

- 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
- Ainsi, nous proposons d'adresser aux étudiants de la formation continue en Tabacologie tout au long de leur cursus, au même titre qu'un membre de la Société, la **Lettre de la SFT** qui présente les dernières données de la littérature scientifique tabacologique et publiée mensuellement (voir dernière diapo)
- MOOC de A. L. Le Faou sur le site FUN (France Université Numérique) : bon moyen de compléter la formation de tabacologie (inscription et cours en ligne gratuits)

Diplôme Inter Universitaire de Tabacologie

Année 2018-2019

Docteur Marie Malécot tabacologue

mmalecot@chsjsl.fr

Dr Marie Malécot
mmalecot@chsjsl.fr

Hôpital St Joseph St Luc
Hôpital cardiologique de Bron

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**



QU'EST-CE QUE
TU VEUX FAIRE
QUAND TU SERAS
GRAND?

TABACO-
LOGUE!

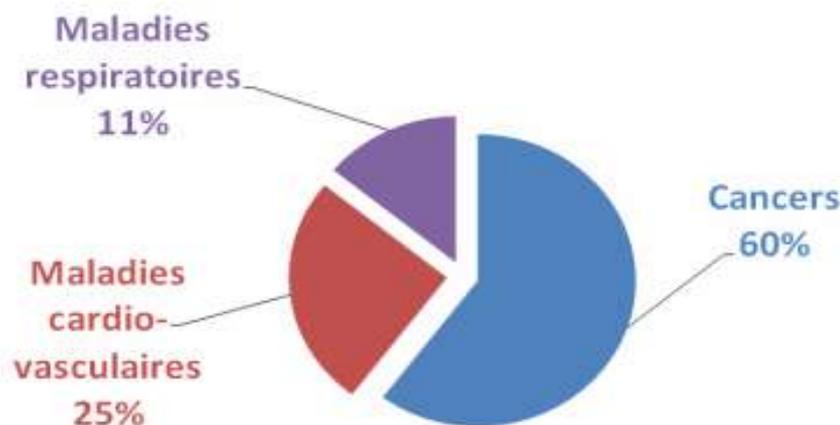
SCHWARTZ

Plus de 210 morts prématurées évitables/jour

I 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*** à **2/3**** fumeur(s) régulier(s) meur(en)t de complications liées à son (leur) tabagisme

* Doll R. *BMJ* 2004 ; 328 : 1519–28 ; ** Banks *et al. BMC Medicine* 2015 ; 13 : 281



I 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%

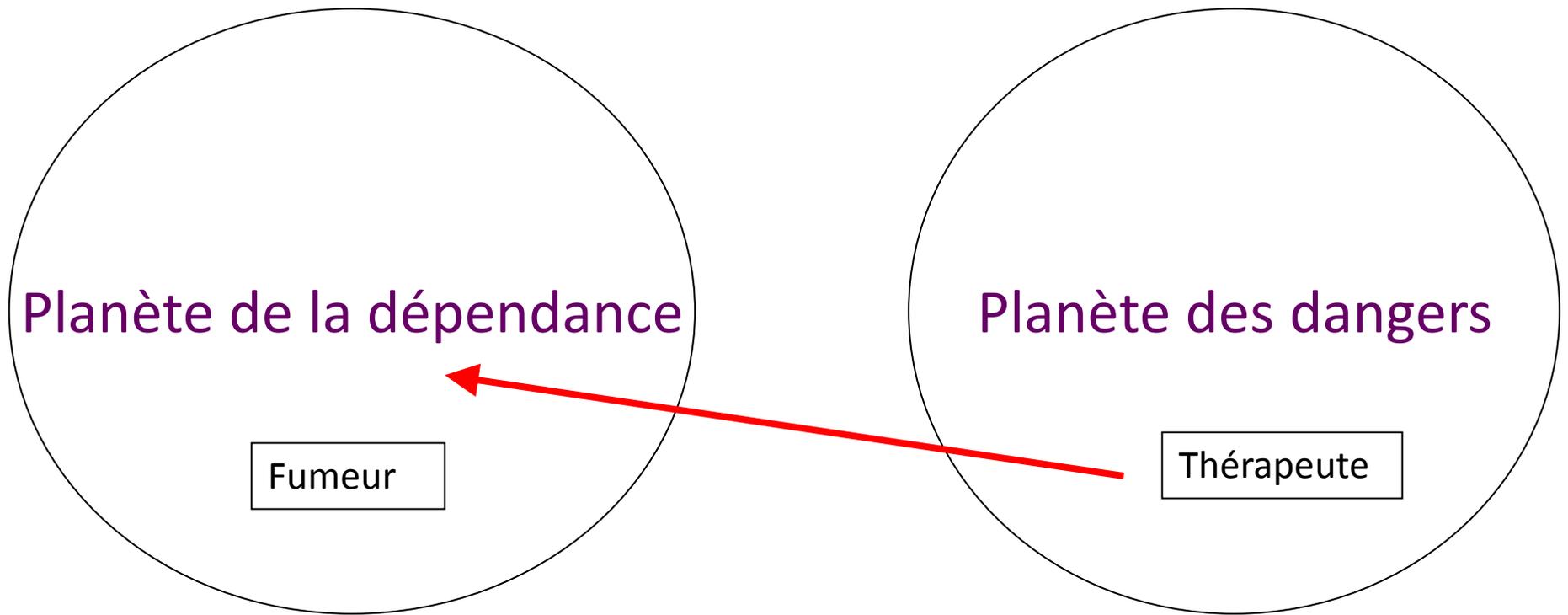
Présentation et tour de table

Qui êtes-vous ?

Vos prénoms :

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 ?



Les fumeurs fument pour vivre et non pour mourir

Aller là où est le fumeur: c'est de là que l'on peut être entendu !

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 ?

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

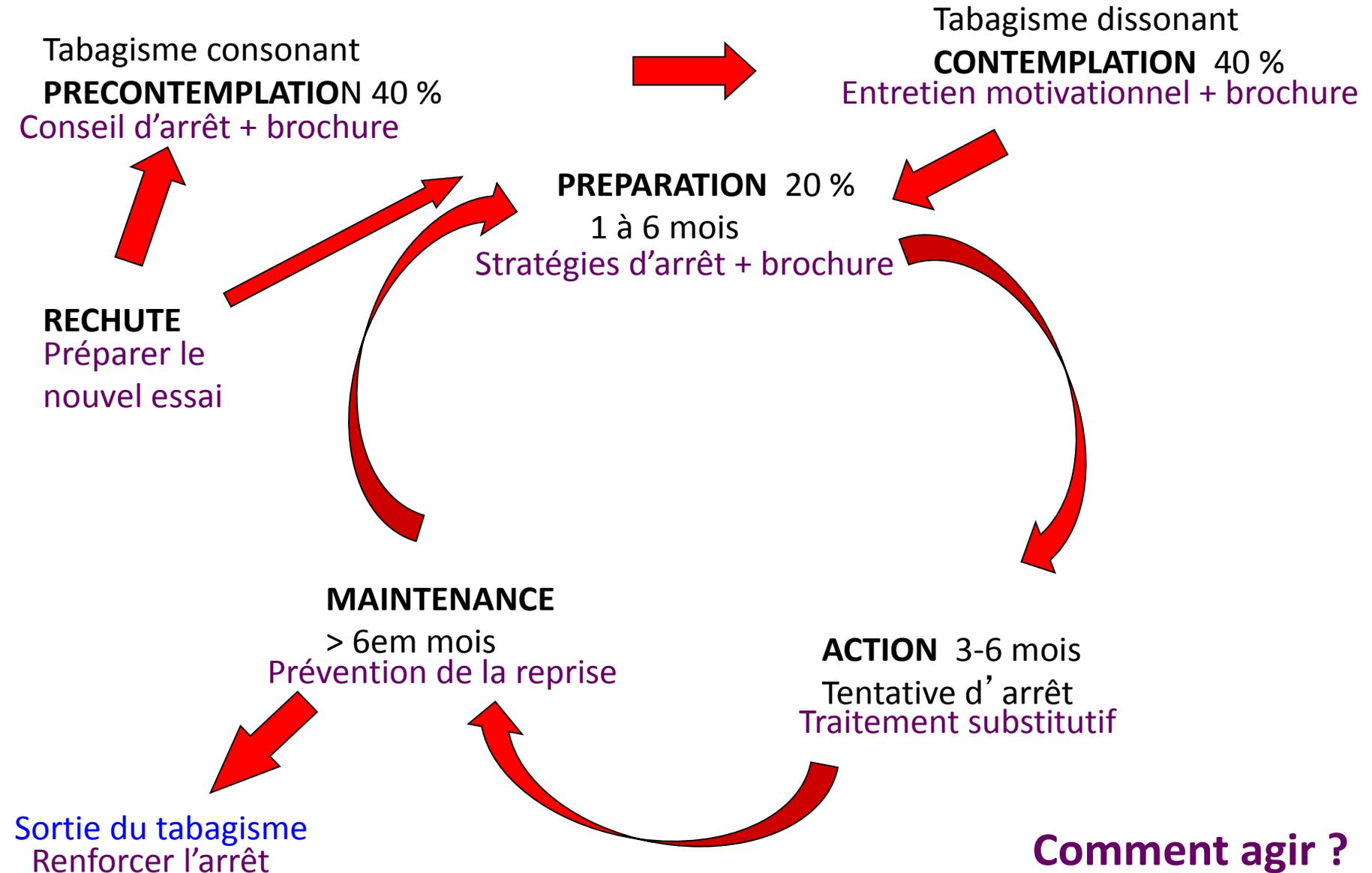
Arrêter de fumer : un apprentissage

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

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 !)

