



Tabacologie pratique

Année 2, n° 3

Page 1

Novembre 2008

Rubriques

[La une 1](#)

[Actualités..... 2](#)

[Avis d'expert 5](#)

[Lu pour vous 13](#)

[Programmes de santé 17](#)

[Agenda 19](#)

[Formation 20](#)

Editorial

Chers collègues,

Voici le dernier numéro de la Newsletter 2008.

Nous espérons que cette source d'informations transmise par des experts vous est utile pour votre pratique de la tabacologie.

A ce propos, n'hésitez pas à nous faire part de vos commentaires, de vos propositions pour de futurs articles, voire de vos envies de collaboration rédactionnelle ponctuelle.

Je vous souhaite donc une bonne lecture et vous transmet mes meilleurs vœux pour cette fin d'année.

Dr Juan Coulon



Image: Alix Minde © PhotoAlto

Colophon

Comité de rédaction: Dr J. Coulon^{1,2} • Pr J. Prignot², Pr P. Bartsch² • Pr L. Galanti² • Dr P. Nijs² • Mr J. Dumont² • Mr M. Bodo² • Mme C. Rassin² • Mr S. Piret³

Rédacteur en chef: Dr Juan Coulon^{1,2}

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

Mise en pages: Huib Duyster¹

Publication: 2 fois par an

¹ Fondation contre le Cancer, ² Comité scientifique du FARES, ³ FARES



Tabacologie pratique

Année 2, n° 3

Page 2

Novembre 2008

Rubriques

La une	1
Actualités.....	2
Avis d'expert	5
Lu pour vous	13
Programmes de santé 17	
Agenda	19
Formation	20

Actualités

Directives américaines 2008 sur l'arrêt du tabagisme: nouveautés?

Les spécialistes de la santé doivent proposer une intervention de désaccoutumance à tous leurs patients et patientes qui consomment du tabac. Voici les recommandations clés des directives révisées pour le traitement de la consommation de tabac et de sa dépendance, publiées en mai 2008 par les autorités sanitaires américaines.

Le constat suivant est à l'origine de la révision des directives en 2008: le succès d'une intervention de désaccoutumance au tabac dépend du système de prise en charge médicale dans le cadre duquel cette intervention est proposée. Ainsi, la chance qu'un fumeur suive vraiment et avec succès une intervention pour arrêter de fumer augmente si l'assurance maladie en couvre les frais. La désaccoutumance au tabac ne doit pas être laissée aux interventions individuelles des médecins et pharmaciens, mais résulter d'une coordination de tout le système de prise en charge médicale. La commission d'experts américaine souhaite «encourager une culture de la prise en charge médicale ou l'absence d'intervention auprès des consommateurs de tabac devienne incompatible avec les règles de l'art».

Voici les recommandations en dix points des 37 experts américains.

1. La dépendance au tabac est une maladie chronique qui rend nécessaires des interventions répétées et de nombreuses tentatives pour en sortir. Des thérapies efficaces permettent d'augmenter de manière significative les taux d'ab-

stinence à long terme.

2. Il est déterminant que des professionnels de la santé de tous les domaines effectuent, en cas de traitement, une intervention auprès de chaque fumeur ou fumeuse en les interrogeant sur leurs habitudes en matière de tabac.
3. Certaines thérapies pour lutter contre la dépendance au tabac ont fait les preuves de leur efficacité auprès de différents groupes de population.
4. Une intervention courte pour encourager l'arrêt du tabagisme est déjà efficace.
5. Les consultations individuelles, les cours de désaccoutumance et les conseils par téléphone sont efficaces. Deux aspects des conseils se sont révélés particulièrement efficaces: donner des moyens pratiques et motiver les fumeurs par des encouragements et une reconnaissance de leurs efforts.
6. Toute une série de médicaments utiles pour la désaccoutumance au tabac est disponible sur le marché et les spécialistes doivent recommander ces médicaments à tous les fumeurs et fumeuses qui ont envie d'arrêter. Voici les sept médicaments de premier choix qui augmentent de manière fiable les taux d'abstinence à long terme: le Bupropion, les gommes à mâcher, les inhalateurs, les microtablettes, le spray nasal ¹, les patches et la varénicline. Font exception: les cas de contre-indications médicales, ou les groupes de population pour lesquels l'efficacité n'a pas été suffisamment prouvée,



¹ NDLR: cette spécialité n'est plus disponible en Belgique.



Tabacologie pratique

Année 2, n° 3

Page 3

Novembre 2008

Rubriques

La une	1
Actualités.....	2
Avis d'expert	5
Lu pour vous	13
Programmes de santé	17
Agenda	19
Formation	20

Actualités (suite)

- comme les femmes enceintes, les consommateurs de tabac à usage oral ou les jeunes.
7. Certes, les consultations en cas d'arrêt du tabac et la prise de médicaments pour la désaccoutumance au tabac sont efficaces séparément, mais leur efficacité est encore augmentée par leur combinaison.
 8. Les consultations téléphoniques sont efficaces auprès de différents groupes de population et permettent d'atteindre de larges pans de celle-ci. Les professionnels de la santé peuvent faire connaître ce service et faciliter l'accès à ces consultations téléphoniques.
 9. Si un fumeur ou une fumeuse n'a pas encore envie d'arrêter, les professionnels de la santé doivent recourir aux techniques de motivation, qui augmentent la probabilité d'une future tentative pour arrêter de fumer.
 10. Les thérapies de désaccoutumance au tabac sont efficaces cliniquement et financièrement. Si les coûts sont pris en charge, les chances de succès augmentent. Les assureurs pour la maladie et les autres assureurs doivent donc garantir la prise en charge de ces thérapies en les intégrant à leur liste de prestations.

Bulletin AT été 08

Source: Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008. www.surneongeneral.gov/tobacco/default.htm

Sport et tabac: parlons-en !

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

Dans la Newsletter n° 3 (juin 2008), nous avons eu l'occasion de présenter le projet « sport & tabac ». Un large partenariat qui, avec le soutien du fonds fédéral de lutte contre le tabagisme, aura permis à 11 centres sportifs de la Communauté française d'accueillir chacun un groupe pour arrêter de fumer ou réfléchir à sa consommation. Le premier a commencé en avril 2008, et le dernier s'est terminé en juin 2008.

Le rapport d'évaluation complet est disponible sur www.sportsanstabac.be. Voici l'occasion d'en dévoiler les principaux résultats:

- En termes de sensibilisation: suite à la promotion faite autour de ce projet, la question du tabagisme a fait son chemin dans les milieux sportifs. De nombreuses personnes ont été touchées, et connaissent maintenant l'existence de ces groupes.
- En termes de participation: le nombre de participants, inférieur à celui





Tabacologie pratique

Année 2, n° 3

Page 4

Novembre 2008

Rubriques

La une	1
Actualités.....	2
Avis d'expert	5
Lu pour vous	13
Programmes de santé 17	
Agenda	19
Formation	20

Actualités (suite et fin)

escompté, s'est révélé être un atout pour la dynamique de groupe et un travail de qualité (6 participants en moyenne). Nul doute que la pérennisation de ce type d'accompagnement, ainsi qu'une meilleure promotion, permettra d'augmenter le nombre de groupes à l'avenir. Plusieurs personnes ont arrêté de fumer, mais le sevrage n'était pas l'unique objectif; il semble plus utile de constater l'évolution des participants, ainsi que leur grande satisfaction.

Les avantages d'organiser ces groupes dans des infrastructures sportives, avec des partenaires sportifs, sont nombreux: offrir une motivation et une ambiance propice au bien-être, offrir un lieu facilement accessible, offrir des incitants à la reprise du sport (inviter un orateur, offrir un bon pour une séance gratuite...), donner le sentiment de s'inscrire dans un grand projet, etc.

