

Tabacologie pratique

Année 1, n° 1

Page 1

Octobre 2007

Rubriques

La une	1
Cas clinique	2
Articles de la littérature	5
Dossier	7
Avis d'expert	12
Actualités	16
Programmes de santé	18
Ligne Tabac Stop	20
Traduction	21
Bibliographie	23

Editorial

Chers collègues,

J'ai le plaisir de vous présenter le premier numéro de la newsletter « Tabacologie pratique ». Cette revue électronique est gratuite et paraîtra deux fois par an (octobre et mai).

Nous avons voulu mettre l'accent sur des informations qui permettront d'être utilisées directement dans l'exercice quotidien de la tabacologie: cas issus de la clinique, avis d'experts sur des thématiques complexes, dossiers consacrés à des questions d'actualité, réunions de formations, lectures intéressantes, etc.

Toutes ces données émanent aussi bien de la Fondation belge contre le Cancer que du FARES et d'autres institutions nationales ou internationales.

Vos réactions, commentaires ou suggestions sont toujours les bienvenus. Un courrier des lecteurs est prévu à cet effet. N'hésitez donc pas à nous envoyer un e-mail en cliquant [ici](#).

Je vous souhaite une bonne et intéressante lecture.

Dr Juan Coulon



Image : Sigrïd Olsson © PhotoAlto

Colofon

Comité de rédaction : Dr J. Coulon, Prof. J. Prignot, Prof. P. Bartsch, Prof. L. Galanti, Dr P. Nys, Mme C. Rasson, Mr J. Dumont, Mr M. Bodo, Mr S. Piret

Rédacteur en chef : Dr Juan Coulon

Editeur responsable : Dr D. Vander Steichel, Fondation contre le Cancer, 1030 Bruxelles

Publication : 2 fois par an



Tabacologie pratique

Année 1, n° 1

Page 3

Octobre 2007

Rubriques

[La une 1](#)

[Cas clinique 2](#)

[Articles de la littérature 5](#)

[Dossier 7](#)

[Avis d'expert 12](#)

[Actualités 16](#)

[Programmes de santé 18](#)

[Ligne Tabac Stop 20](#)

[Traduction 21](#)

[Bibliographie 23](#)

Cas clinique (suite)

Tableau 2

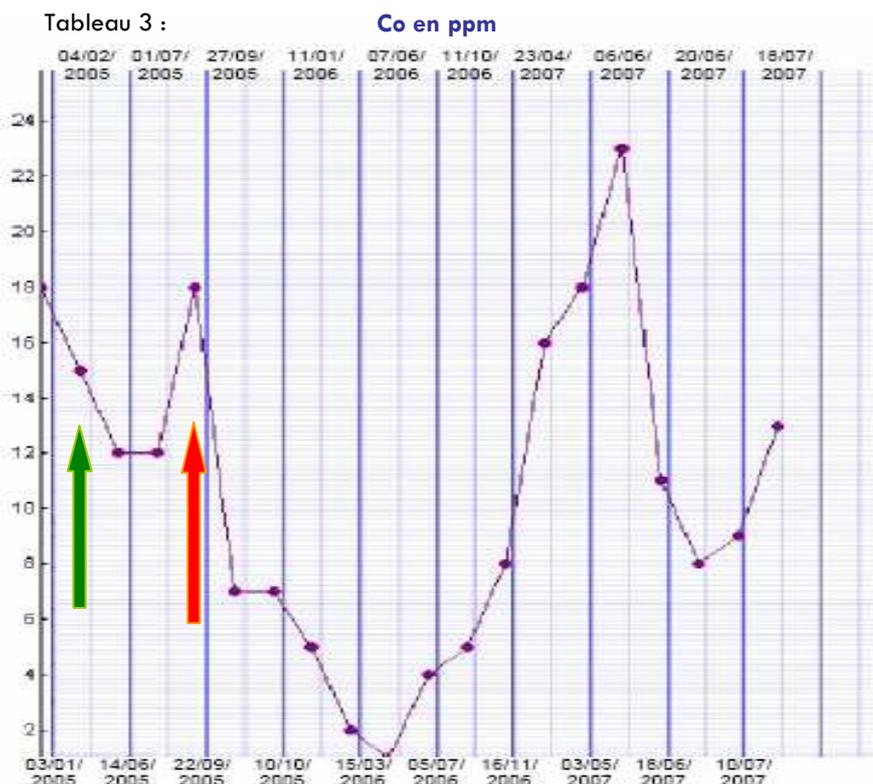
Date	Rapport Metab nicot/créat urine: ng/mg créat	Cigarettes par jour avouées par la patiente	Evaluation de la consommation réelle en cpj en fonction du do- sage urinaire des métabolites de la nicotine.
02.06 2005	3200	50	11
23 09 2005	2263	0	7

elle rechute. Durant plusieurs semaines la situation n'évolue pas.

Lors de mon retour de vacances, elle m'annonce avec fierté : « Docteur vous allez être fière de moi, je ne fume quasi plus ! ». « Je ne les fume plus, je les mange, je prends le tabac brin par brin,

je le mâche puis je l'avale ». Après avoir exprimé mon étonnement, elle m'explique que « suite à l'échec de la fois passée j'avais l'impression de rompre un contrat. J'ai bien réfléchi et je me suis dit que si je fume c'est pour avoir la nicotine. Donc, je

Tableau 3 :



Flèche verte : introduction du patch de Nicorette TTS 15

Flèche rouge : arrêt de la fume et ingestion du tabac

Tabacologie pratique

Année 1, n° 1

Page 4

Octobre 2007

Rubriques

La une	1
Cas clinique	2
Articles de la littérature 5	
Dossier	7
Avis d'expert	12
Actualités	16
Programmes de santé 18	
Ligne Tabac Stop	20
Traduction	21
Bibliographie	23

Cas clinique (suite et fin)

vais la manger. J'étais déçue de mon attitude ». Elle ajoute : « Mon honneur ma réputation et ma déontologie c'est tout ce qui me reste. ». Un nouveau dosage de la cotinine urinaire est réalisé et à ma grande stupéfaction ces derniers sont équivalents. Elle tire encore quelques bouffées le matin sur sa « première cigarette » ainsi que dans le fumeur suite au regard scrutateur des autres.

Elle explique qu'en mâchant brin par brin le tabac elle se sent mieux. Elle aime ce goût prononcé du tabac brun en bouche. Par ailleurs, elle estime avoir plus de souffle et se sentir mieux.

Comme on peut le voir dans les mesures du monoxyde carbone dans l'air expiré par la patiente (Tableau 3) ont peut suivre la durée de l'arrêt temporaire par ingestion du tabac qui a perduré jusque décembre 2006. En décembre elle présente une rechute tabagique dans un contexte anxio-dépressif lié à l'absence de nouvelles de ses proches en période de fête de fin d'année. Elle a repris une consommation plus active où elle mélange cigarettes et tabac qu'elle mâche.

Quels enseignements tirer de cette histoire ?

Même en milieu psychiatrique, le conseil tabagique peut modifier le comportement des patients. Une technique de réduction des risques est une voie à exploiter vers la cessation tabagique.

Mâcher le tabac a permis à la patiente de réduire sa consommation à un paquet de Jonhson sans filtre. Elle présente aussi une normalisation des taux de monoxyde de carbone et donc réduit, ponctuellement, ses risques cardio-pulmonaires. Elle a réalisé une autotitration en nicotine qui lui a permis de maintenir ses apports nicotiniques sans fumer activement.

La patiente a pu prendre conscience de ses compétences en matière de « défume temporaire » .

