

- Dossier de tabacologie INPES remis à tous les étudiants
- Tout étudiant du DIU est fortement invité à s'inscrire à la Société Francophone de Tabacologie à l'obtention du diplôme et à l'IRAAT (Institut Rhône Alpes Auvergne de tabacologie) s'il habite dans la région (trois réunions par an prévus pour parler des nouveautés et des cas cliniques de tabac). SFT et IRAAT se trouvent sur les sites internet
- Programme STEPS sur le site de la SFT à voir absolument

Diplôme Inter Universitaire de Tabacologie Année 2017-2018

Docteur Marie Malécot tabacologue
mmalecot@ch-stjoseph-stluc-lyon.fr

Dr Marie Malécot

Hôpital St Joseph St Luc
Hôpital cardiologique de Bron
Centre Départemental d'Hygiène et de Santé (CDHS)
de Vaulx en Velin et de Villeurbanne

Je déclare avoir été consultante pour les laboratoires Pfizer, GSK, Novartis, Pierre Fabre Santé et Mac Neill et participé à des conférences organisées par les laboratoires Pfizer, Pierre Fabre Santé, GSK, Novartis et Mac Neill dans le domaine du tabagisme

Je déclare ne jamais avoir été payé par l'industrie (cigarette électronique ou du tabac)

Dr Marie Malécot, tabacologue

Plan de la journée

9H30-16H45

- **Représentations travaux en groupe** : 9H30-12H30
 - Les principes de l'addictologie.
 - Les comportements de consommation de substances psychoactives.
 - L'alliance thérapeutique
- **Le produit tabac** : 14H-15H30
 - Les composants de la fumée de cigarette et leurs effets.
 - Tabagisme passif
- **Le cannabis**
- **Généralités sur la dépendance** : 15H45-16H45

Dr Marie Malécot Tabacologue



Diapositive
Programme STEPS

17 avril 2014, H&L C. 2014, www.gut.ca/vernauld.9/Trj/pa/ga/prevention-et-risque_30

Plus de 210 morts prématurées évitables/jour

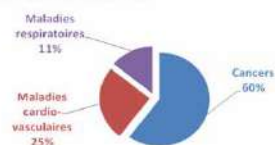
Décès attribuables au tabac en France, en 2010

- **78 000 décès** *1 décès sur 7*
 - 59 000 chez les hommes *1 décès sur 5* (35 à 69 ans : 1 décès sur 3)
 - 19 000 chez les femmes *1 décès sur 14* (35 à 69 ans : 1 décès sur 7)

- **1/2^e à 2/3^e** fumeur(s) régulier(s) meur(en)t de complications liées à son (leur) tabagisme

* Doll R. BMJ 2004; 329: 959-68; ** Banks et al. BMC Médecine 2015; 13: 263

Causes de décès



- Tabac : 1^{ère} cause de cancer

- 31 % des décès par cancer : hommes : 44% ; femmes : 13 %
- 44 % des décès entre 35 à 69 ans : hommes : 58% ; femmes : 20%

Diapositive
Programme
STEPS

Présentation et tour de table

Qui êtes-vous ?

Vos prénoms : Emeline (infirmière Grenoble) cabinet de médecin généraliste; Carolina (infirmière Grenoble) cabinet médical de médecins généralistes; Bertrand (médecin de santé publique Creuzot, Dijon); Emmanuelle (infirmière, conseillère de santé Feurs, éducation nationale); Céline, Grenoble, interne en médecine générale; Corinne, pharmacien d'officine St Etienne); Laurence, diététicienne Livron sur Drome); Karen, pharmacienne clinique Champvert Lyon; Alexandra, médecin pneumologue, Dunkerque; Guillaume, interne médecine du travail St Etienne; Peggy sage femme Clermont; Morgane, Sage femme Hôpital Mère enfant Lyon (future libérale, association mouvement du nid); Marine, sage femme à l'hôpital Mère enfant Lyon; Maud, sage femme Rillieux la pape; Coline, diététicienne Grenoble CHU; Claudie prévention Ligue contre le cancer; Nadia, psychologue de prévention de la santé Ligue contre le cancer de Savoie; Marie, sage femme Voiron (Grenoble); Morgane Médecin généraliste, dispensaire Emile Roux; Karine infirmière au sein de Azalée (Grenoble). Mabila, CHU Tunis Tunisie; Nidhal Brioude CH

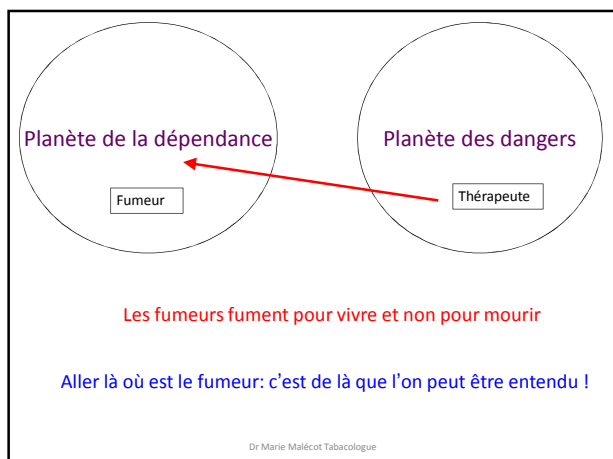
Dr Marie Malécot Tabacologue

QUESTIONS

- Qu'est-ce qu'un fumeur ?
- Devant un fumeur, qu'est-ce que je pense ?
- Qu'est-ce que je dis ?
- Qu'est-ce que j'aimerais pouvoir dire ?

Dr Marie Malécot Tabacologue

- 1) Quelqu'un qui fume, nombre (?), dépendant, consommateur de produits tabac (T.passif), occasionnel et social et quotidien, Produits (chicha, cannabis, tout type de combustion), différent du vapoteur pb de représentation), sans dépendant
- 2) Il faut l'aider/dépendance et fragilité, historique du tabac, qu'est ce qu'il veut aujourd'hui, message de prévention à minima, qu'est ce qu'il en pense, dépend du contexte, perte de chance
- 3) on peut réduire la consommation selon son besoin, proposer des SN pour la réduction et un suivi, s'enquérir de ce que veut le fumeur/arrêt et aide et info, raconter les arrêts antérieurs, encourager, le faux pas n'est pas une rechute et chaque tentative est un pas vers le sevrage définitif, exemples d'apprentissage autre qu'arrêt du tabac
- 4) Complications !!!! Pas aussi difficile et pas aussi insupportable qu'ils le croient ! Qu'ils ne vont pas prendre 40 kg, sauf s'ils mangent. Quel dommage ! Ils se mettent en danger. Reflète un niveau social bas. Jugement Peine perdue, c'est foutu surtout ds les polyaddictions.



Aller là où est le fumeur !

Questions ouvertes

- Le tabac, c'est important pour vous : dans quelles situations ?
- Quels sont vos avantages à fumer ?
- Comment ça a commencé pour vous ?
- Qu'est ce que cela vous fait ?
- Qu'est ce que vous voulez faire avec votre consommation de tabac ?

Dr Marie Malécot Tabacologue

Éléments de réflexion

- Les fumeurs fument pour vivre et non pour mourir. Cela veut dire que le fumeur a d'abord des avantages à fumer avant de ressentir des inconvénients
- Les avantages à fumer sont immédiats, les inconvénients sont différés
- Dépendance veut dire disparition de la maîtrise et impuissance de la volonté face au produit

Elisabeth LARINIER médecin tabacologue

Arrêter de fumer : un apprentissage

Les traitements aident ou facilitent l'apprentissage de la vie sans tabac mais ne remplacent pas l'apprentissage.

Elisabeth LARINIER médecin tabacologue

N'inciter ni à l'arrêt, ni à la poursuite du tabagisme

- Ni inciter à l'arrêt (antipathie) , ni inciter à poursuivre la consommation (sympathie)
- Seul le désir du patient compte : pas de situation sociale ou clinique qui contre-indique durablement l'arrêt du tabac (exercice aveugle)
- Contre-indications temporaires : échéance intellectuelle proche. Risque suicidaire (là encore c'est le patient qui décide !)

Elisabeth LARINIER médecin tabacologue

Le cycle de Prochaska Di Clemente



Que faire et comment faire?

Dépistage systématique et conseil d'arrêt

Si le patient souhaite arrêter de fumer (stade de la décision ou préparation)

- Professionnel de santé = plus efficace (B).
- Accompagnement psychologique = base de prise en charge du patient (A).
- TNS = de 1er intention, Varécline ou Bupropion en 2ème intention
- Suivi hebdomadaire, puis mensuel pendant les 3 à 6 mois suivants (B)

Si le patient est ambivalent (stade de l'intention ou contemplation)

Explorer ambivalence et motivation

Si le patient ne souhaite pas arrêter de fumer (stade de pré-intention ou précontemplation)

- Réduction de la consommation (AE).
- Avec soutien thérapeutique par un professionnel de santé (B).
- TNS = substitut partiel ou total du tabac, à court ou à long terme (AE).

HAS : recommandations de bonne pratique octobre 2013 : Arrêt de la consommation de tabac Du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours

La pré-contemplation



Dr Marie Walicot Tabacologue

TEPS DEFINITION

Le conseil d'arrêt consiste à adresser à chaque fumeur lors de chaque contact un message COURT, PRECIS et SYSTEMATIQUE.

L'objectif de ce message est de faire comprendre :

- Qu'il est important d'arrêter totalement de fumer pour sa santé
- Que c'est possible
- Qu'une aide médicale peut être offerte

Dépistage systématique et conseil d'arrêt

FUMEZ VOUS ?

OUI

« Avez vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ? »
« Voulez vous en parler ? »

Remise d'une brochure INPES gratuite

OUI

« Je vous conseille d'arrêter de fumer »
Evaluer la motivation...

NON

« Je vous conseille d'arrêter de fumer »
« Savez vous qu'il existe des moyens pour vous aider ? »
« Je suis disponible pour en parler quand vous voulez »

NON

« Avez vous déjà fumé ? »
« Depuis quand avez vous arrêté ? »

Valoriser l'arrêt et faire exprimer les bénéfices

« Je suis disponible si vous craignez de rechuter »

HAS : recommandations de bonne pratique : octobre 2013

STEPS Le conseil d'arrêt pour tous les fumeurs

Définition

- Se renseigner systématiquement sur le statut tabagique de tout fumeur
- Recommander l'arrêt du tabac
- Informer sur les possibilités d'aide et l'efficacité de la prise en charge
- Orienter vers une prise en charge spécifique

Par tous les personnels de santé, pour tous les fumeurs

Le conseil d'arrêt doit être :

- Clair
- Ferme
- Personnalisé

Efficacité prouvée

- Le conseil d'arrêt multiplie par 3 le taux de sevrage à 6 mois

Plan de l'arrêt du tabac, 2010. Adapté de l'OMS, 2008. Modifié d'après le plan de l'arrêt du tabac, 2010, sous le patronage de l'OMS, 2010. © 2010, OMS. Tous droits réservés. Révisé en 2017, sous le patronage de l'OMS, 2017. © 2017, OMS. Tous droits réservés.

