



TABAC & LIBERTÉ

LETTRE TRIMESTRIELLE D'INFORMATION

Le mot du Président

Notre association s'est fixé comme but la recherche et le développement de tous les moyens permettant de lutter contre l'intoxication tabagique et d'améliorer l'efficacité du sevrage médical.

Pour atteindre ces objectifs l'association a formé :

- Un conseil scientifique réunissant des personnalités connues de la médecine préventive et de la lutte contre les drogues et en particulier le tabac,

- d'un comité d'action de prévention et de formation.

Dans un premier temps, l'association va porter ses efforts sur :

- une réflexion sur la stratégie de communication en terme de prévention surtout au niveau des patients, des médecins, des sportifs et des jeunes de 11 à 13 ans,

- l'information scientifique à différents niveaux de la population des médecins et du grand public,

- l'organisation d'un réseau « terrain » capable d'organiser, d'animer ou d'aider toutes les réunions sur tout le territoire qu'elles soient d'information ou de formation.

Pour mener à bien ces tâches, l'association aura besoin de rassembler toutes les bonnes volontés.

Nous comptons sur votre aide.

Merci.

Dr J. DAVER

Les coûts humains du tabagisme

Depuis 30 ans les publications de l'Advisory Committee on Smoking and Health proclament que la cigarette est la principale source de morbidité et de mortalité précoce aux USA.

On a compté en 1990 aux Etats-Unis 418.690 morts dues au tabac (2 fois plus d'hommes que de femmes). Cela représente environ 19 % de la totalité des morts dans ce pays qui s'élèvent la même année à 2.148.000.

On estime que la moitié de ces morts soit environ 1 million de personnes, est due à des causes évitables (tabac, alcool, mauvaise alimentation, accidents de voiture, drogues, agents microbiens et toxiques, etc.).

Aux USA un quart de la population fume [46 millions de fumeurs (24 millions d'hommes et 22 millions de femmes)] principalement dans la tranche d'âge de 25 à 44 ans.

Si on constate une diminution nette du nombre des fumeurs depuis 1973, il faut noter une stabilisation

de cette évolution en 90 et 91 et le pourcentage des gros fumeurs (plus de 20 cigarettes) augmente légèrement (de 26 % à 27,1 %).

Le tabac a été la cause en 1990 de 179.820 morts par maladies cardiovasculaires (98.921 par maladies ischémiques cardiaques et 23.281 par accidents vasculaires cérébraux.

Par ailleurs on estime à 53.000 les victimes du tabagisme passif.

Enfin le tabac est responsable de 85% des cancers du poumon dont on compte 175.000 cas nouveaux par an et de 82 % des cancers laryngés.

Cette étude souligne l'importance du tabac dans la mortalité précoce aux USA.

TL1 - BARTECCHI et coll./New Engl Med.
1994, 330 907-912

CONSEIL SCIENTIFIQUE

PRÉSIDENT : PR A. HIRSCH
MEMBRES : PR M. BROCHIER
PR R. MOLIMARD
PR G. NICOLAS
PR P. ROUZAUD

Le mot du président du Conseil Scientifique :

L'objectif du Conseil Scientifique de notre association Tabac & Liberté est de veiller à ce que les informations diffusées dans la lettre d'information reflètent l'évolution des connaissances dans le domaine du tabagisme. L'indépendance des membres du Conseil Scientifique garantit une information objective et rigoureuse. Tabac & Liberté se doit d'être un espace de débat sur les thèmes soulevés par une politique de contrôle des effets du tabagisme sur la santé. A côté des dispositifs réglementaires (interdiction de fumer dans les espaces accueillant le public, interdiction de toutes les formes de publicité et de promotion des produits du tabac, augmentation du prix de vente au détail) une large place doit être réservée à l'information et à l'éducation du public, de certaines cibles en particulier (femmes, jeunes...) et à toutes les méthodes d'aide à l'arrêt (médicamenteuses et non médicamenteuses) qui seront discutées afin de mettre à la disposition des 50 à 75 % de fumeurs désireux d'arrêter des techniques validées.

Ce Conseil doit être le garant d'une information objective des médecins et des autres professions de santé. Il doit encourager les études, enquêtes et initiatives dans ce qui constitue la première cause évitable de mortalité dans notre pays.

Le président du Conseil Scientifique : Pr A. HIRSCH

AU SOMMAIRE

- Le mot du Président de l'Association
- Le mot du Président du Conseil Scientifique
- Le mot du Comité
- Epidémiologie
- Toxicomanie
- Sevrage



Le tabagisme en médecine du travail

En France le tabagisme est un problème de santé publique. Le tabac est responsable de 60.000 morts par an.