Le cycle de Prochaska Di Clemente



La pré-contemplation



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 »

I 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

I Par tous les personnels de santé, pour tous les fumeurs

I Le conseil d'arrêt doit être :

- Clair
- Ferme
- Personnalisé

I Efficacité prouvée

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

Questionnaire tabac « Fumez-vous du tabac ? »

SI OUI

Conseil d'arrêt

« Voulez-vous un dépliant/brochure, ou l'adresse d'un site concernant les risques de la consommation de tabac, les bénéfices de l'arrêt et les méthodes de sevrage ? »

Tabac-info-service

Proposer un accompagnement

« Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ? »

« Voulez-vous qu'on prenne le temps d'en parler dans une prochaine consultation ? »

Questionnaire tabac « Fumez-vous du tabac ? »

SI NON

« Avez-vous déjà fumé ? »

Si non, le patient n'a jamais fumé.

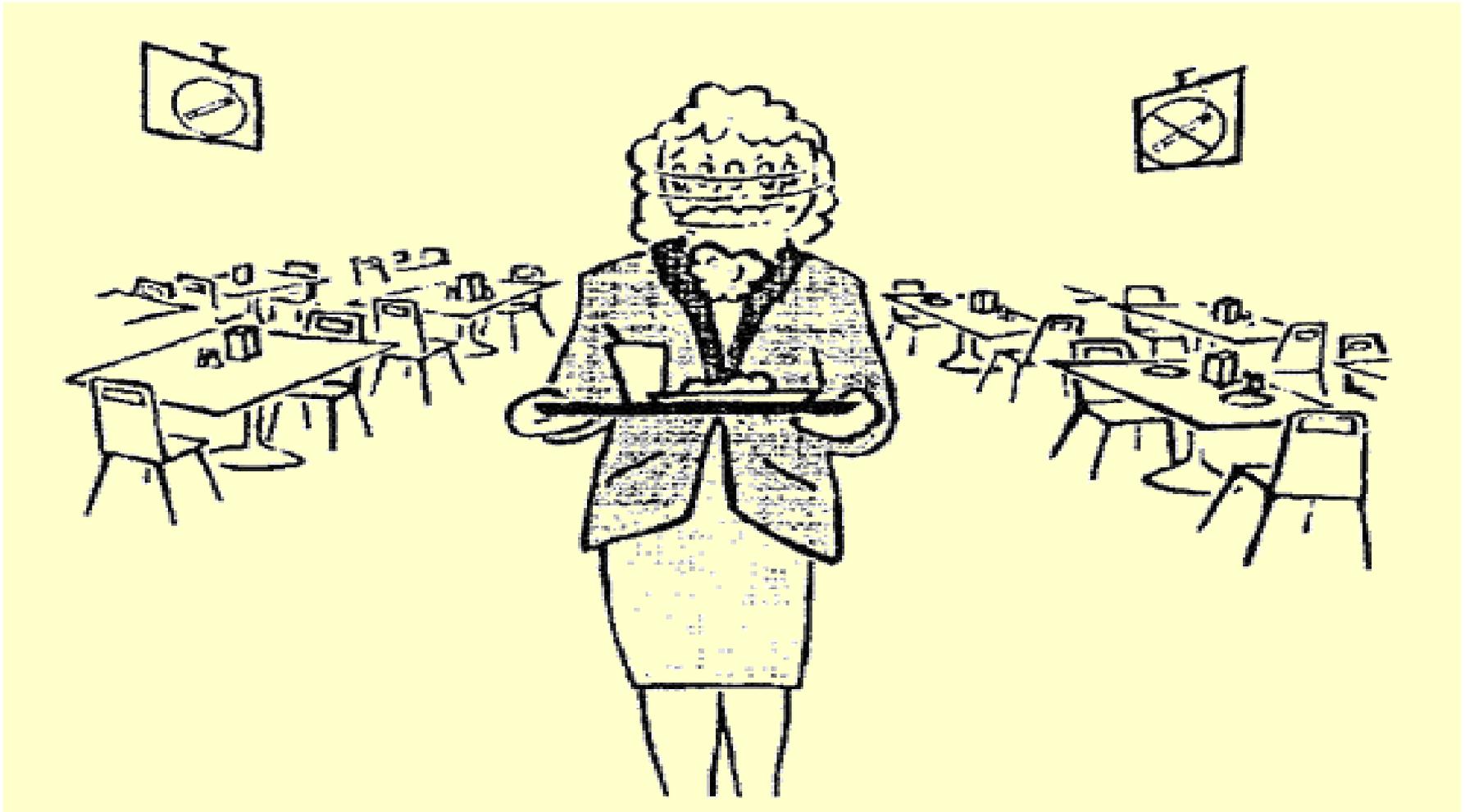
Si oui :

- « Pendant combien de temps ? »
- « Depuis quand avez-vous arrêté ? »

« La rechute est ... la règle et non pas l'exception »

Marlatt 2005 Relapse Prevention : Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors, 2d Edition New York. Guilford 2005

La contemplation



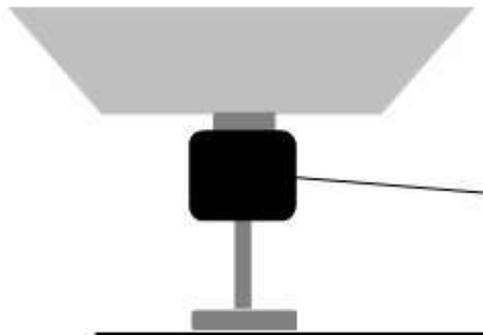
Ambivalence du fumeur

| Balance décisionnelle :

POURSUITE

Avantages à fumer

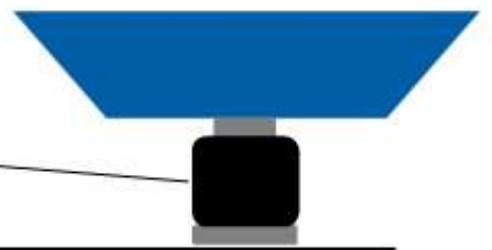
Inconvénients à arrêter de fumer



ARRET

Inconvénients à fumer

Avantages à arrêter de fumer

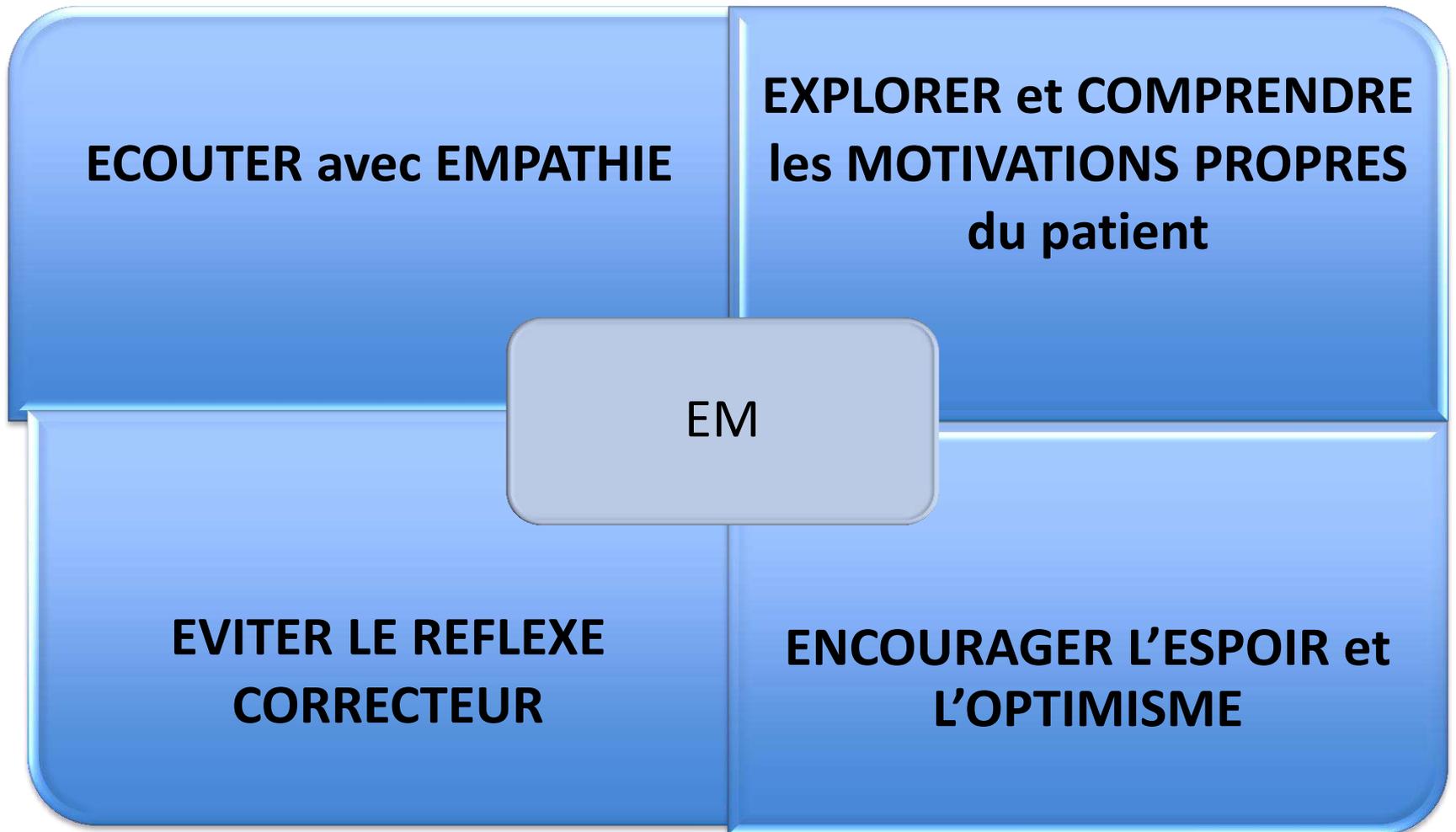


Grands principes de l'aide motivationnelle

- | 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

QUE FAIRE ?