Pierre Nys
Médecin généraliste et tabacologue,
Cliniques de l'Europe

Rubriques

La une	1
Cas clinique	2
Articles de la littérature	5
Dossier	7
Avis d'expert	12
Actualités	16
Programmes de santé	18
Ligne Tabac Stop	20
Traduction	21
Bibliographie	23

Articles de la littérature

Rallumer sa cigarette: est-ce fréquent? ¹

D'anciennes publications signalent que les fumeurs rallumant leur cigarette seraient plus exposés à certains types de cancer. Une enquête téléphonique dont les résultats sont connus chez 429 fumeurs quotidiens de cigarettes en Ontario a montré que 17% d'entre eux rallumaient fréquemment leurs cigarettes et 36% le faisaient parfois.

Le fait de rallumer les cigarettes est en association significative avec le degré de dépendance (mesuré par l'index d'intensité du tabagisme), avec le sexe féminin, le statut de chômeur, un statut socio-économique ou un niveau d'éducation plus bas.

Il n'est pas en relation avec le nombre de cigarettes fumées par jour et est moins fréquent chez ceux qui sont au stade de

préparation.

Avis du professeur Jacques Prigot

Les relations entre le fait de rallumer les cigarettes et les risques du tabagisme méritent d'être précisées davantage. Cette enquête préliminaire originale pourrait ouvrir de nouvelles voies dans la problématique tabagique.

¹ *Relighting cigarettes: How common is it?*

J. A. Cunningham, P. Selby.

Nicotine & Tobacco Research 2007; 9: 621-3

Dépression au cours de l'abstinence du tabac ²

Cette revue de la littérature révèle d'abord qu'aucun des travaux repérés ne s'est attaché spécifiquement au problème de la dépression suivant l'arrêt ni à ses causes, ce qui impose la prudence pour les conclusions.

Une sous-estimation de la fréquence de la dépression (Major Depressive Disease: MDD) pourrait résulter d'un biais de sélection: les fumeurs abstinents peuvent rechuter et être perdus de vue avant le

développement d'un syndrome clinique ou prévenir l'apparition d'une dépression par un traitement précoce de celle-ci.

La dépression post-arrêt est rare (nécessité d'un grand nombre de cas) et parfois tardive (nécessité d'un suivi prolongé), et doit être étudiée dans le bras "placebo" des études de médicaments d'aide à l'arrêt, vu que ceux-ci peuvent de leur côté contribuer à limiter la prévalence de la dépression.

Une surestimation du pourcentage des dépressions post-arrêt est possible (par biais de publication) car on est frappé par le fait que sur plusieurs milliers d'études portant sur l'arrêt, moins de 1% incluent la dépression dans les critères de suivi; il est possible que l'absence de

² *Depression during tobacco abstinence*

J. Hughes.

Nicotine & Tobacco Research 2007; 9: 443-46



Tabacologie pratique

Année 1, n° 1

Page 6

Octobre 2007

Rubriques

La une	1
Cas clinique	2
Articles de la littérature 5	
Dossier	7
Avis d'expert	12
Actualités	16
Programmes de santé 18	
Ligne Tabac Stop	20
Traduction	21
Bibliographie	23

Articles de la littérature (suite et fin)

publication des résultats montrant l'absence de dépression post-arrêt entraîne une surestimation de la prévalence de la MDD. Enfin les facteurs confondants tels que par exemple l'âge (qui favorise à la fois l'arrêt et la dépression) doivent avoir été inclus parmi les covariants de l'étude.

Ont été inclus dans cette revue de la littérature, les études prospectives publiées comportant les mots-clé syndrome de privation, dépression ou MDD et où l'on a mesuré le degré de dépression post-arrêt chez des fumeurs adultes tentant d'arrêter complètement.

Au total, l'incidence de la MDD a été signalée dans 7 groupes de fumeurs à l'arrêt dont le suivi a été assuré chez plus de 75%, dans le cadre d'essais d'aide à l'arrêt, après exclusion des cas de dépression active ou de traitement antidépresseur.

Une véritable méta-analyse n'est pas possible en raison du petit nombre d'études et de l'hétérogénéité des méthodes, du suivi et des résultats.

L'incidence de la MDD de 2 à 12 mois après l'arrêt varie entre 0% et 14% pour l'ensemble des fumeurs tentant d'arrêter, entre 3% et 24% pour ceux ayant des antécédents de MDD et entre 1% et 31% parmi les abstinents au moment de l'évaluation.

La comparaison avec un groupe de fumeurs n'ayant pas tenté d'arrêter n'a pas été possible.

Il n'est pas certain que l'abstinence elle-même, la substitution nicotinique ou les antidépresseurs jouent un rôle dans l'incidence de la MDD après l'arrêt.

Avis du Professeur Jacques Prigot

Cette revue fait ressortir les difficultés de l'évaluation de l'incidence de la dépression dans les suites de l'arrêt tabagique et laisse pendantes plusieurs questions auxquelles des études ultérieures standardisées portant sur un grand nombre de fumeurs versus ex-fumeurs devront répondre.

Tabacologie pratique

Année 1, n° 1

Page 7

Octobre 2007

Rubriques

La une	1
Cas clinique	2
Articles de la littérature 5	
Dossier	7
Avis d'expert	12
Actualités	16
Programmes de santé 18	
Ligne Tabac Stop	20
Traduction	21
Bibliographie	23

Dossier

SACRÉS NARGUILÉS

Sous son aspect anodin, le narguilé revient en force tel une « nouvelle » arme des cigaretteurs. Cet objet est ancré dans nos mémoires au travers de Lewis Carroll et « Alice au Pays des merveilles ». C'est le personnage de la chenille, fumant un houka auquel s'adresse Alice en lui donnant du « monsieur »...⁽¹⁾ Il se présente sous deux aspects. Le premier destiné à la consommation de tumbâk et le second plus connus sous le terme « schicha » conçu pour le tabac mélassé. D'autres formes comme la gûza, la rhusba existent ... Mais toutes utilisent le même principe.

À Paris, 50 % des lycéens de 16 ans ont déjà fumé une schicha, 85 % des consommateurs de schicha sont des fumeurs heureux, 10 % sont ambivalents et 5 % fixent une date d'arrêt ⁽²⁾.

Principe

L'appareil est constitué de différentes parties.

- **La douille, le fourneau** : c'est l'élément qui contient le tabac et le charbon. Au fond on dépose le tabac. Ce dernier est coiffé d'une feuille d'aluminium par-dessus laquelle le charbon est déposé. La feuille d'aluminium est percée de fins orifices, qui laissent passer la fumée dans la cheminée. La combustion lente du tabac se fait par le charbon incandescent.
- **Le corps, cheminée ou mat** : c'est le composant central du narguilé. Il mesure entre 75 et 120 centimètres. La douille se fixe sur la partie supérieure et l'étanchéité est assurée par un joint en caoutchouc. La partie inférieure se retrouve immergée dans de l'eau. À cette der-

nière, une valve antireflux est souvent associée. Le fumeur ne peut faire remonter l'eau dans la douille et « mouiller » le tabac et le charbon.

- **Le vase** : c'est un réservoir de 0,5 à 1 litre qui contient de l'eau. L'extrémité de la cheminée y est plongée. L'eau de fleurs de rose ou d'orange peut être ajoutée lorsque l'on fume du tumbâk (voir plus loin).
- **Le tuyau** : selon que le tuyau s'adapte au mat ou au vase, on parle respectivement de schicha ou de narguilé ⁽¹⁾. L'extrémité se termine par un bec auquel peut se rajouter un embout jettable. Le tuyau de longueur variable effectue une ronde entre ses utilisateurs. Il mesure, en général, près de 150 centimètres.

Les tabacs

Les tabacs utilisés sont spécifiques.

