

# TABAC - TUBERCULOSE ET SEVRAGE TABAGIQUE

Docteur Jean Perriot  
Dispensaire Emile Roux  
CLAT 63 - Clermont-Ferrand  
jean.perriot@cg63.fr

Réunion du réseau des CLAT  
Paris 12 juin 2014



## INTRODUCTION

Le tabagisme et la tuberculose sont deux épidémies planétaires responsables de millions de décès annuellement. Ils constituent deux enjeux majeurs de santé publique au niveau mondial.

L'arrêt du tabagisme est un moyen de contrôle essentiel de la tuberculose maladie (TM) dans les pays émergents (pronostic de la maladie, réussite et observance du traitement, réduction de la mortalité)

Quels sont les résultats des protocoles d'aide à l'arrêt du tabac destinés aux fumeurs atteints de TM ? Comment prendre en charge le sevrage tabagique d'un patient tuberculeux fumeur ?

### PLAN DE L'EXPOSE

Aspects de Santé publique  
Aide à l'arrêt du tabac  
ETP, tuberculose et sevrage tabagique



## SANTÉ PUBLIQUE - 1

## TABAGISME ET TUBERCULOSE SANTÉ RESPIRATOIRE

**Garmendia J**, et al. Impact of cigarette smoke exposure on host-bacterial pathogen interactions. *Eur Respir J* 2012 ; 35 : 27-33

**Tabagisme : Obstruction bronchique & inflammation bronchique (LRT)**

**Arcavi L**, et al. Cigarette smoking and infection. *Arch Intern Med* 2004 ; 164 : 2206-16. Trosini-Desert V, et al. Exposition à la fumée du tabac et risque infectieux bactérien. *Rev Mal Respir* 2004 ; 21 : 539-47

**Tabagisme (A & P) : Facteur de risque d'infections broncho-pulmonaires (vs NF)**

**Chakrabarti B**, et al. Tuberculosis and its incidence, special nature and relationship with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulm Dis* 2007 ; 2 : 263-72

**Interrelation entre TB et BPCO : Tabagisme (pathogénie, sévérité, épidémiologie)**

**Elssner A**, et al. HIV-1 Infection does not impair human alveolar macrophage phagocytic function unless combined with cigarette smoking. *Chest* 2004 ; 125 : 1071-6

**Tabagisme (fumée cigarette) : Diminution fonction MA alvéolaire - Patient (HIV-1)**

**Helleberg M**, et al. *Clin Infect Dis* 2013;56:727-36  
F HIV-1 (vs NF HIV-1) à 35 ans: esp. Vie: - 12 ans

**Matsunaga K**, et al. *J Immunol* 2001;167:6518-24  
Nicotine (fumée)/ $\alpha$ -NACHR-MA : \ IL 7,12, TNF  $\alpha$



## SANTÉ PUBLIQUE - 2

## TABAGISME ET TUBERCULOSE ENJEUX PLANÉTAIRES

**Schneider NK**, et al. Adversing smoking cessation in tuberculosis control. *Bull World Health Organ* 2007 ; 85 : 820 - **Brands A**, et al. *Bull World Health Organ* 2007 ; 85:647-8

**Tabagisme et Tuberculose : Enjeux majeurs de santé publique à l'échelle planétaire (20% de TM, sévérité et mortalité augmentées, progression de l'épidémie, arrêt du tabac)**

**Van Zyl Smit RN**, et al. Global lung health : the colliding epidemics of tuberculosis, tobacco smoking and COPD. *Eur Respir J* 2010 ; 35 : 25-33

**Lin HH**, et al. Effects of smoking and solid fuel use and COPD, lung cancer and tuberculosis in china : a time-based multiple risk factor modelling study. *Lancet* 2008 ; 372 (9648) : 1473-83

**L'épidémie du tabagisme dans les pays émergents est à l'origine de l'accroissement du nombre de cancers bronchiques et de BPCO. Elle risque d'entraver la lutte menée contre le VIH et la tuberculose**

**Chang CY**, et al. Association between tobacco and tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis* 2007 ; 11 : 258-62

« There appears to be enough evidence to conclude that smoking is causally associated with TB disease. Patients with TB need and should receive counselling and assistance in stopping smoking »



