



Rubriques

Edito	1
Actualités	2
Cas clinique.....	3
Avis d'expert	9
Lu pour vous.....	15
Programmes de santé.....	17
Mémoires.....	24

Tabacologie pratique



Année 3, n°2

Page 1

Décembre 2009

Editorial

Voici venue la fin de cette année.

La tabacologie institutionnelle a été plus que jamais active.

Reconnaissance Inami, formations, post-formations, newsletter tabaco, ligne Tabac stop à côté de bien d'autres réalisations personnelles au sein des CAFs et des consultations.

Ces dernières activités cliniques, nous souhaiterions vivement les connaître et les partager avec tous nos collègues œuvrant en tabacologie.

Dans le cadre de notre newsletter, n'hésitez pas à nous contacter pour nous proposer une collaboration ponctuelle dans la mesure de vos possibilités.

Voici les vœux que je formule pour l'année prochaine.

Bonnes fêtes à vous.

Dr Juan Coulon

Fondation contre le Cancer



Colophon

Comité de rédaction : Dr J. Coulon, Prof. J. Prignot, Prof. P. Bartsch, Mme F. Cousin, M. H. Rebolledo, Mme F. De Cock, Mme A. Struelens, Mme M. Rocour, Mme J. Jost, M. S. Piret

Rédacteur en chef : Dr Juan Coulon

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

Mise en page : Samuel Piret

Publication : Bisannuelle (2 fois par an)



Rubriques

Edito	1
Actualités	2
Cas clinique.....	3
Avis d'expert	9
Lu pour vous.....	15
Programmes de santé.....	17
Mémoires.....	24

Tabacologie pratique



Année 3, n°2

Page 2

Décembre 2009

Actualités

La liste des tabacologues et des Centres d'Aide aux Fumeurs est désormais disponible sous une forme électronique et en version papier

Depuis le mois d'octobre 2009, l'annuaire 2.0 du FARES est en ligne. Cet outil recense les personnes ressources et organismes actifs dans le domaine de l'accompagnement à la gestion du tabagisme en Communauté française de Belgique. Il est construit selon un modèle de fiche individuelle pour chaque intervenant, reprenant les informations utiles concernant la personne.

L'accès à la consultation de l'annuaire est gratuit et autorisé à tous, au grand public comme aux professionnels de santé.

Peuvent figurer dans l'annuaire les professionnels actifs dans le domaine de la gestion du tabagisme et plus précisément : les médecins (tabacologues ou non) et les professionnels de santé (infirmières, sages-femmes, pharmaciens, kinésithérapeutes, dentistes, ergothérapeutes, diététiciens en référence à l'article 78 de l'INAMI), ou licenciés en psychologie certifiés en tabacologie.

Dès acceptation de l'enregistrement des données liées à une consultation, celles-ci sont intégrées dans l'annuaire mais pas encore visibles. L'équipe du FARES se charge de les valider pour autant qu'elles satisfont aux conditions d'inscription. Les étudiants en tabacologie ne SONT PAS repris dans l'annuaire !

Une fois les données validées et la fiche visible dans l'annuaire, chacun peut modifier ses données en toute autonomie, à n'importe quel moment et depuis n'importe quel ordinateur, au moyen de ses codes d'accès (login et mot de passe). Pour plus de détails, merci de consulter le mode d'emploi, accessible depuis la page d'accueil de l'annuaire.

Depuis mi-novembre, dans le cadre de la campagne « Sevrage pour tous », une version papier est disponible auprès du FARES. Cette brochure reprend la liste des tabacologues et les Centres d'Aide aux Fumeurs en Communauté française.

Des marque-pages, brochures sur la campagne et des arbres décisionnels sont aussi disponibles.

Si vous désirez un ou plusieurs exemplaires du matériel repris ci-dessus, n'hésitez pas à nous contacter au 02/512.29.36 ou bien d'en commander grâce au formulaire repris sur le site du FARES (www.fares.be)

Samuel Piret

Documentaliste-Webmaster auprès du FARES



Rubriques

Edito	1
Actualités	2
Cas clinique.....	3
Avis d'expert	9
Lu pour vous.....	15
Programmes de santé.....	17
Mémoires.....	24

Tabacologie pratique



Année 3, n°2

Page 3

Décembre 2009

Cas clinique

Intéressons-nous aussi aux petits fumeurs et aux fumeurs occasionnels : les Light and Intermittent tobacco smokers (LITS)

La plus grande partie de la littérature scientifique consacrée au tabagisme s'est concentrée sur les fumeurs modérés et les gros fumeurs, laissant de côté les petits fumeurs et les fumeurs occasionnels.

Un numéro entier de la revue *Nicotine & Tobacco Research* a été récemment consacré à ce sujet. Il est la source de la plus grande partie des informations résumées ci-dessous .

Définitions

Les définitions correspondant aux termes de « petits fumeurs » et « fumeurs occasionnels » sont extrêmement diverses dans la littérature ([Husten 2009](#)).

La définition la plus courante du petit fumeur semble ≤ 10 CPJ, celle du très petit fumeur ≤ 5 CPJ ;

On classe généralement comme fumeurs occasionnels ceux qui ne fument pas quotidiennement avec d'innombrables variantes quant à la manière de les répartir (en fonction du nombre de jours de consommation par semaine ou par mois et du nombre de cigarettes consommées pendant les jours concernés).

La diversité des définitions complique la comparaison des diverses études portant sur les LITS.

Les LITS appartiennent de plus à diverses catégories (sujets au début de leur carrière de fumeur et susceptibles d'augmenter leur consommation, sujets diminuant leur consommation par crainte du risque ou sur le chemin de l'arrêt et sujets à faible consommation stable sur une longue période).

La stabilité du statut tabagique est la plus faible parmi les « très petits fumeurs » par rapport aux autres catégories de fumeurs.

Chez les adolescents, alors que le statut de non-fumeur ou de gros fumeur est relativement stable, il n'en est pas de même pour les petits fumeurs et les fumeurs occasionnels, puisque 31% seulement des petits fumeurs en 10^{ème} année d'études le restent en 14^{ème} année ([White et al. 2009](#))

En Finlande, 5,9% seulement des adultes très petits fumeurs (< 5 CPJ) signalent la même consommation pendant les 15 années de suivi ([Hukkinen et al. 2009](#))

Chez les adultes suivis pendant 4 ans, les très petits fumeurs (< 5 CPJ) sont plus susceptibles de passer à des niveaux plus élevés de consommation tabagique que les fumeurs occasionnels. ([Levy et al 2009](#)).





Rubriques

Edito	1
Actualités	2
Cas clinique.....	3
Avis d'expert	9
Lu pour vous.....	15
Programmes de santé.....	17
Mémoires.....	24

Tabacologie pratique



Année 3, n°2

Page 4

Décembre 2009

Cas clinique (suite)

Comme l'exposition, la dépendance et le risque de maladie sont des variables *continues* sans valeur seuil évidente, il est plus logique d'enregistrer la consommation individuelle en nombre de CPJ plutôt que de classer les individus par catégorie (0-5, 6-10, > 10 etc..)

Chez les adultes, le statut de fumeur occasionnel paraît plus stable que le statut de très petit fumeur

(particulièrement chez ceux qui n'ont jamais fumé tous les jours) : la moitié d'entre eux maintient son niveau de consommation après 2 ans et un tiers après 4 ans (Levy et al 2009).

Vu l'instabilité du statut tabagique des LITS, une révision régulière de ce statut s'impose dans les enquêtes longitudinales. Les études concernant les effets à long terme de ce comportement sont de ce fait particulièrement laborieuses.

Epidémiologie

Une enquête de 2002 conclut pourtant que la moitié des fumeurs américains adultes sont soit des fumeurs occasionnels (moins que quotidiens : 35%), soit de très petits fumeurs quotidiens (≤ 5 cigarettes par jour : 15%) (Office of Applied Studies). D'autres enquêtes dans le même pays donnent des valeurs un peu moins importantes pour les fumeurs non-quotidiens (entre 20 et

33%) sans préciser la prévalence des petits fumeurs quotidiens.

Dans les pays à revenus faibles ou moyens, le pourcentage de petits fumeurs ($< 10-15$ CPJ) est considéré comme plus élevé que dans les pays à revenus élevés.

En Finlande, une enquête menée en 1975 révèle que les petits fumeurs représentent 7,8% de l'ensemble des fumeurs. (Korkhonen et al 2009)

En Belgique, les fumeurs occasionnels représentent 14,3% de l'ensemble des fumeurs en 2004 (Enquête de l'ISP) et 9,1% en 2008 (Enquête IPSOS pour la F.C.C.). Les pourcentages de petits fumeurs ne sont pas mentionnés séparément dans ces deux enquêtes.

Les LITS représentent aux EU une fraction croissante de l'ensemble des fumeurs, peut-être par suite d'une diminution du nombre de gros fumeurs (Shiffman 2009).

