TABAC & LIBERTÉ

Réseau de Médecins

LETTRE TRIMESTRIELLE D'INFORMATION
ANNÉE 11 - NUMÉRO 43 OCTOBRE 2005

L'APPEL DE PARIS CONTRE LE TABAC

A la fin du CIFICOT II a été voté, le 21 septembre 2005, à l'unanimité des présents ou représentés la motion suivante :

Face à une industrie, dont la concentration des moyens financiers menace la santé publique et entrave, par la corruption, le développement des pays émergents.

Désireux de s'ouvrir à la dimension internationale, multiculturelle et plurilinguistique de la lutte contre le tabac,

Forts de la déclaration de Montréal adoptée en 2002 lors de la première Conférence Internationale Francophone sur le Contrôle du Tabac (CIFICOT I),

Les 700 délégués représentant 33 pays de la Francophonie réunis à Paris à l'occasion du CIFICOT II adoptent, à l'unanimité, les deux résolutions suivantes :

► la convention Cadre de Lutte Antitabac de l'OMS (CCLAT) doit être ratifiée, transposée et appliquée par les gouvernements des pays de la Francophonie*,

► les opinions de ces pays, en particulier celles des pays d'Afrique, d'Asie, de l'Océan Indien..., doivent être mobilisées afin de mettre en œuvre un plan d'action comprenant :

- l'interdiction de toute publicité et de toute promotion des produits du tabac sous quelque forme que ce soit,
- l'augmentation significative et répétée annuellement du prix de vente au détail des produits du tabac,
- la protection totale des non-fumeurs par l'interdiction générale de fumer dans les lieux publics et les lieux du travail,
- la mise à disposition auprès des fumeurs des méthodes d'arrêt du tabac scientifiquement validées,
- l'information efficace des publics, en particulier les plus démunis, sur les effets du tabagisme sur la santé.

La Conférence (CIFICOT II) mandate les présidents de CIFICOT I et de CIFICPT II, le président et le secrétaire permanent de l'Observatoire du Tabac en Afrique Francophone (OTAF) de constituer et financer un Secrétariat Permanent Francophone de Lutte contre le Tabac.

Il est chargé d'élaborer une stratégie francophone et de renforcer la collaboration mondiale face aux agissements de l'industrie du tabac particulièrement dans les pays les plus vulnérables.

* à ce jour, seuls 12 des 46 Etats de la Francophonie ont ratifié la Convention (CCLAT). Seuls les pays l'ayant ratifiée avant le 8 novembre 2005 auront le droit de vote pour les prochaines étapes de la convention (CCLAT).

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Tabagisme féminin

M.M. Delcroix et Jacquemont présentent une revue générale sur le problème du tabagisme au féminin qui montre combien est préoccupant aujourd'hui et pour demain l'extension alarmante du tabagisme féminin.

En 2000, 48 % des femmes fument avant la grossesse pour 17 % en 1972, et pendant la grossesse 28 % en 2000 pour 10 % en 1972, et ceci en dépit de toutes les campagnes d'information et de l'engagement des professionnels de santé.

Hill estimait qu'en France, en 1995, 3000 décès étaient dus au tabac soit 1 % de la mortalité féminine. Mais ces chiffres sont en pleine expansion, les femmes fument de plus en plus et de plus en plus jeunes.

L'OMS a publié le risque d'infarctus chez la femme selon l'âge, le statut tabagique et l'utilisation de la pilule. Le tabac est le facteur multiplicatif le plus grand et les femmes fumeuses utilisatrices d'œstrogènes synthétiques (EPS) voient leur risque cardiaque multiplié par 10 avant 35 ans et par 12 après 35 ans.

Les femmes non fumeuses qui utilisent la pilule (EPS) ont un risque plus faible que les fumeuses qui arrêtent la pilule.

Les risques d'accidents thromboemboliques sont majorés par le tabagisme de même que celui des accidents cardiovasculaires cérébraux.

Le tabagisme a des répercussions sur le cycle hormonal, la fertilité, les cancers (col utérin, sein, ovaire, vulve, vessie), la peau, la maladie de Crohn...

Il est donc essentiel d'améliorer la prise en charge gynécologique des femmes fumeuses en s'appuyant chaque fois que cela sera possible sur le dosage du CO, pour sensibiliser les femmes à l'hypoxie qu'entraîne le CO et qui est essentiellement responsable des accidents cardiovasculaires.

Delcroix M, Jacquemont ML-Intoxication tabagique chez la femme. Prise en charge gynécologique des femmes fumeuses - Editions scientifiques et médicales Elsevier, Gynécologie 2003 ; 39-L-20, 10p

CO maternel et poids à la naissance

Le tabagisme des femmes enceintes a énormément progressé ces 20 dernières années en France passant de 14,8 % en 1981 à 25,1 % en 1995. Cette prévalence est similaire à celle que l'on trouve aux USA. Ce tabagisme pendant la grossesse affecte sérieusement la morbidité et la mortalité infantile et est de toutes les façons associée à un poids de naissance inférieur à celui des enfants nés de mère non fumeuses.

L'étude présentée par C. Gomez et al. porte sur 856 femmes enceintes fumeuses et non fumeuses. Le CO de l'air expiré est mesuré dans le premier trimestre de la grossesse lors d'une consultation et dans la salle de travail avant la délivrance. On mesure aussi le CO de l'air expiré du conjoint aux mêmes moments. Pour le nouveau-né on dose la carboxyhémoglobine dans le sang du cordon à la naissance.

La diminution du poids à la naissance est significativement liée au taux du CO de la femme ou de son époux dès qu'il est supérieur à 5 ppm.

Gomez C, Berlin I, Marquis P, Delcroix M. - Expired air carbon monoxide concentration in mothers and their spouses above 5 ppm is associated with decreased fetal growth - Prev Med 2005 ; 40 : 10-15

Efficacité d'un programme de sevrage pour les femmes enceintes en Pologne

Une étude contrôlée, randomisée avec un groupe témoin a été menée chez une population de femmes couvrant un large échantillon des femmes socialement déshéritées vivant dans une zone urbaine. Sachant que l'action des sages femmes à domicile a été sans effet sur le taux de sevrage tabagique.