- **Le tabamel** : est un mélange de « tabac et de mélasse ou de miel ou parfois de sucre » particulièrement destiné à la « schicha ». Ce mélange se fait respectivement, dans une proportion de 1 à 2,5. Actuellement, diverses essences sont ajoutées. Ces dernières délivrent des parfums comme la pomme, la fraise, la menthe ⁽¹⁾...
- **Le tumbâk** : il est composé lui de feuilles de tabac à plus haute teneur en nicotine. En pratique, le fumeur le passe sous l'eau en le pressant plusieurs fois dans sa main, puis l'essore, le nettoie et le tasse dans le fourneau du narguilé.
- **Le Jurâk** : est un mélange de mélasse et de tabac non aromatisé.



Tabacologie pratique

Année 1, n° 1

Page 8

Octobre 2007

Rubriques

La une	1
Cas clinique	2
Articles de la littérature	5
Dossier	7
Avis d'expert	12
Actualités	16
Programmes de santé	18
Ligne Tabac Stop	20
Traduction	21
Bibliographie	23

Dossier (suite)

Consommation pratique

Le fumeur de narguilé place le tabac, éventuellement parfumé, au fond de la douille. Il ajoute la plaque d'aluminium et muni de la pince il dépose le charbon par dessus. Il fait brûler le charbon à l'aide d'un briquet, d'un allume-feu et l'attise par quelques bouffées au travers du bec du narguilé.

En inspirant au travers du bec, le fumeur crée une pression négative dans le vase. Cette dépression « aspire » la fumée qui « se dissout », « bulle » dans l'eau en émettant un « son mélodieux ». Elle est ensuite, inhalée par le consommateur via le du tuyau.

Les fumées

Les fumées du narguilé n'ont pas exactement la même composition que les fumées de la cigarette. Une des notions fondamentale qui les différencient est le temps d'exposition aux fumées. Le temps de fume d'une cigarette représente 5 minutes.

La prise d'une « schicha » se fait en 45 à 60 minutes.

Le courant primaire n'est pas le même la température de combustion atteint les 450 degrés avec le narguilé et pas les 850 degrés obtenus avec la cigarette. Par ailleurs, les volumes inhalés ne sont pas comparables. Un fumeur de cigarettes inhale entre 30 à 50 ml de fumée par bouffée. Le fumeur européen de narguilé, inhale de 1 à 2 litres de fumée par bouffée...Au total si le fumeur d'une cigarette inhale 1L de fumée en 5 minutes, le « preneur d'un narguilé » lui en inhale entre 40 & 90 litres en 45 à 60 minutes (2)!

Le courant secondaire est responsable du tabagisme passif avec la cigarette. Lors de la prise du narguilé, cette fumée est essentiellement composée de la fumée du charbon qui s'échappe du foyer lorsque le fumeur n'inhalé pas.

Le courant tertiaire, quasi insignifiant avec la cigarette, il est le principal responsable du tabagisme passif avec le narguilé (2).



Schicha

Rubriques

La une	1
Cas clinique	2
Articles de la littérature	5
Dossier	7
Avis d'expert	12
Actualités	16
Programmes de santé	18
Ligne Tabac Stop	20
Traduction	21
Bibliographie	23

Dossier (suite)

Les toxiques issus du narguilé

La nicotine : la quantité de nicotine, inhalée au cours d'une séance de narguilé, représente plusieurs cigarettes. Les premières bouffées inhalées semblent plus importantes afin de satisfaire le pic nicotinique, même si celui-ci est moins intense et moins vélocité qu'avec la cigarette. S'il est vrai qu'une partie de la nicotine est diluée dans l'eau, les volumes inhalés compensent largement l'effet de cette dilution. Les taux de cotinine retrouvés sont tout au plus de moitié inférieur à la concentration observée chez des fumeurs réguliers de cigarette ⁽²⁾. 43% des fumeurs quotidiens de narguilé se reconnaissent comme étant dépendants (Maziak 2005). Cette dépendance peut être pharmacologique, psychologique, et/ou sociale.

Les goudrons : la production de goudrons lors d'une prise de schicha est entre 10 & 100 fois plus élevée qu'avec une cigarette ⁽²⁾. À ce jour, nous ne disposons pas d'étude sur inhalation réelle et la toxicité de ces goudrons, après « lavage », par les fumeurs de schicha. Vu les différences de températures de combustions, il est probable que la nature de ces derniers soit différente. Dans des conditions réalistes, une seule schicha libère autant de goudrons que 26 cigarettes ⁽²⁾.

Le monoxyde de carbone : la combustion du tabac à moindre température est responsable d'une importante production de CO. Le rapport CO/Nicotine serait de 50/1 alors qu'il est de 16/1 avec la cigarette. Deux études conduites en France et en Belgique ont mis en évidence une augmentation de 33 ppm et 34 ppm du monoxyde de carbone entre le début et la fin d'une séance de schicha ⁽²⁾.

Les métaux lourds : cette fumée a cette particularité de contenir les métaux lourds du tabac du charbon, de la cheminée et de la plaque d'aluminium. La teneur de cette fumée en nickel, chrome, cobalt, plomb, et béryllium est majorée par rapport à la cigarette ⁽²⁾.

Le rôle de l'eau : 2/3 des particules du courant primaire seraient piégées dans l'eau. Le taux de nicotine serait réduit de 50 à 75%. Le monoxyde de carbone n'est quasi pas absorbé et dilué dans l'eau. Les goudrons seraient réduits de 50% après barbotage. Le diamètre moyen des particules restantes après barbotage passe de 0.35 à 0.27µm ⁽²⁾. Ces nanoparticules pénètrent plus profondément dans les poumons...

Effets sur la santé

Nous ne disposons, à l'heure actuelle que de peu de données sur les effets propres du narguilé sur la santé ! Bon nombre de consommateurs cumulent schicha et cigarettes.

- Système cardio-vasculaire : on retrouve une augmentation significative de la fréquence cardiaque et de la TA systolique et diastolique. Selon Jabbours, le risque cardiovasculaire est majoré à 1,9. Le taux de HDL est souvent abaissé ⁽³⁾. Par ailleurs, l'étude INTERHAERT retrouve une augmentation du risque d'infarctus non fatal chez les consommateurs de schicha avec un risque multiplié par deux ⁽⁴⁾.
- Système respiratoire : Les études confirment une baisse significative de la capacité vitale et du VEMS ⁽⁵⁾.



Tabacologie pratique

Année 1, n° 1

Page 10

Octobre 2007

Rubriques

La une	1
Cas clinique	2
Articles de la littérature	5
Dossier	7
Avis d'expert	12
Actualités	16
Programmes de santé	18
Ligne Tabac Stop	20
Traduction	21
Bibliographie	23

Dossier (suite)

- **Risque de cancer** : Selon Qiao et al, le risque relatif de cancer du poumon est de 1,9⁽²⁾. Des cancers de la cavité buccale sont observés chez des fumeurs de schicha⁽²⁾. Une étude yéménite rapporte un excès de cancer de l'estomac⁽²⁾.
- **Risque infectieux** : Ces fumeurs présentent des taux d'immunoglobulines abaissés par rapport aux non-fumeurs⁽⁴⁾. Des cas de tuberculose⁽⁶⁾, en relation avec la schicha sont suspectés. Il semble que les infections à hélicobacter pylory soient plus fréquentes chez l'utilisateur de narguilé^(2,5). Il est aussi possible que certaines infections à champignons soient en relation avec la schicha^(2,5). D'autres agents pathogènes pouvant potentiellement être transmis incluent l'hépatite C, l'herpes simplex, EBV⁽⁵⁾.
- **Perturbations hormonales** : Une augmentation significative des taux d'épinéphrine, nor-épinéphrine et de cortisol sont observés⁽³⁾.
- **Dentaire** : Augmentation du risque de complications après extraction (risque relatif x 5⁽⁷⁾).
- **Fertilité** : une étude montre une diminution de la fertilité chez les couples dont le mari fume la schicha⁽⁵⁾. On retrouve des aberrations chromosomiques et des échanges de chromatides sœurs (Yaddav 2000).
- **Grossesse** : La fume d'une schicha ou plus par jour pendant la grossesse est responsable d'une augmentation des petits poids de naissances (risque relatif x 1,89), de score d'Apgar bas et d'une augmentation de détresses respiratoire des nouveau-nés (risque relatif x 3)^(2, 5, 8).
- **Intoxication aiguë au monoxyde de carbone** : deux cas de perte de connaissance, chez des femmes jeunes, ont été récemment publiés. Ils sont liés directement à l'utilisation de la schicha. Dans les deux cas, le caisson hyperbare fut nécessaire⁽⁹⁾.
- **Fumées environnementales** : Les enfants exposés à la fumée combinée du tabac et de la cigarette présentent plus de risque d'asthme avec des taux d'immu-