A Tableau 1. Recommandations de marche à suivre du dépistage à la prise en charge

Les questions à poser :

« Fumez-vous ? »

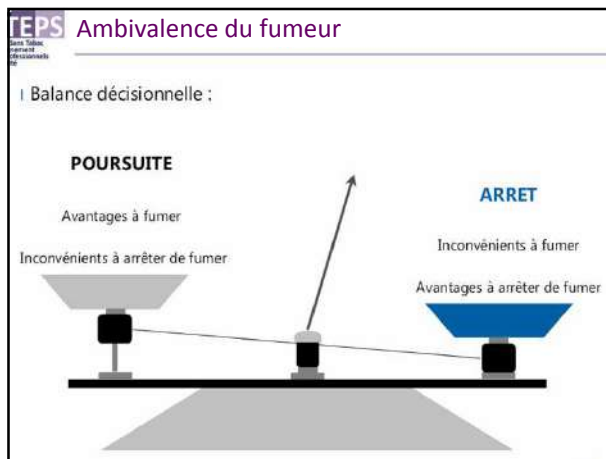
<p>SI OUI</p> <p>→ « Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ? »</p> <p>→ Proposer un dépliant/brochure sur les risques du tabagisme, les bénéfices de l'arrêt et les méthodes de sevrage.</p> <p>→ « Voulez-vous qu'on prenne le temps d'en parler ? »</p> <p>SI OUI – Plusieurs consultations peuvent être nécessaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Évaluer les croyances et les attentes du patient. → Évaluer l'usage et la dépendance. • Fumez-vous tous les jours ? • Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? • Depuis combien de temps ? À quel âge avez-vous commencé ? • Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ? • Avez-vous déjà tenté de diminuer ou d'arrêter de fumer ? <ul style="list-style-type: none"> → Conseiller d'arrêter. → Évaluer la motivation. 	<p>SI NON</p> <p>→ « Avez-vous déjà fumé ? »</p> <p>→ Si non : Le patient n'a jamais fumé.</p> <p>→ Si oui : « Pendant combien de temps ? »</p> <p>→ Puis : « Depuis quand avez-vous arrêté ? »</p> <p>SI NON :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Conseiller d'arrêter. → Informer. • Savez-vous qu'il existe des moyens pour vous aider à arrêter de fumer et à soulager les symptômes de sevrage ? <p>→ Laisser la porte ouverte : « Sachez que je suis disponible pour en parler quand vous le désirerez. »</p> <p>→ Proposer une approche de réduction accompagnée de la consommation dans un objectif d'arrêt.</p>
---	---

Le patient est en cours d'arrêt ou a arrêté de fumer depuis peu :

- lui faire exprimer les bénéfices de l'arrêt et les valoriser : « Vous avez pris une décision bénéfique pour votre santé. »
- évaluer les envies et leur gestion.
- laisser la porte ouverte : « Sachez que je suis disponible pour vous aider si vous craignez de rechuter. »

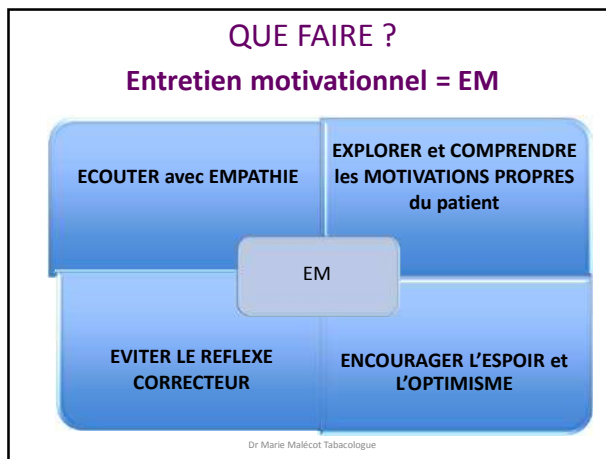
Le patient a arrêté de fumer depuis longtemps :

- laisser la porte ouverte : « Sachez que je suis disponible pour vous aider si vous craignez de rechuter. »
- y penser lors d'événements de vie à risque.



EPS Grands principes de l'aide motivationnelle

- Manifester de l'empathie
- Écouter, utiliser des questions ouvertes et reformuler certaines réponses
- Évaluer la confiance en soi du fumeur et la renforcer
- Rechercher les craintes liées à l'arrêt du tabac, les analyser
- Pointer l'ambivalence et les contradictions
- Susciter et renforcer le désir de changement



La préparation



Dr Marie Malécot Tabacologue

Fumeur en préparation

Ce fumeur se prépare à cesser de fumer mais est souvent inquiet des **difficultés qu'il rencontrera**

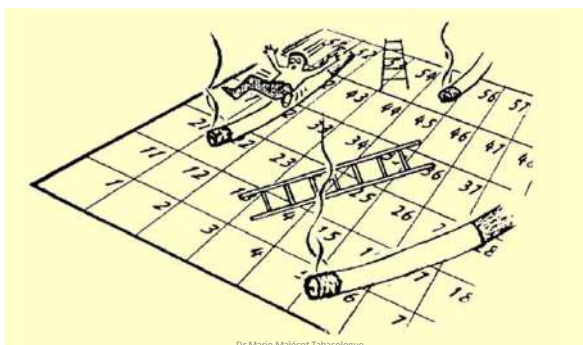
La motivation est là : oui, mais ...

Les freins à l'arrêt :

- Poids
- Dépression
- Stress...

Dr Marie Malécot Tabacologue

Action, maintien, rechute



Dr Marie Malécot Tabacologue

Fumeur en action

- Modifie activement son comportement, (deux premières semaines)
- Prend des mesures pour changer ses habitudes
- Se soucie de persévérer / cherche à obtenir un soutien des autres

Dr Marie Malécot Tabacologue

Fumeur en maintien

- Tente d'éviter une rechute
- Peut résister avec succès à toute envie de fumer

Dr Marie Malécot Tabacologue

La rechute

- Se sent souvent coupable et découragé
- 85 % retournent à l'étape de réflexion ou de préparation
- En moyenne quatre et six rechutes avant de cesser définitivement
- Événement normal / occasion d'apprendre et de mieux se préparer : le rechute est ...
...la règle !

Dr Marie Malécot Tabacologue

La réussite

Ce fumeur n'a plus la tentation de retomber dans l'ancien comportement

Mais, s'il peut passer plusieurs jours sans même penser à la cigarette, **prévenir que l'envie peut survenir n'importe quand !**

Dr Marie Malécot Tabacologue

CONCLUSION

- TOUT FAIRE POUR REVOIR LE PATIENT
45 % de non revus sur les stats du dossier de l'INPES
- Plus on les revoit, plus il y a de chances que ça marche
- Donc **alliance thérapeutique** lors de la 1^{er} entrevue

Dr Marie Malécot Tabacologue

Le produit tabac et le cannabis

Dr Marie Malécot Tabacologue

La fumée du tabac

Dr Marie Malécot Tabacologue

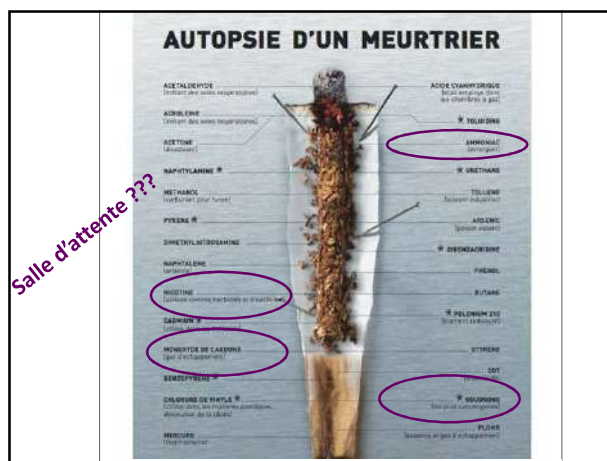
Les cours sont sur le site internet de l'IRAAT

Fumée de tabac : composition, effets

Objectifs :

- Permettre la compréhension des bases conceptuelles de la tabacologie
- Savoir donner des explications physiopathologiques quant aux dangers de la cigarette
- **Savoir répondre aux questions** des fumeurs et des autres...

Dr Marie Malécot Tabacologue



Consommer du tabac

- Cigarettes manufacturées
- Cigarettes roulées
- Cigares, cigarillos et pipe
- Snus, tabac à mâcher
- Chicha, narghilé
- Cannabis si tabac ajouté
- Tabac chauffé

Dr Marie Malécot Tabacologue

Equivalence effets délétères

PIPE ????

- 1 roulée = 2 manufacturées
- 1 cigare = cigarillos = 4 manufacturées
- 1 joint = 2,5 à 3 manufacturées
- 1 chicha = 40 manufacturées

Dr Marie Malécot Tabacologue

- Une cigarette = une usine chimique
- 4000 substances produites
- Aérosol, mélange de gaz et de particules
- Température pouvant atteindre 900°

Combustion incomplète = fumée
LA COMPOSITION DE LA FUMEE EST INCONSTANTE

Marie Malécot

Composition de la fumée selon le réglage des machines à tester les cigarettes

	Test standard :			Test intensif :		
	Bouffées de 35 ml en 2s chaque 60s			Bouffées de 47ml en 2,4s chaque 44s		
	Goudrons	Nicotine	CO	Goudrons	Nicotine	CO
Cigarette A	1	0,1	1	29	2,2	21
Cigarette B	1	0,1	2	15	1,1	24
Cigarette C	1	0,1	2	12	0,8	18

En mg/cigarette.
Source : DarraIKG. Sci total env 1988; 74 : 263-278

Dr Marie Malécot Tabacologue

MACHINE A FUMER!!!!