L'étude a été faite au mois de décembre 2001 dans les maternités publiques de Lodz (Pologne). Elle a porté sur les maternités et non sur les femmes car on a estimé qu'étant donné les difficultés sociales des femmes et leur degré de difficulté sociale elles auraient pu influencer d'autres femmes rencontrées dans la maternité. Les études antérieures ont permis de noter que 33 maternités prenaient en charge 2960 femmes enceintes par an. Les calculs ont déterminé que pour être significative l'étude

devait porter au moins sur des lots de 137 sujets. Par peur de refus plus nombreux dans le groupe test par rapport au groupe témoin, le groupe test a été choisi nettement plus important que le témoin. L'âge des femmes était semblable (25,5±6,2 pour le groupe intervention et 25,9±5,9 pour le groupe témoin). Dans le groupe intervention les femmes étaient plus souvent non mariées et avaient moins d'enfant que dans le groupe contrôle.

Résultats: les arrêts du tabac ont été plus importants dans le groupe intervention que dans le groupe témoin et la différence de poids des enfants à la naissance a été significativement plus élevée chez les femmes ayant cessé de fumer que chez celles qui ont continué de fumer (203,8 g / p = 0,01), alors que la différence avec le groupe contrôle était de 198,2 g (p = 0,08).

Conclusion: le rôle des sages femmes est très important pour augmenter le sevrage tabagique des femmes enceintes.

Polanska K, Hanke W, Sobala W, Lowe JB – Efficacy and effectiveness of the smoking cessation program for pregnant women – *Int. J. Occupat Med & Envir Health* 2004;17: 369-377

Dépression chez la femme enceinte en désir d'arrêter de fumer

Les femmes qui fument pendant la grossesse font courir des risques de morbidité et de mortalité pour l'enfant. Mais les femmes présentant des antécédents de dépressions sévères ou des difficultés pour arrêter le tabac et, en cas de succès du sevrage, peuvent présenter un syndrome grave de dépression. Aussi le sevrage d'une femme enceinte doit être précédé de l'évaluation d'un éventuel état dépressif.

Dans l'étude réalisée par Blalock et al. le seuil de la dépression est évalué par la *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* et le DSM-IV chez 139 femmes enceintes voulant s'arrêter de fumer. Dans cet échantillon 63 % des patientes présentent des caractères évoquant une dépression actuelle ou passée. Mais 46 % frôlent le seuil limite de la dépression, et 20 % présentent des caractères d'une dépression majeure dont la moitié avec dysthymie.

Il est donc tout à fait important avant de commencer un sevrage chez une femme enceinte d'évaluer son état mental à la recherche d'une symptomatologie dépressive latente, qui constituerait un obstacle au sevrage tabagique et ferait courir le risque d'apparition d'une complication à type d'accès dépressif aigu.

Blalock JA, Fouladi RT, Wetter DW, Cinciripini PM – Depression in pregnant women seeking smoking cessation treatment – *Addict Behav* 2005; 30: 1195-1208

Bupropion et sevrage chez la femme enceinte

Fumer pendant la grossesse fait courir un risque au fœtus. Pourtant trop de femmes fument encore pendant leur grossesse (1/4 des femmes enceintes). C'est une preuve que l'addiction créée par la nicotine est forte.

Une étude de l'efficacité du bupropion pour l'arrêt du tabac des femmes enceintes a été faite sur 22 femmes enceintes par rapport à 22 autres femmes enceintes recevant un placebo. Les deux groupes sont comparables. Dans le groupe bupropion 10 femmes ont arrêté de fumer (une a repris sa consommation au second trimestre de gros-

sesse) par rapport à 3 dans le groupe contrôle. Sur les 12 femmes qui ont reçu le bupropion et ne se sont pas arrêtées de fumer la plupart ont diminué leur nombre de cigarettes consommées par jour.

Chan B, Einarson A, Koren G – Effectiveness of Bupropion for smoking Cessation During Pregnancy – *J Addict Dis* 2005; 24: 19-23

Comparaison des efforts de infirmières et des assistants médicaux dans le sevrage tabagique

L'AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*) compare les performances en rapport qualité/prix de l'activité de sevrage des médecins infirmières et assistants médicaux utilisant en pratique le guideline de sevrage tabagique conçu à cette fin. L'étude a porté sur 1221 patients. Le souhait est de multiplier très vite le nombre des personnes pouvant apporter une aide au fumeur pour s'arrêter de fumer.

Le guideline a nettement augmenté l'efficacité des professionnels de santé, mais pas encore au niveau des médecins. Il faut donc élaborer pour eux un programme de formation qui leur permette d'améliorer leur performance et d'acquérir une maîtrise en particulier dans le domaine qui leur est propre des soins primaires.

Katz DA, Brown RB, Muehlenbruch DR, Fiore MC, Backer TB – Implementation Guidelines for Smoking Cessation – *Am J Prevent Med* 2004 : 27: 411-416

L'influence des pairs et des parents dans la progression de l'usage du tabac

Morton et al. étudient l'influence des pairs et des parents dans l'installation du tabagisme chez les jeunes adolescents. C'est important parce que l'on sait qu'un jeune adolescent qui se met à fumer régulièrement devient très vite dépendant.

L'étude inclut 1320 jeunes adolescents vus 5 fois entre le 6^e et le 9^e grade. La première remarque est que le nombre d'amis qui fument n'entraîne pas forcément une plus forte propension du jeune à fumer. S'il est possible d'approcher le rôle des pairs et des parents dans le développement de la dépendance tabagique, par contre le rôle des facteurs sociaux est très difficile à appréhender. Les résultats sont très différents suivant la race, les moyens financiers et les études en cours. Les plus favorisés pourraient être les mieux protégés. Probablement par l'aptitude à dire « non ».

Morton NS, Chen R, Abrams L, Haynie DL – Latent Growth Curve Analysis of Peer and Parent Influences on smoking Progression Among Early Adolescents – *Health Psychology* 2001; 23: 612-621

Réglementation municipale anti-tabac et probabilité de devenir un ex-fumeur

A partir des données d'une enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes croisées avec des éléments de la réglementation municipale les auteurs ont essayé de déterminer par des études statistiques la probabilité de devenir un ancien fumeur. Il ne semble pas dans cette étude que le fait d'habiter dans une commune qui a adopté une interprétation stricte des lois anti-tabac augmente les chances de devenir un ancien fumeur, contrairement à ce que montre un certain nombre d'autres études.

