

Tabacologie pratique

Année 2, n° 2

Page 1

Juin 2008

Rubriques

[La une 1](#)

[Articles de la littérature 2](#)

[Avis d'expert5](#)

[Actualités7](#)

[Programmes de santé ...9](#)

[Ligne Tabac Stop 12](#)

[Traduction 13](#)

Editorial

Chers collègues,

Voici le deuxième numéro de Tabacologie pratique.

Comme vous le constaterez, afin d'améliorer la lisibilité du document, nous avons décidé de réduire le volume rédactionnel pour les prochaines publications.

Par ailleurs, si vous souhaitez nous proposer un texte issu de votre « plume » dans l'une ou l'autre des rubriques de la revue, n'hésitez pas à nous le faire savoir par la voie du mail. Nous le transmettrons avec plaisir au comité de rédaction de Tabacologie pratique.

Enfin, la revue se voulant avant tout pratique, nous attendons avec beaucoup d'intérêt également vos réflexions ou vos réactions issues de la confrontation entre le contenu des articles proposés et vos activités de tabacologie.

Nous vous souhaitons donc une bonne et intéressante lecture.

Dr Juan Coulon



Image : Laurence Mouton © PhotoAlto

Colophon

Comité de rédaction : Dr J. Coulon, Pr J. Prignot, Pr P. Bartsch, Mr J. Dumont, Mr N. Di Giacomo

Rédacteur en chef : Dr Juan Coulon

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

Mise en pages : Huib Duyster

Publication : 2 fois par an

Tabacologie pratique

Année 2, n° 2

Page 2

Juin 2008

Rubriques

La une	1
Articles de la littérature	2
Avis d'expert	5
Actualités	7
Programmes de santé ...	9
Ligne Tabac Stop	12
Traduction	13

Articles de la littérature

Tabagisme et Inégalités Socioéconomiques

Une revue générale récente de V. Lorant et Coll. ¹ se basant sur les résultats de l'enquête face-à-face de 2004 menée par l'I.S.P. fait état d'une prévalence du tabagisme de 41,5% chez les personnes n'ayant suivi qu'un enseignement primaire ou secondaire, contre 36,3% après un enseignement secondaire supérieur et 24% après des études supérieures ou universitaires.

Les tentatives d'arrêt sont fréquentes dans tous les groupes (entre 64,7% et 69,1%) mais les taux de succès plus élevés en cas de scolarité supérieure ou universitaire, ce qui s'explique par un taux plus faible de dépendance (5,7%) par rapport aux sujets à scolarité secondaire inférieure (16,8%). Ces inégalités sociales sont plus marquées en Belgique que dans n'importe quel autre pays européen.

Les individus d'origine sociale modeste fument plus parce qu'ils ont été exposés très tôt au tabagisme de leurs parents, de leurs pairs ou de leur environnement proche. Les jeunes en quête d'identité dans une société aux normes floues, cherchent à s'affirmer par le rôle symbolique de maturité lié à la fume, en montrant leur rébellion par le rapport à une société où le tabagisme est de plus en plus frappé d'opprobre et en affirmant une prise de risque mesurée.

Il apparaît dans des études qualitatives que le tabac est un des seuls plaisirs

subsistant dans un horizon de vie relativement sombre comportant des difficultés dans le travail, le logement, voire la vie quotidienne. Les individus moins favorisés sont plus orientés vers la gestion de ces stress immédiats et moins sensibles aux risques à long terme liés à leur tabagisme. Les fumeurs des groupes socioéconomiques les plus défavorisés, les plus imprégnés par la nicotine de la fumée sont aussi ceux qui ont le plus besoin d'une aide à l'arrêt, d'autant plus qu'ils ont une moindre estime d'eux-mêmes et de l'efficacité de leurs actions et sont moins socialement soutenus dans leurs tentatives.

Quelques politiques publiques sont susceptibles de minimiser les différences sociales face au tabagisme: les taxes et l'augmentation de prix qui en résulte réduisent la demande de cigarettes, retardent le moment d'initiation tabagique et ont un effet plus marqué chez des individus à faibles revenus, où le prix des cigarettes représente un pourcentage plus élevé du revenu global. L'information de la population, l'interdiction de la publicité et de la vente aux mineurs ont avec l'augmentation des prix un effet cumulatif qui se manifeste par une réduction de la prévalence du tabagisme. Celle-ci se marque dans les groupes socialement favorisés, mais n'apparaît pas hélas, bien au contraire, dans les classes les plus pauvres.

L'interdiction de fumer dans les lieux publics fermés et les lieux de travail a entraîné une nette réduction d'exposition à la fumée environnementale, mais a moins d'effets chez les chômeurs qui restent à domicile, siège actuel de la plus grande part du tabagisme passif.

