

## Edito

### NOUVEAUX DÉFIS POUR LES TABACOLOGUES ET LES CAF

**Nous vivons maintenant dans une nouvelle situation réglementaire puisque la nicotine auparavant interdite à la vente dans la cigarette électronique est maintenant admise. La législation suit un fait accompli que vous aurez tous, je présume, constaté dans vos consultations d'aide à l'arrêt. En effet, de plus en plus de patients, non seulement vous posent des questions sur votre opinion à propos de la e-cig, mais souvent en ont déjà fait l'acquisition.**

La population belge de fumeurs à l'égard de ces vaporisateurs personnels (il devient démodé de parler de cigarettes électroniques !), a beaucoup de retard par rapport à ses voisins comme la France, mais aussi la Grande-Bretagne où ces dispositifs sont devenus largement le premier moyen pour aider à l'arrêt. (<https://www.gov.uk/government/publications/e-cigarettes-an-evidence-update> – août 2015). Dans ce pays, le tabagisme a continué à diminuer, même chez les plus jeunes. (ibid)

Nous observons, au moins dans notre pratique, que, contrairement à ce qui avait été observé il y a quelques années en Grande-Bretagne, nos concitoyens utilisent en majorité des vaporisateurs personnels de 2e et 3e génération et très peu de première génération, les «cigalikes», d'efficacité très médiocre. Nos patients semblent donc assez éclairés quant à des achats avisés, souvent dans des magasins spécialisés.

Notre retard a donc été compensé par l'utilisation de dispositifs efficaces dispensant des taux de nicotine comparables à ceux fournis par les cigarettes. Nous avons assez peu observé d'achats de cigalikes qui ont sûrement contribué à une opinion encore répandue d'inefficacité des dispositifs électroniques. Ce constat local mérite bien entendu d'être confirmé par des études plus larges qui font l'objet de mémoires actuellement en cours dans le cadre de la formation en tabacologie.

#### Les défis :

1. notre connaissance des différents types de vaporisateurs personnels doit s'améliorer par la lecture, la visite de magasins spécialisés et le contact avec les sites de vapoteurs.

2. Lorsqu'un patient est déjà en possession d'une e-cig, il faut lui demander de la montrer pour vérifier qu'il s'agit bien d'un dispositif de 2e ou de 3e génération.

3. Il faut vérifier si le liquide utilisé contient de la nicotine et en quelle quantité.

4. Il faut vérifier si la substitution de la cigarette par un vaporisateur est complète, car il y a un pourcentage difficile à chiffrer, d'utilisateurs mixtes qui continuent à fumer, avec un bénéfice plus incertain pour leur santé.



### Rubriques

Edito .....	1
31 mai .....	3
Echos du	
FARES .....	7
Echos de	
Tabacstop .....	10
Tabagisme en	
institution .....	12
Bibliothèque .....	19
Agenda .....	21

**Le Comité de rédaction est constitué des membres du Comité Scientifique Interuniversitaire de Gestion du Tabagisme (CSIGT) du FARES.**

**Rédacteur en chef :**  
Prof P. Bartsch

**Editeur responsable :**  
Prof. Jean-Paul Van Vooren  
FARES, Rue de la Concorde, 56 -  
1050 Bruxelles

**Mise en page :**  
M. Mathieu ; S. Piret

**Publication :**  
Semestrielle (2 fois par an)



## Edito (suite)

5. Les « dual users » sont souvent des patients dont l'objectif n'est pas l'arrêt du tabac, mais aussi ceux qui pensent avoir obtenu ainsi une réduction de risque.

6. D'autres « dual users » veulent arrêter de fumer mais n'utilisent pas assez leur vaporisateur, une consommation de 2 à 3 ml/j est souvent nécessaire. Ils ont choisi parfois une dose insuffisante de nicotine.

7. L'usage de la cigarette fait tousser, cause fréquente d'abandon.

### Comment gérer la toux :

1. On ne vapote pas comme on fume ; aspirer plus lentement et plus longtemps, comme lorsqu'on boit avec une paille.

2. Même si beaucoup de fumeurs ont arrêté avec des e-liquides à 18 mg, commencer avec des doses plus faibles.

3. Le propylène glycol peut être légèrement irritant, augmenter le glycérol dans le mélange. (habituellement PG 80/G 20)

4. Boire de l'eau lorsqu'on commence à vapoter.

5. Utiliser un liquide mentholé.

6. Réglage puissance/voltage/ résistance. (magasins spécialisés) .

Ces quelques remarques montrent que la cigarette électronique est un domaine un peu complexe qui nécessite un apprentissage pour maîtriser son fonctionnement.

### Les défis en santé publique :

La décision d'acheter un vaporisateur personnel, a le plus souvent été spontanée, plus souvent déterminée par du bouche-à-oreille, que par la publicité actuellement peu visible.

Ceux qui continuent une utilisation régulière sont satisfaits de leur choix, même s'ils continuent à fumer de manière réduite. Ils sont convaincus d'avoir amélioré leur santé, ont trouvé un nouveau plaisir et n'envisagent pas de s'en priver. Les professionnels de santé qui, dans ce cas, n'ont pas été consultés sont a priori hors-jeu.

Leur situation est un peu plus simple lorsque l'achat a été conseillé par un tabacologue qui a épuisé toutes les ressources fournies par les différents traitements validés de la dépendance tabagique. Dans ce cas l'utilisation de la cigarette électronique est encadrée et on peut piloter une réduction progressive de la nicotine contenue dans les e-liquides, puis s'attaquer à une éventuelle dépendance gestuelle de la « vape ».

Pour tous les autres vapoteurs que nous ne connaissons pas, nous avons le devoir de faire passer le message, qu'un comportement sain implique de respirer de l'air plutôt que de la fumée même moins toxique, (5 % de la toxicité de la fumée de tabac selon un avis d'experts basé sur une évaluation théorique non confirmée par une expérience épidémiologique impossible à établir aujourd'hui).

C'est ainsi qu'après avoir défendu avec raison chez les fumeurs impénitents, le recours à la cigarette électronique, nous avons la mission de nous intéresser aux vapoteurs pour les convaincre de revenir à un comportement physiologique.

Nous aurons certainement plus d'impact en nous adressant en priorité aux utilisateurs mixtes que nous devons convaincre qu'il serait bon de nous consulter.

**Prof. Pierre BARTSCH**

Président du Comité Scientifique  
Interuniversitaire de Gestion du Tabagisme (CSIGT)

## Journée mondiale sans tabac 2016

### PRÉPAREZ-VOUS AU CONDITIONNEMENT NEUTRE DES PRODUITS DU TABAC



À l'occasion de la Journée mondiale sans tabac 2016, célébrée le 31 mai, l'OMS et le Secrétariat de la Convention-Cadre de l'OMS pour la lutte antitabac appellent les pays à se préparer au conditionnement neutre (standardisé) des produits du tabac. Le conditionnement neutre est une importante mesure de réduction de la demande qui rend les produits du tabac moins attrayants, freine l'utilisation du conditionnement comme moyen de publicité et de promotion, limite les emballages et étiquetages trompeurs et augmente l'efficacité des mises en garde sanitaires.

Les responsables politiques, la société civile et le grand public peuvent prendre des initiatives pour amener les gouvernements à envisager l'adoption du conditionnement neutre.