Viehbeck SM, McDonald PW – An Examination of the Relationship Between Municipal Smoke-free Bylaw Strength and the Odds of Being a Former Smoker – *Canadian J Public Health* 2005; 96: 42-44

Etude Cochrane sur le sevrage tabagique sur les lieux du travail

L'objectif de l'étude est de déterminer les interventions de sevrage testées dans des études contrôlées et de déterminer aussi dans quelles mesures elles aident les travailleurs à s'arrêter de fumer ou à diminuer leur consommation de tabac.

Les sources utilisées: Tobacco Addiction Review Group trials en novembre 2002, Medline (1996-novembre 2002) EMBASE (1985- novembre 2002) et PsycINFO (jusqu'en novembre 2002) ainsi que les conférences sur le tabac et des recherches bibliographiques.

Les critères des interventions:

- interventions sur les fumeurs pour les inviter à s'arrêter de fumer,

- interventions globales sur les postes de travail.

Ces critères ont été élargis aux actions d'environnement de ces deux approches, notamment dans la deuxième catégorie aux interdictions de fumer dans les postes de travail.

En fonction de la diversité des études les auteurs n'ont pas effectué une réelle méta-analyse, mais une synthèse qualitative.

Résultats:

- Les aides individuelles de sevrage retenues sont 9 études de thérapie de groupe, 3 études de conseil individuel, 8 études de mise à disposition de matériel d'aide à l'auto-sevrage, et 4 études de substitution nicotinique. Les résultats sont concordants avec les résultats d'études de ce genre. Les thérapies de groupe, les conseils individuels et la substitution nicotinique augmentent significativement le nombre des arrêts du tabac par rapport à l'abstention ou au conseil minimal.

- les interventions retenues sur les postes de travail ont été 13 interdictions de fumer, 2 études d'un support social, 4 études d'un support environnemental, 6 programmes complexes et deux études de compétition et de recrutement.

Les auteurs n'ont pas réussi à mettre en évidence d'augmentation des arrêts tabagiques par ces méthodes, mais leur diversité même rend difficile l'étude.

En conclusion:

1 - il existe une forte évidence que les actions individuelles agissent directement sur le taux d'arrêt du tabac,

2 - il existe peu d'éléments en faveur de l'efficacité des actions entreprises par l'employeur,

3 - l'interdiction de fumer sur les postes de travail est efficace et se répercute en dehors de l'entreprise, en diminuant la prévalence du tabagisme, résultat encore discordant.

4 - il existe un manque de preuves que les actions d'environnement soient efficaces,

5 - il manque de données sur le coût des programmes d'action sur les postes de travail.

Moher M, Key K, Lancaster T – Workplace interventions for smoking cessation – *The Cochrane Library* 2005, issue 1 – 65p 173 réf.

Etude comparative du coût de l'arrêt du tabac au poste de travail

En 2002 dans le Minnesota le procureur général a demandé aux partenaires sociaux de l'Action contre le tabac de faire un effort pour offrir une assistance individuelle pour l'arrêt du tabac plutôt que d'agir comme ils le faisaient sur l'environnement, la qualité de l'air au poste de travail et la protection des non-fumeurs.

Le fonds du problème étant la meilleure utilisation des deniers publics pour la protection de la santé.

L'étude évalue et compare le coût d'un programme de sevrage tabagique basé sur le traitement substitutif de nicotine avec le coût d'un programme destiné à privilégier la qualité de l'air environnant, le poste de travail et le développement d'une politique d'entreprise de lutte contre le tabac.

Dans le Minnesota la population des adultes à partir de 18 ans est de 3 717 580 avec une prévalence de fumeurs de 22 % soit 825 000 fumeurs.

Les auteurs ont calculé le nombre de personnes utilisant le programme à base de substituts nicotiques, le nombre d'arrêt et le gain d'années de vie contre le coût d'une politique d'état de promotion du poste de travail sans tabac en prenant comme repère le nombre d'arrêt du tabac. La durée de l'étude a été d'un an.

Résultats: Au bout d'un an le programme individuel de substitution nicotinique a entraîné l'arrêt du tabac chez 18 500 personnes pour un coût de 7 020 \$US par arrêt dont pour la qualité de vie un coût de 4 440 \$US.

Dans le même temps la politique du poste de travail sans tabac a permis à 10 400 personnes de s'arrêter de fumer pour un coût de 799 \$US dont un coût de 506 \$US pour la qualité de vie.

Conclusion: Même si l'objectif de départ est de promouvoir le sevrage individuel du fumeur, les fonds publics doivent être utilisés en priorité pour développer des politiques de respect du poste de travail non-fumeur, cette action se prolonge ensuite probablement par une diminution de la prévalence du tabagisme et une diminution du risque du tabagisme passif. Cette étude est limitée dans ses objectifs, dans le temps et dans l'estimation des bénéfices obtenus. Mais elle donne une orientation qui doit être rapidement confirmée par de nouvelles études.

Ong MK, Glantz SA – Free Nicotine Replacement Therapy Programs vs Implementing Smoke-Free Workplaces: A cost-Effectiveness Comparison – Am J Public Health 2005; 95: 969-975

L'impact sur la consommation tabagique de la promotion d'une politique d'espaces non-fumeurs au travail

L'interdiction de fumer sur les lieux de travail a pour objectif de protéger les non-fumeurs des fumées toxiques du tabac.

Il a été montré que de telles politiques entraînent une diminution de la prévalence du tabagisme, une diminution de la consommation de cigarettes, une augmentation du nombre de fumeurs qui désirent arrêter de fumer, et augmente le nombre des arrêts.

Sur les 26 études analysées par Fichtenberg et Glantz seulement 5 sont accompagnées d'une étude longitudinale mais sur une courte période de temps. C'est pourquoi Bauer et al. ont utilisé les données de la *Community Intervention Trial for Smoking Cessation* (COMMIT) une longue étude prospective menée par le National Cancer Institute de 1988 à 1993 et dont les participants étaient encore suivis en 2001. Ces données ont permis d'évaluer les changements que la politique du poste de travail non-fumeur entraîne.