Sur une période de 10 ans, la prévalence des petits fumeurs (< 5 CPJ) a augmenté de manière significative chez les Américains de race blanche jusqu'à atteindre 22% de l'ensemble des fumeurs en 2001-2002 dans le groupe d'âge de 18-29 ans, 17% dans le groupe d'âge de 30-44 ans et 12% dans le groupe d'âge de 45-64 ans. Les chances d'être un très petit fumeur sont plus grandes dans les Etats





Rubriques

Edito	1
Actualités	2
Cas clinique.....	3
Avis d'expert	9
Lu pour vous.....	15
Programmes de santé.....	17
Mémoires.....	24

Tabacologie pratique



Année 3, n°2

Page 5

Décembre 2009

Cas clinique (suite)

des EU où les mesures légales de contrôle du tabagisme sont plus sévères. ([Pierce et al. 2000](#))

En Finlande toutefois, le pourcentage des petits fumeurs sur l'ensemble des fumeurs reste stable entre 1975 et 1990. ([Korkhonen et al. 2009](#))

Aux EU, ce rapport semble moins élevé dans les classes sociales favorisées qui, en outre, fument en moyenne plus de cigarettes par jour ([CDC 2007](#)).

En Belgique, malgré l'absence de chiffres concernant les petits fumeurs, la situation pourrait ne pas être similaire puisque chez les fumeurs quotidiens, la consommation moyenne de cigarettes est de 15 par jour parmi les détenteurs de diplômes universitaires contre 18 par jour dans les milieux moins scolarisés ([ISP 2004](#))

Caractéristiques des LITS

Les petits fumeurs et les fumeurs occasionnels sont plus susceptibles d'être plus jeunes, de sexe féminin, d'un niveau plus élevé de formation scolaire et d'appartenir à un groupe ethnique minoritaire ([Rutten et al 2009](#))

Comme la concordance entre nombre de cigarettes/jour et dépendance fait souvent défaut, la consommation quotidienne de cigarettes n'est habituellement pas considérée comme seul critère de dépendance ([Husten 2009](#)) et

certaines petits fumeurs ou fumeurs occasionnels peuvent être dépendants.

Le modèle classique de la dépendance, où le fumeur chronique cherche à maintenir un niveau minimum d'imprégnation nicotinique (« through maintenance ») de Russel(1971), s'applique mal aux LITS pour lesquels le modèle de recherche de pics de concentration (« peak seeking ») convient mieux ; il faut toutefois y ajouter les facteurs environnementaux ou les variations de l'humeur qui suscitent ou renforcent les effets de la fume ([Shiffman2009](#)).

Dans une étude expérimentale portant sur des adolescents fumant ≤ 5 CPJ, une abstinence de 24 h. n'entraîne aucun symptôme de manque chez les consommateurs de 1-3 CPJ, mais des symptômes subjectifs (selon l'échelle Minnesota) chez les fumeurs de 4-5 CPJ, sans modification du rythme cardiaque (Rubinstein et al 2009)

Le phénotype spécifique de fumeur occasionnel comporte un élément héréditaire substantiel à l'opposé des phénotypes de non-fumeur ou de fumeur régulier; c'est ce qu'on démontré [Korkhonen et al](#) dans une cohorte de jumeaux finlandais adultes.

Effets santé observés chez les LITS

[An et al 2009](#) relèvent, après une enquête menée sur internet, une fréquen-





Rubriques

Edito	1
Actualités	2
Cas clinique.....	3
Avis d'expert	9
Lu pour vous.....	15
Programmes de santé.....	17
Mémoires.....	24

Tabacologie pratique



Année 3, n°2

Page 6

Décembre 2009

Cas clinique (suite)

ce plus grande (à court terme) de la dyspnée lors d'activités normales chez des collégiens qui ne fument que 5 jours par mois !

En ce qui concerne les effets à long terme, il n'existe pas de seuil de risque, en particulier pour les affections cardiovasculaires ([Husten 2009](#)) ; même la simple exposition d'enfants à la fumée secondaire de petits fumeurs entraîne chez eux la présence de « carcinogènes métaboliquement actifs » et des signes d'altérations génétiques ([Tang et al 2009](#))

Les données concernant les fumeurs occasionnels sont rares; une étude ([Luoto et al. 2000](#)) a montré un accroissement du risque cardiovasculaire et de la mortalité totale par rapport aux sujets n'ayant jamais fumé. En ce qui concerne les cancers du poumon chez les fumeurs occasionnels (hommes et femmes), les données de [Korhonen et al \(2009\)](#) ne permettent pas de conclusion : si le ratio de risque (RR) ajusté qu'ils observent est de 1,00 (suggérant une absence de risque), l'intervalle de confiance 0,13-7,52) enlève à cette valeur sa signification statistique.

L'enquête de [Bjartveit et Tverdal \(2005\)](#) en Norvège est tout à fait concluante en ce qui concerne les très petits fumeurs (1-4 CP) suivis pendant

32 ans : elle montre chez eux par comparaison aux sujets n'ayant jamais fumé un RR de décès toutes causes de 1,57 (1,33-1,83) chez l'homme et de 1,47 (1,19-1,3) chez la femme, de décès par cardiopathie ischémique de 2,74 (2,07-3,61) chez l'homme et de 2,94 (1,75-4,95) chez la femme, de décès par cancer du poumon de 5,03 (1,81-13,98) chez la femme. Les résultats sont incertains ici aussi pour le cancer du poumon chez l'homme 2,79 (0,94-8,28) et surtout pour l'ensemble des cancers 1,08 (0,8-1,49). On sait d'ailleurs que pour le cancer du poumon, le nombre d'années de fume est un facteur de risque plus important que le nombre de CPJ.

Approche de l'arrêt chez les LITS

On considère habituellement que l'arrêt est plus aisé chez les LITS, le seuil de dépendance ayant été fixé à 5 CPJ chez l'adulte sur base des taux de cotinine observés chez les fumeurs non dépendants ([Benowitz et Henningfield, 1994](#)).

Toutefois, les données objectives concernant ses modalités sont rares. Les essais cliniques de médicaments d'aide à l'arrêt portant le plus souvent sur des sujets fumant 10 CPJ ou davantage, on ne peut connaître leur ef-





Rubriques

Edito	1
Actualités	2
Cas clinique.....	3
Avis d'expert	9
Lu pour vous.....	15
Programmes de santé.....	17
Mémoires.....	24

Tabacologie pratique



Année 3, n°2

Page 7

Décembre 2009

Cas clinique (suite)

efficacité chez les petits fumeurs. Il en est de même pour les autres méthodes d'aide à l'arrêt (conseils, approche psychocomportementale, lignes téléphoniques d'aide à l'arrêt, etc).

Comme les LITS constitueront probablement à l'avenir une fraction croissante de l'épidémie tabagique, des études complémentaires s'imposent à leur sujet.

Prof. Jacques Prignot

Président honoraire du FARES

Références

- An LC, Berg CJ, Klatt CM, Perry CL, Thomas JL, Luo X, Ehlinger E, Ahluwalia JS. Nicotine & Tobacco Research 2009; **11**: 126-133
- Benowitz NL, Henningfield JE. Establishing a nicotine threshold for addiction. The implications for tobacco regulation. N Engl J Med 1994; **331**: 123-5
- Bjartveit K, Tverdal A. Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. Tobacco Control 2005; **14**: 315-20
- CDC Tobacco use among adults-United States 2006 Morbidity and Mortality Weekly Reports 2006; **6** :1157-61
- Fagan P, Rigotti NA. Light and intermittent smoking: the road less travelled. Nicotine & Tobacco Research 2009; **11**: 107-10
- Hukkinen M, Kaprio J, Broms U, Koskenvuo M, Korhonen T. Characteristics and consistency of light smoking: Long-term follow-up among Finnish adults. Nicotine & Tobacco Research 2009; **11**: 797-805
- Husten CG. How should we define light or intermittent smoking? Does it matter? Nicotine & Tobacco Research 2009; **11**: 111-21
- Institut Scientifique de santé publique. Enquête de santé par interview Belgique 2004 ; IPH/EPI Reports No 2006





Rubriques

Edito	1
Actualités	2
Cas clinique.....	3
Avis d'expert	9
Lu pour vous.....	15
Programmes de santé.....	17
Mémoires.....	24

Tabacologie pratique



Année 3, n°2

Page 8

Décembre 2009

Cas clinique (suite et fin)