Site de l'OMS : <http://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2016/fr/>

## Journée mondiale sans tabac 2016 (suite)

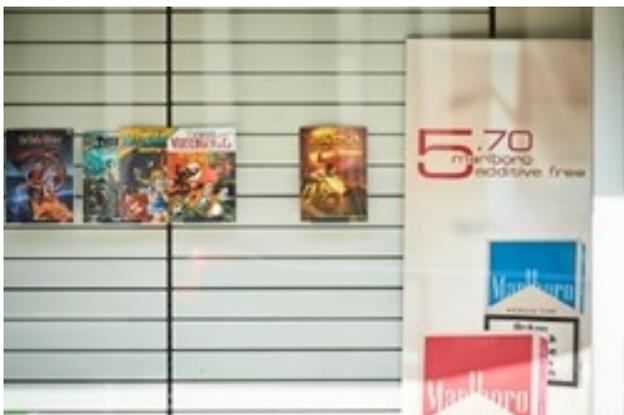
COMMUNIQUÉ DE PRESSE DE LA COALITION NATIONALE CONTRE LE TABAC :

### 'INTRODUIRE IMMÉDIATEMENT LES PAQUETS NEUTRES ET INTERDIRE TOTALEMENT LA PUBLICITÉ'

À l'approche de la Journée mondiale sans Tabac du 31 mai (1), la Coalition nationale contre le Tabac(2) demande à la ministre de la Santé publique Maggie De Block, dans l'élan de son plan antitabac, d'introduire sans tarder les paquets neutres ; et d'instaurer parallèlement une interdiction complète de toute publicité pour le tabac dans les points de vente. Ces deux mesures permettent de rendre le tabac moins attractif auprès des jeunes, et de stimuler les fumeurs à arrêter. Une interdiction totale de la publicité mettrait aussi un terme à la confusion et aux contournements de la loi qui existe actuellement à certains points de vente, par l'industrie du tabac.

#### Plan anti-tabac de la ministre De Block

La Coalition nationale contre le Tabac salue le plan présenté par la ministre De Block. C'est un pas dans la bonne direction. L'objectif chiffré global de baisser la proportion de fumeurs quotidiens à 17% en 2018 est un bon stimulant pour la politique anti-tabac en Belgique.



Des mesures supplémentaires permettraient de réduire encore plus la consommation de tabac dans notre pays : l'augmentation des accises sur le tabac à rouler, le renforcement des services de contrôle, un meilleur remboursement des produits d'aide à l'arrêt ou, encore, l'introduction des paquets neutres.

Les paquets neutres sont des emballages dépourvus de tout logo, couleur et/ou éléments graphiques attrayants. De tels paquets perdent donc leur nature actuelle de support publicitaire. La ministre De Block souhaite introduire ces paquets sur le marché en 2019. Si elle veut vraiment atteindre cet objectif, il faut qu'une décision soit prise dès l'année prochaine.

Il faut, de plus, que l'introduction des paquets neutres soit couplée à l'interdiction totale de la publicité dans les points de vente. Une mesure qui est cependant absente du plan anti-tabac.

Une belle opportunité serait perdue en ne liant pas l'introduction des paquets neutres à l'interdiction totale de la publicité dans les points de vente. Sans compter que cette mesure pourrait avoir un effet significatif sur le nombre de fumeurs, et serait donc un atout substantiel pour atteindre l'objectif fixé par la ministre.

(1) <http://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2016/en/>

(2) Les membres de la Coalition nationale contre le Tabac sont: Fondation contre le Cancer (FCC), Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ), Kom op tegen Kanker (KotK), Fonds des Affections Respiratoires (FARES), Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH), Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT), Belgische Cardiologische Liga, Arbeitsgemeinschaft Für Suchtvorbeugung und Lebensbewältigung (ASL), Algemene Pharmaceutische Bond (APB), Service d'Etude et de Prévention du Tabagisme (SEPT), Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG).

## Journée mondiale sans tabac 2016 (suite)



### 20 mai 2016 : la France, l'Irlande et le Royaume-Uni prennent de l'avance

Les paquets neutres permettent de diminuer l'attractivité des cigarettes, d'augmenter

l'impact des avertissements de santé et de faire obstacle aux techniques d'influence des industriels du tabac. Ils font également diminuer le nombre de jeunes qui commencent à fumer, et motivent les fumeurs à arrêter. Ces observations ont été réalisées en Australie (3), où les paquets neutres sont obligatoires depuis décembre 2012. Selon une étude menée par les autorités australiennes, un quart de la baisse de consommation de tabac peut être imputée à l'introduction du paquet neutre.

Le 20 mai 2016, la France, l'Irlande et le Royaume-Uni passeront aux paquets neutres, suite au feu vert de l'UE en la matière. En effet, et malgré une plainte introduite par Philip Morris et British American Tobacco, la Cour de Justice européenne a établi dans un arrêt du 4 mai 2016 que les paquets neutres répondaient à toutes les exigences légales. La Belgique pourrait donc parfaitement prendre la même mesure.

### Introduire les paquets neutres et interdire la publicité dans les lieux de vente : les deux faces d'une même pièce

Les pays ayant opté pour les paquets neutres (Australie, Royaume-Uni, Irlande et France) ont tous introduit simultanément l'interdiction totale de publicité dans les points de vente, et pour de bonnes raisons. Il n'est pas logique d'autoriser la publicité dans les magasins si elle est interdite sur les paquets. Sans compter que cet état de fait laisse la porte ouverte à l'industrie du tabac, avec tous les problèmes et procédures qui peuvent en découler. Le principe de proportionnalité juridique ne serait en effet pas respecté. Ce principe dit en substance que

pour atteindre un objectif fixé, ce sont d'abord les mesures les moins drastiques qui doivent être prises. Les paquets neutres et l'interdiction de la publicité doivent donc être introduits simultanément.

La publicité « classique » pour les marques et produits du tabac est interdite depuis 1999, mais les affiches et panneaux lumineux sont toujours autorisés dans les magasins de tabac et de journaux. Or, il existe dans notre pays un soutien certain du public à un élargissement de l'interdiction. C'est ce qu'a, en tout cas, montré une enquête réalisée auprès de 3001 Belges en 2015 par GFK, à la demande de la Fondation contre le Cancer : 71% étaient en faveur d'une telle mesure.

Il a été démontré à maintes reprises que les jeunes sont particulièrement réceptifs aux publicités pour les cigarettes. Et celle-ci est fréquemment présente dans les endroits où les jeunes se rassemblent aux alentours des écoles. Dans les magasins de journaux, par exemple, elle côtoie les étalages de boissons, chips et autres bonbons. Toute cette publicité contribue à normaliser la cigarette.

### La publicité encore autorisée est trompeuse, disproportionnée, voire même illégale

L'industrie du tabac dispose des moyens humains et financiers, ainsi que de l'inventivité nécessaire, afin de jouer systématiquement avec les limites de la loi. On peut trouver de nombreux exemples de ces publicités 'limites' (voir images ci-jointes), sans parler des nombreux cas traités par la justice, durant lesquels les géants du tabac remettent systématiquement en question des termes-clés de la législation. Certains magasins de journaux se spécialisent quant à eux dans la vente de tabac, avec la débauche de publicités et de présentoirs qui en découle.