- En termes de mobilisation et de dynamique de réseau: de nombreuses personnes du monde sportif et de la santé ont été enthousiasmées, et se sont mobilisées autour de ce projet. Cette expérience aura aussi permis de dynamiser le réseau des tabacologues, en motivant l'organisation d'accompagnements en groupe, et en permettant de tisser des liens avec les acteurs locaux.
- En termes d'expertise: un programme d'accompagnement en groupe a été mis au point, puis affiné avec l'aide des tabacologues participants. Celui-ci rejoint une demande, car l'accompagnement en groupe à l'attention des particuliers, bien qu'efficace, est encore trop peu répandu en Communauté française.

Au vu des résultats et des perspectives dégagées, **les partenaires actuels ont l'opportunité de poursuivre ce projet.** Celui-ci prendra toutefois une tournure différente, puisque l'énergie sera mise sur la promotion, la logistique et le soutien des CAF et tabacologues intéressés d'intégrer l'accompagnement en groupe parmi leurs activités.

Ayant visé principalement les sportifs, le projet devrait cette fois s'ouvrir au plus grand nombre, en s'adressant également à des personnes plus sédentaires. Il s'agit d'une offre différente et complémentaire aux consultations individuelles.

Le FARES et les partenaires actuels (ADEPS, AISF, services communaux...) participeront à la promotion de ces groupes et faciliteront l'accès aux centres sportifs. De plus, le FARES diffusera le programme créé cette année, et pourra le présenter aux tabacologues intéressés. Avec ce soutien, les CAF's et tabacologues locaux pourront facilement mettre en place leur(s) groupe(s) (lieu, horaire, local, personnalisation de l'animation, etc.).

Un appel à collaboration sera prochainement lancé, et une réflexion aura lieu quant à la meilleure manière pour chacun de participer à ce nouveau défi. De même, une présentation du projet et un moment de concertation est prévu à 15h, lors de la 4ème rencontre de post-formation, le 6 décembre à Louvain-La-Neuve. N'hésitez pas non plus à visiter www.sportsanstabac.be pour obtenir les dernières informations.

Enfin, après «Tabac et grossesse», «Tabagisme passif» et «L'aide à la gestion du tabagisme», le FARES vient de produire un dépliant «Sport et tabac». Celui-ci est téléchargeable sur www.sportsanstabac.be.



Tabacologie pratique

Année 2, n° 3

Page 5

Novembre 2008

Rubriques

La une	1
Actualités.....	2
Avis d'expert	5
Lu pour vous	13
Programmes de santé	17
Agenda	19
Formation	20

Avis d'expert



Etude critique du rapport de l'Institut for Safe Medical Practice (ISMP) à propos du Champix

A. Note liminaire

Les symptômes ou maladies observés lors de l'administration d'un médicament d'aide à l'arrêt du tabagisme peuvent être dus à diverses causes:

1. aux effets indésirables spécifiques au produit d'aide à l'arrêt, y compris ses interactions avec d'autres médicaments
2. aux effets de l'arrêt du tabagisme (syndrome de privation et suppression des effets de la fume sur d'autres médicaments pris de manière concomitante)
3. aux affections liées au tabagisme dont l'arrêt ne suspend le plus souvent ses effets-santé qu'avec un délai prolongé
4. aux effets indésirables d'autres médicaments pris concomitamment
5. à des causes intercurrentes totalement indépendantes de la prise du médicament et coïncidant par hasard avec son administration.

Les essais contrôlés par placebo, lorsqu'ils portent sur un nombre suffisant de cas, permettent de soupçonner les effets indésirables spécifiques fréquents des médicaments en comparant la prévalence des événements dans le groupe intervention et dans le groupe placebo. La liaison entre dose du médicament et prévalence de l'effet, la disparition de l'effet par l'arrêt du médicament et la plausibilité de l'effet permettent de conclure à une relation de causalité. La

comparaison des fréquences entre les sujets ayant réussi l'arrêt et ceux ayant continué à fumer permet d'approcher la responsabilité éventuelle de l'arrêt.

Les effets indésirables spécifiques rares ou exceptionnels peuvent échapper aux observations des essais contrôlés.

Il en est de même pour ceux liés à l'administration du produit à des groupes particuliers de sujets qui ont été exclus des essais contrôlés et qui peuvent être particulièrement sensibles à l'action du nouveau médicament (par exemple, les jeunes, les femmes enceintes, les sujets atteints de comorbidités notamment cardiovasculaires, assuétudes, affections neuropsychiques) C'est le suivi post-marketing (pharmacovigilance) sur le terrain qui permet de suspecter ces effets indésirables rares, méconnus dans les essais cliniques.

L'interprétation d'effets indésirables déclarés aux firmes pharmaceutiques ou aux agences de surveillance des médicaments est toutefois très délicate en raison de l'imprécision des récits, surtout lorsqu'ils proviennent directement des patients et non des professionnels de la santé.

La relation de causalité reste souvent douteuse, malgré une étude approfondie des dossiers.

Dans les études de pharmacovigilance, on ne dispose évidemment pas de groupe placebo, et les interprétations doivent se fonder sur la fréquence respective de l'événement dans une population aussi similaire que possible à celle des consommateurs du produit et chez ces consommateurs, à l'étude du moment d'apparition de





Tabacologie pratique

Année 2, n° 3

Page 6

Novembre 2008

Rubriques

[La une](#) 1

[Actualités](#)..... 2

[Avis d'expert](#) 5

[Lu pour vous](#) 13

[Programmes de santé](#) 17

[Agenda](#) 19

[Formation](#) 20

Avis d'expert (suite)

l'évènement et à son évolution après l'arrêt du médicament, à la possibilité d'intervention d'autres médicaments pris de manière concomitante, et enfin à la plausibilité de l'effet constaté.

C'est dire que la mise en évidence d'un évènement ne permet pas à elle seule, loin de là, de conclure à la responsabilité du produit incriminé.

Dans le cas particulier de la varénicline, lorsque les événements surviennent pendant la période de 15 jours précédant la date d'arrêt du tabagisme, on peut déjà écarter une étiologie liée à l'arrêt c'est-à-dire le syndrome de privation ou l'effet de l'arrêt sur le métabolisme de divers médicaments.

B. Etude critique du "Full Report"

B.1. Introduction

1. La varénicline agit *spécifiquement* sur les récepteurs $\alpha 4\beta 2$ qui n'ont pas d'action sur les muscles périphériques, à l'opposé d'autres récepteurs nACh, ce qui rend peu vraisemblable son intervention dans les mouvements volontaires, la contraction cardiaque et celle des muscles lisses.

2. Dans le calcul de l'efficacité, l'ISMP inclut un essai "ouvert", celui de Aubin *et al.* qui n'est pas comparable aux trois autres travaux cités, tous à l'aveugle. Il néglige l'étude de Jorenby dont le schéma est similaire à celui des autres études incluses.

Il s'agit d'une erreur méthodologique qui n'a toutefois pas d'incidence signifi-

cative sur le taux moyen d'abstinences continues (9-52 semaines) biologiquement validées après varénicline.

4 études du ISMP = 22.60%

4 études comparables = 21.50%

3. L'ISMP s'appuie pour l'efficacité "comparable" de la NRT sur deux anciennes études (Kornitzer 1987; Hialmarson, 1984) portant sur la gomme à la nicotine; la première étude a été fortement contestée. Si l'on tient compte des méta-analyses récentes de l'ensemble des formes de nicotine, on note une nette supériorité de la varénicline s'exprimant par un NNT de 8 (IC 95% 5-11) alors que celui de la NRT (toutes formes) est de 20 (IC 95% 17-23) et celui du bupropion de 15 (IC 95% 11-20). (Voir Cochrane Database of Systematic Reviews). Le NNT permet d'écarter les différences dues à l'effet placebo.