Une enquête téléphonique a été menée auprès de 1967 employés fumeurs en 1993 et en 2001 en notant les modifications éventuelles des

MOT DU PRÉSIDENT

Cher(e)s Collègues

Pour l'association la rentrée est particulièrement chargée car elle est la résultante de tout ce que nous avons préparé ces derniers mois. Nous disposons maintenant de tous les documents qui nous permettent d'intervenir en formation en toute circonstance dans les différentes réunions de confrères et de professionnels de santé. C'est l'aboutissement de plus de 10 années de labeur continu et le fruit d'un partenariat sans faille avec les laboratoires Pierre Fabre Santé. Pour recueillir tous les fruits de ce labeur nous devons nous-mêmes être plus performants et plus actifs dans la prévention et dans l'aide au sevrage tabagique. Aujourd'hui les pouvoirs publics nous accompagnent, au moins en paroles, cela doit stimuler notre action. Nous avons reçu une réponse favorable de l'UE à notre demande de subvention. La subvention est de 60 % d'un budget de 668 000 euros. C'est un énorme chantier pour les deux prochaines années sur lequel nous devons travailler tous ensemble pour faire face à nos engagements.

C'est pourquoi nous espérons vivement que nous pouvons compter sur vous, pour qu'en plus de votre activité quotidienne normale, vous apportiez votre aide aux projets de l'association. D'avance MERCI.

Dr Jean DAVER

conditions de travail par la mise en place d'une politique de poste de travail non-fumeur dans l'entreprise. Les employés dont l'environnement est devenu non fumeur entre 1993 et 2001 sont 1,9 fois plus nombreux à s'être arrêtés de fumer que ceux dont l'environnement n'a pas changé. Ceux qui travaillaient dans des espaces non-fumeurs en 1993 et en 2001 ont cessé de fumer 2,3 fois plus souvent que ceux dont l'environnement n'a pas changé. Cette augmentation des sevrages s'accompagne aussi d'une baisse significative du nombre de cigarettes fumées par ceux qui continuent de fumer.

En conclusion: la politique des espaces de travail non-fumeur aide les employés à réduire leur consommation de tabac et à cesser de fumer.

Bauer JE, Hyland A, Li Q, Steger C, Cummings KM – A Longitudinal Assessment of the Impact of Smoke-Free Worksite Policies on Tobacco Use – Am J Public Health 2005; 95: 1024-1029

Encore fumeurs après un infarctus du myocarde: un groupe à très haut risque

Rallidis et al. ont suivi pendant 3 ans 2000-2003 1011 patients externes (841 hommes et 170 femmes) d'un département de cardiologie après un infarctus du myocarde sur les 2461 patients sortis du service. Tous ont moins de 75 ans (60 ± 9 ans écart de 36 à 75 ans) et sont entrés volontairement dans l'étude plus de 6 mois après l'accident cardiaque en apportant leur dossier médical de sortie et en acceptant les consultations de contrôle clinique (poids, taille, tension artérielle, niveau d'exercice physique, consommation tabagique etc.) et biologique (cholestérol, triglycérides, HDL, LDL, hémoglobine glycosylée chez les diabétiques etc.).

Dans ce groupe 607 patients étaient fumeurs au moment de l'infarctus du myocarde (60 %) 329 patients ont reconnu continuer de fumer (32,5 %), alors que 338 (33,5 %) sont devenus des ex-fumeurs et 344 n'ont jamais fumé. Le temps de l'interrogation et du bilan est de 30 ± 15 mois après l'accident cardiaque. Les fumeurs disent avoir réduit leur consommation mais elle est encore en moyenne de 19 ± 14 cigarettes par jour et 70 % des fumeurs fument ≥ 10 cigarettes par jour.

Les patients qui fument après un infarctus du myocarde ont une attitude négative vis-à-vis des règles d'hygiène de vie recommandées, suivent moins bien leur traitement, font moins régulièrement de l'exercice physique et constituent un groupe à très haut risque qui doit être surveillé et qu'il faut absolument convaincre d'arrêter de fumer.

Rallidis LS, Hamodraka ES, Fouldis VO, Pavlakis GP – Persistent smokers after myocardial infarction: a group that requires special attention – Intern J Cardiol 2005; 100: 241-245

La réduction de consommation est-elle un chemin pour les fumeurs non motivés à l'arrêt?

C'est l'opinion de KO Fagerström après une méta-analyse de 9 études faites en double aveugle contre placebo.

Fagerström constate qu'à ce jour, seul l'arrêt brutal donne des résultats dans l'arrêt du tabac. Mais il remarque aussi qu'à un temps donné, une large majorité de fumeurs n'est pas motivée pour arrêter de fumer. Certains fumeurs sont heureux dans leur tabagisme, une majorité souhaite fumer moins et un dernier groupe veut arrêter de fumer. Seul ce dernier groupe est accessible à la méthode proposée de sevrage brutal, ce qui écarte la majorité des fumeurs.

A partir de 9 études randomisées, contrôlées en double aveugle contre placebo englobant de 90 à 594 personnes, excluant les fumeurs désireux de s'arrêter de fumer, portant sur plus d'un an avec des interventions modérées au nombre de 6 à 12, une diminution de la consommation a été observée dans les deux groupes traités et placebo. Les critères d'efficacité retenus étaient une réduction de 50 % du nombre de cigarettes fumées, et un taux de CO voisin de la normalité.

Le plus petit résultat est observé dans l'étude de Hatsukami qui emploie le bupropion avec seulement 5 et 7 % respectivement dans le groupe actif et le groupe placebo.

Le résultat le plus important est l'observation de l'abstinence dans 11 % des actifs et 6 % des

placebos dans cette population de fumeurs qui ne désiraient pas arrêter de fumer mais simplement réduire sa consommation. La motivation à arrêter de fumer a augmenté dans toutes les 9 études. Il est donc suggéré que la méthode brutale de sevrage devrait être modulée pour les fumeurs qui ne désirent pas s'arrêter de fumer et que l'aide à la diminution de la consommation peut être une méthode efficace pour faire naître ensuite la motivation à l'arrêt, ce qui permet de recruter une nouvelle population de fumeurs pour l'arrêt à terme.