(3) <http://ris.dpmc.gov.au/2016/02/26/tobacco-plain-packaging/>



## Journée mondiale sans tabac 2016 (suite)

Quelques exemples :

- La publicité est volontairement trompeuse concernant les risques pour la santé, avec des mentions telles que 'no additives' ou 'smooth' qui semblent suggérer que le tabac n'est pas forcément mauvais pour la santé, ou que certaines marques sont moins dangereuses que d'autres.
- Aussi bien la publicité que l'offre sont massivement présentes : voir par exemple les étalages et réclames pour le tabac à rouler dans les régions frontalières ou dans certains magasins de journaux.
- Des infractions sont très régulièrement constatées sur des vitrines latérales ou aux alentours immédiats des points de vente, alors que la législation n'autorise que la publicité en façade.

### **Madame De Block, faites d'une pierre deux, ou plutôt trois, coups !**

La Coalition nationale contre le Tabac encourage le ministre à faire d'une pierre deux coups : introduisez le paquet neutre, et interdisez simultanément toute publicité dans les points de vente. Cela permettra de renforcer toutes les autres mesures de votre plan anti-tabac !

ANNEXE IMAGES: [cliquez ici pour être redirigé vers une page avec les versions haute résolution.](#)



## Echos du FARES

### SALON DE LA PRÉVENTION ET DE LA SANTÉ À QUIÉVRAIN — 19 ET 20 FÉVRIER 2016

En février dernier, l'équipe du FARES a participé au salon de la prévention et de la santé organisé à l'initiative du Plan de Cohésion Sociale de la ville de Quiévrain.

Ce fut l'occasion, le vendredi, de rencontrer des groupes d'élèves du primaire et du secondaire et de les sensibiliser à la question du tabac et de la chicha via le jeu « Lotto des odeurs » et en répondant aux questions préparées par ceux-ci. La journée du samedi était, elle, ouverte à tous et a drainé un public familial. Durant ces deux journées, de nombreux gadgets et matériels de sensibilisation ont été distribués.

Le FARES se réjouit de cette collaboration efficace et qui prend tout son sens dans le cadre de sa campagne « Sevrage pour tous ».



Quiévrain  
Centre d'Animation

## SALON DE LA PRÉVENTION ET DE LA SANTÉ

Samedi 20 février 2016  
de 10h00 à 16h00

10H00 MARCHÉ NORDIQUE

11H00 INAUGURATION OFFICIELLE

14H00 CONFÉRENCE SENSIBILISATION À LA MALADIE D'ALZHEIMER ET ACCOMPAGNEMENT DE L'AIDANT

**ENTRÉE GRATUITE**

Un événement de la Commune de Quiévrain

Une initiative du Plan de Cohésion Sociale de Quiévrain

Avec le soutien du CPAS de Quiévrain et de la Province de Hainaut

NAVETTES ORGANISÉES AU DÉPART D'AUDREGNIES ET BAISIEUX

RENSEIGNEMENTS & RÉSERVATIONS : 065/458.997

PARCE QUE VOTRE SANTÉ COMPTE BEAUCOUP !

Centre d'Animation  
Rue de l'Abattoir 2 - 7380 Quiévrain



**Bérengère JANSSEN**  
Chargée de projets FARES

**Samuel PIRET**  
Cyberdocumentaliste FARES

## Echos du FARES

### LE SERVICE PRÉVENTION TABAC DU FARES A PARTICIPÉ AU SALON DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DE GEMBOUX ..

Le samedi 5 mars, s'est ouverte la première édition du Salon de la Santé et du Bien-être de Gembloux. L'objectif était de proposer aux visiteurs une série de services, de conférences et d'ateliers destinés à éclairer et rendre possible une meilleure prise en compte de sa santé et de son bien-être au quotidien.

Parmi la quarantaine d'exposants, le Service Prévention Tabac du Fares a tenu un stand d'information et de sensibilisation destiné au grand public. Le focus a été fait sur la communication concernant le répertoire des tabacologues et le remboursement des consultations auprès des tabacologues. A cette occasion, nous avons constaté que nombre de personnes n'étaient aucunement informées du remboursement et qu'il demeurerait donc absolument nécessaire de continuer à renseigner le public à son sujet.

Le Service a également invité les visiteurs à une réflexion et des échanges autour du tabagisme et l'odorat, par le biais du Lotto des odeurs...

Enfin, des tests du taux de monoxyde de carbone ont été proposés, ce qui a permis au Service de sensibiliser le public aux problématiques cardiovasculaires liées au tabagisme.

Les différentes activités mises en œuvre par le Service Prévention Tabac du Fares lors du Salon de la santé et du Bien-être de Gembloux ont, en tout cas, rencontré un franc succès !...



**Cédric MIGARD**  
Chargé de projets FARES

## Echos du FARES



### LE SERVICE PRÉVENTION TABAC DU FARES A PARTICIPÉ AU SALON DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DE CHÂTELET .

Les 22, 23 et 24 avril 2016, s'est déroulée une nouvelle édition du Salon de la Santé et du Bien-être de Châtelet, événement adressé à tous les citoyens. Le Service Prévention Tabac du FARES, soucieux de poursuivre sa campagne de sensibilisation « **Arrêter de fumer ou diminuer sa consommation de tabac, c'est possible pour tous** » a été une nouvelle fois à la rencontre du grand public. Au gré des échanges, le Service a proposé brochures et outils « clin d'œil », favorisant un partage des représentations autour de la question du tabac, accueillant des témoignages et dispensant des informations, notamment pour ce qui concerne l'utilisation du répertoire des tabacologues et le remboursement des consultations en tabacologie ou encore la *time line* des divers bénéfices éprouvés suite à l'arrêt du tabagisme.

Notre équipe a par ailleurs pu sensibiliser les visiteurs à certaines des répercussions de la consommation de tabac sur la qualité de vie des personnes, au moyen de tests de mesure du taux de monoxyde de carbone dans le sang ou par le biais ludique et concret d'outils pédagogiques tels que le Lotto des odeurs.



Enfin, le Salon fut également l'occasion pour le Service Prévention Tabac de nouer des contacts avec des professionnels-relais et de leur faire connaître son offre en termes d'accompagnements de projets, d'animations ou de formations dans une perspective de promotion de la santé dans les secteurs de l'éducation, de la santé et du social.

Et un large public, toutes générations confondues, d'avoir été plus que présent à ce rendez-vous, témoignant d'un vif intérêt pour nombre de questions de santé et de bien-être liées au tabagisme !

**Cédric MIGARD**  
Chargé de projets FARES

## Echos de Tabacstop

### QUELQUES CHIFFRES DE LA NOUVELLE ENQUÊTE TABAC (2015) DE LA FONDATION CONTRE LE CANCER.

#### Le soutien en faveur des mesures anti-tabac est important

- 82% des personnes interrogées – et 66% des fumeurs – considèrent que l'interdiction de fumer dans les cafés est une bonne chose. Cette interdiction est de mieux en mieux respectée. Parmi les personnes interrogées, 15 % ont été témoins d'une infraction. C'est mieux qu'en 2014 (18%) et en 2013 (23%).
- 91% – et 87% des fumeurs – sont en faveur d'une interdiction de fumer en voiture en présence de mineurs.
- 71% sont d'accord avec une interdiction totale de la publicité dans les points de vente.
- 72% sont en faveur d'un soutien accru aux personnes désirant arrêter de fumer, grâce au remboursement des médicaments ayant montré leur efficacité.
- 61% marquent leur accord à une augmentation de 1 euro du prix du paquet de tabac à rouler.
- 50% sont en faveur des emballages neutres (sans logo ni couleurs attrayantes), et seuls 25% sont clairement contre.