Hookah

Tabacologie pratique

Année 1, n° 1

Page 11

Octobre 2007

Rubriques

La une	1
Cas clinique	2
Articles de la littérature	5
Dossier	7
Avis d'expert	12
Actualités	16
Programmes de santé	18
Ligne Tabac Stop	20
Traduction	21
Bibliographie	23

Dossier (suite et fin)

noglobuline E. élevés, des manifestations atopiques sévères et une diminution des valeurs de peak-flow pour leur âge. Parallèlement, on retrouve plus d'enfants touseurs si les parents consomment des pipes à eau (3).

Quelles prises en charge proposer ?

Une nouvelle norme sociale s'installe chez les jeunes avec un risque réel que la schicha se substitue à la cigarette.

Il faut informer les professionnels de la santé, les jeunes, les femmes enceintes et le grand public des risques potentiellement dramatiques de cet usage « ludique » du tabac et dénormaliser cette fume auprès des jeunes.

Les ex-fumeurs présentent un risque majoré de rechute s'ils s'essaient au narguilé, vu l'apport nicotinique.

Il n'y a pas, à ma connaissance, de traitements spécifiques recommandés. Je pense que la substitution nicotinique est une précieuse alliée, tout comme l'utilisation éventuelle du bupropion et de la varécline, chez les personnes dépendantes de la nicotine sous cette forme.

Le Législateur doit prendre position devant ce nouveau fléau potentiel. Ce dernier se doit de protéger les non-fumeurs et les ex-fumeurs de la fumée environnementale.

Des études scientifiques rigoureuses devraient être réalisées afin d'estimer le nombre d'usagers, leur dépendance et mesurer les effets sur la santé de ce nouveau mode de consommation du tabac.

Le remboursement du dosage de la nicotine ou de ses dérivés, en particulier la

cotinine, est indispensable afin de pouvoir aider de façon efficace les patients physiquement dépendants.

Enfin, le remboursement des traitements médicamenteux, ayant prouvé scientifiquement leur efficacité, est tout aussi indispensable, et cela, sans attendre qu'une pathologie ne soit installée.

Dr Pierre Nys
Médecin généraliste et tabacologue,
Cliniques de l'Europe.

Références

- 1 K. Chaouachi *tout savoir sur le narguilé*. Maisonneuve & Larose 2007
- 2 Dautzenberg *Tout ce que vous ne savez pas sur la chicha*. Edition margaux orange OFT 2007
- 3 *The health hazards of smoking shicha*. World Health organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean.
- 4 Koon K teo et al *Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study*. *Lancet* vol 38 August 19, 2006
- 5 Knishkowsky et coll *Water-pipe (narghile) smoking: an emerging health risk behavior*. *Pediatrics* vol 116 N° 1 July 2005
- 6 Steentoft *Tuberculosis and water pipes as sources of infection*. *Ugeskr Laeger* 2006 feb 27; 168(9): 904-7
- 7 Amy E. Lund *water pipe smoking poses periodontal disease risk*. *JADA*, Vol. 137 January 2006;
- 8 Nuwayhid *Narghile (hubble-bubble) smoking, low birth weight, and other pregnancy outcomes*. *Am J Epidemiol* vol 148, N° 4, 1998
- 9 *A levant Intoxication aigue au CO par le narguilé*. *Alcoologie et addictologie* 2007; 29 : 90

Rubriques

La une	1
Cas clinique	2
Articles de la littérature 5	
Dossier	7
Avis d'expert	12
Actualités	16
Programmes de santé 18	
Ligne Tabac Stop	20
Traduction	21
Bibliographie	23

Avis d'expert

Sevrage tabagique chez les patients insuffisants rénaux

La prévalence du tabagisme en Belgique était évaluée à 29% (33% des hommes et 25% des femmes) de la population en 2006. La prévalence du tabagisme dans la sous-population de malades porteuse d'une insuffisance rénale chronique est au moins aussi importante que dans la population générale.

L'étude de cohorte américaine CHOICE ayant évalué les facteurs de risque de mortalité chez plus de mille patients en dialyse (hémodialyse ou dialyse péritonéale) avait montré que 40% des patients initiant la dialyse étaient des fumeurs actifs ou d'anciens fumeurs [1].

Les études de registre américaines montrent que 25% des patients greffés rénaux fument au moment de la transplantation, 18% ont arrêté de fumer plus de 5 ans avant la greffe et 11% ont arrêté dans les 5 cinq ans précédant la greffe [2].

Effets délétères du tabagisme au plan rénal

Le tabac entraîne ou favorise une multitude de pathologies susceptibles d'impliquer la quasi-totalité des spécialités médicales. Le tabagisme est également délétère pour la fonction rénale à plusieurs niveaux. En effet, il peut favoriser l'apparition d'une insuffisance rénale chronique [3], aggraver une pathologie rénale préexistante, péjorer le pronostic des greffés rénaux [2], induire des complications chez les patients hémodialysés et enfin favoriser l'apparition de cancers rénaux et vésicaux. Par ailleurs il augmente le risque cardio-vasculaire de la population

d'insuffisants rénaux présentant déjà un risque nettement accru par rapport à une population « saine ».

Bénéfices du sevrage tabagique dans une population d'insuffisants rénaux

La cessation tabagique peut apporter un bénéfice important chez ce type de patients. D'une part, l'arrêt du tabac est associé à une réduction du risque cardiovasculaire qui représente la première cause de mortalité chez nos patients insuffisants rénaux. D'autre part, son effet accélérateur dans la progression d'une néphropathie semble réversible à l'arrêt, ceci a été montré dans la néphropathie liée au diabète de type 1 [4].

Substituts nicotiniques

Quel que soit le substitut utilisé (sont disponibles en Belgique : patchs, gommes à mâcher, inhaler, comprimés à sucer et comprimés sublinguaux), le pic plasmatique de nicotine atteint reste inférieur à celui d'une cigarette fumée. Chez les patients dialysés, le pic de nicotine plasmatique atteint après une cigarette est 3,5 X plus élevé que chez un sujet contrôle avec une fonction rénale normale.

La nicotine est métabolisée par le foie en deux composés inactifs et environ 10% de la dose administrée est éliminée dans les urines sous forme inchangée. Néanmoins une étude de pharmacocinétique a montré que l'aire sous la courbe après administration de nicotine est multipliée par 2 en cas de clearance de la créatinine < 10ml/min.

Il n'existe pas de recommandations claires émises par les firmes pharmaceutiques quant à l'adaptation de la posologie à la fonction rénale.



Tabacologie pratique

Année 1, n° 1

Page 13

Octobre 2007

Rubriques

La une	1
Cas clinique	2
Articles de la littérature 5	
Dossier	7
Avis d'expert	12
Actualités	16
Programmes de santé 18	
Ligne Tabac Stop	20
Traduction	21
Bibliographie	23

Avis d'expert (suite)

En pratique, les néphrologues recommandent de réduire d'emblée la dose chez les insuffisant rénaux terminaux ([tableau 1](#)). Le patch sera changé après la séance d'hémodialyse, les jours de dialyse (dialysance de la nicotine inconnue).