L'addition de deux publications récentes sur la varénicline (Nakamura, 2007; Tsai, 2007) a réduit légèrement l'OR de succès de la varénicline vs. placebo, de 3.22 à 2.92, mais la différence reste significative. Loin d'être comparable comme l'affirme l'ISMP, l'efficacité spécifique de la varénicline est donc nettement supérieure à celle de la NRT. Dans l'étude de Stapleton *et al.* (2007) où la varénicline est comparée sur le terrain avec la NRT administrée dans une période antérieure, les résultats de la varénicline sont supérieurs à ceux observés après administration d'une forme unique de NRT, mais non à la combinaison de diverses formes de NRT.





Tabacologie pratique

Année 2, n° 3

Page 7

Novembre 2008

Rubriques

La une	1
Actualités.....	2
Avis d'expert	5
Lu pour vous	13
Programmes de santé	17
Agenda	19
Formation	20

Avis d'expert (suite)

La supériorité de la varénicline intervient évidemment de manière très importante dans l'étude du rapport risque/efficacité rapport qui doit toujours être pris en compte – pour n'importe quel médicament – lorsqu'on doit décider d'instaurer un traitement.

L'estimation par l'ISMP du nombre de consommateurs de varénicline aux Etats-Unis (approximativement 3,5 millions de sujets) n'est pas vérifiable et la période concernée n'est pas précisée. Ceci ne permet donc pas de déterminer avec exactitude le dénominateur qui est essentiel pour établir la fréquence des effets indésirables dans une étude de pharmacovigilance. Dans notre discussion, nous adopterons néanmoins le chiffre de 3.500.000 utilisateurs et une période de pharmacovigilance d'un an

B.2. Pourquoi cette étude ?

L'ISMP dit que "crude published estimates suggest that from 1% to 10% of serious events are reported" (sans doute à la FDA), sans préciser la source de cette information. Il signale dans la discussion que ces pourcentages peuvent varier largement selon les médicaments considérés, le moment d'apparition de l'effet indésirable et au fil du temps.

Le "signal d'alerte" pour la varénicline a été identifié par l'étude des rapports trimestriels de la FDA en recherchant les modifications du nombre d'effets indésirables sérieux.

Ce nombre a dépassé les rapports d'effets indésirables de n'importe quel autre médicament aux Etats-Unis au 4ème

trimestre de 2007. La signification de ce classement dépend du nombre d'utilisateurs de chacun des produits, qui n'est pas mentionné. L'interféron β indiqué dans certains cas de sclérose en plaques connaît moins d'utilisateurs que la varénicline. Il en est de même pour l'etanercept, un inhibiteur du "Tumor necrosis factor" utilisé uniquement dans les formes graves de la polyarthrite rhumatoïde, d'arthrite psoriasique, de spondylarthrite ankylosante ou de psoriasis en plaque, après échec des traitements classiques.

Le nombre total de cas de rapports considérés comme effets indésirables sérieux sélectionnés par l'ISMP est de 3063 aux Etats-Unis dont 1045 provenant de professionnels de la santé et 1755 de consommateurs. Il y a eu 78 cas de décès.

Ces nombres sont ceux des déclarations où la varénicline est suspectée, et non ceux de cas où la responsabilité de la varénicline a été démontrée. Les nombreux rapports en provenance des consommateurs sont souvent moins précis et rendent plus difficile la détermination de la responsabilité du médicament.

1. Hyperglycémie ou diabète sucré d'apparition récente

D'une méta-analyse récente (Willi *et al.* JAMA 2007) portant sur 1.200.000 participants non diabétiques au départ avec un suivi de 5 à 30 ans, on peut estimer (si l'on suppose un suivi moyen de 15 ans) que l'incidence du diabète de type 2 est de l'ordre de 0,0025 par an.





Tabacologie pratique

Année 2, n° 3

Page 8

Novembre 2008

Rubriques

La une	1
Actualités.....	2
Avis d'expert	5
Lu pour vous	13
Programmes de santé	17
Agenda	19
Formation	20

Avis d'expert (suite)

Sur les 199.000.000 d'adultes américains, on peut s'attendre dans ces conditions annuellement à 50.681 cas incidents de diabète de type 2, et sur les 3.500.000 américains ayant pris de la varénicline à 8.750 cas de diabète de type 2 (indépendamment du statut tabagique et de la prise de varénicline).

Si l'on admet que les utilisateurs de varénicline sont surtout les gros fumeurs ayant par rapport aux non-fumeurs un RR de diabète de type 2 de 1,61, ce nombre devrait encore être largement majoré.

Il serait donc abusif d'attribuer sans plus de détails à la prise de varénicline les 544 cas de "diabète" signalés comme effets indésirables, d'autant plus que ce diagnostic repose parfois uniquement sur des symptômes non spécifiques de cette affection.

2. Hostilité, agression, psychoses et affections psychotiques, suicides

Au total 1.149 effets indésirables de ce type ont été retenus par l'ISMP.

La dépression est plus de deux fois plus fréquente chez les fumeurs que dans la population générale (56% vs. 26%) (Farrel *et al.* 2003). L'Odds ratio de comportement suicidaire est de 1,82 chez les fumeurs par rapport aux non-fumeurs (Breslau *et al.* 2005)

Chez les hommes, le risque annuel de suicide est de 23/100.000 chez les non-fumeurs, de 26/100.000 en cas de consommation de 1-14 CPJ, de 33/100.000 en cas de 15-24 CPJ et de 57/100.000 si ≥ 25 CPJ. (Doll,

BMJ 1994). L'étude de Hemenway *et al.* (1993) donne des résultats du même ordre chez les femmes.

Le nombre d'idées et de tentatives de suicide ou d'automutilation rapporté par l'ISMP est de 227/3.500.000 sujets traités par la varénicline soit 15,42/100.000, bien inférieur aux taux signalés par Doll chez les fumeurs à une époque où la varénicline n'était pas sur le marché.

Coveg *et al.* (1997) ont montré que l'incidence pendant 3 mois d'épisode de dépression majeure après succès d'un programme de 10 semaines d'aide à l'arrêt était respectivement de 2% en l'absence d'antécédents de dépression majeure, de 17% après antécédents de dépression majeure unique et de 30% après dépression majeure récidivante. Des données similaires ressortent de la publication de Glassman *et al.* (2001).

Le simple fait du tabagisme et de son arrêt pourrait donc expliquer les 28 cas de suicide rapportés par l'ISMP, indépendamment de la prise de varénicline par 3.500.000 consommateurs (incidence 0,8/100.000) (sous réserve de l'influence du taux de déclaration des effets indésirables).

3. Arythmies cardiaques, thromboembolies

Au total 363 effets indésirables de ce type ont été retenus.





Tabacologie pratique

Année 2, n° 3

Page 9

Novembre 2008

Rubriques

La une	1
Actualités.....	2
Avis d'expert	5
Lu pour vous	13
Programmes de santé	17
Agenda	19
Formation	20

Avis d'expert (suite)

Le taux d'AVC pour 100.000 personnes-année est de 2,60 chez les petits fumeurs, 2,90 chez les fumeurs moyens et de 3,00 chez les grands fumeurs (Wannamethee *et al.* 1995).

Si on applique un taux de 2,95/100.000 aux 3.500.000 sujets ayant pris de la varénicline (supposés moyens et grands fumeurs), on obtient pour une année un nombre de 10.325 AVC, bien supérieur aux données relevées par l'ISMP.

L'avantage de l'arrêt du tabagisme mérite d'ailleurs d'être pris en compte. Il entraîne dans une méta-analyse de Critchly *et al.* portant sur 20 études avec suivi d'au moins 2 ans une réduction de risque de 36% après arrêt tabagique, un avantage bien supérieur au risque lié à la prise de la varénicline, même si celle-ci n'entraîne que 22% de succès.