Entretien motivationnel = EM



Le produit tabac et le cannabis

La fumée du tabac

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...

AUTOPSIE D'UN MEURTRIER

ACETALDEHYDE
[irritant des voies respiratoires]

ACROLEINE
[irritant des voies respiratoires]

ACETONE
[dissolvant]

NAPHTYLAMINE *

METHANOL
[carburant pour fusée]

PYRENE *

DIMETHYLNITROSAMINE

NAPHTALENE
[antimite]

NICOTINE
[utilisée comme herbicide et insecticide]

CADMIUM *
[utilisé dans les batteries]

MONOXYDE DE CARBONE
[gaz d'échappement]

BENZOPYRENE *

CHLORURE DE VINYLE *
[utilisé dans les matières plastiques, diminution de la libido]

MERCURE
[thermomètre]

ACIDE CYANHYDRIQUE
[était employé dans les chambres à gaz]

*** TOLUIDINE**

AMMONIAC
[détergent]

*** URETHANE**

TOLUENE
[solvant industriel]

ARSENIC
[poison violent]

*** DIBENZACRIDINE**

PHENOL

BUTANE

*** POLONIUM 210**
[élément radioactif]

STYRENE

DDT
[insecticide]

*** Goudrons**
[les plus cancérigènes]

PLOMB
[essence et gaz d'échappement]

Salle d'attente ???



Consommer du tabac

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

Equivalence effets délétères

PIPE ????

- 1 roulée = 2 manufacturées**
- 1 cigare = cigarillos = 4 manufacturées**
- 1 joint = 4 manufacturées**
- 1 chicha = 40 manufacturées**

- 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 FUMÉE EST
INCONSTANTE

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 : DarralKG. Sci total env 1988; 74 : 263-278

MACHINE A FUMER!!!!

AUTOTITRATION

Jetée parce qu'elle a perdu son tabac dans le paquet

Une bouffée avant d'entrer en amphi...

Fumer un peu du filtre...

Une marque, même longueur : Comparer la coloration des filtres...

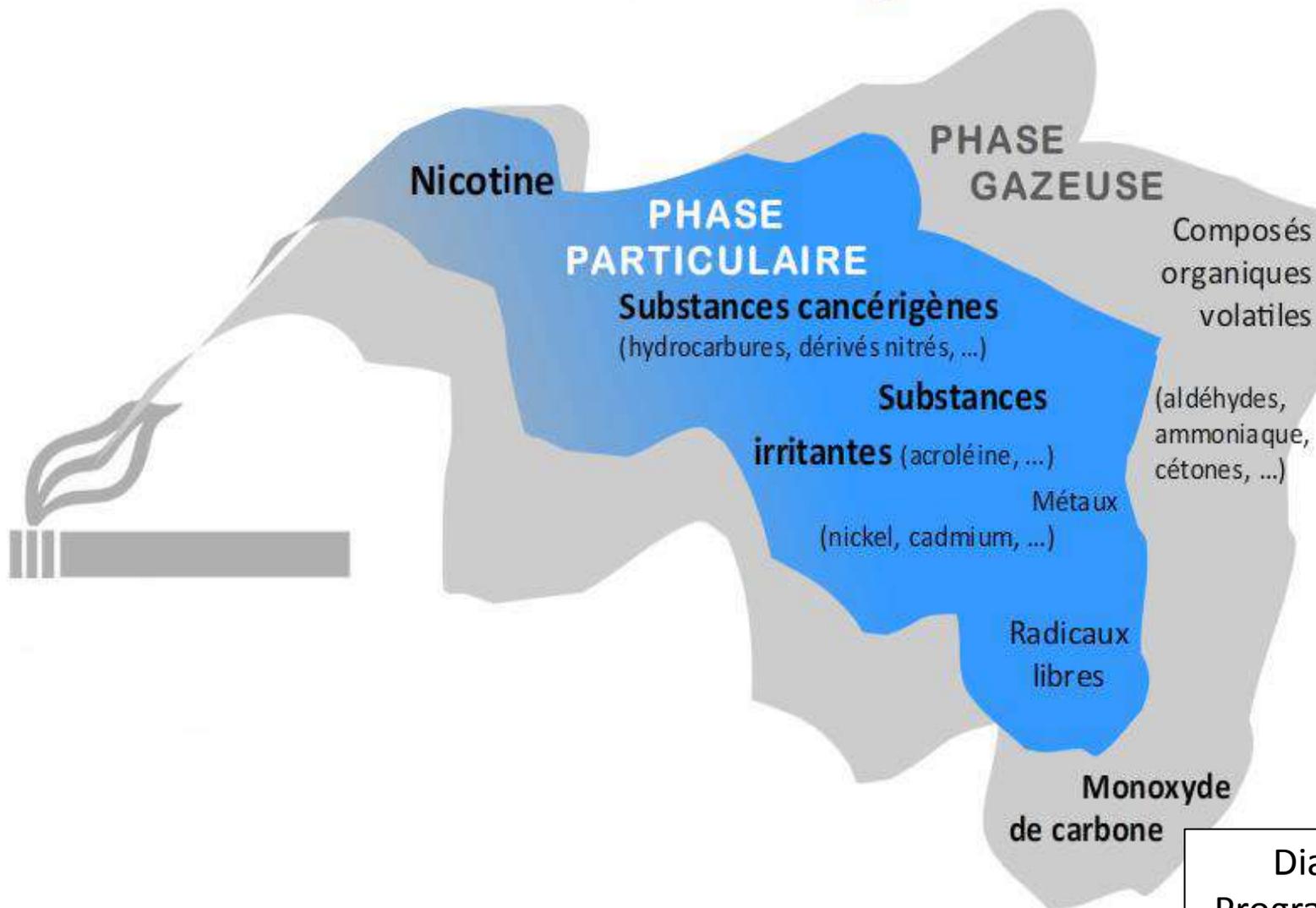


La fumée de la cigarette

- 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

Composition de la fumée de tabac

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



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...