**SANTÉ PUBLIQUE - 3**

## TABAGISME ET TUBERCULOSE QUESTION D'ETHIQUE

**Un fumeur sur deux qui poursuit son tabagisme toute sa vie décèdera d'une maladie en lien avec cet usage (tabac = cause principale, aggravante ou facteur de risque de maladies)**

**Gellert C, et al.** Smoking and all cause mortality in older people : systematic review and meta-analysis. *Arch Int Med* 2012;172:837-44  
Age ≥ 60 ans (F vs NF) RM = 1,83 (IC 95% : 1,65-2,03)

**Smoking and health physician responsibility : a statement of joint committee on smoking and health.** *Chest* 1995 ; 108 : 1118-21

**Dogar O, et al.** Smoking cessation and respiratory disease in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2013 ; 1 : e23-24



**«for patients with pulmonary tuberculosis... smoking cessation may reduce the risk of premature smoking related death by 50% compared with persistent smoking»**

**Global Health Promotion**  
<http://ped.sagepub.com/>

---

**Le contrôle du tabac et l'équité en santé**  
Karen Slama  
*Global Health Promotion* 2010 17: 81  
DOI: 10.1177/1757975909358367  
The online version of this article can be found at:  
[http://ped.sagepub.com/content/17/1\\_suppl/81](http://ped.sagepub.com/content/17/1_suppl/81)

---

Published by  
  
<http://www.sagepublications.com>  
On behalf of:  
  
International Union for Health Promotion and Education

---

Additional services and information for Global Health Promotion can be found at:  
Email Alerts: <http://ped.sagepub.com/cgi/alerts>  
Subscriptions: <http://www.sagepub.com/subscriptions>  
Reprints: <http://www.sagepub.com/journalsReprints.nav>  
Permissions: <http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>  
Citations: [http://ped.sagepub.com/content/17/1\\_suppl/81.refs.html](http://ped.sagepub.com/content/17/1_suppl/81.refs.html)

**PUY-DE-DÔME  
CONSEIL GÉNÉRAL  
DU RELIEF ET DES HOMMES**

**SANTÉ PUBLIQUE - 4**

## TABAGISME ET TUBERCULOSE POLITIQUE DE SANTÉ


**ENJEU MAJEUR DE SANTÉ PUBLIQUE**  
2012 : 6.10<sup>6</sup> décès 2030 : 8.10<sup>6</sup> décès  
Pays émergents : 80% des décès  
**Chine : 1,2.10<sup>6</sup> décès/an en 2030**  
35% consommation du tabac mondial

**Convention cadre de lutte contre le tabagisme CCLT (OMS 2003)**  
Diminuer la consommation du tabac et l'exposition des populations à la fumée par réduction de l'offre et de la demande  
Ensemble de mesures complémentaires

**Politiques de lutte nationales : France**  
Mesures fiscales  
Interdiction de fumer dans les lieux publics  
Interdiction : publicité, promotion, parrainage  
Avertissements sanitaires  
**Aide à l'arrêt, ligne de soutien aux fumeurs, remboursement**

**ATLAS  
DU TABAC**

QUATRIÈME ÉDITION  
Édition revue et mise à jour



Michael Eriksen  
Judith Mackay  
Hana Ross

**Ericksen M, et al. The TobaccoAtlas. American cancer society, 2012.**  
<http://tobaccoatlas.org>

WORLD LUNG FOUNDATION  
www.TobaccoAtlas.org

**PUY-DE-DÔME  
CONSEIL GÉNÉRAL  
DU RELIEF ET DES HOMMES**

## ARRET DU TABAC - 1

### PRINCIPES DE LA PRISE EN CHARGE

**Enarson DA**, et al. Providing and monitoring quality service for smoking cessation in tuberculosis care. *Int J Tuberc Lung Dis* 2007;11:838-47

- Approche standardisée (maladies chroniques)
- Interventions systématiques
- Evaluation des résultats obtenus
- Outils adaptés à la pratique des équipes (méthode d'intervention, recueil-résultats)