Par contre, les marqueurs d'inflammation et d'hémostase liés au tabagisme s'améliorent après 5 ans d'arrêt mais ne retournent à la normale qu'après 20 ans (Wannamethee *et al.* 2005). Comme les effets favorables de l'arrêt sur le système cardiovasculaire sont tardifs, ils ne peuvent pas s'être manifestés pendant les quelques semaines de prise de varénicline. Les taux des complications liées au tabagisme restant stables pendant cette période peuvent donc être comparés aux taux chez les fumeurs sous varénicline, même si ceux-ci ont cessé de fumer.

4. Troubles de la vue

On sait que le tabagisme par lui-même entraîne un taux accru de dégénérescence maculaire de la rétine liée à l'âge (pooled OR 3 à 4 vs. never-smokers), lié à la durée de la consommation, avec relation dose-réponse. Il y a également une association causale entre tabagisme et cataracte nucléaire (OR 1,68) et ophtalmopathie de Graves (exophtalmie d'origine thyroïdienne) (OR 2-3 fois) (P. Kelly, International Symposium on smoking cessation, Leuven, 6-8/03/2008).

Les 148 cas de troubles visuels ne doivent donc pas systématiquement être attribués à la varénicline.

Je ne dispose pas de données concernant la fréquence "spontanée" des accidents et blessures, oedèmes angioneurotiques et réactions cutanées sévères chez les fumeurs.

5. Autres traitements

Le rapport de l'ISMP signale que "seulement" un tiers des cas rapportés ne prenaient aucune autre médication. Dans les deux autres tiers de cas, les médications concomitantes signalées (notamment antidépresseurs, anti-psychotiques, antalgiques, morphiniques, etc) peuvent à elles seules être responsables de certains des symptômes observés

L'ISMP signale qu'une interaction entre varénicline et autres médicaments peut être soupçonnée dans 126 cas: on sait





Tabacologie pratique

Année 2, n° 3

Page 10

Novembre 2008

Rubriques

La une	1
Actualités.....	2
Avis d'expert	5
Lu pour vous	13
Programmes de santé	17
Agenda	19
Formation	20

Avis d'expert (suite)

pourtant que la varénicline n'induit pas les enzymes hépatiques microsomaiales P450 dont certaines sont responsables du métabolisme hépatique de beaucoup de médicaments. Contrairement aux affirmations de l'ISMP, l'interaction (directe) de la varénicline avec d'autres médicaments est hautement improbable.

La cessation tabagique entraîne par contre un ralentissement du métabolisme de divers médicaments comme théophylline, caféine, anti-arythmiques, neuroleptiques, antidépresseurs, et antipsychotiques dont les doses doivent parfois être réduites lors de l'arrêt du tabagisme. Les effets de ce surdosage sont parfois confondus avec ceux du sevrage et peuvent expliquer certains des événements repris dans les rapports.

6. Décès

Les 78 décès où la varénicline a été considérée par l'ISMP comme le principal "suspect" se déclinent en 28 suicides et de nombreux autres cas suggérant des causes cardiaques, à la fois d'origine arythmique ou thromboembolique.

Les arguments repris précédemment concernant les rapports entre le tabagisme et ces pathologies s'appliquent également aux cas ou celles-ci entraînent le décès. La mortalité des fumeurs est évidemment elle aussi supérieure à celle des non-fumeurs: la mortalité annuelle toutes causes par 100.000 hommes fumeurs est de 3.038 vs. 1.706 chez les non-fumeurs (Doll *et al.*, 1994). Rapporté à 3.500.000 utili-

sateurs, ceci signifie une mortalité tabagique annuelle indépendante de la varénicline de 106.330 fumeurs !

B.3. Discussion

L'ISMP indique que les effets indésirables de médicaments "à alerte élevée" (interféron β , fentanyl et anercept) sont administrés à des patients atteints de maladies graves et qui peuvent en retirer un bénéfice malgré les risques. Il affirme que la varénicline s'adresse à des sujets bien portants pour les aider à arrêter de fumer, alors que le contraire est prouvé par le pourcentage de deux tiers de prise d'autres médicaments chez les sujets traités à la varénicline.

L'ISMP oublie l'avantage majeur que comporte à long terme la cessation tabagique et le fait que la varénicline est administrée à beaucoup de patients dont la vie est menacée par les effets du tabagisme.

En classant les effets indésirables en fonction des symptômes selon les "Standardized Medical Queries", une méthode ne comportant probablement pas l'examen des récits individuels, l'ISMP ne peut pas fournir d'évaluation définitive quant aux relations de causalité (comme il l'admet lui-même dans le chapitre Résultats).

La FDA, elle non plus, ne prend pas position à l'égard des effets cardiaques en disant simplement que "la varénicline, surtout en administration prolongée, pourrait peut-être en augmenter la fréquence, cette position étant loin d'être définitive".





Tabacologie pratique

Année 2, n° 3

Page 11

Novembre 2008

Rubriques

La une	1
Actualités.....	2
Avis d'expert	5
Lu pour vous	13
Programmes de santé	17
Agenda	19
Formation	20

Avis d'expert (suite)

B.4. Points forts et limites

L'ISMP admet que ses observations ne constituent qu'un signal d'alerte exigeant des investigations complémentaires pour confirmation, et que la relation de causalité n'est pas démontrée.

Quoique la fréquence des effets indésirables sérieux signalés dans le cadre de la pharmacovigilance soient estimés selon lui en général à 1-10% de la réalité, l'ISMP admet que dans le cas de la varénicline, divers facteurs (notamment les avertissements de la FDA et le site WEB de Pfizer) ont tendance à rapprocher le taux des déclarations de leur incidence réelle.

L'incertitude quant à ces taux ne permet pas de fixer avec précision l'incidence effective des événements sérieux pouvant être liés à la varénicline, ni sa comparaison exacte avec celle observée chez les fumeurs

B.5. Conclusions

Un grand nombre d'études sont actuellement en cours au sujet de l'efficacité et de la sécurité de la varénicline dans les groupes de fumeurs qui ont été exclus des études initiales de phase III en raison de comorbidités.

L'étude de Stapleton et al (2007) fournit déjà des indications concernant les sujets atteints de maladies mentales. La varénicline y a été administrée à 111 fumeurs atteints de maladies mentales, avec des résultats similaires (ou peut-être légèrement plus favorables) de la varénicline par rapport à la NRT et des effets similaires de la varénicline chez les

patients mentaux comparés aux autres fumeurs. Les effets indésirables n'ont pas été plus fréquents ni plus graves chez les patients atteints d'affections mentales que chez les autres.

L'étude de Williams *et al.* (2007) portant sur des patients non-atteints d'affections médicales significatives et ne prenant pas d'antidépresseurs, d'antipsychotiques, de naltrexone ou de nicotine, a cherché à préciser les résultats de la sécurité d'administration de la varénicline administrée pendant 52 semaines. La prévalence ponctuelle d'abstinence à 52 semaines a été de 36,7% vs. 7,9% pour le placebo. Les effets indésirables ont été très fréquents mais n'ont entraîné l'arrêt du traitement que dans 7,6% des cas pour nausée, 3,2% pour insomnie et 2,4% pour rêves anormaux.

Le seul cas d'effet sérieux a été une cataracte subcapsulaire bilatérale.

B.6. Résumé

Ce résumé insiste principalement sur les aspects négatifs. Curieusement, il détaille plus que le texte principal divers types de rapports d'effets indésirables sans apporter davantage la preuve d'une relation de cause à effet. Il recommande d'éviter de prescrire la varénicline aux sujets dont la perte d'éveil ou de contrôle musculaire pourrait avoir des conséquences graves.