- Korhonen T, Broms U, Levälähti E, Koskenvuo M, Kaprio J. Characteristics and health consequences of intermittent smoking: long-term follow-up among Finnish adult twins. *Nicotine & Tobacco Research* 2009; **11**: 148-55
- Luoto R, Liutela A, Puska P. Occasional smoking increases total and cardiovascular mortality among men. *Nicotine & Tobacco Research* 2000; **2**: 133-9
- Office of Applied Studies. (2003) Results from the 2002 National Survey on Drug Use and Health: National findings (DHHS Publication No SMA 03-3836; NHSDA Series H-22). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Pierce JP, White MM, Messer K. Changing age-specific patterns of cigarette consumption in the United States 1992-2002 association with smoke-free homes and state-level tobacco control activity. *Nicotine & Tobacco Research* 2009; **11**: 171-77
- Rubinstein ML, Benowitz NL, Auerback GM, Moscicki A-B. Withdrawal in adolescent light smokers following 24-hour abstinence. *Nicotine & Tobacco Research* 2009; **11**: 185-9
- Russel MA Cigarette smoking. Natural history of a dependence disorder. *British Journal of Psychology* 1971; **44**: 1-16
- Rutten LJJ, Augustson EM, Doran KA, Moser RP, Hesse BW. Health information seeking among smokers: a comparison of light and intermittent tobacco users with heavy users. *Nicotine & Tobacco Research* 2009; **11**: 190-6
- Shiffman S. Light and intermittent smokers: Background and perspective. *Nicotine & Tobacco Research* 2009; **11**: 122-5
- Tang D, Warburton D, Tannenbaum SR, Skipper P, Santella RM, Cereigido GS et al. Molecular and genetic damage from environmental tobacco smoke in young children. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*; 1999; **8**: 427-31
- White HR, Bray BC, Fleming CB, Catalano RF. Transitions into and out of light and intermittent smoking during emerging adulthood. *Nicotine & Tobacco Research* 2009; **11**: 211-9



Rubriques

Edito	1
Actualités	2
Cas clinique.....	3
Avis d'expert	9
Lu pour vous.....	15
Programmes de santé.....	17
Mémoires.....	24

Tabacologie pratique



Année 3, n°2

Page 9

Décembre 2009

Avis d'expert

Dépression et tabagisme : aspects neuro-endocriniens

De très nombreux travaux sont consacrés aux liens qui réunissent tabagisme et dépression. Si l'initiation au tabac ne paraît pas liée à un tempérament dépressif, mais plutôt à l'influence des pairs, à la curiosité naturelle des adolescents ou encore à la publicité, la poursuite du comportement tabagique semble plus fréquente chez les adolescents et les jeunes adultes qui présentent des traits dépressifs.

Dans les psychoses, notamment dans la schizophrénie qui comporte un important volet dépressif, le comportement tabagique est retrouvé à un taux très élevé, de même que d'autres consommations de drogues addictives .

Il est donc logique de s'intéresser aux points communs qui caractérisent sur le plan biologique la dépendance tabagique et la dépression..

L'idée que la dépression obéissait à des mécanismes biochimiques a pris naissance après la découverte en 1952 d'un alcaloïde isolé à partir du rhizome et de la racine du *Rauwolfia Serpentina*, la Réserpine. L'intérêt pour cet alcaloïde a été immédiat, comme traitement de l'hypertension artérielle. Parmi les effets secondaires de ce qui était devenu un médicament 1954 on a observé des dépressions sévères surtout à doses élevées.

Or, la Réserpine avait comme mécanisme d'action la fixation sur les vésicules de stockage de neurotransmetteurs et notamment de monoamines. Les études ultérieures sur cette drogue ont montré un effet antidépresseur à faible dose et un effet dépresseur attribué à un mécanisme d'épuisement des stocks de monoamines.

Le lien était ainsi constitué entre les monoamines du système nerveux central et la dépression.

De même était établi par des effets secondaires sur le tube digestif les voies respiratoires, l'activité cholinergique de cette drogue.

Toujours dans les années 50, l'isoniazide, (INH-hydraside de l'acide isonicotinique) médicament important du traitement de la tuberculose, manifeste des effets antidépresseurs, qui seront expliqués par une inhibition de la monoamine oxydase.

Au cours de la recherche de dérivés de l'INH, pouvant être utilisés pour traiter la tuberculose, une molécule de structure très proche de l'INH, l'iproniazide, démontre de surprenants effets euphorisants dès 1952 et fut le premier antidépresseur utilisé en 1958 à côté d'autres hydrazines qui apparurent bientôt. Cette famille d'antidépresseurs a progressivement disparu en raison d'effets secondaires importants ; il ne persiste que la phénelzine.

La phénelzine, est très proche également par sa structure chimique de l'INH, étant tout comme lui une hydrazine. Ces deux médications, dont l'utilisation est très différente, ont en commun leur interaction avec les aliments riches en tyramine.





Rubriques

Edito	1
Actualités	2
Cas clinique.....	3
Avis d'expert	9
Lu pour vous.....	15
Programmes de santé.....	17
Mémoires.....	24

Tabacologie pratique



Année 3, n°2

Page 10

Décembre 2009

Avis d'expert (suite)

Il est curieux de remarquer que la synthèse des hydrazides a utilisé comme précurseur, l'hydrazine, carburant du V2, fusée utilisée lors de la 2^{ème} guerre mondiale !

Par son effet stimulant des voies dopaminergiques, la nicotine contenue dans la fumée de tabac pourrait être considérée comme un antidépresseur. (cf. infra)
Au cours de ces dernières années, on a constaté un déficit de monoamine oxydase dans différents organes du fumeur notamment dans le cerveau et dans les plaquettes. De nombreux arguments militent en faveur d'un effet fortement renforçateur de l'impact de la nicotine sur le cerveau par le contenu en IMAO de la fumée de tabac, accroissant à la fois l'induction de la dépendance et peut-être ses propriétés antidépressives.

On connaît encore mal les molécules chimiques à effet IMAO dans la fumée de tabac, mais des travaux accomplis en Virginie ont permis d'isoler à la fois dans les feuilles de tabac et dans la fumée de tabac deux composés : la 2,3,6 - triméthyl - 1,4 - naphthoquinone et la farnesylacétone, respectivement inhibiteur non sélectif des MAO et inhibiteur sélectif de la MAO-B. Les auteurs tendent à démontrer que le tabac contient des composants pouvant être utilisés dans traitement de la maladie de Parkinson, mais n'insistent pas sur le renforcement de la dépendance tabagique ! Rappelons-nous que nous sommes en Virginie !

Aspects endocriniens élémentaires de la dépression.

Même s'il y a des discordances individuelles dans les constats ci-dessous en reconnaît certains traits hormonaux à la dépression.

Le cortisol : lorsqu'un individu est soumis à un événement stressant, on observe une hausse du cortisol sanguin. Les récepteurs spécifiques du cortisol dans l'hippocampe activent l'hypothalamus qui libère l'hormone CRH (Corticotropin Releasing Hormone). Cette dernière agit sur l'hypophyse qui sécrète de l'ACTH (Adrénocorticotropine).

L'ACTH circulante stimule la corticosurrénale qui libère à son tour du cortisol qui agit par une boucle rétroactive sur les récepteurs de l'hippocampe et freine la sécrétion de CRH, ralentissant ainsi la sécrétion de cortisol.

Chez les personnes déprimées il a été décrit un déficit de fonctionnement de cette boucle entraînant un taux de cortisol en permanence trop élevé.

A contrario, on sait que lors de la maladie de Cushing, liée à un excès d'ACTH, la dépression est fréquente. Chez l'animal on démontre sous l'effet d'un stress prolongé, des changements structuraux dans la zone CA3 de l'hippocampe où des pertes neuronales sont observées. Chez le rat, le stress ou un taux élevé de cortisol altère certains récepteurs sérotoninergiques (augmentation de récepteurs corticaux 5-HT_{2a} et diminution des récepteurs 5-HT_{1a} de l'hippocampe). On retrouve ces changements chez des humains victimes de suicide.

L'administration d'antidépresseurs provoque un changement opposé sur ces récepteurs sérotoninergiques.





Rubriques

Edito	1
Actualités	2
Cas clinique.....	3
Avis d'expert	9
Lu pour vous.....	15
Programmes de santé.....	17
Mémoires.....	24

Tabacologie pratique



Année 3, n°2

Page 11

Décembre 2009

Avis d'expert (suite)

En résumé il existe chez la personne dépressive une hyperactivité de l'axe hypothalamo-surrénalien qui pourrait modifier certains récepteurs sérotoninergiques.

La noradrénaline : il y a une cinquantaine d'années la noradrénaline était considérée comme le neurotransmetteur principalement affecté à la baisse dans la dépression. Son élévation était rapportée aux états maniaques.

Quelques années plus tard, un abaissement de la sérotonine chez les dépressifs a été considéré comme une cause majeure de cet état, sans que le rôle de la noradrénaline soit complètement abandonné, la sérotonine abaissée déclenchant ou permettant la baisse de la noradrénaline.

Le prototype de l'antidépresseur agissant sur la sérotonine, la fluoxétine est un puissant inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) augmentant ainsi la quantité de sérotonine au niveau pré-synaptique.

La dopamine : cette hormone fréquemment appelée l'hormone de la récompense, joue un rôle physiologique dans l'apprentissage mais est aussi libérée par de nombreuses drogues comme l'alcool, la cocaïne, les opiacés ou la nicotine du tabac. Les médicaments ayant une activité dopaminergique jouent également un rôle dans le traitement de la dépression.

