

**COMPTE-RENDU DU WEEK-END
D'ÉTUDES LE :
29-30-31 mars 2019 à VOGÜÉ (07)**



COMPTE-RENDU DU WEEK-END D'ETUDES A VOGÜÉ LES 29 – 30 – 31 MARS 2019

C'est au Village Vacances du Domaine Lou Capitelle à VOGÜÉ 07200 que nous avons rendez-vous cette année pour la 8^{ème} fois. C'est toujours avec le même plaisir que nous retrouvons ces lieux. Cette année, nous sommes 210 à participer aux Journées d'études en Rhône Alpes,

Nous remercions la sous directrice du Centre et toute son équipe pour leur accueil et disponibilité.

Merci également à Harmonie Mutuelle qui nous sponsorise pour nos actions, par des lots pour les tombolas et une subvention ; le Centre KORIAN du Chambon sur Lignon pour les stylos et attache-badges, les sacs pour les dossiers, la Société TEFAL, et les autres donateurs pour la souscription ainsi que les adhérents pour la tombola des participants de même que les départements pour le panier de leurs spécialités.

Presque toutes les sections de la région sauf Romans, Firminy, Montbrison, Aix les Bains, Chambéry, Moutiers sont présentes cette année et nous les remercions. Ces buveurs guéris, ces abstinents volontaires, conjoints et enfants, sympathisants ou malades en cours de soins sont venus de l'**Ain** (Albarine), de l'**Ardèche** (Annonay), de l'**Isère** (Grenoble), de la **Loire** (Feurs, La Talaudière, Rive de Gier, Roanne, Saint-Etienne, Veauche) du **Rhône** (Givors, La Duchère, Monts du Lyonnais, Rillieux, St Laurent de Chamousset, Saint-Priest, Vénissieux, Villeurbanne) de la **Savoie** (Albertville) de la **Haute-Savoie** (Annecy-Rumilly, Megève) ainsi que des amis de la Moselle (Florange) de Chalons en Champagne ; de Châtellerauld ; du Doubs (Besançon, Baume les Dames, Marseille et des amis de Croix Bleue Valentigney et Saintes qui ont plaisir à nous rejoindre car nous sommes les seuls à organiser un tel rassemblement sur 3 jours.

Un programme varié nous attendait avec le soleil.

Après le repas, nous avons eu un peu de temps libre afin de découvrir la Maison Jean Ferrat à ANTRAIGUES. D'autres ont profité de la piscine chauffée, du SPA à l'intérieur du Centre ou bien sont allés marcher. Quel plaisir

Conférence du Professeur M. DEMATTEIS – CHU de Grenoble et son adjointe L. PENNEL
« **Place des addictions dans notre société : les défis de demain** »

Après le repas nous avons procédé au tirage de la souscription. Certains ont eu de la chance.

Le samedi est consacré aux groupes de travail sur les thèmes suivants

- 1) ENTOURAGE : COMPRÉHENSION, SOUTIEN, DÉNI, SOUFFRANCE...
- 2) LA RÉDUCTION DES CONSOMMATIONS, UN PREMIER PAS VERS L'ABSTINENCE
- 3) GÉRER L'AGRESSIVITÉ DES ADHÉRENTS PAS SEULEMENT DES MALADES
- 4) COMMENT GÉRER LA SOLITUDE EN SORTANT DE SOINS AVEC LA VIE EN DÉBUT D'ABSTINENCE
- 5) ANCIENS MALADES BUVEURS GUÉRIS SONT-ILS PLUS LÉGITIMES POUR PARLER DE LA MALADIE
- 6) POURQUOI SOMMES-NOUS À VIE LIBRE ET Y RESTONS-NOUS (renouvellement des membres)

- 7) FAUT-IL DÉVOILER SON PARCOURS DE MALADE ALCOOLIQUE
- 8) COMMENT GÉRER LES MULTIPLES RECHUTES D'UN MALADE
- 9) APPRÉHENSION DU MALADE DE RENTRER EN CURE (thème annulé faute de participants)
- 10) LE POIDS DE LA CULPABILITÉ DANS LA DIFFICULTÉ DE GUÉRISON DES ADDICTIONS

L'après-midi, rédaction des synthèses ou temps libre ; piscine en attendant la conférence.

Conférence par le Docteur MAILHES du CSAPA de Privas « **Le tabac, une dépendance, des risques, des séquelles** » et Xavier FENOUIL psychologue tabacologue auprès de la Ligue contre le Cancer.

Après le repas ardéchois, nous avons pu apprécier la voix de BICHOU qui nous a rappelé Barbara. Il a su se faire connaître de Michou, l'homme en bleu des nuits parisiennes. Bichou artiste à l'univers décalé, un personnage haut en couleurs, drôle, tendre, il est souvent là où on ne l'attend pas.

Dimanche, synthèse des travaux de groupe, marché des produits régionaux sur place dans le Centre, et tirage de la tombola des participants composée des paniers de chaque département, d'objets confectionnés par des adhérents et d'autres lots puis la traditionnelle photo de groupe.

Les trois jours ont passé vite avec le soleil qui était là et dans nos cœurs.
Nous avons retrouvé la véritable amitié Vie Libre
Tous se sont quittés en disant à l'année prochaine,

VIE LIBRE

Programme du Week end des 29-30-31 MARS 2019 à VOGUE

Vendredi 29 mars

- 10 h 30 - 11 h 30 Remise des dossiers - Distribution des chambres
12 h 00 – 12 h 15 Accueil par la Direction du Centre et C. GARDETTE
12 h 15 – 13 h 45 Repas
14 h 00 – 16 h 45 Temps libre visite du Musée J. Ferrat à Antraigues
17 h 00 – 17 h 15 Présentation du Bureau et du Comité Régional –
des animateurs de groupes
17 h 15 – 19 h 30 Conférence du Professeur M. DEMATTEIS – CHU de
Grenoble et son adjointe L. PENNEL « **Place des
addictions dans notre société : les défis de demain** »
20 h 00 – 21 h 30 Repas
21 h 30 – 22 h 30 Tirage de la souscription
22 h 30 – 00 h 00 Soirée dansante

Samedi 30 mars

- 07 h 30 – 08 h 30 Petit déjeuner
08 h 45 – 10 h 00 Groupe de travail par thème
10 h 00 - 10 h 30 Pause
10 h 30 – 12 h 30 Groupe de travail
13 h 00 - 14 h 30 Repas par groupes de travail
14 h 30 – 16 h 00 Continuation groupe de travail – synthèse
16 h 00 – 17 h 00 Pause »
17 h 00 – 19 h 30 Conférence par le Docteur MAILHES du CSAPA de Privas
« **Le tabac, une dépendance des risques des séquelles** » et
Xavier FENOUIL psychologue tabacologue
20 h 00 – 21 h 30 Repas
21 h 30 - 00 h 00 Animation par Bichou et après soirée dansante

Dimanche 31 mars

- 07 h 30 - 08 h 30 Petit déjeuner
09 h 00 – 10 h 00 Synthèses
10 h 15 – 10 h 45 Pause et photo de groupe
10 h 45 – 11 h 45 Stands – stands des produits régionaux
11 h 45 – 12 h 45 Tirage de la tombola des participants
13 h 00 – 14 h 30 Repas

Professeur Maurice DEMATTEIS CHU de Grenoble

Lucie PENNEL

Comment se comporter dans cette société actuelle ? Les addictions évoluent, ce qu'on a connu à une époque n'est plus valable aujourd'hui. Quelle psychiatrie addictologique ? Qu'est-ce que l'ambivalence ? Une balance, d'un côté de l'autre. Comment se déterminer ? Chercher l'équilibre. Quoi dire la société est ambivalente, comment se positionner ? C'est inscrit dans une habitude dont on perd le contrôle. L'alcool a un côté festif, convivial qui deviendra vite une habitude de vie, de routine. Elle va servir à gérer les différentes consommations en fin de journée, notre tension anxieuse augmente avec la prise d'alcool, de tabac, antalgiques. Les patients font avec ce qu'ils ont trouvé ; l'alcool le plus facile à trouver et ses effets aident à gérer les difficultés. C'est le produit qui a le contrôle de l'individu d'où la dépendance psychique, ce qui entraîne le « craving » cette pensée obsédante.

Face à cette ambivalence, difficile à se positionner. Voyez l'importance de décroiser les addictions. Cela ne veut plus rien dire de raisonner en un seul produit. Il y a deux dimensions essentielles dans les addictions ; c'est la relation à l'autre et la gestion des émotions et très souvent les deux vont ensemble. Or voyez quand on consomme quelque chose on ne le fait jamais par hasard. Cela sert à quoi de consommer ? Se désaltérer, le bien-être, le partage, à s'évader, la récompense, du plaisir, un pansement, s'intégrer. Ce qui est très intéressant c'est que beaucoup d'entre vous ont donné des aspects très positifs de l'alcool évidemment. Quand les patients viennent à la consultation et qu'on leur demande les motivations sous-jacentes de leur motivation ils vont nous dire les aspects positifs. Lorsqu'on leur présente une liste d'items où il y a beaucoup de négatifs les patients vont cocher tout d'un coup, ça c'est moi, ça c'est moi. On a souvent tendance à présenter les choses qui sont socialement les plus présentables et les choses qui sont facilement acceptables, les choses qui ont une représentation. Malheureusement il y a ce côté positif mais en fait il y a très souvent le côté négatif. Lorsqu'on regarde le nombre d'items que le patient coche, en général ce sont les items négatifs et de très loin.

LP : La question qui vous a été posée : qu'est-ce qui vous donne envie de consommer ? Mais quels facteurs poussent à reconsommer quand il y a très longtemps qu'on n'a pas consommé. Quels sont les facteurs que vous identifiez à risque de rechute ?

MD : L'oubli, les émotions négatives ou positives.

LP : Quand on pose la question on a davantage de facteurs négatifs. Quand on écoute les patients il y a souvent des altercations avec leurs proches, des difficultés avec leur responsable hiérarchique au travail, avec leurs enfants principalement des facteurs relationnels. Je suis étonnée de ne pas entendre davantage ces éléments-là.

PP : « Je dirais que dans la vie il y a des événements qui font que, on devrait ou on pourrait rechuter mais quand on a eu un parcours difficile avec l'alcool pour s'en sortir durant de nombreuses années, ça reconforte aussi dans le choix de ne plus reconsommer, de ne pas retomber dans le mauvais pas, dans les méandres. Mais des événements dans la vie très forts cela va ressurgir et on sait très bien que la mécanique de dépendance va reprendre très vite ».

MD : Absolument. Il faut dire à quel point ça se réenclenche très très vite. C'est ce qu'on va voir dans les mécanismes. On est dans le mécanisme de la mémoire c'est comme pour un vaccin on vous fait un rappel, ça réactive le système très rapidement, c'est pareil quand le système a été mis en jeu même si on n'a pas consommé depuis longtemps tout peut redémarrer rapidement.

LP : Monsieur a évoqué des moments de vie très forts le système se réactive dans des moments émotionnels très forts.

YM : Vous voyez une clientèle assez particulière des gens qui ont rechuté mais moi je pense que quand on rechute on met des prétextes en avant, la rechute a été programmée bien avant préparée sur le terrain et nous on ne connaît pas ça car on a une abstinence heureuse On a suffisamment travaillé sur nous justement pour apprendre à gérer nos émotions y compris les douleurs et les galères aussi on en a tous et tous les jours comme le commun des mortels on a tous des deuils et des choses horribles voire des séparations mais on sait faire face au lieu de partir à la « ramasse » avec un produit, aller dans le mur, on préfère arrêter et analyser les choses et garder la tête froide.

MD : C'est très intéressant ce que vous venez de dire oui mais vous présentez un groupe particulier de personnes qui ont été en capacité de mettre en place un choix stratégique. Malheureusement tout le monde n'est pas en capacité de le faire pour différentes raisons car vous avez raison de dire que finalement la rechute peut arriver pour différentes raisons, dans certains cas certains l'ont anticipé à leurs façons. Mais ce n'est pas aussi simple que ça et encore une fois vous représentez un groupe particulier de patients et aujourd'hui si on veut une vision large vis-à-vis de l'alcool touche un nombre tellement important de patients il est évident que la stratégie que vous proposez ; est-ce qu'elle est applicable à tout le monde ? La réponse est NON. D'où l'importance des prochaines diapositives qu'on va vous montrer. Voyez quand je vous dis que les produits rendent heureux il y a même des forums d'usagers (ASUD) le forum des drogués heureux. Dans mon expérience, les patients qui consomment ne sont pas heureux ils se reconnaissent patient, l'utilisateur comme pour l'alcool certains vont se sentir suffisamment bien en tout cas de ne pas avoir à chercher de l'aide pour considérer avoir trouvé un compromis, en permanence nous faisons des aménagements avec les bonnes raisons ou les mauvaises excuses que vous avez dit. Mais à un moment donné c'est une question d'équilibre et l'objectif est d'avancer, certains vont le faire à l'aide d'un produit et certains vont trouver un aménagement de vie qui va leur correspondre au moins pendant un certain temps. Malheureusement comme vous le savez, l'alcool et comme tous les autres produits conduit systématiquement dans une impasse. Evidemment face à ce côté positif et négatif c'est compliqué pour les patients car la société elle-même est extrêmement ambivalente, le patient l'est, les soignants aussi sont parfois ambivalents. Mon assistante Lucie et moi-même nous sommes des gens de terrain, nous consultons, nous ne faisons pas d'hospitalisation, nous travaillons en ambulatoire et nous prenons en charge des situations très complexes y compris des patients en multi échecs. Travailler sur le terrain, travailler avec la vraie vie ça correspond à notre façon de fonctionner et c'est comme ça qu'on a les meilleurs résultats. Voyez ce qui est évident quand il y a le côté négatif il y a un jugement sociétal et une très forte culpabilité, une honte, le fameux tabou. Il est évident qu'on va s'accommoder de certaines choses. On n'en parlera lorsqu'il y arrive un accident ou quelque chose.

Alors voyez dans l'ambivalence, quand on parle d'ambivalence, il vit, il boit. On est en train de toucher quelque chose de très important car dans l'ambivalence sociétale, le politique est ambivalent et entretient cette ambivalence Il dit : « il faut qu'on arrête d'emmerder les Français ». Il faut avoir une réflexion globale. Vous savez que le Ministre de l'Intérieur a dit que l'alcool dans le vin est un alcool qui n'est pas fort. Evidemment est-ce que c'est vrai ? Quelle que soit la boisson alcoolisée c'est 10 g dans le verre standardisé. La quantité d'alcool est pareille que ce soit du vin, du champagne, du whisky de la vodka ou tout autre alcool. Vous avez aussi le Ministre de l'Agriculture qui dit aussi « le vin n'est pas un alcool comme les autres » et qui nous rajoute dernièrement « les jeunes qui sortent de boîtes de nuit ne sont pas saouls car ils ont bu du Côtes du Rhône ». Évidemment c'est très dérangeant cette situation-là car encore une fois là aussi le politique entretient cette ambivalence et fausse bien entendu tous les messages. Comment voulez-vous que le

Français s'y retrouve là-dedans. C'est compliqué et d'autant plus compliqué qu'on ait une consommation déjà problématique. Les messages qui sont aujourd'hui délivrés questionnent et la Conseillère de l'Elysée est un ex-membre de Vins et société. On voit que potentiellement les choses sont un peu faussées et forcément avec tout ça notre Ministre de la Santé elle rame, seule au monde. Elle a un peu du mal à faire passer des messages sanitaires ce n'est pas très facile.

PB : Je voulais mettre en avant le Ministre de la Santé qui n'est pas habituée

MD : le Gouvernement est ambivalent

CM : Sur les paquets de cigarettes il y a des photos de poumons maintenant sur les bouteilles il y a un tout petit logo pour les femmes enceintes.

MD : Aujourd'hui on sait que la stratégie de mettre des images chocs ont une efficacité très limitée. Si cela peut éventuellement dissuader les plus jeunes, en fait les fumeurs voient l'image et continuent. L'alcool entraîne combien de pathologies ? 60 à 200. Lorsqu'on a une dépendance à l'alcool est-ce que mettre toute cette liste de conséquences a un effet.

Derrière en filigrane on voit tous les lobbies qui existent

MD : On vient de pointer du doigt plusieurs choses, effectivement le poids des lobbies, mais aussi marquer toutes les conséquences ne va pas toucher la même population c'est-à-dire ceux qui sont déjà dans la maladie et par définition quand on est dans l'addiction c'est les 4C la perte du contrôle, le craving, les compulsions quelles qu'en soient les conséquences. Les patients ont parfaitement conscience des conséquences qu'ils encourent mais à un moment donné on est tellement mal que le seul moyen de continuer la journée c'est de consommer quelque soient les conséquences. Finalement il y a les images chocs, les messages de prévention qu'il faut mettre pour les jeunes mais là-aussi il y a un discours à avoir parce que vous allez voir si on est trop confrontant non seulement on n'est pas efficace et on renforce les résistances. Voyez que là aussi vous parlez des lobbies « alcool à l'école » qu'est-ce que vous en pensez ? En 1956, l'alcool a été interdit à l'école

YM : Interdit à l'école primaire en 1956. Je me rappelle quand j'étais en seconde ou en terminale au lycée il y avait un litre de bière par table de 8. Moi je m'étais mis à une table de filles elles n'aimaient pas la bière.

MD : Vous savez parfois au lieu de rentrer par la porte parfois on rentre par la fenêtre et voyez Vins et société pour ne pas le nommer ont trouvé la parade cela génère 500 000 emplois ils ont réussi à mettre l'alcool dans le cartable comment ? Tout simplement par des guides qui visent à éduquer la culture de la vigne. Cela part d'un bon sentiment. Il y a déjà 800 classes équipées de ces guides pédagogiques. Depuis plusieurs années ils ont fait un partenariat avec les alcooléades, des petites fiches très ludiques créées à destination des enfants, ils sont bien plus forts que nous, avec le Petit Quotidien avec la bénédiction des rectorats. Des journalistes ont présenté à Madame BUZYN, seule au monde, en lui disant : Comment cela se fait qu'il y a des guides qui sont présentés aux enfants et que le Rectorat fait la promotion de ces guides. Elle a été choquée, elle ne connaissait pas l'existence de ces kits Ils ont interviewé un recteur pour qui c'est important que les jeunes Français connaissent la vigne, sa culture, etc... Le journaliste lui dit cela ne vous dérange pas par rapport aux problèmes sanitaires. Le recteur lui a répondu « si on écoute les médecins il ne faudrait plus rien faire. Je comprends votre réaction mais mettez-vous du côté des gens qui ne se sentent pas malades qui ne se considèrent pas malades. Les fiches qui existent concernant les addictions sont tellement techniques que moi-même je ne les ai pas comprises. Les lobbies alcooliers savent faire des techniques de communication que nous n'avons pas et que les messages aujourd'hui ils sont communiqués par les soignants ne sont pas forcément adaptés en direction de la population générale. C'est important pourquoi je vous dis ça car la société a évolué et qu'on peut dire certaines

choses mais pas comme avant. Quand Madame LE PEN dit : ils sont là dans les campagnes, dans les villages ils sont partout, ils sont omniprésents les lobbies alcooliers par ce que ce sont des commerçants des gens qui veulent faciliter l'usage des produits. Aujourd'hui ils nous annoncent vouloir faire de la prévention on verra bien. Tout ça pour dire aujourd'hui il faut changer notre façon de communiquer vis-à-vis de l'alcool. Donc les messages anciens doivent passer, être compréhensibles, entendus par une partie de la population et vous êtes intimement convaincus de ces messages car vous avez été confrontés aux problématiques alcool mais les gens qui ne sont pas confrontés à cette problématique ont du mal à entendre ce type de message.

MD : Vous avez compris ils passent de manière détournée.

GC : Il ne faut pas oublier que nous ont à du mal à entrer dans les écoles pour pouvoir parler de la maladie alcoolique car le rectorat ne nous donne pas l'accès. C'est une chose qui n'est pas tout à fait normal. Vous parliez tout à l'heure de la responsable de Vins et Société qui a forcé la loi Evin à s'écraser.

MD : Voyez que face à ça c'est un peu compliqué, il va falloir aussi être plus malin mais comment ?

X : les gens qui ne sont pas malades ne peuvent pas comprendre la maladie alcoolique.

MD : Vous l'avez compris vous avez connu. Comme vous l'avez décrit cela commence à l'adolescence et c'est ici qu'il faut commencer à intervenir et même plus tôt encore, plus petit. Je suis entièrement d'accord avec vous. Il est important aujourd'hui où nous sommes dans une société où on consomme. Il est important d'accompagner les possibilités de tout consommer. Il faut intervenir très tôt. On n'est pas assez bon en prévention. Nous sommes même carrément mauvais. Voyez-vous on assure le service après-vente quand les patients viennent nous voir on les traite et on leur donne ensuite des outils de prévention pour réapprendre à marcher dans la vie, vous l'avez vu, vous avez appris à gérer vos émotions différemment, vous avez fait un choix de vie, de l'abstinence. Certains s'épanouissent dans l'abstinence, d'autres en sont incapables. C'est très important ce que vous venez de dire ? Il est très important de faire de la prévention très tôt en primaire. Le gouvernement aujourd'hui a demandé que le service sanitaire mis en place auprès des étudiants en médecine, en psycho-sociales, en pharmacie, infirmiers, sont allés faire un travail de prévention dans les écoles mais c'est nettement insuffisant par rapport à l'enjeu et par rapport aux besoins et voyez notamment à permettre à des jeunes à acquérir des compétences psycho-sociales. Je gère mes consommations différemment sans avoir besoin de consommer et comment je gère la relation à l'autre ; comment je vais vers l'autre, comment je participe au groupe, comment j'inter réagis avec l'autre sans avoir besoin de consommer.

Que dire les fiches qui existaient, qui étaient proposées il n'y avait rien. Mes propres enfants quand je leur ai demandé expliquez-moi comment cela se passe la prévention qui est faite au collège au lycée. C'est simple pendant une heure, il y a quelqu'un qui est venu nous voir qui nous a fait la morale On s'est tu, on a bien écouté et on était bien content qu'il s'en aille. Voilà la prévention des addictions. Est-ce que ça vous paraît adapté.