**Slama K**, et al. Tobacco cessation and brief advice. *Int J Tuberc Lung Dis* 2007;11:612-16


- Conseil minimal d'aide à l'arrêt
- Intervention en 5As
- Médicaments d'aide à l'arrêt (TNS)
- Intervention corrélée à la motivation et à la dépendance (FTND-Hooked On Checklist)

**Richmond RL**. Physicians can make a differenc with smokers : évidence-based clinical approches. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999;3:100-12

Test de dépendance FTND, 1990		
Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Moins de 5 minutes.....	3
	6 à 30 minutes.....	2
	31 à 60 minutes.....	1
	Après 60 minutes.....	0
Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?	Oui.....	1
	Non.....	0
Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?	La première.....	1
	Une autre.....	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	10 ou moins.....	0
	11 à 20.....	1
	21 à 30.....	2
	31 ou plus.....	3
Fumez-vous de façon plus rapprochée dans la première heure après le réveil que pendant le reste de la journée ?	Oui.....	1
	Non.....	0
Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?	Oui.....	1
	Non.....	0
<b>TOTAL</b>		

Test de motivation : Richmond, 1993		
Aimeriez-vous arrêter de fumer	Non	0
	Oui	1
Avez-vous réellement envie de cesser de fumer	Pas du tout	0
	Un peu	1
	Moyennement Beaucoup	2 3
Pensez-vous cesser de fumer dans les 4 semaines à venir	Non	0
	Peut-être	1
	Vraisemblablement	2
	Certainement	3
Pensez-vous être ex-fumeur dans les 6 mois	Non	0
	Peut-être	1
	Vraisemblablement	2
	Certainement	3



## ARRET DU TABAC - 2

### INTERVENTION DES 5 A

Ask

→

... Demander le statut du fumeur

Advise

→

... Conseiller l'arrêt

Assess

→

... Renforcer motivation pour l'arrêt

Assist

→


... Prescrire un traitement

Arrange

→

... Assurer un suivi

**Fiore MC**, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. US Department of Health and Human Services. Public Health Service; May 2008. Available at: [www.surgeongeneral.gov/tobacco/default.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/default.htm)



## ARRET DU TABAC - 3

## RESULTATS DE LA PRISE EN CHARGE (1)

## ARRET DU TABAC ET TBM

**Awaisu A**, et al. The SCIDOTS Projets : Evidence of benefits of an integrated tobacco cessation intervention in tuberculosis care on treatment outcomes. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2011;6:26

**Awaisu A**, et al. Impact of connecting tuberculosis directly observed therapy short-course with smoking cessation on health-related quality of life. *Tob Induc Dis* 2012;10:2

**Etude multicentrique (5) contrôlée. Malaisie**  
120 TB: SCI TB-DOTS vs TB-DOTS ; à 6 mois

**SCI TB-DOTS (arrêt du tabac ; QdV patients)**

**Arrêt :** 77,5% vs 8,7% **p<0,001**

**HRQOL :** 0,98 vs 0,91 **p = 0,006**

**TB-DOTS (rupture de traitement ; échec)**

**Rupture :** 5,2% vs 2,5% **p=0,019**

**Echec :** 6,5% vs 0% **p=0,019**

## ARRET DU TABAC ET ITL

**Lavigne M**, et al. The impact of smoking on adherence to treatment for latent tuberculosis infection. *BMC Public Health* 2006;6:66

**Etude (1998-2000) : Montreal Chest Institute**  
320 patients traités pour ITL (questionnaire)

**OBSERVANCE AU TRAITEMENT (72%)**

**Femmes :** OR= 2 ; IC 95% : 1,2-3,3

**N fumeurs :** OR= 1,8 ; IC 95% : 1-3,3

## ARRET DU TABAC - 4

## RESULTATS DE LA PRISE EN CHARGE (2)

**Amara B**, et al. Attitudes et connaissances des pneumo-ptisiologues marocains vis-à-vis du tabagisme chez leurs patients tuberculeux. *Rev Mal Respir* 2008;25:569-75

66,7% : Tabagisme augmente incidence TBM

96 % : Tabagisme aggrave la maladie

5,3 % : Formés au sevrage tabagique

**El Sony A**, et al. Feasibility of brief tobacco advice for tuberculosis patients : a study from Sudan. *Int J Tuberc Lung Dis* 2007;11:150-5

