliné de façon "pratico-pratique" pour permettre d'intégrer ces données dans nos consultations au quotidien.

Quelles sont les données, en quelques traits, que l'on peut extraire de la littérature actuelle en termes de réduction, que ce soit avec les substituts nicotiques, le bupropion et la varénicline. Quelle est la place de la cigarette électronique et comment l'intégrer dans notre pratique ?

Comment pouvons-nous en pratique de tous les jours nous mettre ces données à profits pour créer une dynamique qui conduit le patient d'une démarche de réduction de consommation à une démarche arrêt ? Par quels moyens allons-nous dynamiser cette démarche en consultation d'aide à l'arrêt ?

Pathologie cardiovasculaire et tabac

Le risque cardiovasculaire du tabagisme n'est pas paritaire

D. Thomas (Paris)

Le tabagisme est le facteur de risque (FDR) cardiovasculaire (CV) dont la prévalence a le plus évolué chez la femme depuis 30 ans. Il est devenu le FDR dominant de la femme non ménopausée. Une femme qui fume annule la protection CV dont elle bénéficie étant une femme.

On assiste en France à une augmentation des infarctus du myocarde (IDM) chez les femmes de 35 à 65 ans. Celle-ci a été de + 5 % par an entre 2008 et 2013 entre 45 et 55 ans, évolution corrélée avec celle du tabagisme féminin. Le risque relatif (RR) d'IDM est d'autant plus important que les sujets sont jeunes, mais ce risque est encore plus important chez la femme ($\times 8$) que chez l'homme ($\times 5$) chez les moins de 50 ans. Il en est de même de la fraction attribuable au tabagisme qui à tous âges est de plus de 70 % chez la femme contre 50 % chez l'homme.

Une méta-analyse montre en moyenne + 25 % de RR de maladie coronaire chez les fumeuses par rapport aux fumeurs (RR = 1,25 (1,19-11,32) ; $p < 0,001$). Les mécanismes susceptibles d'expliquer cette différence ne sont pas clairs. Cette méta-analyse n'a pu déterminer le rôle de la contraception œstroprogestative dans cette différence.

Ce surcroît de risque CV est retrouvé également pour les accidents vasculaires cérébraux. Par ailleurs, une évolution de l'incidence de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, de l'anévrisme de l'aorte abdominale et de la dissection aortique est également constatée en France ces dernières années chez les femmes.

Le tabagisme est le FDR vers lequel doit prioritairement s'orienter la prévention chez la femme si l'on veut modifier l'évolution actuellement inquiétante de sa prévalence et de ses conséquences CV.

Tabagisme et hypertension artérielle

C. Mounier-Vehier (Lille), I. Madikaa, C. Vannimenus, D. Thomas

L'hypertension artérielle (HTA) et le tabagisme sont deux facteurs de risque modifiables majeurs de l'athérosclérose et des accidents cardio-neurovasculaires. L'HTA est le premier facteur de risque de l'accident vasculaire cérébral. Le tabac a un impact plus puissant sur l'accident coronaire, l'anévrisme aortique, l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs.

Le tabagisme peut-il favoriser ou aggraver l'HTA ? Le tabac peut induire des élévations transitoires et modérées de la pression artérielle (PA) et de la fréquence cardiaque par activation du système nerveux sympathique. Celui-ci est impliqué dans les variations à très court terme de la PA. Parallèlement, le tabac favorise le vieillissement et la rigidité artérielle, impliqués dans l'HTA permanente. Le tabac favorise l'augmentation de la vitesse de l'onde de pouls. Ces modifications structurelles des artères sont impliquées dans la genèse et l'aggravation d'une HTA à prédominance systolique. En cela, le tabac peut être considéré comme un facteur favorisant l'apparition ou l'aggravation de l'HTA. De plus, le tabac peut contribuer au développement de sténoses artérielles rénales athéromateuses, autres causes aggravantes d'HTA.