La foule : Non.

MD : Non, nous ne savons pas communiquer, nous ne savons pas envoyer les bons messages aux bonnes personnes de manière motivationnelle.

LP : En sachant que le travailleur psychosocial voit comment je vais vers l'autre, comment je reste en contact avec le groupe tout en ayant la possibilité, la capacité d'exprimer ses besoins et de dire non. Savoir dire non au collège ou au lycée est une des premières étapes pour pouvoir se positionner

vis-à-vis d'un produit dont on n'a pas forcément très envie mais qui est une condition sinéquanone pour rentrer en relation avec un groupe ou en tout cas appartenir à un groupe. C'est tout simplement exprimer ses besoins et dire non je n'en ai pas besoin j'ai juste envie de partager un moment avec vous pour pouvoir être en lien avec vous sans avoir besoin d'être sous l'emprise d'un produit, de pouvoir prendre plaisir à partager un moment convivial sans forcément avoir recours à des produits désinhibants.

CM : on a pu intervenir auprès de gamins de 4^e. Le petit plus que l'on a, excusez-moi, ils ne sont pas confrontés à des médecins mais à des gens qui sont tombés dedans. Je me souviens quand on a commencé l'heure avait sonné et les mômes nous posaient encore des questions ? Notre témoignage c'est le petit plus, on est allé au bout du bout. Le jour où on peut rendre ce service -là sans jugement, sans morale. On se dit s'il en reste une petite chose.

MD : Vous avez raison et aujourd'hui la parole du patient , de l'ancien patient est essentielle effectivement pour faire passer des messages et on le fait depuis plusieurs années dans le diplôme car très clairement cela change la donne, pour ne pas la nommer c'est Laurence COTTET qui intervient depuis plusieurs années où on fait un regard croisé patient soignants et très clairement cela change le regard du patient car au-delà du discours médical , technique, neurobiologique on a tout l'aspect humain porté par le patient toute la souffrance qui a été associée à ses années de vie aujourd'hui c'est une autre vie. Du coup les étudiants et les autres futurs soignants ça représentent une très grande sincérité et des messages empreints de sincérité et qui font un écho très différent.

LP : C'est un élément très important que vous venez de dire car vous apportez un plus de par votre expérience dans tous les domaines. Préventif, clinique, thérapeutique, pédagogique. Vous avez une place de par votre expérience majeure. On voit à quel point cela permet de modifier de rendre accessible la caractérisation, de l'évolution, comment c'est possible de ne pas s'en rendre compte. Pourquoi ils ne s'en rendent pas compte, un élément qui est majeur c'est de comprendre autant certains vont être sensibiliser par la photo du paquet de cigarettes autant d'autres vont être curieux des aspects théoriques. Je crois qu'on a intérêt à tous travailler ensemble et ce panachage des représentations, la capacité à transmettre de faire le lien pour l'autre va permettre d'avoir tout un panel de stratégies qui va amener le patient quel que soit le stade d'évolution du patient malade ou ancien malade c'est tout ce continuum qu'il faut toucher à différents moments. Il y a un effort à faire.

Il n'y a pas de stratégie. C'est comme si on disait un antidépresseur ça va guérir la psychothérapie, l'approche sociale, l'approche pharmacologique, c'est ça qui a plus de 70 % d'efficacité, un médicament tout seul on tombe à 50 %. Plus on sera nombreux à panacher les stratégies plus on aura un impact important il n'y a pas de stratégies 100 % bonnes ou de stratégies 100 % mauvaises. Vous voyez nous avons tous notre sensibilité tous des moyens différents, des attirances différentes. C'est parce qu'on va avoir ce panel de propositions thérapeutiques et préventives qu'on va pouvoir toucher le maximum de personnes.

MD : Alors on l'a vu des représentations très différentes qui ont été exprimées par différents d'entre vous et ces représentations vont avoir un poids important dans la prévention on vient d'en toucher du doigt Voyez qu'aujourd'hui les addictions ont évolué dans leur concept par le trouble de l'usage. Vous voyez qu'on peut avoir l'usage d'un produit pas problématique et à partir d'un moment il va devenir problématique et en fonction d'un certain nombre de critères. A un moment donné il fallait mettre un certain nombre de curseurs. A partir de quand passe-t-on aux troubles de l'usage ? Il y a un nombre de critères liés à la maladie ; 4 critères c'est léger, 6 critères c'est sévère, il y a un continuum entre les troubles de l'usage et on peut très bien se retrouver ici puis passer ici et revenir ici. Il y a des patients qui sont tout à fait capables de revenir à l'usage non problématique

mais il est évident que lorsqu'on est dans la forme la plus sévère, la probabilité de revenir seul vers un usage non problématique est compliqué. Bien entendu risque de rechute. Il est évident que tout ça est pondéré en fonction de la sévérité et la fonction des capacités du patient à trouver le contrôle. Vous voyez la notion du curseur à quel moment l'usage est problématique c'est comme dans tout autre maladie, si vous voulez savoir si vous avez de la fièvre on prend la température, si vous voulez savoir si vous avez du diabète on va mesurer la glycémie, savoir si vous êtes obèse on va vous peser. Lorsqu'on donne des valeurs à quoi ça sert d'indiquer une valeur ?

La foule : des repères.

MD : des repères, évaluer, cela donne des références.

La foule : des limites

MD : des limites. A quoi ça sert les repères, les limites ?

La foule : Une mise en garde.

MD : Pour toutes les pathologies quand on définit les mises en garde, à quel moment il y a un risque en termes de conséquences et quand on se met sous les limites. Et comme dit Mr MACRON, le Français est un râleur, la preuve quand il y a eu les panneaux à 80 km/h la limite n'est pas toujours acceptable. Voyez ce n'est pas simple. Quand on donne une limite, on peut l'entendre de différentes façons certes cela peut nous protéger, ça peut permettre d'anticiper le risque de reprendre et quand on voit ça. Qu'est-ce que vous ressentez quand vous voyez ça ?

La foule : c'est stupide

MD : ça vous énerve et vous accélérez. On est frustré.

MM : Il y a des gens qui pensent que c'est un manque de liberté.

MD Vous venez de raisonner beaucoup de choses, de liberté. Voyez quand on indique des limites la consommation c'est pareil.

On peut mettre autant de bonnes raisons que des excuses en fonction de l'aménagement du compromis. Compromis qu'on décide d'avoir. On s'aperçoit que ce n'est pas qu'une question d'âge. Tout simplement pour vous dire qu'il est compliqué donc de délivrer des messages de prévention tout en aidant les personnes à s'inscrire dans quelque chose qui va les protéger sans transgression des interdits.

Comment feriez-vous ? Comment vous aimeriez qu'on vous parle de l'alcool, comment vous auriez aimé qu'on vous en parle, comment vous auriez aimé qu'on vous prévienne. C'est un vrai questionnement. N'ayez pas peur on n'a pas vraiment la réponse.

YM : Moi je pense qu'en matière de prévention il faut dire aux gens de consommer sans abuser et c'est là que notre expérience nous permet de leur expliquer si vous dépassez les bornes voilà ce qui risque de vous arriver, de leur expliquer aussi que l'alcool est un produit avec une accoutumance, on ne s'en rend pas compte quand on boit mais il y a plein de gens qui tombent dans la maladie sans s'en rendre compte au départ. Cela se fait de façon tellement évolutive qu'on s'est fait piéger. C'est ce que j'explique aux gamins et je leur dis aussi que de temps en temps j'achète une bouteille de whisky pour mes camarades cela les rassure.

MD : Alors est-ce que cela se passe bien à la maison ? Evidemment vous voyez que ce n'est pas très simple mais dans la société qui revendique l'absence des limites. Vous voyez aujourd'hui tout est disponible et on anticipe on a des slogans qui font qu'il n'y a pas de limite à beaucoup de choses et

même dans la relation à l'autre, dans les réseaux sociaux. On voit bien qu'il y a une altération, dégradation qui pourrait contribuer au développement des addictions. On vient de toucher plusieurs points importants. C'est l'identification, le référentiel des Français. A votre avis le Français classique de la population générale se projette et s'identifie à qui : aux associations de patients, aux soignants aux lobbies alcooliers. On fait un vote qui est pour les associations de patients. Qui est pour les lobbies alcooliers ? Vous voyez vous venez de résumer. Pourquoi on s'identifie plus aux lobbies alcooliers. Il y a un phénomène de masse, de groupe, on fait tous pareils, tous ensembles. Ils sont très présents. Mais est-ce qu'il y a d'autres raisons : notre éducation, c'est banal, il y a une banalisation, les vendanges.

JCB : question finances

MD : un enjeu financier, la publicité de la Route des vins.

JCB : En 2000 l'association Vie Libre voulait faire un Congrès à Orléans et un certain groupe financier voulait nous financer entièrement le Congrès à condition qu'on mette la banderole « Pastis 51 ».

MD : Au-delà de ça n'oubliez pas que nous sommes ambivalents et que nous fonctionnons en fonction de référentiels, de valeurs, de représentations qu'on a de nous-mêmes aussi. Il est évident que de côté-là on a cette image, ce n'est pas une image qui fait envie, ce n'est pas une image qui attire, une image dans laquelle on se reconnaît qu'on aimerait faire partie de cette situation de patients en souffrance avec toute la stigmatisation qu'il y a autour des addictions, de la problématique alcoolique donc forcément cela ne fait pas envie. Ça c'est important aujourd'hui on joue sur ces éléments-là, la représentation dans quoi on se reconnaît. Est-ce qu'on se reconnaît plus en tant que patient, le message des soignants qui s'évertuent à transmettre des messages considérés comme hygiénistes ; nutritionnistes et de l'autre côté ceux qui font toute l'allégorie de la culture du vin, du terroir français. C'est un élément extrêmement important. Voyez ce qu'on disait tout à l'heure vous avez le choix de l'abstinence parce que cela fait partie de la détermination que vous avez eu, des choix que vous avez été en capacité de mettre en place et voyez que la population est vraiment hétérogène et que tout le monde n'est pas capable de faire ce choix et n'est pas capable effectivement de même l'envisager. Donc comment on va faire pour répondre à toutes ces situations.

Si vous savez j'ai des patients qui viennent me voir en consultation, ils ont parfois commis des choses abominables et pourtant cela fait partie des biens cognitifs c'est comme quand on a eu une grossesse douloureuse ou un accouchement difficile qu'est-ce qu'on en garde comme souvenir, le bébé et s'il fallait y retourner, on y retournerait.

Voyez comme on a bien des sélectivités dans la mémoire, là aussi c'est une question de survie et on retrouve la même chose chez nos patients qui malgré un parcours de vie extrêmement douloureux, compliqué vont toujours garder une image positive dans laquelle ils se reconnaissent. Certains vont être confrontés plusieurs fois à ces expériences négatives et ça c'est vrai quel que soit l'addiction ? On a toujours la même histoire quel que soit le produit. Ce qui veut dire que pour trouver des stratégies qui nous permettent de répondre à toutes les addictions.

Laurence COTTET fait un travail de communication, il faut des médias. Alors qu'est-ce que vous en pensez de ce travail de communication de Laurence COTTET ? On est entre nous.

SF : C'est vrai que dans les émissions à chaque fois c'est une histoire différente

MM : Ça fait peur la dernière fois que je l'ai vu elle était dans un fauteuil rouge au milieu des vignes.

MD : C'est ambivalent, d'accord. D'autres expressions

MD : Intéressant ce que vous dites, un vrai travail sur le terrain , un travail de communication en utilisant le média et c'est vrai que pour faire ça cela peut créer deux types de réactions il est intéressant et vous venez de les exprimer soit on en parle beaucoup trop et ça peut agacer et moi quand je vois les interventions de Laurence COTTET on peut regarder effectivement la première image elle intervient mais surtout on a surtout jamais autant parler d'alcool, on a jamais autant médiatiser la problématique alcool pour justement la considérer différemment. Quand vous regardez la couverture médiatique de la problématique alcool On peut toujours faire mieux. Mais aujourd'hui je pense qu'il faut savoir utiliser ce qui est disponible et je trouve qu'elle fait un travail de fond, un travail de terrain qui est remarquable et c'est extrêmement courageux. Qui ici aurait-fait ce qu'elle a fait ? On vote. Qui ici aurait fait ce qu'elle a fait ? Non le travail de médiation qu'elle fait en communication. Qui aujourd'hui s'exprime devant les caméras.

JCM : Je voudrais juste dire un mot par rapport à Laurence COTTET je l'ai rencontré plusieurs fois, ce qui me dérange c'est qu'elle présente sa méthode comme une méthode qu'elle prétend guérir ; elle a écrit son livre que j'ai lu plusieurs fois, ce qu'on n'a pas la prétention nous c'est ce qui me dérange essentiellement.

MD : Je reprendrais les termes de Laurence COTTET notamment dans la Tribune du Point qu'elle a récemment rédigé c'est par rapport aux interdits et aujourd'hui elle décrit très bien les messages empreints d'interdits qui va empêcher les personnes de ma génération de devenir alcoolique. Aujourd'hui il est très important de changer notre façon de communiquer sur l'alcool.

YM : Je voulais quand même répondre à Jean Claude quand il parle de guéri parce que dans notre Charte il est écrit noir sur blanc « la promotion du buveur guéri ».

JCM : Mais on n'a pas la prétention d'appliquer une méthode, on n'a pas la prétention de dire nous Vie Libre on a une méthode.

MD : On voit que ça crée du débat alors je pense qu'il faut être raisonnable il n'y a pas aujourd'hui de stratégie thérapeutique absolue qui permette de guérir cela n'existe pas si non cela se saurait. Il est évident comme on l'a dit tout à l'heure il y a des approches combinées qui permettent de le faire de manière personnalisée et vous allez voir qu'aujourd'hui il faut faire preuve de créativité. Laurence COTTET dans sa reconstruction a proposé une méthode qu'elle a développé qu'elle a eu le mérite encore une fois de développer. On peut critiquer la critique est toujours facile mais encore une fois elle propose quelque chose qui l'a aidée et qu'elle essaie de proposer à d'autres personnes pour les aider. Voyez quand on parle de l'ambivalence, je vois un côté négatif, je vois un côté positif. C'est très simple, on ne va pas décrire la méthode H3D car ce n'est pas le propos et j'aimerais vous n'avez pas à le dire c'est 3 H l'humilité, l'honnêteté et la honte et le D le désir effectivement de faire autrement d'avancer pour créer de la motivation tout en étant honnête avec les autres, avec soi-même d'abord reconnaître effectivement qu'on est malade, avoir cette humilité avec soi-même et c'est vrai que c'est très compliqué parce c'est empreint de honte pour la pratique addictive et c'est vrai quel que soit les addictions. Voyez ce qu'on disait tout à l'heure dans le message qu'elle a délivré dans la tribune dit très clairement que l'alcool tue 49 000 personnes par an, 2/3 par les maladies cardiovasculaires et cancers et pourtant c'est la 2e cause de mortalité évitable et pourtant ce contraste est difficile à accepter quand on n'est pas directement concerné. C'est toute la complexité de notre société. On a beau dire que c'est la 2e cause de mortalité évitable, on a beau dire que c'est une des causes principales des cancers et maladies cardiovasculaires, on

boit trop d'alcool, on voit toujours le côté positif. C'est très compliqué le positionnement qu'elle a pu prendre, le travail qu'elle fait et ça crée des réactions très partagées dans cet auditoire.

CG : Moi ce qui me dérange un petit peu de parler de Laurence COTTET, j'ai vu l'émission qu'elle a fait sur C8 et qu'elle affirme premièrement que des examens, des enquêtes ont été faits et que c'est totalement héréditaire pour l'instant on ne sait pas elle affirme des choses qu'on ne sait pas. Ensuite elle affirme que le livre qu'elle a fait peut soigner, elle n'a pas dit un malade alcoolique mais un alcoolique peut se soigner, c'est des choses. La problématique c'est moi qui l'ai créé. Moi j'ai exprimé mon avis et en plus elle fait partie de la société Vins et Société

JCB ; Je n'interviens pas sur Laurence COTTET, je voulais seulement revenir sur ce qu'une personne disait tout à l'heure sur le terme de buveur guéri que le Mouvement national Vie Libre et terme guérison. Tout dépend de que l'on veut entendre guérison sur le terme médical il n'y a pas de guérison d'une addiction quel qu'elle soit le produit utilisé mais dès lors si je prends la définition de l'OMS : la guérison ce n'est pas l'absence de maladie ni d'infirmité mais un état de bien-être physique, social, psychique et médico-social ce qui veut dire que si on est bien dans sa tête, bien dans sa peau, dans ses baskets, on peut se considérer comme guéri.

MD : Je vais réagir sur deux points. Aujourd'hui plutôt que de parler de guérison on parle de rétablissement aujourd'hui c'est ce qu'on vise, rétablir les équilibres c'est comme pour une dépression légère qui va effectivement ses choses vont se stabiliser et d'autres personnes qui ont une vulnérabilité et vont garder une fragilité et en refaire.

Avec les addictions on retrouve une vulnérabilité identique avec différentes sévérités et certains vont faire des rechutes plus que d'autres. Du coup pour répondre à votre question sur le caractère héréditaire ou pas. Aujourd'hui ce que l'on sait qu'il n'y a pas une gêne de l'addiction mais plusieurs mais une hérédité multigénique c'est-à-dire qu'ils vont faire le lit de l'addiction. Le poids de la génétique c'est 50 % 40 à 60 % sur les addictions mais il y a une vulnérabilité héréditaire qui non seulement aujourd'hui est transmissible d'une génération à l'autre et on le sait aujourd'hui qu'une femme enceinte qui est exposée à un produit que ce soit l'alcool, le tabac ou le cannabis elle va transmettre des modifications épigénétiques qui vont augmenter le risque de vulnérabilité psychologique des consommations à son enfant. Voyez que l'hérédité existe mais on ne naît pas addict c'est toujours une interaction entre l'individu et l'environnement. La vulnérabilité est héréditaire. Il y a une littérature très riche qui montre le caractère.

FT : Il faut savoir si c'est héréditaire ou pas.

MD ; C'est comme toutes les autres maladies on a plus ou moins un risque de développer de l'hypertension selon les individus, on peut avoir un risque de développer d'autres pathologies dans la dépression on retrouve des éléments de vulnérabilité. En fait ce qui est très important, c'est qu'il y a une dimension sociale dans les comportements d'imitation là aussi vous voyez bien que les jeunes qui sont vulnérables car le jeune a une maturité cérébrale et c'est quand on est jeune qu'on apprend à gérer les comportements ; les émotions lorsqu'on consomme des produits psychoactifs on va compromettre toute la régulation, maturation du cerveau et donc plus tard on sera plus à risque sur le plan psychologique et plus à risque de consommer

LP : Je crois qu'il y a confusion entre hérédité et vulnérabilité. La vulnérabilité elle s'applique aujourd'hui à toutes les pathologies somatiques, psychiatriques. On sort du modèle de malade, on n'est pas malade. Dans la schizophrénie on sait qu'il y a un certain nombre de gènes qui vont fournir une vulnérabilité chez un individu qui va se déclencher dans un certain contexte, l'asthme, la tension c'est pareil. La pathologie addictive on peut être né dans une famille ou trois générations ont eu des difficultés avec l'alcool, des gens qui sont morts de l'alcool et si cet individu on le met

dans le désert il n'aura jamais de contact avec l'alcool, ça ne va jamais déclencher de pathologie à l'alcool. On a eu des cas je me souviens d'un jeune qui est venu nous voir pour une information sur la situation familiale, il y avait cinq générations derrière qui avaient des problèmes avec l'alcool il y en avait qui étaient décédés à cause de l'alcool, il me demandait pourquoi lui il n'avait jamais déclenché de pathologie. Je lui ai demandé s'il avait goûté à l'alcool, non il n'avait jamais goûté à l'alcool car je sais que c'est un produit à risque. Ça c'est la différence entre la vulnérabilité et l'hérédité avec les facteurs personnels qui vont jouer un rôle majeur quand on n'a pas de contact vis-à-vis d'un produit ? On ne déclenche pas une pathologie si on n'a pas de contact avec un produit pour lequel on n'a pas de vulnérabilité. On déclenche si au niveau de sa personnalité si on a des facteurs on a la possibilité de dire NON, on n'a pas de facteurs de stress, comme la timidité, de la dévalorisation, on a confiance en soi. Il y a des facteurs qui vont vous connaître la phrase de l'addiction « c'est la rencontre d'un individu avec un produit dans un environnement ». L'individu avec toute sa vulnérabilité génétique psychiatrique, psychologique qui ont-elles-mêmes des facteurs génétiques de vulnérabilité. Cela ne veut pas dire que l'individu est condamné s'il est né avec différents gènes qui vont constituer sa vulnérabilité ce n'est pas ce qui va le faire devenir un individu avec une pathologie addictive. C'est à un moment donné dans sa vie où il va y avoir des facteurs particuliers qui vont l'amener à avoir un contact avec un produit qui peut constituer un démarrage de la pathologie. C'est important de faire la différence entre les facteurs génétiques et l'hérédité et la vulnérabilité. On a des facteurs génétiques mais on sait aujourd'hui qu'on a des facteurs génétiques majeurs, d'ailleurs il y a des vulnérabilités croisées entre le jeu pathologique et l'alcool. Quelqu'un qui consomme de l'alcool risque d'avoir un problème avec le jeu, il n'y a pas des gènes du jeu mais tout simplement une vulnérabilité qui va se déclencher dans certaines situations chez un individu particulier Je crois que là il y a une distinction.

MD ; Pour continuer aujourd'hui encore une fois le travail qui est fait en terme de communication est essentiel parce qu'il contribue finalement à changer les représentations de la problématique alcool et voyez que ça c'est un élément essentiel pour avancer dans la communication dans la prévention. Voyez quand il y a des distensions des tensions au sein des associations comme on l'a perçu. Il est évident à qui profite justement les tensions ?