#### Et les fumeurs ?

72% de fumeurs regrettent d'avoir commencé, et 64% veulent arrêter.

En 2015, 20% des Belges fument, dont 17% quotidiennement. Les chiffres varient par région : 17% en Flandre, 24% en Wallonie et 23% à Bruxelles.

En ce qui concerne les modes de consommation principaux, la cigarette arrive en première place avec 77%, suivie par le tabac à rouler avec 34% (la combinaison cigarette/tabac à rouler est possible).



### Fondation contre le Cancer

#### Cigarette électronique

En 2015, la proportion d'utilisateurs de la cigarette électronique était de 2% en Belgique. Elle est utilisée quotidiennement par 0,5% d'entre eux, et, une fois ou moins par semaine, par 1,5%. Parmi ces « vapeurs », 68% ont déclaré avoir eu recours à ce moyen pour arrêter de fumer, 26% car elle est moins nocive et 6% pour son aspect économique

#### Pour en savoir plus :

<http://www.cancer.be/nouvelles/enqu-te-tabac-2015-large-support-en-faveur-des-mesures-anti-tabac>

<http://www.tabacstop.be/info-pour-professionnels/infos-pour-les-professionnels-de-la-sant/chiffres-annuels-et-r-sultats>

## Echos de Tabacstop (suite)

### Quelques chiffres du rapport d'activité de Tabacstop en 2015 :

En 2015, Tabacstop a comptabilisé près de 20.000 contacts via ses différents services (permanence, coaching téléphonique, emails, iCoach).

### **Profils des contacts permanence et coaching téléphonique**

Si la proportion d'appels à la permanence est sensiblement la même entre hommes et femmes, ces dernières sont plus enclines à entamer un coaching téléphonique gratuit avec un tabacologue de Tabacstop (61% contre 39% d'hommes).

Sur l'ensemble des personnes coachées, 18% ont plus de 5 tentatives d'arrêt à leur actif et 71% avaient déjà fait 1 à 4 tentatives avant d'avoir recours à l'accompagnement intensif de Tabacstop.

46% des coachings concernent des fumeurs lourds consommant plus de 20 cigarettes par jour.

### **Résultats du coaching téléphonique**

45% des personnes inscrites au coaching téléphonique avaient arrêté de fumer à la fin de cet accompagnement d'aide à l'arrêt et 23% étaient toujours en arrêt 12 mois plus tard.

### **Site internet**

Côté site internet, le nombre de visiteurs continue d'augmenter (230.000 en 2015). C'est une croissance de 22% par rapport à 2014.

Il est frappant de remarquer que c'est le lundi que les visites sont les plus nombreuses, ainsi qu'après le nouvel-an : on souhaite redémarrer du bon pied.

Autre information spécifique : le test de dépendance proposé sur le site a été fait 102.000 fois <http://www.tabacstop.be/fumeurs/quel-point-suis-je-d-pendant/test-de-d-ependance-la-nicotine>

### **Pour en savoir plus :**

<http://www.tabacstop.be/info-pour-professionnels/infos-pour-les-professionnels-de-la-sant/chiffres-annuels-et-r-sultats>

**Régine COLOT**

Psychologue-Tabacologue  
TabacStop—Fondation contre le Cancer



## Tabagisme en institution

*NDLR : cet article est paru dans la revue « Santé conjugée » n°74 de mars 2016.*

*Les illustrations d'Anne-Catherine Van Santen sont tirées de la brochure « Parler du tabagisme avec les patients en psychiatrie », FARES 2011.*

### **GESTION DU TABAGISME EN INSTITUTION :**

#### **DE L'OPPORTUNITÉ DE FAIRE FEU**

#### **DE TOUT BOIS**

Cédric Migard propose ici un point de vue très nuancé à propos de la question du tabagisme en institution, au regard de ses dix années de pratique en tant que thérapeute dans un centre de jour pour alcoolodépendants, toxicomanes et pharmacodépendants. Ce qui suit découle en grande partie de cette expérience mais aussi de ce qu'il a pu en dégager ensuite, comme acteur de seconde ligne, en matière d'actions de prévention et de sensibilisation à la gestion du tabagisme en institution.

### **Gestion du tabagisme dans les secteurs de la santé mentale et de la psychiatrie**

La question du tabagisme au sein des institutions issues des secteurs de la santé mentale et de la psychiatrie ainsi que la prise en considération de la consommation de tabac chez les patients ont longtemps été reléguées à l'arrière-plan voire totalement évacuées. Or, plusieurs études ont démontré que la prévalence tabagique est relativement élevée chez les patients psychiatriques, du moins pour certaines catégories d'entre eux. En outre, il apparaît que la consommation de tabac entraîne une diminution de l'efficacité de la plupart des médicaments psychotropes et dès lors une nécessité d'en augmenter le dosage. Quoiqu'il en soit, la législation en matière de tabagisme, en nette évolution ces dix dernières années, a, depuis, forcé les acteurs du secteur à changer progressivement leur regard sur cette réalité et dès lors à faire se déplacer une norme jusqu'alors peu ou pas questionnée.



Avec l'application des nouvelles lois relatives à la gestion du tabagisme dans les lieux publics, l'obligation fut donnée aux différentes institutions de prévoir la création d'espaces spécifiquement dédiés à la consommation du tabac : les fumoirs. Nombre d'acteurs du secteur considèrent ces mesures avec appréhension ; cela engendra par ailleurs certains remous au sein des institutions, singulièrement dans le chef des usagers. Avec le recul, il ne serait pourtant pas faux d'avancer que le recalibrage, certes forcé, de la gestion du tabagisme dans les hôpitaux psychiatriques, les centres de jour ou résidentiels et les services de santé mentale eut, au final, des effets positifs. Et notamment au niveau de la dynamique institutionnelle, nous y reviendrons... Bémol toutefois, mais bémol de taille : malgré les évolutions législatives, la publication d'études et le changement des mentalités en matière de tabagisme, force est de constater que les esprits s'ouvrent encore avec frilosité à un questionnement en profondeur du tabagisme des patients et à une véritable intégration de cette dimension dans le processus thérapeutique.

## Tabagisme en institution (suite)

### Une expérience

Au regard des divers profils d'usagers représentés, de l'éventail des philosophies et approches cliniques et du type de structure rencontrés, la multitude d'institutions issues des secteurs de la santé mentale et de la psychiatrie recouvre en fait des réalités bien différentes. Dès lors, en matière de gestion du tabagisme, même si des constantes peuvent être observées, il y a également un certain nombre de différences notables d'une structure à l'autre. Afin d'éclairer mon témoignage concernant la place du tabac dans le centre de jour pour alcoolodépendants, toxicomanes et pharmacodépendants au sein duquel j'ai travaillé, il convient ainsi d'exposer ce qui constitue la singularité de celui-ci.