En France les fumeurs réguliers ou occasionnels représentent 40 % de la population avec une féminisation nette dans les 20 dernières années. Mais il faut souligner qu'un fumeur sur deux souhaite s'arrêter ce qui donne la mesure de la responsabilité du corps médical et des associations pour aider ces volontaires potentiels à aller au bout de leur désir.

Le tabagisme a un effet restrictif sur l'aptitude à un certain nombre de postes de travail comme manutention, docker, et augmente la nocivité de l'ensemble des substances à tropisme respiratoire rencontrées dans l'exercice du métier (cancer bronchique à l'amiante, au fer, au chrome, cancer de la vessie aux amines aromatiques).

TL2 - SOLER/Arch. Nat. Prof. Med. Trav. Sec. So c. 1990, 51, 283-284

Tabagisme et indicateur de santé

En comparant les évolutions de l'état de la santé avec l'âge et les conditions de travail les auteurs ont envisagé le fait que le tabac puisse être un des facteurs de la corrélation entre âge et santé.

Les 3 critères de l'état de santé choisis sont les nombres :

- d'arrêt de travail,
- de jours d'arrêt de travail d'une durée supérieure à 30 jours,
- de consultations médicales, si supérieur à 4.

Ces critères sont examinés dans 3 tranches d'âge, par sexe, et par catégorie professionnelle et pour les 3 classes par rapport au tabac :

- non fumeurs
- fumeurs
- anciens fumeurs

Les arrêts de travail augmentent avec l'âge chez les fumeurs et pas chez les non-fumeurs.

Il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes chez les fumeurs.

TL3 - EUGENE et coll./Arch. Mal. Prof. Med. Trav. 1993, 21, 218-221

Incidences en médecine du travail :

- Inaptitude à certains postes,
- rôle du médecin du travail
- information dans les salles d'attente
- information sur les lieux de travail et pendant les consultations

Bilan des actions de prévention en France

Grizeau et coll. analysent les résultats de la dernière enquête sur la prévalence du tabagisme mise en place par le CFES (Comité Français d'Education pour la Santé) en 1992.

Le pourcentage de fumeurs est étudié selon le sexe, l'âge, le niveau d'instruction et le comportement tabagique des parents.

La comparaison est faite par rapport aux enquêtes précédentes semblables (1977 pour les jeunes et 1974 pour les adultes).

Les auteurs objectivent une baisse du pourcentage des fumeurs chez les jeunes (34 % en 1992 pour 46 % en 1977), malheureusement ce constat doit être pondéré par une augmentation de la consommation chez les jeunes fumeurs. (1 jeune fumeur sur 2 fume plus de 10 cigarettes par jour). Par ailleurs le pourcentage de fumeurs réguliers (≥ 1 cigarette par jour) chez les 12-18 ans est stable. Ce sont les taux de fumeurs occasionnels qui diminuent.

Pour les adultes la tendance est à la stabilisation du pourcentage des fumeurs (40 % de la

population) avec il faut le noter une tendance à la diminution chez les hommes (de 59 à 48 %) et à une augmentation chez les femmes (de 28 à 33 %).

L'information auprès du public est une partie de la stratégie d'intervention mais elle doit être accompagnée par des mesures réglementaires (interdiction de la publicité, hausse des prix, interdiction de fumer dans les lieux publics) et une action de l'ensemble du corps médical chez les patients qui n'envisagent pas de s'arrêter de fumer.

TL4 - GRIZEAU et coll./Rev. Prat. 1991, 43, 1197-1202

Prévention du tabagisme chez les jeunes

Les voies de la dépendance chez l'enfant ne sont pas très bien identifiées.

McNeil observe que certains enfants absorbent par inhalation la même quantité de nicotine qu'un adulte et que dans ces cas-là l'apparition de la dépendance est très rapide.

Les voies de la dépendance sont :

- fumer pour des raisons psychosociales,
- fumer pour retrouver l'effet positif de la nicotine,
- fumer pour ne pas être en manque.

McNeil a mené une étude portant sur 2938 écoliers londoniens âgés de 11 à 13 ans suivis pendant 30 mois. De cette étude il ressort que la première cigarette a une importance considérable sur la suite des habitudes tabagiques. Après les essais de la première ou de la deuxième cigarette l'évolution « fumeur » ou « non-fumeur », « intoxiqué ou pas » n'est pas fixée avant deux ans. C'est dans cette période que doivent se concentrer tous les efforts des médecins et des éducateurs.