Nous suggérons que ces fumeurs essayent la varénicline pendant leurs périodes de repos et ne la poursuivent qu'en l'absence d'effets indésirables. Il serait évidemment





Tabacologie pratique

Année 2, n° 3

Page 12

Novembre 2008

Rubriques

La une	1
Actualités.....	2
Avis d'expert	5
Lu pour vous	13
Programmes de santé	17
Agenda	19
Formation	20

Avis d'expert (suite et fin)

important à cet égard de connaître la durée après laquelle les événements se sont produits lors de la prise de varénicline.

Il y a lieu de poursuivre les essais cliniques dans les groupes de fumeurs avec diverses comorbidités et des comparaisons directes varénicline-NRT, et que par ailleurs, les observations résultant de la pharmacovigilance doivent être étudiées de façon plus approfondie pour établir ou écarter la relation de causalité, l'absence d'autres facteurs susceptibles de biaiser les résultats (comédication), d'arriver à une plus grande précision du dénominateur et de la période concernée par les rapports.

Il y a lieu aussi de mener une étude mettant en relation aussi précise que possible les effets indésirables de la varénicline avec ses succès (NNT) pour obtenir un rapport risque/efficacité plus exact.

La plupart des recommandations formulées par l'ISMP figurent déjà dans les documents de la FDA, de l'EMA et dans les notices.

Le nombre de "nouveaux" risques potentiels (mais non démontrés) observés dans le cadre de la pharmacovigilance est limité et doit être comparé à ceux d'autres médicaments d'aide à l'arrêt comme le bupropion.

Pr J. Prignot
Comité scientifique du FARES



Tabacologie pratique

Année 2, n° 3

Page 13

Novembre 2008

Rubriques

[La une](#) 1

[Actualités](#)..... 2

[Avis d'expert](#) 5

[Lu pour vous](#) 13

[Programmes de santé](#) 17

[Agenda](#) 19

[Formation](#) 20

Lu pour vous

Présentation des 3 meilleurs mémoires en tabacologie 2006/2007 ¹

1. Apports de la théorie de l'engagement pour l'aide au sevrage tabagique

Il semble y avoir accord sur l'idée que l'engagement par rapport à l'arrêt du tabac est crucial dans la réussite d'un sevrage. Cependant, cet engagement est souvent perçu comme un état ou, au mieux, comme un but à atteindre, par le travail des motivations ou la persuasion. Au contraire, la théorie de l'engagement l'envisage comme un processus par lequel l'individu peut se voir, ou non, comme producteur de son comportement.

Il est possible de mettre en évidence les facteurs qui mènent à l'engagement, et d'agir sur ceux-ci. Parmi ces facteurs, on retrouve principalement le sentiment de liberté, qui est nécessaire pour qu'une personne puisse se sentir responsable de ses actes.

Une série de techniques permettent d'amener à poser des comportements engageants. L'engagement dans un acte augmente la probabilité de poser de nouveaux comportements ayant trait au même registre d'identifications, et favorise des attitudes consonantes.

En plus de réflexions sur les techniques d'engagement, 7 principes d'action simples ont été mis en évidence. Ceux-ci seront utiles au tabacologue et au professionnel de la relation d'aide.

Nicolas Di Giacomo

2. Protection des travailleurs contre le tabagisme passif et interdiction de fumer sur les lieux de travail... un an plus tard

L'objectif de ce travail était d'évaluer la situation du tabagisme et sa gestion dans les entreprises de plus de 50 travailleurs après 1 an d'interdiction. Après avoir resitué le cadre législatif, l'auteur décrit tous les arguments en faveur d'une politique de gestion du tabagisme dans les entreprises, d'un point de vue juridique (Convention-cadre de l'OMS, Directive-cadre, Arrêté Royal), d'un point de vue de santé (mortalité, morbidité, ...), de points de vue de la sécurité, social et économique.

La méthodologie est décrite au travers l'élaboration du questionnaire, puis du choix de la population. Les résultats sont présentés clairement au moyen de pourcentages explicites. On constate encore des différences entre l'interdiction de fumer théorique et la pratique (on fume encore dans certains endroits, à certains moments). Même si la différence est faible, on observe tout de même une tendance à la diminution du tabagisme après l'interdiction de fumer.

Jean-Charles Perrier

¹ NDLR: les 2 premiers mémoires étaient exécutés.





Tabacologie pratique

Année 2, n° 3

Page 14

Novembre 2008

Rubriques

[La une](#) 1

[Actualités](#)..... 2

[Avis d'expert](#) 5

[Lu pour vous](#) 13

[Programmes de santé](#) 17

[Agenda](#) 19

[Formation](#) 20

Lu pour vous (suite)

3. Les femmes enceintes et le tabac

Tout d'abord, l'auteure rappelle la prévalence du tabagisme dans le monde, en Belgique et chez les jeunes. Puis on expose les risques pour le bébé qui peuvent survenir si les femmes fument pendant la grossesse. Ensuite, la prévalence du tabagisme chez les femmes enceintes est détaillée avec différents pourcentages d'évolution selon les années. Viennent enfin les facteurs de succès du sevrage (dépendance, mode de vie, déterminants socio-économiques).

L'étude a été réalisée au moyen d'un questionnaire dirigé sur 220 femmes enceintes fumeuses. Les aspects suivants ont été analysés: la situation économique, la présence du conjoint, le conjoint et son statut de fumeur (ces derniers étant des facteurs influençant fortement le tabagisme de la femme enceinte).

Irina Valiente O'Farrill

Tabac et cinéma : histoire d'un mythe par Adrien Gombeaud ¹

Adrien Gombeaud, journaliste et critique de cinéma vient d'écrire un livre très intéressant pour les amoureux du cinéma et les autres... 127 pages riches d'histoire du cinéma, d'explications sobres de scènes cultes, et de réflexion sociologique non teintées de pseudo-philosophie sur les "rôles" de la cigarette.

Résumé/Critique

Des débuts du cinéma avec la machine à vapeur, en passant par notre époque contemporaine et jusqu'au regard sur le futur, Adrien Gombeaud passe au crible toutes ces scènes, parfois d'anthologie, du mythe du tabac à l'écran. Son livre remarquablement illustré sur l'exploration du tabac (sous toutes ses formes) à l'écran

décrit, au travers de six chapitres abordant différents aspects, quasiment toutes les scènes des films dans lesquelles apparaît une cigarette, un cigare, une pipe... L'auteur met des mots sur des moments, sur les styles des fumeurs invétérés du cinéma (Bogart par exemple), sur la transformation des fumeurs en types de personnages ou de figures.

Ainsi, Adrien Gombeaud commence par l'entrée du train en gare de Louis Lumière où la fumée était le symbole même de la technologie moderne. Le cinéma et la machine à vapeur, apparaissent dans les brouillards du 19^{ème} siècle. "Sa texture mousseuse avait imprégné les robes laiteuses et vaporeuses de Manet, les nymphéas de Monet, les paysages aux déliés

¹ Scope Editions, 2008 - 125 p. ; ill., €17
ISBN 978-2912573278.





Tabacologie pratique

Année 2, n° 3

Page 15

Novembre 2008

Rubriques

La une	1
Actualités.....	2
Avis d'expert	5
Lu pour vous	13
Programmes de santé	17
Agenda	19
Formation	20

Lu pour vous (suite)

compacts de Van Gogh. Fleurs, nuages, champs, tout ressemblait à des visions de fumées".

L'auteur analyse avec précision et beaucoup de talent les liens entre tabac et talents. Petit accessoire et grandes figures, telles que Groucho Marx et son gros cigare, Audrey Hepburn et sa baguette magique, l'ombre de Jacques Tati dans les vacances de Mr Hulot ou Sherlock Holmes et sa fameuse pipe, sans oublier Orson Welles et son cigare, symbole du producteur."