En cas d'insuffisance rénale sévère, (clearance < 30ml/min) on recommande une diminution de la dose en cas de symptômes de surdosage (nausées, vomissements) (ICAR *).

En ce qui concerne l'utilisation de gommes (seules ou en association), il convient d'éviter les gommes à 4mg et de préférer la dose de 2mg en cas d'insuffisance rénale sévère.

Il n'y a pas de données spécifiques concernant les patients en dialyse péritonéale.

Il faut souligner que les substituts nicotiniques ne sont pas contre-indiqués chez les patients présentant des antécédents cardiovasculaires sévères.

Bupropion (Zyban®)

Le bupropion, un anti-dépresseur atypique, est métabolisé par le foie (cytochrome p450) en deux métabolites possédant une activité propre (10 à 25 fois inférieure au bupropion) et éliminés principalement par voie rénale (à 87%).

La firme commercialisant le bupropion recommande une dose de 150 mg/j en cas d'insuffisance rénale.

Une étude de pharmacocinétique chez 8 patients hémodialysés a montré une accumulation significative de ses deux métabolites principaux. Actuellement, l'impact clinique de cette accumulation n'a pas été étudié. Dès lors, les auteurs de cette étude recommandent une réduction importante de la posologie chez l'insuffisant rénal terminal ([tableau 1](#)).

Tableau 1 : Adaptation de la posologie à la fonction rénale

	Clearance créatinine > 30 ml/min	Clearance créatinine < 30 ml/min	Dialysé
Nicotine patch	Dose normale	- Dose normale pour une clearance entre 10 et 30 ml/min, - ↓ dose si signes de surdosage	- Si ≥ 20 cigarettes/j : débuter avec 14mg/j - Si < 20 cigarettes/j : débuter avec 7 mg/j
Zyban®	Dose normale	1 x 150 mg/j	150 mg/ 3 jours, mais déconseillé
Champix®	Dose normale	- Du jour 1 au jour 3 : 1 x 0,5mg/j - Dès le jour 4 : 2 x 0.5 mg/j	0,5 mg/j

Formule de Cockroft & Gault : calcul de la clearance de la créatinine (ml/min) :

$$\frac{(140 - \text{âge}) \times \text{poids (kg)}}{72 \times \text{créatinine (mg/dl)}}$$

(Si femme : résultat x 0,85)

* ICAR : Information Conseil Adaptation Rénale, www.soc-nephrologie.org

Rubriques

La une	1
Cas clinique	2
Articles de la littérature	5
Dossier	7
Avis d'expert	12
Actualités	16
Programmes de santé	18
Ligne Tabac Stop	20
Traduction	21
Bibliographie	23

Avis d'expert (suite)

Vu le manque de données concernant la dialysance du bupropion, il sera administré après la séance d'hémodialyse, les jours de dialyse.

D'autre part, il convient de tenir compte scrupuleusement des contre-indications (principalement l'épilepsie) et des interactions médicamenteuses multiples. Il faut souligner les interactions avec les médicaments métabolisés par le cytochrome 2D6 (augmentation de leur concentration) incluant le metoprolol, un beta-bloquant très souvent utilisé dans la population d'insuffisant rénaux ou de greffés rénaux. Ce médicament peut augmenter la concentration de la cyclosporine ou du tacrolimus chez les greffés rénaux, un monitoring des taux de ces immunosuppresseurs est nécessaire.

Pour toutes ces raisons, son utilisation en cas d'insuffisance rénale est délicate.

* ICAR : *Information Conseil Adaptation Rénale*, www.soc-nephrologie.org

Varénicline (Champix®)

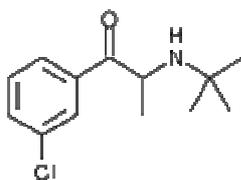
La varénicline est un agoniste partiel sélectif des récepteurs nicotiques $\alpha 4\beta 2$ cérébraux. La varénicline est très peu métabolisée, environ 92 % de la dose administrée est excrétée dans les urines sous forme inchangée. Il est donc théoriquement nécessaire d'adapter la posologie de la varénicline chez le patient insuffisant rénal (Tableau 1).

Une étude a montré que l'exposition systémique (aire sous la courbe) après administration de varénicline était multipliée par 2 si la clearance de la créatinine est $< 30\text{ml/min}$ et chez les patients hémodialysés.

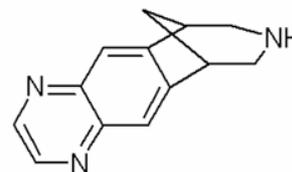
La varénicline est dialysable, le médicament sera donc administré après la séance, les jours d'hémodialyse (ICAR *).

Les symptômes d'un surdosage sont : des nausées, des vomissements, une diarrhée, des céphalées, une insomnie et des rêves anormaux.

La varénicline n'est pas métabolisée par le cytochrome P450 et ne provoque dès lors pas d'interaction particulière avec la cyclosporine, le tacrolimus et le sirolimus en cas de greffe rénale. ➔



Bupropion



Varénicline

Rubriques

La une	1
Cas clinique	2
Articles de la littérature	5
Dossier	7
Avis d'expert	12
Actualités	16
Programmes de santé	18
Ligne Tabac Stop	20
Traduction	21
Bibliographie	23

Avis d'expert (suite et fin)

Conclusions

Le tabagisme a un impact très négatif chez les patients atteints d'une maladie rénale et peut en outre favoriser le risque de développement d'une néphropathie.

Les sous-populations de patients dialysés et de greffés rénaux sont particulièrement fragiles et sensibles aux effets délétères du tabac.

L'incitation à l'arrêt du tabac par le néphrologue doit faire partie intégrante de la prise en charge du patient.

L'arrêt du tabac est fortement recommandé chez ces patients insuffisants rénaux chroniques et la prescription d'un traitement est souvent nécessaire pour maximiser les chances de réussite.

Ces traitements nécessitent une adaptation de la posologie à la fonction rénale. Le bupropion est déconseillé en cas d'insuffisance rénale avancée.

Dr Lidia Ghysdael
ULB Erasme - service de néphrologie

Références

- [1] Plantinga LC, Fink NE, Levin NW, Jaar BG, Coresh J, Levey AS et al. Early, intermediate, and long-term risk factors for mortality in incident dialysis patients: the Choices for Healthy Outcomes in Caring for ESRD (CHOICE) Study. *Am J Kidney Dis* 2007; 49: 831
- [2] Kasiske BL, Klinger D. Cigarette smoking in renal transplant recipients. *J Am Soc Nephrol* 2000; 11: 753
- [3] Haroun MK, Jaar BG, Hoffman SC, Comstock GW, Klag MJ, Coresh J. Risk factors for chronic kidney disease: a prospective study of 23,534 men and women in Washington County, Maryland. *J Am Soc Nephrol* 2003; 14: 2934
- [4] Sawicki PT, Didjurgeit U, Muhlhauser I, Bender R, Heinemann L, Berger M. Smoking is associated with progression of diabetic nephropathy. *Diabetes Care* 1994; 17: 126
- [5] Joseph AM, Norman SM, Ferry LH, Prochazka AV, Westman EC, Steele BG et al. The safety of transdermal nicotine as an aid to smoking cessation in patients with cardiac disease. *N Engl J Med* 1996; 12: 1792

Tabacologie pratique

Année 1, n° 1

Page 16

Octobre 2007

Rubriques

La une	1
Cas clinique	2
Articles de la littérature 5	
Dossier	7
Avis d'expert	12
Actualités	16
Programmes de santé 18	
Ligne Tabac Stop	20
Traduction	21
Bibliographie	23

Actualités

FORMATIONS

L'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel, tel que pensé par Miller et Rollnick est un style d'approche semi-directif, centré sur la personne. Il vise à modifier le comportement en aidant les personnes à explorer et à résoudre leurs ambivalences face à une dépendance. Plus qu'un ensemble de techniques et de stratégies, l'entretien motivationnel est un style, un esprit, et par conséquent un climat. Plus de renseignements sur <http://www.fares.be/tabac/formation/entretien.php>

Dates

2007 : 8-9 novembre et 7 décembre

2008 : 24-25 janvier et 15 février

Formateurs

Mme Bérengère Janssen (psychologue et tabacologue); Mme Caroline Rasson (consultante en tabacologie), M. Jacques Dumont (infirmier licencié en Santé publique et tabacologue) et Mme Stéphanie Buonomo (psychologue et tabacologue).