Durant les huit premières années de mon expérience, ce centre s'inscrivait encore dans l'héritage de l'antipsychiatrie et se fondait notamment sur certains principes de la psychothérapie institutionnelle tout en puisant une grande part de ses outils dans l'approche motivationnelle et le modèle transthéorique de changement. Le rapport entre travailleurs et patients, marqué par une distance thérapeutique minimale, prenait la forme d'une collaboration de type partenariale où chaque partie se trouvait pareillement impliquée (50/50).

Le patient n'avait pas à signer de contrat thérapeutique ni de contrat d'abstinence et n'avait pas non plus d'obligation de présence au centre ou de participation aux activités. Du fait de ce cadre très souple, nous limitions les risques d'exclusion des patients, lesquels avaient déjà, pour une part d'entre eux, un long parcours institutionnel jalonné de rejets successifs, une très faible estime de soi, et risquaient, hors prise en charge, livrés à eux-mêmes, de rentrer dans un cercle de consommation aux conséquences lourdes. Mais, surtout, par cette approche non contraignante, nous permettions aux patients d'être acteurs de leur propre changement, toute implication de leur part dans le programme de rééducation fonctionnelle devenant

l'émanation d'un désir propre, d'un libre-arbitre, d'une envie, d'une motivation, cette dernière parfois travaillée longuement en partenariat avec les membres de l'équipe thérapeutique.

Cela impliquait pour nous de privilégier une autre posture institutionnelle mettant au cœur du processus entre thérapeute et patient, ce que nous appelions « l'accrochage ». Pour favoriser l'accrochage, nous cherchions à multiplier les modes informels d'échanges avec les patients (bureau de l'équipe nommé « accueil » et ouvert aux patients de façon quasi permanente, interventions au domicile des patients, participation des thérapeutes à la vie communautaire, prise en compte de tout ce que les patients « amenaient », etc.). Ainsi, grâce à notre offre de services, notre présence, notre disponibilité, notre réactivité et notre investissement au sein d'un cadre très souple, nous construisions une relation de qualité tout en nous rendant parallèlement concurrentiels par rapport au produit. Toujours dans cette optique de l'accrochage, les intervenants ne s'enfermaient pas dans une position de savoir par rapport aux patients, lesquels étaient considérés comme les premiers experts de leur propre vie. Ils ne se trouvaient par ailleurs en aucun cas réduits à leur pathologie mais étaient au contraire appréhendés dans leur réalité multiforme et complexe d'individu, de citoyen... Ce positionnement nous donnait l'occasion de travailler autant avec des patients abstinentes en consolidation qu'avec des patients en période de consommation, autant avec des patients « motivés » qu'avec des patients n'ayant à la base aucune motivation à l'abstinence. Nous pouvions également accueillir au centre des patients sous effet de produits. En les acceptant, nous les protégeons durant la journée d'une poursuite de la consommation et des risques y afférents ; la « communauté » était elle aussi protégée car nous avions une pièce dédiée à la personne sous effet de produits et dont le comportement en était altéré de façon trop visible.

## Tabagisme en institution (suite)

### Une salle communautaire dans un nuage bleu .

Pour ce qui est de la place du tabac dans l'institution, celle-ci a bien sûr sensiblement évolué durant mes dix années de travail au centre. Lors des deux premières années, il était encore permis de fumer dans la plupart des espaces, y compris le bureau des thérapeutes. Certains de mes collègues et une majorité de patients se trouvaient être fumeurs, et la salle communautaire baignait la plupart du temps dans un nuage bleu... Par ailleurs, le questionnement au sujet de la gestion du tabagisme était pour ainsi dire inexistant, notamment du fait que nous faisons le focus sur d'autres assuétudes considérées comme plus impactantes en terme de bien-être pour le public que nous suivions. En outre, notre philosophie clinique d'être concurrentiels par rapport aux produits et dès lors de donner aux patients des raisons de venir au centre plutôt que de consommer nous avait amenés à considérer la salle communautaire dans un certain esprit, lequel se trouvait résumé par la formule « bistrot sans alcool » : un lieu où les patients pouvaient se poser, lire leur journal, jouer à la belotte, bavarder et... fumer ! Un certain nombre de patients étaient avant tout des habitués des bistrots, les appréciant en tant que lieux de vie sociale, avec leurs codes, y trouvant, pour certains, la seule occasion de nouer des contacts humains et, par là, de briser pour un moment leur isolement.

Le fait de retrouver au centre certaines similitudes avec cet univers les aidait à s'inscrire dans le programme de rééducation fonctionnelle. Ceci allait de pair avec nos tentatives de trouver un langage commun avec le patient, de sorte que l'institution ne soit pas aliénante pour celui-ci, qu'elle puisse lui permettre de travailler le changement tout en s'appuyant sur ses propres singularités, en lien avec son propre monde.

Néanmoins, nous ne souhaitons pas pour autant exclure tout questionnement à propos du tabagisme et, dès lors, nous tenions compte des rares demandes individuelles émanant des patients eux-mêmes, que cela concerne un projet d'arrêt ou de diminution de la

consommation de tabac ou une demande d'avis au sujet de la synergie alcool-tabac.

### Interdiction de fumer dans les lieux publics : césure

Mais, la véritable césure en matière de gestion du tabagisme dans l'institution fut impulsée de l'extérieur avec l'application de la loi concernant l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Lors de la mise en place de cette nouvelle mesure qui se traduit au sein de l'institution par la cessation de la consommation de tabac dans le bâtiment et la création d'un espace-fumoir à l'extérieur, sur une petite "terrasse-balcon", je constatai que la perspective d'interdiction totale de la cigarette intramuros suscitait chez un bon nombre de patients énormément d'appréhension voire de la colère ou un sentiment de révolte. Certains patients firent savoir leur intention de mettre fin à leur prise en charge si l'interdiction venait à se concrétiser.



## Tabagisme en institution (suite)

Ceci engendra un débat clinique et institutionnel, parfois passionné, entre patients et équipe mais aussi au sein de l'équipe elle-même.

Chaque travailleur se trouvait renvoyé à sa réalité de fumeur ou de non-fumeur, à ses propres valeurs, à un questionnement au sujet de la notion de liberté individuelle, à son positionnement par rapport à la philosophie clinique défendue où, nous l'avons vu, le choix d'une alternative motivationnelle prévalait par rapport à l'application d'une contrainte et où la conception du fameux « bistrot sans alcool », de l'accrochage et de la nécessité d'être concurrentiels par rapport aux produits (psychotropes, alcool) était prégnante.

Notons-le, au passage, des études prospectives ont souligné que, de manière générale, dans les services de psychiatrie, les équipes soignantes ont fait montre d'hostilité vis-à-vis de la mise en place de l'interdiction de fumer [1] ; le contexte de ces services, bien différent de celui de notre centre de jour, produisit un débat centré plutôt sur la crainte d'assister chez les patients à une explosion d'agressivité ou à une recrudescence symptomatique importante.