La monoamine-oxydase : (les MAO) ces enzymes se trouvent dans de nombreux organes, notamment dans le système digestif, où on peut considérer qu'ils limitent les effets des amines exogènes apportées par certains aliments riches en tyramine (poissons ou charcuteries fumés fromages fermentés, bière etc...) Les deux iso-enzymes MAO-A et MAO-B sont présents dans le système nerveux et inactivent les neuro-transmetteurs qui sont des monoamines (noradrénaline, sérotonine et dopamine) et interviennent donc dans la régulation de l'humeur. Parmi les différentes classes d'antidépresseurs on retrouve les IMAO (inhibiteurs des monoamine-oxydases), qui par leur action inhibitrice, augmentent la concentration des neurotransmetteurs dans ces zones régulatrices, améliorant ainsi l'humeur. Les gènes codant les deux iso-enzymes sont situés sur le bras court du chromosome X.

En bref, la découverte d'un substrat biologique à la dépression a modifié la vision de la société sur cette maladie qui ne résulte pas d'un manque de volonté ou d'une faiblesse de caractère mais d'une anomalie qui résulte vraisemblablement, en partie, de causes génétiques.

La consommation de tabac est un phénomène complexe au centre duquel se situe le plaisir de fumer qui a lui-même de nombreuses raisons, dont la plus importante est probablement l'activité de la nicotine sur les neurotransmetteurs via les récepteurs nicotiques de l'acétylcholine de l'aire tegmentale ventrale, aboutissant à la libération de dopamine dans le nucleus accumbens, avec également des projections vers la région du cortex préfrontal. (Circuit de récompense)





Rubriques

Edito	1
Actualités	2
Cas clinique.....	3
Avis d'expert	9
Lu pour vous.....	15
Programmes de santé.....	17
Mémoires.....	24

Tabacologie pratique



Année 3, n°2

Page 12

Décembre 2009

Avis d'expert (suite)

La dépendance forte pourrait être attribuée à un effet favorable particulièrement ressenti par les individus dans le circuit de récompense, dont le fonctionnement présente un dysfonctionnement génétique ou acquis.

Il est évident que la génétique seule n'explique pas la dépendance, même dans le noyau dur des « hard core smokers ».

Il a même été suggéré que chez les préadolescents, la performance au sens large (réussite sportive, scolaire, sociale) agit comme un stimulus physiologique du circuit de la récompense, rendant sans intérêt majeur le recours à des stimulants artificiels de cette voie qui ne comportent pas que la nicotine.

L'école de la réussite, élément important dans la lutte contre les dépendances ?

Au cours des dernières années, la conception un peu simpliste que la dépression est liée à un manque de neurotransmetteurs, et qu'il suffit de pallier ce manque pour la guérir est battue en brèche. La dépression est plus complexe que le diabète insulinodépendant ou l'administration d'insuline corrige les effets du manque de l'hormone. Les recherches se déplacent du niveau biochimique vers le niveau biomoléculaire et s'adressent maintenant à la structure et la fonction des récepteurs des neurotransmetteurs.

Le stress lui-même, avec ses composantes biologiques comme la hausse du cortisol plasmatique d'adrénaline et de noradrénaline, s'il est aujourd'hui accusé de tous les maux sociétaux par la médecine du travail, après des vagues de suicide dans certaines entreprises, est plein d'ambiguïtés puisque son impact sur la santé est ambivalent, dépendant en large partie des circonstances dans lesquelles il se produit. Un stress librement consenti voire recherché chez les « chercheurs d'adrénaline » pourrait avoir des effets bénéfiques sur la santé, alors qu'un individu soumis contre son gré à un stress prolongé peut sombrer dans la dépression et même le suicide. A notre connaissance les voies biologiques de cette adaptation, de ce « coping » observé dans le premier cas ne sont pas connues.

Arguments épidémiologiques en faveur d'un lien fort entre tabac et dépression

En 1990 une étude a rapporté que la prévalence de la dépression atteint 2,9 % chez les non fumeurs pour s'élever à 6,9 % chez les fumeurs.

Une autre étude portant sur les tentatives de suicide montre que celles-ci sont deux fois plus élevées chez les fumeurs que chez les non-fumeurs.

Lorsqu'on s'adresse au sexe féminin, les tentatives de suicide sont multipliées par deux chez les fumeuses de moins de 25 cigarettes par jour (CPJ) et par quatre chez les fumeuses de plus de 25 CPJ.

Une corrélation entre le tabagisme et plusieurs comportements est observée dans une vaste étude en population générale, conduite en Allemagne et qui identifie dans ces comportements : codépendance, troubles dépressifs, troubles anxieux et troubles somatoformes.





Rubriques

Edito	1
Actualités	2
Cas clinique.....	3
Avis d'expert	9
Lu pour vous.....	15
Programmes de santé.....	17
Mémoires.....	24

Tabacologie pratique



Année 3, n°2

Page 13

Décembre 2009

Avis d'expert (suite)

Une étude finlandaise portant sur plus de 36.000 patients illustre le rôle de plusieurs co-consommations sur le suicide lorsqu'elles ont un niveau élevé, à savoir : cigarettes plus de 21CPJ, café plus de 7 tasses et alcool.

Le risque relatif (RR) de suicide est de 1,55 lors de l'usage lourd d'une substance, 2,22 si usage de 2 substances et de 3,99 si usage lourd de trois substances. Une étude très intéressante conduite en 1997 peut constituer une mise en garde concernant une anamnèse insuffisante chez des candidats à l'arrêt du tabac lorsqu'on néglige l'investigation sur l'état dépressif antérieur. En effet le risque de dépression majeure à l'arrêt du tabagisme, indépendamment de la méthode utilisée, est de 2 % s'il n'y a pas d'histoire de dépression, s'élève à 17 % si on relève un épisode antérieur de dépression majeure et à 30 % si plusieurs épisodes de dépression sont identifiés.

La question de savoir si les traits dépressifs mis en évidence par questionnaires, chez des adolescents, sont prédictifs d'une future consommation de tabac, reste encore largement débattue. Une étude poursuivie pendant trois ans entre la troisième et la sixième année secondaire, identifie trois trajectoires différentes :

- un score dépressif élevé au départ montre que le tabagisme réduit la progression du score dépressif
- un score dépressif moyen au départ est associé avec une progression accélérée du score
- si le score dépressif est bas il n'y a pas de changement au cours du suivi.

Cette étude est un argument indirect pour confirmer un effet antidépresseur de la cigarette.

Une étude expérimentale alimente ce positionnement de la nicotine puisque chez le rat, il est démontré un renforcement important de l'effet antidépresseur de l'imipramine par l'administration conjointe de nicotine.

Conclusion

Dans cette brève revue des liens entre tabagisme et dépression, nous avons parcouru, à travers la recherche de médicaments en médecine interne concernant l'hypertension ou la tuberculose à la fois les mécanismes de la dépression, le rôle des neuro-transmetteurs et la découverte de drogues contre la dépression, grâce à l'observation clinique des patients.

De même les progrès de la physiopathologie ont identifiés les modifications hormonales communes à certaines maladies et à la dépression, ces différentes avancées démontrant les fondements biologiques du syndrome dépressif.

De manière symétrique, le tabagisme et surtout la dépendance tabagique ne peut plus apparaître comme le prolongement d'une mauvaise habitude, mais comme une maladie somatique, même si elle peut répondre, comme d'autres toxicomanies à une approche cognitivo-comportementale.





Rubriques

Edito	1
Actualités	2
Cas clinique.....	3
Avis d'expert	9
Lu pour vous.....	15
Programmes de santé.....	17
Mémoires.....	24

Tabacologie pratique



Année 3, n°2

Page 14

Décembre 2009

Avis d'expert (suite et fin)

L'aide pharmacologique qu'on peut apporter, tant à la prise en charge de la dépression qu'à la dépendance tabagique suit un progrès étonnamment parallèle, à travers la vision des récepteurs cholinergiques nicotiniques qui n'est plus aujourd'hui à l'échelon simplement cellulaire. En effet, la connaissance des récepteurs jusqu'au niveau des acides aminés qui les composent définissant ainsi leur position dans l'espace, tant au niveau de leur partie extra membranaire que intra membranaire ou cytoplasmique permet la sélection de médicaments à expérimenter, non plus sur base de l'observation d'effets secondaires, mais sur la possibilité de ces derniers de se lier à certaines parties de ces récepteurs en fonction de l'effet agoniste, antagoniste ou modulateur recherché.

C'est ainsi que la mécamylamine dont on a longtemps envisagé les possibilités d'utilisation dans la dépendance nicotinique s'avère prometteuse dans la prise en charge de la dépression.

De manière déjà établie depuis plusieurs années, un antidépresseur, le bupropion aide les fumeurs non dépressifs à arrêter de fumer, mais aussi, une étude récente a montré que les timbres transdermiques à la nicotine atténuent les symptômes dépressifs chez des déprimés non-fumeurs.

La prise en charge pharmacologique du tabagisme et le traitement de la dépression vont certainement cheminer côte à côte encore au cours des prochaines années.