La fumée de la cigarette

- Combustion incomplète du tabac (800 à 900°)
- 4 000 substances différentes (après mise à feu !)
- Aérosol pénètre arbre respiratoire jusqu'aux alvéoles
 - Fines gouttelettes (phase particulaire) en suspension
 - Ds la phase gazeuse

J.Perriot : tabacologie et sevrage tabagique

Dr Marie Malécot Tabacologue

Composition de la fumée de tabac

- Contient plus de **4000 composants**
 - Plus de **250** sont **nocifs** dont **70** **cancérogènes** identifiés

Nicotine

PHASE PARTICULAIRE

Substances cancérogènes (hydrocarbures, dérivés nitrés, ...)

Substances irritantes (acroléine, ...)

Métaux (nickel, cadmium, ...)

Radicaux libres

PHASE GAZEUSE

Composés organiques volatils (aldéhydes, ammoniac, cétones, ...)

Alcaloïdes

Monoxyde de carbone

Diapositive Programme STEPS

Fumée de tabac

- Phase gazeuse :**
 - Azote, oxygène, CO₂, CO,
 - Composants organiques volatiles (ac.cyanhydrique, cétone, aldéhyde, ammoniac)
- Phase particulaire (95 % de fumée)**
 - Irritants (acroléine...)
 - Hydrocarbures aromatiques (benzopyrène...)
 - Métaux (nickel, cadmium, polonium...)
 - Alcaloïdes
 - Ac.cyanhydrique, aldéhydes, alcools, phénols, cétones, radicaux libres, nitrosamines, enzymes protéolytiques...

J.Perriot : tabacologie et sevrage tabagique Dr Marie Malécot Tabacologue

Les courants de la fumée

Courant primaire ou principal, inhalé par le fumeur
 Courant secondaire ou latéral issu du bout incandescent (3X goudrons, nicotine et CO/courant primaire)
 Courant tertiaire exhalé par le fumeur

Tabagisme actif = tous les courants

Courant tertiaire

Courant latéral ou secondaire

Courant principal

Tabagisme passif = secondaire et tertiaire

J.Perriot : tabacologie et sevrage tabagique Dr Marie Malécot Tabacologue

Fumée de tabac

Quatre groupes de substances

- Substances cancérogènes
 - Hydrocarbures aromatiques polycycliques (benzopyrène)
 - Irritants
- Substances irritantes : nombreuses
- Alcaloïdes (nicotine)
- Monoxyde de carbone (CO)

J.Perriot : tabacologie et sevrage tabagique Dr Marie Malécot Tabacologue

Nicotine et autres alcaloïdes

- Nicotine** = alcaloïde principal du tabac (90 % à 95 %), **responsable de la dépendance**
- Autres alcaloïdes
 - cotinine (métabolite et marqueur de nicotine), normicotine, myosmine)
 - Anabasine (marqueur non nicotinique), anatabine (effets mutagène et cancérogène)
 - Bétacarboline : Harmane, norharmane (**effet IMAO, impliqués aussi ds la dépendance**)

J.Perriot : tabacologie et sevrage tabagique Dr Marie Malécot Tabacologue

Absorption différente suivant l'administration

Principal responsable de la dépendance au tabac

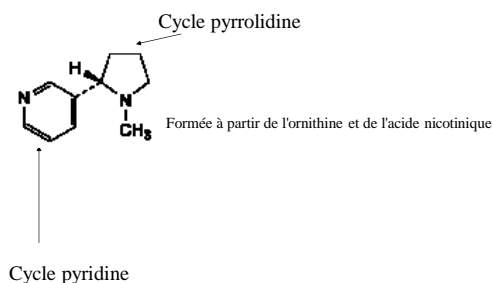
Pharmacocinétique différente en fonction de la forme d'administration

Absorption de la nicotine

- Alvéoles pulmonaires, en pH acide :
 - Cigarette
- Muqueuse buccale, en pH alcalin :
 - Substituts nicotiques
 - Pipe et cigare
- Peau :
 - Patch à la nicotine

Diapositive Programme STEPS

NICOTINE



Dr Marie Malécot Tabacologue

Le shoot de nicotine par la cigarette

Atteint le cerveau en moins de 10 secondes après le début de l'inhalation de la fumée

Un afflux rapide de nicotine au cerveau sous forme de « shoot »

- Responsable de la survenue de la dépendance
- Action renforcée par les additifs ajoutés au tabac par les fabricants :
 - ammoniac
 - théobromine (cacao)

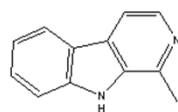
Diapositive
Programme STEPS

Nicotine = SPA Substance Psycho Active

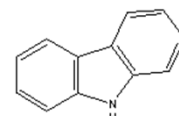
- Libération d'adrénaline, stimulation (augmentation de la pression sanguine et de la fréquence cardiaque, augmentation de la glycémie) **Surtout si effet shoot (7 secondes fumée de cigarette)**
- Accélération du transit
- Stimulation des récepteurs dopaminergiques (noyau accumbens) = **DEPENDANCE**

Dr Marie Malécot Tabacologue

LES CARBOLINES



HARMANE



NORHARMANE

Les carbolines = autres alcaloïdes du tabac

- **Effet IMAO** (effet sur MAO A>MAO B). Harmane plus actif que norharmane.
- Agoniste inverse récepteur GABA-A, opposé à l'effet des benzodiazépines (anxiogène, convulsivant, excitant, spasmogéniques, mnésiants)
- Inhibition de la cholinestérase

Pourrait expliquer d'autres voies de la dépendance

Dr Marie Malécot Tabacologue

Hydrocarbures polycycliques= goudrons

Il n'y a pas de goudron ds le tabac non fumé
Produit de la combustion (Benzopyrènes)
Action carcinogène associée aux irritants

cancérogènes

Dr Marie Malécot Tabacologue

Les irritants

- Acroléine, phénols, cétones, ac. cyanhydrique, aldéhydes
- Nitrosamines (responsable d'effet Kc ds le tabac non fumé : sauf SNUS = tabac non fumé suédois « dénitrosaminé »)

Provoquent une inflammation chronique des voies respiratoires, induit les lésions emphysemateuses, favorise les infections broncho pulmonaires

cancérogènes et irritants bronchiques

J.Perriot : tabacologie et sevrage tabagique

Dr Marie Malécot Tabacologue

Cadmium, métaux lourds et substances radio actives

- Cadmium (70 ans pour être éliminé...)
- mercure, plomb
- Polonium 210 (cancérogène)

Dr Marie Malécot Tabacologue

Monoxyde de carbone

- Gaz incolore, inodore, produit de toute combustion incomplète, responsable de l'hypoxie
- Se fixe sur l'hémoglobine (CO + HB) des globules rouges, diminue la capacité du sang à véhiculer l'oxygène (affinité pour le CO > 200 celle de l'oxygène)
- La demi vie de l'HBCO est de 6 Heures
- Quantité de CO inhalée est fonction de l'intensité de l'aspiration sur la cigarette, déterminée elle-même par le besoin en nicotine

contribue à la formation de la plaque d'athérome
« spasme et thrombose »

Dr Marie Malécot Tabacologue

EFFETS DU MONOXYDE DE CARBONE (CO)

→ Diminution de la capacité de transport d'O₂

- Affinité du CO pour l'hémoglobine 245 plus forte que celle de l'oxygène
- HBCO complexe stable

→ Toxicité endothéliale

- Oxydation des LDL
- Diminution de la production de NO
- Prolifération des cellules musculaires lisses

→ Altération de la fonction plaquettaire

→ Abaissement du seuil de fibrillation ventriculaire

Conséquences du CO chez la femme enceinte

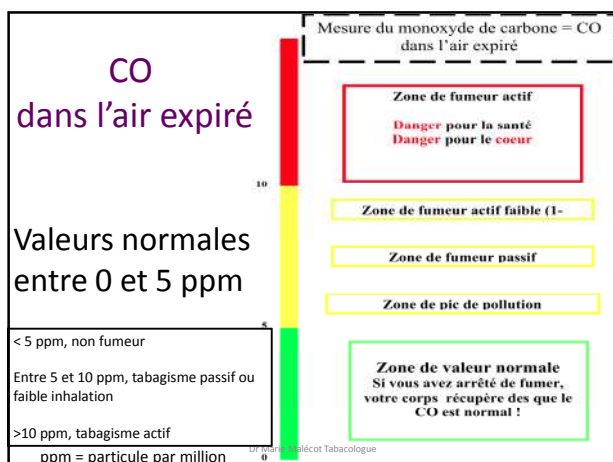
- Le CO passe la barrière placentaire, se fixe sur Hb fœtale
- Diminution de la quantité d'O₂ disponible
- Diminution de la pression partielle d'O₂ chez le fœtus et **hypoxie tissulaire chronique**
- Taux HbCO > 10 à 15% chez le fœtus
- Pas d'augmentation compensatoire des GR et Hb et Hte

Diapositive de Jean Perriot

Dosage de CO dans l'air expiré



Dr Marie Malécot Tabacologue



Dosage de CO dans l'air expiré

- Aide au diagnostic de dépendance nicotinique avec la mesure du CO dans l'air expiré
- Permet aux fumeurs de réaliser l'importance de l'intoxication (campagne de prévention), de renforcer l'arrêt (sevrage tabagique)

Dr Marie Malécot Tabacologue

Les additifs, objectifs cachés

Faciliter l'inhalation de la fumée, en la rendant plus douce. Cette fonction est particulièrement importante pour recruter une clientèle de femmes et de jeunes.

Augmenter la dépendance, en accélérant l'absorption de la nicotine, notamment au moyen de l'ajout d'ammoniaque.