Module de base, 3 jours de 9h à 17h, € 150.

Le prix du module de base comprend la photocopie des supports de formation. A la demande, possibilité de formations organisées sur site.

Journée d'échange d'expériences

1 journée de 9h à 16h, € 50.

Réservé aux personnes ayant participé au module de base.

Prochaine date: mardi 13 novembre 2007

Le FARES propose des modules de formation. Ceux-ci sont destinés à tout professionnel désirant acquérir de nouvelles pistes de communication pour aborder la problématique du tabac avec ses patients.

Lieu des formations:

FARES, 56 rue de la Concorde à 1050 Bruxelles (près de l'avenue Louise)

Inscriptions et renseignements auprès de Mme Bérengère Janssen, par téléphone (02 512 29 36 ou 02 518 18 69) ou par mail (berengere.janssen@fares.be).

Une communication efficace en prévention des assuétudes auprès des adolescents

Module pour professionnels relais auprès des adolescents (équipes PSE, CPMS, acteurs scolaires, travailleurs sociaux,...)

3 jours de 9h à 17h, € 150.

Le prix du module comprend la photocopie des supports de formation. A la demande, possibilité de formations organisées sur site.

Objectif de la formation

Intégrer dans sa pratique quotidienne une démarche de prévention qui réponde aux besoins des adolescents tels que des espaces d'expression et d'écoute.

Dates

2008 : 19, 26 février et 6 mars

Formateurs

Mme Bérengère Janssen (psychologue et tabacologue); Mme Delphine Willems (licenciée en communication sociale); M. Hernando Rebolledo (psychologue).

Tabacologie pratique

Année 1, n° 1

Page 17

Octobre 2007

Rubriques

La une	1
Cas clinique	2
Articles de la littérature 5	
Dossier	7
Avis d'expert	12
Actualités	16
Programmes de santé 18	
Ligne Tabac Stop	20
Traduction	21
Bibliographie	23

Actualités (suite et fin)

CONGRÈS

Les 8^{ème} rencontres nationales de l'APPRI * se sont déroulées à Clermont-Ferrand les 29-30 et 31 mai 2007. avec comme thématique : Femme, Reproduction, Addiction.

Les thématiques abordées lors de ce congrès, nous ont permis de mettre à jour nos connaissances en ce qui concerne les multiples effets du tabac sur le fœtus. De l'intoxication au monoxyde de carbone, au retard de croissance intra-utérin, en n'oubliant pas le placenta praevia, une grande partie des pathologies liées au tabagisme au décours de la conception ou de la grossesse ont été explicitées.

Nous avons écouté divers orateurs sur les conséquences spécifiques du tabagisme au féminin. Implication du tabac sur les cancers du col, du sein des femmes, du poumon. La sensibilité accrue de ces dernières face à la BPCO... La problématique péri-opératoire n'a pas été oubliée.

Diverses sessions concernant les modalités de prise en charge des femmes fumeuses éventuellement enceintes ou allaitantes, ont été abordées. J'épinglerais en particulier l'exposé brillant du docteur Perriot sur les nouveautés dans le sevrage tabagique. Le non moins remarquable exposé du docteur Peiffer sur les modalités d'optimisation des traitements médicamenteux.

Un des aspects des plus pertinents réside dans l'interactivité des ateliers proposés. Nous avons pu échanger nos expériences, nos réflexions avec les divers experts ou intervenants présents. Ce partage avec gens de terrain est très instructif.

L'organisation parfaite de ces journées ne les rend que plus agréables. Encore merci à Madame la docteure Laurichesse ainsi qu'au Professeur Delcroix.

Dr Pierre Nys

* APPRI : Association Périnatalité Prévention Recherche Information. Dr Delcroix Michel.
Tél : 00 33 32 84 41 14 83. www.appri.asso.fr

Programmes de santé

La une	1
Cas clinique	2
Articles de la littérature	5
Dossier	7
Avis d'expert	12
Actualités	16
Programmes de santé	18
Ligne Tabac Stop	20
Traduction	21
Bibliographie	23

PRÉVENTION DU TABAGISME AUPRÈS D'ADOLESCENTS

Programme d'accompagnement aux écoles

Dans le cadre de sa démarche de Promotion de la Santé, l'équipe du Service Prévention Tabac du FARES offre un soutien méthodologique à la mise en place de programmes de prévention du tabagisme, en tant qu'assuétude.

Il s'agit de programmes de prévention qui s'inscrivent dans une démarche participative, à moyen ou long terme, dans les différents milieux de vie des jeunes (écoles, associations, PSE, etc.). Cet accompagnement peut faire suite aux animations d'information et de conscientisation réalisées ponctuellement par l'équipe de prévention de la Fondation contre le cancer auprès des écoles. C'est en tout cas, ce qui est envisagé dans le cadre de la collaboration qui lie les deux services, renforçant ainsi la complémentarité de leurs actions, entre autres, auprès des écoles.

Concrètement, l'accompagnement méthodologique du Fares auprès écoles commence par un état des lieux réalisé avec des groupes de discussion composés, d'une part, de représentants d'élèves et, d'autre part, de professionnels de l'école. A partir des informations recueillies, le Fares présente plusieurs suggestions, propres à l'établissement demandeur. En général, elles comprennent trois thèmes qui ne sont pas séparés l'un de l'autre et qui requièrent tous la participation active des acteurs concernés. Il s'agit de la mise en place de l'interdiction de fumer à l'école (obligatoire depuis le 1er septembre 2006), la prévention et l'aide.

Le premier thème invite à ce que l'interdiction (son sens, ses objectifs, à qui elle s'applique, le contexte social dans lequel elle s'inscrit, etc.) soit expliquée mais aussi qu'elle donne lieu à des échanges de points de vue tels que la cohabitation entre fumeurs et non-fumeurs, le rapport à la loi, etc. Le deuxième thème, la prévention, est considéré comme un des aspects du rôle éducatif propre des enseignants et éducateurs, par exemple, un espace privilégié est celui des cours.

Un des objectifs de base est le développement des compétences psychosociales au lieu de se centrer uniquement sur le produit en lui-même et ses méfaits. Dans ce cadre, des stratégies de prévention par les pairs sont proposées également.

Le dernier thème consiste à repérer d'emblée des partenaires locaux éventuels dans le secteur de la santé (des services psycho-médico-sociaux, autres) pour une éventuelle aide spécialisée aux adolescents qui souhaitent modifier leur consommation.



Rubriques

La une	1
Cas clinique	2
Articles de la littérature 5	
Dossier	7
Avis d'expert	12
Actualités	16
Programmes de santé	18
Ligne Tabac Stop	20
Traduction	21
Bibliographie	23

Programmes de santé (suite et fin)

Une évaluation est proposée après trois mois de mise en place de ces dispositifs de prévention où deux groupes de discussion sont à nouveau organisés avec les mêmes personnes et à partir des mêmes thèmes, afin de pouvoir sonder l'évolution des représentations par rapport au problème du tabac à l'école.

Géographiquement, les demandes d'écoles s'étalent sur l'ensemble du territoire de la Communauté française. Le Service Prévention Tabac du Fares tend donc à favoriser le travail en réseaux pour soutenir les actions de prévention du tabagisme localement comme à Verviers, en Brabant wallon, à Bruxelles ; sous forme de table-rondes, d'ateliers d'échanges d'expériences, de découvertes d'initiatives locales, de débats, etc.