TL5 - McNeil /Brit. J. of Addict. 1991, 86, 589-592



L'information des enfants sur les risques sociaux du tabagisme est dissuasive pour les premières cigarettes.

Les dangers du tabagisme sont mal évalués par les adolescents et Schuttle et coll. ont essayé sur une population de 102 jeunes élèves des lycées et collèges (45 garçons et 57 filles) de mesurer les effets de l'information sur les premières cigarettes. Après 5 semaines d'informations diverses montrant les inconvénients du tabac chez les adultes les auteurs ont noté chez les étudiants avertis un retard, par rapport aux témoins, à l'utilisation du tabac.

Les éléments d'informations donnés par l'enseignant qui rapporte les effets sociaux nocifs du tabac seront illustrés par un fumeur repent, par les difficultés familiales (conjoint et enfants) analysées, par les incidences sociales montrées entre amis et aussi au niveau des relations professionnelles, etc.

A la suite de cet exposé l'enseignant organise des jeux de rôle pour illustrer son propos (il donne 15 minutes aux étudiants pour travailler leurs personnages).

Le lendemain les acteurs analysent et discutent de leur interprétation de leur rôle avec la classe, pour évaluer le préjudice social du tabac.

On interroge ensuite les deux groupes d'étudiants :

- celui recevant l'information,
- celui n'ayant pas reçu l'information,

sur leur notion du préjudice social du tabac et sur leur attitude vis-à-vis de la cigarette.

Les étudiants avertis ont dans l'ensemble pris conscience de l'importance du préjudice que fait courir à terme l'habitude tabagique. Pour pallier cet inconvénient ils décident de retarder leur début de fumeur.

Les risques du tabagisme passif chez l'enfant.

Depuis 1972 on sait que le risque tabagique est une réalité chez les non-fumeurs.

En 1986 les Services de Santé Américains attirent l'attention sur les effets nocifs du tabagisme passif chez l'enfant.

La fumée aspirée par le filtre d'une cigarette est le courant primaire qui intoxique le fumeur. La fumée qui s'échappe du bout de la cigarette résultant de la combustion incomplète par incandescence est le courant secondaire qui intoxique le non-fumeur exposé.

Les composés de la fumée peuvent être divisés en 4 classes : alcaloïdes du tabac dont la nicotine, oxyde de carbone, cancérigènes et irritants.

Certains ont une concentration plus élevée dans le courant secondaire que dans le courant primaire (oxyde de carbone).

La fonction respiratoire des enfants exposés longtemps au tabagisme passif est altérée, le risque de bronchiolite est multiplié par 4, les adénoïdectomies et les amygdalectomies sont plus fréquentes chez les enfants de fumeurs, les otites sont plus fréquentes et plus prolongées.

On a noté que les altérations observées sont variées et peuvent être influencées par une prédisposition génétique : épaissement des conduits, inflammation avec augmentation de la perméabilité de l'épithélium respiratoire, de la réponse histaminique.

Certains auteurs ont même affirmé qu'une exposition de courte durée (moins d'1 heure) peut provoquer une hyperactivité bronchique pendant 2 semaines.

Enfin le tabagisme passif aurait une influence défavorable sur la croissance pulmonaire du fœtus, de l'enfant, et de l'adolescent jusqu'à 17 ans.

Critères de responsabilité du tabagisme passif dans la pathologie respiratoire de l'enfant d'après Dutau

- 1 - Consommation de plus de 3 cigarettes par jour à domicile.
- 2 - Les caractéristiques du logement (cubage, mode de chauffage).
- 3 - Chronologie entre exposition au tabac et début des symptômes (conjonctivite, toux, rhinopharyngite, dysphonie, wheezing).
- 4 - Caractère négatif des examens à la recherche d'une autre cause aux troubles respiratoires.
- 5 - Estimation du niveau de pollution dans le logement (oxycarboneémie).
- 6 - Taux de cotinine sérique supérieur ou égal à 2,5 ng/ml ou cotinine urinaire située entre 0,8 et 65 ng/ml.
- 7 - Disparition des symptômes après soustraction au tabagisme passif.

L'enfant nourri au lait artificiel est plus sensible aux conséquences du tabagisme passif

Les enfants des mères qui ont fumé pendant la grossesse pèsent moins lourds (200 g de moins en moyenne) à la naissance, ont des anomalies thyroïdiennes et sont plus souvent sujets à la mort subite.