Prof. Pierre Bartsch

Président du Comité Scientifique du FARES et
responsable du CAF du CHU de Liège



Rubriques

Edito	1
Actualités	2
Cas clinique.....	3
Avis d'expert	9
Lu pour vous.....	15
Programmes de santé.....	17
Mémoires.....	24

Tabacologie pratique



Année 3, n°2

Page 15

Décembre 2009

Lu pour vous

Nouveautés à la bibliothèque du FARES

Efficacité et sécurité des traitements assistés par substitution nicotinique

L'objectif de cette étude est de déterminer l'efficacité et la sécurité des méthodes de substitution nicotinique en thérapie assistée dans le but d'arrêter de fumer. En partant de sources telles que la Cochrane Library, Medline, Embase, etc., les auteurs ont recensé des essais cliniques contrôlés randomisés (« randomised control trials ») dans lesquels il était question de comparer les substituts nicotiniques avec un placebo chez des fumeurs qui déclaraient ne pas vouloir arrêter à court-terme.

Ils en ont conclu que les traitements par substitution nicotinique sont efficaces chez les fumeurs qui n'ont pas l'intention ou sont incapables d'arrêter de fumer brusquement. Cependant ces preuves viennent pour la plupart des essais cliniques avec un soutien comportemental régulier et un monitoring. Dès lors, il n'est pas certain que l'usage des substituts nicotiniques sans contact régulier serait aussi efficace.

Ref : Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis / Moore, David ; Aveyard, Paul ; Connock, Martin ; Wang, Dechao ; Fry-Smith, Anne ; Barton, Pelham. - in : BMJ 2009;338:b1024 - doi:10.1136/bmj.b1024

Document de consensus des experts sur le traitement de la dépendance au tabac en Espagne

Ce compte-rendu de 49 pages, après avoir développé la magnitude de la problématique du tabagisme et exprimé les buts et objectifs du document, explique la nécessité d'un traitement du tabagisme : le tabagisme est considéré comme un mal chronique ; il augmente les inégalités sociales et de genre en matière de santé ; des traitements efficaces existent ; aider les fumeurs à arrêter permet d'économiser à long-terme les soins de santé ; ... Puis sont décrits les types d'interventions possibles ainsi que les traitements disponibles, aussi bien pharmacologiques que psychologiques.

Ensuite, les auteurs parlent des aires d'intervention en Espagne et du rôle de chaque niveau de ligne de soins. Ils précisent les aspects à considérer pour des services de cessation tabagique efficaces, et ils terminent par les critères minimum convenus pour fournir des services de cessation tabagique en Espagne. La bibliographie est en outre assez fournie (près de 100 références).

Ref : Expert consensus document on tobacco addiction treatment in Spain / Tobacco Prevention Observatory - National Committee for Smoking Prevention (CNPT), Ministry of Health and Consumer Affairs, juin 2009 - 49 p. - ISBN 978-84-612-6523-7





Rubriques

Edito	1
Actualités	2
Cas clinique.....	3
Avis d'expert	9
Lu pour vous.....	15
Programmes de santé.....	17
Mémoires.....	24

Tabacologie pratique



Année 3, n°2

Page 16

Décembre 2009

Lu pour vous (suite et fin)

Pratique de l'entretien motivationnel : communiquer avec le patient en consultation

Méthode de communication centrée sur la personne, l'entretien motivationnel est un outil dont l'intérêt est maintenant bien démontré dans les situations où ambivalence et motivations sont au cœur des processus de changement. Il permet d'atteindre une cible particulièrement importante dans la santé publique : l'amélioration des comportements de santé, qui influencent de façon si déterminante la longévité et la qualité de vie.

Devenu une passerelle entre les différents métiers du soin, il s'affirme comme une référence pour tous les praticiens de la santé, bien au-delà de l'addictologie où travaillaient les deux psychologues qui l'ont défini, W. Miller et S. Rollnick. Fait significatif, leur coauteur, Christopher Butler, enseigne la médecine. Le présent ouvrage s'adresse à tous les soignants, seuls ou en équipe.

Parce qu'il y a un temps pour mettre en action son expertise et un temps où il est utile de faire appel à l'approche motivationnelle - qui d'ailleurs, lors de la consultation, ne prend pas plus de temps qu'une approche directive-, il leur en livre les clés à l'aide de nombreux exemples. L'ouvrage, tourné vers la pratique, invite à la pratique.

Ref : Pratique de l'entretien motivationnel : communiquer avec le patient en consultation / Rollnick, Stephen ; Miller, William R. ; [et al.]. - InterEditions-Dunod, octobre 2009 - 247 p. - ISBN 978-2-7296-0978-8

Modèle transthéorique

La bibliothèque propose trois articles sur le modèle transthéorique, parus plus ou moins récemment. Ce modèle est mieux connu sous le nom du 'modèle du changement transthéorique de James Prochaska et Carlo DiClemente', existant depuis 1982. Un des articles (Sutton, 2001) passe en revue les applications de ce modèle à la consommation de substances. Un autre article moins ancien (West et al., 2005), donne des arguments en faveur de l'abandon de ce modèle, accompagné des commentaires des auteurs. Enfin le plus récent (Guo et al., 2009) étudie les processus de changements sur le passage à l'étape suivante, à travers la balance décisionnelle et la tentation, sur un groupe de plus de 1000 adolescents fumeurs en Grande-Bretagne.

Ref : Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance use / Sutton, Stephen. - In : Addiction 2001, vol. 96 n°1, p. 175-186

Ref : Time for a change : putting the transtheoretical (stages of changes) model to rest / West, Robert et al. - In : Addiction 2005, vol. 100 n°8, p.1036-1039

Ref : Do the transtheoretical model process of change, decisional balance and temptation predict stage movement ? Evidence from smoking cessation in adolescents / Guo, Boliang et al. - In : Addiction 2009, vol. 104 n°5, p.828-838

Samuel Piret

Documentaliste auprès du FARES



Rubriques

Edito	1
Actualités	2
Cas clinique.....	3
Avis d'expert	9
Lu pour vous.....	15
Programmes de santé.....	17
Mémoires.....	24

Tabacologie pratique



Année 3, n°2

Page 17

Décembre 2009

Programmes de santé

Sport et tabac, parlons-en !

Un programme d'appui aux professionnels du milieu sportif

En collaboration avec l'ADEPS¹, l'ASIF² et l'AES³, dans le cadre d'un projet intitulé "Sport et tabac, parlons-en!"⁴, le Service Prévention Tabac du FARES a initié en 2007 et coordonné pendant deux ans l'organisation, en milieu sportif, de groupes d'aide à l'arrêt du tabac animés par des tabacologues.

Suite à l'identification d'attentes de la part du monde sportif concernant la problématique du tabagisme, ce programme a évolué, mettant l'accent cette année sur l'appui des professionnels du milieu sportif dans l'abord du public fumeur avec lequel ils travaillent. Cette mobilisation vise particulièrement les jeunes qu'ils encadrent. Ceux-ci sont, en effet, réticents à utiliser les services spécialisés, et sont plus enclins à parler de ces difficultés dans le cadre des relations de confiance établies dans leurs différents milieux de vie.

A qui s'adresse le programme?

- Ce programme s'adresse à tout professionnel du milieu sportif : entraîneur, chef d'activités, moniteur, dirigeant de centre sportif, président de club, interpellé par des questions telles que :
Faut-il parler du tabac avec les sportifs?
- Quel rôle peut jouer un entraîneur, un enseignant en éducation physique, etc. en prévention du tabagisme?
- Faut-il prôner l'abstinence ?
- Comment gérer les situations liées à l'interdiction de fumer ?
- Comment en parler en évitant le discours moralisateur et répressif ?
- Comment répondre aux éventuelles préoccupations des sportifs concernant leur consommation de tabac ?

Les sportifs sont-ils fumeurs?

Il y a un peu moins de fumeurs parmi les sportifs que dans la population générale, mais cette différence n'est pas si grande qu'on pourrait le croire. En 2004, on retrouvait en Belgique 24.9% de fumeurs réguliers ou occasionnels parmi les sportifs, contre 31.9% parmi les non sportifs (ISP, 2008).

¹ Administration de l'Éducation physique et des Sports (ADEPS) – direction générale du Sport

² Association Interfédérale du Sport Francophone

³ Association des Etablissements sportifs asbl

⁴ Projet subsidié par le Fonds fédéral de lutte contre les assuétudes / INAMI.

⁵ Par Nicolas Digiaco, psychologue-tabacologue.

⁶ Accompagnement en groupe pour arrêter de fumer ou pour réfléchir à sa consommation.





Rubriques

Edito	1
Actualités	2
Cas clinique.....	3
Avis d'expert	9
Lu pour vous.....	15
Programmes de santé.....	17
Mémoires.....	24

Tabacologie pratique



Année 3, n°2

Page 18

Décembre 2009

Programmes de santé (suite)

Quelles sont les activités proposées ?

Différentes activités d'appui sont proposées par le FARES: il s'agit de modules de formation, de participations à des réflexions d'équipe, d'accompagnements de projet, d'animations, de groupes de discussion sur le thème du tabac avec le public, etc.

Dans ce cadre-là, des rencontres avec les équipes des 18 Centres sportifs de l'ADEPS ont été planifiées pour le mois de décembre 2009 et de janvier 2010.