¹ V. Lorant, Lac Hong Nguyen, J. Prignot, J. Laperche. Pourquoi les populations défavorisées fument-elles plus et que faire en Communauté Française de Belgique ? *Education Santé* 2008; 231: 8-14



Tabacologie pratique

Année 2, n° 2

Page 3

Juin 2008

Rubriques

La une	1
Articles de la littérature 2	2
Avis d'expert	5
Actualités	7
Programmes de santé ...	9
Ligne Tabac Stop	12
Traduction	13

Articles de la littérature (suite)

Le médecin généraliste qui approche les milieux de vie a l'occasion d'intervenir à ce propos, même s'il répugne parfois à aborder le sevrage avec des patients confrontés à de multiples difficultés sociales et économiques.

Le tabagisme constitue aujourd'hui une cause majeure d'inégalités sociales. On peut tenter de les réduire par des mesures de promotion de la santé plus intenses au niveau des écoles, par le retrait des exceptions à l'interdiction de fumer dans

les lieux de travail et dans le secteur Horeca (y compris bars et discothèques) et par une intervention de la sécurité sociale dans les frais liés au recours aux structures d'aide à l'arrêt, qu'il s'agisse de consultations plus approfondies chez le généraliste, de programmes conduits par la médecine du travail, de consultations de tabacologues ou du remboursement plus étendu de médicaments d'aide à l'arrêt.

Jacques Prignot

WHO Report on the global tobacco epidemic, 2008

Ce rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur l'épidémie mondiale de tabagisme montre qu'elle tue aujourd'hui une personne toutes les six secondes sur la planète, qu'elle a causé cent millions de décès pendant le 20ème siècle et en provoquerait faute de mesures efficaces un milliard au 21ème, alors qu'elle peut être évitable ! L'accroissement concernera surtout le monde en développement en croissance démographique et particulièrement visé par l'industrie du tabac.

Le tabagisme constitue aussi un désastre économique puisque la moitié des décès qu'il entraîne survient pendant les années d'activité professionnelle, et que les coûts directs et indirects liés au tabagisme sont énormes en matière d'invalidité, de perte de productivité et de soins de santé.

La Convention Cadre de Lutte Contre le Tabagisme a été ratifiée (ou équivalent légal) par 151 pays au 14/12/2007. Parmi les pays importants qui n'ont pas ratifié, citons les Etats-Unis, l'Italie et la Suisse ainsi que plusieurs paradis fiscaux.

Les six mesures d'efficacité démontrée en matière de réduction de la consommation de tabac constituent un ensemble qui sous le sigle de MPOWER (Monitor, Protect, Offer Help, Warn, Enforce bans, Raise taxes) est proposé aux nations signataires.

Le suivi soigneux de l'épidémie comporte l'étude de la prévalence du tabagisme, celle des politiques de marketing, de promotion et de lobbying de l'industrie du tabac, et celle de l'impact des politiques de prévention. Il est essentiel pour orienter les décisions des autorités. Aucune information n'est disponible dans 50% des Etats à ce sujet.

La protection du public contre les effets du tabagisme passif c'est-à-dire un environnement sans tabac dans les lieux fermés est à considérer comme relevant du droit de l'homme à bénéficier d'un standard de santé aussi élevé que possible. La législation n'est efficace que si les interdictions ne comportent pas d'exception et lorsqu'elles s'accompagnent d'amendes sévères en cas d'infraction.



Tabacologie pratique

Année 2, n° 2

Page 4

Juin 2008

Rubriques

La une	1
Articles de la littérature 2	
Avis d'expert	5
Actualités	7
Programmes de santé ...	9
Ligne Tabac Stop	12
Traduction	13

Articles de la littérature (suite et fin)

L'offre d'aide à l'arrêt pour ceux désirant cesser de fumer comporte l'intégration de la cessation dans les soins de santé primaires, les lignes téléphoniques gratuites et les sites d'aide sur Internet qui peuvent être accessibles par tous et à tout moment, ainsi que le remboursement des traitements psycho-pharmacologiques de la dépendance.

Les avertissements (Warning) sur les risques du tabagisme doivent alterner périodiquement sous forme de textes et d'images. Leur présence sur les paquets de cigarettes représente une source importante d'information pour tous les fumeurs, y compris les illettrés.

La mise en œuvre (Enforcing) d'interdictions de la publicité, du marketing et du sponsoring doit contrecarrer les efforts déployés par les cigarettiers pour maintenir la notion de normalité du comportement tabagique. Elle doit être complète pour que son efficacité maximum soit atteinte et s'adapter aux innovations technologiques (Internet, etc..) auxquelles recourent les cigarettiers. Une mesure intermédiaire serait de ne plus permettre à ces derniers de porter les dépenses de marketing en déduction des bénéfices imposables.