Atténuer le caractère irritant et nauséabond de la fumée dans l'air ambiant (ex : Narghilé)

Quelques additifs

- Ammoniaque et urée : alcalinisent la fumée du tabac ce qui favorise l'absorption de la nicotine
- Les arômes : chocolat, sucres, miel, cacao, caramel, réglisse, menthol...
- Les arômes diminuent l'appétit du tabac (ex : chicha) et accrochent le fumeur à une marque de tabac

Tableau 1. Voies de potentialisation de l'effet de la nicotine

Diminution de l'irritation	Effet broncho-dilatateur	Augmentation de l'absorption
<ul style="list-style-type: none"> • Menthol • Sucres • Arômes • Acide lévulinique 	<ul style="list-style-type: none"> • Menthol • Réglisse 	<ul style="list-style-type: none"> • pH alcalin : ammoniaque, urée, acide lévulinique • Menthol • Acétaldéhyde

J.Cornuz
Rev Med Suisse
2009

Le cas particulier du menthol

- Présente même dans les cigarettes non identifiées comme mentholées
- Anesthésie locale, ↘ de l'irritation, ↗ douceur de la fumée = ↗ inhalation
- Séduisant pour les jeunes
- Effet synergique avec la nicotine : d'où action addictive efficace, notamment dans les cigarettes à faible teneur en nicotine

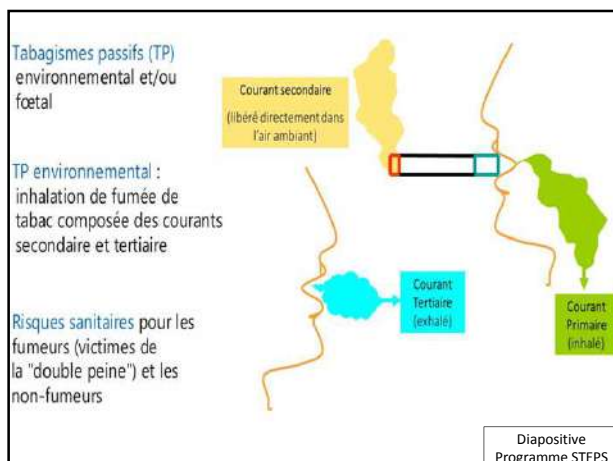
J.Cornuz Rev Med Suisse 2009



Tabagisme passif



- Le tabagisme passif est l'exposition à la fumée dans l'environnement (tabac des autres ou fumée environnementale)
 - Il est classé dans les produits carcinogènes par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) au même titre que l'amiante : c'est le cancérigène respiratoire auquel le plus d'employés français sont (étaient) exposés
 - Il est responsable de plus de décès par an que les accidents de la circulation
- Dr Marie Malécot Tabacologue



Composition de la fumée du TP différente de celle du tabagisme actif (TA), car température de combustion inférieure

Présence de nicotine, CO, goudrons, nitrosamines spécifiques du tabac, particules, ...

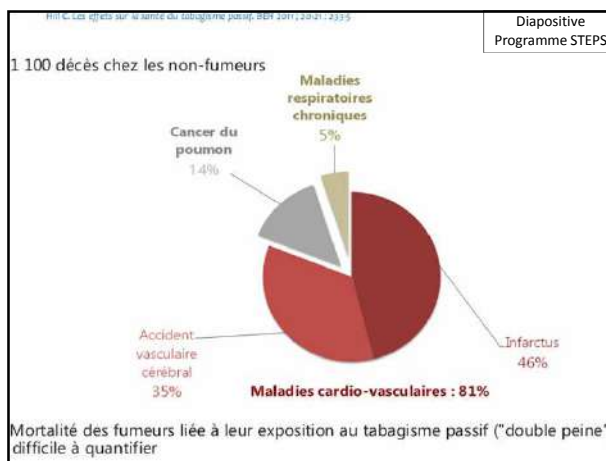
La fumée du TP est 2 à 6 fois plus cancérigène, à poids identique, que celle du TA

Ces produits sont retrouvés dans les urines des non-fumeurs exposés

La fumée reste présente dans une pièce pendant plusieurs heures/jours : « tabagisme de troisième main » lié au relargage dans l'air ambiant des particules toxiques qui se sont fixés sur les meubles, sols, ...

L'odorat est un mauvais marqueur d'exposition aux toxiques

Diapositive Programme STEPS



The New York University School of Medicine, 510 First Avenue, 10016 New York, NY 10016, USA
American Cancer Society, 1515 North Avenue Northeast, Atlanta, GA 30303, USA

Adultes

Évidences suffisantes
Pathologies coronariennes - Accident vasculaire cérébral - Cancer du poumon - Irritation nasale

Évidences suggestives
Athérosclérose - Cancer des sinus de la face, du pharynx et du larynx - Cancer du sein - BPCO - Accouchement prématuré - Diabète de type II

Enfants

Évidences suffisantes
Petit poids de naissance et mort subite de nourissons de mères exposées au TP environnemental
Affections de l'oreille moyenne - Symptômes respiratoires, fonction respiratoire altérée - Maladies respiratoires basses

Évidences suggestives
Lymphome - Leucémies - Asthme - Tuberculose - Affections allergiques (rhinites, dermatites, digestives) - Troubles de l'apprentissage - Déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

Diapositive Programme STEPS



Risque important pour des expositions courtes

- 1-7h/semaine
 - risque d'IDM augmenté de 25%
- > 22h/semaine
 - risque d'IDM augmenté de 60%

Teo KK. Lancet 2006 ; 368 : 647-58

Impact de l'interdiction de fumer dans les lieux publics

- Réduction du nombre d'admissions pour IDM d'environ 10%

Thomas D. Rev Prat 2012 ; 62 : 339-43
Mackay DF et al. Heart 2010 ; 96 : 1525-30

Diapositive Programme STEPS

Loi Evin - Décret Bertrand (15/11/2006) : interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif

Principaux lieux actuels d'exposition en France : le **domicile** et le **véhicule**

Rôle des professionnels de santé :

- | Informer de la toxicité des TP environnemental et foetal
- | Recommander de fumer à l'extérieur du domicile et du véhicule

Diapositive Programme STEPS



Effets sur le fœtus / l'enfant

Effets sur la mère

Évidences suffisantes
Grossesse extra-utérine
Détachement placentaire
Placenta praevia
Rupture prématurée des membranes

Évidences suggestives
Avortement spontané (< 20 semaines de gestation)

Évidences suffisantes
Retard de croissance intra-utérin
Naissance prématurée
Mortalité à la naissance
Mort subite du nourrisson
Malformations congénitales : Fentes labio-palatines

Évidences suggestives
Malformations congénitales
Pied bot, Gastroschisis
Communication interauriculaire
Trouble du comportement
Trouble de l'attention avec hyperactivité
Développement cérébral
Obésité ?

Autres formes de tabac

- Tabac non fumé : pas de tabagisme secondaire
- Chicha : risque très important (véritable intoxication au CO ds bar à chicha)
une chicha = 40 cigarettes
- Pour la e-cigarette* : pas de danger d'exposition à court terme. Long terme ????

*ACT : Alliance contre le tabac : recommandations 2017

BIBLIOGRAPHIE

- Tabac Actualités n° 54, INPES, octobre 2004
- Le tabagisme passif, La Documentation Française, mai 2001, rapport Dautzenberg
- 16ème Congrès européen de pneumologie 6 au 9 septembre 2006

Dr Marie Malécot Tabacologue

Nicotine, effets

- **Léthal** à forte dose, nausées, vomissements et mort par arrêt respiratoire
- Chez le fumeur, mithridatisation et/ou tolérance : peut supporter de grosses doses de nicotine

Dr Marie Malécot Tabacologue

PAUSE REPAS

Le rapport collaboratif

- Le thérapeute doit être (Carl Rogers 1952)
 - **Empathique** : branché sur le problème du patient
 - **Authentique** : à l'aise (y compris avec son malaise)
 - **Chaleureux** : trouver le patient sympathique
- Mais aussi...
 - **Professionnel** :
 - Disposer de techniques *et les utiliser !*
 - Savoir conceptualiser le cas (= savoir comment fonctionne son tabagisme en faisant raconter plusieurs exemples d'utilisation de la cigarette)
 - Évaluer les résultats (= qu'est ce qui marche pour diminuer/arrêter !)

Dr Marie Malécot Tabacologue

Les 4 R, base de l'alliance

- **Reformuler** :
 - C'est le vecteur de l'empathie
 - Le plus direct possible, même *mot-à-mot*: « Mon chat est mort, plus rien ne va ! » Thérapeute : « Mon chat est mort, plus rien ne va ! »
- **Recontextualiser** :
 - Permet de brancher le patient sur son problème
 - « C'est quoi le pire? » « Et la dernière fois c'était quand? »
- **Résumer** :
 - Permet de garder le cap. Clé magique *quand on ne sait pas quoi dire!*
 - « Je résume : vous êtes épuisé, au boulot ça ne va plus et avec vos enfants c'est la guerre. C'est bien ça? »
- **Renforcer** : C'est arroser ce que l'on veut voir pousser
 - Reconnaître inconditionnellement la souffrance du patient : « Votre chat est mort, c'est terrible ça! »
 - **Mais aussi, renforcer les réussites, si petites soient-elles** : « Vous ne fumez plus dans votre voiture, c'est un progrès ! »
- **Questions ouvertes**

Dr Marie Malécot Tabacologue

Les 4R, base de l' alliance

- Les 4R fondent et maintiennent le rapport collaboratif
- Permettent de passer des aspects relationnels au travail sur le problème
- Sans rapport collaboratif, la thérapie ne s' engage pas ou s' arrête
- **Les 4R c'est le 4x4 de la relation thérapeutique**
- On peut les entrainer en toutes circonstances!

Dr Marie Malécot Tabacologue

Jeu de rôle

- Groupe de trois
- Un observateur (fait 4 colonnes et met une croix chaque fois qu'il a remarqué 1 des 4R),
- Un patient : plutôt sympa !
- Un thérapeute : va essayer d'utiliser chaque R

Cannabis



Dossier INPES : questionnaire sur le cannabis chez tout patient fumeur

Consommation de cannabis

- 31 - Avez-vous fumé du cannabis au cours des **12 derniers mois** ? Oui - Non
- 32 - Si oui, combien de fois en avez-vous fumé au cours des **trente derniers jours** ?
 aucune fois 1 ou 2 fois entre 3 et 5 fois entre 6 et 9 fois
 entre 10 et 19 fois entre 20 et 29 fois - tous les jours

A quel âge avez-vous commencé ? _____

Si vous consommez d'autres produits ou substances, n'hésitez pas à en parler à votre médecin.

