

Lutter contre le tabagisme

Lutter contre le tabagisme

La lutte contre le tabagisme, une priorité de santé publique au regard des conséquences sanitaires très lourdes

Le point de vue de l'ethnologue

Dr Francis Saint-Dizier, membre fondateur du réseau Passages
L'Etat a eu le monopole de la production de tabac jusque dans les années 1970 ; la SEITA faisait preuve de beaucoup d'inventivité pour stimuler la consommation de masse.

Regards croisés

Professionnels, fumeurs et ex fumeurs témoignent de leur rapport au tabac et au sevrage.

Entretiens avec

François Letourmy, médecin tabacologue
Les rechutes sont normales ; elles contribuent à la maturation de la décision d'arrêt du tabac.

Expériences

- Prise en charge du tabagisme des femmes enceintes à la clinique Ambroise Paré
- Etude DILATER sur le tabagisme passif
- Programme de prévention du tabagisme en entreprise

Partenaire

Capitole stop tabac

La fumée de tabac qui a tué 100 millions de personnes au XX^{ème} siècle, est la cause d'une épidémie industrielle. Les industriels ont utilisé de très nombreuses stratégies pour développer la consommation des différentes formes de tabac, en particulier chez les adolescents et chez les femmes, agissant sur le produit, sur son emballage, mais surtout sur l'image sociale ayant abouti à faire du tabagisme une norme sociale dans toutes les sociétés du monde. En France, 27% des adultes fument toujours quotidiennement, ce taux n'a pas bougé depuis 3 ans après la forte baisse de 2003-2004. Le lancement du plan cancer à cette époque par un président de la République qui « déclare la guerre au tabac » a en effet été efficace pour diminuer le tabagisme, mais il a surtout profondément modifié l'image du tabac auprès des adolescents. Le tabac est devenu un produit malsain, un produit polluant, ceci explique la baisse importante constatée sur la consommation de tabac des 12-15 ans, aussitôt combattue par l'industrie par l'arrivée de nouveaux produits du tabac maquillés sous une apparente douceur comme la chicha ou les cigarettes colorées et parfumées. Mais depuis cette victoire récente, le prix du tabac stagne, peu d'initiatives efficaces sont prises pour aider à l'arrêt et les ventes de tabac sont restées identiques en 2005-2006-2007. Notre société doit se relancer dans cette lutte pour aider les fumeurs à quitter et les jeunes à ne pas commencer. L'année 2007 a vu une grande victoire en France contre le tabagisme passif. En modifiant par les décrets Bertrand les décrets d'application de la loi Evin de 1991, la France a beaucoup progressé dans la protection des non fumeurs. Cette interdiction de fumer dans les locaux n'a pas, contrairement à ce qui était espéré, diminué la consommation, mais en revanche fumer en plein air évite aux fumeurs la double peine qu'ils s'infligent en fumant dans un lieu clos : ils inhalent activement de la fumée et inhalent passivement la fumée répandue dans les locaux. De façon heureuse, on a observé que bien loin de fumer plus chez eux, les fumeurs sont maintenant majoritaires à avoir déclaré leur domicile totalement non fumeur et les ¾ des fumeurs ont au moins de règles pour fumer à la maison. Ainsi l'interdiction de fumer dans les lieux clos et couverts est pour la majorité des français une liberté de respirer de l'air pur et ces mesures ont permis d'établir une nouvelle norme sociale acceptée volontairement de tous, car plus saine et plus agréable.

Professeur Bertrand Dautzenberg,
Président de l'OFT (Office français de prévention du tabagisme)

LA VIE DE LA SANTÉ PUBLIQUE EN MIDI-PYRÉNÉES

La lettre de la CRS

La démarche de négociation pour les conventions d'objectifs et de moyens avec les CODES

La déclinaison régionale de la semaine européenne de la vaccination

Bibliographie

10

11

11

12

Lutter contre le tabagisme

Le tabac est un phénomène qui touche directement ou indirectement l'ensemble de la population. Les dommages sanitaires de cette consommation en font un problème majeur de santé publique.

Prévenir la consommation, inciter et aider les fumeurs à arrêter, protéger les non fumeurs, sont les objectifs de la politique gouvernementale de lutte contre le tabagisme qui s'est renforcée ces dernières années et commence à porter ses fruits : l'image sociale du fumeur a évolué ; il n'est plus "à la mode".

Vecteur Santé se fait l'écho de ces évolutions.

C'est au XVI^{ème} siècle que le tabac arriva en France grâce à Jean Nicot qui en a fait parvenir quelques feuilles à Catherine de Médicis pour soulager ses migraines. Très vite le tabac est consommé dans le monde entier le plus souvent sous forme de « prises » ou de chiques. A partir du début du XIX^{ème} siècle apparaît la cigarette ; c'est également à cette période que l'on commence à observer les effets néfastes du tabac ; cependant les premières études épidémiologiques prouvant la nocivité du tabac ne datent que de 1950. Après la seconde guerre mondiale le tabagisme se développe de manière importante et gagne toutes les classes sociales.

Plus du quart de la population française fume quotidiennement

En 2005, 34% des français de 18 à 75 ans fument et 29% quotidiennement. La France occupe une position médiane en Europe.

Chez les hommes, les ouvriers sont plus nombreux à fumer que les cadres (16% de plus que la moyenne des hommes) ; a contrario, les fumeurs sont moins nombreux chez les cadres supérieurs (23% de moins que la moyenne des hommes) et chez les agriculteurs (-21%). Chez les femmes, c'est l'activité de bureau qui prédispose le plus au tabagisme (+ 20% de la moyenne des femmes). Les hommes sont plus nombreux à être des gros fumeurs (plus de 10 cigarettes par jour) que les femmes. Les chômeurs sont plus nombreux à fumer, 60% des chômeurs hommes fument et 30% des chômeuses. Un quart des femmes enceintes fument.

Un tiers des jeunes de 17 ans fument tous

les jours. L'âge moyen d'initiation au tabac est de 13.5 ans. L'usage de tabac est particulièrement fréquent avant 35 ans et décroît ensuite régulièrement.

Une consommation en baisse régulière... chez les hommes

En 1950 les deux tiers des hommes déclaraient fumer, ils ne sont plus qu'un tiers 40 ans plus tard. Dans la même période le nombre de fumeuses est passé de 20 à 30% ; la consommation a augmenté chez les jeunes et de façon identique selon le sexe.

En 1950 le niveau de tabagisme masculin était le même quelle que soit la catégorie sociale, par contre la diminution de la consommation est beaucoup plus forte dans les milieux sociaux les plus favorisés. Dans les années 50-60, les femmes de milieu aisé étaient plus nombreuses à fumer et peu à peu le tabagisme féminin s'est diffusé à l'ensemble des classes sociales ; dans les années 90 les femmes de moins de 35 ans cadres supérieures étaient moins nombreuses à fumer que les ouvrières ; chez les femmes âgées de 35 à 54 ans c'est l'inverse.

Des conséquences sur la santé très lourdes

60 000 décès par an sont dus au tabac, 95% sont des hommes, les deux tiers de ces décès interviennent avant 65 ans. Près de 3 500 décès annuels de plus seraient attribuables au tabagisme passif. Il a été estimé qu'un fumeur régulier sur deux, ayant commencé à fumer à l'adolescence, mourra d'une cause liée au tabac et parmi eux, un sur 2 mourra avant 65 ans.

Plus d'un quart des cancers sont attribués au tabac ; la consommation d'alcool et de

tabac majore fortement le risque de cancer. L'incidence des cancers suit l'évolution de la consommation : les données actuelles reflètent les habitudes de consommation des années 60 ; on observe une augmentation forte du cancer du poumon chez la femme (+4.4% par an pour le nombre de cas et +2.9% pour les décès) et une stagnation chez l'homme. Le risque de cancer est trois fois plus élevé chez les femmes nées après la seconde guerre mondiale que chez celles qui sont nées avant ; on attend encore une forte augmentation du cancer du poumon féminin dans les vingt ans à venir.

On estime qu'après l'arrêt du tabac, le délai de récupération d'un niveau de risque égal à celui de l'ensemble de la population est de 3 à 5 ans pour les maladies cardiovasculaires et de 15 ans pour le cancer.

Des motivations complexes...

Fumer est un comportement qui renvoie à des déterminants complexes :

- psychologiques : besoin de réassurance, de calmer son anxiété, d'affirmer son image...
- sociologiques : affirmer son appartenance à un groupe, une communauté,
- physiques : dépendance créée par la nicotine, manque lié au sevrage.

La plupart des fumeurs prétendent que fumer produit une stimulation intellectuelle et un effet relaxant dans les situations stressantes.

...un risque de dépendance très élevé...

On estime que parmi les 9 millions de français, fumeurs réguliers, plus de 5 millions présentent des signes de dépendance soit 12% de la population âgée de 15 à 75 ans.

Dans l'état actuel des connaissances c'est la nicotine qui est à l'origine des propriétés addictives du tabac. Chaque fumeur adapte sa manière de fumer de façon à obtenir la quantité de nicotine dont il a besoin. Les individus ne sont pas égaux face aux dangers du tabagisme : certains arrivent à gérer une consommation ponctuelle alors que d'autres deviennent rapidement dépendants. Des études ont montré que le risque d'être fumeur régulier dépend à 60% de facteurs génétiques et à 40% de facteurs environnementaux.

...qui rendent l'arrêt très difficile.

Une enquête récente menée en Ile de France montre qu'environ 60% des fumeurs de 15 ans et plus disent avoir essayé d'arrêter. La durée de l'arrêt le plus long ne dépasse pas un mois pour 29% des fumeurs ; il est d'au moins un an pour un quart d'entre eux. Au moment de l'enquête 60% des fumeurs ont dit avoir l'intention d'arrêter mais les 2/3 renvoyaient ce projet à un avenir indéterminé. Les fumeurs qui ont essayé d'arrêter le font le plus souvent seuls. Les traitements validés scientifiquement sont les substituts nicotiques, le traitement par bupropion et l'accompagnement du patient par des thérapies cognito-comportementales. Ces traitements sembleraient doubler le taux d'abstinence (18% à un an contre 10% pour les fumeurs traités par un placebo).