La levée des taxes et l'augmentation des prix (Raising) de l'ensemble des produits du tabac sont particulièrement efficaces chez les jeunes et dans les populations socio-économiquement défavorisées qui sont aujourd'hui particulièrement atteints par l'épidémie. Il faudrait attribuer davantage les revenus des taxes à des programmes de lutte contre le tabagisme (qui ne recueillent aujourd'hui au maximum qu'1/500 des rentrées fiscales du tabac)

et à d'autres actions de caractères sanitaire et social. Des mesures internationales de lutte contre la contrebande et la contrefaçon s'imposent pour éviter que celles-ci ne profitent des différences majeures de prix entre pays et régions.

Le pourcentage de la population mondiale qui bénéficie des mesures MPOWER est respectivement de 5% (P), 5% (O), 6% (W), 5% (E). Les taxes et accises existent partout mais représentent dans le monde en développement un pourcentage bien plus faible du prix des cigarettes que dans le monde développé.

De nombreux tableaux et des graphiques complètent ces données générales et proviennent de 115 références tout à fait à jour.

Les annexes fournissent les données socio-économiques du tabagisme dans de nombreux pays et leur degré d'implication dans le contrôle de l'épidémie.

Toutes les données sont accessibles sur le site: <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/index.html>

Commentaire

Un index de l'efficacité des politiques de contrôle du tabagisme mesuré en 2007 dans l'Union Européenne donne à la Belgique un score de 58% vs. 93% à la Grande-Bretagne et de 36% au Grand Duché de Luxembourg (Joossens et Raw 2004-2007).

Par rapport à 2004, la Belgique est passée de la 19ème position sur 27 à la 8ème position sur 30, partiellement en raison des interdictions de fumer mises en œuvre au cours des dernières années par le Service Public Fédéral Santé Publique.

Jacques Prignot

Tabacologie pratique

Année 2, n° 2

Page 5

Juin 2008

Rubriques

La une	1
Articles de la littérature	2
Avis d'expert	5
Actualités	7
Programmes de santé	9
Ligne Tabac Stop	12
Traduction	13

Avis d'expert

Les liens entre tabagisme et dépression grave

Une certaine émotion s'est emparée des médias depuis fin 2007 après que la FDA puis l'EMA aient annoncé qu'un nouveau traitement efficace d'aide au sevrage tabagique, en l'occurrence la varénicline, devait être utilisé avec précaution chez les patients avec des antécédents psychiatriques notamment de dépression ou des antécédents suicidaires.

Des changements dans le comportement habituel doivent également être surveillés. Dans son numéro du 22 décembre 2007, le Figaro-Magazine titrait : « le blues du sevrage. Alerte aux idées noires, un traitement antitabac est mis sous surveillance ».



La revue PRESCRIRE dans son numéro de février 2008 signale que l'Agence du Médicament des États-Unis a mis en cause la varénicline dans la survenue de pensées suicidaires et de comportements suicidaires occasionnels chez des patients sans antécédents psychiatriques.

Ayant constaté dans notre pratique dans le sevrage tabagique, la fréquence de la dépression comme cause d'arrêt de la démarche, nous avons fait une revue rapide de la littérature concernant les liens entre dépression et tabac.

Déjà en 1990 GLASSMAN et coll. (JAMA) montrait qu'en dehors de toute tentative de cessation tabagique, la prévalence de la dépression était de 2,9 % chez les non-fumeurs contre 6,9 % chez les fumeurs. HEMENWAY et coll. observe, de nouveau en dehors de toute action pour modifier le tabagisme, que les tentatives de suicide sont deux fois plus élevées chez les fumeurs que chez les non-fumeurs (American Journal of Public Health 1993).

TANSKANEN et coll. observe que les femmes fumeuses présentent des tentatives de suicide deux fois plus fréquentes que les hommes fumeurs. Si elles fument plus de 25 cigarettes par jour, le risque est multiplié par quatre. (American Journal of Psychiatry 2001).

Le même auteur analyse les co-dépendances chez les fumeurs, et observe que le risque ajusté de suicide s'accroît de manière linéaire avec l'usage conjoint d'alcool, de café, et de cigarettes.



Tabacologie pratique

Année 2, n° 2

Page 6

Juin 2008

Rubriques

[La une 1](#)

[Articles de la littérature 2](#)

[Avis d'expert 5](#)

[Actualités 7](#)

[Programmes de santé ... 9](#)

[Ligne Tabac Stop 12](#)

[Traduction 13](#)

Avis d'expert (suite et fin)

Il qualifie l'usage de ces diverses dépendances comme lourd lorsque la consommation d'alcool est supérieure à 120 g/semaine, la consommation de cigarettes > 21 CPJ et de café > 7 tasses/jour.