Fagerström KO – Can Reduced Smoking Be a Way for Smokers Not Interested in Quitting to Actually Quit? – *Respiration* 2005; 72: 216-220

Jouer à cache-cache avec l'industrie du tabac

Ces dernières années on a une meilleure visibilité des stratégies marketing, des approches scientifiques et de marketing, de campagne de publicité et de relations publiques qu'utilise, pour son plus grand profit depuis des décennies, l'industrie du tabac. C'est le résultat de la mise à la disposition du public de plus de 50 millions de pages de documents de l'industrie du tabac, ordonnée par des décisions de justice aux USA à la suite des procès faits par des fumeurs ou leurs proches aux grandes compagnies cigarettières. Deux fonds principaux ont été constitués aux USA: le *Minnesota Tobacco Document Depository* et l'autre au Royaume-Uni: le *British American Tobacco Depository* de Guildford.

Déjà plus de 130 articles ont été publiés sur ces documents dans des revues à comité de lecture pour montrer que, malgré ses dénégations publiques, l'industrie connaissait depuis longtemps la toxicité du produit qu'elle vendait. On sait aussi aujourd'hui tous les efforts qu'elle a déployés dans tous les domaines: scientifiques, marketing, relations publiques, corruptions etc. pour dissimuler cette réalité.

De plus un certain nombre de documents ont été sciemment détruits et beaucoup d'actions ont été menées par téléphone pour ne pas laisser de traces écrites. De plus toutes les stratégies sont employées pour éviter l'approche de la vérité, cela va de la dissimulation de documents à l'avalanche de documents noyant le problème, des mises à disposition des états de documents différents etc.

L'article de Legreysley et al. détaille la stratégie perverse des compagnies cigarettières pour augmenter leurs profits aux dépens de la santé de leurs clients.

LeGresley EM, Muggli ME, Hurt RD – Playing hide-and-seek with the tobacco industry – *Nicotine and Tobacco Research* 2005; 7: 27-40.

NDLR – pour ceux, que ce sujet intéresse, nous recommandons la lecture du livre parfaitement documenté de G. Dubois: *Le rideau de fumée – le Seuil ed 2003, 366p*

Un objectif pour les infirmières au XXI^e siècle: la lutte contre le tabagisme

L'OMS a montré le chemin: la lutte contre le tabagisme principale cause évitable de mort prématurée est la grande affaire de ce siècle. Tous les professionnels de santé doivent y participer, et en premier place les infirmières.

Sarna et Bialous analysent les « mauvaises » raisons pour lesquelles les infirmières ne sont pas à la tête de la croisade antitabac comme elles le

devraient. Puis elles proposent des actions qui devraient leur permettre de jouer pleinement leur rôle dans cette action prioritaire de santé publique.

Sarna L, Bialous S – Tobacco Control in the 21st Century: A Critical Issue for the Nursing Profession – *Res and Theory for Nursing Practice: An Intren J* 2005; 19: 15-24

NDLR: *Les obstacles décrits sont semblables à ceux rencontrés par les médecins généralistes et les autres professionnels de santé. Ils est urgent d'avoir une politique antitabac qui rassemble le maximum d'acteurs (professionnels de santé et aussi enseignants, éducateurs etc.).*

HONC une nouvelle évaluation de la dépendance à la nicotine?

Le *Hooked on Nicotine Checklist* (HONC) est un test en 10 items qui permet, suivant ses auteurs, de mesurer la perte d'autonomie des adolescents envers la nicotine. Les questions sont:

1 - avez-vous jamais essayé de vous arrêter de fumer, sans pouvoir?

2 - fumez vous parce qu'il est trop difficile de s'arrêter?

3 - avez-vous ressenti votre dépendance à la nicotine?

4 - avez-vous des envies impulsives de fumer?

5 - avez-vous déjà senti à quel point vous avez besoin d'une cigarette?

6 - est-il très difficile pour vous de ne pas fumer dans les endroits interdits?

7 - trouvez-vous difficile de vous concentrer parce que vous ne pouvez pas fumer?

8 - devenez-vous plus irritable parce que vous ne pouvez pas fumer?

9 - sentez-vous un besoin fort, urgent de fumer?

10 - vous sentez-vous nerveux, agité ou anxieux quand vous ne pouvez pas fumer?

La cotation se fait de 1 à 10 par les réponses oui-non.

Ce questionnaire a été testé sur une population de 1514 fumeurs, dont 1109 ont terminé le test. Dans le lot 32 % des hommes et 25 % des femmes n'ont pas voulu participer à l'étude de validité. A la fin l'échantillon est plus féminin (65,9 %) et à 91 % de race blanche.

Les auteurs soutiennent que ce test donne une bonne indication de la perte d'autonomie vis-à-vis de la nicotine.

Mais il faut faire des réserves en attendant des études complémentaires car comme le soulignent les auteurs le recrutement est discutable, il n'a pas été possible dans l'étude de savoir si les grandes consommations donnent plus de perte d'autonomie, les test n'a pas été comparé avec celui utilisé par tout le monde, le test de Fagerström, il n'est pas montré qu'il est utilisable chez l'adulte. De plus il n'a pas été évalué en liaison avec les dosages de cotinine ou de carboxyhémoglobine, ni en liaison avec la mesure du CO. Dans ces conditions on retiendra l'intérêt d'un test qui pourrait être utilisé chez les *teenagers* où le test de Fagerström ne s'avère pas très fiable.

Wellman RJ, DiFranza JR, Savageau JA, Godwala S, Friedman K, Hazelton J – Measuring adults' loss of autonomy over nicotine use: The Hooked on Nicotine Checklist – *Nicotine and Tobacco Res* 2005; 7: 157-161

INFORMATIONS

Publications de Tabac & Liberté au CIFICOT II

Un événement dans le monde du tabac: la 2^e Conférence Internationale Francophone sur le Contrôle du Tabac (CIFICOT II) a eu lieu à Paris à la Maison de la Chimie du 18 au 21 septembre 2005.