La foule : les alcooliers, ça les fait bien marrer

MD : Eux ils sont présents, ils font leur business quelque part. Il est évident qu'aujourd'hui on n'est pas assez nombreux pour faire le poids, ils sont bien plus nombreux que nous, ils ont des capacités de communication, ils ont des stratégies de communication que nous n'avons pas. Aujourd'hui ils disent qu'ils veulent faire de la prévention, donc acte. C'est bien pour ça que Laurence COTTET lorsqu'ils lui ont proposé de faire un direct. Elle dit des choses qui n'ont rien à voir avec ce qui concerne la promotion de l'alcool au contraire elle fait la promotion des conséquences possibles vis-à-vis de l'alcool et elle le présente en donnant une image du patient qui n'est pas forcément celle que la plupart des personnes ont en tête du patient alcoolique donc c'est important qu'on change ses représentations. Tout simplement pour vous dire que ce qui vient d'être exprimé on l'a connu dans d'autres temps avec les addictions aux opiacées. Les addictions aux opiacées c'est un très bon exemple de la problématique justement addictive et tous les fantasmes qui ont été derrière. Il y a une époque où on proposait de la buprénorphine un analgésique ou d'autres opiacées que certains médecins ont été considérés comme des dealers en blouses blanches. Il était très compliqué lorsqu'on écoute les collègues plus anciens qui racontent cette histoire on voit qu'il y a une très grande souffrance, ils ont été mis sur le banc bien entendu ils ont été marginalisés et ça a été très compliqué. Voyez la méthadone on a 30 ans en France de retard comparativement aux Etats-Unis. Vous savez ce qui a emporté finalement la décision politique ? C'est tout simplement l'épidémie du SIDA qui allait crescendo qui a fait très peur à ce moment-là

les politiques ont décidé de mettre en place le traitement. C'était en 1995 ce n'est pas si vieux que ça. Eh bien voyez aujourd'hui que ce traitement qui a été mis en place a été très décrié, la société était très partagée en disant on donne de la drogue aux drogués

On ne devient pas addict à la méthadone. Vous savez que dans notre service on prend toutes les addictions y compris celles aux opiacées. On a des patients l'addiction c'est quand on perd le contrôle mais lorsqu'on développe une dépendance physiologique pharmacologique c'est normal comme un traitement de la douleur, le traitement antalgique, morphinique de douleur si effectivement on en prend pendant un certain temps une certaine dose votre corps s'est habitué. Comment on fait pour arrêter un traitement. On l'arrête progressivement pour éviter le syndrome de sevrage. C'est pareil pour les benzodiazépines qu'on prescrit les anxiolytiques C'est exactement pareil cela n'a rien à voir. Très souvent les patients y compris certains soignants confondent la dépendance pharmacologique l'habitude du corps et l'addiction la perte du contrôle. Je perds le contrôle les 4C le « craving » cette consommation compulsive. On a des patients qui grâce à ces traitements revivent à nouveau, des patients qui reprennent le lien, des patients qui vont reprendre des études pour les jeunes. On a un patient qui est aujourd'hui major de sa promotion et il est sous méthadone. Ça il ne pouvait pas le faire auparavant parce que ces consommations ne lui permettaient pas. Bien entendu car toutes les choses de sa vie se sont mises en place progressivement il sait qu'on pourra réduire progressivement le traitement. Voyez l'intérêt, aujourd'hui on sait que le traitement qui a été fortement décrié aujourd'hui c'est le traitement de référence pour les troubles liés aux opiacées il y a un peu plus de 20 ans. Aujourd'hui un peu partout dans le monde c'est le traitement de référence pour les opiacées illicites ou non. Pour les antalgiques morphiniques c'est une stratégie qui marche très bien.

LP : Vous entendez par la dépendance d'où l'intérêt de comprendre la notion de craving. Le craving c'est la notion de dépendance psychique ce qui fait le cœur de l'addiction. On prend pendant un certain moment on sait qu'il faut l'arrêter. Il y a des personnes qui vont l'arrêter tranquillement sans y penser toute la journée et on a des patients qui vont l'arrêter quelque temps et qui vont dire psychologiquement j'aimerais bien en reprendre ça m'a servi à quelque chose là c'est pareil que les benzodiazépines pour dormir quelques jours il le prend 10 jours, 20 jours, 30 jours, à un moment il va arrêter tranquillement accompagné par un médecin donc pas de manque physique. Quelques jours après il va dire tiens psychologiquement j'y pense et cela devient une obsession et j'y pense toute la journée et j'ai très envie d'en prendre et si j'en prenais un petit peu sans qu'il y ait de conséquences dans la pharmacie familiale. On commence à avoir un attachement le centre de l'addiction est là d'où la notion de craving qui n'a rien à voir avec la dépendance physique qui est totalement banale n'est pas spécifique de l'addiction. La dépendance physique ce n'est pas l'addiction.

La foule : ça a un effet placebo

MD ; Non non ça n'a pas un effet placebo. Par contre il peut y avoir un accrochage tout simplement lié à l'appétence du corps cela revient à exactement ce qu'on disait tout à l'heure pour l'alcool j'apprends à fonctionner avec et au moment où je l'enlève mon corps ne sait plus fonctionner sans. Il est important de le déshabituer. Regardez pourquoi je vous parle des opiacées parce que finalement dans la stratégie des addictions avec les opiacées on a fait preuve d'une très grande créativité qui a permis de répondre à une très grande hétérogénéité des populations. On vient d'évoquer bien entendu les traitements de substitution Subutex et Méthadone qui marchent remarquablement bien et qui sont les traitements de référence dans le monde entier. Il y a des patients qui ne sont pas en capacité de venir à ce type de traitement comme tout à l'heure de choix de l'abstinence heureuse et bien certains malgré la possibilité d'utiliser ces médicaments ne vont pas venir vers le traitement et vont continuer à consommer et bien c'est la raison pour laquelle les

stratégies de réduction des risques , on va proposer le matériel à usage unique, certains vont passer de là à là c'est très compliqué il fallait donc proposer des dispositifs intermédiaires, les salles de consommations à moindres risques la possibilité de consommer finalement tels qu'ils sont mais cela leur permet d'être en contact avec des soignants et le fait d'être en contact avec des soignants tout à coup cela peut donner l'envie .

Vous qui avez connu l'alcool, on est comment sur le plan de l'anxiété ?

Anxieux, au top du top eh bien eux c'est pareil ils sont en très grande souffrance et quand on est anxieux on a peur, on est extrêmement méfiant on connaît le produit qu'on utilise et si on propose autre chose on a peur. Il y a eu un reportage qui a eu lieu il n'y a pas très longtemps sur 7 à 8 justement sur la crise des opioïdes et c'était dans le cadre de l'épidémie nord-américaine, il y avait un jeune qui allait consommer dans une salle de consommation pour s'injecter il s'agissait d'un opiacée très fort, le journaliste lui a dit : est-ce que vous n'avez pas peur de mourir de faire une overdose. Le manque est plus dur à supporter que d'éventuellement mourir. Voyez, il est parfaitement conscient des conséquences mais il est tellement en souffrance qu'en état de manque on a des patients qui sont en état de manque qui est le même que ce soit pour l'alcool c'est le même que pour les opiacées. A un moment donné la souffrance est telle que dans le choix ils vont faire le choix de consommer quelque soient les conséquences. Je sais que le produit va me soulager là maintenant immédiatement et dans mon choix je vais faire un compromis je vais donc prendre le produit car je sais qu'il va m'apaiser et que le risque de prolonger peut-être que je vais mourir mais je suis sûr qu'il va me soulager. Eh bien voyez aujourd'hui il faut faire preuve d'imagination pour proposer différentes stratégies et heureusement qu'il y a plein d'autres stratégies qui sont en train de se développer c'est ce qui a permis de proposer plein de prises en charge à des patients différents. Cela veut dire que pendant longtemps la stratégie qui était proposée et c'était quoi la stratégie proposée pour l'alcool ?

La foule : L'abstinence.

MD : l'abstinence. Voyez cette stratégie unique maintenant on a une palette par les opiacées qui est extrêmement large. Si on en avait qu'une on aurait beaucoup moins de patients qui pourraient être traités. Aujourd'hui le fait d'avoir une palette très large permet de proposer à des patients qui n'ont pas tous la même capacité de rentrer dans le soin. Aujourd'hui si on veut concerner le plus de gens possible il faut savoir proposer une palette plus large il faut savoir utiliser tous les canaux de la prévention, c'est très important. Aujourd'hui nous ne sommes pas assez nombreux présents de manière adaptée sur le terrain pour pouvoir être écouté, être entendu et qu'on puisse faire changer les comportements

CM : Pourquoi nous on parle à chaque fois d'abstinence totale car même si on n'a pas touché le produit depuis 2 ou 3 ans je ne suis pas guérie je suis en rémission. Je sais que c'est alcool zéro. Il y en a qui arrive à maîtriser leur consommation. Dans notre section il y en a qui n'ont jamais retouché moi j'ai mis deux ans pour comprendre que c'était alcool zéro.

MD : Il y a les deux, certains ont besoin d'être confrontés et répétés et certains vont avoir besoin d'un cheminement progressif pour arriver à la même chose, ce dont on ne parlait pas avant tout en permettant d'avoir plus de stratégies cela permet à plus de patients de s'inscrire dans le traitement. Pour faire simple lorsqu'on avait une stratégie unique qui était proposée l'abstinence sinon rien il y avait moins de 10 % de patients qui étaient traités. Lorsque la réduction des risques et la réduction des consommations cela a multiplié par deux le nombre de patients sous traitement très rapidement.

Simplement pour vous dire. Vous n'êtes pas d'accord ? Pas du tout. Vous avez le droit de vous exprimer

MD : Rassurez- vous ce n'est pas ce que j'ai dit. Je crois que le message n'a pas été compris. Ce n'est pas ce que j'ai dit Monsieur. Il y a des personnes lorsqu'on leur propose l'abstinence disaient : « non ce n'est pas pour moi ». On a des patients qui très clairement en grande souffrance ne sont pas en capacité d'envisager de s'imaginer sans alcool. Il faut l'entendre et permettre à ses patients finalement qu'ils s'inscrivent dans des stratégies de thérapeutiques on a des patients qui pour certains vont arriver à l'abstinence et devenir progressivement sortis. C'est important de comprendre que tout le monde ne va pas à la même vitesse et aujourd'hui pour pouvoir emmener tout le monde vers quelque chose il faut tout simplement. Vous savez gravir l'Himalaya ce n'est pas donné à tout le monde, gravir une colline c'est quelque chose qui est beaucoup plus accessible et plus envisageable.

RM ; Moi je peux vous dire qu'après 4 cures, 1 cure de dégoût et 3 cures normales je rechutais tous les 3 mois en connaissant Vie Libre et un jour j'ai pris un malaise dans la rue, j'avais 2 g à 10 H du matin maintenant c'est alcool zéro et je suis heureuse grâce à Vie Libre. Je revis.

MD : Bravo. Encore une fois ce qui est très important c'est un groupe ensemble, vous avez fait un chemin et un choix qui est votre choix et encore une fois tout le monde n'est pas en capacité de le faire. Aujourd'hui si on veut faire en sorte que les Français soient moins exposés ; aient moins de conséquences il faut pouvoir leur permettre de se projeter sur des stratégies très différentes sinon ça va rester petits groupes seulement de patients abstinents.

LD : Je voulais vous dire aussi il y a des gens normaux qui boivent de l'alcool sans être alcooliques ça veut dire que bien sûr il faut parler de tout le monde, il faut savoir la dose qu'il faut en restant dans le raisonnable.

MD : Mais justement.

MD : Cela est possible, tout est possible, on a des patients, tout dépend de la sévérité. On a des patients qui sont capables de revenir à un usage non problématique et d'autres très clairement ne seront pas en mesure de le faire, chaque fois qu'ils ont essayé ils ont rechuté très clairement et à un moment donné, d'eux-mêmes ils en sont arrivés à la conclusion que c'était l'abstinence.

Vous venez de dire quelque chose de très important Monsieur que le problème c'est qu'il y a des usagers qui ne sont pas problématiques et on a des patients qui sont persuadés de retrouver cette capacité de contrôle et encore une fois, le fait d'avoir cette capacité de contrôle cette image idéale qui correspond à un idéal qu'ils auraient aimé atteindre et bien ils n'y arrivent pas mais ça pollue l'objectif thérapeutique mais ce qui compte c'est qu'on réduise les consommations pour soi. Vous avez dit quelque chose de très important c'est le projet de vie, pourquoi on le fait à quoi ça sert, c'est ce qui est très important.

MA C ; Moi je voulais dire aussi que dans notre société où on a tendance à dire qu'on ne peut pas vivre sans alcool pour être normal pourquoi est-ce qu'on ne peut pas défendre aussi le fait qu'on peut très bien vivre sans alcool, vivre très bien que ce n'est pas une nécessité. Moi j'ai souffert de l'alcoolisme dans ma famille en étant enfant quand j'ai connu le Mouvement VIE LIBRE, j'ai dit c'est formidable qu'il existe quelque chose pour aider les gens à sortir de ça. Du coup j'ai choisi d'être abstinente volontaire par solidarité avec ceux et celles qui avaient connu ce problème et qui ne pouvaient plus boire, cela fait 51 ans que je n'ai pas touché une goutte d'alcool et je me trouve tout à fait normale et je milite tout à fait dans notre société pour montrer qu'on peut très bien vivre sans alcool. Quand je me suis mariée j'étais déjà à VIE LIBRE je me suis mariée sans arroser mon mariage à l'alcool et cela fait 45 ans que je suis mariée.

MD : Vous soulignez un fait important c'est le caractère normal, être normal ou pas. Evidemment vous voyez que votre représentation la normalité impacte votre choix, je suis normale sans alcool. Encore une fois le choix que vous avez fait c'est le vôtre mais il n'est pas transposable à tout le monde c'est ça qu'il faut comprendre et on a beaucoup de patients qui ne sont pas en capacité de toute manière de faire le choix que vous avez fait, c'est remarquable vous êtes heureuse dans ce choix et c'est parfait c'est très bien il ne faut rien changer et malheureusement quelle que soient les addictions on voit bien que ce qui va permettre à quelqu'un de définir une stratégie c'est finalement pourquoi il le fait et à quoi ça sert. Le projet de vie est donc essentiel.

Finalement aussi ce qu'on disait tout à l'heure le rôle du patient-expert, aujourd'hui on en parle beaucoup, on en parle de plus en plus le patient a un rôle important il peut aider à percevoir les choses différemment vous savez qu'aujourd'hui Laurence COTTET est chez nous patiente-experte. Elle a fait ce travail non pour sa reconstruction personnelle mais elle a fait un travail pédagogique des pratiques addictives et aussi le DU concernant les approches thérapeutiques. Il y a différents types de patients aussi.

LP : On vous présente les différents référentiels qui sont utilisés on n'a rien inventé. Qu'est-ce qu'un patient expert et même pour pouvoir leur donner un statut des services hospitaliers quand on a voulu recruter sur quels critères quel profil, quels sont les éléments qui peuvent permettre d'embaucher quelqu'un. Là on sait documenter, aujourd'hui il y a un guide documenter par l'A.R.S. et il y a ce document des unités thérapeutiques qui en fait a essayé de définir ce qu'on entendait par patient-expert. On voit qu'il y a des graduations il y a le patient que je dirai passif qui ne s'investit pas dans la solidarité qui n'a pas d'action majeure dans l'entraide avec les autres personnes qui viennent pour l'activité le patient-expert qui a l'expérience de cette pathologie et qui a envie de faire partager finalement son parcours de partager son expérience et donne des idées aux autres. On voit à quel point les groupes de patients. On a des patients qu'on appelle intervenant qui ont un diplôme d'intervenant thérapeutique le DU d'interventions thérapeutiques qui aurait en fait une accréditation pour intervenir en se basant sur les référentiels de l'éducation thérapeutique et ensuite on retrouve le patient formateur qui lui aurait la fois le diplôme de thérapie et qui aurait suivi des formations sur la pathologie et lui permettraient d'avoir à la fois cette vision professionnelle et d'actions patient et l'expérience et des éléments très théoriques sur l'abord psychologique pour avoir un angle d'approche le plus normal possible. Aujourd'hui le seul référentiel car des choses vont être écrites et sur quoi on s'appuie pour des études de postes.

MD ; Voyez le patient a tout à fait sa place et apporté beaucoup dans la prise en charge et aussi dans la prévention Il existe une graduation comme on vous l'a expliqué qui nécessite en fonction du rôle qu'on veut prendre dans une équipe finalement de se former à différentes approches.

BM : Moi je vais être très terre à terre, quand on a un malade qui vient nous voir et qui veut arrêter alcool on l'envoie dans un centre de cure par contre s'il veut gérer les risques on l'envoie où ?

MD : La réduction des risques, vous venez de pointer du doigt aujourd'hui le caractère primaire de la prise en charge. En gros un centre de cure on a publié en 2015 les recommandations de bonnes pratiques de la prise en charge de la problématique alcool 70 à 90 % des sevrages se font en ambulatoires. On les fait en ambulatoire et on a des patients qui ne sont pas en capacité ou qui ne veulent pas faire un sevrage sec en ambulatoire on fait une réduction et là-aussi on utilise une stratégie thérapeutique avec différentes approches médicamenteuses qui permettent de le faire et cela se passe très très bien Ce qui veut dire que seul 10 à 30 % des patients devraient relever d'une hospitalisation pour un sevrage. C'est uniquement des situations complexes qui nécessiteraient une hospitalisation pour la plupart nous on le fait en ambulatoire et ça se passe bien.

MD : Dans notre service, ce que l'on fait un médecin généraliste peut le faire le sevrage en ambulatoire et le patient peut le faire aujourd'hui. Par les recommandations de bonnes pratiques en 2015 on a bien rappelé car il y a eu beaucoup de choses qui se sont faites au niveau hospitalier la plupart peuvent se faire en ambulatoire cela se passe très bien . Mais encore une fois vous l'avez compris le sevrage n'est qu'un temps de la prise en charge au sens large et que derrière il y a tout le travail comment fonctionner différemment sans le produit, comment réapprendre à fonctionner sans, fonctionner différemment. Donc finalement on peut fonctionner en ambulatoire, toutes les approches de la réduction des risques que le sevrage. Une équipe de CSAPA typiquement est capable de prendre en charge, pendant longtemps il y avait la séparation des dispositifs uniquement dédiés à l'alcool et les autres uniquement dédiés aux produits illicites. Aujourd'hui les CSAPA sont censés être dans la grande majorité des CSAPA généralistes en capacité de prendre en charge les différentes addictions. Nous y compris les situations complexes on fait tout en ambulatoire et cela se passe très bien. Les techniques ont évolué, pour tout vous dire, je vais préciser une chose dans le livre de Pratiques addictives on a 3 patients qui y participent dans l'édition de cette année, une patiente qui est abstinente depuis 4 ans Lorsqu'elle a suivi le module alcool c'est incroyable ce que cela a changé en 4 ans depuis que j'ai fait ma cure 80 % des stratégies ont changé. Effectivement l'alcoologie est une des disciplines les plus dynamiques et évolutives il est important de pouvoir les accompagner, transmettre une information, leur montrer qu'on peut faire différemment et il est important aussi de faire différemment pour aider le plus de patients possibles

CD : Je n'ai pas fait de cure mais en ambulatoire et cela fait 20 ans

MD : Bravo voyez

Une personne : Quand vous prenez en charge un patient en quoi consiste son soin vous le suivez toutes les semaines, tous les 15 jours, toutes les 3 semaines si vous pouviez un peu nous expliquer ?

MD : En fait comme toujours ce sont des soins personnalisés en fonction de ce qui a été identifié. Il est évident que tout au début de la prise en charge dur les situations les plus complexes, non seulement on le voit de façon rapprochée même parfois plusieurs fois dans une semaine mais ils ont tous mon numéro de téléphone ce qui veut dire qu'à tout moment il peut m'appeler, m'envoyer un SMS ce qui permet d'interagir et bien entendu au-delà de la prise en charge médicale ce sont des patients qui vont bénéficier de stratégies donc d'une psychothérapie il est bien évident qu'il va y avoir toutes les approches comme le sommeil qui est très souvent altéré , apprendre à gérer ses émotions différemment , de la relaxation de la pleine conscience et des approches de psychothérapies spécifiques en fonction de ce qui a été identifié notamment ce qu'on appelle les thérapies cognitive comportementales , les stratégies de EMDR s'il y a eu des psycho traumatismes très fréquents dans les conduites addictives et d'autres approches encore parce qu'on peut aller encore plus loin bien entendu dans les psychothérapies interpersonnelles on peut aller encore plus loin.