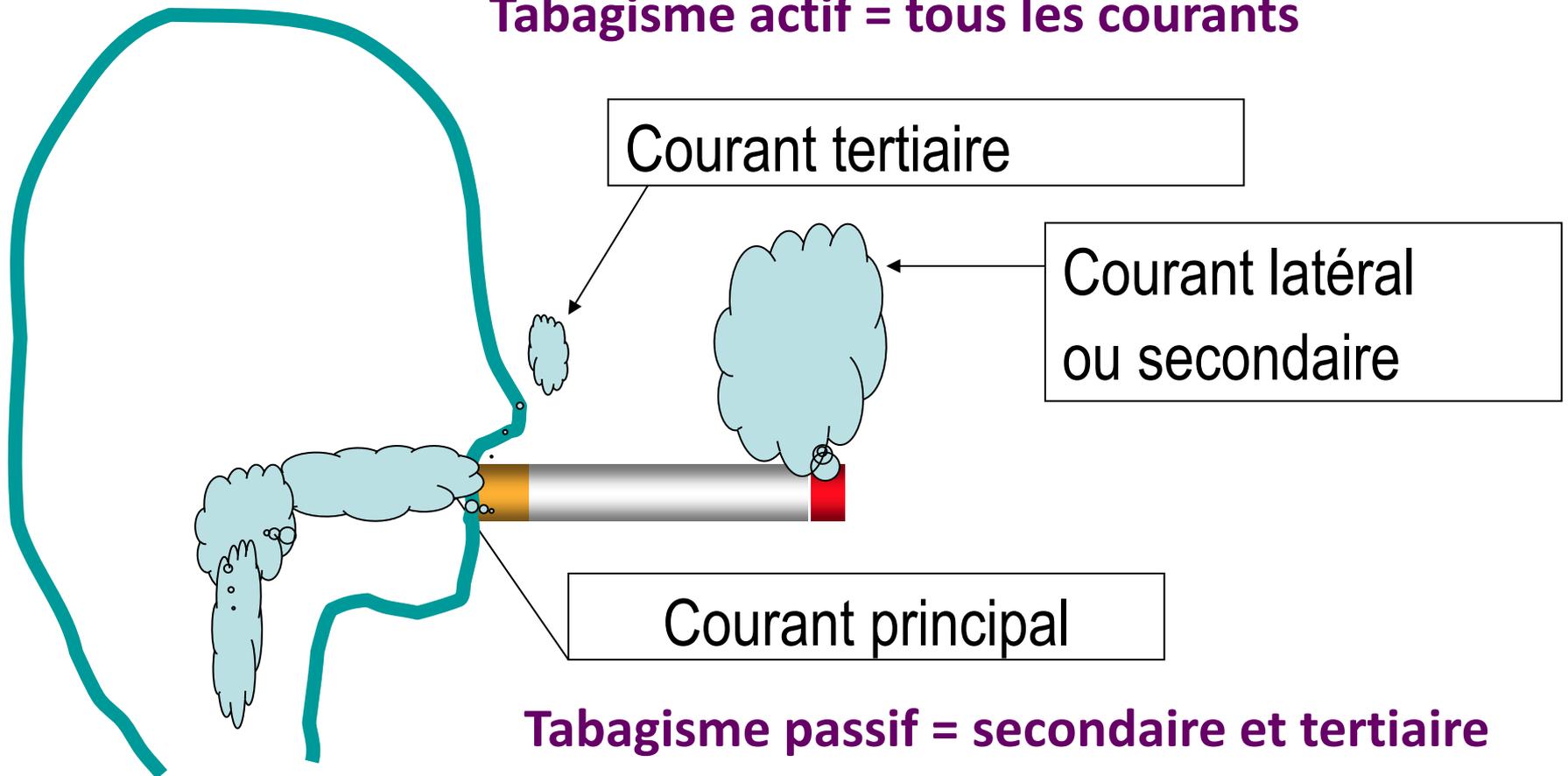
Les courants de la fumée

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



Fumée de tabac

Quatre groupes de substances

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

Nicotine et autres alcaloïdes

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

Absorption différente suivant l'administration

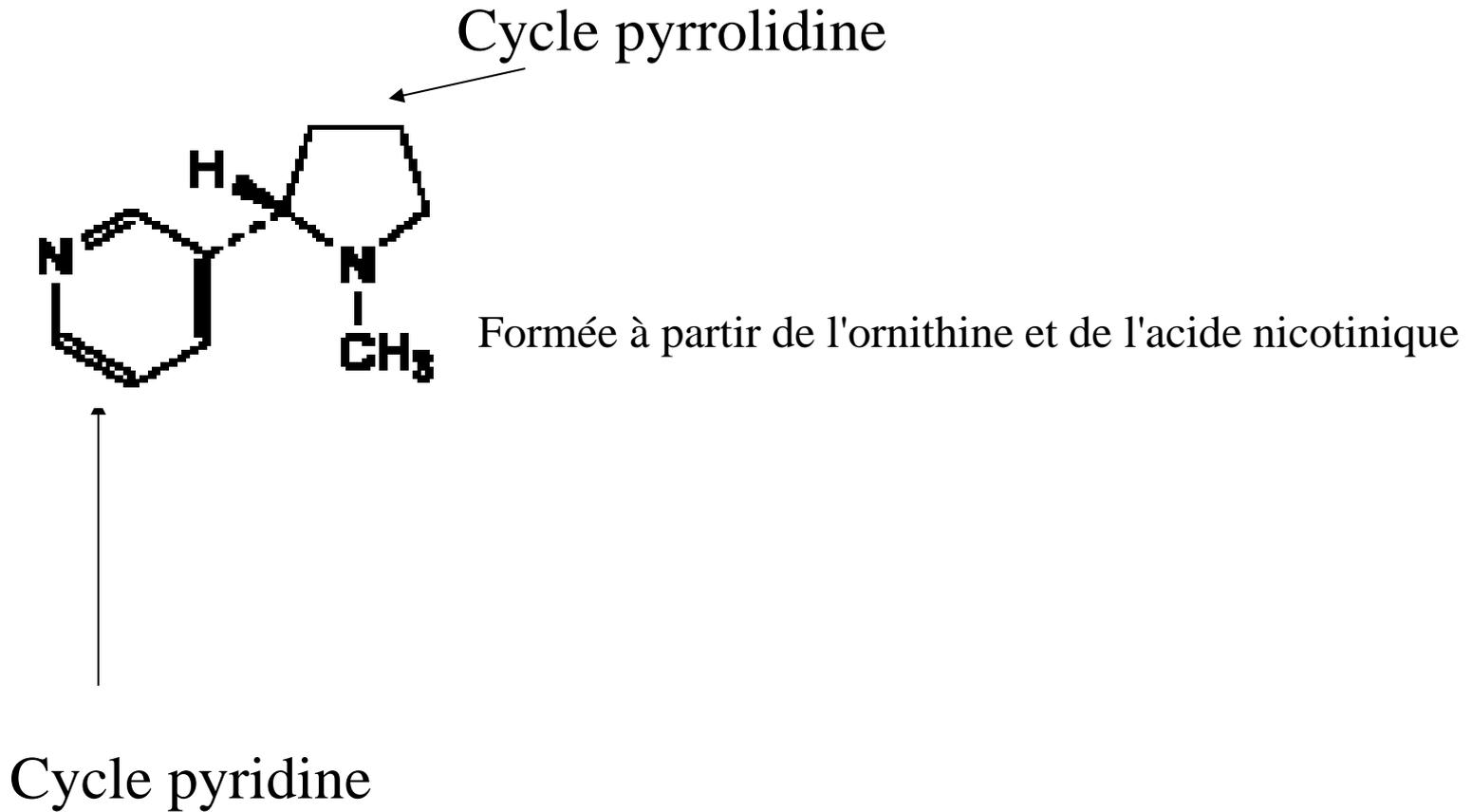
Principal responsable de la dépendance au tabac

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 nicotiniques
 - Pipe et cigare
- Peau :
 - Patch à la nicotine

NICOTINE



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 »

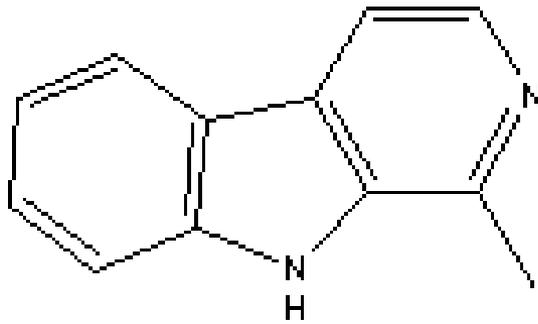
- Responsable de la survenue de la dépendance
- Action renforcée par les additifs ajoutés au tabac par les fabricants :
 - ammoniac
 - théobromine (cacao)

Nicotine = SPA

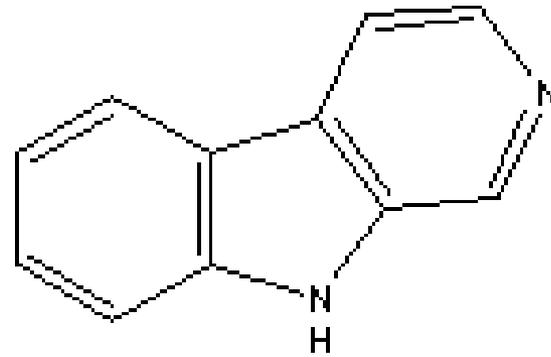
Substance Psycho Active

- 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**

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

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

cancérigènes

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 emphysémateuses, favorise les infections broncho pulmonaires

cancérogènes et irritants bronchiques

Cadmium, métaux lourds et substances radio actives

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

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 »

EFFETS DU MONOXYDE DE CARBONE (CO)

- Diminution de la capacité de transport d'O₂
 - Affinité du CO pour l'hémoglobine
245 fois 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

Dosage de CO dans l'air expiré



CO dans l'air expiré

Valeurs normales
entre 0 et 5 ppm

< 5 ppm, non fumeur

Entre 5 et 10 ppm, tabagisme passif ou
faible inhalation

>10 ppm, tabagisme actif

ppm = particule par million

10

5

0

Mesure du monoxyde de carbone = CO
dans l'air expiré

Zone de fumeur actif

Danger pour la santé
Danger pour le **coeur**

Zone de fumeur actif faible (1-

Zone de fumeur passif

Zone de pic de pollution

Zone de valeur normale
Si vous avez arrêté de fumer,
votre corps récupère dès que le
CO est normal !

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)

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'âpreté 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

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



Tabagisme passif

HUMOUR DE FUMEUR:

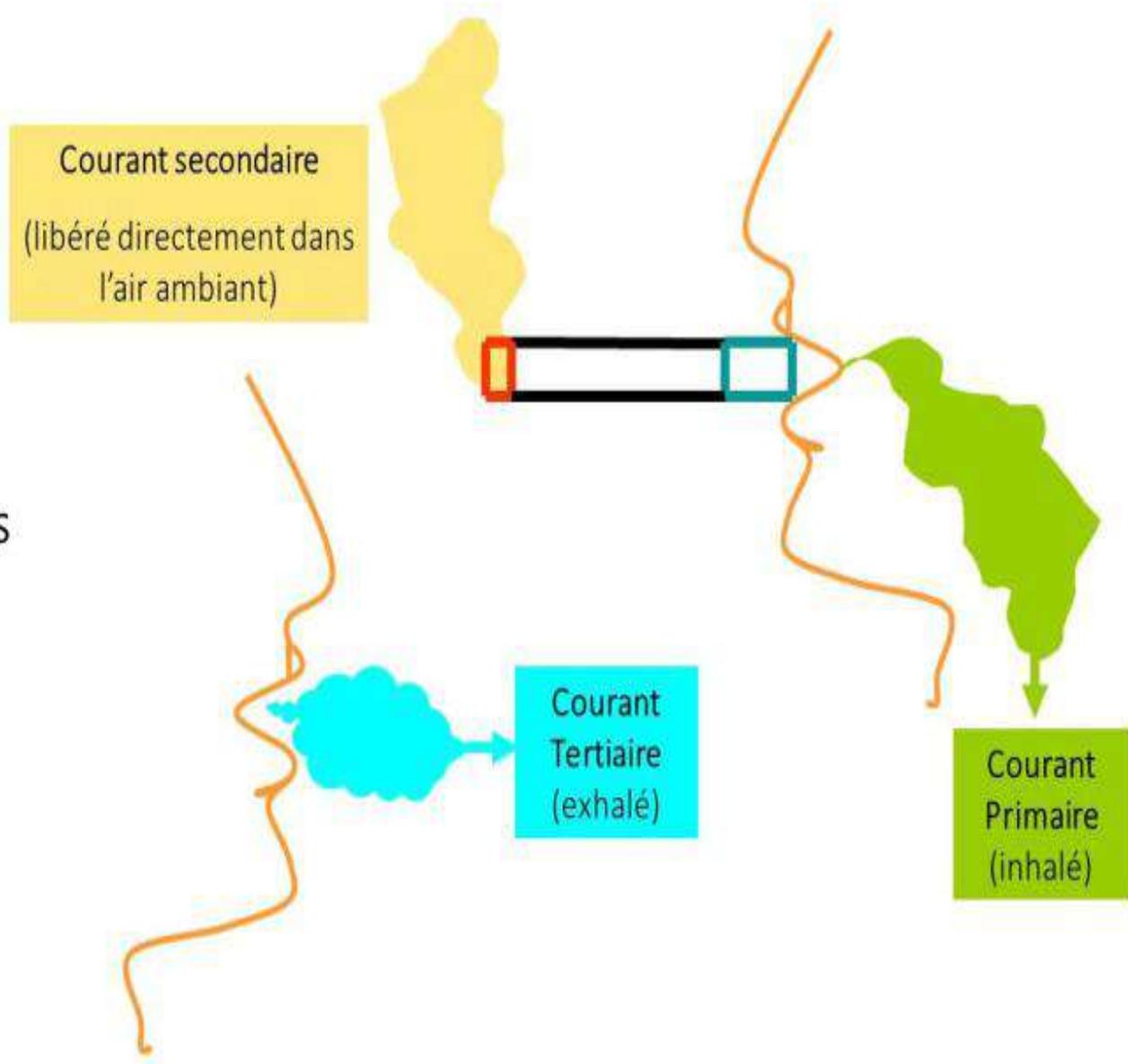


- Le tabagisme passif est l'exposition à la fumée dans l'environnement (tabac des autres ou fumée environnementale)
- Il est classé dans les produits carcinogènes par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) au même titre que l'amiante : c'est le cancérogène respiratoire auquel le plus d'employés français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

Tabagismes passifs (TP)
environnemental et/ou
foetal

TP environnemental :
inhalation de fumée de
tabac composée des courants
secondaire et tertiaire

Risques sanitaires pour les
fumeurs (victimes de
la "double peine") et les
non-fumeurs



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 cancérogène, 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, ...