Un renforcement de la lutte contre le tabagisme...

La lutte contre le tabagisme s'articule autour de 2 axes : contrôler et dissuader ; on associe interdits et information sur les dangers. Depuis les 5 dernières années des lois sont venues renforcer la loi Evin

de 92, mal appliquée. Elles visent à :

- réduire l'accessibilité du tabac : hausse des prix, interdiction de vente aux mineurs,
- réduire l'acceptabilité sociale du tabac : durcissement des messages préventifs ; il s'agit de débanaliser et de délégitimer l'usage du tabac,
- interdire de fumer dans les lieux publics et récemment dans les bars et restaurants.

Parallèlement le Plan de lutte contre les drogues (2004-2008) fixe comme objectifs :

- Empêcher ou retarder l'âge de la première cigarette ; en effet plus l'initiation est précoce, plus le niveau de dépendance est élevé, plus les risques pour la santé sont élevés et plus il est difficile de s'arrêter.
- Inciter et aider les fumeurs à arrêter par des stratégies d'aide au sevrage adaptées à l'âge et aux situations particulières.
- Protéger les non-fumeurs. « Ce qui n'était, à l'époque (1992), qu'un problème social -la gêne occasionnée par la fumée et le souci d'assurer la cohabitation entre fumeurs et non fumeurs- constitue désormais un enjeu de santé publique. Aujourd'hui la nocivité du tabagisme passif impose au contraire que l'on mette fin à la cohabitation forcée entre non fumeurs et fumeurs » (C. Evin).

...dont l'impact reste à confirmer

L'opinion publique a évolué et le tabagisme passif est de moins en moins toléré ; ainsi la population générale et souvent même les fumeurs, adhèrent plutôt bien aux récentes mesures d'interdiction de fumer dans les lieux de convivialité. On observe de fait, une diminution des ventes de tabac et dans une moindre mesure du nombre de consommateurs. Mais l'effectif des gros fumeurs reste stable ; il reste un « noyau dur » de fumeurs : les plus pauvres et les plus dépendants. Des enquêtes ont montré que les catégories sociales qui cumulent les désavantages (en termes d'éducation, de revenus et de logement) ont un niveau de tabagisme plus élevé et échappent aux mesures de contrôle du tabagisme et en particulier à l'effet dissuasif de l'élévation du prix du tabac. Le tabagisme des jeunes pose également problème. Si l'usage chez les jeunes diminue, il se situe cependant à un niveau supérieur à celui de l'ensemble de la population et à celui des jeunes des autres pays européens. ●

La rédaction de Vecteur Santé
cf bibliographie de référence p.12

La dépendance

La dépendance est un phénomène complexe lié à des altérations moléculaires et cellulaires dans le cerveau intoxiqué par les drogues. La dépendance se manifeste par des anomalies comportementales visant à la recherche et la consommation compulsives des drogues ; ceci malgré les conséquences néfastes qu'a la consommation chronique des stupéfiants sur la santé physique et psychique.

Les données récentes de la neurobiologie montrent que tous les produits qui déclenchent une dépendance augmentent la libération de dopamine dans un ensemble de structures cérébrales dénommé « circuit de la récompense » car il associe à un comportement, une sensation de plaisir ou d'aversion afin de motiver ou d'empêcher la reproduction du comportement selon la nature bénéfique ou néfaste de ce dernier.

Les nombreuses substances addictives (nicotine, alcool, cannabis, opiacés, stimulants...) altèrent toutes le fonctionnement du « circuit de la récompense » en modifiant, de manières variées, la neurotransmission dopaminergique entre les neu-

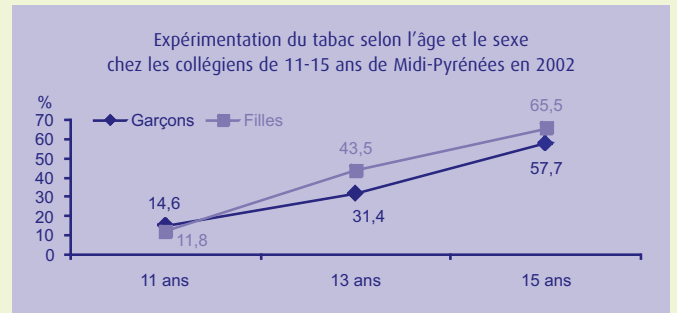
rones. La consommation des drogues produit une sensation de plaisir qui, à l'instar des activateurs naturels du « circuit de la récompense », renforce la motivation. Le cercle vicieux est alors enclenché : l'activation toxicomaniaque du « circuit de la récompense » incite à la toxicomanie et cette incitation se transforme peu à peu en un besoin majeur. La dépendance, est alors atteinte. La non-satisfaction du besoin de drogue s'accompagne d'inconforts physiques qui peuvent s'aggraver douloureusement si l'abstinence persiste. Dans ce cas, le syndrome de sevrage (ou manque) se développe avec un cortège de troubles somatiques et psychiques. Le conditionnement environnemental est un autre aspect important du problème de la dépendance car ce paramètre cognitif est responsable des rechutes chez les individus sevrés de leur envie de se droguer depuis très longtemps. Même des années après l'arrêt de la consommation, le conditionnement environnemental (lieux, activités, entourage...) peut activer le « circuit de récompense » et réveiller le besoin de drogue. ●



Repères chiffrés en Midi-Pyrénées

Observatoire Régional de la Santé Midi-Pyrénées

- Parmi les jeunes de 11 à 15 ans en Midi-Pyrénées, près de 40% ont déjà fumé.



Source : HBSC 2002, exploitation régionale ORS

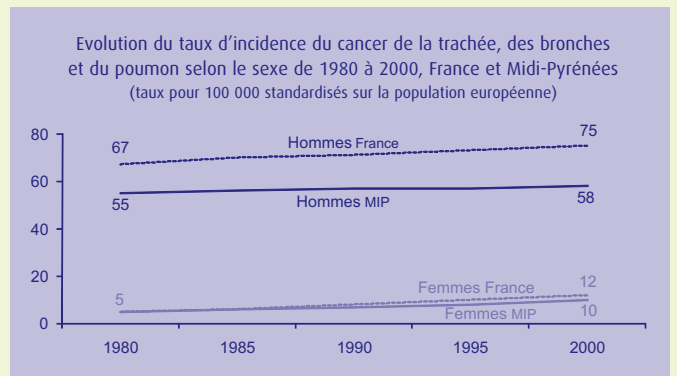
- A 17 ans, 4 jeunes sur 10 en Midi-Pyrénées ont une consommation quotidienne de tabac.

Usage de tabac à 17 ans (%)	Midi-Pyrénées			Métropole		
	Filles	Garçons	Ens.	Filles	Garçons	Ens.
Expérimentation	72	77	74	71	73.5	72.2
Usage quotidien	36	37	36	33.6	32.3	33.0

Source : OFDT, ESCAPAD 2005, exploitation Midi-Pyrénées

Malgré une baisse sensible, la consommation de tabac reste plus fréquente que dans le reste de la France.

- Une incidence du cancer « trachée, bronches, poumons » qui a doublé chez les femmes en 20 ans



Source : FRANCIM-FNORS, score santé

L'incidence du cancer du poumon, trachée, bronches (calculée à partir des nouveaux cas) est orientée à la hausse dans notre région comme dans le reste de la France depuis les 20 dernières années, tout particulièrement en ce qui concerne les femmes, même si les hommes sont encore beaucoup plus touchés. Les taux calculés en Midi-Pyrénées sont inférieurs à la moyenne nationale mais uniquement chez les hommes.



Le point de vue de l'ethnologue

Le tabac et l'Etat français De l'incitation à l'interdit

Docteur Francis Saint-Dizier
Membre fondateur du réseau Passages

Dès son introduction en Europe par les explorateurs de l'Amérique, le tabac fit l'objet de beaucoup d'attention du gouvernement français. Jean Nicot ayant soigné les migraines de la reine Catherine de Médicis avec la plante, son nom fut retenu par les herboristes royaux pour nommer l'herbe américaine. Ainsi naquit le terme scientifique : *nicotiana tabacum*.

Sous Louis XIV, Colbert instaura le monopole d'état nommé « privilège de fabrication et de vente » qui fut rapidement affermé à la Compagnie des Indes. La culture du tabac est très réglementée et les condamnations pour entorse à cette règle sont très lourdes. Quelque temps abandonné pendant la Révolution Française, le monopole de production, fabrication et distribution est restauré par Napoléon en 1810 et dès 1844, l'apparition des premières machines à rouler permettent la fabrication industrielle des cigarettes. Dès lors, la diffusion du tabac sera massive, soutenue par des réclames importantes et ingénieuses. La création de la Gauloise en 1910 marque cette première apogée du tabac à la française, paquet bleu et casque guerrier comme symboles nationaux.

La SEITA (service d'exploitation industrielle des tabacs et allumettes) assure le monopole de la production et de la distribution et verse ses bénéfices colossaux à la Caisse autonome d'amortissement de la dette publique ! Comme quoi les services de l'Etat ont toujours besoin de justifier les dommages sanitaires engendrés par sa politique. Ce monopole ne commencera à disparaître qu'après 1970, à cause des règlements communautaires de l'Europe sur la libre concurrence.

Si l'on examine les campagnes publicitaires de la SEITA et de son successeur

ALTADIS de 1910 à 1985 -année de la plus forte consommation de cigarettes en France- on sera surpris par l'extraordinaire inventivité et modernité dont elles font preuve pour stimuler la consommation de masse. Quels sont les axes de ces campagnes de promotion commerciale ?

- Après le nationalisme de la Gauloise, les noms donnés aux cigarettes valorisent le plaisir, convivialité, l'exotisme, l'hédonisme (Gitane, Balto) et même les congés payés (les Week-End sont inventées en 1936).

- A la manière du cowboy de Malboro, la consommation du tabac est instituée comme signe masculin du passage vers l'âge adulte, véritable rite d'intégration virile. Le ministère des Armées donne aux jeunes recrues le paquet quotidien de Troupes, et pour ne pas être en reste le ministère de la Santé fait de même pour les hommes hospitalisés dans les asiles psychiatriques (malades mais masculins !). J'ai connu cette situation ubuesque lors de mon internat en psychiatrie. La SEITA favorise même les dérapages en inventant la Parisienne P4, petit paquet de quatre cigarettes légères accessible aux jeunes adolescents qui veulent faire comme les grands.