L'interdiction de fumer dans le bâtiment se mit en place progressivement, sur plusieurs semaines. Hebdomadairement, nous réduisions d'une journée supplémentaire le temps durant lequel l'espace intérieur restait encore un espace fumeur. Peu à peu donc, patients et thérapeutes fumeurs migrèrent vers la petite terrasse pour consommer leur tabac. Peu à peu également, cet espace fut colonisé par d'autres patients et thérapeutes, non-fumeurs, et il devint un véritable lieu d'échanges, de débat, de papote. Craintes et mécontentement s'estompèrent tandis que le changement s'opérait. De nouvelles habitudes apparurent.

Outre le fait que les locaux n'étaient plus enfumés et donc qu'il était tout simplement plus agréable d'y travailler, le changement le plus inattendu fut lié à la dynamique communautaire. Au niveau de la salle commune, avant la mesure, dans les moments sans activités, un certain nombre de patients restaient isolés, chacun assis à sa place de prédilection et fumant clope sur clope en lisant son journal ou perdu dans ses pensées.

Et quelques-uns parmi eux passaient toute leur journée ainsi (il était difficile de nouer du lien avec eux, difficile de les motiver à participer à la vie communautaire ou aux activités du centre). Lorsque le fumeur extérieur fut instauré, ces patients se mirent à bouger, au sens physique bien sûr, puisqu'il s'agissait désormais de se déplacer pour aller fumer, mais également à d'autres niveaux : anticipation et préparation de l'acte de fumer en lieu et place d'une consommation machinale, échanges avec les autres fumeurs ou non-fumeurs sur la terrasse, consommation plus circonscrite et donc en diminution, mise en place de nouvelles occupations dans la salle communautaire, etc.

Cette mise en mouvement concerna par ailleurs tout le monde, patients et thérapeutes, fumeurs et non-fumeurs, et eut, au final, une incidence très positive sur la dynamique institutionnelle. Ceci permit notamment au staff d'aller plus naturellement « chercher » certains patients, particulièrement ceux évoqués plus haut qui avaient jusqu'alors tendance à demeurer dans leur bulle avec la cigarette pour seul compagnon. Enfin, même si la gestion du tabagisme des patients était encore loin d'être pleinement prise en compte par l'équipe, le nouveau contexte de consommation eut pour conséquence de faire entrer sensiblement la question de la consommation de tabac dans l'espace thérapeutique, principalement du fait des patients eux-mêmes ; il y eut une augmentation de demandes et questions de la part des fumeurs à propos de leur consommation et, dans quelques cas, certes encore rares, des tentatives

## Tabagisme en institution (suite)

d'arrêt. Nous avons alors l'opportunité de travailler cette réalité avec eux en lien avec leur contexte de vie, leur dépendance à l'alcool ou aux drogues, ou encore en lien avec des questions de santé, de poids, etc.

### **Institution ? Une lecture et ses perspectives en matière de gestion du tabagisme**

De quelle manière transmettre l'intérêt de considérer la dimension de la gestion du tabagisme comme pouvant faire partie intégrante du champ d'action des professionnels en institution ? En tant qu'intervenant pour un service de prévention du tabagisme menant un travail de sensibilisation auprès des secteurs de la santé mentale et de la psychiatrie, le défi paraît de taille.

Les questionnements relatifs au tabagisme en institution peuvent sembler à première vue circonscrits à une unique problématique, celle de la consommation du produit et de sa nocivité. Cependant, tant les intervenants eux-mêmes que les acteurs en prévention du tabagisme ont, pour agir sur cette réalité, d'autres perspectives qu'une focalisation sur la seule consommation de tabac, focalisation qui, par ailleurs, force est de le constater, en décourage plus d'un... ou se résume à un clivage au niveau des représentations : d'un côté, certains experts, acteurs de seconde ligne ou intervenants se soucient exclusivement des conséquences sanitaires du tabagisme. De l'autre, comme relevé par différentes études, une grande part des praticiens fumeurs sous-estiment le tabagisme comme facteur de risque et vont même jusqu'à l'envisager comme thérapeutique en soi pour les patients psychiatriques (aide à la gestion de l'anxiété ou à la prévention de la rechute, élément de compensation du vide existentiel ou de l'isolement, etc.).

Or, nous en avons eu un aperçu, il s'agit d'une réalité plus complexe qu'il n'y paraît, nécessitant sans doute de prendre en considération de manière plus globale tout un contexte institutionnel, une philosophie clinique. Il y aurait là l'occasion de penser, de façon quasi épistémologique, le fonctionnement, la conception de l'institution et, par là même, de sortir de leur zone d'ombre certains des éléments, dont le tabagisme, faisant bien partie du champ institutionnel mais tantôt stigmatisés, tantôt banalisés, tantôt évacués, considérés comme secondaires ou contraignants au regard de l'approche clinique. Je plaide donc ici pour une démarche de gestion du tabagisme positive car participant d'une vivification institutionnelle. Et je propose, pour ce faire, une lecture de ce qu'est, ou pourrait être, l'institution... « *Une institution ce sont des liens qui créent un lieu* ». Cette phrase, due à François Tosquelles, l'un des inventeurs de la psychothérapie institutionnelle aux côtés notamment de Jean Oury, reflète, à mon sens, l'un des fondamentaux de l'approche institutionnelle, ce que mon expérience m'a révélé mais aussi ce que je n'ai eu de cesse d'affiner et de promouvoir au fil des années de pratique.

Une esquisse de réflexion à ce sujet, nous le verrons, a tout son intérêt lorsqu'il s'agit de penser la gestion du tabac au sein des institutions et, pour les professionnels en prévention du tabagisme, la sensibilisation, en cette matière, des acteurs de la santé mentale et de la psychiatrie.

L'institution, en tant que lieu, doit en effet sa réalité, l'épaisseur même de son réel, au quotidien qui s'y tisse, à l'humain qui s'y invente, à la relation qui s'y découvre, aux subjectivités qui s'y rencontrent. Elle est un lieu au sens fort ; lieu que l'on pourrait prendre dans son acception étymologique : « l'endroit d'un ouvrage ». En l'occurrence, je dirais que l'institution est un lieu fondé par les liens qui y œuvrent, lesquels sont sa raison d'être mais aussi, en retour, ce au service de quoi elle se met (ou pourrait se mettre)

...



## Tabagisme en institution (suite)

Le lien apparaît comme l'outil premier, essentiel, de la thérapie et en même temps comme ce que cet outil façonne. La relation est un outil au moyen duquel le patient va pouvoir psychiquement recréer des liens, du sens, va pouvoir à nouveau entrer en dialogue avec lui-même, se remettre en mouvement, retrouver de la motivation. Dès lors, la résolution de ce que le patient poursuit est précisément rendue possible par ce socle du lien co-construit au fil du temps avec l'accompagnant. A la lumière de ceci, j'avancerais que thérapeute et patient ont beaucoup à gagner d'interagir en tant que partenaires, sur une base égalitaire, afin de générer une relation dynamique mettant en présence des acteurs à part entière. Et j'ajouterais qu'au sein de l'institution, tout individu, tout événement, toute interaction, toute parole, tout rituel, toute action, tout objet, toute forme d'occupation des différents espaces, tous us et coutumes, d'un point de vue clinique, sont à envisager par le professionnel avec ce qu'il faut d'attention, de fluidité et de subjectivité afin, précisément, de nourrir cette relation singulière aux effets thérapeutiques. Il y aurait à prendre une posture phénoménologique... Le thérapeute a l'opportunité de « faire feu de tout bois » lorsqu'il s'agit d'explorer le champ thérapeutique de la relation en institution, absolument TOUT bois, y compris « ces riens avec lesquels se fait le travail à fabriquer de l'institutionnel », pour paraphraser Jean Oury. En effet, rien ne doit être a priori exclu ou considéré comme secondaire si la volonté est de nourrir une véritable dynamique d'aide et de soin.