LP : Tout fonctionne sur le mode de l'éducation thérapeutique, il y a un bilan d'entrée qui permet d'identifier à la fois les aspects que les professionnels ont identifié en particulier mais c'est surtout le patient qui va déterminer ses propres objectifs au fur et à mesure des soins il est vu dans des temps très rapprochés les professionnels font en sorte que le patient soit vu par différents professionnels mais ce qui va déterminer la qualité de la prise en charge en ambulatoire c'est ce temps de bilan qui va permettre d'identifier à la fois les besoins du patient et qui ne vient pas pour arrêter l'alcool mais pour stopper les conséquences que cela peut avoir ça va pas avec sa femme, au boulot c'est un élément majeur s'il vient en disant ça pose problème nous on va lui dire, monsieur on a identifié qu'il vous faut travailler vos émotions il va falloir passer par un pont d'assistance nous ce qu'on va faire on va déterminer au fur et à mesure certaines choses qui vont répondre à son objectif. On voit au fur et à mesure en fonction de ses bilans qui sont très personnalisés les objectifs

qui sont plus en lien avec la maladie des questionnements d'introspections de capacités de réinsertion dans la vie, la vie professionnelle mais tout ça ce qui détermine un peu ce virage en ambulatoire c'est le patient qui décide de son parcours de soin avec l'apport des professionnels qui suivent l'évolution du patient. C'est l'élément majeur en plus de cette prise en charge globale avec ces différentes approches vous voyez que là on a à la fois la pharmacologie, la psychothérapie, les stratégies de gestion, les rythmes du sommeil, la relaxation, l'activité physique le sport c'est ce panachage là on en a parlé en prévention on en parle en termes thérapeutiques ce panachage-là est une stratégie. C'est cette adaptation progressive du programme de soin en fonction de l'évolution du patient qui va faire que le parcours de soin va être efficace

MD : Voyez les approches thérapeutiques on les a évoquées et vous allez voir j'ai bien dit les addictions parce que là aussi les approches sont les mêmes quelque soient les addictions Vous allez voir que la signature comportementale d'une addiction c'est un comportement qui est le même quel que soit l'addiction. Il est important de le comprendre car une addiction il y a différents types de produits que ce soit du côté licite (alcool – tabac – morphiniques) et puis en face l'équivalent qu'on trouve dans les produits illicites. Il faut imaginer comme une sorte d'écosystème un environnement on va faire son marché et voyez finalement Internet a changé la donne et a complètement modifié le relationnel vis-à-vis des produits, vous trouvez de tout et en plus grâce à Internet on peut jouer en ligne, toute la journée on peut jouer en ligne, acheter en ligne on a les achats compulsifs on a la pornographie gratuite . Là aussi on a des jeunes au travers du média internet on il y a les réseaux sociaux et finalement on peut faire son marché vu la norme ce sont les poly consommations. Finalement la stratégie qu'on va développer au produit on va tout simplement l'appliquer aux produits soit en même temps soit lorsque le produit de choix est présent on a tous une stratégie de choix une stratégie préférée et c'est propre à son équilibre. Après ce qui va faire le choix entre les produits ce sont les éléments de vulnérabilités psychologiques et puis l'environnement, les éléments sociaux, familiaux, etc... Voyez qu'aujourd'hui la société étant extrêmement évolutive la disponibilité des produits extrêmement évolutives les addictions sont en train de changer complètement avec le cannabis aujourd'hui de 2019 n'a plus rien à voir avec celui des années 1960 là les trafiquants l'ont bien compris et bien peu dosé ils ont trouvé comment fidéliser leurs clients pour eux ce sont leurs clients une histoire de business . Il est évident que les choses ont beaucoup évolué, la cocaïne est très présente ils ont compris que pour inonder le marché européen il fallait baisser les prix on peut s'en procurer facilement car c'est beaucoup plus accessible. Tout simplement tout ça a été évolutif les narcos trafiquants suivent la disponibilité des produits il est important de suivre la population à risques qui est les jeunes qui ont une vulnérabilité psychiatrique chez qui le risque de développer une addiction est bien plus important il est important d'en être conscient. Voyez finalement la problématique addictive c'est quoi ? C'est un individu dans un environnement et finalement c'est notre histoire, c'est la vôtre, c'est la mienne, celle de mon adjointe, nous sommes tous pareils un individu dans un environnement . Certains s'ils faisaient le même travail que moi seraient un peu gênés comment on va faire pour gérer des émotions par exemple soit j'apprends à me gérer par mes propres moyens soit je peux trouver un artifice pour le faire. Evidemment vous allez voir qu'on a plein de moyens possibles autour de nous pour nous permettre de gérer quelque chose on ne consomme jamais par hasard l'usage de quelque chose a toujours une fonction une fonction pour le faire. Voyez que des produits potentiels addictifs il y en a plein. On a différentes relations avec les produits pour les activités, certains font beaucoup de sports, vous allez voir à quel point c'est important. Quand je pose la question à des jeunes en cours, on a plein de jeunes qui lèvent la main, beaucoup de sports ce sont des gens qui en font tous les jours.

SF : Je fais du vélo tous les jours

MD : C'est votre métier mais c'est une activité physique. Voyez ce que les jeunes nous décrivent, déjà je dis vous faites du sport, très bien mais qu'est-ce que cela vous apporte ? En général ils répondent deux choses, ça me permet de gérer mes émotions, d'évacuer le stress de la journée, ça me permet effectivement de penser à autre chose de finalement pouvoir dormir le soir, ça me permet effectivement d'être moins tendu et certains vont dire : cela me permet d'avoir du plaisir mais très souvent les étudiants vont donner plutôt la gestion des émotions, raison émotionnelle. La deuxième raison qui est donnée par les étudiants ça permet de voir les autres ça permet d'avoir la relation à l'autre, ça permet de finalement être confronté, de pouvoir faire du lien social. Voyez qu'on retrouve les deux éléments essentiels liés aux consommations la gestion des émotions et la relation. Ces jeunes-là je leur dis d'accord, à quel moment vous le faites ? Il y en a qui le font le soir et quand vous ne pouvez pas le faire, qu'est-ce qui se passe ? Et là, je ne suis pas bien et souvent ils n'ont pas d'autres stratégies, ils ne savent pas parce qu'on a tous une stratégie, certains disent : « je mange » . Vous avez compris. Donc voyez nous fonctionnons tous de la même façon, que l'usage de choses répond toujours à une fonction due à un équilibre de vie, chacun a son propre équilibre de vie. Voyez c'est le sport mais cela pourrait être autre chose. Ce n'est pas un problème mais une stratégie d'adaptation que nous utilisons qui va fonctionner tant qu'on ne passe pas une certaine limite et là c'est un usage et quand on va dépasser une certaine limite on va passer du trouble de l'usage à une conséquence. **Voyez ce qui fait l'addiction ce n'est pas le produit mais l'usage qui en est fait.** C'est très important de comprendre ça sauf que lorsqu'on a fonctionné comme ça avec un produit on peut tout à fait appliquer la même chose à un autre produit. Voyez ce que je vous montre ici l'image ici il y a du tabac qui va mal se terminer qui est délétère, voyez elle va se basculer sur d'autres produits. Cela débute très tôt dans l'adolescence dans la relation à l'autre, dans la gestion des émotions ce qui veut dire que si en plus vous avez une vulnérabilité sous-jacente, si en plus vous avez de l'anxiété, du stress naturellement et bien le besoin de vous adapter à l'environnement au travers d'un produit sera encore plus important c'est la raison pour laquelle si vous avez déjà de l'anxiété, une tendance à être un peu triste, des difficultés à vous concentrer, le produit est une stratégie en soi que beaucoup de jeunes vont trouver pour leurs propres moyens. Là aussi il est important de faire du repérage, d'apprendre à comprendre les jeunes pour quoi il y a consommation et finalement aider les jeunes qui ont cette vulnérabilité à ne pas tomber dans les addictions car voyez c'est une stratégie interchangeable une addiction qui a mal tourné et surtout une stratégie sans issue.

Pour en finir avec les approches thérapeutiques on évoquait tout à l'heure et vous l'avez évoqué le choix de l'abstinence effectivement dans les stratégies qu'on connaît c'est de faire la réduction rapide le sevrage qui a été décrit le sevrage hospitalier qui permet d'arriver une consommation nulle et qu'on va aider le patient à être dans l'abstinence mais pour certains patients ce n'est pas envisageable ils vont demander une réduction progressive pour arriver à une consommation réduite sous contrôle mais certains vont s'apercevoir que ce n'est pas possible et vont arriver finalement d'eux-mêmes à une consommation zéro. Ce qui est important c'est d'être extrêmement flexible et de proposer des stratégies différentes qui ne sont pas figées dans le marbre et qu'on peut réadapter en fonction des patients car chaque patient est un individu unique. Je vous remercie

THEME 01 : ENTOURAGE : COMPREHENSION, SOUTIEN, DEFI, SOUFFRANCE

Intervenant : Alain GIRARDOT (

26 participants : buveurs guéris, sympathisants, abstinents volontaires

L'ENTOURAGE

(Famille, parents, amis, collègues, proches et moins proches)

1. Entourage éloigné du malade

Amis occasionnels, associations sportives ou autres, collègues, voisins, médecin de famille.

Faux amis qui s'éloignent d'eux-mêmes car honte de la réussite de l'un, honte de ne pas l'avoir fait eux-mêmes, plus d'intérêt car plus d'alcool, essaient de faire réalcooliser, moins invités voire évités.

Il faut donner le choix aux gens (boissons alcoolisées ou non).

Que dire ? je ne bois plus, je suis abstinent, je ne consomme plus.

Le malade ne sait plus où se situer, il n'a pas à se justifier.

Savoir dire non, pas besoin de trouver d'excuses, de mentir.

2– Entourage proche

Famille, amis ou relations que l'on côtoie régulièrement.

Il suffit d'une personne qui aide, qui écoute sans juger, qui va fournir l'étincelle ou le déclic au malade, pour le faire sortir du déni.

La famille est souvent dans le déni, elle cautionne, c'est gênant et honteux de le dire.

L'entourage se comporte comme un parent.

Le mot alcoolique lorsqu'il est employé ou écouté, est néfaste, négatif, moche, il reste collé à la personne. Il vaut mieux dire « malade de l'alcool ».

Le médecin généraliste n'envoie pas toujours le malade vers un spécialiste alors qu'il doit informer la personne de sa maladie.

LE MALADE

Le faire sortir du déni

Difficile pour l'entourage proche d'agir, car le sentiment premier est l'amour.

On n'a pas les mots justes, on ne sait pas quoi faire.

Quelques fois on n'a plus la force, on ne sait plus ce que l'on fait, on a du mal à garder ses nerfs, on peut arriver à des extrémités.

L'entourage a souffert pendant plusieurs années avant que le malade sorte du déni, on ne vit plus, on ne dort plus.

Sortir du déni :

Ça peut être n'importe quoi, c'est différent selon les personnes (accident, maladie, arrivée d'un enfant, perte du permis, d'un proche).

Le malade est menteur, manipulateur, calculateur, il a toujours un coup d'avance, il doit constamment anticiper.

L'alcool est un dissolvant, il dissout tout, le couple, les amis, le compte en banque.

Il n'y a pas de bons mots à appliquer, chaque personne a un parcours différent, pas de solution miracle. C'est le malade qui va décider.

Le dialogue est primordial, car le malade souffre et sait qu'il fait du mal aux autres, il a besoin de parler. Il l'est aussi pour l'entourage d'avoir de l'aide, même et surtout avant que le malade soit sorti du déni.

Les associations d'entraide ont un très grand rôle à jouer.

Préparer le départ en cure

Prise en charge et vie à la maison pendant la cure

Soit cure ambulatoire

Soit partir en cure

Garder le contact :

L'oubli de soi

Le malade appelle quand il a en a envie lui, il faut qu'il se sente soutenu.

C'est un plus pour le malade et un besoin pour le proche de rester en contact.

Beaucoup n'ont plus personne autour d'eux pour avoir un contact, c'est très dur.

Rôle au sein de la famille du « Chef » de famille

Le chef de famille est celui ou celle qui gère tout pendant la maladie.

Il faut essayer de se reconstruire, garder ou reconstruire des liens sociaux.,

On peut éventuellement faire le « ménage ». Le mieux est d'interroger le malade.

Gérer au feeling les repas quotidiens, les fêtes de famille, pour savoir si besoin spécial pour le buveur guéri. Il est content que l'on ait pensé à lui.

Continuer à gérer la maison

Préparer et informer l'entourage de l'hospitalisation du malade et de son retour, voir la conduite à tenir, notamment pas besoin de lui rappeler comment il était avant, et attention à la façon de lui dire, ne pas faire ressortir nos peurs à nous, ne pas le montrer du doigt, l'inclure, le faire participer aux décisions, pour qu'il puisse retrouver sa place et inspirer à nouveau la confiance.

Retour du malade

Il rentre sain de corps et d'esprit.

C'est une autre personne qui réintègre le domicile.

Ca fait du bien au malade que l'entourage n'ait plus honte.

Pas facile d'accepter de faire confiance à l'autre, l'aider à retrouver sa place dans la famille.

Le malade doit retrouver son identité.

Au retour, on pose toujours des questions sur comment va le malade, s'il tient le coup, mais jamais du comment de l'entourage.

Le rôle des associations (comme Vie Libre) est de prévenir le malade qu'il pourra reprendre le rôle de chef de famille que progressivement (gérer les devoirs des enfants, contrôle du relevé de comptes, etc...).

Vie Libre doit l'aider à réintégrer le cocon familial.

Le malade quand il sort est remonté à bloc, alors que l'entourage n'est pas forcément prêt.

Petit à petit il faut se réapproprier, rétablir la confiance réciproque.

Tout le monde a souffert et en a bavé, il faut être positif et dédramatiser.

Il peut donner de l'espoir à d'autres pour se faire soigner.

Pas facile d'être crédible vis-à-vis de ceux qui sont toujours dans le déni. Il ne peut pas faire la morale.

Après la sortie de cure

Très important :

- que chacun joue bien son rôle et accepte de faire confiance à l'autre
- que l'entourage comprenne bien que c'est une maladie et non un vice
- que l'entourage puisse se rapprocher d'une association pour préparer le retour
- que l'entourage puisse assister à la réunion avec des Médecins pendant la cure pour comprendre le phénomène maladie et pouvoir ensuite l'expliquer aux autres personnes de l'entourage.

Envisager éventuellement une thérapie familiale après le retour.

Très important de prendre en charge l'entourage pendant la cure (aller voir une association, un psychiatre, un psychologue)..

Ce qui sauve le malade c'est l'amour de l'entourage proche.

Au fil des ans, le malade a appris à vivre avec ce qu'il a vécu, à aborder le sujet, et même à en rire.

L'alcool anesthésie la douleur et donne du courage.

Ce n'est pas le malade qui est vicieux, mais l'alcool qui s'insinue de manière vicieuse.

Il ne faut pas vivre avec le passé.

Il est important de se projeter dans l'avenir, d'avoir un but que l'on a à cœur de réaliser.

Il est très important que le malade qui sort de cure ne soit pas seul. D'où l'importance de l'entourage ou d'une association d'entraide.

Il faut qu'il aille où il se sente bien même si ça n'a pas de rapport avec la maladie.

Il doit se remettre aussi physiquement.

Il doit recréer un cercle, s'intégrer.

Il doit enlever l'étiquette d'alcoolique car c'est maintenant un malade qui s'est fait soigner.

THEME 02 - LA REDUCTION DES RISQUES, REDUCTION DES CONSOMMATIONS

Animateur Lucien POSTEL

17 participants au groupe

Créée pour les toxicomanes, on essaie de l'adapter pour l'alcool.

Pour Vie Libre, la finalité c'est l'abstinence, mais en 2019, on ne peut plus la proposer comme l'unique solution.

Vie Libre doit s'adapter à l'alternative qui est proposée au malade, à savoir la diminution de la consommation.

L'accueil du malade, c'est l'apaiser en lui proposant une réduction de sa consommation, être à l'écoute de ses souhaits, personnaliser l'approche par l'étude et des conséquences de son alcoolisation (style suspension du permis de conduire, problèmes avec la justice, perte de son travail, de son épouse etc...).

Faire grandir l'envie de changer, respecter sa qualité de vie en lui proposant des objectifs.

L'accompagnement c'est faire avec son ressenti, analyser la situation, réfléchir à ce qu'on peut améliorer chez cette personne ; lui faire tester la réduction de sa consommation en lui proposant une diminution raisonnable, en fonction de ses capacités. Si cette personne présente d'autres problèmes d'ordre privé, la diriger vers des professionnels tels psychiatres, psychologues etc...

Réduction ou abstinence : le choix appartient au patient. Plus que l'exigence d'une abstinence totale qui peut paraître trop difficilement accessible à certains qui ne sont pas prêts à arrêter totalement leur consommation, au moins dans un premier temps, la réduction de la consommation peut permettre à un panel plus large de patients d'entrer ainsi dans le soin. Cette réduction d'alcool peut d'ailleurs être un passage vers l'abstinence et faire partie d'une étape du changement.

Thème 03 : GÉRER L'AGRESSIVITE DES ADHÉRENTS PAS SEULEMENT DES MALADES

Animateur Alain ANDRE

20 personnes

Dans un conflit on croit qu'il y a un gagnant et un perdant, mais bien souvent il y a deux perdants.

Il faut vivre pour le présent et laisser le passé derrière.

Vivre pour le présent et surtout pour l'avenir.

Le conflit c'est la fin d'un dialogue.

Tout dépend du conflit de la nature et de sa profondeur.

Il faut une tierce personne pour éviter le conflit entre deux personnes dont une neutre, un médiateur par exemple.

Savoir recadrer le début.

Crever l'abcès.

Essayer de régler le conflit en la prenant à part.

Comprendre le conflit.

Dans un conflit chacun reste à sa place et sur sa position.

Faut essayer de mettre un accord voire une harmonie entre les deux personnes.

Le malade était ‘‘ son malade’’ ! ...se dire que l’on n’appartient à personne.

ATTENTION ! il faut.

- ECOUTER
- ORIENTER.
- ASSISTER. Mais pas que ce soit un éternel assisté.

Il faut trouver un terrain d’attente en milieu des maisons de soins

On ne sait pas écouter ni communiquer.

Certains responsables ne font pas leur travail.

Il y a des militants qui ont fait des stages et qui ne prennent pas des fonctions ou à voir qu’on ne veut pas leur en donner, ou de faire leurs preuves.

Conflit entre le bas et le haut structural et hiérarchique.

Quand nous n’arrivons pas à faire comprendre au malade qu’il est malade, il ne faut pas rentrer en conflit avec lui, il faut passer le relais à un autre militant ou à une autre section ou à voir à une autre association d’entraide.

Il peut y avoir une source de conflit quand on dit NON à un militant qui croit souvent que son investissement n’est pas reconnu.

Rester neutre pour ne pas rentrer en conflit avec l’une ou l’autre concernée.

Gérer les conflits dans l’immédiat c’est peine perdue.

Ne pas réagir à chaud, il faut rester dans nos émotions.

Faire attention aux dialogues, aux mots que l’on dit.

Quand une amitié se crée c’est très dur de régler un conflit cela peut conduire à une rechute.

A Vie Libre les conflits se règlent d’abord en section, département, région et autres...

Souvent les conflits arrivent par manque d’informations.

Le conflit sert à évoluer et donner des résultats positifs.

Le respect doit être entre les deux intervenants.

Le conflit peut venir d’incompréhension entre les anciens et les nouveaux.

Pour bien écouter il faut commencer par bien entendre.

Apprendre la communication non violente.

TOUT CE QUI NE NOUS DETRUIT PAS ? NOUS REND PLUS FORT...écrivait.

NIETZSCHE

THEME 04 : COMMENT GÉRER LA SOLITUDE EN SORTANT DE SOINS AVEC LA VIE EN DEBUT D’ABSTINENCE

Groupe 1 – Animateur Valérie BOUYER MARTIN

15 participants dont 9 femmes et 6 hommes – 12 cartes roses – 3 cartes vertes

Nous avons pu constater différentes manières de ressentir la solitude.

1°) le premier ressenti a été le côté négatif, néfaste voire même destructeur

Après les soins, l'isolement peut entraîner des habitudes routinières voir toxiques. Bien sûr en premier lieu nous avons peur de la rechute, mais surtout l'appréhension de ne pas pouvoir se reconstruire.

La solitude peut se définir par une sensation de vide générateur d'angoisses.

Il faut souligner que la solitude n'est pas le privilège des malades mais elle affecte lourdement leurs aidants (conjoint enfants, famille, amis)

2°) Après ce premier ressenti spontané nous avons été interpellés par un constat positif de la solitude.

Une solitude choisie peut devenir reconstructive.

Nous avons cherché les solutions pour gérer la solitude. Chaque individu détient sa propre solitude.

Quelques exemples ;

- S'évader
- S'occuper (bénévolat, sport loisirs, etc...)
- Anticiper son quotidien
- Téléphoner aux amis de Vie Libre

Tous ces moyens concernent également des sources d'exclusion comme la dépression, la maladie, la vieillesse, le veuvage, etc...

En conclusion chacun a sa solution pour faire évoluer une solitude subie en solitude choisie.

THEME 04 : COMMENT GÉRER LA SOLITUDE EN SORTANT DE SOINS AVEC LA VIE EN DEBUT D'ABSTINENCE

Groupe 2 – animateur Yves MOUCHET

Notre groupe s'est avéré varié avec une grande diversité géographique et de vécus (14 participants dont 5 femmes, 13 abstinentes heureux et 1 militante sympathisante).

Pour sortir de la Solitude :

- Participer aux journées d'Etude pour l'échange et le partage avec de nouvelles connaissances.
- Le texte de Georgette nous a permis de nous inspirer par rapport à notre thème : comment gérer notre solitude à la sortie de soins :
 - prendre soin de soi, s'accepter soi-même,
 - s'ouvrir soi-même en s'ouvrant aux autres,
 - se faire plaisir,
 - se reconnecter à la Société,
 - devenir acteur de sa vie et non spectateur.

Le Mouvement Vie Libre permet une revalorisation de l'individu sans jugement.

Conclusion :

N'oublions pas la devise des Fondateurs :

« Notre Force, c'est notre Amitié »

THEME 05 - ANCIENS MALADES BUVEURS GUÉRIS SONT-ILS PLUS LÉGITIMES POUR PARLER DE LA MALADIE

Animateur Jean Claude VALOIS

13 personnes

L'ensemble du groupe considère que les buveurs guéris sont les mieux placés pour parler de la maladie et estime que le témoignage du BG est primordial et irremplaçable

Aborder le problème de la maladie peut se faire selon deux axes :

1 - envers le malade voire sur l'entourage

2 - envers le grand public

1 - ENVERS LE MALADE

Plusieurs leviers sont à respecter : le discours ne doit pas être moralisateur sans apporter de jugement respecter la personne dans ce qu'elle est, ce qu'elle dit et ce qu'elle fait d'une part, d'autre part le témoignage doit être sincère et authentique

Laisser le malade parler et l'écouter

Rétablir le dialogue

Créer un climat de confiance pour l'amener vers les soins et lui faire découvrir une issue

Parler au malade de ce qu'il ressent et non de ce qu'il doit faire.

Préparer sa sortie de cure ou son parcours en ambulatoire en lui conseillant d'éviter les boissons sans alcool

2 - ENVERS LE TOUT PUBLIC :

Il y a un déficit et manque d'information concernant la prévention et l'information en matière de l'alcoolisme et de la maladie

Pour cela il serait judicieux d'intervenir auprès des institutions et ou Ministères afin que ceux-ci reconnaissent le rôle et l'importance des associations d'entraide dans le domaine des addictions.

Agir auprès de l'Education Nationale pour l'obtention d'un agrément qui nous permettrait de rentrer plus facilement dans les établissements scolaires.