- Dans les années soixante, 80% des garçons fument, il faut donc s'attaquer aux filles. Déjà dans les années vingt, les firmes du tabac avaient créé des messages autour de l'émancipation des « garçonnets », mais autour du mouvement de libération des femmes, ces firmes vont être très inventives. Mentholées, légères, fines, longues, colorées, les cigarettes deviennent féminines, et les filles en lutte pour la parité, s'emparent de ce symbole masculin. Cette dialectique aboutie trente ans plus tard à la constatation épidémiologique

actuelle : les filles fument autant que les garçons.

- La crise des consommations dans les pays occidentaux liée aux préventions ne calme pas les ardeurs des multinationales du tabac qui se tournent vers les pays émergents et du tiers monde, avec les mêmes arguments auxquels se rajoute un dernier : fumez comme les riches !

Dès les années cinquante, les médecins anglo-saxons avaient montré les incidences du tabagisme chronique sur les maladies respiratoires et cardio-vasculaires, mais en France il faudra attendre 1976 pour que la ministre de la santé prenne les premières mesures comme la suppression des dons de Troupes aux soldats et aux malades mentaux, la limitation de la publicité et l'augmentation des taxes cette fois au bénéfice de la Sécurité Sociale. Le Comité national de lutte reprend du service, même si, dans un premier temps son rôle est torpillé par l'industrie du tabac comme le

montre la promotion des cigarettes légères et ultra-légères. La prévention est soutenue par les pouvoirs publics mais peu efficace, sauf en maternelle et dans les maisons de retraites. La consommation moyenne des français augmente jusqu'au début des années quatre vingt dix.

En 1991-92, la loi Evin interdit toute publicité dans la presse, interdit de fumer dans les lieux publics, taxe lourdement les cigarettes ce qui augmente considérablement leur prix d'achat. Ce mouvement de prohibition se poursuivra jusqu'au premier janvier 2008 avec l'interdiction de fumer dans les bars et restaurants. A la vue des derniers chiffres de consommation, les résultats attendus ne sont pas encore au rendez-vous, même si nous pouvons constater une diminution du tabagisme chez les plus jeunes : moins de garçons et de filles fument quotidiennement à 17 ans. ●



du côté des écrivains

SGANARELLE, *tenant une tabatière*.

- Quoi que puisse dire Aristote et toute la Philosophie, il n'est rien d'égal au tabac : c'est la passion des honnêtes gens, et qui vit sans tabac n'est pas digne de vivre. Non seulement il réjouit et purge les cerveaux humains, mais encore il instruit les âmes à la vertu, et l'on apprend avec lui à devenir honnête homme. Ne voyez-vous pas bien, dès qu'on en prend, de quelle manière obligeante on en use avec tout le monde, et comme on est ravi d'en donner à droite et à gauche, partout où l'on se trouve ? On n'attend pas même qu'on en demande, et l'on court au-devant du souhait des gens : tant il est vrai que le tabac inspire des sentiments d'honneur et de vertu à tous ceux qui en prennent.

● Molière,

Dom Juan, acte 1, scène 1



Regards croisés

Les risques du tabac pour la santé, la nécessité d'arrêter de fumer sont des évidences largement partagées tant par les professionnels de santé que par les fumeurs eux-mêmes. Les uns ont témoigné ici de leur pratique pour inciter les fumeurs au sevrage et les accompagner ; les autres de leurs difficultés à entreprendre la démarche et à la mener à terme.

► **Jean-Philippe Raynaud,**
professeur de psychiatrie de l'enfant
et de l'adolescent au CHU
de Toulouse

"Pour les jeunes les plus fragiles, les messages d'interdits peuvent inciter à la transgression"

Les conduites d'expérimentation font partie du cheminement des adolescents, qui préfèrent souvent l'action (« faire », « avoir », consommer, aller vite...) à l'élaboration (différer, réfléchir, passer par un tiers...). Pour faire face à un mal être, un manque de confiance en soi, des questionnements, ils

peuvent recourir à des objets externes ou des conduites à visée auto apaisante : cigarette, alcool, médicaments, prises de risque, attitudes de prestance, imitation de modèles, transgression, peuvent permettre de se donner l'illusion d'une meilleure contenance, une maîtrise, une image acceptable de soi. A cette période et dans ce contexte, certains commencent à fumer. Puis le produit agit par lui-même et la dépendance s'installe.

Il n'est pas facile d'élaborer des stratégies de prévention efficace et la réflexion devrait être menée en partenariat. Sur une partie de la population visée, souvent la plus exposée, des messages qui ne seraient compris qu'en termes d'interdits ou de risques peuvent avoir peu d'effets voire des effets négatifs. Trop banaliser ou au contraire trop diaboliser peut faire le lit de l'incitation, du défi, de l'attrait pour la

transgression... Notre rôle est d'aider les enfants à développer une préoccupation suffisamment tranquille pour leur santé, leur autonomie, leur liberté : ils sont des sujets, acteurs de ce qui leur arrive, ils ont le droit de ne pas être forts, performants, il n'y a pas de honte, bien au contraire, à demander de l'aide, ils ont toujours le choix entre différentes solutions en cas de difficulté, etc. Il s'agit de soutenir le développement de l'esprit critique, l'estime de soi, les compétences psychosociales : on n'est pas obligé de devenir un consommateur

Le tabagisme des jeunes reste fréquent. C'est la période de la vie où le risque de dépendance est certainement le plus élevé et où les stratégies d'intervention doivent être améliorées et globales.

aveugle, de suivre des modèles préétablis, de s'affirmer en s'opposant au point de s'abimer soi-même et ses potentialités. L'influence des pairs est ici souvent importante et les jeunes doivent être acteurs des campagnes d'information qui les concernent. Au-delà des exposés d'experts, les compétences des jeunes, de leurs parents et des professionnels doivent être soutenues et valorisées.

L'éducation pour la santé est l'affaire de tous. Elle devrait être globale, accompagnée, harmonisée, évaluée, ajustée et s'inscrire dans la durée, dès le plus jeune âge, notamment en milieu scolaire. Elle demande donc des moyens importants et une véritable reconnaissance. ●

► **Philippe Julien,**
médecin généraliste
à Puycasquier (32)

"La plupart des fumeurs sont convaincus qu'il faudrait qu'ils arrêtent"

Je saisis toutes les opportunités pour inciter mes patients fumeurs à arrêter. La plupart sont convaincus qu'il faudrait qu'ils arrêtent mais ils sont aussi conscients que ce sera très difficile pour eux, voire insurmontable, et, s'ils connaissent les risques qu'ils font courir à leur santé, ce sont des risques différés... Le prix aussi est dissuasif, il est davantage que les interdictions qui favorisent une certaine solidarité et convivialité entre fumeurs ; ils prennent l'habitude de se retrouver entre eux à l'extérieur.

En général, on décide d'arrêter de fumer lorsque soi-même ou un proche a un « pépin » de santé. En tant que médecin de famille, je connais bien mes patients ; je peux proposer à ceux qui le souhaitent un sevrage personnalisé ; connaissant leur environnement, je sais sur quoi m'appuyer pour compenser le manque de tabac, ce qui peut leur occuper l'esprit et leur faire oublier la cigarette. Toutes les méthodes se valent ; le principal facteur de réussite c'est la motivation ; l'entourage compte aussi beaucoup. Ensuite j'insiste sur le suivi et surtout je dédramatise l'échec. Les soucis, la déprime, le stress favorisent la rechute ; la cigarette devient la béquille qui aide à tenir.

Le tabagisme des jeunes pose problème. Je constate que les enfants sont très souvent anti tabac et n'hésitent pas à « faire la leçon » à leurs parents fumeurs. Or quelques années après, les parents ont arrêté de fumer, les enfants, devenus adolescents, fument. Il y a une reproduction du schéma parental ; on fume pour être

Un « conseil minimal » donné par les médecins généralistes peut conduire les fumeurs à initier un sevrage.

reconnu adulte. Les enfants de parents non fumeurs sont plus souvent non fumeurs ; il faudrait rappeler la valeur de l'exemple. ●

► **Bernard Champanet,**
pharmacien à Albi (81)

" Il ne faut pas culpabiliser les gens par un discours moralisateur "

Le pharmacien en tant que professionnel de santé de proximité, a un rôle à jouer en matière de prévention du tabagisme : conseils, mais aussi aide et accompagnement à l'arrêt.

J'exerce dans une pharmacie de quartier ; je connais bien mes clients et une relation de confiance réciproque me permet d'aborder facilement avec eux le problème du tabac. En hiver, par exemple, je signale à mes clients fumeurs, atteints de rhumes ou autres syndromes respiratoires, que leur tabagisme va aggraver leur état et qu'il est peut-être temps d'arrêter. « Vous avez raison » me répondent la plupart. Je tente aussi de les sensibiliser en leur faisant passer les tests qui évaluent la dépendance ; ça les fait réfléchir et ils savent que je peux les aider à arrêter. Ainsi, lorsqu'ils ont pris la décision, ils reviennent me voir. La motivation invoquée est le plus souvent le souci de leur santé, les problèmes financiers peuvent aussi influencer mais ce n'est pas prioritaire. Actuellement cependant, j'observe une augmentation des demandes de sevrage liée à l'interdiction de fumer dans les bars et restaurants. Ma

réponse à ces demandes dépend de la personnalité du client, de l'importance de sa consommation et aussi de ses souhaits en matière de méthode. Si la personne a connu déjà plusieurs échecs, si elle est en mal être, je l'adresse à un médecin tabacologue ; de même que ceux, nombreux, qui demandent du Champix objet d'une grande publicité. Je propose aussi des substituts nicotiniques et dans ce cas, j'assure le suivi ; je ne néglige pas l'importance de la gestuelle dans le fait de fumer, je propose aux personnes des objets à manipuler pour compenser, balles antistress... Si les personnes ne consomment que quelques cigarettes par jour, je les incite à arrêter sans aide, j'essaie de valoriser leur motivation car c'est le premier facteur de succès. Il ne faut pas culpabiliser les gens par un discours moralisateur, c'est déjà difficile pour eux d'être prisonnier d'un produit, leur souffrance doit être prise en compte.