L'HTA, comme le tabac, est un facteur de risque plus néfaste chez la femme que chez l'homme en interférant avec l'effet vasculaire protecteur des œstrogènes naturels. À la ménopause, la carence en œstrogènes va favoriser la rigidité artérielle, l'apparition d'un syndrome métabolique et potentialiser les effets néfastes du tabac.

Enquête sur la prise en charge du sevrage tabagique par les cardiologues français

O. Stora (Nantes)

Le tabagisme, responsable de nombreuses pathologies et d'une mortalité prématurée chez les utilisateurs actifs et passifs, est un facteur de risque majeur de pathologie cardiovasculaire. Les cardiologues sont particulièrement concernés par le tabagisme de leurs patients, en prévention primaire ou secondaire. Quelles sont leurs connaissances, leur implication, leur prise en charge du sevrage tabagique ?

Nous avons actualisé une enquête réalisée chez les cardiologues français, portant sur les connaissances et la prise en charge du tabagisme, la première réalisée en 1993 par le Pr D. Thomas auprès de 730 cardiologues, la seconde en 2007 auprès de 371 cardiologues par le Pr V. Aboyans.

Sur 210 réponses, on retrouve environ 20 % de cardiologues formés, 33 % de prescriptions régulières de substituts nicotiques, moins de 20 % de prescriptions de bupropion ou varénicline, des opinions très diverses sur la cigarette électronique, et 63 % de recours aux tabacologues.

Connaît-on les risques et les bénéfices de la cigarette électronique ?

Impact toxicologique de la cigarette électronique

A. Garat (Lille), S. Antherieu, N. Beauval, M. Soyez, G. Garçon, D. Allorge, J.M. Lo Guidice, B. Appenzeller, M. Fischer

Apparue il y a quelques années, la cigarette électronique ou e-cig pourrait constituer une aide au sevrage tabagique par substitution nicotinique. Elle compte de plus en plus d'adeptes ou "vapoteurs" : en 2014, on évaluait à plus de 3 %, la proportion de la population française utilisant quotidiennement une e-cig. Le principe de fonctionnement de l'e-cig est la vaporisation par chauffage d'un e-liquide composé majoritairement de propylène glycol et de glycérol, contenant plus ou moins de nicotine et un ou plusieurs arômes. Présentée comme une alternative moins nocive à la consommation de tabac, l'utilisation de l'e-cig soulève de nombreuses questions quant à son impact potentiel sur la santé.

À l'heure actuelle, peu de données sont disponibles sur la toxicité des e-cigs. Devant la diversité des produits et des méthodes d'évaluation utilisées, il est difficile de confronter toutes les données publiées, notamment en ce qui concerne les analyses physicochimiques et les études in vitro réalisées. Certains auteurs mettent en avant une plus faible exposition aux composés toxiques chez les vapoteurs par rapport aux fumeurs. D'autres auteurs font état de potentiels effets délétères de l'utilisation de l'e-cig sur l'immunité ou la croissance chez la souris, et sur les fonctions pulmonaires à court terme chez l'homme. Cependant, les effets d'une exposition sur le long terme demeurent inconnus.

Ces dernières années, notre équipe a mis en place un projet visant à comparer la toxicité de l'e-cig à celle de la cigarette conventionnelle. Le premier volet du projet reposait sur l'analyse physico-chimique d'e-liquides et des vapeurs issues de ces e-liquides, l'objectif étant de vérifier la composition annoncée en propylène glycol, glycérol et nicotine, et de détecter et quantifier d'éventuels contaminants (éthylène glycol, hydrocarbures aromatiques polycycliques, aldéhydes, pesticides et métaux). Le second volet du projet consistait à évaluer la toxicité potentielle des vapeurs d'e-cig sur des cellules épithéliales bronchiques humaines cultivées en interface air/liquide et exposées de manière réaliste à l'aide d'une machine à fumer. Même si notre étude ne présage pas de l'innocuité du vapotage, les résultats préliminaires obtenus montrent que les vapeurs générées par les e-liquides testés ne renferment pas, en quantité significative, de composés toxiques et n'affectent pas in vitro et à court terme la viabilité de cellules bronchiques humaines.