Il établit les RR à
1,55 si usage lourd d'une substance,
2,22 si usage lourd de deux substances,
3,99 si usage lourd de trois substances.
(Addiction 2001)

La même année GLASSMAN A.H. et coll. signale que les fumeurs avec une histoire de dépression ont un risque significatif de présenter un épisode de dépression majeure à l'arrêt, que ce risque, même chez des patients qui n'ont plus pris d'antidépresseurs depuis plus de six mois, est le même à un mois et trois mois et qu'il persiste encore au sixième mois. (LANCET 2001).

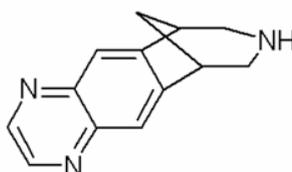
COVEY L.S. et coll. dès 1997 (American Journal of Psychiatry) quantifie le risque de dépression majeure lors d'un arrêt du tabagisme de la manière suivante :

- 2 % si pas d'histoire de dépression
- 17 % si un épisode de dépression majeure
- 30 % si plusieurs épisodes de dépression majeure.

Il est donc d'une importance capitale, lorsqu'on décide d'aider un patient à arrêter de fumer, d'établir avec soin ses antécédents psychiatriques.

Déjà en 1996 LERMAN C. et coll. soulignait que la dépendance est modulée par l'humeur dépressive et que le succès de l'arrêt est certainement altéré par la dépression préexistente et de plus compliqué par les accès de dépression consécutifs au sevrage lui-même. Dans la population suivie par cet auteur un test de dépression (CESD) s'avérait positif chez 48 % des patients.

En conclusion, la surveillance post-marketing de la varéniline doit, comme c'est le cas pour toute nouvelle drogue, rester très étroite, le lien de causalité doit être établi par la recherche neurobiologique, mais il convient a priori d'être particulièrement attentif à l'évolution comportementale des patients en sevrage tabagique quel que soit le traitement instauré.



Varéniline

Prof P. Bartsch, collaborateur de l'Université de Liège

Tabacologie pratique

Année 2, n° 2

Page 7

Juin 2008

Rubriques

La une	1
Articles de la littérature	2
Avis d'expert	5
Actualités	7
Programmes de santé ...	9
Ligne Tabac Stop	12
Traduction	13

Actualités

Une opération se vit mieux sans tabac

Le centre d'aide aux fumeurs de l'hôpital Erasme veut sensibiliser les patients fumeurs qui vont être opérés

Depuis janvier 2008, les responsables de la consultation de tabacologie de l'Hôpital Erasme développent un projet de sensibilisation et d'aide à l'arrêt du tabac pour les patients qui vont subir une intervention chirurgicale.

A l'origine de ce projet, plusieurs études qui montrent clairement les nombreux avantages à arrêter de fumer avant une intervention chirurgicale (meilleure cicatrisation, moins de complications infectieuses, moins de risques d'être transféré en réanimation,...).

Certaines de ces études ont notamment débouché sur une conférence de consensus d'experts au sein de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation en 2005 (cf encadré).

Concrètement, des séances d'information auprès des chirurgiens et des anesthésistes ont été organisées afin de pouvoir agir « en réseau ». L'objectif est d'informer et d'accompagner le patient dans sa démarche d'arrêt du tabac. Sont concernées les interventions programmées avec si possible un délai minimal de 3 semaines. S'il souhaite stopper le tabac avant son intervention, le patient sera dirigé soit vers la consultation d'aide à l'arrêt du tabac du Centre d'Aide aux Fumeurs, soit vers son médecin traitant, et ce de manière rapide.

Extraits des conclusions principales de la conférence de consensus sur le tabagisme péri-opératoire (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation – Office français de prévention du tabagisme – Association française de Chirurgie)

Il est établi que le tabagisme péri-opératoire chez l'adulte :

- augmente le risque de complications générales (triplement du risque infectieux et coronaire, doublement du risque d'être transféré en réanimation et de faire des complications respiratoires immédiates);
- augmente le risque de complications chirurgicales (2 à 4 fois plus de complications de cicatrice, de risque d'éventration après laparotomie, de médiastinite, de lâchage de suture digestive, de thrombose de prothèses vasculaires, de retard de consolidation osseuse).

L'objectif des consultations préopératoires au Centre d'Aide aux Fumeurs est de fournir un soutien personnalisé pour amener le patient à maîtriser sa consommation de tabac, à gérer les états de stress par des attitudes alternatives, et de proposer si nécessaire des médicaments.

Le patient sera revu au moment de son hospitalisation, et un suivi postopératoire est également proposé.

Des affiches et dépliants sont diffusés dans toutes les consultations et contiennent les informations pratiques.