Par ailleurs, le Fares propose aux professionnels relais une formation à l'entretien motivationnel pour une communication efficace en prévention des assuétudes auprès des adolescents.

Equipe de promotion de la santé au Service Prévention Tabac du Fares asbl

Pour toutes informations complémentaires:

- 02 512 29 36
- prevention.tabac@fares.be

En collaboration avec la Fondation contre le Cancer.

Tabacologie pratique

Année 1, n° 1

Page 20

Octobre 2007

Rubriques

La une	1
Cas clinique	2
Articles de la littérature	5
Dossier	7
Avis d'expert	12
Actualités	16
Programmes de santé	18
Ligne Tabac Stop	20
Traduction	21
Bibliographie	23

Ligne Tabac-Stop

Un programme Pro-actif

Depuis mai 2007, un nouveau service est proposé aux appelants de la Ligne Tabac Stop : il s'agit du programme Pro-actif. Ce service est déjà proposé par un grand nombre de lignes téléphoniques d'aide à l'arrêt du tabac, en France, en Italie, en Espagne, en Hollande, notamment.

Ce programme se définit par 7 rendez-vous téléphoniques avec le fumeur et a pour objectif de l'accompagner dans sa démarche d'arrêt. Le programme Pro-actif est proposé aux appelants souhaitant recevoir un soutien plus régulier à l'arrêt du tabac.

Ceux qui sont intéressés recevront un courrier accompagné de quelques questions qu'il convient de renvoyer à la Ligne. A partir de ce moment-là, un tabacologue de la Ligne va assurer le suivi en appelant le fumeur environ 7 fois.

Lors des entretiens, divers aspects sont abordés en fonction du stade dans lequel il se trouve. Sont abordés tant la motivation, la dépendance physique, la dépendance psychologique, les substituts nicotiques, la gestion des symptômes de manque, la prise de poids, l'humeur, la rechute, la diminution de la consommation, etc.

Afin de pouvoir assurer un service de qualité et d'éviter des situations délicates, plusieurs critères d'inclusion ont été établis. Seuls les appelants n'étant pas suivi par un tabacologue, n'étant pas dans une situation incluant trop de proplèmes psychiatriques, n'ayant pas de gros problèmes médicaux et n'ayant pas de codépendance lourde peuvent bénéficier du programme.

Depuis le lancement du programme, il y a 4 mois, 50 appelants y ont déjà participé. Dans le futur, il sera intéressant d'évaluer l'impact de ce programme dans le processus d'arrêt des fumeurs participants.

Françoise Cousin
Répondante Tabac Stop.



La Ligne Tabac-Stop est une ligne téléphonique d'information et de conseils pour le grand public à propos du tabac en général, de la prévention tabagique, de l'accoutumance et de l'aide à l'arrêt tabagique. La ligne est gratuite et accessible tous les jours ouvrables. Le call center est accessible de 8 à 19 heures pour commander des affiches, des dépliants, des brochures ou le cd-rom.

Deux tabacologues francophones et néerlandophones sont présents de 15 à 19 heures afin de fournir des conseils personnalisés et d'orienter au mieux les fumeurs recherchant de l'aide à l'arrêt. Ils fournissent également des informations par email.

Rubriques

La une	1
Cas clinique	2
Articles de la littérature	5
Dossier	7
Avis d'expert	12
Actualités	16
Programmes de santé	18
Ligne Tabac Stop	20
Traduction	21
Bibliographie	23

Traduction

Une infirmière d'aide à l'arrêt tabagique est-elle utile?

(Traduction d'un article en provenance de la Nieuwsbrief de juin 2007)

En collaboration avec les quatre Universités flamandes et avec Pfizer, la VRGT a mené une enquête au sujet d'une aide à l'arrêt pour les patients hospitalisés. Il est apparu dans la littérature que les enquêtes antérieures n'avaient pas montré un avantage significatif d'une intervention de ce type.

Dans notre examen, nous avons toutefois pour la première fois tenté de différencier les fumeurs en fonction de leur attitude en matière d'arrêt (stade dans l'arrêt) ainsi qu'en fonction d'un certain nombre de caractéristiques personnelles.

A l'opposé des autres études, nos critères d'évaluation n'ont pas porté exclusivement sur le statut tabagique un certain nombre de mois plus tard mais aussi sur l'évolution éventuelle dans le modèle d'arrêt de Prochaska, en d'autres mots sur un progrès éventuel vers une phase ultérieure dans ce processus d'évolution.

Nous avons inclus également comme variable indépendante le nombre de cigarettes fumées par jour. On s'est adressé pour cet examen à tous les patients des quatre hôpitaux universitaires qui répondaient aux critères d'inclusion; ils se sont vus offrir un paquet d'informations. On a inclus dans l'étude les patients néerlandophones âgés de 18 à 70 ans, dont l'espérance de vie était d'au moins un an, qui étaient conscients, abordables et fumaient au moins dix cigarettes par jour.

Le paquet d'informations comportait une brochure d'informations et un questionnaire standardisé au sujet du comportement tabagique et de la motivation à l'arrêt de même que le consensus informé pour participation à l'étude.

Sur la base de ces questionnaires, on a divisé les candidats en différents groupes et on les a attribués de façon aléatoire soit au groupe contrôle, soit au groupe expérimental.

Dans le groupe expérimental, la tâche de l'infirmière d'aide à l'arrêt consistait à faire des interventions adéquates et adaptées en fonction de l'attitude en matière de tabagisme.

Au moment de quitter l'hôpital, on a demandé aux patients de remplir à nouveau le questionnaire standardisé pour voir dans quelle mesure ils avaient atteint un



Tabacologie pratique

Année 1, n° 1

Page 22

Octobre 2007

Rubriques

La une	1
Cas clinique	2
Articles de la littérature 5	
Dossier	7
Avis d'expert	12
Actualités	16
Programmes de santé 18	
Ligne Tabac Stop	20
Traduction	21
Bibliographie	23

Traduction (suite et fin)

stade de motivation plus avancé après l'intervention de l'infirmière d'aide à l'arrêt.

Six mois après la sortie de l'hôpital, on a interrogé par téléphone les participants au sujet de leur statut tabagique et déterminé à nouveau leur situation dans le cycle d'arrêt. S'ils n'avaient pas encore cessé de fumer, on a examiné le type d'aide que la personne avait éventuellement utilisé pour arrêter de fumer (soutien externe, aide pharmacologique, soutien extra-social).

Quelles conclusions avons-nous pu tirer de cette enquête?

En premier lieu, nous avons remarqué une tendance positive des résultats de l'intervention (nombre de cigarettes, progrès dans le processus d'arrêt) mais qui dans l'ensemble n'atteignait pas le seuil de signification.

Par contre, pour le groupe qui se situait dans la phase de préparation et la phase

d'action, l'effet de l'intervention est évident. C'est surtout dans le groupe âgé de plus de 40 ans que les résultats ont été très fortement positifs. Presque 60% de ce sous-groupe avait abandonné la cigarette. Il est apparu également que la majorité des sujets ayant arrêté l'avait fait sans aide pharmacologique.

Une autre conclusion importante concerne entre autres la valeur du modèle motivationnel de Prochaska. Quoique ce modèle soit assez critiqué, son utilité semble toutefois démontrée dans la pratique. A côté de l'âge, le stade motivationnel est important dans la détermination d'une intervention adaptée et dans le pronostic.

Ces résultats peuvent convaincre les infirmier(e)s qu'une évaluation brève du statut du fumeur et du stade motivationnel associée à une intervention courte adaptée sont certainement utiles lorsqu'elles ont à faire à des fumeurs hospitalisés.