Puis la cigarette est analysée dans ses rapports cachés. "La première cigarette de l'initiation, qui comme l'alcool, appartient au monde des adultes et se cache dans des placards fermés à clef ou dans des tiroirs hors de portée. Cependant les enfants ont compris qu'elle est d'abord un jeu, un spectacle. Pour eux, le goût du tabac importe peu, seul comptent le geste, l'allure. La cigarette est comme un révolver en plastique. En cela ils sont peut-être les fumeurs les plus cinématographiques puisqu'ils fument uniquement pour créer une image. Ils s'approprient une cigarette ou un cigare pour "jouer avec le feu" et surtout "jouer les grands", briser un interdit."

Un autre chapitre analyse le goût de l'aventure et la cigarette. Saloons enfumés, calumets de la paix, clopes fumotées sous les étoiles et la mélodie lointaine d'un harmonica. Le stetson baissé sur les yeux, avec une selle pour seul oreiller... la cigarette épouse l'allure de l'homme de l'Ouest. "Les scénarios de films d'action sont pratiquement toujours similaires. Le héros doit s'emparer de quelque chose, arriver quelque part... et un certain nombre d'ennemis ou de dangers naturels

contrecarrent ses projets. Ce qui nous séduit dans ce cinéma n'est pas tant la nature du danger que l'attitude du héros qui y est confronté. L'identité du personnage se forme uniquement dans son rapport au risque, elle ne peut naître que de cette confrontation. Le reste (son enfance, sa vie sentimentale) est anecdotique.

Travail, tabac et société

A l'heure où le tabac se fait plus rare à l'écran, il n'est plus, pour le cinéma américain que l'emblème non pas des classes populaires, mais des losers, des white trash. Allumer une cigarette est devenu un acte comparable à celui de montrer un tatouage. Puisqu'on admet que fumer tue, ne fument plus que ceux dont la vie n'a pas grand prix. Ceux pour qui elle est si pénible, que le soulagement bref d'une cigarette vaut bien le risque de mourir. Le tabac est ainsi une substance aux pouvoirs bien étranges et bien contradictoires. Tout d'abord, il est le signe d'une appartenance à un groupe. Il divise le monde en clubs : pipe/cigare, blondes/brunes, avec filtre/sans filtre, paquets mous/paquets durs, ceux qui ont arrêté/ceux qui persistent...

La principale séparation, la plus nette, reste celle qui oppose souvent violemment fumeurs et non fumeurs. Elle va jusqu'à cloisonner les espaces communs, les wagons, les salles de restaurant, les chambres d'hôtels... Sur les petites annonces de colocation ou même amoureuses, on précise que l'on cherche une ou un non-fumeur...





Tabacologie pratique

Année 2, n° 3

Page 16

Novembre 2008

Rubriques

[La une](#) 1

[Actualités](#)..... 2

[Avis d'expert](#) 5

[Lu pour vous](#) 13

[Programmes de santé](#) 17

[Agenda](#) 19

[Formation](#) 20

Lu pour vous (suite et fin)

Il y a là une incompatibilité totale. Le tabac est devenu un enjeu territorial, il a déclenché une guerre de positions. Il concentre en lui quelques-unes des grandes questions du monde moderne: comment vivre ensemble ?

Blondes ou brunes : cigarettes, tentation, séduction

Jusqu'au 20ème siècle, les femmes ne fumaient pas en public. Elles commencent ouvertement avec la guerre de 14-18, époque qui correspond à l'arrivée de la femme au travail et dans les usines où elle remplace l'homme parti à la guerre, à la fin de la contrainte rigide du corset. Le droit à la fumée est un droit à la souplesse, un droit aux courbes libérées. Il reste de cette période révolue l'idée que la femme qui fume s'approprie le rôle de l'homme. Louise Brooks, Greta Garbo, Gene Harlow, Katharine Hepburn, fument comme elles portent le tailleur pantalon, les cheveux à la garçonne ou même le chapeau et la cravate.

Malgré toutes les associations visant à interdire le tabac au cinéma, malgré toutes les campagnes de prévention, aucune vedette contemporaine, de Nicole Kidman à Sharon Stone en passant par Maggie Cheung ou Penelope Cruz, n'a pas au moins une fois fumé à l'écran ou posé avec une cigarette pour un magazine. La fumée crée un mouvement continu: un voile se forme, puis s'efface pour se reformer à nouveau.

Voilà maintenant plusieurs années que différentes associations s'opposent à la présence du tabac dans les Médias. Elles sont parvenues à effacer la cigarette de la bouche de Malraux de Sartre, elles ont

remplacé celle de Lucky Luke par un brin d'herbe, elles ont chassé la fumée des plateaux de télé. Mais au cinéma, elles réussissent plus difficilement à éradiquer les cigarettes même si de temps en temps, on retouche un dessin animé classique pour la télé.

L'éradication de la cigarette à l'écran me semble vouée à l'échec termine Adrien Gombeaud, car comme la vitesse, l'arme à feu, la mort, le sexe, il fait intrinsèquement partie du cinéma. C'est pourquoi lorsque Georges Clooney met en scène 'Good night and good luck' en noir et blanc, il éprouve en revenant à ces lumières primitives, l'irrésistible besoin de dessiner de superbes volutes autour de ses héros.

A l'heure où l'interdiction de fumer dans les lieux publics s'étend, le cinéma ne pouvait rester extérieur au mouvement général de nos sociétés, nombreuses sont les compagnies de production qui bannissent de leurs films pipe, cigare et cigarette. Chez Disney, l'interdiction pourrait même devenir totale. Dans ce contexte, l'apparition d'un fumeur non repent dans un film se remarque, et peut même faire figure d'acte quasi-rebelle !

Fumer à l'écran, une forme de transgression? Quelle ironie en fait, sachant à quel point l'imaginaire cinématographique et la fumée de tabac furent étroitement associés.

Critique réalisée par Michel Pettiaux
directeur gestionnaire - FARES
et **Samuel Piret**
documentaliste - FARES



Tabacologie pratique

Année 2, n° 3

Page 17

Novembre 2008

Programmes de santé

La une	1
Actualités.....	2
Avis d'expert	5
Lu pour vous	13
Programmes de santé	17
Agenda	19
Formation	20

Enquête visant à investiguer les attitudes et les pratiques des gynécologues obstétriciens

dans le cadre de la campagne

« Sevrage tabagique de la femme enceinte et de son partenaire »

Ce travail d'investigation a été réalisé au terme de deux vagues de campagne visant à promouvoir le «Sevrage tabagique de la femme enceinte et de son partenaire».

Il fait suite à un questionnaire antérieur qui avait permis de souligner l'importance de sensibiliser davantage les professionnels de santé, et plus particulièrement les gynécologues obstétriciens, à la problématique de la prise en charge du tabagisme pergravidique de leur patiente.

Ceci étant donné le manque de relais manifeste des femmes enceintes fumeuses vers ce programme.

Les gynécologues obstétriciens ayant participé à cette enquête déclarent rencontrer fréquemment des femmes enceintes fumeuses et identifier systématiquement le statut tabagique de leurs patientes.

En ce qui concerne la prise en charge proprement dite, rares sont les gynécologues qui utilisent le mesureur de CO dans l'air alvéolaire expiré. Pour rappel, cet appareil est généralement utilisé en consultation afin de quantifier une éventuelle intoxication au CO mais également d'ajuster le traitement de substitution nicotinique d'une personne fumeuse et de mesurer l'ampleur des efforts réalisés en cours de sevrage.

Il semble que son utilisation reste encore cantonnée aux seules consultations spécialisées dans le sevrage tabagique, malgré le grand intérêt de son utilisation en

matière de sevrage tabagique et ce, quelque soit le professionnel de santé envisagé (Delcroix, 2007).

Les gynécologues obstétriciens de l'échantillon déclarent aussi conseiller à leurs patientes enceintes fumeuses la consultation chez un tabacologue ou une autre structure d'aide au sevrage. Il semble cependant qu'il existe un fossé entre ces affirmations et ce que les professionnels du sevrage observent en pratique.