Cannabinoïdes

... un groupe de molécules lipophiles qui agit sur des récepteurs spécifiques (*agonistes des récepteurs cannabinoïdes*)

Trois groupes:

- Endocannabinoïdes (corps humain, animal)
- Phytocannabinoïdes (plantes)
- Cannabinoïdes de synthèse

1. Rappel historique de la plante de cannabis

- Cultivée (Himalaya) depuis - 5 000 an/BC
- A été utilisée pour ses vertus médicinales et psychotropes.
- Rôle de la religion « buveurs de Haschich »
- Napoléon et ses troupes en Egypte (interdiction de consommation)
- 9THC découvert en 1964
- 1960-70 : mouvement hippie (drogue douce) : 4 % de THC
- Actuellement THC peut atteindre 25 à 30 %

Pharmacologie

+ de 60 substances cannabinoïdes dont 2 PSA (=psychoactives)

- Le delta 9 Tétrahydrocannabinol (Δ -9-THC) principe actif, liposoluble, à l'origine des effets psychotropes recherchés par le fumeur
- Cannabidiol, qui atténuerait les effets du 9-THC

Cannabis = nom générique

• Formes

- Herbe = marijuana
- Résine = haschisch
- Huile

• La plus répandue

= cannabis sativa (chanvre indien)

• Principe actif

THC (Tétra-Hydro-Cannabinol), dont taux augmente > 15 % (contre 1-2 % années 60-70)

• Absorption

Joints (herbe et résine) cigarettes roulées + tabac, ou pipe à eau (bang)
Gâteaux (« space-cake »), infusions, vaporisation



Classé comme produit stupéfiant en France.

Usage

	Taux de Δ -9-THC [Reitox OEDT 2007]
Feuilles séchées « Herbe »	• 6-14 % • > 20% dans 5% des échantillons (« Skunk »)

	Taux de Δ -9-THC
Résine de cannabis, Haschich, « shit »	• 7-12% • > 20% dans 3,4% des échantillons

+ Cannabidiol

Effets cérébraux du cannabis

- Effets cérébraux du cannabis : interaction du Δ -9-THC sur les récepteurs cannabinoïdes cérébraux CB1

- Δ -9-THC : agoniste partiel

CB1 surtout SNC et
CB2 surtout périphérie



- Hippocampe
- Cervelet
- Cortex frontal
- Striatum
- Ganglions de la base
- Amygdale (Haring 2012)

2. Système endocannabinoïde physiologique

- Activés par des endocannabinoïdes synthétisés par le neurone postsynaptique

- N-arachidonylethanolamine = anandamide : agoniste partiel CB1
- 2-arachidonoyl glycerol (2AG) : agoniste CB1

- Le système endocannabinoïde intervient dans des processus biologiques clé comme le sommeil, l'appétit, la douleur et la mémoire

- Synthétisés à la demande, pas stockés en vésicules, libérés en petite quantité, dans des endroits bien définis et éliminés rapidement

Système endocannabinoïde physiologique

- Mécanisme général d'ajustement de l'activité neuronale (Haring 2012)

- Les systèmes endocannabinoïdes pourraient jouer un rôle important dans l'ajustement comportemental et émotionnel

- Notamment dans des situations de stress par ses interactions avec l'axe hypothalamo-hypophysé-surrénalien (axe « HPA »)

- Le système endocannabinoïde intervient dans des processus biologiques clé comme le sommeil, l'appétit, la douleur et la mémoire

- Synthétisés à la demande, pas stockés en vésicules, libérés en petite quantité, dans des endroits bien définis et éliminés rapidement

3. Les cannabinoïdes de synthèse

Produits dans des laboratoires et pharmacies

- Médicaments: dronabinol, cesamet, nabinol
- « legal highs »: > 120 cannabinoïdes différentes
 - JWH-018, dans produits « Spice »
 - AM-2201, AM-6527, XLR-11, AKB48-F
- Toxicité++: crises d'épilepsie, hypokaliémies, insuffisance rénale
- Souvent pas (encore) d'interdiction



Produits indétectables ≠ cannabis

Trafic

- Afrique du sud principal producteur mondial
- Puis Maroc, Pakistan, Afghanistan et Liban
- Le cannabis saisi en France provient surtout du Maroc (80 %)

Vis à vis de la loi (1)

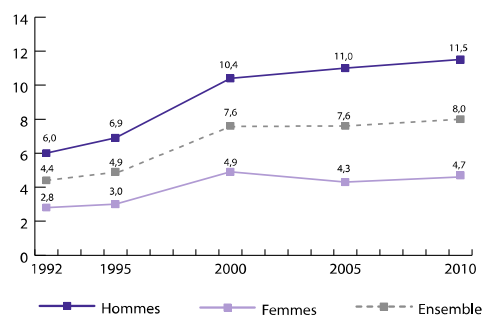
- L'usage, la culture, la vente ou la simple détention (le seul fait d'en avoir sur soi ou chez soi) sont formellement interdits.
- Cette interdiction concerne toute la plante, mâle ou femelle, les graines, le pollen, l'herbe, le haschich, l'huile, quelles que soient les quantités et la teneur en THC.

Vis à vis de la loi (2)

- L'usage de cannabis est une infraction :
 - peine jusqu'à 1 an d'emprisonnement et 3 750 € d'amende.
 - Cela s'arrête souvent à la garde à vue et à un rappel à la loi
- La culture est considérée comme un acte de trafic grave :
 - peine jusqu'à 20 ans de réclusion et 7 500 000 € d'amende quelle que soit la quantité.
- En pratique toutefois, lorsque la culture est limitée et destinée à l'usage personnel du planteur, les tribunaux peuvent prononcer des peines beaucoup plus faibles, comparables à celles encourues pour usage.

Produit illicite le plus consommé en Europe

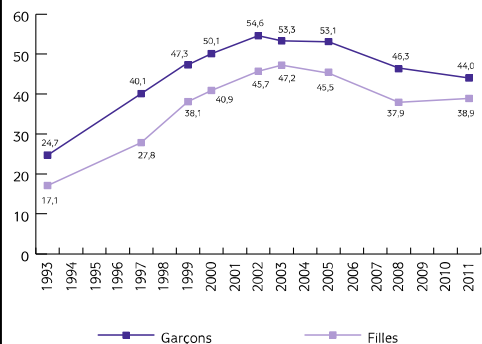
Graphique 1 - Usage de cannabis au cours des 12 derniers mois parmi les 18-64 ans entre 1992 et 2010 (%)



Source : Baromètre santé 2010 (INPES)

France = niveaux d'usage les plus élevés pour les adolescents

Graphique 2 - Évolution de l'expérimentation de cannabis à 17 ans, 1993-2011 (%)



Sources : INSERM 1993 ; ESPAD 1999 (INSERM/OFDI/MJENR) ; Enquêtes ESCAPAD (OFDT)

Place du cannabis parmi les autres substances psychoactives en France

Nombre de consommateurs réguliers de substances psychoactives parmi les 11-75 ans, en France 2011 - OFDT

= au moins 10 conso dans le mois

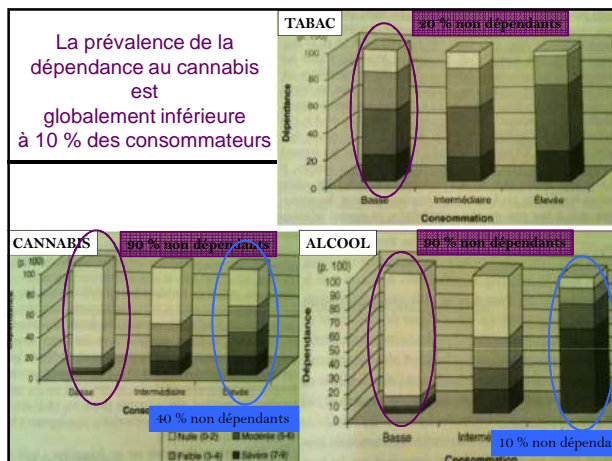
Alcool	8,8 millions
Tabac	13,4 millions
Cannabis	1,2 million

Trois personnes sur dix fument quotidiennement, alors que l'usage n'est quotidien que pour un Français sur dix pour l'alcool et deux Français sur cent pour le cannabis

Le taux de dépendance semble plus élevé chez les adolescents que chez les adultes

Types d'usage de cannabis selon l'âge. Baromètre santé Inpes 2010

Usage avant 13 ans => 17% usage quotidien
Usage après 18 ans => 2% usage quotidien



Facteurs de risque

- Consommation **précoce** dans la vie
- **Terrain environnemental** : familial, social
- **Terrain personnel** : **psychiatrique**, traits de personnalité
- Consommation à **visée thérapeutique** (anxi-antidépresseur, hypnotique)
- **Polyconsommation** (alcool)
- Consommation **solitaire**

Facteurs de gravité individuelle

- Violences, bagarres, AVP
- Scolarité : absentéisme, trouble de la mémoire et concentration, démotivation
- Facteur aggravant de TS
- Risque interrelationnel (absence de contraception, violence)

Effets du cannabis

Effets **positifs** recherchés de la consommation aiguë (= ivresse cannabique)

- 30 mn après inhalation ou 2H après ingestion, durent environ 3H à 8H, mais *perturbations cognitives jusqu'à 24 H*
- **Effets psychiques** :
 - euphorie, convivialité, modifications de conscience
 - Évitement de sensations négatives (stress, anxiété et leurs conséquences = insomnie)
- **Effets physiques** :
 - Antalgie (potentialisation des opiacés)
 - Antiémétique, antinauséeux
 - Orexigène
 - Réduction de la spasticité (SEP)

Effets du cannabis

- Effets physiques **négatifs** de l'ivresse cannabique
 - Cardio-vasculaires : hypotension orthostatique, céphalées
 - Hyperhémie conjonctivale, mydriase, sécheresse buccale
 - Constipation ou diarrhée (à dose élevée)
 - Irritation bronchique
 - Faible dépression respiratoire
- Effets psychiques **négatifs** de l'ivresse cannabique
 - Modifications sensorielles, inconstantes à faible doses : perceptions visuelles, tactiles, auditives
 - Illusion perceptive, hallucinations
 - Sentiment de ralentissement du temps
 - Perturbations cognitives : mémoire de fixation
 - Augmentation du temps de réaction
 - Troubles de la coordination motrice
 - Difficultés à effectuer des tâches complexes

Effets du cannabis

Complications aiguës de l'ivresse cannabique : « **Bad Trip** »

- Peut apparaître lors de prises isolées
- Équivalent d'une **attaque de panique** (dépersonnalisation, déréalisation)
- Maximal dans les 30 minutes après la prise (régresse en 2H environ),
- Palpitations, tremblements
- Parfois nausées, vomissements
- Évolue vers l'installation d'une angoisse chronique de dépersonnalisation, associée à une asthénie, insomnie, humeur dépressive et perturbations cognitives

Effets du cannabis 4

Complications aiguës de l'ivresse cannabique : Psychose cannabique (rare)

- Hors du cadre de l'ivresse ++
- Hors du cadre de la schizophrénie
- **Bouffées délirantes aiguës**
- Facteurs psychologiques ou physiques précipitants, forte dose
- Hallucinations visuelles plutôt qu'auditives
- Durée maximum de 1-6 mois