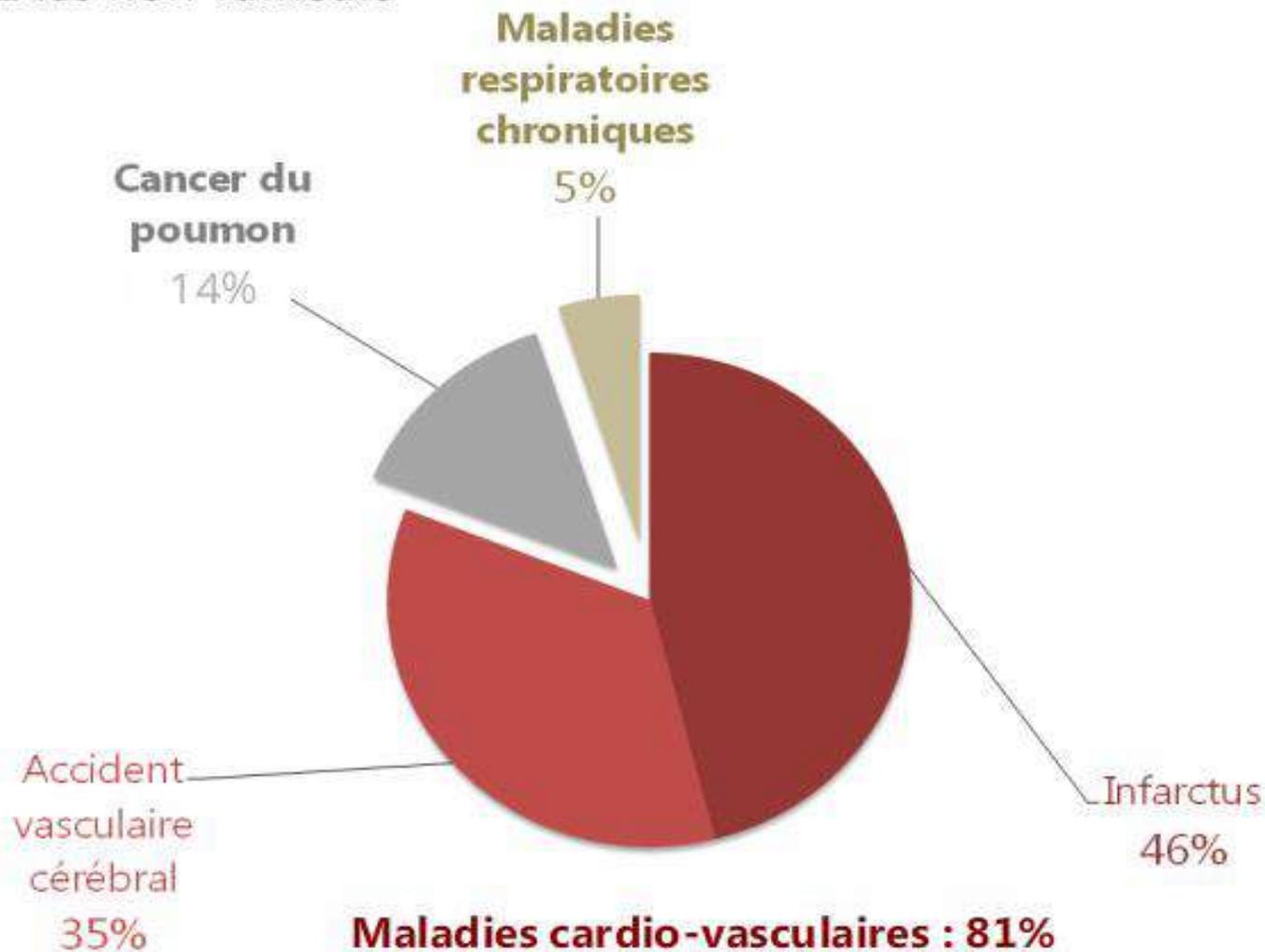
L'odorat est un mauvais marqueur d'exposition aux toxiques

" LA FUMÉE PASSIVE N'EST PAS NOCIVE "

... FAUT JUSTE ARRÊTER DE RESPIRER!

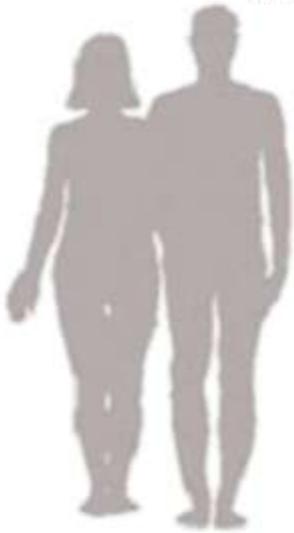


1 100 décès chez les non-fumeurs



Mortalité des fumeurs liée à leur exposition au tabagisme passif ("double peine") difficile à quantifier

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 suffisante

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

LA FUMÉE DE CIGARETTE,
ÇA L'APAISE!



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

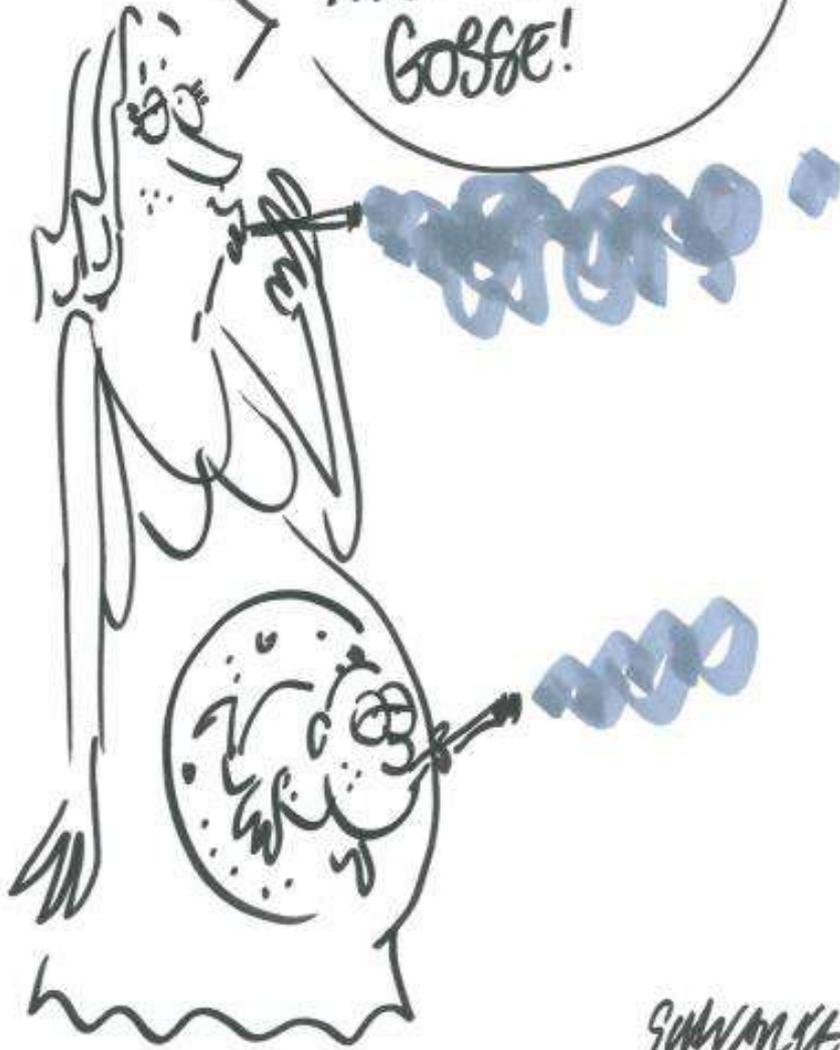
Loi Evin - Décret Bertrand (15/11/2006) : interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif

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

JE SUIS EN OSMOSE
AVEC MON
GORGE!



SUNWAVE

Effets sur le fœtus / l'enfant

Effets sur la mère

Évidences suffisantes

Grossesse extra-utérine
Décollement 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 labiopalatines

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

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 !)

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**

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 entraîner en toutes circonstances!