Une telle assertion offre la possibilité de tenir compte de la nature transitionnelle de l'institution comme de ce qui la compose, et dès lors, de pouvoir agir sur cette réalité, de faire de la structure un levier thérapeutique plutôt que de simplement en subir ou en appliquer avec rigidité le cadre. Et pour ce qui est de la gestion du tabagisme, je vois là pour les professionnels du secteur, comme pour les acteurs en prévention, l'opportunité de penser de nouvelles pistes d'intervention, entre autres hors de la simple

dichotomie « j'interdis/j'autorise », hors du « de toute façon, il ne leur reste plus que ça », du « il y a d'autres priorités concernant ce public » ou encore de la croyance bien commode selon laquelle « les individus porteurs d'une affection mentale ne souhaiteraient pas arrêter » [2], hors même de la seule approche sanitaire... Il s'agit d'abord d'être conscient du fait que la cigarette, objet transitionnel par excellence au sein de l'institution, joue certes, elle aussi, parfois un rôle dans la relation thérapeutique, ce qui lui octroie un certain bénéfice, à reconnaître. Parallèlement, chacun le sait, les impacts de la consommation active ou passive de tabac en termes de santé et de bien-être ont été démontrés, avec des risques spécifiques pour les patients psychiatriques. Ces constatations révèlent à quel point la problématique du tabac dans les institutions est source de paradoxes et d'ambivalence, ceci expliquant sans doute partiellement pourquoi les acteurs des secteurs de la santé mentale et de la psychiatrie se sont toujours trouvés dans une situation inconfortable face à cette question et pourquoi ils préfèrent généralement l'évacuer.



## Tabagisme en institution (suite)

On l'a dit, banaliser, promouvoir ou se contenter d'interdire, sans autre réflexion, l'acte de fumer en institution revient d'une certaine manière à éluder la question de la gestion du tabagisme, du moins dans ce que celle-ci peut avoir d'intérêt au-delà de la seule problématique sanitaire. Or, il paraît tout à fait envisageable d'être dans une démarche de remise en question du tabagisme sans confondre cela avec une volonté d'interdire, mais aussi de reconnaître au rituel de fumer des bénéfices dans la relation thérapeutique sans banaliser ou mésestimer les risques en termes de santé.

Il n'y aurait plus, d'un côté, ceux qui penseraient la consommation de tabac en institution comme thérapeutique en soi ou anecdotique, sans autres considérations et, de l'autre, ceux qui, notamment au nom de son impact sanitaire, plaideraient pour qu'elle soit totalement prohibée. Dès lors, et je vois là l'une des principales pistes de solution, en lieu et place de la consommation pure et simple ou de l'interdiction de la consommation, une réflexion en matière de gestion du tabagisme serait à utiliser par le professionnel comme levier thérapeutique. Explorer les ambivalences, questionner le tabac, son usage, les représentations à son sujet, penser une diminution ou un arrêt de la consommation peut être thérapeutique en tant qu'élément transitionnel au sein de la relation patient-intervenant et s'inscrire dans le cadre d'une approche holistique de l'individu, de l'institution...

Ainsi, dans la perspective d'une démarche motivationnelle, commencer par envisager et reconnaître les inconvénients mais aussi les bénéfices rencontrés dans la consommation de tabac au niveau individuel et au niveau du champ institutionnel, offre la possibilité de mettre en œuvre un mouvement, disons de prospection, visant à inventer ou découvrir d'autres comportements ou alternatives permettant d'atteindre ces mêmes bénéfices sans les inconvénients. Toujours dans cette optique, concevoir l'institution comme lieu de créativité fondé par les liens qui y œuvrent, et comme espace laissant l'opportunité

aux intervenants de faire feu de tout bois, rend également possible d'envisager la gestion du tabagisme en tant que prétexte venant enrichir d'autres territoires du champ thérapeutique. Cette dynamique est dès lors susceptible de produire des effets débordant du seul cadre de la diminution ou de l'arrêt du tabac pour l'inscrire dans celui du bien-être global du patient.

**Cédric MIGARD**  
Chargé de projets FARES

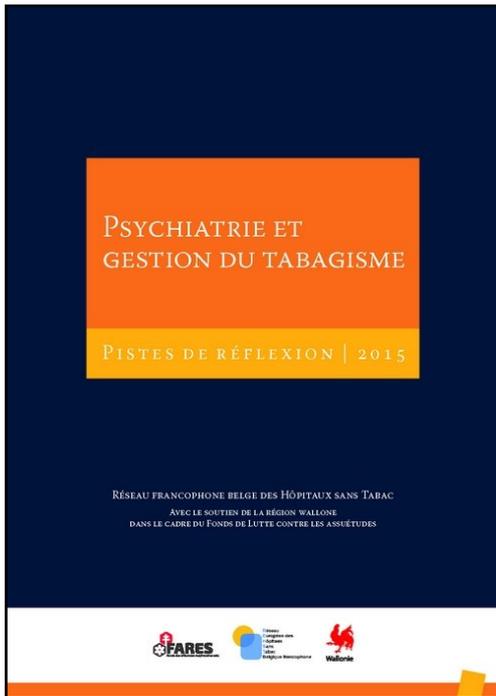
*Depuis 2009, grâce aux subsides du Fonds de lutte contre les assuétudes, le FARES a initié différentes actions à destination du secteur de la santé mentale et de la psychiatrie. Elles ont comme objectif principal d'augmenter l'intérêt vis-à-vis de la question du tabagisme des sujets pris en charge par ce secteur, et ceci avec la volonté de promouvoir une approche respectueuse de chacun. Dans ce contexte, un module de e-learning a été mis en ligne (<http://elearning.fares.be/>) et quatre brochures reprenant des articles originaux ont été publiées sous le titre **Psychiatrie et gestion du tabagisme**. Pistes de réflexion. Le texte ci-dessus est extrait de la dernière parution, fin 2015.*

[1] Michel L. « Comment éviter les incidents liés à l'interdiction de fumer dans les services de psychiatrie ? » In Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques. Conférence d'experts : tabac et psychiatrie. OFT ENTREPRISE Paris, 2009, pp. 177-85

[2] Concernant la motivation : une méta-analyse (Siru R et al, Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness : a review) reprenant 1247 patients a mis en évidence que la motivation à arrêter de fumer des sujets porteurs d'une maladie mentale était au moins aussi élevée (voire même plus élevée) que dans la population générale.