Le problème majeur, à mon avis, c'est la consommation des jeunes ; les messages de prévention n'ont pas accroché sur eux, la mort et la maladie ne font pas peur à 13 ans. « Grandir, c'est appréhender le non », dit un proverbe indien ; il faudrait trouver des stratégies qui amènent les jeunes à dire non au tabac. ●

► Jean-Pierre,

55 ans, ex fumeur

" Me priver de ma pipe, c'était me couper la main "

J'ai goûté à la première cigarette à 12 ans et à 15 ans je fumais la pipe quotidiennement ; j'avais choisi la pipe pour me distinguer de mes copains, pour construire un personnage.

Je fumais avant tout pour le plaisir, pour le goût du tabac qui n'est pas le même selon les variétés et selon la pipe. J'ai aussi le sentiment que la pipe faisait partie de moi, qu'elle a contribué à définir ma personnalité, ma façon d'être avec les autres. Me priver de ma pipe c'était me couper la

Arrêter de fumer est une décision très difficile à prendre, souvent motivée par la survenue d'un problème de santé.

main, voire me défigurer.

Je connaissais les risques du tabac pour la santé bien sûr, mais je me les cachais, me réfugiant dans le mythe d'un danger moindre de la pipe par rapport à la cigarette. J'ai arrêté de fumer, il y a 3 ans, sur injonction médicale ; des plaques blanches sont apparues dans ma bouche, facteur prédictif de cancer, m'a dit le médecin. J'ai d'abord arrêté tout seul avec des patchs. Cela a été difficile mais pas autant que je le craignais et, au bout de 2 mois, il m'a semblé que je pouvais enlever les patchs sans danger de rechute. Très vite j'ai eu des crises d'angoisse qui sont allées crescendo, un manque d'appétence pour tout, une image de moi très dégradée. Le psychiatre que j'ai consulté a diagnostiqué une dépression sévère liée à un sevrage trop brutal. J'ai donc remis les patchs et pris des antidépresseurs pendant un an. J'ai consulté un acupuncteur. J'ai également consulté à plusieurs reprises un médecin tabacologue dont la compétence m'a paru discutable.

Si je fais le bilan actuellement, j'ai gagné en capacité respiratoire, mon goût est moins altéré et, comme j'apprécie la bonne chère, j'ai tendance à manger et boire davantage qu'avant ; j'ai donc pris beaucoup de poids et cela annihile les effets positifs de l'arrêt. De plus, j'ai davantage de mal à me concentrer, des trous de mémoire. Je sais que je réduis mes risques de cancer et que ma décision d'arrêter de fumer est raisonnable mais j'ai une grande nostalgie de ma pipe. ●

► Sylvie,

40 ans, fumeuse

"La cigarette m'aide à travailler, me stimule et me détend dans les situations de stress"

J'ai commencé à fumer à 12 ans, avec les copains, au village, parce que c'était interdit. A 14 ans je fumais tous les jours ; mes parents ne disaient rien car ils étaient aussi fumeurs. Actuellement je fume un paquet de cigarettes par jour. Je

Le fumeur dépendant est conscient des risques sanitaires mais ne se sent pas capable d'arrêter de fumer ; sa souffrance n'est pas toujours comprise.

fume surtout dans la journée ; la cigarette m'aide à travailler, me stimule et me détend dans les situations de stress. Ainsi il m'arrive de fumer 4 cigarettes à la suite, juste avant une réunion importante ; je suis incapable de me concentrer pour écrire une note ou un rapport sans fumer. Le soir en revanche, je fume très peu sauf si je suis avec des amis, je peux alors fumer un paquet de plus.

J'ai essayé d'arrêter deux fois ; je ne me sentais pas bien, j'en avais assez de tousse tous les matins. Chaque fois la décision a été associée à un projet. La première fois, je changeais de travail et j'ai pensé que c'était également l'occasion de changer de vie. Je suis allée voir un tabacologue ; j'ai mis des patchs, manipulé des balles antistress... très vite j'ai eu une réaction cutanée sur tout le corps ; le dermatologue que j'ai consulté m'a dit qu'il y avait trop de changements en même temps et m'a conseillé de recommencer temporairement à fumer. La seconde fois, j'avais un projet de grossesse et j'ai profité des vacances pour réduire ma consommation ; dès que j'ai repris le travail, j'ai recommencé à fumer comme avant. Les premiers 15 jours d'entrée en vigueur de la loi d'interdiction de fumer au travail ont été terribles pour moi : sueurs, malaises, je n'arrivais plus à me concentrer ; puis, je me suis organisée : je sors fumer, je profite des trajets... mais ce ne sont plus des « cigarettes plaisirs » ; je fume très vite pour apaiser le manque et perdre le moins de temps possible.

Quand je consulte un médecin, il me parle bien sûr de ma consommation de tabac, de même que le médecin du travail. Mais je trouve leur discours « plaqué » ; je sais que ce n'est pas bon pour la santé et qu'il faudrait que j'arrête. Je sais aussi que je n'y arriverai pas sauf si un jour j'ai un problème de santé, ou peut-être si je rencontre un médecin plus intrusif que les autres qui arrive à me faire suffisamment peur... Dans mon groupe d'amis, au fil des dix dernières années, presque tous ont arrêté

de fumer ; ils sont devenus intolérants, et ne comprennent pas que je ne puisse pas arrêter.

Le climat social a changé : j'ai le sentiment d'être un mouton noir, un peu comme si j'étais alcoolique ou SDF. ●

► Benjamin Charat,

psychologue clinicien, consultation de tabacologie, hôpital Joseph Ducuing à Toulouse

"Une estime de soi trop basse est un terrain favorable pour l'installation d'une dépendance psychologique et comportementale"

Les personnes que je reçois présentent une dépendance physiologique à la nicotine mais également psychologique et comportementale à la cigarette. Ces deux dernières dimensions drainent leurs origines dans une souffrance psychique ayant marqué la personne à un moment de sa vie ; mon rôle est d'essayer de faire repérer au patient, un conflit non résolu, un choc traumatique, et des failles narcissiques qui sont à l'origine d'une estime de soi trop basse, terrain favorable pour l'installation de la dépendance psychologique et comportementale.

Cette prise de conscience facilite beaucoup le processus de sevrage en favorisant l'évolution dans les stades du changement motivationnel.

Je travaille en parallèle sur les comportements. On ne naît pas fumeur, fumer est un réflexe appris : certains signaux (émotionnels, affectifs, environnementaux) déclenchent l'envie de fumer : le café du matin, la fin du repas, le stress, la colère, etc. Le « pic d'envie » ne dure que deux minutes ; il faut occuper ce laps de temps : boire de l'eau, se laver les dents, se relaxer par des exercices de respiration ventrale sont autant de stratégies comportementales qui aident à maîtriser le réflexe.

Le premier facteur prédictif de réussite d'un sevrage est le niveau de motivation ; il faut que les personnes soient prêtes à s'inscrire dans une démarche de travail sur soi qui sera longue. Un des facteurs de rechute est une motivation qui s'évapore ; cela intervient en général entre 3 et 6 mois après l'arrêt, à l'occasion d'un événement déstabilisant, ou au contraire lors d'un moment euphorique ou encore lorsque l'individu perd le contrôle de lui-même, en buvant trop par exemple.

Mon souci est avant tout, de faire prendre conscience au patient tout le potentiel qu'il a pour entreprendre une telle démar-



Entretien avec...

François Letourmy

médecin tabacologue aux centres d'examens de santé du Tarn, vice-président de l'OFT (Office Français de prévention du Tabagisme)

Le sevrage tabagique associe souvent une prise en charge médicale et un accompagnement psychologique par des approches cognitives et comportementales.

sonnes qui souhaitent arrêter de fumer. A l'occasion de l'entrée en vigueur de la loi d'interdiction de fumer sur les lieux de travail, l'ensemble du CHSCT, direction et représentants du personnel, a souhaité renouveler l'expérience sous des formes différentes ; il a été fait appel à un médecin tabacologue qui proposait une démarche de groupe associée à une mise en place d'un sevrage adapté à chaque personne. Nous avons fait une large communication autour de cette action financée par la mutuelle de l'entreprise : affiches, mise à disposition de livrets individuels... Ce programme a débuté fin 2007. Une vingtaine de personnes ont suivi les 5 sessions à raison d'une rencontre tous les mois et demi. Pour certaines personnes qui remettaient toujours à plus tard la décision d'arrêter, cette action proposée sur le lieu de travail, a été le déclic pour le passage à l'acte ; le fait de se retrouver dans un groupe a été aussi une motivation supplémentaire : « on s'encourageait les uns les autres, c'était un défi qu'on se mettait de façon collective » ; les rencontres régulières ont été un soutien car chacun exprimait son ressenti et confrontait ses difficultés à celles des autres. Il est trop tôt encore pour juger du succès de l'opération en termes d'arrêts définitifs mais nous sommes décidés à la renouveler régulièrement. Un recensement effectué en 2005 par le médecin du travail avait identifié environ 200 fumeurs ; nous pensons qu'aujourd'hui il n'en reste qu'une centaine. ●

che. On me dit très souvent : « j'ai peur de ne pas y arriver ». Mon travail est de rassurer la personne sur ses capacités et de l'aider à trouver en elle la motivation pour vaincre les moments de fragilité, et ça marche ! ●

Philippe Atrous, Jeanne Roques,

Direction des Ressources Humaines,

Jean-François Bras,

représentant le CHSCT de l'entreprise Ratier à Figeac (46)

"Cette action, proposée sur le lieu de travail, a été pour certains le déclic pour décider d'arrêter"

Il est interdit de fumer dans notre entreprise depuis déjà plusieurs années ; le choix a été fait par la direction de ne pas installer de locaux spécifiques pour les fumeurs, dans une perspective de lutte contre le tabagisme. A l'initiative du médecin du travail, une première action a été engagée en 2005 ; il s'agissait de proposer un accompagnement individualisé aux per-

L'entreprise Ratier intervient dans le secteur de l'aéronautique ; elle emploie 950 salariés : 85% d'entre eux sont des hommes.