Article traduit par Pr Jacques Prignot

Tabacologie pratique

Année 1, n° 1

Page 23

Octobre 2007

Rubriques

La une	1
Cas clinique	2
Articles de la littérature 5	
Dossier	7
Avis d'expert	12
Actualités	16
Programmes de santé 18	
Ligne Tabac Stop	20
Traduction	21
Bibliographie	23

Bibliographie

Petit manuel de défume : se reconstruire sans tabac

L'avis du Professeur Laurence Galanti

Cet ouvrage explique de manière originale pourquoi il est « si difficile » d'arrêter de fumer. Il décortique le passage à l'acte, suggère des idées-force, propose des exercices de réflexion et des outils d'évaluation.

Parce qu'il ressent sa cigarette comme vitale, le fumeur a peur d'arrêter de fumer malgré les arguments raisonnables qu'il a de le faire. « *Défumer n'est donc pas simplement ne pas fumer, serrer les dents et attendre que cela passe. C'est un long travail actif de déconstruction-reconstruction de soi* » faisant intervenir trois centres d'activité de notre cerveau, le cerveau-« robot » qui commande et contrôle le comportement, le cerveau-« raison » qui permet la prise de décision et le cerveau-« cœur », moteur du désir d'arrêter de fumer.

A la lumière de ces acteurs cérébraux, l'auteur analyse les peurs du fumeur à arrêter de fumer, ses comportements, les bienfaits et bénéfiques de l'arrêt et propose différents outils pour le passage à l'acte.

Le cerveau-« raison » permet aux motifs « pour l'arrêt » de devancer les motifs « contre » pour susciter le désir d'arrêt et pousser ainsi au passage à l'acte.

Le but est de neutraliser ce que le cerveau-« robot » a appris lors de la répétition de « situations-signal » par l'apprentissage, dans ces situations, d'un nouveau réflexe.

Chacun de ces actes va amplifier le désir de devenir un ex-fumeur.

L'arme secrète selon l'auteur est de se mettre en situation positive, active d'apprentissage : « *l'arrêt du tabac est la conséquence naturelle d'une cigarette devenue inutile. L'ex-fumeur enrichit sa personnalité de cette expérience* ».

L'auteur aborde les traitements médicamenteux d'aide au sevrage et évalue l'intérêt de développer tous les moyens permettant de diminuer le risque lié à la consommation de

tabac. « *Ce manuel vise à aider le fumeur à développer sa stratégie personnelle de défume, et à lui donner des outils pour acquérir les nouveaux réflexes nécessaires à la solidité de son succès* ».

« **Petit manuel de défume : se reconstruire sans tabac** ». Pr Molimard R. - Sides-lma Edition, 2007.

La lutte contre le tabagisme

L'avis du FARES

Cet ouvrage se présente comme un condensé de réflexions sur des stratégies et modes d'intervention en matière de lutte anti-tabac dont il reflète un bilan contrasté. Il invite à une prise de recul quant aux mesures mises en œuvre et leurs effets sur les fumeurs. Ainsi, partant des taxes, arme privilégiée à l'efficacité relative, il pose le problème des réglementations et interdits mal respectés. Il appelle à une prise en compte du processus de normalisation du tabagisme pour comprendre les réactions que suscitent les campagnes de prévention parmi les fumeurs.

Considérant les propriétés pharmacologiques du tabac, l'histoire de ses usages et son statut de « drogue licite », un autre regard est ici proposé pour insuffler une prévention intégrant les besoins que satisfait le tabac et les raisons qui amènent les fumeurs à en relativiser les risques.

Enfin, ce dossier décrit les « guerres du tabac », entre, d'un côté l'industrie qui déploie toutes sortes de stratégies très efficaces pour protéger ses intérêts et, de l'autre, les pouvoirs publics et les professionnels de santé

Bref, l'occasion de marquer un temps d'arrêt et de prendre du recul pour explorer de nouvelles pistes d'intervention et éviter toute stigmatisation qui accentuerait encore les disparités sociales préexistantes des plus vulnérables.

« **La lutte contre le tabagisme** »- PERETTI-WATEL P.; Problèmes politiques et sociaux (Bibliothèque de la DGRE); n°931; janvier 2007; Ed. La documentation française.

Tabacologie pratique

Année 1, n° 1

Page 24

Octobre 2007

Rubriques

La une	1
Cas clinique	2
Articles de la littérature 5	
Dossier	7
Avis d'expert	12
Actualités	16
Programmes de santé 18	
Ligne Tabac Stop	20
Traduction	21
Bibliographie	23

Bibliographie (suite et fin)

Arrêter de fumer tue

L'avis de Jacques Dumont - FARES

Derrière ce titre provocateur, l'auteur nous fait partager dans ce petit ouvrage sa longue route vers l'arrêt du tabac.

Même si les inconvénients et difficultés à cette entreprise sont largement les plus développés, il est certain qu'ils correspondent au ressenti de bon nombre de patients que nous rencontrons.

Intelligemment illustré de photographies de films ou d'archives, de copies d'affiches de promotion de cigarettes ou au contraire de sensibilisation de son arrêt, cet ouvrage nous permet de réfléchir aux difficultés rencontrées par les futur ex-fumeurs. Ce livre consacre aussi une bonne place aux tabacologues et à l'aide qu'ils peuvent apporter.

Derrière un humour parfois caustique, parfois avec auto-dérision, parfois aussi avec une certaine « mauvaise foi » l'auteur partage avec nous ses défaites et ses victoires.

Je ne conseillerais pas ce livre aux patients qui souhaitent arrêter de fumer et qui ne seraient pas capable de le parcourir au deuxième degré, surtout par rapport à ces points plus négatifs...Par contre tout tabacologue devrait le lire pour prendre conscience ou reprendre conscience qu'arrêter de fumer nécessite parfois de « changer de vie » : « Il faut juste que je refasse ma vie. Toute ma vie. Ma vie intérieure surtout ».

Thomas Bidegain rejoint là tout à fait le professeur Molimard dans ses derniers ouvrages comme « Petit manuel de défume. »

« **Arrêter de fumer tue** » - Thomas Bidegain - les Éditions de La Martinière (Beaux Livres).

Tabac, la Conspiration

L'avis du FARES

Ce reportage, à vocation documentaire, dénonce les manœuvres des cigarettiers pour développer leurs marchés. Il s'agit d'une succession d'interviews en son direct avec traductions simultanées ou sous-titres. Les scènes sont jouées (reconstitution) et complétées d'images d'archives, de publicités et de contre-publicités (sous forme de spots) ainsi que d'images de laboratoire.

Le document, très clair, se présente sous la forme d'une enquête basée sur de nombreux témoignages de scientifiques, d'experts, de juristes, de malades et propose des preuves écrites à l'écran, des enquêtes et des refus de réponse. Le tout est présenté de façon édifiante.

Les stratégies démontrées sont particulièrement éclairantes et écoeurantes pour nier, détourner, tromper, opprimer, et piéger les consommateurs. Les méthodes relevant de procédés mafieux pour arriver à vendre à n'importe quel prix et au mépris du respect de la vie humaine sont particulièrement détaillées. La mise en évidence de la position des gouvernements dans ce domaine, pris entre les recettes que génèrent ces pratiques à l'échelle du globe et les effets désastreux en terme de santé publique est particulièrement révélatrice. Un document à diffuser le plus largement possible.

Le documentaire est un outil riche dans le cadre de la prévention dans le sens où il offre plusieurs possibilités d'utilisation pour dénormaliser les représentations et les pratiques liées au tabac. Le document est long mais séquençable. En effet, les professionnels accompagnant les jeunes peuvent choisir différents passages appuyant la réflexion critique.

« **Tabac, la Conspiration** »- Nadia Collot; KUIV Productions – Office National de Film; 2005 – Réf. médiathèque : TL8281 - DVD.