Parmi les conseils fréquemment prodigués aux femmes enceintes fumeuses par les gynécologues obstétriciens de cette enquête, le recours aux substituts nicotiques, que ce soit dans le cadre d'un arrêt tabagique ou d'une diminution de la consommation, peut être conseillé.

Néanmoins, certains conseils proposés sont contraires aux recommandations de bonne pratique (Lille, 2004), tels que la diminution de la consommation tabagique sans substituts nicotiques et le fait de ne pas dépasser un certain nombre de cigarettes par jour.

Les gynécologues obstétriciens de l'enquête estiment en outre que la mise en place d'un traitement par substitution nicotinique nécessite une bonne connaissance de la prise en charge du sevrage





Tabacologie pratique

Rubriques

La une	1
Actualités.....	2
Avis d'expert	5
Lu pour vous	13
Programmes de santé 17	
Agenda	19
Formation	20

Programmes de santé (suite et fin)

tabagique ainsi qu'un investissement de temps qu'ils considèrent comme étant trop important dans près d'un cas sur deux.

Suite de cette enquête, plusieurs recommandations peuvent être avancées afin d'optimiser la prise en charge du tabagisme pergravidique.

Tout d'abord, la nécessité de former en profondeur les gynécologues obstétriciens à la prise en charge du sevrage tabagique de leur patiente, en mettant l'accent sur les recommandations de bonne pratique existantes. Ces recommandations concernent tant l'utilisation d'un mesureur de CO dans l'air alvéolaire expiré que la mise en place d'un traitement par substitution nicotinique. En outre cette formation devrait inclure l'apprentissage de techniques de communication non confrontantes et non culpabilisantes, telles que le préconise l'entretien motivationnel. L'idéal serait que cette formation soit délivrée dans le cursus universitaire et répétée lors de la spécialisation voire par la suite (formation continue).

Une seconde recommandation concerne la valorisation financière du gynécologue obstétricien s'il enregistre le statut tabagique de ses patientes et s'il propose des conseils de sevrage de qualité, en accordant le temps nécessaire à sa patiente pour l'accompagner au mieux. De même, cette valorisation financière pourrait concerner les praticiens ayant fait l'effort de suivre la formation continuée inter-universitaire en tabacologie existante en Belgique.

Enfin, une troisième recommandation concerne la nécessité d'accroître la collaboration entre les tabacologues et autres structures d'aide à l'arrêt et le gynécologue obstétricien. Ainsi, il est important que les tabacologues et autres structures

d'aide au sevrage, puissent fournir aux gynécologues obstétriciens des informations claires sur les services de sevrage disponibles dont le type de service, son emplacement, son coût et les contacts pour y faciliter l'accès. En outre, il est important que les tabacologues et autres structures d'aide au sevrage tabagique fassent un compte rendu régulier du suivi des patientes.

Dans une perspective future, il semble qu'il serait pertinent de réaliser une enquête afin d'évaluer si l'on observe une évolution des attitudes et des pratiques des gynécologues obstétriciens, voire d'autres professionnels de santé tels que les sages-femmes par exemple.

Sébastien Lorriaux
tabacologue- FARES

Un article plus complet est en cours de rédaction; il sera disponible sur le site du FARES et annoncé via le forum de tabacologie.... À suivre.



Tabacologie pratique

Année 2, n° 3

Page 19

Novembre 2008

Rubriques

La une	1
Actualités.....	2
Avis d'expert	5
Lu pour vous	13
Programmes de santé 17	
Agenda	19
Formation	20

Agenda

Calendrier 2009 des interventions du SEPT

www.sept.be



- **Janvier:** Namur (FNDP)
les jeudi 15 et vendredi 16
Tabagisme et troubles anxio-dépressifs
- **Février:** Mons (UMH)
les jeudi 19 et vendredi 20
Question tabagique et soucis pondéraux / soucis d'image:
Boulimie / Oralité / Compulsion / Compensation / Prise de poids suivant l'arrêt / Diététique
- **Mars :** (Mons, Namur ou Gembloux)
les jeudi 26 et vendredi 26
jours de formation
le samedi 28:
colloque
- **Avril:** impasse (vacances de Pâques
du samedi 4 au dimanche 19)
- **Mai:** Aye ou Marloie, Luxembourg
les jeudi 7 et vendredi 8
Sensibilisation / mise en projet du patient fumeur
Anamnèse / Outils / Parole / Ecoute:
les premiers entretiens
- **Juin:** au siège de la SSMG
le samedi 20
Tabagisme et troubles anxio-dépressifs
- **Juillet & Août:** suspension
traditionnelle
- **Septembre:** Mons (UMH ou Frameries
Uphoc)
les jeudi 17 et vendredi 18
Consolidation / Rechute: quelle réussite ? Quel échec ?
- **Octobre:** Aye ou Marloie, Luxembourg
les jeudi 22 et vendredi 23
Question tabagique et soucis pondéraux / soucis d'image:
Boulimie / Oralité / Compulsion / Compensation / Prise de poids suivant l'arrêt / Diététique
- **Novembre:** Namur (FNDP)
les jeudi 26 et vendredi 27
Consolidation / Rechute : quelle réussite ? Quel échec ?
- **Décembre:** impasse (vacances de Noël, du samedi 19 au dimanche 3 janvier 2010)

Bulletin d'inscription: <http://www.sept.be/coupon-reponse-intervision-clinique.php>



Tabacologie pratique

Année 2, n° 3

Page 20

Novembre 2008

Rubriques

La une	1
Actualités.....	2
Avis d'expert	5
Lu pour vous	13
Programmes de santé	17
Agenda	19
Formation	20

Formation

La formation en tabacologie. A qui s'adresse-t-elle ? Quel est son impact ?

Faisons le point 7 ans après sa création !

Depuis 7 ans, à l'initiative du «Service Prévention Tabac» et du Comité Scientifique «tabac» du FARES, une formation en tabacologie¹ a vu le jour en Communauté française de Belgique. L'Université Libre de Bruxelles, l'Université de Liège, l'Université Catholique de Louvain, la Société Scientifique de Médecine Générale et la Fondation belge contre le Cancer se sont jointes d'emblée à ce projet. Son succès est constant. A ce stade, il est apparu nécessaire de mener une évaluation de l'impact à long terme de cette formation.

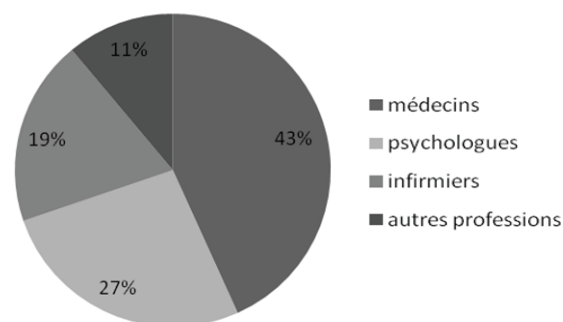
Introduction

La formation s'adresse aux professionnels de santé et aux étudiants des disciplines correspondantes afin d'augmenter leurs compétences dans l'accompagnement des fumeurs à la gestion de leur tabagisme, en divers lieux de vie. Il s'agit de leur donner les moyens d'acquérir plus d'assurance et de connaissances dans ce domaine via des lieux d'échanges, de ressources et de partages de pratiques.

Qui sont les tabacologues ?

Une évaluation de la formation a été réalisée en mars 2008 afin de mesurer de façon rétrospective l'impact de celle-ci dans la pratique des professionnels ayant

obtenu leur certificat de tabacologue entre 2002 et 2006. Un questionnaire anonyme a été envoyé aux 125 tabacologues diplômés entre 2002 et 2006. De manière générale, on constate que les participants viennent d'horizons professionnels divers en Communauté française. Relevons, également, la pluridisciplinarité des participants, ce qui renforce les objectifs de transversalité et de travail en réseau, chers au Service Prévention Tabac du Fares. Sur les 125 tabacologues, 43% sont médecins, 19% sont infirmier(e)s, 27% sont psychologues et 11% sont issus d'autres professions telles que pharmacien(ne)s, diététicien(ne)s, ergothérapeutes, kinésithérapeutes.