Résolution rapide sous ttt neuroleptique avec prise de conscience du caractère délirant de l'épisode

A minima : sentiment persécutif diffus ou effet parano
Flash-back ou rémanences spontanées

Complications somatiques 1

- Cardio vasculaires :
 - Athérosclérose (comme tabac) : IDM, AVC, arythmie
 - Artérites cannabinoïdes +++
- Broncho-pulmonaires : majoration effet tabac
 - Bronchite chronique (1 joint= 2,5-5 cig)
 - Cancers pulmonaires plus rapides chez jeune cannabis pur : tabac+cannabis=risque X2 de cancer du poumon
- Sexuelles : idem tabac
- Accidents : AVP (2Xrisque d'accident grave), chute personnes âgés

Complications somatiques 2

- Cognitives
 - Altération de la mémoire
 - Altération de l'attention
 - Syndrome amotivationnel (retrait social, détachement émotionnel, perte d'initiative)
 - ⇒ difficultés d'apprentissage, échec scolaire
 - **Gravité et persistance liées à la fréquence, à la durée et à l'âge de la première consommation (< 15 ans)**
 - étude (NZ 2012); baisse de QI de 8 points chez des adultes conso réguliers depuis ado (réversible ?)
- Troubles de l'humeur (dépressions, troubles bipolaires, majoration du risque suicidaire, troubles anxieux, troubles de la personnalité)
- Co-dépendance avec l'alcool dans 72 % des cas

Complications somatiques 3

Cannabis et grossesse

Toxicité modérée et incertitudes à long terme (difficile de faire différence avec tabac)

- Pas tératogène, pas de malformation
- Passage de la barrière placentaire
- Retard de croissance in utero, diminution poids de naissance
- Passage cannabis lait maternel
- Long terme : difficultés apprentissage, mémoire de travail, syndrome dépressif, dépendance au cannabis ????

Troubles liés à l'utilisation d'une substance DSM V

Au moins deux des 11 critères

1. Tolérance
2. **Craving**
3. Syndrome de sevrage
4. Temps plus long ou quantité de substance plus importante
5. Temps important passé à obtenir, utiliser ou récupérer des effets de la substance
6. Impossibilité de réduire ou de contrôler l'utilisation
7. Incapacité de remplir des obligations majeures (travail, école, maison)
8. Poursuite de la consommation malgré des complications physiques ou psychologiques liées au produit
9. Poursuite de l'utilisation dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
10. Diminution d'activités sociales, occupationnelles ou récréatives à cause de l'utilisation de la substance
11. Poursuite malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux causés par la substance

Questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test)

Au cours des **douze derniers mois**

1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ? 1-4 points
 2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul ?
 3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire à cause de votre consommation de cannabis ?
 4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?
 5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y arriver ?
 6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, crises d'angoisse, mauvais résultats à l'école...)
- Chaque question est cotée de 1 à 4 en fonction de la gravité

Score total de 0 à 24 < 3 = risque faible
3-6 = risque modéré
≥ 7 = risque élevé

Questionnaire ADOSPA (ADOLescent Substance Psycho Active)

1. Etes-vous déjà monté(e) dans un véhicule conduit par quelqu'un (vous y compris) qui avait bu ou qui était défoncé ?
2. Utilisez-vous de l'alcool ou d'autres drogues pour vous détendre, vous sentir mieux ou tenir le coup ?
3. Vous est-il arrivé d'oublier ce que vous avez fait sous l'emprise de l'alcool ou d'autres drogues ?
4. Consommer-vous de l'alcool et d'autres drogues quand vous êtes seul(e) ?
5. Avez-vous déjà eu des problèmes en consommant de l'alcool ou d'autres drogues ?
6. Vos amis ou votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou d'autres drogues ?

Score total de 0 à 6 ≤ 1= risque faible
 2 = risque modéré
 ≥ 3= risque élevé

Le syndrome de sevrage

- Peut débuter après 24 heures d'abstinence, souvent après une semaine à 15 jours
- Dure environ 10 jours (mais jusqu'à deux mois)
- Symptômes :
 - Anxiété, irritabilité, agitation, **angoisse**
 - Perte de l'appétit, nausées
 - Troubles du sommeil : diminution du sommeil, hyperactivité, **sueurs nocturnes**
 - Parfois élévation de la température du corps

Le syndrome de sevrage au cannabis selon les critères DSM V

- A. Arrêt de l'utilisation de cannabis qui a été massive et prolongé (en général utilisation quotidienne ou quasi quotidienne sur une période d'au moins quelques mois)
- B. Trois (ou plus) des critères suivants qui se développent environ une semaine après le critère A :
 - 1 Irritabilité, colère ou agressivité
 - 2 Nervosité ou anxiété
 - 3 Troubles du sommeil (insomnie, rêves inquiétants)
 - 4 Diminution de l'appétit ou perte de poids
 - 5 Fébrilité (agitation)
 - 6 Humeur dépressive
 - 7 Au moins un symptôme physique suivant causant un inconfort important : douleur abdominale, tremblements, transpiration, fièvre, frissons ou céphalées
- C. Les signes ou symptôme du critère B entraînent une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants
- D. Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale général, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, y compris par l'intoxication ou le syndrome de sevrage à une autre substance.

Schizophrénie et cannabis

- On ne peut pas conclure par les études que le cannabis accroît le risque de développer une schizophrénie, mais on l'évoque beaucoup
- **Le cannabis = puissant déclencheur de psychoses latentes chez des consommateurs qui ont une vulnérabilité à la psychose**
- Majoré si début < 15 ans

Conduite à tenir

- Toujours **s'enquérir** de la consommation (dossier de tabacologie de l'INPES)
FEMMES ENCEINTEES
- Toujours en parler pour savoir si le patient souhaite **arrêter les deux consommations ?** Ne pas imposer (questions ouvertes !) : cycle de Prochaska : différence possible entre tabac/cannabis

Dr Marie Malécot Tabacologie

Conduite à tenir

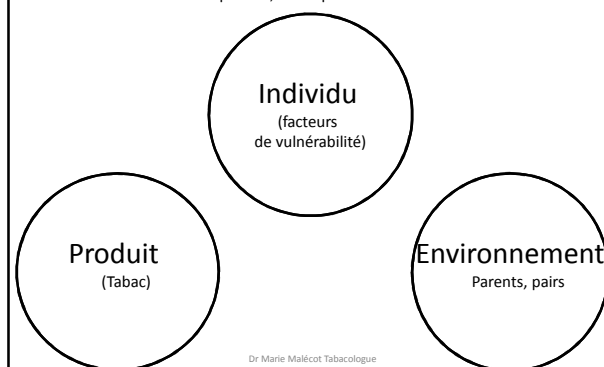
- Pas de traitement validé (octobre 2013 SFA)
- Traitement de l'association avec le **tabac** = nicotine, valence : un joint = 4 cigarettes manufacturées (5 joints=1 paquet)
- Traitement symptomatique des **troubles de l'anxiété et de la dépression**
- Traiter la consommation alcoolique (10 %)
- Sevrage hospitalier dans les consommations **importantes** (5 à 15 joints/jr) et **invalidantes**

Dr Marie Malécot Tabacologie

Généralités sur la dépendance

Les principes de l'addictologie

Olivenstein : la rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'un moment socio-culturel



Produit
Probabilité de développer une dépendance après avoir consommé une fois dans la vie

Tabac	: 32 %
Opiacés	: 23 %
Cocaïne	: 17 %
Alcool	: 15 %
Psychostimulants	: 11 %
Cannabis	: 9 %

Il est plus difficile d'arrêter de fumer que d'arrêter de consommer de l'alcool, du cannabis ou de la cocaïne.

HAS: la recommandation 2014 de la HAS sur arrêter de fumer et ne pas rechuter

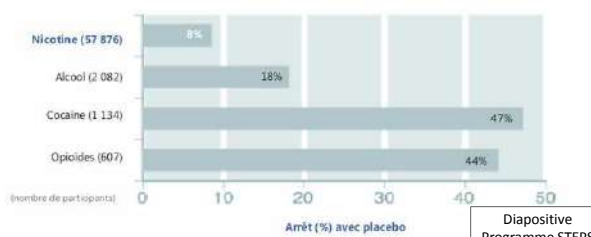
Produit très addictif

Monroe RA, Aubry HL. *Int J Environ Res Public Health* 2012 ; 9 : 1103-1111

Installation :

- rapide en quelques semaines de consommation même irrégulière
- suite à la consommation de faibles doses
- chez la grande majorité des consommateurs (> 90%)

Arrêt difficile car dépendance très puissante par comparaison à celle d'autres produits :



Individu Facteurs de vulnérabilité

Biologiques et génétiques
Socioculturels et environnementaux
Troubles de la personnalité
Co-occurrence de troubles psychiatriques

Dr Marie Malécot Tabacologue

Individu Facteurs de vulnérabilité

-**Vulnérabilité génétique** : Pas d'association avec un phénotype «addiction», mais implication dans différents «sous-phénotypes» addictifs

-**Vulnérabilité socioculturelle et environnementale** :

Environnement familial et influence des **pairs** pour l'**initiation**.