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 *[Reifox OEDT 2007]*

Feuilles séchées « Herbe »	• 6-14 % • > 20% dans 5% des échantillons (« Skunk »)
----------------------------------	---

Taux de Δ -9-THC

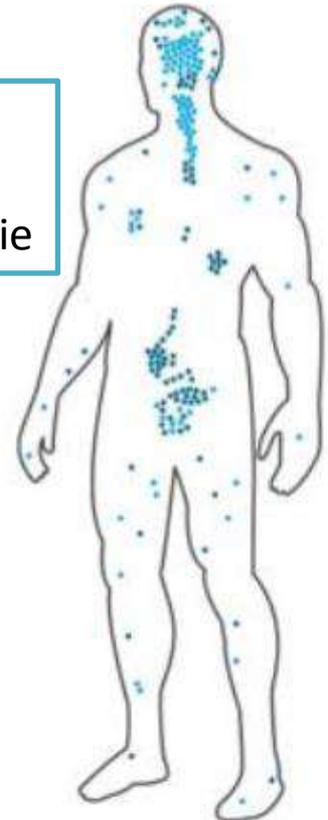
Résine de cannabis, Haschich, « shit »	• 7-12% • > 20% dans 3,4% des échantillons
--	--

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

CB1 surtout SNC
et
CB2 surtout périphérie



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**

Systeme endocannabinoïde physiologique

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

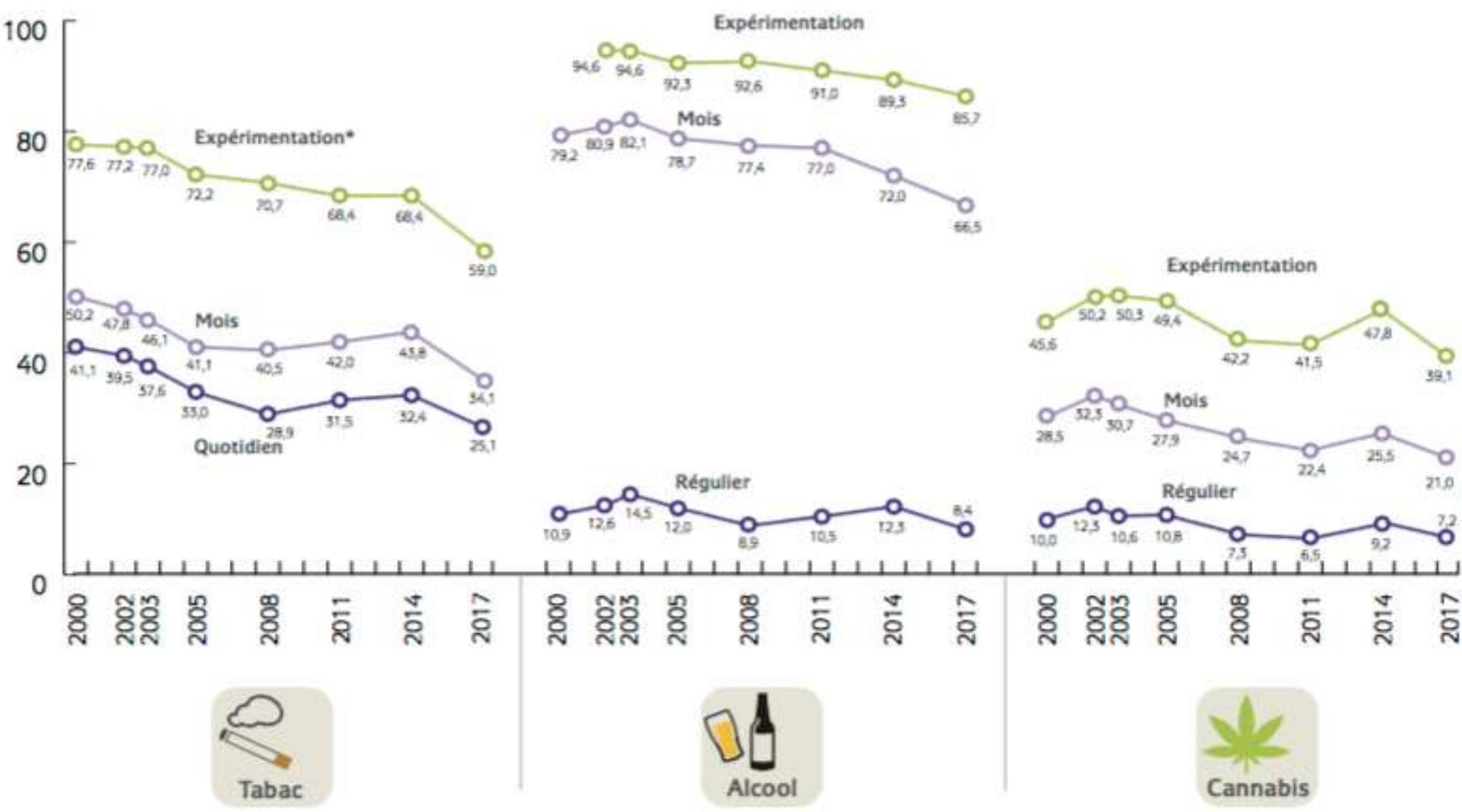


Produits indétectables ≠ cannabis

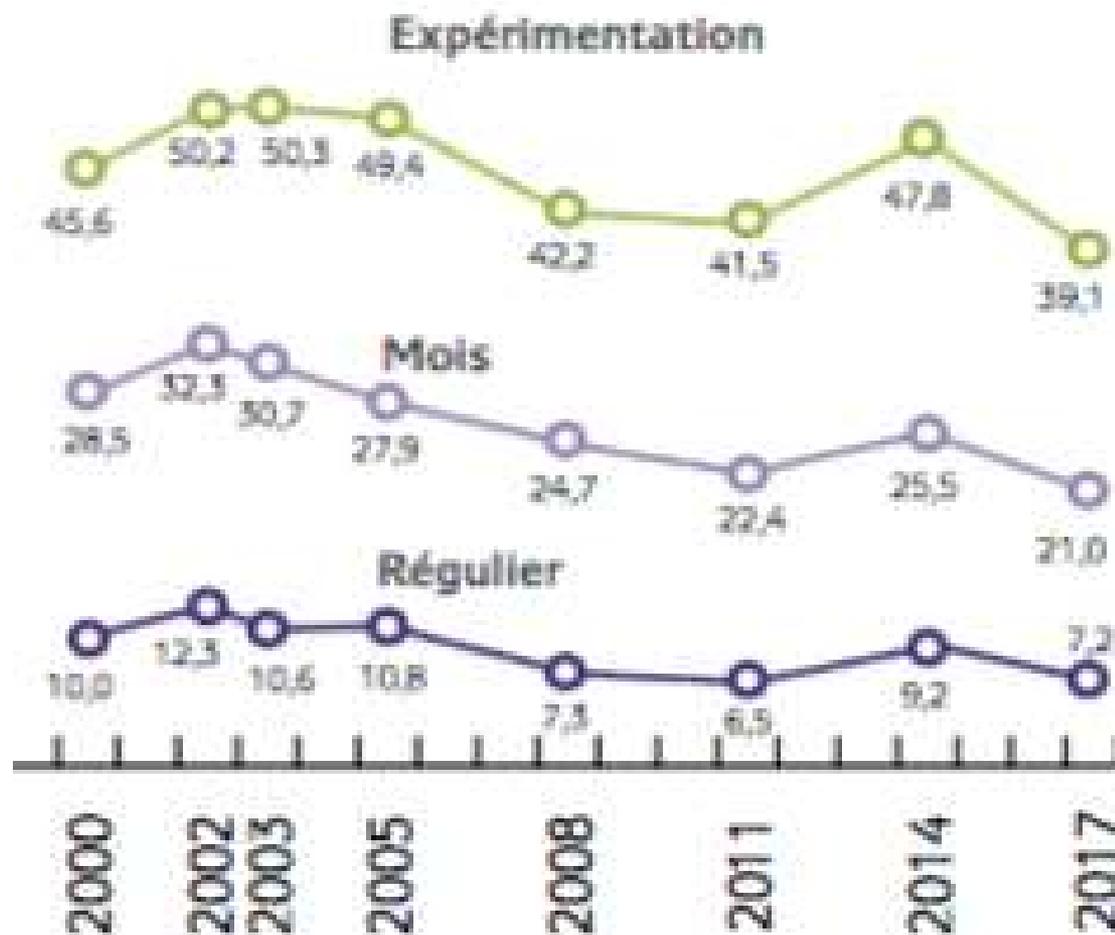
Trafic

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

Figure 1 - Évolution 2000-2017 des niveaux d'usage de tabac (cigarettes), boissons alcoolisées et cannabis à 17 ans (en %)



Source : enquêtes ESCAPAD (France métropolitaine), OFDT.



Enquête

ESCAPAD 2017

Auprès des jeunes de 17 ans

JDS = Journée Défense et Solidarité



Tableau 1 - Type de cannabis fumé lors du dernier usage parmi les adolescents âgés de 17 ans, en 2017 (en %)

	Résine	Herbe	Autre*
Garçons	34,8	62,9	2,3
Filles	27,8	71,3	1,0
Ensemble	31,6	66,7	1,7

Source : ESCAPAD2017 (France métropolitaine), OFDT

Toutes les différences garçons/filles sont statistiquement significatives.

* huile, pollen...