Que pensez-vous de l'utilisation de l'interdit comme outil d'une politique de santé publique ?

"Les lois d'interdiction sont pertinentes ; la stigmatisation est un moyen pour conduire les fumeurs à arrêter ; on a aussi besoin de protéger les non fumeurs."

Philippe Julien

"J'ai toujours fait attention à ne pas déranger les autres en fumant ; mais je trouve intolérable qu'on me l'impose ; cette loi culpabilise et montre du doigt sans valoriser les possibilités d'aide." **Sylvie**

"Quand on joue au rugby, il y a un terrain, des limites et un arbitre. Pour que la vie soit « jouable » il est normal de mettre des limites ; je n'ai pas l'impression qu'elles dérangent les fumeurs. Pour plus de crédibilité il faudrait faire de même avec toutes les addictions et en particulier l'alcool." **Bernard Champanet**

"Je n'ai pas l'impression que les non fumeurs étaient demandeurs de lois pour les aider à vivre avec les fumeurs ; ces interdictions contribuent à la perte de convivialité notamment dans les petits bars tabac en milieu rural. Par contre, je suis choqué par le paradoxe de l'Etat qui se nourrit de taxes sur le tabac" **Jean-Pierre**

► Vecteur Santé : Les récentes mesures d'interdiction de fumer ont-elles entraîné une augmentation des demandes de sevrage ?

François Letourmy : Oui ; depuis fin 2007, j'ai reçu en consultation des salariés ou gérants de bars et restaurants qui anticipaient les mesures d'interdiction. En 2007, j'ai également été sollicité par plusieurs entreprises pour accompagner l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Je constate aussi une progression des demandes chaque fois qu'il y a une hausse du prix du tabac ; pour être efficaces, il faudrait que ces augmentations soient significatives et répétées ; en effet les prix sont bloqués depuis 2004 à cause de la pression des buralistes (sauf en aout 2007) et peu à peu les demandes de sevrage ont baissé. On note par ailleurs, un transfert de la cigarette vers le tabac à rouler qui reste bien moins cher et qui est pourtant bien plus toxique.

► VS : Quelles sont les motivations invoquées par les fumeurs pour arrêter ?

FL : Certains m'ont dit que les mesures d'interdiction les ont aidés à prendre une décision qu'ils remettaient sans cesse à plus tard. La première motivation est la santé surtout pour les fumeurs qui fument beaucoup et depuis longtemps ; l'argent est aussi un motif d'arrêt très important en particulier chez les plus pauvres et les jeunes.

La grossesse est pour la femme, une période propice à l'arrêt ; mais hélas il y a encore beaucoup de femmes enceintes fumeuses. Je déplore à cet égard, le discours catastrophique que tiennent bon nombre de gynécologues qui conseillent à leurs patientes de garder 5 cigarettes par jour pour éviter le stress.

► VS : Quels sont les motifs de rechute ?

FL : Le premier motif est indiscutablement la prise de poids, surtout chez les femmes. La nicotine a un effet coupe-faim qui bien sûr disparaît à l'arrêt ; les personnes constatent vite une amélioration de l'odorat et du

goût et cela développe leur appétit ; de plus, la compensation de la gestuelle liée à la cigarette les conduit au grignotage. J'incite à beaucoup boire d'eau et surtout à faire de l'activité physique régulière qui est un excellent antistress.

Les fumeurs qui arrêtent souffrent aussi dans les premiers temps, d'un affaiblissement de leurs capacités de concentration et de troubles de la mémoire. Ainsi, des situations de stress professionnels amènent parfois à la rechute. Il faut aussi faire attention aux moments de convivialité où l'on se sent bien et où l'on est tenté de prendre une cigarette car elle a été intimement associée aux moments de bien-être. Mais les rechutes sont normales ; elles contribuent à la maturation de la décision d'arrêter.

► VS : Les jeunes fumeurs sont nombreux et les messages de prévention ont peu de prises sur eux ; que faudrait-il faire ?

FL : Effectivement, parmi les personnes qui viennent me voir pour arrêter de fumer, les jeunes sont très peu nombreux ; ils ne font cette démarche que lorsqu'ils ont un projet sportif. Il faudrait faire en sorte qu'ils ne commencent pas à fumer (prévention primaire) et donc, intervenir le plus tôt possible dès le CM1. Il faut sortir des interventions au coup par coup au profit d'une approche globale visant à renforcer leur confiance en eux, leur estime de soi et développer des programmes de prévention pluriannuels.

► VS : Que pensez-vous de l'interdit comme outil d'une politique de santé publique ?

FL : L'interdit est efficace à condition qu'il soit accompagné d'une solution alternative. « Il est interdit de fumer mais vous trouverez de l'aide à tel endroit ». Les mesures actuelles sont bien acceptées par l'ensemble de la population. Il y avait davantage de conflits il y a une dizaine d'années quand fumeurs et non fumeurs étaient à égalité en matière de norme sociale ; ce n'est plus le cas aujourd'hui. ●



Expériences

Prise en charge du tabagisme des femmes enceintes à la CLINIQUE AMBROISE PARE

Aujourd'hui, 20 à 28% des femmes enceintes continuent de fumer pendant leur grossesse, alors qu'elles n'étaient que 10% pendant les années 70. C'est cette évolution qui explique que les taux de prématurité, de séquelles psychomotrices ou d'enfants porteurs de handicap soient toujours aussi élevés, malgré les progrès de la médecine ces trente dernières années.

La prise en charge du tabagisme des femmes enceintes est donc une priorité. C'est dans ce cadre que la CLINIQUE AMBROISE PARE a signé la Charte Maternité sans Tabac en Avril 2007.

La consultation de sevrage tabagique est animée par une infirmière diplômée en Tabacologie qui assure les consultations de sevrage :

- La première consultation évalue l'importance des différentes dépendances, physique, psychologique et comportementale.

Les objectifs sont fixés et la dépendance physique est traitée, le plus souvent par des substituts nicotiques adaptés aux femmes enceintes.

- Les consultations suivantes réajustent les traitements utilisés, et des moyens spécifiques aux dépendances psychologiques et comportementales sont mis en place.

Cette prise en charge peut débiter lors d'une hospitalisation nécessitée par une grossesse à risque, mais aussi dès l'annonce de la grossesse. Le suivi est proposé tout au long de la grossesse et peut même se prolonger au-delà si le besoin s'en fait sentir.

Notre objectif est d'informer toutes les futures mères (sans oublier les pères) des dangers du tabac, de les motiver à l'arrêt, de les aider à y parvenir.

Nous nous appuyons pour cela sur la mesure du monoxyde de carbone, qui est le principal poison de la fumée du tabac. C'est une mesure simple, fiable et motivante : il suffit de souffler dans un petit appareil, cela permettant une évaluation objective de la dépendance physique et de l'intoxication de chaque femme enceinte. Cette mesure permet aussi à chaque femme de prendre conscience de son intoxication. En effet, une femme enceinte réduit souvent le nombre de cigarettes qu'elle fume, mais ce faisant, elle les fume plus intensément et s'intoxique autant si ce n'est plus.

Notre taux de réussite pour les 6 premiers mois d'activité de la consultation est de 20% d'arrêt et 8% de diminution d'au moins un tiers. 44% ont continué à fumer, 28% sont perdues de vues.

Les statistiques régionales font état d'un taux de sevrage de 6% pour l'ensemble des fumeurs tentant un sevrage.

L'engagement de la clinique Ambroise Paré et sa volonté d'accompagnement des femmes enceintes dans la prise en charge de leur arrêt du tabac peut se mesurer à ces simples chiffres.

Tout le personnel est impliqué dans cette lutte : gynécologues, sages-femmes, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, aides-soignantes et infirmières.

C'est une démarche novatrice, encore trop peu courante en France, au sein même d'une maternité. ●

► Marguerite COSTA,
Infirmière tabacologue

Retrouvez "Vecteur Santé"

site Internet DDASS/DRASS :
www.midipy.sante.gouv.fr
Si vous souhaitez le recevoir :
Maïté Delarue - Tél : 05.34.30.25.37
maite.delarue@sante.gouv.fr

ETUDE DILATER : un projet de santé publique

Le groupe épidémiologie et prévention de la Société Française de Cardiologie et le service de médecine vasculaire du CHU Rangueil ont mis en place une étude appelée DILATER visant à connaître et à mesurer l'impact du tabagisme passif sur la santé des salariés des Bars, Restaurants et Discothèques.

L'objectif de l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif est de protéger la population mais aussi et surtout les personnes qui y travaillent, des effets du tabagisme passif sur la santé. En effet l'exposition à la fumée du tabac, y compris chez les non fumeurs est responsable de cancers mais encore plus de complications cardiovasculaires (infarctus du myocarde et accidents vasculaires cérébraux). Ces accidents cardiovasculaires peuvent survenir chez des personnes jeunes car les mécanismes en cause peuvent se produire sur des artères normales. A l'inverse les anomalies à l'origine des accidents cardiaques disparaissent dès que les sujets ne sont plus exposés à la fumée de tabac (active ou passive).

L'étude DILATER a pour but de montrer que l'interdiction de fumer dans un établissement public entraîne une amélioration du risque cardiovasculaire des salariés travaillant dans ces établissements. Pour cela nous souhaitons :

- Comparer la capacité des artères à se dilater de salariés non-fumeurs non exposés au domicile mais exposés au tabagisme passif sur leur lieu de travail, avant l'interdiction puis après l'interdiction de fumer dans les bars, tabacs, restaurants, discothèques.
- Nous prendrons comme population « contrôle » des sujets salariés non-fumeurs et non exposés au tabagisme passif ni au domicile ni sur leur lieu de travail.

► Déroulement de l'étude

Les volontaires ont été sélectionnés par

l'équipe recherche du service du Pr Boccalon au CHU Rangueil. Chaque volontaire exposé a été apparié à un « témoin » du même âge (+/- 5 ans) et de même sexe, non fumeur, recruté parmi les membres de l'entourage du sujet.