L'Alliance contre le Tabac est co-organisatrice avec la Ligue Nationale Contre le Cancer de cet événement. Tabac & Liberté est membre actif de l'Alliance et soutient donc cette action. Tabac & Liberté a proposé plusieurs publications pour cette manifestation:

Tabac & Liberté a présenté deux publications au CIFICOT II

1 - Où en sont les médecins généralistes avec le tabac? Evolution entre 2000 et 2005.

L'association « Tabac et Liberté » regroupe un collectif de près de 3200 médecins en France. Une première enquête menée en 2000 (N = 1477) avait permis de rendre compte de l'état des lieux. Une seconde en 2005 (N = 330), munie du même outil, permet d'estimer les évolutions survenues en cinq années pendant lesquelles de nombreux paramètres ont été modifiés.

Le nombre des médecins fumeurs réguliers, déjà bas en 2000 (18 %) est en constante diminution (12 %) en 2005. Les plus jeunes sont moins fumeurs que les anciens et plus de 45 % de ces fumeurs ne désirent pas s'arrêter.

La pratique est influencée par le tabagisme médical.

La pratique des médecins généralistes est très diverse au regard du tabagisme de leurs patients. Les résultats de nos études le confirment:

- 91 % des médecins considèrent qu'il est de leur devoir professionnel d'apporter une information.

- Le statut tabagique du praticien semble intervenir dans la pratique professionnelle. Le caractère médical à type d'acte est affirmé par 90 % des médecins quel que soit leur statut de même qu'ils estiment être tous écoutés dans leurs conseils (83 %).

- L'exemplarité pose problème: Les non-fumeurs croient massivement à l'exemplarité de leur abstinence tabagique. Les fumeurs occasionnels le sont moins et les fumeurs encore moins.

- Lorsque l'on questionne les praticiens sur leur sentiment d'être préparés à l'arrêt de leurs patients, ils répondent positivement dans 77 % des cas. Ils ne sont cependant que 9 % à avoir subi une formation spécifique.

Cette étude a le mérite de pointer une évolution positive dans le comportement des médecins généralistes au regard du tabac et, partant, une amélioration de la prise en charge des fumeurs.

Mathern G, Daver J.

2 - Indicateurs de prévention du tabagisme chez les jeunes sportifs européens

- Objectifs: décrire les habitudes de consommation tabagique chez 26439 sportifs de 13 pays, travail faisant suite à celui déjà présenté par J. Talmud et al. au CIFICOT I de Montréal et aux 9, 10, 11 et 12^{es} World Conférences on Tobacco and Health.

- Méthode : les habitudes de consommation, le statut tabagique, l'âge d'initiation, le nombre de cigarettes fumées par jour ont été collectés par des questionnaires anonymes dans les pays suivants : Allemagne, Autriche, Belgique, Espagne, France, Grande-Bretagne, Grèce, Hongrie, Irlande, Israël, Italie, Norvège et Suisse : et des statistiques ont été calculées et comparées en fonction du caractère individuel ou collectif du sport pratiqué..

Résultats : âge moyen 22,29 ± 12,7, la prévalence moyenne de consommation du tabac de 21,1 %, l'âge moyen d'initiation 15,6 ± 3,3 ans et la consommation quotidienne de cigarettes de 9,7 ± 6,7. Le tabagisme est moins important dans le sport individuel 52,29 que dans le sport collectif 47,41 avec une prévalence du tabagisme supérieure dans les sports collectifs par rapport aux sports individuels (22,0 % contre 18,8 %) et une consommation moyenne de cigarettes supérieure (10,4 ± 6,6 contre 9,33 ± 6,8).

Conclusions : il y a 2 à 3 fois moins de fumeurs chez les sportifs que dans la population générale et les jeunes qui font du sport individuel fument moins que ceux qui font un sport collectif.

Talmud J, Commandre F, Voirin N, Benhaim-Luzon V, Sasso A, Tsur A.
Renseignements : www.cifcot.com
Email : info@cifcot.com

Convention-Cadre de l'OMS pour la lutte Antitabac (le texte intégral)

Organisation Mondiale de la Santé – initiative pour un monde sans tabac – av. Appia 20, 1211 Genève 27 – Suisse – Tél. + 41227912126 – Courriel : ftc@who.int – Site <http://tobacco.who.int>

GROSSESSE ET TABAC Conférence de consensus Lille 7-8 octobre 2004

Texte des recommandations – Version longue

Disponible auprès de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) service communication – 2 av. du stade de France – 93218 Saint Denis La Plaine cedex ou consultable sur le site www.anaes.fr

Le référentiel de l'ANAES « aide au sevrage tabagique » est en ligne

Le service d'évaluation de l'ANAES a annoncé la mise en ligne du référentiel « Aide au sevrage tabagique » et de son rapport sur le site de la HAS le vendredi 17 juin 2005.

[http://www.anaes.fr/ANAES/anaesparametage.nsf/Page?ReadForm & Section =/anaes/SiteWeb.nsf/vwRubriquesID/APEH-3YTFUH? OpenDocument & Default = y &](http://www.anaes.fr/ANAES/anaesparametage.nsf/Page?ReadForm&Section=/anaes/SiteWeb.nsf/vwRubriquesID/APEH-3YTFUH?OpenDocument&Default=y&)

Annuaire 2005 de l'Alliance contre le tabac

L'Alliance contre le tabac regroupe des associations qui œuvrent dans le domaine du tabac. Tabac & Liberté est membre de l'Alliance depuis de nombreuses années. Dans cet espace de discussions et d'échange où chacun a ses objectifs T & L affirme sa particularité d'une part et sa solidarité aux actions nationales et internationales d'autre part.

L'alliance vient de faire paraître l'annuaire de ses membres qui permet de découvrir les associations de l'Alliance.

Demande à adresser à : Yana Dimitrova : dimitrovay@ligue-cancer.net

Capitole/Stop-tabac : un nouveau Président

Lors de l'assemblée générale du 21 juin 2005 de l'association le Pr Robert Biermé a souhaité se décharger de la présidence de l'association qu'il a créée et menée avec brio à la notoriété qui est la sienne. Capitole/Stop-tabac est le modèle sur lequel bien d'autres associations régionales se sont aujourd'hui formées.

