

Actualités

SEPTEMBRE 2008 – NUMÉRO 91

TABAC

ACTUALITÉS SCIENTIFIQUES

- 2 OPHTALMOLOGIE**
DMLA : le rôle néfaste
du tabac de nouveau
confirmé

Entretien avec...
Céline GIRAUD

- 4 NEUROLOGIE**
Infarctus cérébral :
plus fréquent
chez les jeunes fumeuses...
et chez les conjoints
non fumeurs de fumeurs !

Entretien avec...
France WOIMANT

INITIATIVES

- 6 AIDE AU SEVRAGE**
« Et si c'était mieux sans ? »

- 7 LUTTE ANTITABAC**
Bill Gates s'engage aux côtés
de Michael Bloomberg

REPÈRES
Tableau de bord mensuel
des indicateurs tabac.
Pas de baisse de vente
des cigarettes en juillet 2008

- 8 COMPORTEMENT**
La deuxième phase
de l'étude ITC
actuellement en cours
de réalisation

Éviter l'AVC

On savait que le risque d'infarctus cérébral était multiplié par 2 chez les fumeurs par rapport aux non-fumeurs ⁽¹⁾ ; le tabac est un facteur de risque indépendant d'infarctus cérébral, dans les deux sexes, à tout âge et quelle que soit l'origine ethnique. Il existait également des arguments faisant du tabagisme passif un facteur de risque d'infarctus cérébral.

Deux études récemment publiées montrent, pour l'une, la relation entre la consommation de tabac des femmes jeunes et le risque d'infarctus cérébral, pour l'autre, l'impact du tabagisme passif (conjoint fumeur) sur le risque d'accident vasculaire cérébral (AVC). L'étude de Glymour et al. (Rotterdam) montre qu'avoir un conjoint fumeur augmente le risque d'AVC chez les plus de 50 ans, non-fumeurs ou ex-fumeurs ⁽²⁾. L'étude de Bhat et al. (Baltimore) montre que le risque d'infarctus cérébral chez les femmes jeunes (15-49 ans) augmente avec la consommation journalière de cigarettes, multiplié par 2,2 pour moins de 10 cigarettes par jour et par 9,1 pour plus de 40 ⁽³⁾.

Fumer entraîne des modifications de l'hémostase (augmentation du taux de fibrinogène, activation plaquettaire...) et le développement de lésions athérosclérotiques. Des études observationnelles ont montré l'effet de l'arrêt de la consommation de tabac sur le risque d'infarctus cérébral ; celui-ci redevient équivalent à celui d'un non-fumeur 5 ans après l'arrêt de l'intoxication. L'induction d'un effet procoagulant est donc probablement le principal mécanisme.

En France, après avoir assisté à une baisse importante du tabagisme chez les jeunes entre 2004 et 2007, l'année 2008 semble être marquée par une hausse du nombre de fumeurs quotidiens chez les jeunes, et en particulier chez les femmes. Les campagnes « antitabac » dirigées vers les adolescents doivent être une priorité de santé publique. On sait que lorsqu'on a commencé à fumer, il est difficile de s'arrêter, et ce même après un infarctus cérébral comme l'a montré une étude multicentrique française : plus de la moitié des patients ayant présenté un infarctus cérébral, avant l'âge de 55 ans, continuent à fumer au décours de l'AVC ! ⁽⁴⁾ ●

France Woimant
UNV hôpital Lariboisière, Paris

1. Shinton R, Beevers G. Meta-analysis of relation between cigarette smoking and stroke. *BMJ*. 1989;298:789-794.

2. Glymour MM, Defries TB, Kawachi I, Avendano M. Spousal smoking and incidence of first stroke the health and retirement study. *Am J Prev Med*. 2008;35:245-8.

3. Bhat VM, Cole JW, Sorkin JD, Wozniak MA, Malarcher AM, Giles WH, et al. Dose-response relationship between cigarette smoking and risk of ischemic stroke in young women. *Stroke*. 2008;39:2439-43.

4. Arquizan C, Touze E, Moulin T, Woimant F, Ducrocq X, Mas JL. Blood pressure, smoking and oral contraceptive control after cryptogenic stroke in young adults in the PFO-ASA study. *Cerebrovasc Dis*. 2005;20:41-45.