Les émissions de produits suspects par les cigarettes électroniques en utilisations normale et extrême

B. Dautzenberg (Paris)

Les émissions des cigarettes électroniques peuvent contenir des produits potentiellement toxiques qui peuvent être désirés (la nicotine) et provenir des e-liquides, de la dégradation des

e-liquides ou des cigarettes électroniques. Il est important de les connaître, de connaître les conditions de ces émissions à des niveaux toxiques et de s'en prévenir si nécessaire.

Le contrôle des ingrédients des e-liquides tels que définis dans la norme AFNOR XP90-300-2 prévient la présence de la plupart des substances indésirables dans les émissions, liées à l'utilisation d'ingrédients de mauvaise qualité contenant des impuretés ou d'ingrédients impropres à utiliser dans les e-liquides.

La nicotine émise vient des e-liquides. Une cigarette électronique en bon fonctionnement est capable depuis 2012 de libérer plus de trois quarts de la nicotine mise dans l'e-liquide. Les aldéhydes (formaldéhydes, acétaldéhydes ou acroléine) ne sont pas présents, si ce n'est à titre de traces dans les e-liquides, mais peuvent être formés en cas de surchauffe. En fonctionnement normale, une cigarette électronique fonctionne comme une cocotte-minute, aussi longtemps que toute la surface de la résistance est recouverte d'e-liquide grâce à l'efficacité des mèches et une puissance de chauffe pas démesurément disproportionnée ; la vaporisation permet un contrôle parfait des températures, comme dans une cocotte-minute. En revanche, à la seconde où il n'y a plus de liquide, la température monte en flèche, libérant ces aldéhydes et émettant une épouvantable odeur de brûlé. Les nouveaux produits évitent mieux en 2016 qu'en 2014 cette surchauffe et les utilisateurs sont avertis. En absence de surchauffe, 200 bouffées standard d'une cigarette électronique libèrent beaucoup moins d'aldéhydes que la fumée du tabac et même que la quantité inspiré en restant 24 heures dans une pièce répondant aux valeurs guides de la qualité de l'air de l'ANSES !

Les métaux, en particulier des métaux lourds, ont été identifiés à des niveaux de traces et des niveaux préoccupants dans des circonstances exceptionnelles à niveaux plus élevés. Ces métaux proviennent de résistances de très mauvaise qualité. Ils ne doivent pas être présents à niveau significatif dans les émissions. Les contrôles en cours selon la norme AFNOR XP90-300-3 montrent que les émissions de 200 bouffées standard délivrent une masse de métaux très inférieure à ce qui est admis comme dose inhalable par jour avec les médicaments inhalés par les agences du médicament.

Le diacétyl est un produit qui donne un goût de beurre utilisé en particulier pour la fabrication du pop-corn. Ce produit peut provoquer des pneumopathies d'inhalation. Son utilisation comme ingrédient est interdit par la norme AFNOR XP-300-2, mais le produit peut être néoformé lors du chauffage, aussi il est justifié de le tracer dans les émissions. En absence de valeurs de référence pour l'air ambiant, on peut comparer les valeurs d'émissions de 200 bouffées standard aux valeurs "lieu de travail".

Protocole de l'étude "Efficacité de la cigarette électronique dans le sevrage tabagique.

Essai randomisé, multicentrique, contre double placebo comparant la cigarette électronique avec nicotine à la varénicline et à la cigarette électronique sans nicotine"

I. Berlin (Paris)

À ce jour, il n'existe aucun essai thérapeutique randomisé, en double aveugle contre produit de référence, de puissance suffisante, à comparaison directe, pour conclure que la cigarette électronique (CE) aide à arrêter de fumer ou non. Le protocole d'une étude PHRC national sera présenté. Environ 700 fumeurs seront randomisés dans trois groupes :

- Groupe A : CE sans nicotine et deux fois deux comprimés de placebo/jour ;
- Groupe B : CE avec nicotine et deux fois deux comprimés de placebo/jour ;
- Groupe C : CE sans nicotine et deux fois deux comprimés de varénicline 0,5 mg/jour.