D'autre part, le travail en réseau avec divers partenaires et/ou institutions nous permettrait d'être plus efficace l'un étant complémentaire de l'autre tout en gardant chacun son identité et ses originalités.

Agir à la fois sur les causes et les conséquences.

Expositions, concours de cocktails sans alcool, forums associations.

Démontrer la courbe d'alcoolémie et ses effets chez les buveurs occasionnels et les alcoolodépendants.

Tenter de négocier avec entreprise et prévention pour un travail en partenariat

THEME 06 - POURQUOI SOMMES-NOUS À VIE LIBRE ET Y RESTONS-NOUS (renouvellement des membres)

Groupe 1

Animateur : Pierre BERTHOIN

16 personnes (8 H – 8 F) – 9 BG - AV – 2 S

1 – Pourquoi sommes-nous à VIE LIBRE et qu'est-ce que cela nous a apporté

Le fait de venir et après d'adhérer à VIE LIBRE permet une reconstruction personnelle. C'est un soutien pour le malade, pour sa famille. C'est bien souvent une deuxième famille.

A la sortie de la cure Vie Libre aide le malade à se réinsérer dans la vie. En fréquentant en section on se sent moins seul en s'investissant activement.

Il y a plusieurs façons de connaître Vie Libre : infirmières, médecins, familles, entreprises centres de soins etc.... Dans notre société individualiste : nous rencontrons encore des personnes qui veulent aider leurs proches.

2 - Pourquoi restons-nous ?

Vie Libre est grand soutien pour les malades en les aidant à continuer leur vie sans alcool.

Nous rencontrons des personnes qui ont connu le même problème nous. On peut parler librement du problème alcool et de ses conséquences sur notre vie sans tabou

Ce qui doit nous booster c'est de ne pas oublier d'où l'on vient.

Militer c'est donner pour recevoir mais cela n'est pas facile. Il ne faut pas en faire trop sous peine d'être taxés de « rabat-joie ».

Pour garder les militants au sein de l'association ; il faut savoir se renouveler et évoluer avec les techniques modernes. Un nouveau site internet peut aider à intéresser les personnes. Ceci est nécessaire car moins de militants c'est moins de moyens.

En conclusion rester à Vie Libre, rencontrer les autres, les aider ; aide à se conforter dans sa guérison.

THEME 06 - POURQUOI SOMMES-NOUS À VIE LIBRE ET Y RESTONS-NOUS (renouvellement des membres)

Groupe 2

Animateur José ORTEGA

14 participants

Nous allons développer en trois points :

1. Pourquoi je suis à VL
2. Pourquoi j'y reste
3. Qu'est ce qui explique la diminution des effectifs (réflexions)

1. **Pourquoi je suis à VL ?**

Parce que :

- J'ai essayé différentes choses qui n'ont pas fonctionné
- Je n'ai pas senti le besoin d'adhérer jusqu'à ce que je rechute une ou plusieurs fois
- J'y ai trouvé :
 - L'écoute
 - L'espoir
 - Le soutien sans être jugé
- C'est une béquille supplémentaire
- J'y ai compris que c'est une maladie et non un vice/une tare
- J'en avais marre de souffrir et de faire souffrir mes proches

2. **Pourquoi j'y reste ?**

Parce que :

- Je veux pérenniser mon abstinence afin qu'elle devienne un moyen de vivre enfin ma vie et de profiter pleinement des moments conviviaux sans être obligé d'être alcoolisé.
- J'y trouverai toujours un soutien en cas de fragilité qui pourrait amener à la rechute, ce qui peut arriver tout au long de mon parcours
- En tant qu'abstinente volontaire, je me sens reconnaissante de ce que l'on m'a apporté et donc j'éprouve le besoin d'aider à mon tour
- En tant que malade, on m'a tendu la main et je trouve naturel de la tendre à mon tour
- J'y ai trouvé une famille
- J'apprends à chaque fois quelque chose sur la maladie
- Cela me permet de témoigner de mon vécu et ainsi de faire comprendre et accepter la maladie autour de moi

3. **Qu'est ce qui explique la diminution des effectifs (réflexions)**

Constat : VL est passé de 16000 à 7000 adhérents en l'espace de 20 ans

Parce que :

- Il y a un manque de communication, cette dernière étant devenue trop virtuelle ; il est donc important de faire comprendre que le contact humain physique est essentiel
- Il y a une diminution de volonté de s'engager et VL n'est plus forcément une priorité par rapport à d'autres activités
- La vie actuelle est devenue tellement intense et stressante que cela peut être handicapant pour trouver le temps nécessaire à faire partie d'une association (les rythmes de travail ont changé du fait de la complexité des nouveaux rythmes de travail – horaires décalés...)
- Il n'y a pas assez de jeunes qui s'impliquent dans le mouvement (on en revient à la problématique de priorité des activités extra professionnelles) ; il n'y a pas de raison que tout repose sur les personnes n'ayant plus d'obligations professionnelles.
- Il convient aussi de tenir compte des décès, certains naturels mais d'autres, malheureusement, étant la conséquence de la maladie alcoolique qui, ne l'oublions pas, tue.

Conclusion :

Notre société a évolué, elle est devenue une société de consommation. De plus en plus les gens viennent « consommer du VL », sans éprouver le besoin de s'engager vis-à-vis du mouvement.

N'oublions pas qu'à VL, notre force c'est notre amitié

THEME 07 - FAUT-IL DEVOILER SON PARCOURS DE MALADE ALCCOLIQUE ?

Animateur : Patrick POUPELLOZ

Participants : 27 personnes dont 21 BG – 4AV – 2 S

Synthèse du groupe

Nous avons connu la Maladie Alcoolique, servons-nous de notre parcours pour le dévoiler petit à petit et ne pas l'oublier pour autant.

Il faut savoir le domestiquer et selon les circonstances il faut y aller avec des pincettes.

C'est le malade qui en parle selon sa fragilité, son lien avec la famille, l'entourage et travailler davantage pour éviter le faux pas.

- *Pourquoi tu ne bois pas d'Alcool ? Tu es malade ?*
- *NON je suis guéri*

Notre parcours doit servir pour aider les autres ! Cela nous permet de voir ce que l'on est devenu avec le recul.

Le positif au début, c'est du plaisir mais après c'est l'enfer. Notre cerveau si complexe ne nous donne pas toujours la modération sans failles. Notre expérience ne peut pas toujours servir selon où l'on se trouve, c'est au fil de la discussion que le vécu peut être dévoilé car certaines personnes ne sont pas aptes à tout entendre.

Certains passés sont durs à évoquer.

Le témoignage du vécu est aussi important pour le malade que pour l'entourage. On peut parler de son parcours avant, pendant et après les soins en s'adaptant aux étapes.

En conclusion, il est nécessaire d'apporter son parcours de malade. Avant nous étions dans le déni et le mensonge. Aujourd'hui nous sommes dans la vérité.

Servons-nous de notre parcours de malade alcoolique pour partager le bien-être dans notre vie de tous les jours.

THEME 08 - COMMENT GÉRER LES MULTIPLES RECHUTES D'UN MALADE

Animateur Bruno MARREL

Nous étions 13 femmes et 13 hommes, dont 18 BG – 4 AV – 4 S

Nous avons travaillé sur 2 types de rechute :

- 1) **La rechute rapide**, qui permet une prise de conscience de la dépendance à l'alcool
- 2) **La rechute après une longue période d'abstinence**, qui permet de prendre conscience de la fragilité de la guérison.

QUELLES SONT LES CONSEQUENCES DE CES RECHUTES ?

Pour le malade :

- la honte
- les problèmes de santé
- l'isolement
- la culpabilité

Pour l'entourage :

- l'incompréhension
- la colère
- la honte
- la peine

Pour les membres de la section :

- le désarroi
- la compréhension
- la dédramatisation

DES PISTES DE SOLUTIONS :

- l'accompagnement familial, médico-social et associatif
- l'empathie
- l'écoute et le dialogue
- garder confiance
- le non-jugement
- les encouragements

« Sans vivre dans l'obsession, il faut toujours garder la petite flamme de la vigilance allumée ».

CONCLUSION

La rechute fait partie du parcours de soin, et elle est imprévisible.

Avec du temps et des encouragements, l'abstinence heureuse est possible.

Le temps n'est pas le même pour le malade et pour l'entourage.

THEME 10 - LE POIDS DE LA CULPABILITÉ DANS LA DIFFICULTÉ DE GUÉRISON DES ADDICTIONS

Animateur : Lucien TEYPAZ

Participants : 12 personnes dont 9 BG – 3 S

1/ Réduction des risques :

Les forums internet (psychoactif, psychotes etc.) peuvent compenser/palier aux associations auprès des jeunes qui ne sont pas forcément sensibilisés aux associations.

La RDR peut permettre d'aider des gens qui ne sont pas encore prêt à l'abstinence, peut

déculpabiliser la consommation et aider au cheminement menant vers l'abstinence heureuse

2/ Culpabilisation :

La culpabilité de la consommation ou reconsommation peut empêcher d'en parler et donc de trouver ou retrouver une abstinence heureuse.

Le fait d'avoir des responsabilités peut accentuer la culpabilité accompagnée d'un sentiment de trahison

Besoin de déculpabilisation au sein des membres pour réduire le sentiment d'échec.

La culpabilité peut être utilisé comme levier d'asservissement, il faut apprendre à le repérer pour contrer ces possibles manipulations.

Reprendre sa place sans se sentir coupable que se soit au travail ou en famille.

3/ Prise en charge :

Il peut être difficile d'arrêter plusieurs produits en même temps d'où l'intérêt de déculpabiliser la consommation.

Il faut un changement global, comportemental, social, habituel plutôt qu'un simple arrêt du produit.

Il est important d'être entouré et soutenu dans sa démarche de soin.

Il vaut mieux se concentrer sur le « comment » (comment régler un problème) que sur le « pourquoi » (pourquoi le problème est arrivé).

Dépression et addictions, que soigner en premier ? Les soigner conjointement ?

4/ Que faire à notre niveau ?

L'importance de la communication, la compréhension et l'empathie que la répression, la morale et la culpabilisation.

On peut travailler en réseau (entre assoc, professionnel de santé etc.) pour agir plus efficacement

Il faut se tenir informé des avancées des connaissances sur la maladie et de sa prise en charge pour plus d'efficience.

L'importance de l'information de l'entourage et du grand public sur la maladie

CONFERENCE SUR LE TABAGISME

Laurence MAILHES – Médecin Tabacologue au CSAPA de PRIVAS 07

Xavier FENOUIL – Psychologue tabacologue – Ligue contre le cancer

XF : Le tabagisme est le plus exposé à la toxicité. Si on s'attarde un instant sur les représentations qu'on peut avoir autour du tabac. Il faut penser qu'il y a beaucoup de fumeurs autour de nous. A votre avis, il y a combien de % de fumeurs en France ?

La foule : 39

LM : En 2017, on vient d'avoir les chiffres puisque on a récupéré les statistiques 2017, il y a 26,9 % de fumeurs réguliers et il y a 5 % de fumeurs occasionnels. On est assez contents cette année en France car c'est la première fois qu'on a une baisse des fumeurs quotidiens aussi importante en 2017 on a eu moins 1 million de fumeurs. Ça n'est encore jamais arrivé en France. Et rien que pour le 1^{er} semestre 2018 moins 600 000 sachant que par rapport à d'autres pays européens on est bien en retard mais on commence à avancer. On peut attribuer ça comme vous savez en France comme dans d'autres pays occidentaux on a une politique de lutte contre le tabagisme. On a mis en place, qu'est-ce qu'on a mis en place pour éviter le tabagisme ?

FT : les patchs

LM : Ça ce sera pour le traitement. On verra tout à l'heure.

On a mis en place la hausse des prix. On observe vraiment quand elle a été mise en place on s'est dit « ça ne marchera pas » eh bien chaque fois qu'il y a une hausse des prix il y a vraiment une courbe exponentielle à chaque fois qu'on annonce les prix le nombre de fumeurs diminue il y a vraiment une corrélation d'ailleurs moi dans mes consultations c'est la première raison dont les patients témoignent de l'envie d'arrêter par rapport à l'aspect financier. Donc il y a l'augmentation du tabac vous savez qu'en 2020 l'objectif est que le paquet passe à 10 €.

Autre action c'est le mois sans tabac. Depuis plusieurs années on a mis au mois de novembre le « mois sans tabac ». C'est un dispositif qui existe en Angleterre et qui a très bien marché donc en France on s'en est inspiré. On fait de la prévention, il y a des actions un peu partout en France, on propose de l'aide à l'arrêt. Avec ce mois sans tabac si on arrête on a deux fois plus de chances d'arrêter de fumer.

Autre action le remboursement des patchs et des substituts nicotiniques, quelque chose de nouveau. Il y a quelques années il n'y avait que 50 € qui étaient remboursés après c'est passé à 150 pour certaines populations, les femmes enceintes, les jeunes et maintenant tout récemment on va dire que tous les substituts nicotiniques, patchs, gommes, comprimés sont remboursés au tarif sécurité sociale et autre traitement du tabac la Varénicline est remboursée à 65 % ce qui incite les personnes à arrêter de fumer car d'une part le tabac coûte cher et d'autre part arrêter de fumer

Autre action de lutte contre le tabac c'est le paquet neutre qui a été mis en place en France, on attribue cette évolution favorable pour le moment on est très prudent pour ces actions qui ont été mises en place récemment dans notre pays. Juste pour information la baisse de la consommation a été essentiellement parmi les 18 ans à 24 ans il y avait 44 % de cette population de fumeurs réguliers on a vu dans cette classe d'âge ça vraiment diminué et les femmes aussi, autres classes d'âge c'est les femmes de 55 à 64 ans où on est passé de 21 % à 18 %.

Le tabac agit sur la santé tout le monde le sait. Il agit de différentes façons on va dire. Il va créer un déficit immunitaire donc ça va créer ou favoriser des maladies infectieuses notamment aux endroits où le tabac passe, on le respire, on l'avale. Il y a les problèmes respiratoires et les problèmes digestifs donc on va rencontrer chez les fumeurs actifs mais aussi chez les fumeurs passifs bien sûr avec moins de fréquence quand même des problèmes d'otite, de sinusite, d'angine, de bronchite, de pneumonie, et puis favoriser des

maladies virales notamment les gripes on va devenir plus fragile en quelque sorte notamment au niveau respiratoire.

Autre point d'action du tabac, de la fumée du tabac c'est les maladies inflammatoires donc ça va renforcer certaines maladies inflammatoires les créer pour d'autres, on va parler de la BPCO. Est-ce que vous savez ce qu'est la BPCO ? la Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive c'est l'association de deux pathologies, dans le temps on parlait de la bronchite chronique, nous en avez tous entendu parler, le fumeur le matin il se réveille, il tousse, il tousse, il crache et puis au bout d'un certain nombre de temps le fumeur fait des bronchites qui sont de plus en plus fréquentes et qui durent de plus en plus longtemps et à un moment donné quand elles deviennent de plus en plus longues et fréquentes on parle de bronchite chronique et la BPCO c'est l'association de bronchite chronique et de l'emphysème vous avez dû en entendre parler. L'emphysème c'est au niveau du tissu pulmonaire, on respire de l'oxygène et on dégage du gaz carbonique et cet échange gazeux se fait au niveau du tissu pulmonaire et l'emphysème en fait la fumée du tabac, le monoxyde de carbone empêche les échanges gazeux au niveau des tissus pulmonaires. La BPCO il y a 4 stades, ce qui est curieux c'est qu'on n'en parle pas du tout en France, on parle beaucoup du cancer du poumon mais le tabac cela va être certainement le décès le plus fréquent dans ce siècle de la BPCO encore plus que du cancer du poumon. Il y a 4 stades dans la BPCO dans 80 % des cas l'agent incriminé c'est le tabac. Il y a 4 stades, le stade 1, le stade 2 c'est à peu près réversible quand on arrive au stade 3 cela devient un peu plus compliqué quand on arrive au stade 4 malheureusement je vous donnerai un peu plus de détails sur le monoxyde de carbone tout à l'heure.

Autre action du tabac il va favoriser, augmenter les problèmes d'allergies. Il est vraiment conseillé chez quelqu'un d'asthmatique d'éviter les lieux enfumés c'est sûr

Autre type d'action du tabac ça va être de favoriser la venue des maladies cancéreuses mais pas uniquement on parle toujours du cancer du poumon un des plus importants mais le tabac c'est toujours la même chose on respire ça passe par le nez, la trachée, les bronches, on l'avale les fumeurs le savent quand on respire les fumeurs de cigares avalent la fumée ça va créer aussi des cancers digestifs. Le tabac on l'élimine par les reins, par la vessie donc on va avoir du coup des cancers des voies du nez, du larynx, du pharynx, des bronches, du pancréas, du colon, de la vessie, de la prostate. Il y a un lien direct avec le tabac. On pense aussi qu'il y a un lien direct avec le cancer du sein. On va s'arrêter là sur le descriptif, c'est déjà pas mal.

XF : On va peut-être un peu reprendre au travers d'une vidéo que vous connaissez peut-être, on va la regarder ensemble et on la commentera ensuite.

LM : Cette vidéo c'est pour vous expliquer un peu ce qu'est la dépendance, c'est très parlant je pense. Tout le monde peut entrer dans la dépendance. **La dépendance avec un produit c'est la rencontre d'un individu à un moment donné avec un produit.** C'est le cas de ce petit poussin qui était bien tranquille sur son chemin qui un jour rencontre le produit et il se dit ça ne m'intéresse pas vraiment et continue, ceci dit comme il est très curieux il va quand même y goûter. Bon la première fois cela ne lui fait pas grand-chose mais à un moment donné sur son parcours il retrouve le produit et il se dit tiens j'y avais goûté la première fois je pense que ça va me faire la deuxième fois donc il va recommencer et là il va se dire ça me fait un petit peu d'effets mais bon sans plus et puis un plus tard il va rencontrer le produit une nouvelle fois et là il va y aller beaucoup plus facilement ça m'a fait un petit peu de bien j'ai l'impression, dans tous les cas ça me fait du bien je vais en reprendre un petit peu et au fur et à mesure vous voyez qu'il court de plus en plus, il a l'impression que cela lui fait des effets, il est satisfait, ça lui fait plaisir et puis au bout d'un moment eh bien l'effet bénéfique diminue, au départ on le voit il est tout jaune non seulement l'effet bénéfique diminue mais on va dire son bien-être, sa santé, voyez il noircit au fur et à mesure, c'est là qu'apparaissent les effets négatifs au bout d'un moment et c'est tout noir c'est ce qu'est devenu ce petit poussin. Tout ça pour vous expliquer déjà que la dépendance on parle de tabac, la vidéo a surtout été faite pour l'héroïne en fait. Avec le tabac on va moins planer c'est clair mais quand on fume on a des choses positives aussi on a l'impression que le moral remonte on arrive mieux à se concentrer mais on y reviendra tout à l'heure mais au bout d'un moment le produit on est obligé d'en prendre de plus en plus pour avoir les mêmes effets, c'est ça la dépendance. Le produit addictif du tabac vous le savez tous c'est la nicotine. Elle se trouve dans la feuille de tabac. Cette nicotine quand on fume elle arrive en 7 secondes au niveau du cerveau mais on va vous expliquer tout ça.

XF : On va surtout questionner la dépendance surtout vous donner un petit peu des repères car on a le sentiment que certaines personnes peuvent être indépendantes du tabagisme, d'autres se disent très en difficulté avec le tabac. Qu'est-ce que ça raconte la dépendance ? En fait la dépendance il faut déjà se demander pourquoi les fumeurs fument qu'est-ce qui les poussent à fumer ? On va renommer le renforcement positif quel que soit la dépendance au tabac. Dans le cas du tabagisme on va questionner le fumeur et en général le fumeur va nous dire si je fume c'est parce que peut-être que ça me détend ou peut-être dire que ça les stimule intellectuellement d'autres vont témoigner et ce n'est pas exhaustif du bien-être quand ils fument, on va y retrouver de la satisfaction je fume par satisfaction, parce que ça me procure du plaisir donc ce sont à peu près les termes qui reviennent quand on demande à un fumeur pourquoi il fume. Donc pour être dépendant il faut déjà avoir quelque chose qui renforce le comportement, qui donne envie d'y retourner et puis pour parler de dépendance, il faut aussi un syndrome de sevrage, se dire qu'est-ce qui se passe quand on veut arrêter de fumer. Quand on demande au fumeur pourquoi il ne veut pas arrêter de fumer en général on va retrouver une liste qui est assez longue qui va raconter surtout la relation du fumeur à son tabagisme. La dépendance au tabac est une affaire individuelle. On fait des groupes à l'arrêt du tabac régulièrement avec le Docteur MAILHES mais ça reste malgré tout une affaire très individuelle « Pourquoi est-ce que je fume et quelle relation j'ai au tabac » ? Beaucoup de craintes c'est la terminologie qui ressort, crainte de perdre crainte de trouver, bref je crains de ne pas y arriver ; je crains de me transformer il y a des gens qui craignent de devenir trop irritables, de rester irritables ou de cacher l'irritabilité avec le tabac, ceux qui craignent de déprimer à l'arrêt du tabac. C'est par la crainte du changement. C'est vrai qu'arrêter de fumer c'est changer mais pas que changer son tabagisme c'est changer un petit peu sa relation réelle c'est pour ça quand on questionne le fumeur et qu'il nous dit qu'il veut arrêter de fumer et qu'il n'y arrive pas il va nous parler plutôt de renforcements négatifs. Il va nous dire quand il a essayé d'arrêter de fumer, des personnes parmi vous, parfois ce n'est pas le fumeur qui le dit mais la personne qui vit avec ; des troubles de l'humeur c'est un peu différent donc une humeur qui change une personnalité presque dans la relation réelle qui devient un peu plus complexe. Qu'est-ce qui se passe concrètement En fait de dépendance, il faut parler de dépendances au pluriel c'est là que je vais redonner la parole au Docteur MAILHES.

LM : En fait tout produit addictif va donner trois dépendances : la dépendance physique liée au produit la dépendance comportementale et la dépendance psychologique.