→ OPHTALMOLOGIE

DMLA : le rôle néfaste du tabac de nouveau confirmé

La dégénérescence maculaire liée à l'âge (ou DMLA) est la plus importante cause de malvoyance et de cécité après 60 ans dans les pays industrialisés. Cette pathologie de la rétine devrait toucher 8 millions de personnes dans le monde en 2020. La lutte contre les facteurs favorisant la DMLA est un élément central de la stratégie préventive de cette maladie. En première ligne des accusés :

CE QU'IL FAUT RETENIR

- ➔ Le tabagisme augmente le risque de DMLA
- ➔ Ne pas fumer est un bon moyen de préserver sa vue

le tabagisme, dont le rôle délétère a récemment été confirmé par une méta-analyse ⁽¹⁾.

Plus de 60 000 participants

Les investigateurs ont retenu, entre début 1966 et fin 2007, 5 études de cohorte et 8 études

ENTRETIEN



Dr Céline Giraud

Fondation
ophtalmologique
Adolphe-de-
Rothschild, Paris

« Le tabac est toxique pour la rétine »

Les résultats de l'étude vous étonnent-ils ?

Non. La plupart des études épidémiologiques montrent une association positive forte entre la DMLA et le tabagisme, et ce quelle que soit la forme de la dégénérescence. Le risque est plus élevé pour le tabagisme en cours que pour le tabagisme passé. Ce risque diminuerait en fonction de la durée de la période de sevrage.

Le tabagisme est-il un facteur prépondérant dans la survenue de la DMLA ?

Bien que sa cause soit encore indéterminée, la DMLA est une pathologie multifactorielle. Le tabac est le plus important des facteurs de risque environnementaux. Le risque relatif a été évalué à 2,5 chez des sujets fumants plus de 20 cigarettes par jour.

Quels sont les autres facteurs de la DMLA hormis l'âge ?

On distingue deux types de facteurs de risque : les constitutionnels et les environnementaux. Les premiers regroupent les antécédents familiaux, les facteurs génétiques. Les femmes auraient un risque légèrement plus élevé de DMLA. Certaines études mettent en évidence l'hypertension artérielle, un terrain cardiovasculaire, une dyslipidémie. L'hypermétropie et l'iris clair sont des facteurs de risque discutés. Tabagisme et surcharge pondérale font partie des facteurs environnementaux. Certaines études incriminent aussi les régimes alimentaires pauvres en oligo-éléments et en vitamines, en caroténoïdes (luthéine, zéaxanthine) et en poisson (oméga 3). Difficilement quantifiable, l'exposition à la lumière serait un facteur de

risque. Le rôle favorisant de la chirurgie de la cataracte est discuté.

Par quels mécanismes le tabac est-il toxique pour la rétine ?

Le tabac diminue le taux d'antioxydants sériques et probablement rétinien. Il pourrait diminuer la vascularisation des tissus rétiens et favoriser l'ischémie. Enfin, le tabac altère le pigment maculaire, qui a un rôle de filtre physique en absorbant une partie de la lumière et de filtre chimique en piégeant les radicaux libres.

Dans quelles autres pathologies de l'œil le tabac est-il incriminé ?

Le tabac augmente le risque de survenue de cataracte, d'occlusion vasculaire rétinienne et de la tête du nerf optique, de neuropathie optique.

Quels sont les traitements de la DMLA et les nouvelles pistes thérapeutiques ?

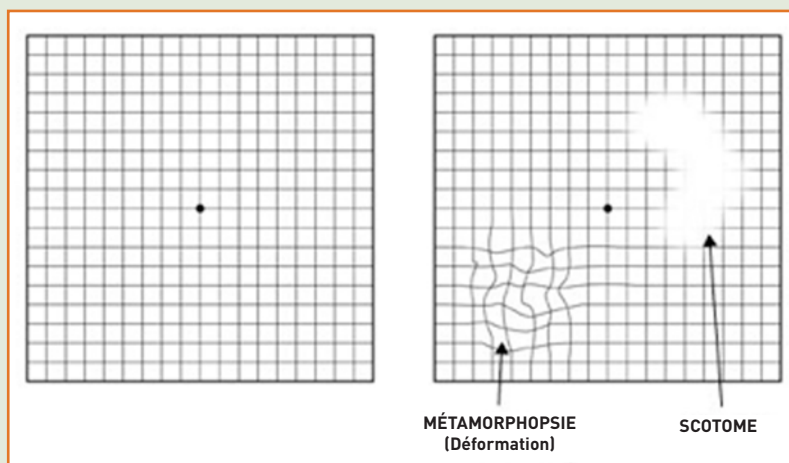
Le traitement de la DMLA humide est en plein essor : les injections intravitréennes de substances anti-angiogéniques (anti-VEGF), qui interviennent sur le processus de genèse des néovaisseaux eux-mêmes, ont relégué au second plan la thérapie photodynamique avec injection de substance photosensibilisante et la photocoagulation au laser des néovaisseaux.