Tableau 2 - Mode d'approvisionnement chez les fumeurs dans l'année selon le sexe (en %)

	Garçons	Filles	Ensemble	Réguliers
Obtenu gratuitement	67,1	73	69,8	65,6
Acheté à des amis ou des proches	56,9	51,4	54,4	83,9
Acheté au revendeur habituel	44,8	28,7	37,5	81,8
Acheté à un revendeur inconnu	30,5	20,3	25,9	54,5
Acheté à l'étranger	7,7	4,9	6,4	16,8
Fait pousser personnellement	7,2	2,2	4,9	13,8
Acheté sur Internet	2,2	0,5	1,4	3,8

Source : ESCAPAD 2017 (France métropolitaine), OFDT

Cannabis

	Garçons 2017	Filles 2017	Sex-ratio		Ensemble 2017	Ensemble 2014	Évolution (en points)	Évolution (en %)
Expérimentation	41,8	36,3	1,15	***	39,1	47,8	*** -8,7	-18,3
Actuel (au moins un usage dans l'année)	34,4	28,1	1,23	***	31,3	38,2	*** -6,9	-18,1
Récent (au moins un usage dans le mois)	24,2	17,5	1,38	***	21,0	25,5	*** -4,6	-17,9
Régulier (au moins 10 usages dans le mois)	9,7	4,5	2,17	***	7,2	9,2	*** -2,0	-21,7
Quotidien ou 30 usages dans le mois	4,7	2,1	2,22	***	3,4	4,0	*** -0,6	-14,4

JDS = Journée Défense et Solidarité

Usages réguliers selon la situation scolaire (en %)

	Élèves	Apprentis	Sortis du système scolaire
Tabac quotidien	22,0	47,3	57,0
Alcool régulier	7,5	18,4	12,6
Cannabis régulier	6,0	14,3	21,1

Source : enquête ESCAPAD 2017 (France métropolitaine), 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. Barometre santé Inpes 2010

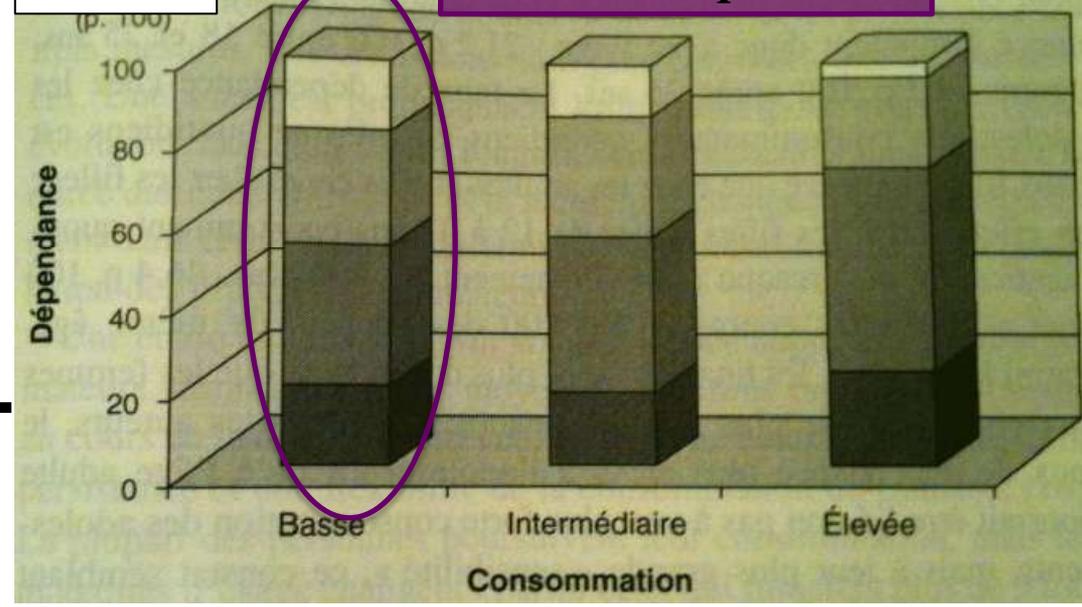
Usage avant 13 ans => 17% usage quotidien

Usage après 18 ans => 2% usage quotidien

La prévalence de la dépendance au cannabis est globalement inférieure à 10 % des consommateurs

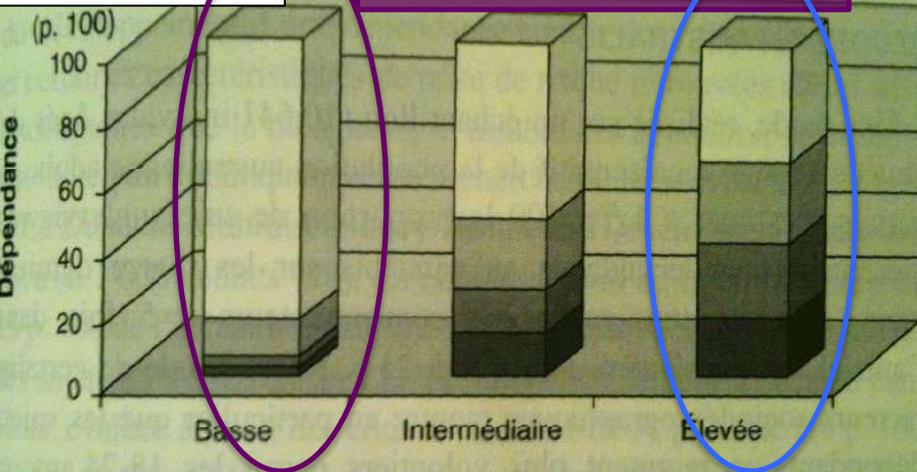
TABAC

20 % non dépendants



CANNABIS

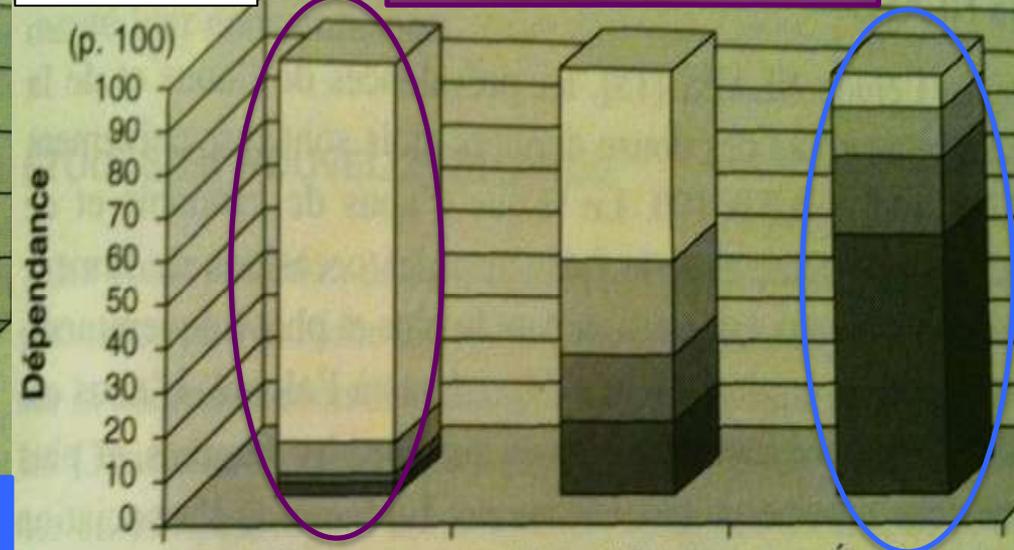
90 % non dépendants



40 % non dépendants

ALCOOL

90 % non dépendants



10 % non dépendants

□ Nulle (0-2) ■ Modérée (5-6)
 ■ Faible (3-4) ■ Sévère (7-9)

Facteurs de risque

- Consommation **précoce** dans la vie
- **Terrain environnemental** : familial, social
- Terrain personnel : **psychiatrique**, traits de personnalité
- Consommation à **visée thérapeutique** (anxiolytique, 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 aigue (= 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 causé 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

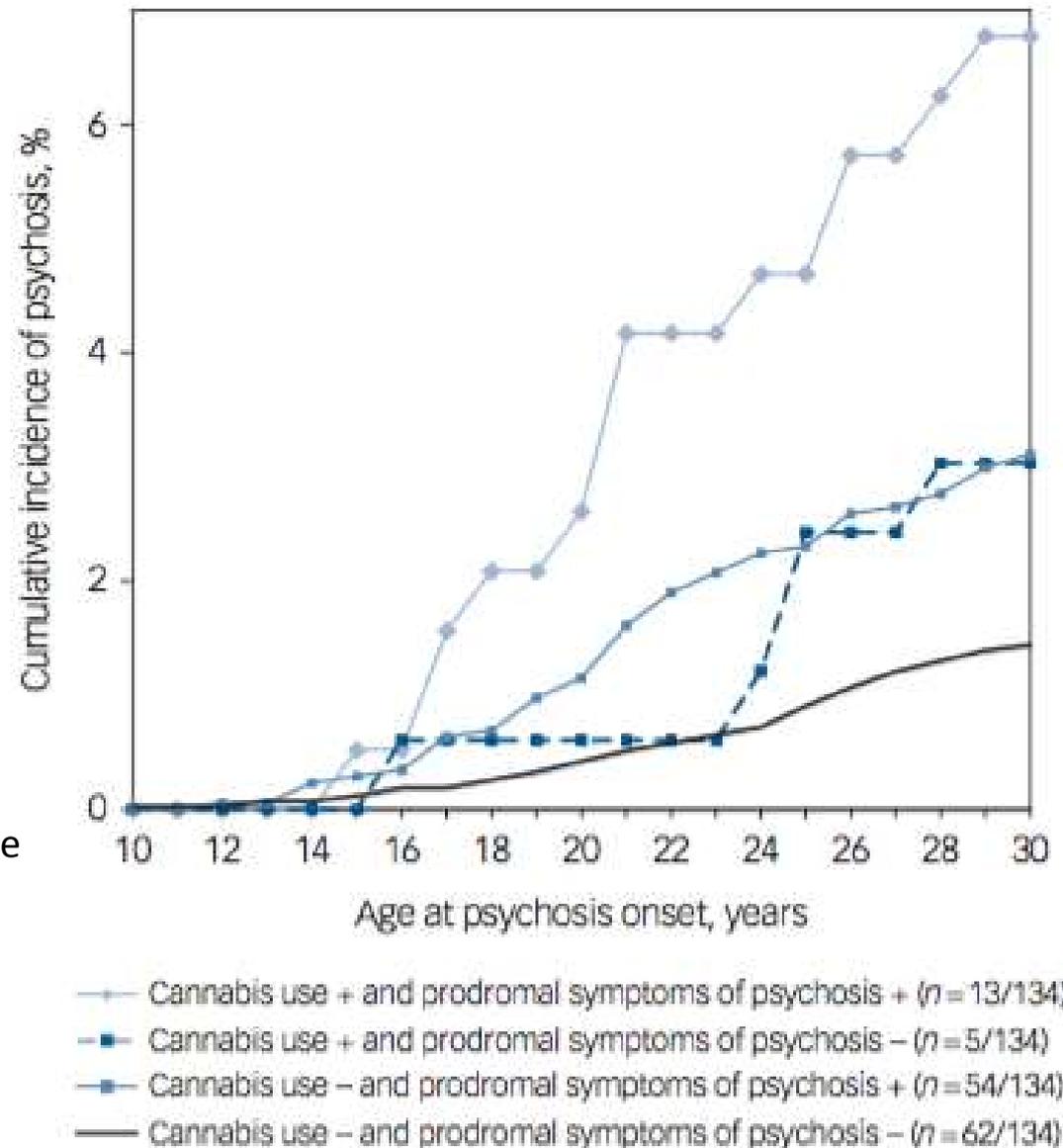
Le syndrome de sevrage au cannabis selon les critères DSM V

- 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

6 534 sujets suivis
Nés en 1986
Finlande



Mustonen A. Adolescent cannabis use, baseline prodromal symptoms and the risk of psychosis
The British Journal of Psychiatry (2018)

Fig. 2 Cumulative incidences of psychosis in four groups with and without cannabis use and prodromal symptoms in the Northern Finland Birth Cohort 1986.