50 % facteurs **génétiques** pour la poursuite de la **consommation**

Dr Marie Malécot Tabacologue

Individu

Co occurrence de troubles psychiatriques

Addiction en cas de

- Personnalité anti sociale : 80 % (1)
- Trouble bipolaire : 61 % (1)
- Schizophrénie : 46 % (1)
- Episode dépressif majeur : 25 % (2)

Trouble psychiatrique en cas d'addiction : 38-51 % (3)

- (1) Regier JAMA 1990
- (2) Kessler JAMA 2003
- (3) Kessler Arch Gen psychiatry 1997

Dr Marie Malécot Tabacologue

Addiction, dépendance, abus, troubles de l'utilisation

CIM 10 (dénomination établie par l'OMS)

DSM (manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux) C'est le manuel fait par l'APA (American Psychiatric Association) **le DSM V**

La CIM 10 parle de dépendance au tabac
DSM V fusionne les termes d'abus et de dépendance pour tout regrouper sous l'appellation « **trouble de l'utilisation d'une substance** »

Dr Marie Malécot Tabacologue

Dépendance (CIM 10)

1. Un **désir** puissant ou compulsif de consommer une substance psychoactive (**craving**)
2. Des **difficultés** à contrôler l'utilisation de la substance
3. L'apparition d'un **syndrome de sevrage** en cas d'arrêt ou de diminution des doses ou une prise du produit pour éviter un syndrome de sevrage
4. Une **tolérance** aux effets d'augmentation des doses pour obtenir un effet similaire
5. Un désintérêt global pour tout ce qui ne concerne pas le produit ou sa recherche
6. Une **poursuite de la consommation malgré la conscience des problèmes qu'elle engendre**

Au moins trois signes sur une période de un an

Dr Marie Malécot Tabacologue

Troubles d'utilisation d'une substance (DSM V)

1. Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
2. Utilisation répétée conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison
3. Substance souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que prévu
4. **Désir persistant ou des efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance**
5. Usage de la substance poursuivi malgré des problèmes sociaux interpersonnels persistants ou récurrents
6. Utilisation de la substance poursuivie malgré l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance
7. Temps considérable à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer des effets
8. Importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs réduites ou abandonnées à cause de l'utilisation
9. **Craving (envies impérieuses ou obsédantes)**
10. Tolérance
11. **Syndrôme de sevrage**

Au moins deux signes sur une période de un an

Dr Marie Malécot Tabacologue

Critères diagnostiques de sevrage à la nicotine CIM 10

- Humeur dysphorique ou dépressive
- Insomnie
- Irritabilité, frustration, colère
- Anxiété
- Difficulté de concentration
- Fébrilité
- Diminution du rythme cardiaque
- Augmentation de l'appétit ou prise de poids

Au moins quatre des signes dans les 24 H après l'arrêt de l'utilisation ou de la réduction

Dr Marie Malécot Tabacologue

Les signes de manque



Tabac = Maladie chronique

En 2011, l'ASAM (American Society of Addiction Medicine) nouvelle définition de la dépendance = **maladie chronique** du cerveau caractérisée par des **cycles répétés de périodes d'abstinence et de rechute (modèle de Prochaska)**, d'où une prise en charge comme d'autres **pathologies chroniques**

Les fumeurs irréductibles ou « **Hard-core smokers** » d'une part et les gros fumeurs en échec dans le sevrage tabagique d'autre part **souffrant de maladies chroniques somatiques**

Bénéfices d'une **prise en charge au long cours** de toute dépendance souvent pluridisciplinaire

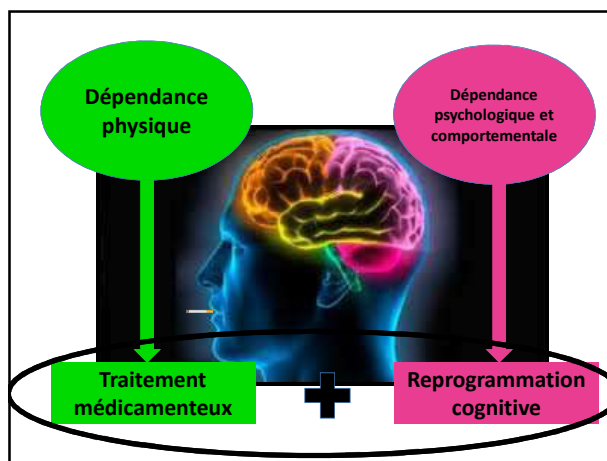
Dr Marie Malécot Tabacologue

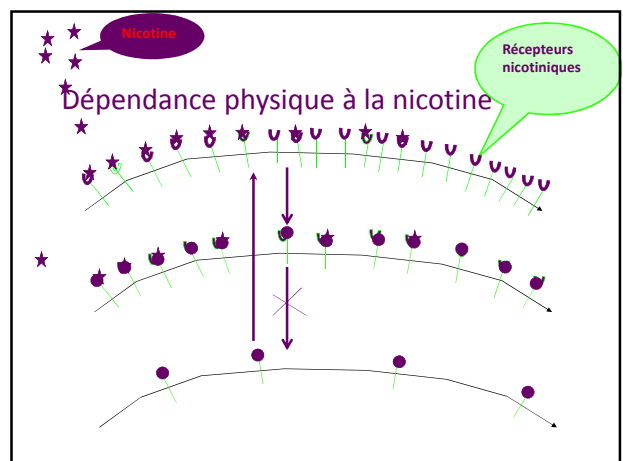
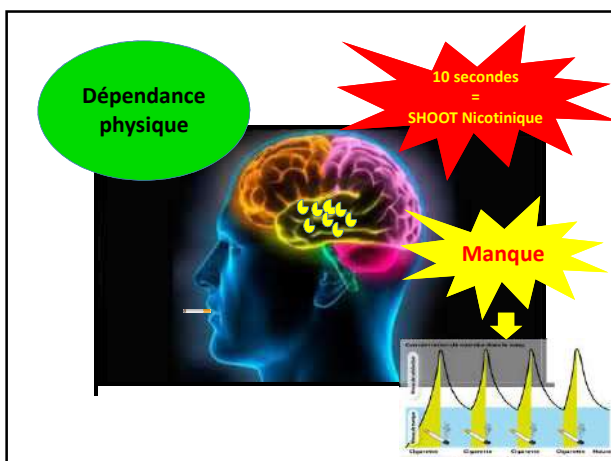
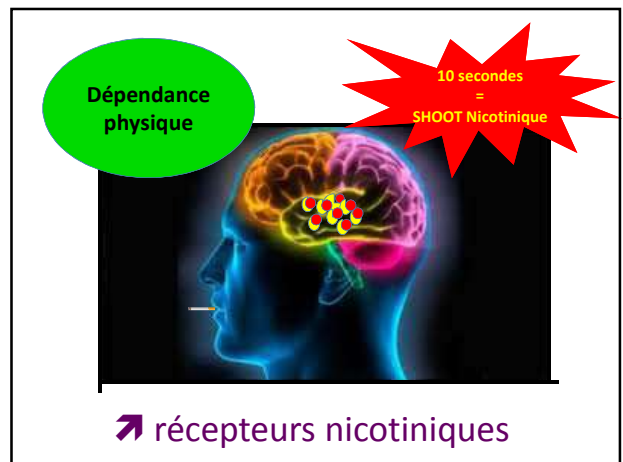
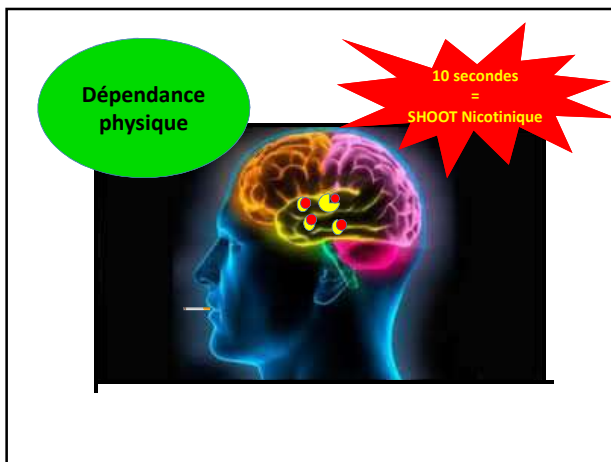
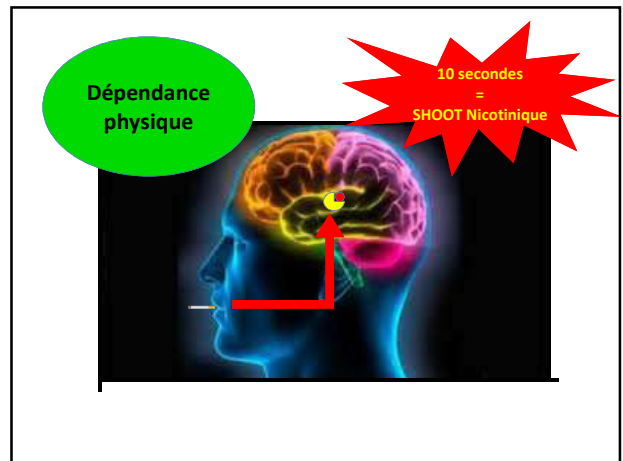
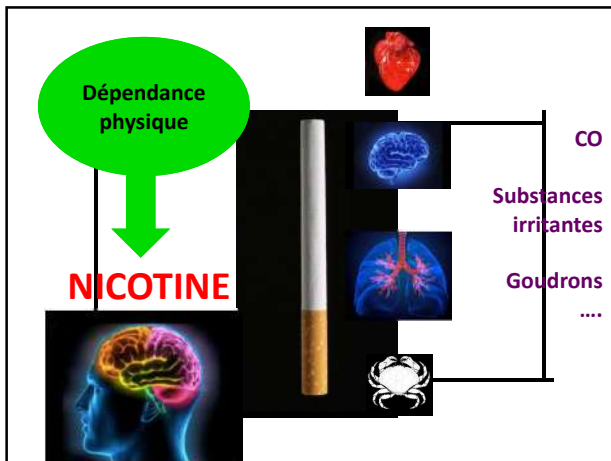


POUR VOIR RECHERCHER DE NOUVELLES SENSATIONS POUR FAIRE PARTIE DU GROUPE POUR FAIRE COMME LES AUTRES POUR LE LOOK
 PARCE QUE JE N'OSAIS PAS DIRE NON
PLAISIR

POUR VOIR RECHERCHER DE NOUVELLES SENSATIONS POUR FAIRE PARTIE DU GROUPE POUR FAIRE COMME LES AUTRES POUR LE LOOK
 PARCE QUE JE N'OSAIS PAS DIRE NON
 PLAISIR
SE RELAXER NE PAS GROSSIR SE CONCENTRER
GESTE
SE CALMER

POUR VOIR RECHERCHER DE NOUVELLES SENSATIONS POUR FAIRE PARTIE DU GROUPE POUR FAIRE COMME LES AUTRES POUR LE LOOK
 PARCE QUE JE N'OSAIS PAS DIRE NON
 PLAISIR
 SE RELAXER NE PAS GROSSIR SE CONCENTRER
GESTE
SE CALMER
HABITUDE AUTOMATISME
BESOIN



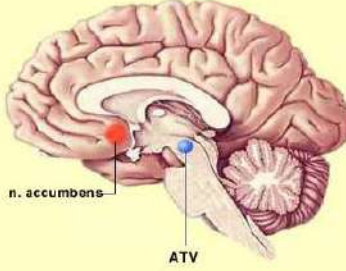


Le circuit de la récompense

LES CENTRES DU PLAISIR

Pour qu'une espèce survive, ses individus doivent en premier lieu assurer leurs fonctions vitales comme se nourrir, réagir à l'agression et se reproduire. L'évolution a donc mis en place dans notre cerveau des régions dont le rôle est de "récompenser" l'exécution de ces fonctions vitales par une sensation agréable.