Les associations thérapeutiques semblent efficaces. Il n'y a pas de traitement pour la forme sèche. Une « supplémentation » alimentaire par vitamines antioxydantes et zinc pourrait diminuer la progression des formes précoces ou limiter les risques d'atteintes du deuxième œil dans la DMLA sèche et humide.

LA DMLA ⁽⁴⁾

→ La DMLA est une maladie dégénérative rétinienne, évolutive et invalidante, d'origine plurifactorielle. Outre l'âge, dénominateur commun à tous les patients, plusieurs facteurs de risque ont été identifiés : antécédents familiaux, tabagisme, obésité. Cliniquement, la DMLA se traduit par une baisse de l'acuité visuelle, une déformation des lignes droites et la perte progressive de la vision centrale, empêchant de plus en plus la lecture, l'écriture et la reconnaissance des visages. On distingue 2 formes de DMLA : la forme atrophique

ou forme sèche et la forme exsudative ou humide. Si aucun traitement efficace n'existe pour stopper la progression de la forme atrophique, il n'en est pas de même pour le traitement de la DMLA exsudative, en plein essor, et qui justifie un dépistage précoce. Un test simple : le test d'Amsler permet de dépister facilement les patients souffrant de distorsion visuelle, et donc probablement d'une DMLA (fig.1). En cas de doute, le patient doit être rapidement orienté vers un médecin ophtalmologiste qui seul confirmera le diagnostic et pourra traiter le patient.



GRILLE D'AMSLER

Pour ceux qui ont une vision normale, en fixant le point central, les lignes de la grille d'Amsler apparaîtront droites, comme sur le dessin de gauche ; aucune partie ne semblera trouble ou cachée. En cas de DMLA, les lignes peuvent apparaître courbées ou ondulées (métamorphosies) ; une tache centrale ou paracentrale peut gêner la visualisation d'une partie de la grille (scotome).

cas-contrôles. Parmi les 5 études de cohortes qui concernent 699 patients et 61 213 participants, 3 ont été conduites aux États-Unis, une aux Pays-Bas et la dernière en Australie. Cinq des 8 études cas-contrôles ont été réalisées aux États-Unis, 1 en France, 1 au Japon et 1 en Grande-Bretagne.

Résultats

Le tabagisme était associé de manière statistiquement significative à l'augmentation du risque de DMLA, avec un risque relatif de 1,61 (études de cohortes) et un odds ratio de 1,76 (études cas-contrôles). Pour les deux types d'études, l'association était plus élevée pour les fumeurs actifs que pour les anciens fumeurs, 2,06 vs 1,40 dans les études de cohortes, 2,38 vs 1,66 dans les études cas-contrôles. L'influence du tabac a été retrouvée dans les deux formes de DMLA, la forme sèche et la forme humide. Cette méta-analyse confirme l'effet délétère du tabac sur la DMLA, quelle que soit sa forme. Le risque est plus marqué pour les fumeurs actifs que pour les anciens fumeurs, ce qui

signifie que l'arrêt du tabac réduit avec le temps le risque de survenue de la DMLA.

Un nouveau message de santé publique

Le sevrage tabagique comme moyen de protection des troubles visuels est un message de santé publique justifié. La peur du déficit visuel est un bon moteur d'arrêt, comme nous l'avons déjà relaté dans les numéros 74 et 79-80 de *Tabac Actualités* ^(2,3). Tous les professionnels de santé, spécialisés ou non dans l'appareil oculaire, doivent participer à la diffusion de ce message que certains vont même jusqu'à formuler de la manière abrupte suivante : « Fumer rend aveugle ». ●

Références

1. Cong R, et al. Smoking and the risk of age-related macular degeneration: a meta-analysis. *Ann Epidemiol.* 2008;18:647-56.
2. Le tabagisme responsable de cécité. *Tabac Actualités* 74, fév. 2007.
3. Les opticiens, acteurs de santé contre le tabagisme. *Tabac Actualités* 79-80, juill-août 2007.
4. Giraud C. DMLA : les avancées thérapeutiques. *Rev Prat Med Gen* 2007; 21:1132-33.