Conduite à tenir

- Toujours **s'enquérir** de la consommation (dossier de tabacologie de l'INPES)

FEMMES ENCEINTES

- 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

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**

Généralités sur la dépendance

Les principes de l'addictologie

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

The diagram consists of three large, empty circles arranged in a triangle. The top circle is labeled 'Individu (facteurs de vulnérabilité)'. The bottom-left circle is labeled 'Produit (Tabac)'. The bottom-right circle is labeled 'Environnement (Parents, pairs)'. The circles are connected by thin lines, forming a triangular shape.

Individu
(facteurs
de vulnérabilité)

Produit
(Tabac)

Environnement
Parents, pairs

Produit

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

<i>Tabac</i>	: 32 %
<i>Opiacés</i>	: 23 %
<i>Cocaïne</i>	: 17 %
<i>Alcool</i>	: 15 %
<i>Psychostimulants</i>	: 11 %
<i>Cannabis</i>	: 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

Moore RA, Aubin HJ. *Int J Environ Res Public Health* 2012 ; 9 : 192–211

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 à d'autres produits :



Diapositive
Programme STEPS

Individu

Facteurs de vulnérabilité

Biologiques et génétiques

Socioculturels et environnementaux

Troubles de la personnalité

Co-occurrence de troubles psychiatriques

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

Individu

Co occurrence de troubles psychiatriques

Addiction en cas de

Personnalité anti sociale : 80 % (1)

Trouble bi polaire : 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

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** »

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

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. Syndrome de sevrage

Au moins deux signes sur une période de un an

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

Les signes de manque



Dépression



Forte envie de fumer
(craving)



Colère, irritabilité



Augmentation
de l'appétit

Symptômes de manque



Anxiété



Difficultés de concentration



Insomnie



Agitation, nervosité

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

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

3 – A quelle cigarette renoncerez vous le plus difficilement ?

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

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

oui 1 non 0

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

oui 1 non 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

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

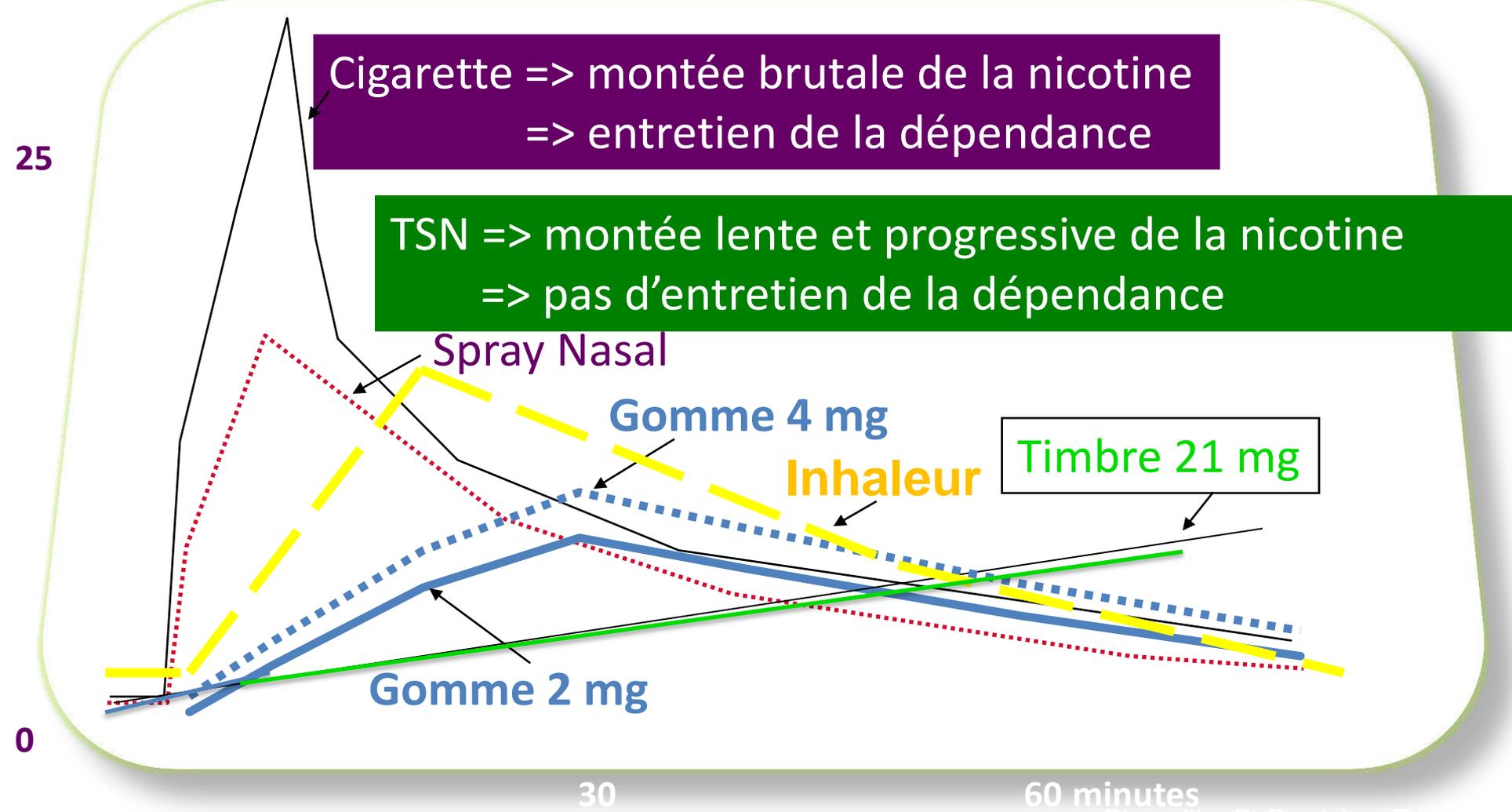
- Outil validé.
- Test qui sur des données comportementales permet de repérer les personnes qui manifestent un « besoin de nicotine ».
- Sous estimation possible (femmes enceintes, adolescents par exemple)
- Aide au dg de dépendance nicotinique avec la mesure du CO dans l'air expiré.
- La négativité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

La substitution nicotinique = dépendance ?



Comment ?

Nicotine plasmatique ng/ml



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
- [ESCAPAD 2017](#) tendances chez les jeunes de 17 ans

Des guides d'interventions pour les praticiens

OUTILS POUR LA PRATIQUE



ARRÊT DU TABAC DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT ATTEINT DE CANCER

/Systématiser son accompagnement



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

Octobre 2014

Messages clés



Objectif principal



Dépistage



Évaluation initiale



Principes généraux



Traitements recommandés en première intention



Autres traitements et méthodes



Traitements non recommandés



Stratégie thérapeutique



Réduction accompagnée de la consommation



Arrêt temporaire de la consommation



Cigarettes électroniques



Situations particulières



Rôle du pharmacien d'officine



Prise en charge financière



Formation des professionnels



e-cancer.fr



Pour en savoir plus



Société Francophone de Tabacologie - societe-francophone-de-tabacologie.org

Parmi ses différentes missions, la SFT promeut l'enseignement de la tabacologie.

Ainsi, nous proposons d'adresser aux étudiants de la formation continuée en Tabacologie tout au long de leur cursus, au même titre qu'un membre de la Société, la **Lettre de la SFT** qui présente les dernières données de la littérature scientifique tabacologique et publiée mensuellement.

Ils peuvent d'ores et déjà découvrir les Lettres publiées précédemment sur le site de la SFT et mises en ligne 3 mois après leur édition : <http://societe-francophone-de-tabacologie.org/lettres1.html>.

A l'issue de leur formation, ils pourront rejoindre la Société.

Afin qu'ils puissent bénéficier de l'envoi de cette Lettre, nous vous remercions de bien vouloir leur faire suivre notre proposition ; il leur suffit juste de signifier leur accord par courriel : sft@larbredecomm.fr, en précisant leur rattachement à la formation continuée en Tabacologie.

Anne-Laurence LE FAOU

Présidente de la SFT

Coordination administrative de la SFT

L'ARBRE DE COMM' eurl 7, rue Charles Baudelaire 91340 Ollainville,
France sft@larbredecomm.fr [Mobile 06 46 79 23 98](tel:0646792398) [Tél. 01 64 92 03 68](tel:0164920368) [Fax 09 58 81 10 97](tel:0958811097) *EURL au capital de 8 000 euros*

- *789 711 371 RCS Evry*