Répartition des tabacologues diplômés entre 2002 et 2006 par profession de base (n = 125)

Quelles sont les compétences acquises au cours de la formation ?

En terme de connaissances, l'évaluation révèle que la formation a permis à la majorité des tabacologues d'acquérir de nombreuses connaissances par rapport au tabagisme et à sa prise en charge. Les exposés et les ateliers ont permis aux

¹ La formation est organisée grâce au soutien de la Région wallonne et du Ministère fédéral de la Santé Publique.





Tabacologie pratique

Année 2, n° 3

Page 21

Novembre 2008

Rubriques

La une	1
Actualités.....	2
Avis d'expert	5
Lu pour vous	13
Programmes de santé 17	
Agenda	19
Formation	20

Formation (suite)

tabacologues d'enrichir leur bagage théorique de façon satisfaisante. Néanmoins, un quart des tabacologues aurait aimé approfondir encore davantage leurs connaissances sur les aspects psychologiques associés au sevrage comme la motivation, l'estime de soi, le sentiment d'efficacité personnelle, les leviers et les outils à utiliser dans le cadre d'une prise en charge. Plusieurs tabacologues insistent également sur la nécessité d'intégrer encore plus de pratique sous forme d'ateliers, de jeux de rôle, de mises en situation et d'études de cas, l'acquisition de ces connaissances nécessitant un apprentissage par la pratique.

La quasi totalité des tabacologues (94,9%) estime que la formation lui a donné suffisamment de moyens d'acquérir plus d'assurance dans l'accompagnement du fumeur, notamment par l'obtention de repères et d'outils pratiques et par une meilleure compréhension des symptômes liés au sevrage et au vécu du fumeur.

La formation a-t-elle un impact sur la pratique des professionnels de santé ?

La très grande majorité des tabacologues ne pratiquait pas d'activité en lien avec le tabagisme avant d'avoir suivi la formation. Suite à la formation, un professionnel sur deux a mis en place une consultation spécifiquement consacrée à la tabacologie en individuel et un tabacologue sur trois travaille dans un Centre d'aide aux fumeurs². Ces données mettent en avant l'apport significatif de la formation dans l'accessibilité du fumeur à une structure spécifique d'aide à l'arrêt du tabac. En

moyenne, le tabacologue voit entre 8 et 9 fumeurs par semaine en consultation individuelle (de tabacologie ou autre).

Ces données peuvent être complétées par celles de l'annuaire de tabacologie. A l'heure actuelle, on compte 44 Centres d'Aide aux Fumeurs et 179 tabacologues. Il faut relever la diversité des activités qu'ils ont entreprises suite à la formation telles l'organisation de séances de sensibilisation pour les professionnels, des interventions de groupe, la coordination de l'aide au sevrage en milieu hospitalier, des activités de prévention en milieu scolaire, etc.

42,3% des tabacologues estiment que la formation leur a permis d'élargir considérablement leur activité professionnelle. L'autre moitié, soit 46,2%, rapportent, quant à eux, que la formation ne leur a que partiellement permis d'élargir leur activité. L'explication rapportée par quelques uns d'entre eux concerne un manque de soutien et de reconnaissance de la direction hospitalière pour la tabacologie. A ce sujet, il est probable que la situation évoluera dans les mois à venir après la mise en application du Plan Cancer présenté par la Ministre Laurette Onkelinks, qui prévoit le remboursement des consultations de tabacologie.

Les tabacologues travaillent généralement en équipe (59,7%). Le tabacologue peut donc s'appuyer sur une équipe pluridisciplinaire, ce qui est primordial quand on sait qu'un sevrage tabagique signifie se défaire d'une dépendance à la fois physique, psychologique et comportementale.

² Equipe pluridisciplinaire composée de tabacologues travaillant spécifiquement dans le domaine du tabagisme.





Tabacologie pratique

Année 2, n° 3

Page 22

Novembre 2008

Rubriques

La une	1
Actualités.....	2
Avis d'expert	5
Lu pour vous	13
Programmes de santé	17
Agenda	19
Formation	20

Formation (suite et fin)

Conclusion

L'évaluation réalisée auprès des tabacologues diplômés entre 2002 et 2006 révèle que la formation a un impact positif sur leur pratique professionnelle, en termes d'acquis de connaissances, d'assurance dans l'accompagnement du fumeur et d'élargissement de leur champ d'activité. De plus, la formation semble répondre à une réelle demande du terrain. Les perspectives d'amélioration de la formation concernent principalement l'approfondissement des aspects psychologiques associés au sevrage tabagique et une nécessité d'intégrer encore davantage de pratique. En ce sens, l'approche communicationnelle de l'entretien motivationnel, qui faisait l'objet d'un atelier facultatif, a été intégrée au cursus de base de la formation.

Il s'avère donc pertinent de poursuivre l'organisation de cette formation toujours unique en Belgique. En effet, la mobilisation et une formation spécifique des professionnels de santé permet d'augmenter l'accessibilité et la proximité de l'accompagnement à la cessation tabagique ; ce qui semble important au regard de la prévalence du tabagisme en Belgique⁴ et en se référant aux recommandations des experts concernant la prise en charge du sevrage tabagique⁵. Une mobilisation plus large a, également, été possible en concertation avec les acteurs du Plan wallon

³ Le Fares propose également une formation spécifique à l'entretien motivationnel. Celle-ci se déroule sur 3 jours et permet d'approfondir spécifiquement les aspects psychologiques associés à un changement de comportement, notamment par la pratique.

⁴ "En 2007, le pourcentage de fumeurs quotidiens s'élevait à 27%" (enquête réalisée par Ipsos à la demande de la Fondation Contre le Cancer, Novembre 2007).

sans Tabac de la Région wallonne⁶, qui a intégré l'aspect formatif et qui a visé à étendre le réseau des professionnels de santé sensibilisé à la prise en charge du tabagisme.

Françoise Cousin tabacologue-FARES

avec l'appui du Comité Scientifique « tabac » du Fares – Prof. Pierre Bartsch, Martial Bodo, Dr. Juan Coulon, Jacques Dumont, Dr. Patrick Emonts, Dr. Jeanine Gailly, Prof. Laurence Galanti, Dr. Véronique Godding, Dr. Pierre Nys, Prof. Jacques Prignot, Caroline Rasson, Prof. Jean-Paul Van Vooren, Dr. Maryse Wanlin.

Pour obtenir plus d'informations sur la formation en tabacologie ou sur la formation à l'entretien motivationnel: www.fares.be, 025122936, prevention.tabac@fares.be. Pour obtenir la liste complète des consultations de tabacologie: www.fares.be, ligne Tabac Stop 0800 111 00.

⁵ "Les spécialistes de la santé doivent proposer une intervention de désaccoutumance à tous leurs patients qui consomment du tabac. La dépendance au tabac est une maladie chronique qui rend nécessaire des interventions répétées (...) Des thérapies efficaces permettent d'augmenter de manière significative les taux d'abstinence à long terme". Fiore MC, Jaen CR, Baker TB et al., *Treating Tobacco Use and Dependence, Department of Health and Human Services, Public Health Service, May 2008.*

⁶ Le comité de pilotage Plan wallon sans tabac est constitué de représentants du Fonds des Affections Respiratoires, de la Société Scientifique de Médecine Générale, du Département de Médecine Générale de l'Université de Liège, de la Fédération des Maisons Médicales, du Service d'Etude et de Prévention du Tabagisme, de l'Association Pharmaceutique Belge et de la Société Scientifique des Pharmaciens Francophones