Ces rencontres auront pour objectifs d'apporter des repères et des pistes d'action pour répondre aux difficultés et aux préoccupations rencontrées dans ce cadre de travail. Celles-ci aborderont des thèmes pratiques, tels que :
Stratégies et techniques de communication en individuel et en groupe ;
Comment aider les personnes à identifier leurs motivations et leurs ambivalences vis-à-vis de la consommation.

Comment les aider à identifier les facteurs sociaux influençant leur tabagisme : influence des médias et manipulations de l'industrie de tabac ; influence sociale des pairs et des adultes, etc.

Critères pour identifier l'abus et la dépendance tabagique.

Stratégies et techniques pour favoriser la motivation au changement.

Repères sur l'orientation vers des services spécialisés.

D'autres activités sont en cours de programmation avec différents partenaires. En 2010, il est également prévu de réaliser une grande campagne de sensibilisation auprès des jeunes en milieu sportif.

Plus d'informations sur ce programme : www.sportsanstabac.be
francoise.cousin@fares.be et hernando.rebolledo@fares.be

« Sport sans tabac, parlons-en ! » - Activités d'appui proposées aux professionnels du milieu sportif

1. Module de formation « Repères pour mieux aborder la question du tabac »
2. Soutien à la gestion de difficultés particulières concernant la consommation tabagique
3. Co-animation de groupes de discussion avec des sportifs
4. Accompagnement de projets
5. Organisation de groupes motivationnels
6. Appui documentaire
7. Stand d'information



Rubriques

Edito	1
Actualités	2
Cas clinique.....	3
Avis d'expert	9
Lu pour vous.....	15
Programmes de santé.....	17
Mémoires.....	24

Tabacologie pratique



Année 3, n°2

Page 19

Décembre 2009

Programmes de santé (suite)

Comment aborder la question du tabac avec les jeunes fumeurs?

Un programme d'appui aux professionnels de l'éducation, du social et de la santé en Région wallonne.

La finalité de ce programme¹ qui a débuté en septembre 2009, consiste à outiller les professionnels relais pour qu'ils puissent améliorer l'efficacité de leur communication avec les jeunes consommateurs de tabac (12-24 ans), en ce compris l'association tabac-cannabis, qui est une des poly- consommations les plus répandues parmi les jeunes.

Les objectifs poursuivis par le Service Prévention Tabac du FARES sont :

- Augmenter les compétences communicationnelles des professionnels relais en matière d'aide à la réduction de l'abus et de la dépendance tabagique chez les jeunes.
- Améliorer les possibilités, pour les jeunes consommateurs, de trouver des relations d'aide adéquates et en accord avec leurs demandes, dans leurs différents contextes de vie.
- Favoriser un processus d'autonomisation des professionnels, afin que les outils et les techniques présentées puissent être reproduites et adaptées au travail individuel et collectif avec les jeunes dans différents contextes.
- Favoriser une meilleure connaissance des services d'aide à la gestion et à la cessation tabagique, par les professionnels relais et les jeunes.

L'expérience du FARES asbl en matière de prévention du tabagisme sur une période de plus de 20 ans, a permis une grande richesse d'échanges avec les professionnels relais, lors de formations, de tables rondes, d'accompagnement à la mise en place de projets de prévention, etc. Un des constats les plus importants est le fait que les professionnels relais se sentent souvent démunis face aux problèmes liés à l'abus et à la dépendance tabagique chez les adolescents qu'ils côtoient. Ils ont tendance à considérer que l'appui à ce type de jeunes est exclusivement une affaire d'experts, même s'ils reconnaissent la résistance de nombreux adolescents à s'orienter vers des structures d'aide spécialisées.

Parmi les trois types de facteurs généralement reconnus en tant que déterminants de l'abus et la dépendance, c'est-à-dire, les facteurs personnels, les facteurs du contexte socioculturel et les caractéristiques du produit, ce programme met l'accent sur les deux premiers. En effet, les activités proposées aident les professionnels relais à travailler avec les jeunes sur des aspects tels que : les motivations de la consommation, les différents types de consommation dont l'abus et la dépendance, les représentations véhiculées par les médias et par les pairs, les différents facteurs de risque et de protection, les éventuelles motivations au changement.

¹ subsidié par la Région Wallonne





Rubriques

Edito	1
Actualités	2
Cas clinique.....	3
Avis d'expert	9
Lu pour vous.....	15
Programmes de santé.....	17
Mémoires.....	24

Tabacologie pratique



Année 3, n°2

Page 20

Décembre 2009

Programmes de santé (suite)

Il s'agit de dépasser les approches moralisatrices ou répressives qui cassent la relation de confiance avec les jeunes. Les stratégies de communication proposées correspondent aux aspects fondamentaux de l'approche motivationnelle, spécifiquement des principes et des stratégies de communication permettant de cibler les consommations à risque, tout en respectant l'autonomie des jeunes. En effet, afin de reconnaître l'autonomie revendiquée par les jeunes, il est nécessaire d'utiliser un type de communication respectueuse de leur parole et de leur choix, et dans laquelle leur participation active ait une place privilégiée².

Les adolescents, sont-ils prêts à parler du tabac?

- Une proportion importante d'entre eux **reconnait déjà des aspects négatifs** dans sa consommation et envisage un arrêt à plus ou moins long terme³. Certains **ont même déjà essayé d'arrêter de fumer** sans aucune aide et généralement **sans succès**.
- Les adolescents fumeurs sont réticents à utiliser les services spécialisés⁴. **Ils sont plus enclins à parler de ces difficultés** dans le cadre d'éventuelles relations de confiance établies dans la vie quotidienne, avec les adultes ou avec leurs pairs.
- Dès qu'on aborde le thème du tabac avec les jeunes, le thème du cannabis émerge également. Cela correspond à **la fréquence** de ce type de **poly-consommation**. En effet, celle-ci est l'une des plus répandues parmi les jeunes.

² « L'ambivalence est habituelle chez les adolescents et les jeunes adultes, qui déploient souvent beaucoup d'énergie pour s'opposer au modèle des adultes qui les entourent et sont particulièrement attachés au respect de leur autonomie et de leurs choix. Il semble ainsi logique d'adopter un style clinique respectueux, reconnaissant la diversité des choix et l'ambivalence et n'augmentant pas la résistance. »

Lécollier Dorothée, Michaud Philippe. L'entretien motivationnel auprès des adolescents et des jeunes adultes consommateurs à risque.

<http://www.entretienmotivationnel.org/>

[L EM aupres des adolescents et des jeunes adultes.html](#). Consulté le 25/04/2007

³ 81,2% : Pourcentage du désir d'arrêt des fumeurs quotidiens de 12-20 ans de l'enseignement secondaire. Tabac, alcool, drogues et multimédias – résultats de l'enquête HBSC 2006 de novembre 2008 – SIPES.

⁴ « En région bruxelloise, usages du tabac et du cannabis chez les adolescents les plus fragilisés dans leurs différents milieux de vie. La question de la gestion et du sevrage : esquisse de réponse via la prévention par les pairs » Forest-Quartiers-Santé asbl (Nazira El MAOUFIK & Bruno VANKELEGOM), Forest Contacts Drogues (Annabelle CARTON), FARES asbl – Service Prévention Tabac – Programme de Promotion de la santé (Hernando Rebolledo). 2007.





Rubriques

Edito	1
Actualités	2
Cas clinique.....	3
Avis d'expert	9
Lu pour vous.....	15
Programmes de santé.....	17
Mémoires.....	24

Tabacologie pratique



Année 3, n°2

Page 21

Décembre 2009

Programmes de santé (suite)

Les activités d'appui proposées :

1. Module de formation
« Repères pour mieux communiquer avec les jeunes fumeurs, à propos du tabagisme. »
2. Formation à l'entretien motivationnel
3. Soutien à la gestion de difficultés concernant la consommation tabagique de jeune
4. Co-animation de groupes de discussion avec des jeunes
5. Accompagnement de projet
6. Appui documentaire

Différentes activités ont déjà été réalisées depuis septembre 2009 telles que :

- un atelier d'échanges avec des animateurs de Maisons des Jeunes dans le Brabant wallon,
- l'organisation d'une Table Ronde avec le CLPS de Mons Soignies sur le thème des collaborations pour la réalisation de projets de prévention auprès des jeunes,
- un module de formation « repères pour mieux communiquer avec les jeunes fumeurs, à propos du tabagisme, auprès d'une équipe d'éducateurs d'un collège à Ottignies et en termes de perspective : co-animation avec deux de ceux-ci d'ateliers de discussion auprès des élèves de 5ème secondaire, lors de la Journée Prévention assuétudes.
- Une formation de 3 jours à l'entretien motivationnel organisée par le FARES dans le cadre du « Conseil de formation continue des centres PMS libres ».
- Un accompagnement de projet avec l'équipe d'un CEFA à Châtelet, en collaboration avec le centre PMS et l'équipe PSE.

Ces activités visent à aider les professionnels à mieux répondre aux inquiétudes des jeunes, sans jugement ni stigmatisation, autour de leurs éventuelles difficultés concernant leur consommation de tabac ; autour des possibilités de réduire l'abus et la dépendance tabagique et concernant les relations d'aide adéquates, en accord avec leurs demandes, dans leurs différents contextes de vie.