Les traitements seront administrés pendant 13 semaines : une semaine avant la date d'arrêt, puis pendant 12 semaines. Le critère principal d'évaluation sera l'abstinence tabagique totale pendant les quatre dernières semaines de la période de traitement. Les participants auront un suivi à six mois après la date d'arrêt des cigarettes.

Deux hypothèses seront testées :

- 1) la CE avec nicotine est non inférieure à la varenicline ;
- 2) la CE avec nicotine est supérieure au double placebo (CE sans nicotine et comprimé placebo de varénicline).

Principaux critères d'inclusion : fumeurs à dix cigarettes par jour, motivés à arrêter (score > 5 sur une échelle de 0 à 10), pas d'utilisation de CE, substituts nicotiques, varénicline, bupropion pendant les six derniers mois, femmes en âge de procréer : contraception efficace.

Des visites 2, 4, 6, 8, 10, 12 et 24 semaines après la date d'arrêt seront programmées. L'abstinence tabagique sera évaluée par la déclaration du participant, CO < 8 ppm. La déclaration d'abstinence sera contrôlée par le dosage urinaire d'anabasine. Traitements : la CE à utiliser est choisie et achetée selon une grille d'évaluation fondée sur les derniers textes réglementaires. Un appel d'offres public de CE a été lancé en juillet 2016. Une seule concentration de nicotine est utilisée avec consigne d'adapter la nombre et la fréquence des bouffées selon les besoins. La varenicline est achetée chez le fabricant. Les placebos de varénicline sont manufacturés par un prestataire de service, ainsi que le conditionnement des traitements.

Balance bénéfices-risques de la cigarette électronique en population générale

C. Ben Lakhdar (Lille)

Sur la base d'une revue de la littérature et d'une série d'auditions des parties prenantes à la cigarette électronique en France, le HCSP s'est penché sur la balance bénéfices-risques de la cigarette électronique en population générale.

Alors que la littérature scientifique abonde, peu d'études robustes existent à ce jour, en particulier seuls deux essais cliniques randomisés comparent l'efficacité de la cigarette électronique dans le sevrage tabagique aux patchs nicotiques. Avec une efficacité à peine supérieure aux substituts nicotiques traditionnels, ce sont les perceptions et les pratiques des professionnels du sevrage tabagique et de la réduction des risques et des dommages qui éclairent sur l'utilité de ce nouveau dispositif de délivrance de nicotine.

Il ressort que la cigarette électronique peut être une aide à l'arrêt du tabac en plus d'un outil de réduction des risques et des dommages du tabagisme.

Ces bénéfices sont toutefois à relativiser en population générale. Des risques potentiels d'initiation nicotinique, d'une part, et de renormalisation de la consommation de nicotine fumée, d'autre part, invitent à pondérer la balance bénéfices-risques. Les représentations induites par le marketing opéré par les industriels laissent à penser la cigarette électronique non plus comme une aide à l'arrêt ou comme un outil de réduction des risques, mais bien comme un mode de délivrance de nicotine complémentaire au tabac. L'intrusion de l'industrie du tabac dans le secteur de la cigarette électronique laisse dubitatif quant à l'utilisation finale de ce dispositif.

Une réglementation et un encadrement clairs de la production, de la vente et de l'utilisation de la cigarette électronique devraient permettre de faire de la cigarette électronique un outil indiscutable de lutte contre le tabagisme, au risque, dans le cas contraire, de conforter une molécule addictive en circulation, dont les risques d'usage sont certes minimisés, mais favorables toutefois au tabac.

La place du tabagisme dans le dispositif addictologique

Interactions entre troubles du comportement alimentaire et sevrage tabagique

N. Simioni (Genève, Suisse), O. Cottencin

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) font référence à des conduites alimentaires qui sont à l'origine de troubles somatiques et/ou psychologiques. Les TCA les plus fréquents en population générale sont l'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie boulimique.