24 centres de soins primaires (2002-03 : 513 patients).  
Intervention d'aide à l'arrêt vs contrôle

**T-ATB complet M9 :** 83% vs 56% **p<0,0001**

**Arrêt tabac M12 :** 66% vs 14% **p<0,0001**

Interv. systématique : + 60% (20/29) **p=0,1**

**Sereno AB**, et al. Feasibility study of a smoking cessation intervention in Directly observed therapy short-course tuberculosis treatment clinics in Rio de Janeiro, Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 2012;32:451-5

Acteurs sanitaires (2 centres DOTS Rio de Janeiro)  
une journée de formation au conseil d'aide à l'arrêt

TABLE 1. Self-rated smoking cessation counseling skills and self-efficacy scores (1 = low, 5 = high), pre- and post-training, primary health center tuberculosis providers, Rio de Janeiro, Brazil, 2008 (n = 16)

	Pre-training score		Post-training score		P value <sup>a</sup>
	Median	Range	Median	Range	
<b>Skills</b>					
Overall ability to help patients quit smoking	2.5	2-5	3	2-5	0.047
Ability to ask patients whether they smoke	3	1-5	4	2-5	0.001
Ability to advise patients to quit smoking	3	2-4	4	3-5	0.001
Ability to assess if patient is ready to quit smoking	2	1-4	3	2-5	0.007
Ability to assist patient with quitting	2	1-4	3	2-5	0.006
Ability to arrange follow-up counseling	2	1-4	4	2-5	0.038
<b>Self-efficacy</b>					
Know appropriate questions to ask	3	1-4	4	1-5	0.004
Can provide motivation	3	1-5	4	2-5	0.098
Have the skills to assist patients	2.5	1-5	3	2-4	0.047
Can suggest tobacco cessation to smokers	3	1-5	4	3-5	0.038
Provide counseling when time is limited	2.5	1-5	4	2-5	0.013
Can counsel patients not interested in quitting	3	2-4	4	2-4	0.019

<sup>a</sup> Wilcoxon rank sum test.

Table 2. Smoking cessation knowledge, pre- and post-training, primary health center tuberculosis providers, Rio de Janeiro, Brazil, 2008 (n = 16)

Knowledge	Pre-training		Post-training		P value <sup>a</sup>
	No.	%	No.	%	
Nicotine withdrawal symptoms	4/14 <sup>b</sup>	28.6	9/16	56.3	0.179
Time for nicotine withdrawal symptoms	5/16	31.3	7/16	43.8	0.479
Appropriate NRT use	11/16	68.8	8/16	50.0	0.179
Successful quitting	13/16	81.3	14/16	87.5	0.563
Weight gain due to cessation	8/16	50.0	12/16	75.0	0.162
Correct use of NRT	3/16	18.8	5/16	31.3	0.414
Follow-up NRT counseling	6/16	37.5	8/16	37.5	1
Advising precontemplation patients	11/16	68.8	12/16	75.0	0.654

Note: NRT, nicotine replacement therapy.

<sup>a</sup> McNemar test.

<sup>b</sup> Excludes missing values.



## ARRET DU TABAC - 5

## LE SEVRAGE TABAGIQUE : PRISE EN CHARGE GLOBALE, ETALEE DANS LE TEMPS ET PERSONNALISEE.

IL REALISE UNE INTERVENTION STRUCTUREE EN TROIS ETAPES :

- Phase de préparation (décision d'arrêt bien motivée)
- Phase de sevrage (arrêt effectif, syndrome de sevrage et craving contrôlés)
- Phase de suivi (stratégie de prévention de la reprise et maintien de la QDV)

COMPENSATION SIMULTANEE DES DEPENDANCES PSYCHOLOGIQUES, COMPORTEMENTALES ET PHARMACOLOGIQUES (NICOTINIQUE).

LA PRISE EN CHARGE DEPASSE LA STRICTE APPLICATION STANDARDISEE DE THERAPEUTIQUES VALIDEES.