Tabacologie pratique

Année 2, n° 2

Page 8

Juin 2008

Rubriques

[La une 1](#)

[Articles de la littérature 2](#)

[Avis d'expert 5](#)

[Actualités 7](#)

[Programmes de santé ... 9](#)

[Ligne Tabac Stop 12](#)

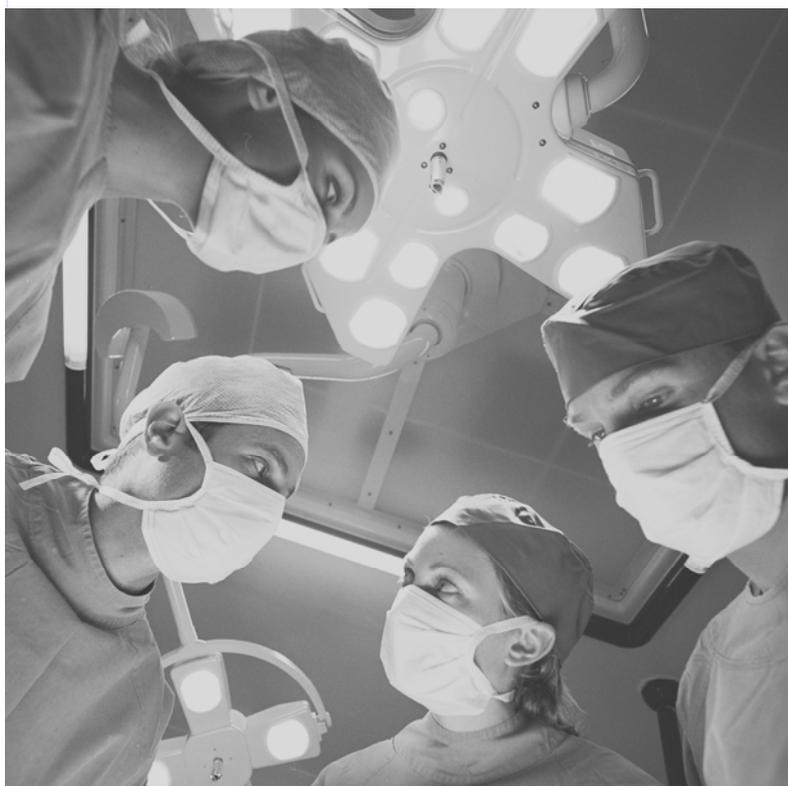
[Traduction 13](#)

Actualités (suite et fin)

Quels sont les bénéfices prouvés de l'arrêt préopératoire du tabac ?

Les fumeurs sevrés de longue date ont un risque opératoire moindre que les fumeurs et non différent de celui des non-fumeurs :

- un arrêt du tabagisme 6 à 8 semaines avant l'intervention entraîne la disparition du risque de complications opératoires dues au tabac;
- un arrêt un peu plus tardif 3 à 4 semaines avant l'intervention apporte sur tous les paramètres opératoires un bénéfice;
- un arrêt moins de 3 semaines avant l'intervention est globalement bénéfique car la diminution documentée des complications au niveau du site opératoire et cardiovasculaire relativise le risque controversé de majoration transitoire des complications respiratoires lors d'un arrêt 1 à 2 semaines avant une intervention;
- un arrêt même 12 à 48 heures avant une intervention permet une baisse du CO circulant et donc une meilleure oxygénation;
- la poursuite de l'arrêt du tabac durant le temps nécessaire à la cicatrisation (2 à 4 semaines) et éventuellement à la consolidation osseuse (2 à 4 mois) favorise les suites opératoires;
- le conseil d'une simple réduction de la quantité de tabac fumé sans substitution nicotinique avant une intervention n'est pas recommandé.



Jacques Dumont

Tabacologie pratique

Année 2, n° 2

Page 9

Juin 2008

Programmes de santé

La une	1
Articles de la littérature	2
Avis d'expert	5
Actualités	7
Programmes de santé	9
Ligne Tabac Stop	12
Traduction	13

Sport et tabac : parlons-en !

Des groupes pour arrêter de fumer, ou simplement pour réfléchir à sa consommation

Il est loin le temps où l'industrie du tabac pouvait faire croire que "Beaucoup d'athlètes de haut niveau fument [...] tous les jours sans effet nocif pour le souffle ou la condition physique" ¹, ou que la cigarette est "reconnue par d'éminentes autorités médicales pour ses avantages pour le nez et la gorge" ².

Aujourd'hui, la nocivité du tabac pour la santé est largement démontrée, tout comme la dépendance qu'il engendre. Il semble d'ailleurs que près de la moitié des fumeurs désirent arrêter de fumer et que 20% souhaitent même y parvenir dans l'année ³.