Chez les personnes souffrant de TCA, le tabagisme est souvent initié et/ou maintenu dans une optique de contrôle du poids. Contrairement à la co-occurrence entre conduites alimentaires problématiques et tabagisme, les interactions entre conduites alimentaires problématiques et sevrage tabagique sont peu étudiées. Ces interactions semblent pourtant avoir un intérêt en pratique clinique étant donné que les conduites alimentaires problématiques peuvent impacter les taux de succès du sevrage tabagique et que le sevrage tabagique, en lui-même, semble pouvoir aggraver des conduites alimentaires problématiques.

La fréquence de cette problématique semble par ailleurs non négligeable en pratique clinique puisqu'une étude évaluant la faisabilité du dépistage systématique des TCA chez des patients initiant un sevrage ambulatoire a estimé la prévalence générale des TCA dans cette population à environ 9 % et à au moins 18 % chez les femmes.

Malheureusement, il semble que le taux d'acceptation d'une orientation vers une consultation "TCA" spécialisée soit relativement bas et que la probabilité d'arrêt précoce de la démarche de sevrage tabagique soit très élevée dans cette

population.

Malgré la facilité d'implémentation d'un dépistage systématique des TCA dans un programme de sevrage tabagique, de plus amples études sur les interactions TCA-sevrage tabagique semblent donc nécessaires pour proposer des modalités de sevrage tabagique adaptées aux personnes identifiées comme souffrant de TCA.

La consommation de tabac dans les Hauts-de-France

L. Plancke (Lille)

En 2014, environ un tiers des jeunes de 17 ans déclare fumer du tabac quotidiennement en France ; ce niveau est en légère hausse par rapport à 2011, en France, mais pas dans les Hauts-de-France où il reste stable. Les ventes de cigarettes sont en baisse régulière entre 2004 et 2013 alors qu'augmentent celles de tabac à rouler ; simultanément, les achats en Belgique et en contrebande connaissent une forte hausse.

Les niveaux d'usage – toujours plus importants chez les hommes que chez les femmes – sont les plus élevés à 20-25 ans (une femme sur trois et plus de quatre hommes sur dix) ; ils décroissent ensuite avec l'âge : à partir de 55-64 ans, moins d'une personne sur cinq fume.

En 2013, les tumeurs de la trachée, des bronches et des poumons (TTBP) étaient à l'origine de 31 815 décès en Métropole, dont 3 063 dans les Hauts-de-France.

La mortalité prématurée par cette cause ne diminue pas et reste très supérieure dans la région : en 2013, le Nord-Pas-de-Calais occupait le 1^{er} rang et la Picardie le 11^e au sein des régions françaises d'alors. La mortalité masculine par TTBP a diminué de 25 % entre 1984 et 2013 en Métropole, mais a connu une explosion chez les femmes (+ 128 %) ; en région, les taux masculins connaissent une baisse plus marquée qu'en France (- 33 % vs - 25 %), tout en restant très supérieurs à ceux enregistrés nationalement.

Les niveaux d'usage de tabac des jeunes restent élevés, en France comme dans les Hauts-de-France, ce qui justifie de nouveaux programmes visant à diminuer l'incidence tabagique chez les collégiens et lycéens ; la mortalité masculine régionale par TTBP diminue, mais elle reste très supérieure à celle de la France. Les femmes, quant à elles, qui fument moins que les hommes, ont connu une forte hausse de leur mortalité par cette cause.

Étude du profil des utilisateurs d'inhalateurs électroniques de nicotine dans les services d'addictologie en région Nord-Pas-de-Calais

S. Balois (Lille), L. Spinosi, O. Cottencin, N. Messaadi

Les inhalateurs électroniques de nicotine sont devenus un véritable phénomène dont le rôle est encore mal défini. Certaines études montraient qu'ils étaient utilisés à des fins de sevrage tabagique. L'Organisation mondiale de la santé rappelle que l'on manque de données sur l'utilisation et l'impact de ces dispositifs.