Le 1er examen s'est déroulé en décembre 2007, c'est-à-dire avant le 1er janvier 2008, date officielle de mise en application du décret pour les sujets du groupe exposés et le groupe contrôle doit être examiné fin février 2008. Cet examen sera répété trois mois après pour les deux groupes.

► Intérêt individuel et collectif du projet :

Le personnel des bars, restaurants et discothèques participant à l'étude bénéficiera d'un examen clinique, d'un bilan biologique et d'une échographie pour l'évaluation du risque cardiovasculaire. Les résultats de ces examens seront communiqués aux volontaires.

Les résultats de cette étude devraient permettre de confirmer que :

- l'exposition au tabagisme passif perturbe la fonction endothéliale des sujets exposés et donc augmente le risque cardiovasculaire ;
- l'interdiction de fumer dans un établissement (bar, restaurant, discothèque) entraîne une rapide amélioration de la fonction endothéliale des salariés et participe ainsi à une protection du salarié contre le risque d'infarctus, d'accident vasculaire cérébral ou d'artériopathie ;
- cette étude pourrait apporter des arguments scientifiques supplémentaires justifiant le décret interdisant le tabagisme dans les bars restaurants et discothèques.
- Il s'agit d'une occasion unique de démontrer dans la vie réelle les effets bénéfiques à court terme du décret, sur la santé des individus. ●

► Jean-Pierre Cambou,
Alessandra Bura-Rivière
Henri Boccalon

Programme de PRÉVENTION DU TABAGISME en entreprise en Midi-Pyrénées

Ce programme triennal (2004-2007) et régional a été porté et coordonné par le CRES Midi-Pyrénées, a été mis en œuvre dans chacun des huit départements de la région par les CODES ; il est suivi par un groupe partenarial impliquant la DRASS, la DRTEFP et l'association Capitole-Stop-Tabac.

Son objectif était de favoriser l'élaboration de projets de prévention du tabagisme en entreprise.

Pour ce faire, une formation-action destinée aux professionnels – relais de l'entreprise (membres du CHSCT, partenaires sociaux et responsables d'entreprises, infirmières, médecins, assistantes sociales...) a été mise en œuvre dans chaque département.

Ces formations-action d'une durée de 3 jours ont été suivies d'une dynamique d'accompagnement des projets, sous forme de sessions de conseil méthodologique.

9 formations-action se sont ainsi tenues, regroupant 77 professionnels de 49 entreprises. 236 sessions d'accompagnement méthodologique ont été conduites auprès de 127 entreprises.

Trois notions peuvent être mises en exergue, au regard de l'évaluation :

● La difficile mobilisation des entreprises du secteur marchand

La formation-action initialement destinée aux professionnels du monde de l'entreprise a surtout suscité des inscriptions de professionnels issus des établissements médico-sociaux.

Ce constat est lié aux exigences du secteur d'activités marchand (difficultés à déléguer des salariés sur 3 jours) mais aussi au fait que l'interdiction de fumer était déjà effective, pour raisons de sécurité, dans un certain nombre d'entreprises.

● Le bilan très positif des formations-action

Les évaluations des formations-action ont fait l'objet d'une satisfaction générale.

On relève, à cet égard les éléments suivants :

- clarification et approfondissement sur la méthodologie de projets,
- intérêt pour l'approche en éducation pour la santé,
- évolution d'une attente de projet « clefs en main » vers la notion d'adaptation du projet à l'entreprise,
- meilleure connaissance du tabagisme et de sa prévention, renforçant la légitimité des participants à intervenir sur cette question, notamment auprès des directions,
- dynamisation des participants en perspective de la mise en œuvre des projets d'entreprise,
- intérêt des échanges d'expériences entre les différentes entreprises.

● Le remaniement du programme induit par le décret du 15 novembre 2006

L'objectif initial était de favoriser l'élaboration de projets de prévention du tabagisme en entreprise.

Cet objectif a dû être revu, à partir de novembre 2006, pour prendre en compte le cadre d'action plus contraint induit par le décret. Les sessions de conseil méthodologique ont alors été réorientées pour permettre aux participants d'envisager les modalités d'accompagnement de l'application de ce décret dans leur structure.

Cela semble avoir répondu aux attentes – et souvent aux inquiétudes – de la plupart des participants à qui l'on a conseillé de déterminer des principes : notion de concertation, souci d'éviter les situations de conflit fumeurs/non fumeurs, travail avec les équipes de salariés, informations auprès des publics accueillis. ●

► Arlette Grand-Filaire,
CRES Midi-Pyrénées



Partenaire

CAPITOLE STOP TABAC une association qui marche...

Nombreuses sont les structures associatives qui s'occupent du tabac. Qu'elles soient départementales ou régionales, il a paru important de les regrouper. C'est ainsi qu'en février 2001, Capitole Stop Tabac est né dans la Région Midi Pyrénées.

Cet heureux événement s'est accompagné de la rédaction d'une charte qui a servi d'exemple à d'autres régions qui à leur tour ont regroupé les principaux acteurs locaux anti-tabac.

Capitole Stop Tabac a eu dès sa création un rôle majeur dans la région. Elle a pris en main la formation des médecins généralistes qui, non formés à l'Université, voulaient acquérir les bases des traitements du sevrage tabagique : 82 médecins généralistes ont ainsi été formés ; ils ont participé très rapidement au développement régional de l'association en constituant un réseau de tabacologues motivés et compétents.

Ces médecins respectent les règles édictées au sein du réseau. Ils s'engagent par exemple à pratiquer le Conseil Minimal. Cela consiste à poser à tous leurs patients deux questions : Fumez-vous ? Avez-vous envisagé d'arrêter ? Le sevrage tabagique, en effet, tel qu'il est conçu au sein de l'association nécessite la collaboration de thérapeutes formés aux techniques de la substitution nicotinique, de spécialistes de thérapies cognitivo-comportementales, de diététiciens etc. Toutes ces spécialités sont représentées au sein de l'Association.

C'est ainsi que Capitole Stop Tabac a pu prendre en charge l'organisation de la Journée Mondiale Sans tabac, sous l'égide de l'OMS. Cette journée, grâce à l'appui, de la Mairie de Toulouse, jouit chaque année d'un très gros succès. Très nombreux sont les Toulousains à venir s'informer, réaliser des tests pour mesurer leur dépendance à la nicotine, demander une évaluation du taux de monoxyde de carbone dans le sang.

Dès sa création, Capitole Stop Tabac a été sollicitée pour aller dans les lycées et collèges pour informer les jeunes. Cette action connaît un très vif succès et fait l'objet chaque année de demandes renouvelées de la part des responsables pédagogiques car les résultats sont

encourageants : le lycée de Cugnaux a vu pour la première fois l'an dernier une diminution significative du nombre de fumeurs chez les jeunes.

Capitole Stop Tabac est aussi sollicité pour des actions en entreprise. Certes le décret Bertrand qui interdit de fumer dans les lieux publics et couverts permet une action basée sur la loi mais certains « patrons » ont décidé, en plus, d'aider leurs salariés à profiter de l'occasion pour arrêter de fumer. C'est ainsi que la Mairie de Toulouse a entrepris avec l'aide de Capitole Stop Tabac, une action de thérapie de groupe pour aider les agents désireux d'arrêter de fumer.

Capitole Stop Tabac a aussi permis à de gros groupes industriels nationaux de réaliser des sevrages tabagiques auprès de nombreux salariés.

Toutes ces actions ne sont possibles que grâce à un réseau animé d'abord par une très grande motivation et aussi un sens réel du bénévolat. En effet les subventions sont la plupart du temps accordées de façon parcimonieuse et après la rédaction de dossiers fastidieux et compliqués.

Les pouvoirs publics ont certes consenti un gros effort pour les addictions mais le tabac n'est hélas pas la seule addiction que les responsables nationaux ont à prendre en compte.

Capitole Stop Tabac après 7 ans d'intense activité a servi d'exemple à d'autres associations régionales et aujourd'hui, grâce à son exemple moteur, la plupart des régions ont leurs associations (Fractal en Pays de Loire, IRAT à Lyon, ECLAT dans le Nord, etc.) et sont en voie de se fédérer pour avoir des actions mieux coordonnées et plus efficaces.

Un tel succès ne peut ni se programmer ni se décider. Il est l'aboutissement de l'enthousiasme de ses créateurs et de la réussite complémentaire qu'apporte le bénévolat.

La réussite d'un réseau tel que Capitole Stop Tabac n'a pu, en effet, se faire que grâce au dynamisme de tous les membres du réseau, à leur compétence, aux bienfaits qu'ils apportent à ceux qui savent les utiliser et aussi à un créneau de santé actuellement très porteur. ●

► Docteur Michel JEAN,
Président de Capitole Stop Tabac

La lettre de la Conférence Régionale de Santé (CRS)

En attendant l'Agence Régionale de Santé, la Conférence Régionale de Santé de Midi-Pyrénées se mobilise : trois rendez-vous à ne pas manquer en 2008 !

Pr Alain Grand,
Président de la CRS Midi-Pyrénées

L'Agence Régionale de Santé de Midi-Pyrénées va-t-elle enfin voir le jour en 2009 ? C'est ce que le gouvernement actuel affirme. La perspective de création des Agences Régionales de Santé (ARS) ne date pas d'aujourd'hui. Elle a été tracée dès 1996, sans que le législateur ne parvienne à la faire aboutir.

Deux rapports viennent d'être publiés sur le sujet :

- l'un destiné au Ministre de la Santé sur la modernisation du système de santé (Philippe Ritter),
- l'autre, issu de la mission parlementaire présidée par Yves Bur.

Même si ces deux rapports ont ici et là des divergences, tous deux s'accordent pour prôner la mise en place rapide des ARS.