Si la majorité des fumeurs se posent des questions par rapport à leur dépendance, peu d'entre eux savent qu'il est possible d'être aidé par rapport à cela. Or, nous savons qu'après un an, seulement 3 à 4% des personnes qui tentent d'arrêter de fumer seules y sont parvenues, alors que ce taux peut passer à 10% avec un accompagnement psychologique, et atteindre 17% et plus si l'accompagnement psychologique est combiné avec une aide médicamenteuse ⁴.

Cette année, une nouvelle possibilité d'accompagnement a été proposée; en effet, ce mois d'avril 2008 a vu démarrer le projet « Sport & tabac, parlons-en ! » : *un accompagnement professionnel gratuit, pour arrêter de fumer en groupe, ou simplement pour se renseigner et réfléchir à sa consommation.*

Il s'agit d'une collaboration entre le FARES, l'ADEPS ⁵, l'Association Interfédérale du Sport Francophone (AISF) ⁶, et plusieurs services communaux et centres sportifs en Communauté française, ayant le soutien du fonds fédéral de lutte contre le tabagisme.

Ces programmes ont été organisés dans onze centres sportifs en Communauté française et comportaient chacun cinq séances de deux heures, réparties sur un mois. Ils ont visé les sportifs fumeurs, ainsi que leur entourage, mais n'excluaient personne.

Les groupes étaient constitués de 15 personnes maximum, et il était demandé aux participants de s'engager pour les cinq séances.



¹ 1929, Lucky Strike, Selon Dubois, G. (2003). *Le rideau de fumée*. Paris : Seuil, p. 43.

² 1939, Philip Morris, Ibid, p.44.

³ Fondation contre le cancer, enquête IPSOS. *Diminution du nombre de fumeurs*. Communiqué de presse, 21.11.2007.

⁴ Société Scientifique de Médecine Générale [SSMG]. (2005). *Recommandations de bonne pratique, arrêter de fumer*. Bruxelles.

⁵ Pour contact : Madame BUFFIN, Ministère de la Communauté française, Direction Générale du Sport – ADEPS, Bd. Léopold II, 44, 1080 Bruxelles.
Tél 02 413 37 69, Fax 02 600.08.07;
E-mail: sylvie.buffin@cfwb.be; Site: www.adeps.be

⁶ Pour contact : Association Interfédérale du Sport Francophone (AISF), Coordinateur général. Country Hall Ethias Liège, Allée du Bol d'Air, 13 à 4031 Angleur.
Tél 04 344 46 06, Fax 04 344 46 01;
E-mail: info@aisf.be; Site: www.infosport.be

Tabacologie pratique

Année 2, n° 2

Année 2, n° 2

Page 10

Juin 2008

Rubriques

[La une 1](#)

[Articles de la littérature 2](#)

[Avis d'expert 5](#)

[Actualités 7](#)

[Programmes de santé ... 9](#)

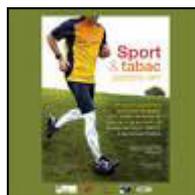
[Ligne Tabac Stop 12](#)

[Traduction 13](#)

Programmes de santé (suite)

Animées dans une optique non culpabilisante par un tabacologue, ces séances ont été l'occasion de travailler les motivations, de se préparer au changement, ou encore de trouver des stratégies pour affronter les envies, émotions et prise de poids une fois l'arrêt entamé. Le travail en groupe est l'occasion de se soutenir et de partager des expériences.

Par ailleurs, au travers d'un site Internet, d'affiches, de cartes de visite, et de stands d'information, ce projet a permis de lancer une réflexion sur les effets



du tabac et ses liens avec le sport. Cela aura aussi amené la question du tabagisme dans le champ social; en effet, si tous les fumeurs ne s'inscrivent pas, beaucoup sont interpellés.

Enfin, les nombreuses personnes enthousiastes rencontrées au cours de l'organisation furent d'une aide précieuse, et nous croyons fermement que cette mobilisation est une richesse à valoriser pour l'avenir. Un des bénéfices indirects de ce projet est, en effet, d'avoir dynamisé les réseaux locaux travaillant dans les domaines du sport et de la santé.

Nous ne manquerons pas de communiquer à nouveau sur les retombées du programme et les perspectives d'avenir, car nous espérons pouvoir reconduire cette initiative !