Le conseil d'administration nommé a élu à l'unanimité comme Président le Docteur Michel Jean, membre très actif de l'association, en charge notamment de la prévention « tabac » à la mairie de Toulouse, et participant aussi très fidèle des actions de prévention de Tabac & Liberté dans les lycées et les entreprises. Son premier acte de président a été, après avoir rappelé tout ce que l'association devait à l'activité et à l'engagement du Pr Robert Biermé, de le faire nommer Président d'Honneur de l'association.

Nous adressons nos très vifs remerciements au Pr Robert Biermé pour tout ce qu'il a apporté à la cause tabac pendant sa Présidence et nous nous félicitons de pouvoir encore à Tabac & Liberté profiter de ses conseils et de son aide.

Nous adressons aussi nos très sincères félicitations au nouveau Président le Dr Michel Jean en souhaitant que notre collaboration continue sur les excellentes bases actuelles.

RECTIFICATIF

Dans notre lettre 41 nous avons fait paraître l'annonce « d'une nouvelle consultation d'aide au sevrage tabagique au CHU de Rangueil à Toulouse » dans le service du Professeur Jean Ferrières.

Cette information nous a valu un échange de correspondances avec le professeur Jacques Puel, chef du service de cardiologie de l'hôpital Rangueil qui : « insiste pour que vous corrigiez l'information selon laquelle mon service de cardiologie a ouvert une consultation de lutte contre le tabac. Il n'y a pas et il n'y aura pas dans mon service de consultation de cette nature ». Dont acte. Courrier du 10 août 2005.

La Lettre 21 du Réseau Hôpital Sans Tabac

C'est un numéro spécial consacré à la Journée Mondiale Sans Tabac (JMST) dans les hôpitaux.

Chimie et Toxicologie du tabac

Un cours de 2^e et 3^e cycle en chimie et toxicologie du tabac accessible par internet a été élaboré par A. Castonguay et F. Turcotte de l'Université Laval au Québec (Canada). Si certains d'entre vous sont intéressés vous pouvez vous informer auprès du Pr André Castonguay courriel : andre.castonguay@pha.ulaval.ca ou vous inscrire sur le site ! www.ulaval.ca/dgfc/distance/.

Espagne retrait du produit NTB des pharmacies

Pendant le mois d'août (10 août 2005) l'Agence Espagnole du médicament (AEM) a donné l'alerte au Réseau National de Vigilance des Produits Sanitaires pour retirer des pharmacies espagnoles le produit NTB (cigarettes sans nicotine) commercialisé par Arkhopharma suite à des problèmes d'information sur la boîte.

La note de l'AEM dit que le produit n'a aucun problème de qualité, mais que l'information qui est sur la boîte ne concorde pas avec la réalité du

produit, et donc cette raison fait retirer le produit du marché pharmaceutique.

L'origine de cette situation est la dénonciation de l'union des bureaux de tabac espagnols devant la Commission du marché du tabac (Ministère de l'économie) pour concurrence déloyale, et c'est le Ministère de l'économie qui a passé l'affaire à l'AEM.

CONGRES & REUNIONS

PASSÉS

Tabagisme péri-opératoire Paris 23 septembre 2005

Une nouvelle conférence d'experts organisée par l'Association Française de chirurgie AFC, la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation SFAR et l'Office Français de Prévention du Tabagisme OFT.

Les experts ont apporté les réponses aux six questions posées :

- quels sont les risques liés au tabac lors d'une intervention chirurgicale ?
- quels sont les bénéfices prouvés de l'arrêt péri-opératoire du tabac ?
- comment prendre en charge un fumeur en pré-opératoire d'une chirurgie programmée ?
- Quel est le rôle des différents acteurs de santé en fonction du délai avant l'intervention chirurgicale ?
- quelles sont les particularités de l'anesthésie chez un fumeur ?
- comment prendre en charge un fumeur dépendant hospitalisé en urgence pour une intervention chirurgicale ?

Réponse le 23 septembre.

Contact et demande de documents à : Cohendy R (SFAR Nîmes) courriel : robert.cohendy@chunimes.fr ou à Dautzenberg B (PdF OFT) courriel : bertrand.dautzenberg@psl.aphp.fr

3^e Forum Lilly des Associations de patients 28 septembre 2005

Contact : Catherine Le Moulec IMS PR tél. 01041 35 10 33.

courriel : clemoulec@fr.imshealth.com

8^e Forum Européen de la Santé Gastein (Autriche) du 5 au 8 octobre 2005

Les travaux de ce congrès seront axés sur les questions suivantes : médicaments biosimilaires, nutrition, recherche, défis européens en matière de santé et de partenariat, avec une attention particulière sur l'implication des citoyens européens et l'offre des services de santé en Europe.

Cette manifestation sera précédée le 4 octobre par le 1^{er} congrès Européen consacré aux investissements dans les infrastructures de santé.

Ce congrès repose sur le concept d'un secteur santé fort, contribuant à la croissance et à la compétitivité en Europe. Les thèmes abordés seront :

- investissements dans les infrastructures de santé d'une Europe élargie, santé, croissance et compétitivité,
- soutien au développement des infrastructures de santé : plan d'action européen « e-health », bénéfice des investissements dans le secteur de la santé, amélioration de la santé par la qualité et la technologie.

Contact : Dr Elisabeth Elefant CRAT 26 av. Dr Arnold Netter 75571 Paris cedex – tél. 01 44 73 53 97 et courriel : elisabeth.elefant@trs-aphp.fr

A VENIR

Le pneumologue face à l'aide à l'arrêt du tabac

Carcassonne le 5 novembre 2005

Séminaire de formation médicale continue à Carcassonne le 5 novembre 2005. Ce séminaire est organisé par la Société de Pneumologie en partenariat avec le Société Française de Tabacologie doit dans une première session remettre à jour les connaissances sur le tabagisme et ensuite avec 3 ateliers entrer dans le domaine pratique.

Renseignements et inscriptions: Chantal Anciaux, Pneumologie Développement, 86 bd Saint Michel 75006 Paris. Organisation locale. Courriel: carreph@aol.com

Colloque « La dépendance au Tabac: proposition pour une loi rénovée »

Paris le 2 novembre 2005

Présidé par Yves BUR, député du Bas-Rhin, Vice-Président de l'Assemblée nationale, Président du groupe d'études sur le médicament et les produits de santé.