### LES MOYENS MEDICAMENTEUX ACTUELS

## ARRET DU TABAC - 7

## EFFICACITÉ DES MÉDICAMENTS D'AIDE À L'ARRÊT

Fiore MC, et al. Treating Tobacco Use and Dependence, 2008 update

MEDICATION	Number of arms	Estimated odds ratio (95 % CI)	Estimated abstinence rate (95 % CI)
Placebo (medication alone)	80	1,0	13,8
Nicotine Gum (6-14 weeks)	15	1,5 (1,2 - 1,7)	19,0 (16,5 - 21,9)
High-Dose Nicotine Patch (> 25 mg)	4	2,3 (1,7 - 3,0)	26,5 (21,3 - 32,5)
Long-Term Nicotine Gum (> 14 weeks)	6	2,2 (1,5 - 3,2)	26,1 (19,7 - 33,6)
Varenicline (1 mg/day)	3	2,1 (1,5 - 3,0)	25,4 (19,6 - 32,2)
Nicotine Inhaler	6	2,1 (1,5 - 2,9)	24,8 (19,1 - 31,6)
Bupropion SR	26	2,0 (1,8 - 2,2)	24,2 (22,2 - 26,4)
Nicotine Patch (6-14 weeks)	32	1,9 (1,7 - 2,2)	23,4 (21,3 - 25,8)
Long-Term Nicotine Patch (> 14 weeks)	10	1,9 (1,7 - 2,3)	23,7 (21,0 - 26,6)
Nicotine patch + inhaler	2	2,2 (1,3-3,6)	25,8 (17,4-36,5)
Nicotine patch + nortriptyline	2	2,3 (1,3-4,2)	27,3 (17,2-40,4)
Nicotine patch + bupropion	2	2,2 (1,2-2,36)	28,9 (23,5-35,1)
Varenicline (2 mg/day)	5	3,1 (2,5-3,8)	33,2 (28,9-37,8)
Patch (long-term 14 weeks)+ad lib NRT (oral/nasal)	3	3,6 (2,5-5,2)	36,5 (28,6-45,3)
Medication	8	1,0	21,7
Medication and counseling	39	1,4 (1,2-1,6)	27,6 (25-30,3)

Combinaison TNS /1 seul : OR=1,42 (1,14-1,76)  
Stead LF, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;  
(1): CD000146

Durée TNS<145j - RR reprise : 1,44 (1,18-1,76)  
Medioni J, et al. *Addiction* 2005;100: 247-54

## ETP -TUBERCULOSE - 1

**DIRECTLY OBSERVED SHORT COURSE THERAPY (DOTS)****STRATEGIE MONDIALE****Objectifs précis :**

détection  $\geq 70\%$  TM, guérison  $\geq 85\%$  ; réduction de la prévalence, de l'incidence, de la mortalité  
**Contrôler l'observance du traitement, vérifier la guérison du patient<sup>1</sup>**

**PLACE DE L'ARRET DU TABAC**

Réduction mortalité de la TM Taiwan, 1994<sup>2</sup>:  
 NF (HR=1) EF (HR=2,02) F (HR=3,37)

**Tolérance des médicaments antituberculeux**

Pérou, 2005-10 : EI plus fréquents chez TM fumeurs OR=1,65 (IC 95% : 0,97-2,81)<sup>3</sup>  
 Russie, 2006 : Hépatotoxicité et évolution (TM-MDR) : OR=0,44 (IC 95% : 0,21-0,92)<sup>4</sup>

Résistance aux ATB de 2<sup>nd</sup> ligne (TB-MDR) tabagisme facteur associé<sup>5</sup>

**DOTS : 5 éléments**

- Engagement politique, soutien des gouvernements (programme national de lutte contre la tuberculose)
- Diagnostic de TM repose sur l'examen bactériologique (+RP) servant au suivi (guérison)
- Traitement standardisé court (recommandation) avec soutien socio-familial du malade
- Délivrance de médicaments de qualité (approvisionnement, distribution, prévision des stocks)
- Système de recueil des données (évaluation des résultats des programmes)