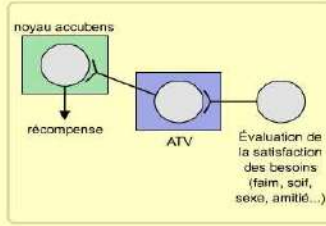
Le cerveau à tous les niveaux <http://lecerveau.mcgill.ca>



Ce sont ces régions, interconnectées entre elles, qui forment ce que l'on appelle **le circuit de la récompense**.

Le circuit de la récompense

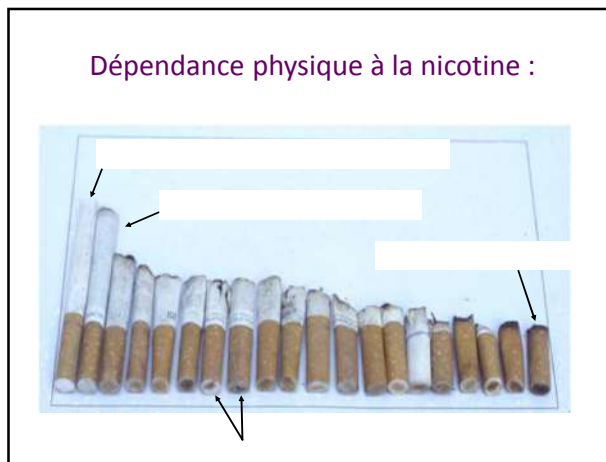
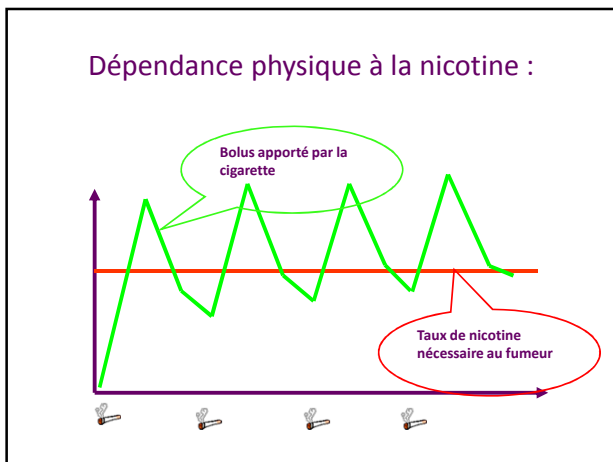
Le circuit de la récompense est donc au cœur de notre activité mentale et oriente tous nos comportements. Ce circuit est complexe mais il comporte un maillon central qui semble jouer un rôle fondamental.



Il s'agit des connexions nerveuses qui relient deux petits groupes de neurones particuliers. L'un est situé dans l'aire tegmentale ventrale (ou ATV) et l'autre dans le noyau accumbens.

Le messageur chimique qui assure la connexion entre ces neurones est la dopamine. C'est à cet endroit que la plupart des drogues agissent et produisent une dépendance.

Le cerveau à tous les niveaux <http://lecerveau.mcgill.ca>



Test de Fagerström

Reprendre les questions avec le fumeur !

1 - Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Dans les 5 premières minutes	3
Entre 6 et 30 minutes	2
Entre 31 et 60 minutes	1
Après 60 minutes	0

2 - Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?

oui	1	non	0
-----	---	-----	---

3 - A quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ?

La première de la journée	1
N'importe quelle autre	0

4 - Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3

5 - Fumez-vous davantage les 1^{ères} heures après le réveil que pendant le reste de la journée ?

oui	1	non	0
-----	---	-----	---

6 - Fumez-vous lorsque vous êtes malade, que vous devez rester au lit presque toute la journée ?

oui	1	non	0
-----	---	-----	---

Dépendance nicotinique

Test de Fagerström

- 0-2 : pas de dépendance
- 3-4 : dépendance faible
- 5-6 : dépendance moyenne
- 7-10 : dépendance forte ou très forte

Test de Fagerström En deux questions !

1 - Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Dans les 5 premières minutes	3
Entre 6 et 30 minutes	2
Entre 31 et 60 minutes	1
Après 60 minutes	0

4 - Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3

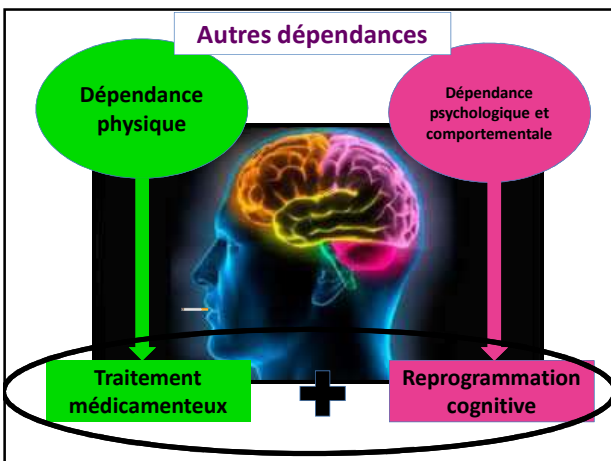
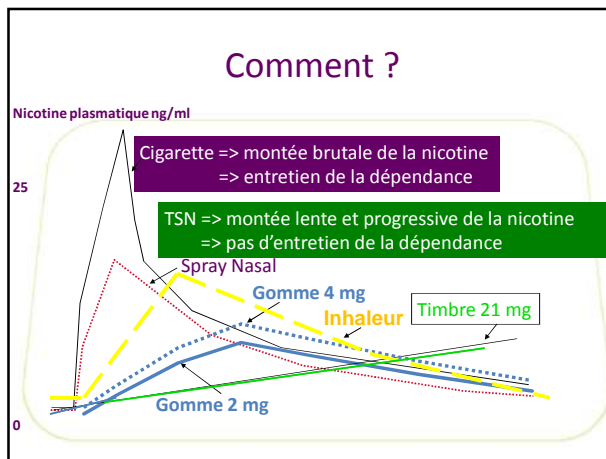
- 0-1 : pas de dépendance
- 2-3 : dépendance modérée
- 4-5-6 : dépendance forte

Dépendance nicotinique

Test de Fagerström

- Outil validé.
- Test qui sur des données comportementales permet de repérer les personnes qui manifestent un « besoin de nicotine ».
- Sous estimation possible (femmes enceintes, adolescents par exemple)
- Aide au dg de dépendance nicotinique avec la mesure du CO dans l' air expiré.
- La négativité du test ou sa faible positivité ne veut pas dire absence de dépendance !!!

La substitution nicotinique = dépendance ?



Dépendance psychologique

Colère, Anxiété, Stress

Conditionnement opérant



Conditionnement opérant



Dépendance comportementale

M.J.Jarvis BMJ 2004 : Why people smoke ?

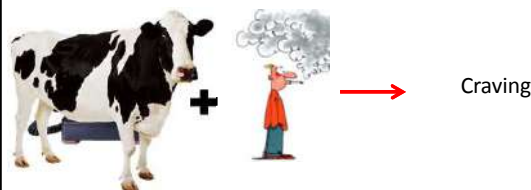


Dépendance à la nicotine est primum movens

Conditionnement secondaire de délivrance de nicotine bouffée/bouffée, associé à de nombreux moments de la vie

- Avec le café
- Moments de pause
- Téléphone
- Avec des amis...
- Quand je rentre ds ma voiture, ds les embouteillages
- Entre deux activités
- Quand je vois un fumeur
- Il faut que j'ai quelque chose dans la main
- Rouler mes cigarettes calme déjà mon envie

Apprentissage classique



Conditionnement classique

- Avec le temps, la **substance psychoactive (SPA)** a pu être associée à des endroits particuliers, des personnes particulières, à des périodes de la journée, à des états émotionnels...
- L'exposition isolée à ces facteurs (décrits comme des hameçons ou gâchettes), est suffisante pour provoquer un craving plus ou moins intense (envie de consommer) qui peut être suivi d'une consommation de la substance psychoactive.

Exemples de croyances associées au tabac

- *La cigarette me permet de me calmer*
- *Il faut que je fume quand je suis stressé*
- *Si je ne fume pas, je ne vais pas arriver à me concentrer et à travailler efficacement*
- *La cigarette, c'est ma béquille ; elle est toujours là quand j'en ai besoin !*
- *Je suis déjà très déprimé, alors il n'est pas question que j'arrête de fumer : j'ai besoin de mes cigarettes !*
- *Si j'arrête de fumer, je vais prendre du poids. Je vais être obligé de compenser en mangeant*



Ne discutez jamais les croyances de vos patients

BIBLIOGRAPHIE TCC

Charly Cungi : Faire face aux dépendances, Retz, 2000

Charly Cungi : L'Alliance thérapeutique, Retz, 2005

William R. Miller & Stephen Rollnick : L'Entretien Motivationnel, Aider la personne à engager le changement, InterEditions, 2006

Schoendorff Benjamin : Faire face à la souffrance, Retz, 2009

Philippe Guichenez (janvier 2017) « Traiter l'addiction au tabac avec les thérapies comportementales »



Dr Marie Malécot Tabacologue

Les devises Shadok

Dr Marie Malécot Tabacologue

EN ESSAYANT CONTINUUELLEMENT ON FINIT PAR RÉUSSIR. DONC, PLUS ÇA RATE, PLUS ON A DE CHANCES QUE ÇA MARCHÉ.

Pour en savoir plus

- Recommandations pour traitement du tabagisme AFSSAPS mai 2003 agmed.sante.gouv.fr
- Conférence de consensus tabac et grossesse, Lille 2004 www.anaes.fr
- Conférence de consensus tabagisme péri-opératoire www.anaes.fr : Conférence d'experts sur le tabagisme péri-opératoire 17 octobre 2005 (OFT, AFC, SFAR)
- www.tabac.info-service.fr
- HAS octobre 2013 : recommandations de bonnes pratiques. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours
- HAS recommandations de bonne pratique octobre 2014 :
- Ecig recommandations experts avril 2014 (OFT)
- OFT : arrêt du tabac chez les patients atteints de troubles psychiatriques. Recommandations janvier 2009

Dr Marie Malécot Tabacologue

Des guides d'interventions pour les praticiens

Recommandation de bonne pratique
Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours
Mars 2014

ARRÊT DU TABAC DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT ATTEINT DE CANCER
/Systématiser son accompagnement

INSTITUT NATIONAL DU CANCER