Les centres participant étaient:

*La Forêt de Soignes, 1160 Auderghem,
La Woluwe, 1200 Woluwé-St-Lambert,
Le Blocry, 1348 Louvain-la-Neuve,
La Plaine de Cointe, 4000 Liège,
Le Blanc Gravier, 4000 Liège,*

*La Fraineuse, 4300 Spa,
Charleroi Sport Santé, 6031 Monceau-sur-Sambre,
L'Hydrion, 6700 Arlon,
Le lac, 6840 Neufchâteau,
La Sapinette, 7000 Mons,
Le centre sportif de Tournai, 7500 Tournai.*

Nicolas Di Giacomo
Psychologue

Chargé de projet pour le Service
Prévention tabac,
FARES asbl
02 512 29 36
nicolas.digiacom@fares.be

31 mai 2008

Journée Mondiale axée sur une « Jeunesse sans tabac »

A ce jour, le tabagisme est toujours la principale cause de décès évitable dans le monde. Produit largement commercialisé et au combien rentable pour ses fabricants, le tabac est le seul produit de consommation légalement en vente qui entraîne la mort d'un tiers à la moitié de ceux qui l'utilisent et dont la vie est raccourcie de 15 ans en moyenne.

On compte actuellement environ 1,8 milliard de jeunes âgés de 10 à 24 ans dans le monde dont plus de 85 % dans les pays en développement. Ils sont la cible favorite de l'industrie du tabac qui intensifie ses efforts pour attirer parmi eux de nouveaux consommateurs en espérant les fidéliser pour le restant de leurs jours. Leur santé est donc sérieusement menacée.



Rubriques

La une	1
Articles de la littérature	2
Avis d'expert	5
Actualités	7
Programmes de santé ...	9
Ligne Tabac Stop	12
Traduction	13

Programmes de santé (suite et fin)

A l'occasion de la Journée Mondiale sans Tabac, le Fonds des Affections Respiratoires (FARES) s'investit dans divers événements, cités ci-après, visant une sensibilisation accrue des jeunes et de leur famille au moyen de divers outils les invitant à se démarquer du tabac.

Une sensibilisation des plus jeunes s'opère via le Magazine « Spirou » du 28 mai dans lequel figure un poster du petit Spirou affirmant son choix « *J'ai décidé d'arrêter avant d'avoir commencé* ». La Ministre de la Santé de la Communauté française y marque son soutien. Cette action fait suite à une précédente campagne, réalisée en collaboration avec la Fondation contre le Cancer auprès des jeunes parents en février dernier « *J'aime un monde sans tabac* ».

Un travail continu de lobbying est également assuré afin de *promouvoir des lieux de travail et de loisirs exempts de fumée de tabac. L'accent est mis sur les usagers des bars et des discothèques.* Cette action, menée dans le cadre de la Coalition Nationale contre le tabac, s'appuie sur une affiche « HORECA » et un poster « Osons la fête sans tabac » qui invitent ceux qui le souhaitent à marquer leur choix POUR un secteur HORECA (Hôtels, restaurants et cafés) totalement sans tabac sur www.stop.be. Ceci s'accompagne, deux semaines durant, d'une campagne d'affichage sur des cendriers géants placés aux abords des restaurants et cafés bruxellois.

Un temps d'échange et de réflexion est également organisé pour les professionnels à l'occasion du lancement du 3^{ème} Plan wallon sans tabac, le 30 mai 2008 aux Ateliers de la Fucam à Mons. Le dépliant : « Arrêter de fumer en 10 questions » édité à cette occasion ouvre le dialogue autour de la gestion du tabagisme et offre diverses pistes d'aide à cet effet.

Enfin, retenons une large mobilisation des Hôpitaux sans Tabac autour du 31 mai afin de sensibiliser le public qui les fréquente. Une action menée à l'Hôpital universitaire des Enfants « Reine Fabiola » lors de la Journée des Familles (15 mai) a permis d'*informer les jeunes et futurs parents sur le tabagisme passif.* Une affiche et un dépliant réalisés à cette fin visent une réduction des risques et un bien-être pour tous.

Au cours de l'été 2008, le beau vélo de Ravel sera une nouvelle opportunité pour sensibiliser le grand public à une gestion du tabagisme en lui proposant un temps d'écoute et de réflexion avec l'aide de tabacologues soucieux de favoriser une aide de proximité. Un dépliant actualisé des « Centres d'Aide aux Fumeurs » y sera largement diffusé de même que des mesures de CO y seront une nouvelle fois proposées.

Tous les outils renseignés ci-avant sont disponibles au FARES, tél. 02 512 29 36 – prevention.tabac@fares.be. Des informations complémentaires sont également consultables sur notre site: www.fares.be.

Caroline Rasson

Responsable Service Prévention Tabac du
FARES



Tabacologie pratique

Année 2, n° 2

Page 12

Juin 2008

Rubriques

La une	1
Articles de la littérature	2
Avis d'expert	5
Actualités	7
Programmes de santé ...	9
Ligne Tabac Stop	12
Traduction	13

Ligne Tabac-Stop

Exemple d'un cas pratique à la ligne

Un jeune homme de 25 ans (que l'on nommera dans le texte l'*appelant*) joint la ligne Tabac-Stop. Sa question est la suivante : "comment je pourrais faire pour arrêter de fumer?". Si l'on s'en tient à l'analyse littérale des mots utilisés pour formuler cette question, cet appelant se situe au stade de la préparation (le "*comment faire*"). La réponse du tabacologue se doit donc d'aborder logiquement les moyens visant à améliorer la préparation au sevrage de l'appelant.