Notre objectif principal était de dresser un profil des utilisateurs

d'inhalateurs électroniques de nicotine chez les patients suivis en service d'addictologie pour le traitement d'une addiction avec ou sans substance. Cette enquête transversale a été réalisée à l'aide d'un questionnaire confié aux médecins des services d'addictologie de la région Nord-Pas-de-Calais. Nous avons recueilli 741 questionnaires dans 14 centres. 144 patients étaient utilisateurs d'inhalateurs électroniques de nicotine et 97 % d'entre eux étaient fumeurs. Ils utilisaient leur dispositif principalement au domicile (89 %). Dans 63 % des cas, les inhalateurs électroniques étaient achetés en magasins spécialisés contre 61 % pour les e-liquides. 61 % utilisaient leurs inhalateurs électroniques dans le but de diminuer leur consommation de tabac et 52 % pour arrêter de fumer. 49 % des utilisateurs jugeaient leur dispositif nocif pour leur santé et 19 % le considéraient comme gênant ou nocif pour leur entourage. Les sujets plus jeunes les utilisaient significativement plus. Le fait d'être suivi pour sevrage tabagique multipliait par 2,5 le fait d'avoir recours à un inhalateur électronique. Le fait de l'utiliser entraînait une réduction du nombre de cigarettes fumées par jour, avec une moyenne passant de 23,7 à 10,2 cigarettes par jour. Plus cette réduction était importante, plus la consommation d'e-liquides augmentait.

Quelles représentations soignantes pour quelles prises en charge du tabac en psychiatrie en 2016 ?

R. Semal (Valenciennes)

Dix ans après la mise en œuvre de l'hôpital sans tabac en France, nos services de psychiatrie affichent encore une forme de négligence à l'égard du tabagisme. Malgré les études épidémiologiques sans appel sur le sujet, cette négligence apparente reflète ce qui a longtemps constitué une forme de tolérance culturelle dans cette spécialité médicale. Au-delà de l'apparence, ce phénomène, qui concerne en réalité l'ensemble de la communauté soignante, se confronte aussi en psychiatrie à la question du libre arbitre et de ses limites face aux risques d'aliénation autant à une pathologie qu'à une norme sociale. Ainsi, la politique "imposée" de lutte contre le tabac, malgré l'intérêt de santé publique indiscutable, semble avoir été assimilée par certains soignants à une forme de normativisme social.

Mais dans les faits, cette rhétorique libertaire se traduit par un déni du risque d'addictif pour nos patients, de leur vulnérabilité et de leurs difficultés à se mobiliser pour leurs démarches de soins. L'absence de prise en soin efficiente du tabac en psychiatrie s'appuie sur différents mythes renvoyant à des temps ultérieurs et sous la responsabilité d'autres spécialités médicales les effets délétères du tabac. Ce constat interroge l'élaboration d'une démarche intégrative pour les soins et la réduction des risques liés au tabac pour les patients souffrant de pathologies psychiatriques chroniques. La formation spécifique en psychiatrie, la question de la référence soignante et l'implication de la tabacologie au sein des services de psychiatrie ne peuvent être écartés.

Dans les faits, les patients souffrant de troubles psychiatriques présentent également des motivations pour se sevrer du tabac

et sont susceptibles d'y parvenir sous couvert d'un accompagnement adapté ; ceci, sans majoration de leurs troubles et avec un réel bénéfice en termes de qualité de vie. Psychiatre formé à la prise en charge tabacologique, ou équipe de tabacologie intégrée en psychiatrie, l'identification d'un référent soignant capable d'assumer cette dimension du soin semble indispensable. En portant un regard objectif et constructif, la richesse de nos réseaux de soins offre de multiples possibilités créatives à cette nécessaire démarche.

Le rôle du médecin généraliste, du pharmacien et du tabacologue dans la prise en charge du fumeur

Le rôle du généraliste

É. Drahi (Saint-Jean de Braye)

Notre communication est un retour d'expérience de 15 ans de sevrage tabagique réalisé en consultation de médecine générale (MG). La prévention est l'une des fonctions essentielles de la MG. La consommation de tabac est la principale cause de mortalité évitable en France. Les médecins généralistes sont donc concernés par ce problème, notamment parce qu'ils sont les soignants de premier recours, et par leur fonction de médecin traitant. Le dossier médical doit comporter le statut vis-à-vis des principales "consommations à risque" : tabac, alcool, autres substances...