La dépendance physique est liée à la nicotine c'est une drogue qui existe naturellement dans la feuille de tabac c'est bien pour ça qu'on fume le tabac et cette nicotine quand on la fume en 7 secondes elle arrive au niveau du cerveau on parle de shoot de nicotine ; elle vient au niveau du cerveau se fixer sur des récepteurs qui existent naturellement dans le cerveau humain. Au bout d'un moment ces récepteurs vont être saturés, le cerveau humain va en fabriquer d'autres. Plus on fume plus on a de récepteurs à la nicotine. Quand on va arrêter de fumer ces récepteurs vont s'éteindre mais jamais jamais ils ne disparaissent. Autrement dit un cerveau de fumeur a plus de récepteurs qu'un cerveau de non-fumeur. C'est ce qui explique il y en a sûrement dans la salle des personnes qui ont arrêté de fumer un an ; deux ans ; dix ans, vingt ans et au bout d'un moment ils reprennent simplement parce qu'à un moment donné de leur vie ils ont repris la cigarette soit à un moment de détresse quand on n'est pas bien soit aussi le plus souvent à un moment festif au bout de 10 ans j'ai arrêté je ne crains plus rien maintenant et les récepteurs ils sont là et il y en a plus que sur un cerveau qui n'a jamais fumé et quand on refume souvent la première cigarette ça ne me fait rien sauf que la première cigarette elle appellera la deuxième et on va repartir parce que les récepteurs à la nicotine vont se réveiller de nouveau . Donc cette nicotine chaque fumeur. On peut revenir sur les pics de nicotine à chaque fois qu'on fume on a un pic de nicotine si on faisait une prise de sang à ce moment-là on observe raiment ce pic de nicotine et ç ce moment-là le cœur s'accélère très très fort et les vaisseaux sanguins se contractent, des fois ça cassent c'est notamment les accidents vasculaires cérébraux qui sont bien fréquents chez les fumeurs plus que chez les non-fumeurs Le cerveau de chaque fumeur en fait va réclamer sa dose de nicotine c'est l'auto titration. En dessous de ce seuil on va être en manque, au-dessus de ce seuil on va avoir l'impression de se sentir bien donc plus il y a de pics de nicotine dans le sang plus on va devenir dépendant c'est quelque chose

qu'on verra tout à l'heure à la fin de cet exposé dans les substituts nicotiniques les patchs il n'y a pas les pics c'est une dose dégressive donc on n'aura pas de dépendance.

XF : C'est important ce phénomène de pics c'est ce qui justifie justement la dépendance c'est l'arrivage de la nicotine au niveau du cerveau qui va expliquer la dépendance c'est pourquoi une personne qui prend une substitution nicotinique n'est pas en principe amené à devenir dépendante de la molécule en tout cas pas sur le plan physique. Quand on parle de phénomène d'auto-titration, je vous donne un exemple. Ce sont des mégots qui ont été collectés près d'une fac de médecine. On voit surtout les deux mégots qui sont vers le milieu ce qu'il faut retenir ce n'est pas tant le nombre de cigarettes qui compte, c'est comment on les fume tant en termes de dépendance qu'en terme de toxicité. Si on observe les deux mégots qui sont là, ils ont été consommés en tout cas le fumeur a arrêté à peu près à la même distance mais on voit que les mégots n'ont pas tout à fait la même couleur de filtre, plus le filtre est sombre plus la nicotine va s'oxyder à l'air libre va devenir jaune c'est pourquoi on a parfois la moustache qui jaunit, les doigts jaunes par la nicotine. Là on voit deux filtres un qui est plus noir que l'autre plus le filtre est jaune plus c'est un indicateur d'auto-titration ça veut dire que le fumeur est allé chercher la quantité de nicotine dont il avait besoin dans la cigarette. Cela veut dire que le fumeur qui est à droite aura plus auto titré, qu'il aura plus tiré sur sa cigarette que le fumeur qui est à gauche, c'est un indice de dépendance Vous pouvez faire l'expérience si vous êtes fumeur regardez la couleur de vos filtres, plus le filtre est sombre plus cela veut dire que plus votre cerveau réclame la nicotine, le Docteur MAILHES parlait de réflexe un peu inconscient c'est un peu ça le fumeur s'auto dose à chaque cigarette de puiser à chaque cigarette la quantité de nicotine dont il a besoin sans s'en rendre compte le fumeur ne puise jamais l'intégralité de nicotine dont il a besoin, le reste va partir en fumée. C'est un indicateur pour mesurer sa dépendance physique mais il existe aussi un test. Je redonne la parole au Docteur MAILHES.

LM : Pour évaluer la dépendance physique on a le test de Fagerstrom Pour nous la dépendance physique est très importante à évaluer car quand on va proposer un traitement à un patient il faut d'abord voir que s'il n'a pas de dépendance physique il n'aura pas lieu de traitement. Pour la dépendance comportementale on en parlera tout à l'heure l'habitude il faudra apprendre à gérer ses émotions différemment. Le traitement va agir sur la dépendance physique donc pour nous c'est intéressant car ça va nous permettre d'adapter la posologie. Quand on adapte la posologie on a regardé le nombre de cigarettes qu'il consomme, on va regarder le test de Fagerstrom et tout à l'heure je vous parlerai du monoxyde de carbone le taux de CO avec ces 3 données on va adapter le traitement. Le test de Fagerstrom il y a 6 questions

Le score va de 0 à 10

La 1re question Le matin, combien de temps après être réveillé(e), fumez-vous votre première cigarette ?

- ☐ Dans les 5 minutes
- ☐ 6 à 30 minutes
- ☐ 31 à 60 minutes
- ☐ Plus de 60 minutes

il faut surtout entendre à quel moment l'envie de fumer après le réveil . Si je prends des adolescents s'ils n'ont pas le droit de fumer à la maison ils ne vont pas fumer parce qu'ils n'ont pas le droit mais

certains auront envie de fumer dès le réveil. Cette question il faut bien la poser : « A quel moment on a envie de fumer après le réveil »

2^e question - Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (ex : cinéma, bibliothèque)

- ☐ Non
- ☐ Oui

Pas fumer lorsque c'est interdit notamment au cinéma, dans les avions, dans le train. Là aussi il faut adapter la question c'est plutôt qu'est-ce que vous faites la première chose en sortant du cinéma ? Est-ce que vous avez envie d'allumer une cigarette ou pas ? Quand vous descendez du train est-ce la 1^{re} chose qui vous vient à l'esprit ou pas

FT : Oui

LM : Il faut cocher là.

3^e question - A quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?

- ☐ La première de la journée
- ☐ Une autre

La dépendance physique c'est le matin

Après - Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

- ☐ 10 ou moins
- ☐ 11 à 20
- ☐ 21 à 30
- ☐ 31 ou plus

C'est sur quand on en fume 10 ou qu'on en fume 60 ce n'est pas la même chose

5 - Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée

- ☐ Oui
- ☐ Non

Plus on est dépendant physiquement plus on a tendance à fumer le matin ; en début de journée en tous les cas

6 - Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

0 – 2 points on considère qu'il n'y a pas de dépendance à la nicotine ou en tous les cas peu

3 – 4 faible dépendance

5 – 6 dépendance moyenne

7 – 10 dépendance forte

En sachant qu'on a tendance de plus en plus à baisser les scores généralement dès 2 on traite parce que c'est compliqué.

XF : La dépendance physique ce n'est pas un indice de gravité ce n'est pas parce qu'on est très dépendant physiquement qu'on va rencontrer de grandes difficultés à arrêter de fumer mais cela va signifier qu'il va falloir plus de temps et adapter une prescription plus forte pour mieux vivre le syndrome de manque qu'on a pu évoquer tout à l'heure.

La dépendance psychologique c'est le 2^e volet de la dépendance. Il y a des fumeurs qui sont très dépendants en psychologie qu'est-ce que cela veut dire que les fumeurs qui régulent leurs émotions avec le tabac ce sont les fumeurs qui tendent à dire que fumer ça peut détendre et puis il y a des personnes quand elles sont dans l'épreuve vont prendre une cigarette pour se donner du baume au cœur, une personne qui avant un examen fume une cigarette pour calmer l'agitation interne on est dans la relation à l'objet pas spécifique à un moment ça veut dire que le fumeur quand il est dépendant physiquement c'est à peu près toujours au même moment. La dépendance psychologique est plutôt événementielle elle va être portée l'effet d'humeur, le moment donc la cigarette est quelque chose de moins répétitif il y a des fumeurs qui vont plus fumer dans des moments de leur vie, pendant des périodes de vie plus délicates à fumer et lorsque le moment délicat est passé on va moins fumer ce sont plutôt ceux-là les dépendants psychologiques ce que cette dépendance raconte c'est ce que disait le Docteur MAILHES il n'y a pas de substitution qui règle la dépendance psychologique on est en fait c'est pourquoi il y a des psychos qui se sont engagés dans le sevrage tabagique. Quand on a des fumeurs qui sont dépendants psychologiques ça montre deux choses le 1^{er} critère, pourquoi le fumeur a commencé de fumer, si le fumeur fume encore aujourd'hui ça raconte l'évènement qui l'a amené à fumer et qu'il répète, et répète encore au quotidien, il ne fume pas tant pour les événements du quotidien mais pour l'évènement passé et souvent il va falloir réveiller cet événement pour défaire le fumeur de sa dépendance ça c'est le 1^{er} critère et puis ça raconte aussi un psychanalyste dont vous avez entendu parler c'est Winnicott l'objet transitionnel on parle de doudou qu'est-ce que ça raconte le fumeur a choisi le tabac comme un outil qui sert à tout il a une fonction un peu idéale de trouver ; de créer qui va permettre de faire face au stress, à la foule quand on est mal à l'aise, etc... C'est l'objet parfait et quand on ne l'a pas c'est la panique. Donc c'est l'objet qui permet de lutter contre toutes les peurs et tant que je l'ai sur moi tout va bien. Donc il va falloir travailler un peu sur cette relation à l'objet tabac pour se défaire de cette relation à un objet dont on ne va pas obtenir beaucoup de services donc c'est psychologique, un aspect assez complexe à aborder ne serait-ce qu'une médication parce que ça ne répond pas à ça. Et puis la 3^e dépendance la tendance comportementale tendance de comportements associés on appelle ça, ça raconte quoi ? le fumeur qui va fumer en des moments et des comportements très spécifiques je fume toujours avec mon café, je fume quand je rentre dans ma voiture, je fume toujours après le petit déj, on associe le tabac à autre chose j'ai fini une activité, j'ai fini le ménage je vais allumer une cigarette, c'est à des moments spécifiques à des moments clés Quand j'arrête de fumer je me retrouve face à ma tasse de café et on va peut-être se trouver en difficulté. Là encore on n'est pas face à une nécessité de molécule car le fumeur ne recherche pas la nicotine mais un confort lié à cette habitude. On est tous porté par l'habitude car l'habitude est économique sur le plan psychique tant qu'on est régi par l'habitude c'est pratique mais dès qu'on essaie de sortir de l'habitude, on est un peu perdu c'est en ça que le sevrage tabagique est un peu une aventure de modification de notre comportement si on retire le tabac c'est vivre c'est fonctionner différemment ça ne change rien dans le sevrage tabagique on rend difficile le rationalisme.

LM : Je voudrais revenir un petit peu sur la dépendance psychologique. La nicotine est une substance qu'on appelle psychoactive elle va agir au niveau des récepteurs et elle va interférer avec

d'autres hormones au niveau de l'hypophyse, on ne va pas rentrer dans les détails. En fait quand on fume on va la nicotine se fixe sur les récepteurs nicotiniques qui existent naturellement et à ce moment-là il va y avoir libération de dopamine, la dopamine vous avez dû en entendre parler, c'est l'hormone qui donne du plaisir. A chaque fois qu'on fume on va refabriquer de la dopamine. Comme toute substance psychoactive ça va modifier la perception, comment on va avoir l'impression qu'on est moins stressé, moins anxieux c'est ce qu'on disait il y a 20 ans en médecine, ce n'est plus du tout ce qu'on dit maintenant. Maintenant c'est exactement le contraire, c'est-à-dire à l'instant zéro quand on fume on dit je me sens mieux, je ne suis pas stressé c'est une impression, juste après l'anxiété remonte, le moral descend et on se dit : « tiens je vais en refumer une autre » on a l'impression que ça va mieux et en fait plus on va fumer, plus l'anxiété va augmenter plus la dépression va augmenter, donc maintenant on le sait c'est vraiment le tabac qui augmente la dépression qui augmente l'anxiété, ça c'est nouveau. On entend souvent les patients nous dire « si j'arrête de fumer je vais être stressé je vais déprimer » non c'est exactement le contraire, je voulais insister sur ce point.

Alors quand on envisage de s'arrêter, de réduire on n'est pas obligé d'arrêter c'est à chacun de voir. Le sevrage est vraiment propre à chaque personne. On ne peut pas demander à quelqu'un de se sevrer il faut que ça vienne de soi quand on n'a pas envie on n'a pas envie. Pour avoir envie de fumer il faut du temps, des mois, des années. Je vais vous parler un petit peu de ce qu'on appelle la maturation du fumeur, je ne sais pas si vous connaissez ce terme on représente ça par un cercle, le cercle de Prochaska et Di Clémente et on le représente par un cercle. Au départ on commence à fumer c'est comme ça que ça se passe chez l'adolescent ou l'adulte on commence de façon de plus en plus régulière et on est content de fumer généralement quand on est jeune on est très très content de fumer on ne va pas nous embêter avec ça. Et puis les mois, les années passent et puis un jour on se dit : « j'arrêterai un jour je ne sais pas quand ». Là on a le doute on n'est pas si bien que ça avec ce qu'on avance oui j'arrêterai un jour. Les mois, les années continuent à passer et puis on se dit « je vais bientôt arrêter de fumer. Les années continuent de passer puis on se dit ça y est je suis prêt à arrêter. Donc le sevrage, on sort du cercle, on ne réussit pas, on revient sur le cercle ; on refait un tout mais on ne revient jamais à la position de ce qu'on appelle de fumeur content, dès l'instant qu'on se pose la question sur le tabagisme c'est qu'on n'est pas complètement fumeur content ? Je vous dis ça car tous les arrêts qu'on peut faire ne serait-ce qu'une journée au niveau du tabac ce sont tous ces arrêts qui vous permettront un jour d'en sortir donc ce n'est pas un échec c'est un essai qui vous permettra d'arrêter un jour, c'est vraiment quelque chose d'important.

Le sevrage, c'est quoi ? Un gros changement du tabagisme, c'est un comportement qu'on a appris. Le sevrage c'est un gros changement de comportement qui va nécessiter plein de petits changements. Avant d'aborder un sevrage c'est très important de changer le lien qu'on a avec sa cigarette, cette cigarette elle s'est accrochée à vous. Si vous voulez vous en débarrasser il faut lui donner d'autres images changez le lien que vous avez avec elle. Ce que j'explique souvent à mes patients un sevrage ça se construit on ne part pas comme ça, on peut partir mais on va peut-être réussir mais certainement replonger derrière. Vous allez me dire ce n'est pas grave on recommencera c'est sûr mais après le fumeur est déçu ou il culpabilise ce n'est pas bon. Le sevrage on enlève la culpabilité. Donc pour construire son sevrage c'est un peu comme quand on part en vacances, quand on part en vacances on fait sa valise, quand on fait un sevrage je l'identifie souvent à une maison quand on construit une maison qu'est-ce qu'on fait ? On fait les fondations si non elle va s'écrouler peut-être pas à tous les coups mais il y a ces chances qu'elle tombe cette maison eh bien le sevrage c'est pareil. Il va falloir construire ce que j'appelle la fondation du sevrage et 3 choses importantes c'est la première couche de fondations la première chose est de tout fumer dehors c'est vraiment quelque chose d'indispensable c'est le seul cadre rigide du sevrage après le reste on ne se met pas de pression. **Fumer tout dehors** quel que soit les circonstances c'est

vraiment la chose indispensable. Pourquoi je vous dis ça quand on fume à l'intérieur qu'est-ce qu'on fait souvent, on ouvre la fenêtre, on aère, on est rassuré, on la voit partir la fumée. Non la majorité de la fumée reste dans la pièce, elle reste **10 Heures**. C'est embêtant on ça accumuler le tabagisme actif on va accumuler tout ce qu'on respire ce qu'on a fumer avant, tout ce que les copains, les amis ont fumé avant dans la pièce. 2^e chose pour arrêter de fumer la fumée vous embête, tant que ça n'embête pas pour quoi j'arrêterai. 3^e chose c'est toujours par rapport à ces récepteurs nicotiniques ils sont vraiment importants. Dans une pièce où ça sent la fumée le nez humain il n'est pas performant, les animaux sentent bien la fumée mais nous les hommes, non on ne sent pas bien, le nez ne va pas bien sentir par contre les récepteurs nicotiniques eux vont très bien captés qu'il y a de la fumée dans la pièce et ils vont vous donner envie de fumer c'est pour ça que c'est très compliqué quand on fume à l'intérieur alors dans un couple quand il y en a un qui arrête et pas l'autre, chacun son rythme il faut vraiment que ça vienne de soi le sevrage c'est de fumer autant qu'on veut mais dehors., en voiture c'est pareil, vous vous arrêtez c'est l'occasion de faire une pause, vous fumez tranquillement votre cigarette et vous repartez, c'est vraiment la première chose importante.

2^e chose dans cette fondation de maison ça va être de **fumer après le petit déjeuner**, un certain nombre de fumeurs ne prennent pas de petit déjeuner vous savez c'est la cigarette quand on est très dépendant physiquement on se lève et hop on allume sa cigarette et ça fonctionne comme ça. Donc le fait de mettre en place un petit déjeuner et de fumer après on va casser cette habitude comportementale dès qu'on s'ennuie on prend la cigarette. L'envie de fumer dure 2 -3 minutes. ? Si vous arrêtez de fumer, il y en a combien qui ont arrêté de fumer ? Il y en a quand même pas mal. C'est très bien, bravo. Il y en a peut-être qui fument et qui vont décider d'arrêter.

FT : C'est dur madame.

LM : Il y en a combien qui ne fument pas ? Qui n'ont jamais fumé ? 3 Situations. Et des personnes qui n'ont jamais arrêtées de fumer ? C'est le cas et puis un jour ils auront peut-être envie d'arrêter ou pas c'est le libre choix de chacun c'est important de le respecter les non-fumeurs et les fumeurs mais l'idée c'est vraiment de fumer dehors.

3^e chose **activité physique** régulière c'est quelque chose d'important ça va avoir l'avantage de s'occuper pendant qu'on fait du sport, il n'y a pas besoin de faire le marathon mais déjà marchez tous les jours l'OMS dit qu'on devrait tous marcher 1 heure par jour après cela peut être plein de choses, du vélo, de la piscine si vous faites partie d'un club mais déjà la marche c'est accessible en tout cas à beaucoup de personnes donc le fait de l'activité physique ça occupe 1^{ere} chose, 2^e chose ça va empêcher de prendre du poids car un certain nombre de fumeurs ont peur de prendre du poids. Juste pour information d'ailleurs vous pensez que tout le monde prend du poids à l'arrêt du tabac.

La foule ; Oui

LM : Vous savez le pourcentage de personnes qui prennent du poids ?

Moins d'un tiers. C'est souvent les jeunes qui disent : « oh si j'arrête de fumer je vais prendre du poids ». Non c'est moins d'un tiers. L'activité physique permet de limiter le poids, permet de s'occuper mais surtout de retrouver la forme, de lever l'anxiété quand on arrête de fumer on craint d'être anxieux vous savez que l'activité physique permet de se détendre.

Voilà la première couche de fondations vous fumez dehors, on fume autant qu'on veut mais dehors y compris pour les amis qui viennent à la maison, dire tu vois on fume dehors et vous quand vous êtes fumeur il y a des amis qui vous disent tu peux fumer chez moi, de dire je fais comme chez moi je vais fumer dehors, c'est important. Donc voilà pour la première couche de fondations maison mais après il faut mettre une deuxième couche.

La deuxième couche cela va être ce que j'appelle le changement de fume ça va être de fumer différemment et tout ça se fait bien avant d'attaquer le sevrage, ça aidera pour ceux qui veulent en faire. Le changement de fume ça va être de fumer différemment. Première chose, fumez doucement, on fume tous différemment, vous réfléchirez pour ceux qui fument encore ou ceux qui ont fumé, comment vous fumiez avant ou actuellement, est-ce que vous avez l'impression de fumer vite ou de fumer doucement. Alors le simple fait de fumer doucement vous pouvez diminuer par 2 le taux de monoxyde de carbone. On y reviendra tout à l'heure. En fumant doucement ce n'est pas rien. Après ça va être de fumer seul. Pourquoi ? parce que pour réussir son sevrage, il faut être acteur de son sevrage évidemment. Il ne faut pas le faire de façon passive le sevrage il faut que ça vienne de vous de vous qui allez prendre en main. Être acteur de son sevrage ça veut dire en un mot être acteur de sa consommation et c'est quoi ? C'est déjà d'acheter ses propres cigarettes dans un groupe de fumeurs chacun achète ses cigarettes c'est quelque chose d'important. Ça va être de fumer que ses cigarettes à soi, refuser toute cigarette qui n'est pas la sienne plutôt et surtout de choisir le moment où vous allez fumer parce que les cerveaux ils fonctionnent tous différemment on n'a jamais tous envie de fumer en même temps, ce n'est pas vrai, souvent on voit le copain qui fume et on se dit tiens allez je t'accompagne je vais en fumer une. C'est important de choisir le moment où vous avez envie de fumer. Alors dans l'idée c'est de fumer avant, après mais pas en même temps et si on fume en même temps à deux endroits géographiques différents parce que c'est aussi pour éviter de donner un pouvoir social à cette cigarette, il y a d'autres. On peut parler sans cigarette finalement c'est un objet pas très grand à base de plante à qui on a donné un pouvoir on ne peut pas communiquer sans cigarette c'est curieux. Donc c'est vraiment important de **fumer seul** et se retrouver vraiment et d'apprécier. Vous verrez qu'en faisant ça eh bien vous fumerez moins. Donc changement de fume parce que comment ça fonctionne on boit son café et on fume en même temps, on fait deux choses à la fois. Qu'est-ce qu'on fait aussi souvent avec la cigarette, on boit, on téléphone ça fonctionne comme ça et ce pauvre cerveau il est bien embêté quand il voit qu'il a le café, le tabac, le téléphone portable, qu'est-ce qu'il va faire le cerveau il ne va pas voir que vous fumez il va regarder le téléphone portable si non vous n'allez pas enregistrer l'image. Quand on boit le café il va regarder la tasse qu'on risque de renverser mais il ne va pas regarder la cigarette. Je vais faire un lien avec la nourriture, c'est quelque chose qu'on met dans la bouche eh bien quand vous avez là un bon gâteau et que machinalement vous mangez vite ou tout en discutant vous mangez votre gâteau ou en regardant la télé vous mangez votre gâteau vous n'allez pas l'apprécier ce n'est pas grave vous l'avez mangé. Qu'est-ce que vous allez faire et bien en reprendre un morceau, la cigarette c'est pareil si vous faites plusieurs choses à la fois le cerveau il n'est pas satisfait du tout il ne va pas s'apercevoir que vous avez fumé et du coup vous allez reprendre une autre cigarette juste derrière. Essayez, faites l'expérience vous verrez qu'en faisant une seule chose à la fois vous allez moins fumer. Souvent ce que je donne comme conseil à mes patients il y a notamment le lien café-cigarette. Il y a ce qu'on appelle nous les tabacologues la sonnette café dring ; pour d'autres personnes ce sera l'alcool cigarette donc l'idée c'est de faire qu'une chose à la fois, bien ranger la tasse de café, les industriels utilisent beaucoup la publicité, vous allez me dire la publicité est interdite, certes la publicité directe mais il suffit de regarder la télévision certaines séries télévisées, on les voit fumer et on les voit boire. Il faut savoir qu'un certain nombre de séries sont payées et plus on va regarder plus on va avoir envie de boire et de fumer.