On peut légitimement s'interroger sur les raisons qui ont conduit à attendre 13 ans cette mise en place. Cette longue période a d'ailleurs vu se succéder des initiatives de regroupement, coordination, etc., plus ou moins couronnées de succès. La dernière en date, issue des lois des 9 et 13 août 2004, a remanié le dispositif, en surimposant notamment deux instances de coordination : le Groupement Régional de Santé Publique et la Mission Régionale de Santé. Elle a également fait évoluer la composition et les missions des Conférences Régionales de Santé. Cela a complexifié le paysage institutionnel et multiplié les zones de compétences partagées, et donc potentiellement conflictuelles, entre l'Etat, l'Assurance Maladie, l'ARH, la CRS, etc. L'installation de ces dispositifs s'est avérée laborieuse dans beaucoup de régions... et la réactivation de la réflexion sur les ARS vient à nouveau tout bouleverser.

Une seule certitude dans cette longue gestation : l'affirmation de la région comme l'échelon territorial pertinent en matière de gouvernance de la santé.

- **Comment va pouvoir se réorganiser**

le dispositif régional ?

Les rapports Ritter et Bur comportent des recommandations qu'il conviendra de confronter au réel. Les ARS peuvent n'être que des coques vides surimposées au dispositif actuel, sans clarification des responsabilités. Ce qui peut conduire à la poursuite du jeu de rivalité/concurrence entre l'Etat (DRASS/DDASS), l'ARH et l'Assurance Maladie. Une « gouvernance forte » est préconisée, afin de rompre avec l'actuel flou institutionnel ; ce qui va nécessairement conduire à des arbitrages tendus.

Enfin si l'on veut éviter que ne se constituent « 22 sécurités sociales », il est important d'intégrer les ARS dans une gouvernance nationale veillant aux équilibres entre les régions.

L'articulation des deux échelons est un point fondamental de la future organisation.

- **Quelle place pour les Conférences Régionales de Santé dans le nouveau dispositif ?**

Il semblerait que les Conférences Régionales de Santé soient maintenues, même si leur installation s'avère difficile et leur légitimité problématique dans un certain nombre de régions (dernière nouvelle : « compte tenu de difficultés importantes avec la DRASS, la CRS de Haute Normandie a décidé de suspendre ses activités », courriel de son président en date du 12 février 2008). Représentantes des forces vives de la santé, des usagers et des instances politiques et socio-économiques de la région, les CRS devraient constituer un « contre pouvoir démocratique » aux ARS.

La CRS de Midi-Pyrénées est prête à jouer ce rôle dans le futur dispositif régional. Elle a su asseoir sa légitimité auprès des autres institutions régionales. Elle se tient à l'écoute des territoires, notamment par l'organisation des sessions décentralisées.

Son programme 2008 témoigne de cette vitalité, puisque trois sessions plénières sont d'ores et déjà prévues, dont les thèmes et programmes apparaissent dans les encadrés.

Cette belle mobilisation, que l'on doit au dynamisme des représentants des col-

lèges au bureau et à la participation active d'un nombre significatif de membres, doit être saluée. Elle place notre Conférence parmi les CRS les plus dynamiques et nous met en excellente situation pour affronter l'imminente reconfiguration de la gouvernance régionale. ●

Dates de réunions de la CRS à retenir

1^{ÈRE} SESSION 2008 - 27 mars 2008 à Toulouse

autour deux thèmes qui correspondent aux deux grandes missions assignées aux CRS :

- **Le respect des droits des usagers** : les aspects juridiques, l'état des lieux en France, l'avis du CISS (Collectif Interassociatif Sur la Santé) et présentation du rapport sur le respect des droits des usagers en Midi-Pyrénées.
- **L'évaluation de la mise en œuvre du PRSP** : présentation de l'outil-bilan d'évaluation du PRSP et mise en œuvre du PRSP à travers trois illustrations : le SREPS (Schéma Régional d'Éducation pour la Santé), "Améliorer la qualité de vie des personnes âgées", "Violence et santé".

2^{ÈME} SESSION 2008 - 19 juin 2008 à Albi

autour du thème : "Dépistage des cancers, les nouveaux enjeux"

L'objectif de cette session sera de faire le point sur les politiques de dépistage et sur l'implication des professionnels et des usagers :

- L'actualité des recommandations en matière de dépistage des cancers
 - Les aspects sociétaux des politiques de dépistage
 - Les politiques nationales (DGS, INCA) et régionale (URCAM, DRASS) de dépistage des cancers,
 - Les expériences des départements : Femmes et santé – Enjeux et santé.
- et deux tables rondes :
- L'implication des professionnels
 - L'implication des usagers

3^{ÈME} SESSION 2008 - 26 novembre 2008 à Toulouse

autour de l'évaluation des réseaux et organisée conjointement par la CRS, l'ARH, l'URCAM et le CHU de Toulouse.

L'objet de cette journée sera de faire le point sur le rôle joué par les réseaux dans le dispositif régional de santé et d'échanger sur les critères et méthodes d'évaluation susceptibles de rendre compte de leur utilité.

Pour plus d'informations :

tél : 05 61 23 44 28 - c-res.midi-pyrenees@wanadoo.fr

Présentation de la démarche de négociation des Conventions Pluriannuelles d'Objectifs et de Moyens (CPOM) entre les Comités d'éducation pour la santé et le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) de Midi-Pyrénées

Un bref rappel

● Les Comités d'éducation pour la santé, départementaux (CODES) et régional (CRES), forment en Midi-Pyrénées, comme dans toutes les régions de France, le principal réseau ayant une activité totalement dédiée à l'Education Pour la Santé (EPS).

Au plus proche des professionnels et des populations, ce réseau associatif développe notamment les missions suivantes :

- participation aux politiques régionales de santé (Conférences régionales, groupes de pilotage des Programmes Régionaux de Santé, Etats généraux) ;
- mise à disposition de documents d'information et de documentation (centres de ressources) pour les promoteurs de programmes de santé ;
- mise en oeuvre de formations initiales et continues ;
- prestation de conseil(s) méthodologique(s) ;
- relais des programmes nationaux d'éducation pour la santé en cohérence avec les dynamiques locales ;
- etc.

Les financements proviennent essentiellement de l'Etat, de l'Assurance Maladie et des Collectivités locales et territoriales.

En Midi Pyrénées, il existe 7 Comités départementaux et 1 Comité régional qui gère, par ailleurs, une antenne départementale dans le Tarn et Garonne. A noter également que la structure juridique CRES et CODES 31 est unique et basée à Toulouse.

● La circulaire n° 5193/SG du 16 janvier 2007 relative aux subventions de l'Etat aux associations et conventions pluriannuelles d'objectifs est venue rappeler et confirmer les dispositions des précédentes circulaires du 1er décembre 2000 et du 24 décembre 2002 relatives aux subventions de l'Etat aux associations. L'ensemble de ces textes ouvrent l'opportunité d'un financement pluriannuel des actions ou projets relevant de missions d'intérêt général et conduites par des associations.

Le contexte

La perspective d'un conventionnement pluriannuel avec les Comités d'éducation pour la santé a été initiée dans le cadre du Comité Technique Régional de Prévention dès 2005. Cette orientation a été reprise par le Groupement Régional de Santé

Publique (GRSP) et validée par le conseil d'administration le 20 avril 2007, dans le cadre des travaux menés au titre du Schéma Régional d'Education Pour la Santé (SREPS). Les modalités de négociation présentées ci-après ont été validées lors du bureau du GRSP du 20 septembre 2007.

Au travers d'orientations s'étalant de 2004 à 2008, le SREPS vise à mieux organiser, à mieux structurer l'offre de services en EPS sur tout le territoire régional et à renforcer les compétences de ceux qui agissent, professionnels de santé, du social, du secteur associatif notamment, au plus près des publics.

Ce contexte invite donc le réseau des Comités d'EPS de Midi-Pyrénées à poursuivre sa structuration afin de :

- affirmer son rôle en EPS dans la région, dans des actions concourant à la mise en oeuvre de missions d'intérêt général ;
- consolider la position du réseau comme interlocuteur en EPS sur l'ensemble des départements de Midi-Pyrénées.

La perspective de conventions pluriannuelles répond à un double objectif, partagé par les partenaires concernés : donner aux pratiques d'éducation pour la santé (EPS) une place accrue dans les programmes et actions menés au titre de la politique régionale de santé publique en Midi Pyrénées et poursuivre l'amélioration de la qualité de ces actions d'EPS.

Modalités de négociation et calendrier prévisionnel

La démarche de négociation des CPOM reposent sur :

- Un cadrage régional : il fixe le périmètre de la convention (les missions et activités à inscrire), propose les outils nécessaires à la négociation, les acteurs impliqués et le calendrier de négociation → Il prend la forme d'un document intitulé « protocole de négociation » avec ses annexes.
- Une négociation entre CRES et GRSP au niveau régional, et entre correspondants GRSP et CODES dans chaque département ; elle vise à permettre la discussion entre les parties et l'adaptation aux besoins et réalités locales des objectifs, fixés par la convention cadre, à poursuivre de manière pluriannuelle par les Comités (3 ans). Quatre « missions de service public » confiées par le GRSP aux Comités sont

concernées par cette démarche : la documentation-diffusion; l'appui méthodologique pour l'élaboration, la mise en oeuvre et l'évaluation de projets ; la formation en éducation pour la santé, et la contribution des Comités à l'élaboration des politiques régionales de santé dans les instances locales, départementales, régionales et nationales.

Elles seront déclinées sous forme d'objectifs à poursuivre sur trois ans (2008-2010) qui feront l'objet d'un programme de travail annuel, éventuellement révisable. Les activités définies dans ce programme auront donc comme caractéristiques communes de s'inscrire dans la durée (trois ans) et d'apporter des « services » en soutien des actions d'éducation pour la santé menées par les acteurs de santé de Midi-Pyrénées.

Ces conventions n'ont pas vocation à couvrir l'ensemble des activités menées par les Comités. En dehors de ces activités, ils pourront continuer à soumettre leurs projets en réponse à divers appels d'offres,

dont l'Appel à Projet Prévention (APP) soutenu par le GRSP.

Le calendrier devant conduire à la conclusion des conventions est le suivant :

- Le début des négociations régionale et départementales a été effectif à partir de fin 2007. Cette phase va se poursuivre jusqu'à la mi-mars 2008.
- Après cette date, chaque département enverra ses propositions de programmes pluri annuels au GRSP pour une synthèse régionale et d'éventuels arbitrages. En tant que de besoin, le GRSP pourra ré-interpeller à cette étape les participants de tel ou tel département.
- Cette phase technique sera close fin avril 2008 : interviendront ensuite, suivant un calendrier à définir, les validations par les instances associatives puis par le GRSP, avant signatures définitives des conventions pluriannuelles.