Plus d'information : www.fares.be
hernando.rebolledo@fares.be ou francoise.cousin@fares.be



Rubriques

Edito	1
Actualités	2
Cas clinique.....	3
Avis d'expert	9
Lu pour vous.....	15
Programmes de santé.....	17
Mémoires.....	24

Tabacologie pratique



Année 3, n°2

Page 22

Décembre 2009

Programmes de santé (suite)

Tabagisme prénatal : état des lieux du programme d'aide à l'arrêt

Depuis 2005, le service prévention tabac du FARES coordonne le programme d'aide à l'arrêt du tabac chez la femme enceinte et son partenaire.

Durant l'année 2005-2006, l'objectif a été de faire connaître, auprès des professionnels de santé, l'Arrêté Royal fixant les conditions de remboursement des consultations de tabacologie chez la femme enceinte et son partenaire. Les actions ont donc été principalement dirigées vers les gynécologues et les médecins généralistes.

En 2006-2007, les collaborations se poursuivent entre les gynécologues et tabacologues. Les sages-femmes sont également incluses dans cette sensibilisation au tabagisme prénatal. Une nouvelle campagne de communication est également lancée. Elle vise davantage les femmes enceintes et leur partenaire.

En 2007-2008, une collaboration avec les pédiatres se met en place afin de sensibiliser les futurs et jeunes parents au tabagisme passif.

En 2008-2009, la sensibilisation des professionnels de santé poursuit son chemin, de même que celle destinée aux futurs et jeunes parents. Cette année voit également naître le projet « Maternités sans tabac » lancé dans 5 maternités pilotes (CHR La Citadelle, Grand Hôpital de Charleroi, l'Hôpital Erasme, CH St-Vincent Rocourt, Hôpital St-Luc à Ottignies). Ce concept vise la prise en charge systématique de la femme enceinte fumeuse et la formation des équipes médicales à la mesure du CO expiré comme outil de sensibilisation.

Cette année a débuté avec la participation du FARES aux 4 salons dédiés aux futurs parents et à la petite enfance (salon Babyboom au Heysel, Babydays à Namur et Charleroi, salon Ribambelle à Liège). Au cours de ces salons, des mesures de CO étaient proposées aux futurs et jeunes parents, ainsi qu'une sensibilisation au tabagisme passif. Une brochure a spécialement été créée pour la problématique du tabagisme passif. En effet, de nombreux échanges avec les professionnels de santé ont mené au constat qu'il manquait un outil d'information et de sensibilisation au tabagisme passif. La brochure, que nous avons travaillée avec une agence de communication, se veut claire, accessible et attrayante. Une nouvelle mascotte (petit dragon) illustre désormais tous nos outils de communication (bavoirs et sacs de sport) avec le message suivant « Merci de ne pas fumer autour de moi ».

Les 5 maternités pilotes « Maternités sans tabac » ont ainsi reçu un stock de bavoirs « Merci de ne pas fumer autour de moi » et de brochures; ils accompagnent le professionnel de santé dans la délivrance de son message. Les retours de ces 5 sites pilotes sont plus que positifs par rapport à ces outils.





Rubriques

Edito	1
Actualités	2
Cas clinique.....	3
Avis d'expert	9
Lu pour vous.....	15
Programmes de santé.....	17
Mémoires.....	24

Tabacologie pratique



Année 3, n°2

Page 23

Décembre 2009

Programmes de santé (suite et fin)

Une évaluation de ces « Maternités sans tabac » est également en cours. Celle-ci permettra d'adapter ce programme aux éventuelles difficultés rencontrées afin d'élargir le concept « Maternités sans tabac » aux autres institutions.

Par ailleurs, un groupe d'experts* sera convié à se réunir début 2010 afin d'analyser les recommandations françaises de 2004 suite à la conférence de consensus de Lille afin de les adapter et de les diffuser auprès des gynécologues et pédiatres belges. Ce travail se fera également en Flandres (coordination VRGT) et une mise en commun sera opérée.

Des formations d'un jour pour les sages-femmes sont proposées en partenariat avec l'UPSFB (Bruxelles le 12 novembre 2009, Wépion 04 février 2010, 10 juin 2010). Elle sont co-animées par le FARES et Joëlle Dutrieux (sage-femme tabacologue).

Enfin, le site internet www.grossessesanstabac.be va subir un relooking et devrait être mis en ligne vers janvier-février 2010.



* Dr D. Vermeylen (néonatalogue, Hôpital Erasme), Dr Kirkpatrick (Chef de clinique en gynécologie à Erasme), Dr Patrick Emonts (gynécologue CHU de Liège et CSIGT du FARES), Dr P. Nys (MG, CSIGT FARES), Dr P. Bauche (pédiatre GBPF et ONE), un pédiatre de la société belge de pédiatrie (à confirmer), un gynécologue du CHR de la Citadelle (à confirmer), Dr V. Godding (UCL et CSIGT FARES à confirmer), Dr L. Hanssens (pédiatre HUDERF à confirmer).



Rubriques

Edito	1
Actualités	2
Cas clinique.....	3
Avis d'expert	9
Lu pour vous.....	15
Programmes de santé.....	17
Mémoires.....	24

Tabacologie pratique



Année 3, n°2

Page 24

Décembre 2009

Mémoires

Pertinence et spécificités de la prise en charge du fumeur séropositif HIV - Enquête réalisée auprès d'une cohorte de 55 fumeurs séropositifs

L'objectif de mon travail était de répondre à ces 2 questions :

1) Quelle est la gravité de l'association « tabagisme + infection VIH » ?

Une revue de la littérature m'a permis de réaliser que l'association VIH+ et tabac était médicalement redoutable et qu'elle avait été largement étudiée.

Cette association a une triple conséquence néfaste :

- l'immunodéficience due au VIH aggrave les pathologies liées au tabagisme ;
- le tabagisme aggrave les pathologies liées au VIH ;
- le tabagisme diminue l'efficacité et amplifie les effets indésirables des traitements antiviraux.

Par ailleurs, depuis 1996 et l'apparition des traitements antiviraux combinés (mieux connu sous le nom de « trithérapies »), les patients séropositifs ont une espérance de vie quasi normale. Dès lors ils ont « le temps » de souffrir et mourir d'une pathologie non liée au VIH, tels le cancer pulmonaire, une infection bactérienne ou une maladie cardiovasculaire. Or le tabac est un facteur commun, très important et modifiable de ces 3 causes de morbi-/mortalité.

Depuis 2003, le fumeur VIH commence à intéresser les infectiologues, tabacologues et les services de prévention, principalement aux Etats-Unis mais aussi en France.

Divers articles, études, symposiums, affiches, ont été réalisés dans le domaine. Ces recherches ont mis en évidence que :

- ni les séropositifs, ni le personnel médical n'étaient conscients de la gravité de l'impact du tabagisme en cas d'infection par VIH ;
- la prévalence du tabagisme chez les séropositifs était très importante (jusqu'à 70 % selon une étude à New York), que leur dépendance était très forte, que leur motivation à l'arrêt était souvent faible (surtout en cas de co-dépendance, dépression ou milieu socio-économique défavorisé) ;
- le sevrage devait être fréquemment réalisé sur « mesure » selon les caractéristiques socio-économiques du fumeur (origine, niveau éducation, ...) ou médicales (anxio-dépression, co-dépendances, ...).

affiche d'une campagne anti-tabac organisée par des « centres américains pour la défense des lesbiennes, gays, bisexuels et transsexuels (L.G.B.T.) »





Rubriques

Edito	1
Actualités	2
Cas clinique.....	3
Avis d'expert	9
Lu pour vous.....	15
Programmes de santé.....	17
Mémoires.....	24

Tabacologie pratique



Année 3, n°2

Page 25

Décembre 2009

Mémoires (suite)

2) Et en Belgique, qu'en est-il ?

On estime à 20.000 personnes le nombre de personnes porteuses du VIH; on peut donc en déduire qu'environ 6.000 personnes séropositives fument en Belgique.

J'ai mené une enquête au CETIM (CEntrE de Traitement de l'IMmunodéficience au CHU Saint-Pierre) auprès de 55 fumeurs VIH+, via un questionnaire anonyme.

Le fumeur VIH+ qui y consulte est habituellement un homme, européen, vivant dans un environnement fumeur, co-dépendant. Il n'est pas un fumeur « heureux », a plusieurs antécédents de sevrage et reste peu confiant en un futur éventuel sevrage. Il est souvent anxieux et alors hautement dépendant.

Son sevrage s'annonce dès lors difficile et référer à un tabacologue sera fréquemment nécessaire.

Ce mémoire a permis de sensibiliser à la gravité de l'association « tabagisme et infection VIH » les infectiologues, pneumologues et tabacologues du CHU Saint-Pierre ainsi que les 55 fumeurs VIH+ questionnés et le personnel paramédical du CETIM.

Un « pont » a ainsi été construit entre ces 2 domaines et une lutte plus active contre le tabagisme chez les séropositifs sera sans doute menée.