<sup>1</sup> Fraisse P. *Rev Mal Respir* 2006;23:643-59

<sup>2</sup> Wen CP, et al. *BMC Infect Dis* 2010;10:156

<sup>3</sup> Chung-Delgado K, et al. *PLoS One* 2011;6:e27610

<sup>4</sup> Keshavjee S, et al. *Int J Tuberc Lung Dis* 2012;16:596-603

<sup>5</sup> Dalton T, et al. *Lancet* 2012;380:1406-17

## ETP -TUBERCULOSE - 2

**EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP) ET TUBERCULOSE****L'ETP EST UN NOUVEL OUTIL QUI LUI PERMET**

- de comprendre sa maladie et d'adhérer au traitement
- d'acquérir des compétences d'adaptation et d'auto soins
- d'améliorer sa qualité de vie et être acteur de sa santé<sup>1</sup>
- d'optimiser l'observance au traitement, souvent imparfaite (TM=20% ; ITL/INH=60-70%)<sup>2-4</sup>

**ETP-TUBERCULOSE ET SEVRAGE TABAGIQUE**

- stratégie de lutte contre la tuberculose
- renforce observance, guérison, QdV du patient avec TM
- pas d'interférence significative entre TNS (CYP2A1) et ATB
- facilite l'arrêt du tabac (Hard-Core smokers)<sup>5</sup>
- D-Cycloserine traitement du craving ?<sup>6</sup>
- vers de nouveaux outils d'évaluation ?<sup>7</sup>



<sup>1</sup> Guo N, et al. *Health Qual life Outcomes* 2009;7:14

<sup>2</sup> Anon JC, et al. *Rev Mal Respir* 2011;10:373

<sup>3</sup> Fraisse P. *Rev Mal Respir* 2012;29:579-600

<sup>4</sup> Soumare D, et al. *Rev Mal Respir* 2011;10:893

<sup>5</sup> Lowagie DM, et al. *Am J Health Behav* 2014;38:501-9

<sup>6</sup> Yoon JH, et al. *Addict Behav* 2013;38:1518-26

<sup>7</sup> Nicolau I, et al. *PLoS One* 2012;7:e45913

ETP-TUBERCULOSE - 3

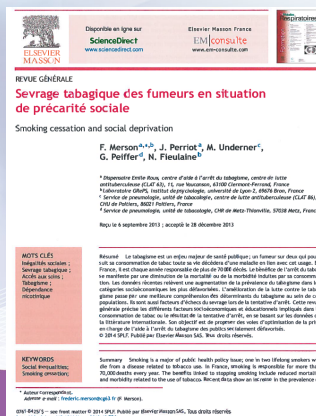
**TABAGISME ET PRECARITE SOCIALE**

**Faible niveau socio-économique, instabilité dans le présent, insécurité face à l'avenir**

**Baromètre santé 2010 (fumeurs quotidiens)**  
 15-75 ans : 29,1%      Chômeurs : 50,8%  
 (2005 : 27,3%)      (2005 : 44%)

**Rapport de la cour des comptes (12-2012) :**  
 Lutte contre le tabagisme : moins efficace parmi les populations précaires

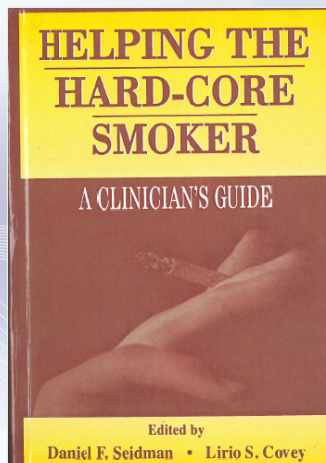
**Fumeurs précaires (vs non précaires) :**  
 Intentions d'arrêts inférieures et fragiles  
 FTND élevé, craving intense  
 Faible sentiment d'auto-efficacité  
 tr. anxio-dépressifs, coconsommations de SPA  
**Déficit d'aide et d'accès aux soins de sevrage**



PUY-DE-DÔME  
 CONSEIL GÉNÉRAL  
 DU RELIEF ET DES HOMMES

ETP-TUBERCULOSE - 4

**FUMEURS DIFFICILES  
 HARD-CORE SMOKERS**



**UNE DEFINITION SIMPLE<sup>1</sup>**

Fumeurs malades de leur tabagisme mais persistant à fumer  
 Consommation > 20c/j et/ou FTND > 7  
 Fumeurs avec pathologie psychiatrique