► Dr Ivan THEIS,

Médecin inspecteur de santé publique

► Laurence BIRELICHIE,

Directrice CRES Midi Pyrénées-CODES 31

Le GRSP organise la déclinaison en Midi-Pyrénées, de la Semaine européenne de la vaccination

L'OMS Europe organise depuis 2005 une semaine européenne de la vaccination qui a pour but de favoriser une meilleure compréhension de la protection vaccinale auprès du grand public et des professionnels de santé, afin d'améliorer la protection individuelle et collective vis à vis des maladies à couverture vaccinale.

Pour la première année, la région Midi-Pyrénées participe à cette semaine européenne qui est programmée du 21 au 27 avril 2008 et différentes manifestations seront organisées durant cette période, dont en particulier :

- Une grande exposition à la mairie de Toulouse : « Planète vaccination », cette exposition élaborée par l'URCAM de Franche-Comté, à la fois informative et éducative est à destination du grand public. Une sensibilisation sera faite auprès des établissements scolaires pour susciter des visites de groupes d'élèves qui bénéficieront de l'accompagnement de professionnels de santé. Des petites expositions seront installées dans différents lieux de la région accueillant du public. Et en particulier dans les locaux de la DRASS/DDASS où elle sera complétée par des affiches sur ce thème prêtées par le musée de l'affiche.
- Une conférence débat « Vaccinations, quelle place aujourd'hui ? », se tiendra le 13 mai de 19h à 21h au Muséum d'histoire naturelle de Toulouse. Cette conférence destinée aux professionnels de santé et associations d'usagers et de malades abordera les grands thèmes suivants :
 - approche internationale et évolution de la politique vaccinale
 - intérêt des vaccinations et notion de bénéfice risque
 - le médecin face au patient : fausses croyances et résistances

► Pour en savoir plus ou vous inscrire à la conférence débat : www.midipy.sante.gouv.fr



Bibliographie

Lutter contre le tabagisme

► **Nouveau rapport sur la lutte anti-tabac dans le monde**

Organisation Mondiale de la Santé. 2008/02
Ce rapport présente de manière exhaustive la situation du tabagisme et de la lutte anti-tabac dans le monde. Les données présentées traduisent une inquiétante évolution du tabagisme. Le rapport présente un ensemble de 6 stratégies baptisé « MPOWER ». Ces 6 stratégies sont : Monitoring, la surveillance de la consommation du tabac et les politiques de prévention, Protecting, la protection de la population contre la fumée du tabac ; Offering, l'offre d'une aide à ceux qui veulent arrêter le tabac ; Warning, la mise en garde des méfaits du tabagisme et Raising, l'augmentation des taxes sur le tabac. L'OMS dresse le constat qu'aucun pays n'applique toutes les stratégies MPOWER et 80% des pays n'en appliquent aucune...

► **La lutte contre le tabagisme**

Perreti-Watel, et al. Problèmes Politiques et Sociaux. n°932. 2007. 110p.
Hausse des taxes sur les produits du tabac, réglementations contre le tabagisme sont les deux leviers principaux de la lutte anti-tabac en France. Quels en ont été les effets ? Au-delà des mesures réglementaires, il est nécessaire de comprendre les comportements sous-jacents au tabagisme qui sont un obstacle à sa réduction. De nombreuses études, réalisées principalement aux États-Unis et présentées dans ce dossier, apportent des éléments de réponse.

► **Enquête sur l'évolution du tabagisme sur le lieu de travail avec l'interdiction de fumer au 1er/02/2007**

France, janvier-mars 2007. Numéro thématique « journée mondiale sans tabac, 2007 ». Dautzenberg, et al. Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, et al. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2007. n°21. 186-187
Afin d'étudier l'impact de l'interdiction totale de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif survenue en février 2007, une enquête mensuelle est conduite auprès des salariés vus par des médecins du travail.

► **Le tabagisme : de l'initiation au sevrage**

Fernandez L, Letourmy F. 2007, 126p. Edition Armand Colin. Collection 128.
Ce livre s'articule en 6 parties. La 1^{ère} traite

du tabac et des différentes façons de fumer. La 2^{ème} s'intéresse au tabagisme depuis son initiation, son installation et son maintien jusqu'à sa sortie. La 3^{ème} partie aborde la dépendance tabagique et interroge la notion d'addiction. La 4^{ème} partie passe en revue les formes cliniques du tabagisme, développe les liens pouvant exister entre le tabagisme et les autres addictions et présente les co-morbidités qui lui sont associées. La 5^{ème} partie tente de définir les différents types de fumeurs et de cerner leur personnalité. La 6^{ème} partie effectue un point sur la motivation à l'arrêt, le sevrage et les modalités de prise en charge des fumeurs.

► **L'attitude des européens à l'égard du tabac**

TNS opinion et social, Commission européenne. 2007. 53p. Collection Eurobaromètre Spécial.
Plus d'un demi-million de personnes meurent chaque année dans l'Union européenne des conséquences directes ou indirectes du tabagisme.

La politique de contrôle du tabac de l'union européenne se fonde sur des mesures législatives, un soutien aux activités de prévention et de cessation du tabagisme dans toute l'Europe, en intégrant le contrôle du tabac dans toute une série d'autres politiques communautaires.

► **Tabagisme : de la dépendance au sevrage - des données pour décider en médecine générale. Dossier**

Médecine : de la médecine factuelle à nos pratiques. 2007. vol 3. n°6. 2. 267-275.
Ce dossier sur la dépendance et le sevrage tabagique rassemble des textes publiés dans Bibliomed de l'Unafarmec, issu d'une veille documentaire en continu des principales revues médicales publiant des études fondées sur les preuves, ou des recommandations en résultant. Ils ont pour ambition de fournir au médecin généraliste une actualisation des données sur les questions pertinentes pour leur pratique retenues par le comité de rédaction de l'Unafarmec.

► **Tabagisme : estimation de la prévalence déclarée, Baromètre santé, France, 2004-2005. Numéro thématique « journée mondiale sans tabac, 2005 »**

Guilbert P, et al. OFDT, et al. BEH 2005. n°21-22. 97-98.

En 2002, la France comptait environ 12 millions de fumeurs réguliers, avec une prévalence de 29% de la population âgée de 18 à 75 ans. La lutte contre le tabagisme étant devenue priorité nationale confirmée avec le plan cancer, de nombreuses actions de santé publique ont été mises en place comme les fortes hausses des prix du tabac, le renouvellement des campagnes de prévention ou encore la mise à disposition de substituts nicotiques ou autres produits d'aide au sevrage. Les indicateurs disponibles à ce jour suggèrent une baisse importante des ventes des cigarettes de 14% entre 2002 et 2003 et du nombre de fumeurs de 12% parmi les 15-75 ans entre 1999 et 2003. Il s'agit ici de présenter la dernière mesure de prévalence déclarée à partir des données du Baromètre santé 2004/2005. Ces données, recueillies à partir d'un échantillon de grande taille, seront comparées avec celles du Baromètre santé 2000 qui utilisait la même technique de sondage.

► **Prévention du tabagisme : agir au plus près des populations. Congrès, Décembre 2006**

Ministère de la Santé et des Solidarités, INPES. 89p
Les échanges de ce colloque ont été structurés autour de 3 tables rondes portant sur l'implantation, le déroulement et la suivi-évaluation des actions introduites par la présentation de l'évaluation de deux dispositifs nationaux (dispositif emploi jeune tabac et application de la loi Evin dans les établissements scolaires). La journée a été clôturée par une allocution de Mme Louise Guyon qui mettait en perspective la politique de prévention du tabagisme au

Québec et les actions présentées au fil de la journée.

► **Les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif : fiche de synthèse**

Segui-Saulnier (S.). Actualités Jurisanté. 2007. n°57-58. 61-62.
Cet article fait le point sur le principe d'interdiction de fumer mis en place dans les établissements de santé et dans les établissements sociaux et médico-sociaux suite au décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006 et aux circulaires d'application. Il examine notamment les implications pour les établissements, les atténuations au principe d'interdiction et le dispositif de sanctions.

► **Intervenir à l'adolescence sur le sevrage tabagique : le programme "Aujourd'hui Je Ne Fume Pas" dans les lycées d'Ile-de-France**

Santé Publique. 2007. n°5. 427-438.

Bibliographie extraite de la Base de Données en Santé Publique
www.bdsp.tm.fr

Documents utilisés pour la réalisation de ce numéro

- Tabac ; comprendre la dépendance pour agir : Expertise collective INSERM
- Dossier : Prévenir les addictions : actualité et dossier en santé publique n°60 09/07
- La lutte contre le tabagisme : Problèmes politiques et sociaux n°932, janvier 07
- Les comportements à risque : Problèmes politiques et sociaux n°919 décembre 05
- Le tabagisme, de l'initiation au sevrage : L. Fernandez, F. Letourmy, A. Colin 2007
- Rapport sur l'interdiction du tabac dans les lieux publics : Claude Evin, 2006
- Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool : 2004-2008
- Les indicateurs du tabagisme : BEH n°21 - 22/2005
- Le coût social des drogues licites et illicites en France : P. Kopp, P. Fenoglio, OFDT, étude n°22 sept. 2000

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :
Ramiro Pereira,
Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales

COMITÉ DE RÉDACTION :
Dr F. Cayla, ORSMIP
Pr A. Grand, CRS
V. Hannon, ARH
R. Michaud, GRSP
Dr F. Navarro, Rectorat
F. Osselin, URCAM
Dr M-C Remésy, SChS de Toulouse
M-Th Serin, CRAM
Dr H. Sgro, GRSP
J. Souques, Conseil Régional

RÉDACTION :
M. Delarue, DRASS

RÉALISATION TECHNIQUE :
C. Andrieu, ORSMIP

IMPRESSION :
CRAM Midi-Pyrénées

TIRAGE :
3 000 exemplaires