Objectif: renforcer le dispositif législatif de façon à réussir définitivement la mobilisation nationale contre le tabac.

Lieu Assemblée Nationale.

Alcool, tabac, cannabis et grossesse

Paris le 17 novembre 2005

C'est le thème cette année du séminaire annuel de l'AFARED (Association Francophone pour l'étude des Anomalies de la Reproduction et du Développement) qui aura lieu à l'hôpital Armand Trousseau (Paris 12^e) le 17 novembre 2005.

Renseignements et inscriptions: Dr E. Elephant - CRAT/ Hôpital Armand Trousseau, 26 rue Arnold Netter - 75571 PARIS cedex 12 - Tél. 01 44 73 53 96 - internet <http://lecrat.monsite.wanadoo.fr>

10^e congrès de Pneumologie

Nice 27 au 27 janvier 2006

Thème: Sommeil et urgences.

Contact: Pneumologie développement - 66 bd Saint Michel - 75006 Paris - tél. 0146333739
Courriel: pneumologie@congres-pneumologie.fr
Site www.congres-pneumologie.fr

7^{es} Rencontres Nationales Femmes-Tabac-Alcool-Cannabis

Angers 4, 5 et 6 mai 2006

Contact APPRI-EPSM des Flandres - BP 139 - 59270 Bailleul - tél. 03 28411483
Courriel: www.appri.asso.fr

REUNIONS TABAC & LIBERTÉ

PASSÉES

Béziers 21 septembre 2005 matinée

Au Centre Hospitalier dans le cadre d'une manifestation organisée en collaboration avec l'Episode sur le thème « Toxiques et dépendances » intervention de formation tabac par le Dr Philippe Guichenez au nom de Tabac & Liberté.

Toulouse « aide à l'arrêt du tabac en pratique quotidienne » niveau 1

Les 6 et 7 octobre 2005 Intervenants Jean Daver, Pierre Rouzaud.

CRES: Prévention du tabagisme en entreprise

Dans le cadre du plan de mobilisation nationale contre le cancer initié et financé par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) le CRES de Midi-Pyrénées a organisé deux formations à la prévention du tabagisme en entreprise. Dans le cadre de la collaboration sur le thème tabac entre le CRES et Capitole/Stop-Tabac Michel Jean et Jean Daver sont intervenus une journée chacun dans un groupe respectivement le 6 octobre et le 29 septembre.

PRÉVUES

Mende - jeudi 20/10/05 en soirée

« La conduite tabagique: cas cliniques » - intervenant au nom de Tabac & Liberté du Dr Philippe Guichenez.

Toulouse « aide à l'arrêt du tabac en pratique quotidienne » niveau 2

Les 24 et 25 novembre 2005 Intervenants Gérard Mathern, Pierre Rouzaud.

Banyuls 16 au 16 novembre 2005 - Formation Tabac & Liberté au Centre Helio Marin de Banyuls sur mer

Thème: aide à l'arrêt du tabac en pratique quotidienne - Intervenants Philippe Guichenez.

Rennes 17 au 17 novembre 2005 Formation Tabac & Liberté

Thème « la prévention du tabagisme en entreprise » - Intervenants Jean Daver.

FORMATIONS TABAC & LIBERTÉ 2006

Le calendrier des formations 2006 prises en charge par, notre partenaire fidèle, les laboratoires Pierre Fabre Santé est sorti:

1 - aide à l'arrêt du tabac en pratique quotidienne niveau I

- 23 au 23 février 06
- 21 au 21 septembre 06

2 - aide à l'arrêt du tabac en pratique quotidienne niveau II

- 23 au 23 mars 06
- 12 au 12 octobre 06

3 - Approche des thérapies cognitives et comportementales niveau I

- 26 au 26 avril 06
- 26 au 26 octobre 06

4 - prévention du tabagisme en entreprise

- 18 au 18 mai 06
- 23 au 23 novembre 06

5 - formation des formateurs niveau I

- 22 au 22 juin
- 14 au 14 décembre 06

NON ENCORE PROGRAMMÉES (FIN 2005 / DÉBUT 2006)

« Approche des Thérapies Cognitives et Comportementales » niveau 2

« formation des formateurs » seconde session

« formation de communication »

LU DANS LA PRESSE

Cessez-le feu généralisé

Un dossier grand public de Cécile Pelé dans le Mutualiste Tarnais qui expose parfaitement le problème du tabagisme et de l'intérêt du sevrage et de la prévention et est accompagné par une première de couverture marquante.

Pelé C - Cessez-le-feu généralisé - le Mutualiste Tarnais n° 165 - sept 2005

NDLR - il nous faut ce type de papier dans toutes les publications locales et professionnelles pour obtenir un fort effet de lobbying contre le tabac sur la population.

ANNONCE

Centre Hospitalier de Meaux (45 km est de Paris) dispose de 2 vacations de tabacologie (et plus si affinités) - contacter le Dr François Blanchon.

tél. 01 64 35 38 56 ou courriel: f-blanchon@ch-meaux.fr

Editeur: Association Tabac & Liberté

Tabac & Liberté

Immeuble Sud Radio
4 rue Alfonse Jourdain
31000 Toulouse
Tél./Fax 05 61 44 90 46

Directeur de la publication: Docteur DAVER
Dépôt légal: 3^e trimestre 2005 - ISSN 1260-2469
Conception, composition et impression:
S.I.A. - 81 500 LAVAUR

COUPON-RÉPONSE

Je soussigné: M, M. ^{me}, M. ^{lle}, Dr (Nom) _____ Prénom: _____

Adresse: _____

Code Postal: _____ Ville: _____

Pays: _____ Téléphone: _____

• Désire adhérer à l'association (ci-joint un chèque de 7,60 €) et mon adhésion à la charte Tabac & Liberté.

Association Tabac & Liberté: Tabac & Liberté - Sud Radio - 4 rue Alfonse Jourdain - 31000 Toulouse
E-mail: daver@caplaser.fr - etienne.andre@pierre-fabre.com - site internet: www.tabac-liberte.com