## Bibliothèque

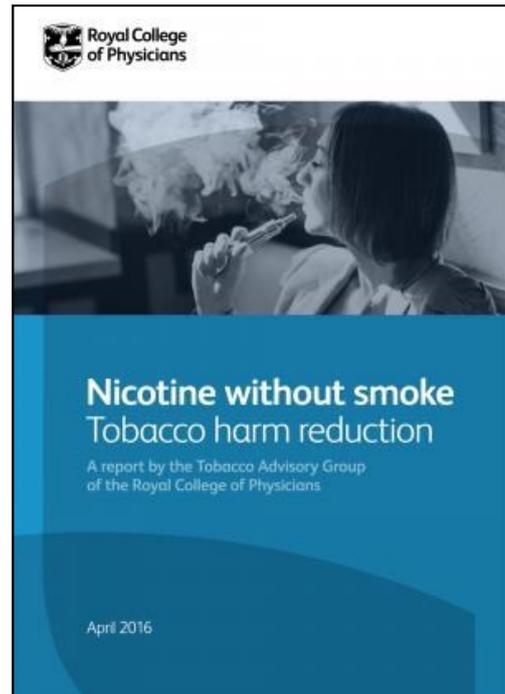
### NOUVEAUTÉS À LA BIBLIOTHÈQUE



**Psychiatrie et gestion du tabagisme** - Pistes de réflexion 2015 / Réseau francophone belge des hôpitaux sans tabac.—Décembre 2015.

*Ce recueil comporte 2 articles principaux, un premier présentant l'état actuel de la situation du tabagisme en psychiatrie et des pistes de recommandations, et un second offrant un témoignage original intéressant d'un acteur du secteur.*

Disponible en ligne gratuitement sur [www.hopitalsanstabac.be](http://www.hopitalsanstabac.be)

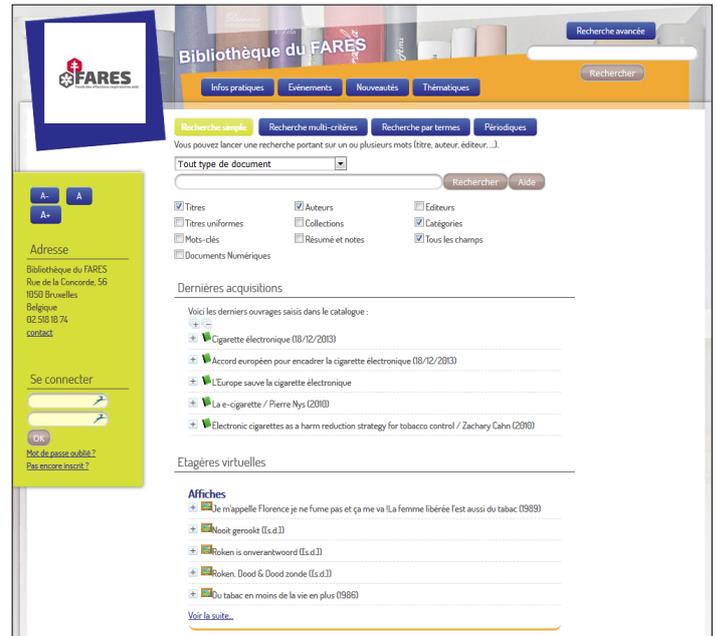
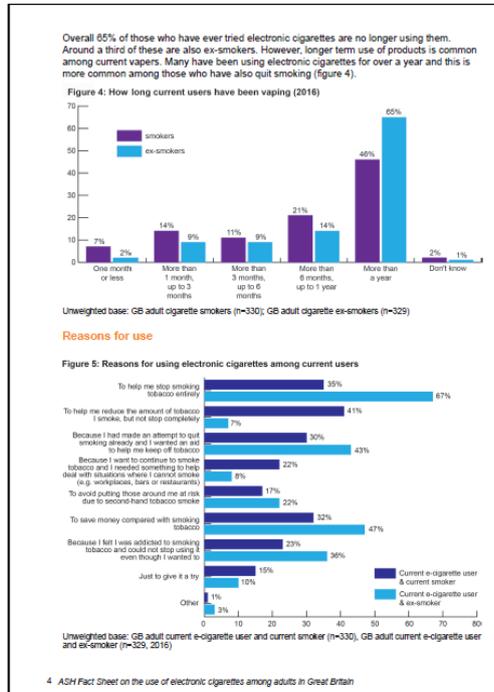


**Nicotine without smoke: Tobacco harm reduction / Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians.**—Londres, Avril 2016.

*Ce rapport vise à fournir une nouvelle mise à jour sur l'utilisation de la réduction des méfaits dans le tabagisme, par rapport à tous les produits de nicotine non-tabac, mais en particulier les e-cigarettes. Il conclut que, pour tous les risques potentiels, la réduction des méfaits a un potentiel énorme pour empêcher la mort et l'incapacité de l'usage du tabac, et d'accélérer notre progression vers une société sans tabac.*

Disponible en ligne gratuitement sur <https://www.rcplondon.ac.uk>

## Bibliothèque



Bibliothèque du FARES

Recherche avancée

Recherche simple | Recherche multi-critères | Recherche par termes | Périodiques

Tout type de document

Rechercher Aide

Adresser

Bibliothèque du FARES  
Rue de la Concorde, 50  
1050 Bruxelles  
Belgique  
02 518 18 74  
contact

Se connecter

OK  
Mot de passe oublié ?  
Pas encore inscrit ?

Demières acquisitions

Voici les derniers ouvrages saisis dans le catalogue :

- Cigarette électronique (08/12/2013)
- Accord européen pour encadrer la cigarette électronique (08/12/2013)
- L'Europe sauve la cigarette électronique
- La e-cigarette / Pierre Nys (2010)
- Electronic cigarettes as a harm reduction strategy for tobacco control / Zachary Cahn (2010)

Étagères virtuelles

Affiches

- Je m'appelle Florence je ne fume pas et ça me va / La femme libérée l'est aussi du tabac (1989)
- Noot gerookt (E.s.d.)
- Roken is onverantwoord (E.s.d.)
- Roken. Dood & Dood zonde (E.s.d.)
- Du tabac en moins de la vie en plus (1986)

Voir la suite...

Le catalogue de la bibliothèque du FARES est à votre disposition gratuitement sur <http://biblio.fares.be>

### Use of electronic cigarettes (vapourisers) among adults in Great Britain / ASH Action on Smoking and Health. — Mai 2016.

Depuis 2010, il y a eu une augmentation significative de l'utilisation des cigarettes électroniques chez les fumeurs adultes en Grande-Bretagne. Cette fiche d'information résume les résultats des enquêtes annuelles.

Disponible en ligne gratuitement sur [http://www.ash.org.uk/files/documents/ASH\\_891.pdf](http://www.ash.org.uk/files/documents/ASH_891.pdf)

**Samuel PIRET**  
Cyberdocumentaliste FARES

## Agenda

### AGENDA DES FORMATIONS PROPOSÉES PAR LE FARES



**22 juin 2016**

Formation à l'EM de groupe

[Informations](#)

**27 juin 2016**

Formation à l'EM niveau 1

[Informations](#)

**3 septembre 2016**

formation à DATABAC

[Informations](#)

**8 juin 2016**

Matinée d'échanges sur la plateforme e-learning du FARES

[Informations](#)

**18 juin 2016**

formation à DATABAC

[Informations](#)



12ème rencontre de tabacologie

UCL Mons

15 octobre 2016



### AUTRES RENDEZ-VOUS

10ème congrès de la Société Française de Tabacologie 3-4 novembre 2016

[www.csft2016.com](http://www.csft2016.com)



Société  
Francophone  
de Tabacologie

**CSFT 2016**

3 - 4 novembre  
Lille, France