Le conseil minimal est réalisable par tous les professionnels de santé. Il doit faire partie de la routine en consultation. Si la réponse à "voulez-vous que nous en parlions" est positive, la consultation doit se concentrer sur cette question, pour proposer une consultation dédiée.

Le travail se fait alors sur les croyances, les attentes, les pratiques de sevrage antérieures.

Dans ma pratique quotidienne, je propose au patient de remplir à son domicile le "Dossier de tabacologie" validé par la SFT. Un questionnaire adapté des colonnes de Beck permet de débiter avec le patient une construction positive de son sevrage. La consultation dédiée suivante dure environ une heure. La seconde consultation, plus courte, permet de faire le point sur les succès, les difficultés et de valoriser la démarche. La troisième consultation est dédiée à la prévention de la rechute. Le patient est invité à consulter pendant les six mois suivants, à un rythme personnalisé. Avec le temps, ma prescription d'aide pharmacologique s'est réduite et n'est présente que dans 20 % des cas. Plus de 80 % des patients sont abstinents à six mois.

Sevrage tabagique : positionnement du pharmacien... et des autres professionnels de santé

M.P. Sauvart-Rochat (Clermont-Ferrand)

En France, le positionnement du pharmacien évolue. Longtemps considéré comme "l'homme du médicament",

il s'est vu conforté dans des missions de santé publique par la Loi HPST de 2009 ; ces missions le positionnent alors en "acteur de santé publique". Elles peuvent se décliner aussi bien à des pathologies chroniques qu'à la prévention de facteurs de risque tels que le tabac. De plus, les campagnes nationales de prévention ou réduction du tabagisme, ainsi que le positionnement de l'Ordre national des pharmaciens et la mise à disposition par le Cespharm de nombreux outils d'informations ou d'accompagnement des fumeurs amènent les pharmaciens à s'impliquer de plus en plus.

En 2016, la France compte environ 55 000 pharmaciens d'officine qui sont à même de conseiller, accompagner ou orienter les 4 millions d'individus fréquentant quotidiennement les 21 500 pharmacies assurant un maillage territorial de proximité. Interlocuteur facilement accessible, connaissant souvent le cadre de vie et familial de son interlocuteur, le pharmacien d'officine se positionne en acteur de premier recours, pouvant intervenir en sevrage tabagique à des niveaux différents selon les caractéristiques physiopathologiques du fumeur. Cette action peut aussi être réalisée en concertation avec les autres professionnels de santé proches de l'officine, par exemple dans le cadre de protocole de coopération.

L'analyse de la situation française et sa comparaison à celles d'autres pays (prise en charge multidisciplinaire du fumeur, évolution des pratiques officinales, aménagement de l'officine, compétences nécessaires, reconnaissance de l'acte...) montrent que l'engagement des pharmaciens dans l'accompagnement du sevrage tabagique peut être amélioré, mais que lorsqu'il est présent, il est efficient.

Le rôle du tabacologue

N. Wirth (Nancy)

La prise en charge systématique des fumeurs est, à juste titre, un axe prioritaire du PNRT.

L'addiction au tabac étant l'une des plus puissantes et la fumée de tabac le facteur de risque de mortalité prématurée évitable le plus important en France avec 78 000 décès/an, celle-ci nécessite d'être traitée par les professionnels de santé au même titre que les autres addictions, et ce, à l'aide de prises en charge thérapeutiques spécifiques fondées sur les preuves. La prise en charge de la dépendance tabagique doit être systématique au même titre que celles des autres facteurs de risque sanitaire (HTA, diabète...).

Des professionnels de santé, appelés en France "tabacologues", ont souvent une activité exclusive en tabacologie. Leur mode d'exercice, leur compétence, leur efficacité et les freins rencontrés à leurs actions sont analysés.

L'ensemble des résumés des communications est accessible sur le site : societe-francophone-de-tabacologie.org