De la même façon en prévention nous les yeux sont liés au cerveau ils vont voir la tasse de café et vont dire au cerveau ah la cigarette va bientôt arriver. C'est logique. On conseille aux patients, c'est important de boire du café mais de ranger la tasse et de sortir fumer sans la tasse de café devant, sans le verre, sans le téléphone devant. Donc si je résume le changement de fume : **c'est fumer doucement, fumer seul, fumer que ses cigarettes, choisir le moment de fumer et faire qu'une seule chose à la fois.**

XF : Alors maintenant on va parler de la composition de la fumée du tabac. On ne va pas s'étendre là-dessus mais on va en parler malgré tout. On a parlé de l'association visuelle, on va parler on va associer un petit peu les produits contenus avec le quotidien qu'on en a. Prendre une cigarette et la consommer c'est d'abord l'allumer. A votre avis quelle est la température au bout d'une cigarette, combien de degrés au bout d'une cigarette ? Entre 800 et 1 000 degrés c'est extrêmement chaud d'où risque d'incendie, de brûlures mais ça explique aussi le problème d'intoxication, le premier problème de santé avec le tabac, c'est la brûlure, on se brûle à chaque fois qu'on fume ça va surtout impacter la sphère ORL comme on l'a vu tout à l'heure tout ce qui est autour de la bouche et de la gorge. Eh bien les fabricants de tabac ils en ont connaissance évidemment et si parce qu'on est brûlé et qu'on en avait la sensation est-ce qu'on fumerait moins, on va rajouter maintenant ce qu'on appelle des agents de saveurs ce n'est pas uniquement pour le goût mais pour limiter la perception de la brûlure. On va y retrouver des produits assez comme le miel certaines marques l'utilisent beaucoup pour donner une saveur très sucrée qui va vous masquer cette sensation de brûlure et donner du coup une saveur plus sucrée qui va notamment beaucoup plaire aux adolescents. On va y retrouver aussi le menthol. Vous savez qu'en France on a voulu l'interdire ce composant puisque le menthol en médecine c'est un anesthésiant, certaines marques le revendiquent « cigarettes au menthol » il y a des petites pastilles vous avez du en voir dans les films pour accélérer une diffusion fraîche. Il faut attendre que les décisions s'appliquent pour d'autres pays pour que ça soit aussi appliqué en France donc en 2020 la saveur menthol sera interdite, il y a d'autres saveurs qui ont été interdites depuis longtemps comme la saveur chocolat, saveur vanille, la saveur pêche, jasmin je ne sais pas s'il y en a beaucoup qui en ont fumé mais des saveurs qui s'adressaient plus aux mineurs. Je rappelle qu'il est interdit de vendre du tabac au moins de 18 ans. Malgré tout ce que je vous ai dit on va aussi retrouver du cacao ; le cacao il est rajouté dans la plupart des marques de cigarettes pour les vertus qu'il a parce que lorsqu'il est respiré de manière fumée, lorsqu'on fume on fume aussi du cacao on dilate les bronches et en dilatant les bronches on avale plus de produits, plus de nicotine donc c'est un produit considéré comme toxique car il est carbonisé donc cancérigène dans la cigarette. Ça fait partie des produits cancérigènes contenus dans la fumée du tabac, des produits qu'on retrouve parfois à la maison aussi, un produit qui est rajouté dans le tabac depuis les années 60 pour son effet euphorisant, on revient un peu sur la vidéo en disant que les fumeurs eux sont euphoriques on peut en rediscuter ça fait partir de la recette du tabac. On va retrouver du DDT, de l'insecticide, pour la petite histoire comme le disait le Docteur MAILHES la nicotine c'est la plante qui fabrique cette nicotine, la nicotine c'est l'insecticide de la plante, la nicotine est naturellement toxique. Si on parle tout à l'heure un peu de la cigarette électronique, quand on manipule son flacon de nicotine, c'est un produit très toxique, il faut faire attention avec les enfants, les animaux et soi-même ne pas se le renverser sur les mains car ça va pénétrer le système sanguin rapidement ; il faut être prudent avec la nicotine produit à manipuler avec prudence. Du formaldéhyde ce n'est pas pour conserver les fumeurs qu'ils en mettent, ils ont rajouté des produits, il faut comprendre que l'industrie a pris un financier pour explorer le tabac un organisme financier plus important que le Ministère de la Santé ? On n'est pas toujours en capacité de comprendre la fonction de certains produits. On va retrouver le mercure qui participerait à la croissance de la plante ça reste toujours un débat il y a du mercure dans la cigarette. Je vous rappelle qu'aujourd'hui le mercure est considéré comme un produit toxique, polluant, interdit même dans les thermomètres vous le savez il y a une campagne de recyclage de thermomètres et on le retrouve dans le tabac. On va y retrouver de l'acétone un dissolvant généralement associé à l'ammoniaque. L'ammoniaque c'est un peu le grand secret de la marque au paquet rouge, je pense que vous saurez de qui je parle qui avait découvert dans les années 50 que rajouter de l'ammoniaque dans la cigarette ça accélérerait la diffusion de la nicotine, c'est une substance qui est addictive c'est vrai mais pas tant que ça à l'état naturel. Pour qu'une drogue rende dépendant il faut qu'elle monte vite au cerveau. Tout à l'heure, on parlait des pics de nicotine, si on rajoute de

l'ammoniaque oui il y a des pics de nicotine sur un patch il n'y a pas d'ammoniaque à l'intérieur donc on ne va pas avoir de dépendance au produit. Donc l'ammoniaque va accélérer la diffusion de la nicotine, la nicotine est une substance considérée les plus addictives aujourd'hui sur le marché à condition qu'elle soit ajoutée à de l'ammoniaque. On va retrouver un métal qu'on trouve dans les batteries de voiture, du cadmium, un métal cancérigène, toxique pour l'organisme qu'on élimine essentiellement par la transpiration. On va terminer par le monoxyde de carbone et c'est là que je vais redonner la parole au Docteur MAILHES.

LM : Le monoxyde de carbone c'est un gaz, deux plantes qui brûlent ça dégage du CO sauf que là on le met directement dans la bouche. Je vais vous faire un très court rappel de biologie. En temps normal on respire de l'oxygène, cet oxygène il est transporté dans tout le corps par les globules rouges du sang quand on fume c'est d'abord le monoxyde de carbone qui va se fixer sur les globules rouges et l'oxygène va prendre la place qui reste ça fonctionne comme ça on ne peut pas changer c'est ce qu'on appelle le monoxyde de carbone sur l'hémoglobine ? Du coup qu'est-ce qui se passe ? Le corps entier manque d'oxygène ce qui va expliquer l'essoufflement qui, à un moment donné chez les fumeurs. On est tous différents, il y a des personnes qui vont fumer 40 – 50 cigarettes et qui n'auront rien et on a des personnes qui vont en fumer 5 et auront un cancer du poumon, on est tous différents. Donc pour l'essoufflement, les fumeurs c'est pareil, il y en a qui vont s'essouffler très rapidement et puis d'autres bien plus tardivement. Ce monoxyde de carbone est un peu embêtant non seulement le corps entier va manquer d'oxygène notamment le cerveau qui a besoin de beaucoup d'oxygène pour fonctionner, le cœur aussi, l'infarctus du myocarde c'est le muscle cardiaque qui manque d'oxygène. Ce qui est vraiment important quand on arrête de fumer complètement en 24 heures on dit 12 h mais en 24 h il n'y a plus de monoxyde de carbone dans le corps. C'est le premier produit qui disparaît c'est génial. Très vite les fumeurs ressentent une amélioration au bout de 3 à 4 semaines pour la respiration ressentent aussi plus d'énergie n'oubliez pas le cerveau manque d'oxygène, il fatigue donc on est plus fatigué. Il y a beaucoup de personnes à l'arrêt du tabac après quelques semaines retrouvent une pêche d'enfer, d'enfer c'est peut-être beaucoup mais une amélioration. Ce CO au niveau de la santé il nous embête bien parce qu'il a la fâcheuse habitude quand on le respire il passe par la respiration et il vient abîmer les artères. En temps normal le muscle cardiaque c'est une pompe, il envoie du sang dans les artères et puis on a tous des graisses dans le sang et en temps normal les graisses elles circulent dans ces artères et le CO lui il vient abîmer la paroi des artères. Qu'est-ce qui va se passer ? Les graisses comme les artères vont s'abîmer, elles vont s'accrocher, du coup il y a moins de sang qui va passer. Tout à l'heure je vous ai parlé de la nicotine, la nicotine contracte les vaisseaux mais en plus les vaisseaux sont déjà rétrécis parce qu'il y a des graisses qui sont accrochées, c'est le mécanisme de l'accident vasculaire. Donc ce CO je vous en parle aussi parce qu'il y a de plus en plus de chirurgiens qui refusent d'opérer pas en urgence, les patients fumeurs et parfois des patients soumis au tabagisme passif voire des enfants, ce n'est pas pour embêter le monde mais il y a plus de risques, plus de risques à l'anesthésie par rapport à la nicotine par rapport au cœur et aux vaisseaux mais surtout par rapport au monoxyde de carbone parce que par manque d'oxygène il y a plus de risques de complications infectieuses. Par manque d'oxygène il y a plus de rejets de matériel en orthopédie il y a des vis, des plaques, des prothèses, les dentistes mettent des implants et par manque d'oxygène on a plus de risques que la prothèse ne tienne pas, que la dent ne tienne pas. Il y a plus de risques au niveau de la cicatrice ; des cicatrices qui vont bourgeonner, qui ne vont pas être belles, qui ne vont pas se refermer. Beaucoup de chirurgiens demandent que les patients soient en arrêt le plus tôt possible avant l'opération et si possible 2 – 3 mois après en sachant que ce n'est pas facile à s'arrêter bien sûr on est dans le cadre de la dépendance. Quand on est patient dépendant il faut se faire aider bien évidemment, on ne claque pas des doigts en se disant je veux arrêter. Mais pour vous expliquer comment car les chirurgiens ne vous l'expliquent pas toujours quand il y a un risque tout en ayant en tête qu'en 24 heures d'arrêt il n'y a plus de CO. Vous savez aussi que ce CO au

niveau de la femme enceinte c'est compliqué, plus de risques de fausse-couche, d'avortement, d'accouchement prématuré et puis maintenant on le sait plus de troubles de mémorisation et de concentration au niveau scolaire si le bébé a été exposé in-utéro mais en sachant que la femme enceinte elle est comme les autres femmes ce n'est pas facile de s'arrêter pour elle surtout qu'elle n'a pas choisi le moment, rappelez-vous tout à l'heure quand je vous ai parlé du cercle de maturation, les femmes enceintes sont souvent jeunes et n'ont pas eu le temps de leur maturation, ce n'est pas facile c'est la population la plus difficile à sevrer car elle n'a pas choisi le moment. Voilà pour le monoxyde de carbone. Donc dans le tabac tout augmente, avant on disait 4000 produits dangereux maintenant on en est à 7 000 on ne les connaît pas tous je ne vais pas vous les citer d'abord je ne les connais pas tous. Il y a 4 grosses familles – 1^{ère} famille les cancérigènes, les goudrons là aussi le goudron est issu de la combustion de la plante, une cigarette non fumée il n'y a pas de goudron évidemment, une plante qui brûle donne du goudron, ce goudron pour vous donner une idée, un fumeur qui fume je ne fais pas de pub, vous reconnaîtrez la marque, un fumeur qui fume 10 cigarettes par jour pendant 1 an remplit ½ pot de goudron, ça a été testé, donc vous imaginez chaque année un pot qui se rajoute. On passe souvent dans les lycées, les jeunes connaissent bien le pot d'une pâte à tartiner d'une marque bien connue. Je dis aux jeunes « vous imaginez la nature est bien faite, il y a un système de ce que j'appelle le balai-brosse au niveau du système respiratoire, il y a des cils au niveau du nez, de la trachée, des bronches ; des bronchioles et des cils qui existent naturellement qui font remonter toutes les poussières qu'on respire. Au bout d'un moment vous comprenez bien que les cils qui sont englués par le goudron issu de la combustion de la plante tabac ils vont moins bien fonctionner et puis au bout d'un moment les glaires, les poussières vont s'accumuler dans les poumons et ça va s'infecter et je vous ai parlé de la bronchite chronique oui car ces poussières infectées elles vont s'accumuler au fond. Quand on arrête de fumer, on entend dire : « ça ne sert à rien d'arrêter, j'ai arrêté de fumer et je me mets à tousser quand même » vous l'avez entendu ça. Je dirai c'est bon signe tant qu'il n'y a pas de fièvre ou de douleurs dans la poitrine ou dans le dos on va dire c'est bon signe c'est parce que ce sont les cils qui vont se remettre à fonctionner, ils vont évacuer ce qui n'a pas été sorti depuis des semaines, des mois ou des années. Certains fumeurs peuvent se mettre à tousser, à cracher à l'arrêt. Je reviens à mon pot de pâte à tartiner. Dans les lycées, je dis aux jeunes vous imaginez les pinceaux de peinture vous les trempez dans le pot et vous badigeonnez le nez ; la trachée, les bronches, les bronchioles, vous avez une idée de l'épaisseur, le diamètre des bronches il est rétréci, forcément on manque d'oxygène par ce fameux CO mais je dirai la mécanique ventilatoire, la tubulure, trachée le diamètre est réduit, au bout d'un moment vous comprenez bien qu'on a du mal à respirer. Ça à l'arrêt du tabac va diminuer, ça va disparaître ce ne sera pas en 24 heures, il faudra de nombreuses années mais ce sera au moins une couche supplémentaire qu'on ne mettra pas. Voilà c'était le goudron, il y en a d'autres encore cancérigènes. Il y a 4 grandes familles les cancérigènes notamment le goudron, les irritants on a parlé de l'acétone entre autres, 3^e produit le monoxyde de carbone je l'ai évoqué, 4^e grande famille la nicotine.

XF : On va reprendre les différents modes de consommations courants du tabagisme en France puisqu'on en recense quatre ; la cigarette traditionnelle on sait de quoi on parle, c'est le mode de consommation le plus courant en France de consommation du tabac, en sachant que à peu près 80 % des fumeurs de cigarettes fument du tabac blond aujourd'hui. Le tabac blond a été inventé autrefois pour les femmes parce qu'on pensait que le tabac brun risquait de les rendre hystériques les hommes consomment aussi du tabac blond mais c'est effectivement le mode de consommation, la qualité du tabac la plus consommée. Le tabac brun n'est pas forcément plus toxique que le tabac blond si ce n'est dans sa consommation, le tabac brun en général on le crapote c'est-à-dire on garde la fumée dans la bouche comme le cigare, la nicotine va pénétrer par la cavité buccale le système sanguin, inutile de la faire descendre dans le système pulmonaire alors que quand on fume du tabac blond on a « besoin de faire descendre la fumée dans le système pulmonaire pour que la nicotine

arrive à pénétrer le système sanguin » c'est en ça que les personnes qui crapotent le tabac blond ne sont pas en principe dépendantes de la nicotine mais dépendantes psychologiquement ou comportementalement. La cigarette est le plus traditionnellement. On va retrouver un qui a beaucoup monté en force ces dernières années c'est le tabac à rouler le scaferlati pour des raisons, il coûte moins cher il est sensé au travers des taxes rattrapé rapidement le tabac traditionnel et puis il jouit d'une image plutôt positive ce qui veut dire que souvent le tabac à rouler est envisagé comme plus bio ou meilleur pour la santé ce qui est loin dans les faits d'être une vérité car on considère aujourd'hui qu'une cigarette roulée est l'équivalent plus toxique de 2 – 3 cigarettes traditionnelles. Le Scaferlati c'est un peu le déchet du tabac c'est pour ça qu'on peut trouver des brindilles dans les paquets c'est un peu les nervures, le bois qui est broyé, comme il contient très peu de nicotine on va rajouter beaucoup de synthèses, beaucoup d'ammoniaque, il n'est pas très bon car on a rajouté beaucoup de produits et donné beaucoup de parfums ; d'agents de saveurs et de textures. Donc c'est un produit de très mauvaise qualité et qui est beaucoup plus toxique aujourd'hui que le tabac traditionnel.

FT : Pourquoi dans l'image il y a toujours des filtres ?

XF : Le filtre a une petite histoire, il a été inventé parce que les fumeurs se plaignaient d'avoir du tabac entre les dents ce n'était pas pour retenir la toxicité. Maintenant le filtre est une sorte de cellulose, un produit qui va retenir un petit peu les grosses molécules ce n'est pas les plus toxiques les grosses molécules, ce sont les petites celles qui vont pénétrer profondément dans les alvéoles pulmonaires c'est en cela quand on disait leight les cigarettes légères la mention a été interdite parce que justement parce qu'elles étaient perçues comme légères alors le fumeur auto titrait le mécanisme de tirer plus sur la cigarette ça pénétrait plus profondément dans l'appareil pulmonaire et était donc plus toxique c'est pour ça que la mention « leight » en France a une connotation un peu positive en se disant c'est presque meilleur pour la santé . Le filtre c'est bien dans mettre mais ça ne retient pas grand-chose.

XF : on va parler un peu des techniques du sevrage tabagique après. Les autres outils qui peuvent permettre plus de confort dans la réduction du tabac et on restera à votre disposition après un peu d'aparté on est à votre disposition.

LM : la 3^e sorte de fume, le joint c'est une particularité française, une association de tabac et de cannabis. A l'étranger on fume souvent que du cannabis ou que du tabac, en France le joint est très fréquent chez les jeunes mais pas que chez les jeunes bien sûr. Alors il y a tous les inconvénients du tabac bien évidemment parce que c'est fumé et puis des inconvénients qui sont propres au cannabis notamment le THC. Le cannabis contrairement au tabac on peut avoir un problème dès la première fume. Vous allez fumer une cigarette il ne va rien vous arriver. Par contre fumer un joint ce n'est pas pareil, c'est vrai qu'on n'en parle pas beaucoup. En France et dans un certain nombre de pays d'Europe, il y a dans la population 1 % de personnes potentiellement porteurs de schizophrénie. La plupart des personnes n'en développeront jamais mais la plupart ne le savent pas heureusement mais quand on fume un joint on peut heureusement ce n'est pas systématique mais on peut basculer et déclencher les crises de schizophrénie et je peux vous dire que pendant mes consultations, un certain nombre de personnes qui l'évoquent très bien on n'est pas sur la même longueur d'onde. Le cannabis a aussi des toxicités propres, cela va agir sur les consommateurs réguliers sur la mémoire, sur la concentration de la mémoire sur les réguliers je ne précise pas les occasionnels et puis pour vous donner une idée des toxiques, dans le cannabis, dans le joint il y a 3 à 6 fois plus de monoxyde de carbone et 3 à 6 fois plus de goudrons essentiellement cancérigènes. Une grosse action du joint aussi sur la pathologie cardiovasculaire chez les jeunes, un jeune qui fait un infarctus c'est la première chose qu'on regarde les consommations. On n'est pas sur la même longueur d'onde du tout du tout, il y a le protect social.