Frédérique De Cock,

Infirmière de recherche clinique en Pneumologie au CHU Saint-Pierre

De la nature des déficits attentionnels dans le sevrage tabagique

De nombreuses études ont investigué les relations entre la nicotine et la cognition, mettant en évidence un effet positif de la nicotine sur les performances cognitives et un effet négatif de l'abstinence tabagique. Plus précisément, l'administration de nicotine augmente les performances, tant chez des sujets fumeurs que des sujets non-fumeurs, et l'abstinence tabagique provoque l'apparition de déficits cognitifs. La reprise du tabac après une période d'arrêt restaure les troubles cognitifs induits par le manque de nicotine. La dépendance au tabac pourrait donc être expliquée notamment par l'association d'effets positifs sur les fonctions cognitives et d'un évitement des effets négatifs liés au sevrage.

Dans le cadre de ce mémoire, nous avons étudié la question de l'apparition de troubles attentionnels durant le sevrage tabagique, en comparant les performances, à une semaine d'intervalle, de cinq sujets fumeurs dans trois tests attentionnels, issus de la TAP (Zimmermann & Fimm), en condition de « fume » et en condition d'abstinence (24h). Notre hypothèse supposait une dégradation des performances en période d'abstinence. A ces cinq fumeurs ont été appariés sur toute une série de variables cinq participants non-fumeurs, afin de fournir un contrôle de l'éventuel effet d'apprentissage lié au test-retest.





Rubriques

Edito	1
Actualités	2
Cas clinique.....	3
Avis d'expert	9
Lu pour vous.....	15
Programmes de santé.....	17
Mémoires.....	24

Tabacologie pratique



Année 3, n°2

Page 26

Décembre 2009

Mémoires (suite)

Les résultats ont révélé que les sujets fumeurs en condition de « fume » sont plus rapides que les sujets non-fumeurs dans une tâche d'alerte phasique et que l'abstinence tabagique induit un ralentissement de la vitesse de réaction en alerte tonique et phasique. De plus, les sujets fumeurs ont tendance à être plus lents dans une tâche de vigilance visuelle en condition d'abstinence par rapport à la condition de « fume » et sont ralentis par rapport aux non-fumeurs. Aucun effet n'a été mis en évidence dans une épreuve d'attention divisée.

En résumé, notre étude a démontré un effet significatif de l'abstinence tabagique dans un test évaluant les capacités de vitesse de réaction et d'alerte, et un effet marginalement significatif dans une épreuve de vigilance visuelle. Ces résultats concordent avec ceux décrits dans la littérature, à savoir un ralentissement dans des épreuves attentionnelles en modalité visuelle, et sont à reproduire dans une population plus large.

Amélie Struelens

Licenciée en psychologie, neuropsychologue, tabacologue

Contraception et tabagisme : dialogues à l'officine

Un jour à l'officine, une femme fumeuse, âgée de 39 ans, me présente les ordonnances suivantes: d'une part une prescription pour une pilule oestroprogestative faiblement dosée (15 µg d'éthinylestradiol) et d'autre part, une prescription pour l'anneau vaginal (oestroprogestatif également). « Je sais, je devrais arrêter de fumer, mais en attendant, comment faire le choix entre ces 2 méthodes ? » me demande-t-elle. Les interactions « contraception- tabagisme » sont nombreuses. En terme de morbi-mortalité, la plus significative est sans doute l'augmentation du risque d'infarctus du myocarde, surtout chez la femme associant d'autres risques comme l'âge avancé (> 35 ans) ou l'hypertension artérielle (entre autres).

Les progrès réalisés en matière de contraception (progestatifs moins androgènes, dosage plus faible en éthinylestradiol, nouvelles formes galéniques) ont entraîné une diminution du risque cardiovasculaire associé à la prise d'oestroprogestatifs. Toutefois, ces progrès ne permettent pas d'en modifier les principales contre-indications, précisément en cas de tabagisme.

Les publications et recommandations s'accordent sur le fait qu'il existe une contre-indication à la prise d'oestroprogestatifs, quels qu'ils soient, chez la patiente fumeuse, surtout si elle est âgée de plus de 35 ans. Ces recommandations sont-elles suivies, chez nous en Belgique ?





Rubriques

Edito	1
Actualités	2
Cas clinique.....	3
Avis d'expert	9
Lu pour vous.....	15
Programmes de santé.....	17
Mémoires.....	24

Tabacologie pratique



Année 3, n°2

Page 27

Décembre 2009

Mémoires (suite)

Des statistiques sur la consommation de tabac, d'une part et sur l'utilisation de méthodes contraceptives, d'autre part, sont fournies par les Enquêtes de Santé Nationale réalisées en Belgique à l'initiative de l'Institut Scientifique de Santé Publique. Il me semblait intéressant, dans le cadre de ce travail, de demander, à la Section Epidémiologie, de croiser les résultats pour des analyses complémentaires relatives à la dernière enquête (2004). **Il en ressort que 28 % des femmes sous oestrogénostatifs sont fumeuses et que parmi elles, 35 % ont plus de 35 ans.**

Il est sans doute plus simple de changer de moyens de contraception que d'arrêter de fumer. Parmi les alternatives, on retrouve les progestatifs faiblement dosés ou la contraception non hormonale. Les principaux effets indésirables des progestatifs concernent des troubles du cycle, conduisant, dans certains cas à l'abandon de la méthode.

Le pharmacien d'officine doit être sensibilisé à la problématique de l'interaction et connaître les différents facteurs de risques cardiovasculaires. L'apparition d'un de ces risques entre deux examens médicaux, pourrait conduire à l'arrêt ou au changement de la méthode contraceptive imposant une consultation médicale. L'encodage des données administratives, de l'historique médicamenteux et éventuellement d'informations plus larges sur la santé du patient lui permet d'assurer ce type de suivi.

Pour la réalisation de ces objectifs, le développement à venir du dossier pharmaceutique du patient est un défi

et une opportunité pour le pharmacien. Plus largement, toute action faite en faveur de l'arrêt tabagique sera positive : conseil minimal, distribution de foldes, approche empathique et non jugeante.

Muriel Rocour

Pharmacienne - tabacologue

Impacts de l'interdiction de fumer dans les entreprises sur les travailleurs belges

En tant que conseiller en prévention compétent pour le bien-être psychosocial au travail, je me suis intéressée au sujet de l'interdiction de fumer dans les entreprises qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006.

En plus d'analyser si et comment cette interdiction de fumer a été appliquée dans les entreprises, j'ai voulu étudier la relation entre celle-ci et le comportement fumeur des travailleurs.

J'ai donc mené une enquête auprès de plus de 1300 travailleurs, émanant de tous types de secteurs (hormis le secteur HORECA) et des trois régions linguistiques du pays.

Mon objectif était de vérifier si les travailleurs fumeurs ont arrêté de fumer suite à cette interdiction et si la relation





Rubriques

Edito	1
Actualités	2
Cas clinique.....	3
Avis d'expert	9
Lu pour vous.....	15
Programmes de santé.....	17
Mémoires.....	24

Tabacologie pratique



Année 3, n°2

Page 28

Décembre 2009

Mémoires (suite et fin)

entre l'entrée en vigueur de cette législation et l'arrêt tabagique est influencée par le fait que l'employeur ait plus ou moins bien respecté cette législation et mis en place une politique de prévention en la matière ou non.

Les résultats montrent que dans deux entreprises sur trois, étant concernées par l'interdiction de fumer, une possibilité pour fumer sur le lieu de travail est laissée aux travailleurs.

Cependant, on constate que beaucoup de travailleurs sont encore autorisés à fumer dans des locaux autres que le fumoir prévu par la loi (réfectoire, locaux sanitaires, poste de travail...).

De plus, il ressort des résultats que beaucoup d'entreprises ne respectent pas les exigences légales en matière de règlement d'accès au fumoir, vu qu'ils ne décomptent pas le temps de fumage du temps de travail, ni ne le limitent à certaines plages horaires. Enfin, au moins un travailleur sur cinq fume apparemment encore dans le véhicule de société.

En ce qui concerne l'impact sur le comportement fumeur des travailleurs, les résultats montrent que plus d'un travailleur sur dix a tenté un arrêt tabagique suite à l'entrée en vigueur de l'interdiction de fumer dans les entreprises.

Le taux d'abstinence, plus de trois ans après l'entrée en vigueur de l'interdiction de fumer, s'élève à 3,8 % par rapport à l'échantillon total.

Les résultats montrent également qu'un règlement d'accès plus strict au fumoir, la réalisation d'une campagne de sensibilisation (surtout en groupe) et la proposition d'une aide pour arrêter de fumer augmentent sensiblement le taux d'arrêt tabagique.

Pour conclure, une interdiction de fumer s'avère donc efficace, mais non suffisante. Elle devrait idéalement être complétée par un contrôle plus strict de son respect, ainsi que par une sensibilisation des travailleurs, une promotion de la santé appliquée en entreprise et un accompagnement des travailleurs souhaitant arrêter de fumer.

Jacqueline Jost

Tabacologue - conseiller en prévention et bien-être psychosocial – Securex SEPP