Le tabac est maintenant considéré comme une drogue puissante

En 1988 le Public Health Service établit formellement que le tabac doit être considéré comme une drogue, son usage conduisant à une dépendance.

Les auteurs cherchent maintenant à affiner le modèle de dépendance à la nicotine. Les théories classiques de dépendance postulent que la prise



continue de la drogue conduit à une neuro-adaptation qui entraîne une augmentation de la dose et une augmentation de la tolérance.

Le modèle implique que la dépendance est une conséquence inévitable et universelle de l'utilisation chronique de la drogue.

La majorité des fumeurs chroniques augmente de façon dramatique leur taux de nicotine jusqu'à un niveau élevé qui est tel qu'il devient nécessaire chaque jour de maintenir le taux sanguin de nicotine pour éviter des malaises. Il faut noter qu'il existe en cette matière une importante variabilité individuelle.

Le mécanisme par lequel la dépendance se développe n'est pas connu.

TL 8 - SHIFFMAN / Brit. J. of Addiction
1991, 86, 611-615

La nicotine entraîne-t-elle plus de dépendance que la cocaïne ?

Hennigfield et coll. se posent très sérieusement la question sur la base des critères de la dépendance donnés par l'OMS, l'American Psychiatric Association et l'US Surgeon General.

En effet tous les facteurs de l'emploi, de la mortalité, de la dépendance physique et des données de la pharmacologie permettent de classer le tabac dans les drogues.

La dépendance à la nicotine est plus commune que celle à la cocaïne, à l'héroïne, ou à l'alcool

et on trouve tous les niveaux entre la prise occasionnelle et la prise chronique de nicotine entraînant la dépendance.

Seulement 10 % des fumeurs de cigarettes ne fument que 5 cigarettes par jour. Des facteurs culturels et le développement de l'information expliquent la diminution des fumeurs occasionnels.

Au terme de cette étude les auteurs concluent que la dépendance à la nicotine est aussi puissante que celle à la cocaïne mais différente dans ses modalités.

TL9 - HENNINGFIELD et coll. / Brit. J. of Addict.
1991, 86, 565-589

Le rôle du médecin dans le sevrage tabagique

Le concours du médecin est indispensable pour obtenir la diminution de la consommation du tabac par ses malades, surtout ceux qui ne manifestent aucune envie de s'arrêter. Slama rapporte les résultats d'une étude américaine qui fait état que le simple fait qu'un médecin parle à chaque consultation du tabagisme avec ses patients augmente de 10 % la fréquence des tentatives d'arrêt.

Pour cet auteur une implication de tous les médecins généralistes en France auprès de tous leurs malades provoquerait l'arrêt

définitif du tabagisme d'au moins 200.000 personnes par an.

Cela explique l'intérêt que notre association, Tabac & Liberté, porte à la mise en place d'une information convaincante à destination des médecins.

TL 10 - SLAMA / Concours Médical
1994, 116, 1143-1145

Le mot du comité

Soyons sérieux !

Le tabagisme est, selon L'OMS, le premier comportement sur lequel une action mondiale de prévention est possible et efficace. Il est aussi l'un des principaux facteurs de risque que notre société française a décidé de faire évoluer par une approche résolument scientifique sur les plans de la recherche, de la prévention, de l'assistance au sevrage.

Le comité scientifique de TABAC & LIBERTÉ veut favoriser la qualité des messages éducatifs, des travaux de recherche pédagogiques, des procédures d'évaluation, des expérimentations et des études en laboratoire pour que la crédibilité s'impose à la suspicion et que le professionnalisme des professions de santé apporte aux fumeurs la sécurité et la confiance.

Dr. E. ANDRÉ

Je soussigné : M., Mme, Mlle

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Pays : _____ Téléphone : _____

• désire adhérer à l'association (ci-joint un chèque de 280FF)

• Désire des informations :
Précisez _____

Association Tabac & Liberté : 36, rue Alsace-Lorraine, 31000 Toulouse - Tél. 61 23 42 30
Pour adhérer, adressez un chèque de 280 FF au nom de l'association

Editeur :

Association Tabac & Liberté

Siège Social :

36, rue Alsace-Lorraine,
31000 Toulouse

Tél. 61 23 42 30 - Fax 61 22 83 07

Directeur de la publication :

Docteur DAVER

Dépôt légal : 4^e trimestre 1994

Conception et composition :

Montag - 81500 LAVAUR

Impression :

SIA - 81500 LAVAUR