Autre type de fume, on ne va pas dire fume mais vapotage, vapoteuse, la cigarette électronique je pense que cela intéresse certaines personnes dans l'assistance, vous vous posez des questions. La cigarette électronique, première chose, en France elle n'est pas considérée en tous les cas pour la plupart pour ne pas dire tous loin de là mais pour certains tabacologues on ne la considère pas comme un outil de sevrage. La cigarette électronique peut aider le fumeur c'est clair mais elle a quelques inconvénients. Déjà ce qui est intéressant dans la cigarette électronique c'est qu'il n'y a pas de monoxyde de carbone, pas de goudron non plus, donc à partir de là elle est moins bien toxique. Vous savez qu'il en existe avec ou sans nicotine et il y a des produits liquides dedans. La partie nicotine est un peu embêtante dans le sens, la cigarette électronique est facile d'accès il suffit d'appuyer sur le bouton on n'a pas besoin d'allumer, hop ! C'est tellement facile d'accès que certaines personnes la portent autour du cou, ça rappelle un peu comme chez les enfants la sucette. Ce qui pose problème c'est cette facilité d'accès, du coup vous comprenez bien que pour celles qui sont avec nicotine si on l'utilise plus souvent que la cigarette et bien on va s'intoxiquer à la nicotine on va devenir plus dépendant physiquement. Ça peut être une aide mais il faut l'utiliser pas plus fréquemment qu'on utilisait la cigarette et l'utiliser comme on fait avec la cigarette, fumer dehors après le petit déjeuner. Donc ça demande de faire attention à l'utilisation si non on risque de fumer de plus en plus et de devenir dépendant. Autre petit problème c'est qu'au niveau comportemental ce n'est pas pareil, comme elle est facilement accessible et bien on risque de l'utiliser de plus en plus, or on sait qu'en sevrage tout à l'heure je vous disais que pour le tabac la dépendance physique ne nous embête pas du tout. Vous savez qu'il n'y a que deux produits où il y a un traitement de la dépendance, c'est l'héroïne et la nicotine, les autres addictions il n'y a pas de traitement physique pour empêcher la dépendance physique. Pour les autres dépendances il faut travailler sur le comportemental et sur la dépendance psychologique. Comment on enlève la dépendance physique. Pour le tabac comme on enlève la dépendance physique, on va pouvoir travailler le comportemental et la dépendance psychologique. La cigarette électronique non seulement elle entretient le comportemental mais si on ne fait pas attention à l'utilisation, on va l'augmenter ce qui fait qu'on a crié cocorico quand elle est sortie, oui pourquoi pas, c'était intéressant on va avoir plus d'arrêt avec la cigarette électronique, oui effectivement on a eu plus sauf que maintenant on commence à avoir un petit peu de recul pour s'apercevoir qu'un certain nombre de personnes reprennent la cigarette. En fait le sevrage n'a pas été fait correctement, la dépendance comportementale n'a pas été traitée et puis on s'aperçoit de plus en plus qu'au départ les personnes n'utilisaient que la cigarette électronique et que maintenant bon nombre de fumeurs font les deux. On commence à avoir un petit peu de recul dessus. Puis autre problème de la cigarette électronique c'est qu'il y a ces produits liquides, ce sont des produits qui sont utilisés froids ; là ils sont chauffés du coup ils deviennent un petit peu irritants, bien moins que la cigarette il n'y a pas photo, s'il y a un choix à faire mais on sait que c'est un produit irritant il y a de plus en plus d'endroits interdits à la vapoteuse parce que à un moment donné on pouvait vapoter au cinéma, des personnes étaient très gênées pour respirer notamment les personnes asthmatiques, dans les maternités, les bébés respiraient c'est bien moins toxique que la cigarette mais on n'a pas de recul. Je vous dis ça en 2019, en 2029 je ne sais pas ce qu'on dira, toujours est-il qu'à choisir entre les deux on va choisir la vapoteuse mais on n'est pas très bon au niveau du sevrage. Juste pour information la cigarette électronique ; il semblerait qu'elle a été fabriquée en Asie après en France et en Italie maintenant il semblerait qu'elle a été rachetée en quasi-totalité par un américain. Voilà pour la cigarette électronique.

Je vais vous parler des bénéfices de l'arrêt. Je vous disais que même s'arrêter 24 heures c'est bien, c'est toujours un début, c'est ce qui vous arrivera si un jour vous décidez d'arrêter. Dès 24 H on a déjà des bénéfices à l'arrêt : la tension artérielle et le rythme cardiaque se stabilise ça peut éviter d'avoir un AVC. Après 48 H on retrouve un peu de goût, d'odorat vous savez quand on fume on ne s'en aperçoit pas mais généralement on perd une partie de l'odorat et du goût mais ça revient à l'arrêt du tabac c'est quelque chose de positif. Après 15 jours, le souffle commence à s'améliorer.

Au bout du 1^{er} mois, la toux commence à diminuer, la voix commence s'éclaircir et la vitalité sexuelle s'accroît pour plusieurs raisons. Après 3 mois on commence à faire des économies, le traitement est remboursé là c'est vraiment bénéfique au niveau économies. Dès 6 mois on récupère le souffle on ne va pas courir mais on se sent mieux quand même c'est sûr. A partir d'un an c'est sympa le risque d'infarctus du myocarde est dévié. Après 5 ans le risque de cancer du poumon diminue presque de moitié et après 10 ans l'espérance de vie revient pour une majorité de personnes identique à un non-fumeur en sachant que on est tous différents c'est quelque chose à prendre en compte.

XF : On a parlé de toxicité du tabac, on a parlé des dépendances, on va essayer de vous donner des solutions, qu'est-ce qui fonctionne aujourd'hui dans l'arrêt du tabac, On a mis en place des dispositifs pour faciliter le sevrage tabagique réussi, maintenant on va parler des outils qui ont montré leur efficacité aujourd'hui sur le plan clinique. On va s'appuyer sur des déterminants de psychologie comportementale ce qu'on appelle l'objectif 'smart 'ce n'est pas propre du tout à la tabacologie ni propre à la dépendance, c'est propre à un choix de changement de comportement il est parfois difficile de changer de comportement au quotidien on a parfois le désir de se mettre dans un projet mais on a tendance à procrastiner, je ferai demain aujourd'hui je n'ai pas envie , l'idée c'est un petit peu l'idée de qu'est-ce qui peut nous aider à essayer de déclencher l'envie de se mettre au sport, de faire attention à l'alimentation, d'arrêter de fumer puisque c'est ça le sujet . On considère en TTC en thérapie cognitivo-comportementale on va mettre en place un objectif SMART, smart n'est pas tout à fait le mot qui est intéressant mais comment on le décompose.

Un objectif SMART se caractérise par la lettre **S** comme **Spécifique** quand on veut arrêter de fumer, il faut se donner un objectif qui se veut « atteignable » ce qui veut dire que si on est sur un objectif ésothérique un peu flou il va être difficile de l'atteindre puisque précisément on ne sait pas ce qu'on souhaite. Déjà il faut être très précis dans votre projet ; qu'est-ce que je souhaite obtenir comme objectif, est-ce que je souhaite arrêter de fumer par exemple, est-ce que je souhaite diminuer ma consommation de tabac, ce n'est pas le même objectif. Il faut être clair dans sa prise de décision dès le départ, on a vu que les deux sont possibles, on va y revenir un peu plus en détails.

Ensuite le M c'est **Mesurable**. Il faut définir en quoi l'objectif est à **atteindre**, si on souhaite perdre 1 kg en 2 semaines ce n'est pas tellement pratique. L'objectif c'est qu'on puisse prouver qu'on y est arrivé en déterminant un objectif qui est attirant, ça veut dire qu'il faut se dire je me donne comme objectif d'arrêter de fumer, d'atteindre cet objectif –là en combien de temps et que ce soit valorisant pour moi. Il faut j'ai envie d'arrêter de fumer en me disant que je vais y gagner sur le plan de l'estime de soi et il faut que ce soit réaliste il faut évidemment que l'objectif qu'on c'ait donné soit atteignable, je prends l'exemple de la perte de poids si on se fixe un objectif trop court on n'y arrivera pas, si on veut courir le marathon de New-York , il va falloir se donner un objectif plus court je vais essayer quelque chose d'atteignable pour le vérifier dans le temps parce que c'est la dernière donnée qu'il faut s'inscrire dans la **temporalité**, combien de temps je me donne pour atteindre cet objectif. Temporel veut aussi dire parce qu'arrêter de fumer ça peut être la procrastination parce qu'un jour j'arrêterai c'est ce qu'on dit j'arrêterai le 1^{er} janvier, l'idée c'est de se donner une date ce n'est pas se dire un jour mais quand, quand est-ce que j'envisage d'arrêter de fumer et à partir de là, de dire par exemple au 1^{er} juillet je devrai me donner comme objectif d'avoir arrêté de fumer et comment je vais m'y prendre et en quoi je vais y gagner. L'objectif SMART est en premier forcément gagnant car c'est nous qui avons déterminé en quoi c'était faisable. Quand on va à une consultation à l'arrêt du tabac, ce n'est pas le tabacologue qui dit comment la personne va s'y prendre, on construit le projet ensemble. On demande à la personne ; « est-ce que vous pensez que c'est possible, est-ce que vous pensez que vous allez y arriver si l'on fait ça ? » et parfois on nous dit non. On va revoir à la baisse, on va essayer de s'adapter, c'est en ça

le SMART. Pour que ce soit motivant, il faut que ça déclenche l'envie de quelque chose, il faut être capable de le faire ; on définit en quoi ce sera accessible. C'est le début du sevrage, comment aujourd'hui on peut considérer sur quoi on peut s'appuyer pour réussir son sevrage.

LM : Il y a deux grands types de sevrage mais c'est toujours le patient qui choisit. Il y a donc le sevrage brutal. Le patient en consultation nous dit : « eh bien voilà tel jour j'ai envie d'arrêter ». Je vais l'accompagner, pour ceux qui sont dépendants physiquement ils vont avoir un traitement. Il choisit sa date, je l'accompagne dans ce sens-là. Autre sevrage possible, je le rappelle le sevrage progressif en marche d'escalier, je propose à mes patients des paliers d'un mois le patient me dit : « ce premier mois j'ai envie de garder tel nombre de cigarettes ». Je lui donne bien sûr un traitement avec. Puis le mois d'après on se revoit et il me dit j'ai envie de baisser, j'aimerais bien faire ça ou non non c'est encore trop tôt pour moi ou il choisit vraiment la quantité de cigarettes qu'il veut garder. Ce qui est important dans le smart c'est prendre un objectif mais pas dire au lieu de 40 je ne vais en fumer que 5 c'est trop rapide. Je préfère que les patients en gardent un certain nombre assez élevé mais qu'ils restent dans l'objectif qu'eux ont choisi c'est quelque chose d'important.

Alors je vais vous parler des traitements. Il existe en France deux grands types, 3 dont un qui est peu utilisé le mecropion qui n'est plus utilisé en France. Ce sont les substituts nicotiniques, je pense que vous connaissez tous. Il y a les patchs ce sont des systèmes trans dermiques Il y en existe à 7 mg, 14 mg, 21 mg sur 24 H. Il en existe à 10 – 15 – 25 sur 16 H. 4 grandes marques. L'idée c'est qu'une cigarette égale 1 mg de nicotine. Donc les patchs à 7 en généralement quand on enlève 7 cigarettes, c'est la base mathématique. Je vous ai dit aussi nous on regarde le monoxyde de carbone, pour l'apprécier on a un fibrotesteur, on fait souffler les personnes dedans pour doser la dose de monoxyde de carbone donc un fumeur qui fume 20 cigarettes roulées par jour c'est 17 le taux de CO. Par contre si le fumeur tire beaucoup on est roulé car on peut se trouver avec 20 par jour et avoir 50 de CO on va adapter le traitement en fonction du taux de CO. Ces patchs en général si vous allez à la pharmacie vous fumez 20 cigarettes c'est un patch à 21 c'est celui qui est le plus proche. Je propose à mes patients de rester deux mois au même niveau de patch pour arriver à un arrêt total après on passe au patch en dessous 2 mois à 21, deux mois à 14 ; deux mois à 7. En France on a la fâcheuse habitude de patcher trop court et pas tenir suffisamment.

XF : Ce qu'il faut préciser avec le système des patchs de substituts nicotiniques si on se permet de descendre au bout d'un temps, au bout d'un mois ou de deux mois c'est qu'une partie des récepteurs nicotiniques sont endormis, les gens pensent parfois que si on descend on les met en danger et d'un seul coup on va les mettre plus en difficulté cela va être plus difficile d'un coup, non si on se permet de baisser le dosage nicotinique c'est que le cerveau s'est désensibilisé à la nicotine donc il y a moins de récepteurs donc on peut se permettre de redescendre, ce n'est pas une prise de risques, au contraire si on restait trop élevé en patchs on pourrait craindre même si arrive que rarement que la personne soit en surdosage, que le cerveau reçoive trop de nicotine alors qu'il en a besoin de moins vous comprenez la personne a moins besoin de nicotine c'est une désensibilisation du cerveau.

X : On peut fumer en même temps

LM : J'allais vous le dire, c'est important il y a les idées reçues il est vrai qu'il y a 20 ans on disait : « tu ne fumes plus tu as un patch ». Non si on a pris du temps pour vous expliquer le tabac c'est bien pour vous dire que le problème c'est la cigarette. Le patch n'a pas de CO, n'a pas de goudron, pas d'irritant, pas d'ammoniaque, la nicotine rappelez-vous le patch c'est une dose dégressive donc il n'y a pas le phénomène de dépendance physique. Il n'y a pratiquement aucune contre-indication au patch, les infarctus, les femmes enceintes accouchent avec les patchs, seule contre-indication une allergie liée au patch c'est excessivement rare. On entend « le patch ça me gratte, ça me gêne » c'est parce qu'il faut changer son patch. Le patch on le met généralement le matin car la dose maximale

est le matin progressivement sur les 24 H, on le met généralement le matin après la toilette, on le garde toute la journée, toute la nuit et le lendemain on en remet un nouveau et on le change de place, une fois sur le bras droit, sur le bras gauche, sur la cuisse, le ventre, on évite les fesses car c'est mal absorbé, c'est bien pour ça qu'on ne fait plus de vaccin sur les fesses. On évite aussi les tatouages, les cicatrices s'est interdit, les grains de beauté parce que la peau est plus fragile. Surtout **on le garde quand on fume, c'est un traitement**. Si vous enlevez le patch, dans le sang qu'est-ce qui se passe ? la nicotine va bouger, un traitement marche que s'il est à doses régulières. Imaginez un diabétique quand il mange il arrêterait l'insuline c'est ridicule la nicotine c'est pareil. On garde le patch quand on fume quoi qu'on en dise, il arrive que des confrères pas formés, on garde le patch quand on fume, bien sûr que oui, si non le sang manque de nicotine et vous allez vous ruer sur la cigarette.

XF : Un fumeur qui fume par-dessus son patch c'est que le patch n'est peut-être pas assez fort aussi, il faut monter le dosage du patch. C'est vrai qu'il n'y a pas de contre-indication. C'est bien de le dire dans ce cas-là si vous avez collé un patch et que vous fumez par-dessus, cela veut dire que vous êtes peut-être en manque de nicotine donc on va prendre un patch un peu plus fort.

LM : En arrêt progressif le patient fixe son nombre de cigarettes et il est patché. Il est vrai que s'il a tendance à augmenté, à allé au-delà de la quantité fixée, le patch est insuffisant. La tabacologie c'est un peu comme la cuisine, il faut trouver la dose de nicotine qui correspond à chacun, vous l'avez compris le cerveau fonctionne différemment. Le patch va donner la dose de fond de nicotine et il faut adapter à chaque fumeur un appoint, dans la cuisine on met du sel, là on va donner des comprimés ou des pastilles à sucer ou des gommes. On va proposer au patient de rajouter soit des pastilles à sucer de nicotine soit des gommes à mâcher soit des comprimés à sucer pour faire l'appoint. Certains jours les patients en prendront zéro, d'autres jours ils en prennent dix, on peut facilement monter à 12 – 15 par jour et même plus l'idée est d'arriver à zéro cigarette ou de respecter le nombre de cigarettes qu'on s'est fixé dans la réduction.

Il y a d'autres nouveaux systèmes, des nouveaux traitements qui sont arrivés en France, il y a **l'Inalore**, l'Inalore nous embête un petit peu les tabacos mais il y en a qui l'utilise, il ressemble étrangement à la cigarette électronique, le gestuel rappelez-vous des yeux liés au cerveau. Certaines personnes préfèrent ça plutôt que d'avoir quelque chose dans la bouche pourquoi pas. C'est aussi d'autres alternatives et puis autres alternatives pour faire l'appoint le spray buccal. Le **spray buccal** on l'utilise au coup par coup pour pallier le manque du tabac. Il ne faut pas le mettre face à la gorge, quand on l'utilise je le mets au nez je me mets à tousser le spray buccal il faut le mettre côté de la gencive, il faut déglutir avant, éviter de respirer en même temps pour ne pas avoir le hoquet. Donc en France les substituts nicotiniques transdermiques les patches, les pastilles à sucer et les gommes sont quasiment tous remboursés. Pour les comprimés il faut faire attention certaines marques les grosses boîtes sont remboursées mais pas les petites mais en tous les cas toutes les marques sont remboursées. Par contre l'Inalore et le spray ne sont pas remboursés pour l'instant ça va venir certainement.

3^e type de traitement par comprimés, la **Varénicline** dont la substance vient se fixer sur les récepteurs à la nicotine qui va empêcher la nicotine de se fixer ça va saturer les récepteurs par contre ça ne va pas donner de plaisir. C'est le 2^e traitement donné en France celui-là il est prescrit sur ordonnance médicale.

Vous savez sans doute que pour les substituts nicotiniques, les comprimés à sucer et les gommes, l'infirmière, les kinés, les dentistes, les médecins du travail, les sages-femmes sont autorisées à prescrire maintenant, pour la Varénicline c'est un médecin.

Est-ce que vous fumez ? Si oui, avez-vous déjà pensé à arrêter de fumer ? C'est ce qu'on appelle le conseil minimal.

XF : Voilà on en a terminé avec nos propos on a essayé de respecter à peu près le teaming, on est à votre disposition. Sur la table on a laissé quelques dépliants.

JCM : Est-ce que l'emphysème peut être héréditaire.

LM : La BPCO c'est l'association de bronchites chroniques et l'emphysème. Le responsable de la BPCO est à 80 % le tabac. Le 1^{er} traitement de la BPCO est bien évidemment l'arrêt du tabac. Pour l'asthme c'est une pathologie différente de la BPCO, une pathologie pulmonaire aussi.

La BPCO se soigne par l'arrêt du tabac et par bronchodilatateurs et essayez de reprendre une petite activité physique, marchez doucement, progressivement. Il faut être accompagné par son médecin ou son pneumologue.

Je ne parlerai pas d'hérédité mais de prédispositions certainement mais c'est surtout l'effet toxique du tabac.

X : Que pensez-vous de l'hypnose ?

XF : L'hypnose on n'endort pas. C'est une technique qui peut être utilisée par différents professionnels pour essayer de dissocier l'association tabagisme-plaisir. On va essayer d'ancrer psychiquement le lien du sentiment désagréable et tabagisme. L'hypnose fonctionne à peu près chez 10 % de fumeurs. Cela peut être intéressant chez des fumeurs qui se disent comportementaux, très dépendants physiquement cela ne donne pas de résultats très intéressants mais intéressant chez certains fumeurs qui peuvent avoir le réflexe tabac qui ne relève pas d'un besoin physiologique mais lié à l'habitude. Il n'y a pas de panacée dans le sevrage tabagique, il n'y a que du cas par cas. Maintenant il existe des techniques qui ont prouvé leur efficacité. L'acupuncture est intéressante chez des personnes qui ont une dépendance comportementale ou psy pour réguler la dépendance mais on n'a pas de résultats très forts mais je n'écarte pas la possibilité de proposer à des personnes l'acupuncture. C'est du cas par cas on ne peut pas systématiser. Dans les techniques dont on vous a parlé on a de très bons résultats aujourd'hui

Il existe mille et une technique d'arrêter de fumer, on en a expérimenté pas mal, on est là pour s'adapter au public. On anime des groupes d'arrêt du travail mais d'un groupe à l'autre les demandes ne sont pas les mêmes Effectivement la dynamique de groupes est intéressante car ça motive, ça pousse les personnes à se soutenir. Dans l'arrêt du tabac la solidarité est hyper importante, on n'arrête pas de fumer seul donc quand on arrête de fumer c'est une nécessité d'en parler dans son entourage et si on a un entourage bienveillant ça participe à accompagner à un sevrage tabagique réussi. La question du groupe est toujours intéressante

Il y aussi la bibliothérapie qui est intéressante, vous avez tous entendu parler d'un livre qui a été écrit par une personne sur son sevrage. Des gens ont arrêté de fumer en lisant son livre. Pourquoi pas ? Nous on ne prétend pas qu'il y a une technique mais des techniques, à chacun de trouver la sienne, nous on a essayé de montrer ce qui a le plus d'efficacité

LM : Le menthol augmente la dépendance physique

Il est important de choisir sa date d'arrêt, un anniversaire. On se dit j'ai envie de changer, j'ai envie d'arrêter. Il faut trouver sa motivation qui est différente de chacun de nous.

XF : Chiquer du tabac c'est un très ancien mode de consommer mais qui existe toujours, c'est rare qui a failli revenir un peu avant la cigarette électronique. Les pays nordiques ont mis au point un mode de consommation qui a fait tomber la toxicité du tabac et la consommation ils ont ressorti le

Snus petit sachet de tabac qu'on laisse infuser dans la bouche au niveau des gencives, c'est très à la mode, il n'y a pas de combustion donc moins de toxicité. C'est la combustion le vrai problème

XF : Les autres modes de consommation comme la chicha, le cigare. Ce sont des consommations de plus en plus épisodiques. Cela va dépendre de la qualité du tabac qu'on va utiliser. Peu de recul sur les produits proposés. Le cigare c'est extrêmement variable cela dépend aussi du diamètre du produit utilisé, plus il y a de tabac plus il y a de toxicité, les dosages vont être beaucoup plus forts. Le cigare on va être dans une consommation de crapoter, on va avoir plutôt une toxicité au niveau de la bouche et pas au niveau pulmonaire mais une toxicité élevée, on va retrouver des cancers du palais, de la langue. Le tabac à pipe est un peu différent dans le sens que beaucoup de fumeurs vont crapoter, parfois c'est du tabac blond qu'ils mettent à l'intérieur. C'est vraiment difficile aujourd'hui de déterminer la toxicité de ces produits-là parce que les publications sont souvent étrangères. Des produits toxiques dont la diffusion est différente de la cigarette traditionnelle. Les vrais chiffres qu'on a vont être le narguilé qui est revenu en force en France ces dernières années une taffe de narguilé correspond à peu près à 40 taffes de cigarettes. C'est un tabac mélangé à de la mélasse auquel on va ajouter des saveurs très sucrées qui vont masquer beaucoup la toxicité. Le narguilé jouit d'une image assez positive et conviviale, il est difficile d'en parler auprès des publics concernés notamment les jeunes qui ont le sentiment qu'on est rabat-joie, ils partagent le même embout. Les gens ont l'impression que c'est moins toxique car plus sucré mais le sucré cache souvent la toxicité



*LE COMITÉ RÉGIONAL
VOUS DONNE RENDEZ VOUS
L'AN PROCHAIN*

**À SAMOËNS
LES 08-09-10 MAI 2020**

MERCI À TOUTES ET TOUS