**LES FUMEURS DIFFICILES<sup>2</sup>**

F avec comorbidité psychiatrique (SCZ)  
 F coconsommateur de Subst. psycho-actives  
 F en situation de précarité sociale  
 Femmes enceintes persistant à fumer  
 F avec BPCO ou maladie chronique (HIV)  
**F atteints de tuberculose (TM & ITL)**

**PREVALENCE DU PHENOMENE<sup>2</sup>**

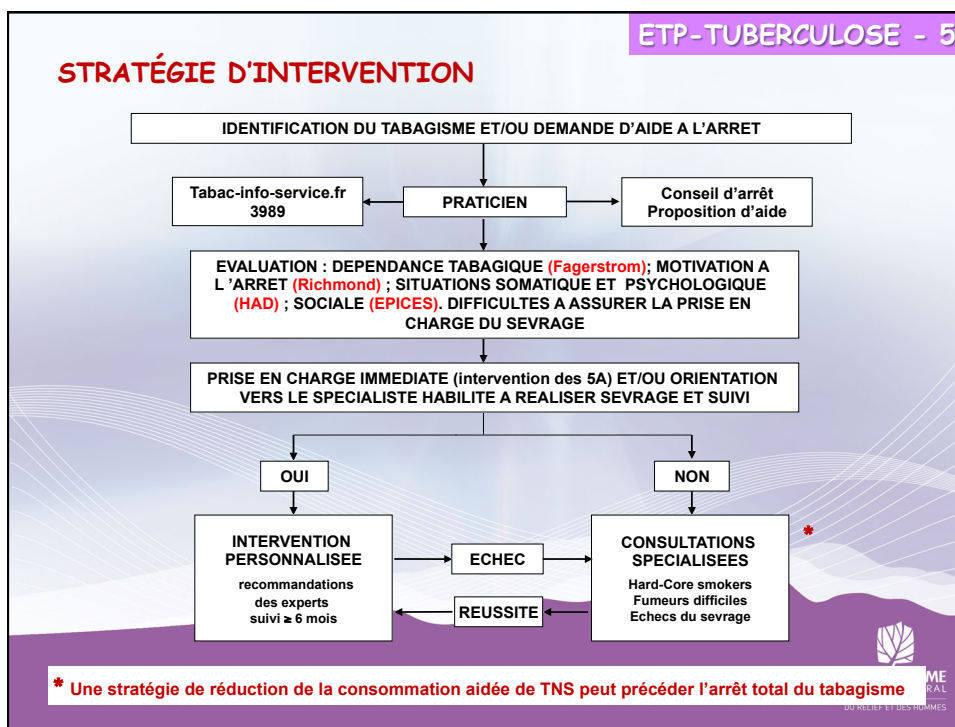
5,2% (Emery S, 2000) à 16% (Jarvis MA, 2005)

<sup>1</sup> Seidman DF, Covey LS. Lawrence Erlbaum Associates Publishers ; 1999

<sup>2</sup> Perriot J, et al. Rev Mal Respir 2012;29 (4) : 448-61

PUY-DE-DÔME  
 CONSEIL GÉNÉRAL  
 DU RELIEF ET DES HOMMES





## CONCLUSION

Le tabagisme et la tuberculose sont deux épidémies planétaires qui constituent deux enjeux majeurs de santé publique

L'arrêt du tabagisme est un moyen de contrôle de la TM dans les pays émergents. Progressivement la prise en charge du tabagisme s'inscrit dans la panoplie de la lutte contre la tuberculose (stratégie DOTS)

La mise en œuvre de programme d'ETP par les CLAT doit permettre de systématiser l'aide à l'arrêt de leurs patients tuberculeux fumeurs

### Les principes de cette prise en charge sont :

- l'identification systématique des fumeurs lors du traitement
- le conseil d'arrêt et la proposition d'aide pour ce sevrage
- le cas échéant la délivrance de médicaments d'aide à l'arrêt (TNS)
- l'orientation des « fumeurs difficiles » vers les cons. spécialisées