Afin de brosser le portrait tabagique de cet appelant, le tabacologue creusera donc plusieurs aspects du sevrage tels que les dépendances physique (type de tabac utilisé, consommation journalière, inhalation, test de Fagerström court etc.), psychologique (fonction(s) rempli(e)s par la cigarette : cigarette plaisir, détente, récompense etc.) et comportementale (situations et lieux associés à la cigarette principalement). Il s'intéressera également aux éventuelles tentatives précédentes de sevrage afin d'identifier, dans la mesure du possible, des facteurs liés à la/aux rechute(s).

En fonction de ces différents éléments, le tabacologue pourra conseiller cet appelant au niveau d'un éventuel traitement médicamenteux, de la gestion de son quotidien sans tabac (émotions, stress, alimentation, situations à risque de rechute, etc.). Il pourra prévoir également un plan de secours en cas de rechute ainsi que des rendez-vous téléphoniques ponctuels afin de maintenir l'abstinence de cet appelant.

Le cas ici décrit est simple et ne reflète évidemment pas la réalité clinique. Cette question posée de manière un peu naïve peut cacher chez cet appelant une profonde ambivalence que le tabacologue devra aborder, sous peine d'accentuer un sentiment d'efficacité personnelle relativement faible concernant l'arrêt, voire des résistances durant l'entretien téléphonique.

**Françoise Cousin et
Sébastien Lorriaux**

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
Articles de la littérature	2
Avis d'expert	5
Actualités	7
Programmes de santé ...	9
Ligne Tabac Stop	12
Traduction	13

Traduction

Arrêt du tabac pendant la grossesse et interventions tabacologiques

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

Vu l'influence néfaste du tabagisme pendant la grossesse, son arrêt est vivement conseillé, de préférence déjà avant la conception, mais certainement dès que la grossesse est confirmée. Pour la plupart des femmes fumeuses, la grossesse représente un stimulus suffisamment fort pour qu'elles arrivent à arrêter de fumer par leurs propres moyens. Beaucoup de femmes enceintes continuent toutefois à fumer, même si elles en connaissent les dangers potentiels: ce groupe peut être dénommé "noyau dur des fumeuses plus dépendantes". Chez elles, des interventions plus intensives doivent être envisagées. Toutes les directives conseillent en premier l'utilisation d'interventions comportementales intensives. Mais les résultats des interventions purement comportementales sont toutefois limités. Qu'il s'agisse d'interventions basées sur le modèle trans-théorique d'interviews motivationnelles ou de thérapies comportementales cognitives, les résultats sont nuls ou très moyens. La question se pose alors de l'opportunité de l'adjonction de médicaments à un accompagnement tabacologique chez les femmes enceintes fumeuses.

Quoique des recherches complémentaires, tant concernant l'efficacité que la sécurité, soient encore nécessaires, un certain nombre de conseils peuvent déjà être formulés:

Le bupropion (Zyban) et la varénicline (Champix) sont contre-indiqués pendant la grossesse (tératogénéicité du bupropion;

dans les études cliniques de la varénicline, la grossesse constituait un critère d'exclusion). On peut envisager éventuellement le bupropion pendant la période d'allaitement (en se basant sur les résultats d'examens disponibles, même s'ils sont limités). A ce jour, il n'y a aucune donnée à ce sujet concernant la varénicline.

La substitution nicotinique peut être envisagée pour autant qu'on tienne compte de quelques précautions visant à limiter la neurotoxicité. Il est préférable d'employer les produits à administration orale (inhalateur, comprimés ou comprimés sublinguaux); en cas d'utilisation du patch, il est préférable d'opter pour le patch à 16 h pour éviter les surdosages. Les substituts peuvent également être utilisés pendant l'allaitement (mais ici aussi, de préférence, sous forme intermittente). Pour les tabacologues non-médecins, le contact avec le gynécologue traitant est à conseiller.

L'efficacité des médicaments est la meilleure quand ils sont administrés dans le contexte d'un accompagnement de soutien (dès lors, l'emploi de médicaments n'exclut pas un accompagnement ultérieur).

L'accompagnement reste important. La législation actuelle l'a prévu. Des contacts informels nous ont appris toutefois qu'une toute petite proportion seulement du groupe-cible utilise cette opportunité. Toutes les instances concernées ont dès lors une tâche importante, celle de stimuler les femmes enceintes fumeuses à faire appel à cette aide tabacologique bien plus souvent que ce n'est le cas aujourd'hui.

Article traduit par le
Pr Jacques Prignot