→ NEUROLOGIE

Infarctus cérébral : plus fréquent chez les jeunes fumeuses... et chez les conjoints non fumeurs de fumeurs !

Le tabagisme actif est reconnu pour être un important facteur de risque d'infarctus cérébral (IC), le plus fréquent des accidents vasculaires cérébraux (AVC). L'est-il aussi en cas de tabagisme passif ? Quels risques encourent les femmes fumeuses encore jeunes ? Deux nouvelles études tentent de répondre à ces 2 questions.

Conjoints non fumeurs : une population à risque ?

La première étude ⁽¹⁾ s'est intéressée aux conjoints de personnes fumeuses. Elle a analysé les données de 16 225 participants des

époux d'un couple de fumeurs ont un risque d'AVC plus élevé qu'un couple de non-fumeurs. Enfin, les anciens fumeurs et les fumeurs actifs mariés à un fumeur actif ont un risque presque doublé (risque relatif respectivement à 1,80 et à 1,87) par rapport à un couple de non-fumeurs.

En conclusion, le tabagisme du conjoint majore le risque de survenue du premier épisode d'infarctus cérébral chez les non-fumeurs et les anciens fumeurs. Les conjoints d'anciens fumeurs n'ont cependant pas de risque majoré en comparaison à ceux n'ayant jamais fumé. Les bénéfices de l'arrêt s'étendent donc aussi à la santé du conjoint...

Le tabac favorise les lésions athéromateuses et agit sur la coagulation du sang

2 sexes de l'étude HRS*, tous mariés et indemnes de problèmes neurologiques à l'inclusion, et tous interrogés de manière directe tous les 2 ans pendant une moyenne de 9,1 ans. Au total, 1 130 cas d'AVC, fatals ou non, ont été relevés. Résultat : les personnes n'ayant jamais fumé (ou « jamais fumeurs ») vivant avec un fumeur actif ont un risque d'AVC augmenté de 42 % ! Chez les anciens fumeurs dont le conjoint fume toujours, le risque est augmenté de 72 % en comparaison aux anciens fumeurs cohabitant avec une personne n'ayant jamais fumé. Chez les fumeurs actifs, le statut tabagique du conjoint n'intervient pas dans l'instauration de l'accident vasculaire. Les deux

Un risque majoré chez les fumeuses de moins de 50 ans...

La deuxième étude a évalué la relation tabac-infarctus cérébral et l'effet-dose de la fumée sur la survenue de cette pathologie chez les femmes de moins de 50 ans. L'équipe de M. Bhat a utilisé les données de l'étude cas-témoin SPYW (*Stroke Prevention in Young Women Study*), dont l'objectif était d'évaluer les facteurs de risque d'infarctus cérébral chez les femmes de 15 à 49 ans ⁽²⁾. Au final, 466 femmes victimes d'infarctus cérébral ont été comparées à une population témoin de 604 personnes indemnes de tout antécédent d'AVC. Résultat : si les anciennes fumeuses n'ont pas un risque d'infarctus cérébral supérieur à celui des jamais fumeuses, les fumeuses ont un risque 2,6 fois plus élevé que les non-fumeuses.

Ce risque augmente progressivement avec le nombre de cigarettes, passant de 2,2 pour 1 à 10 cigarettes par jour à 9,1 pour plus de 2 paquets

par jour. Cette relation dose-dépendante de la quantité de tabac sur le risque d'infarctus cérébral est retrouvée quelles que soient les covariables étudiées. ●

* Étude longitudinale nationale concernant les Américains de plus de 50 ans et leur épouse.

Références

1. Glymour M, et al. Spousal smoking and incidence of first stroke - the health and retirement study. *Am J Prev Med.* 2008;35:245-8.
2. Bhat M, et al. Dose-response relationship between cigarette smoking and risk of ischemic stroke in young women. *Stroke.* 2008;39:2439-43.

ENTRETIEN



**Dr FRANCE
WOIMANT**

Unité de neurologie
vasculaire,
hôpital Lariboisière,
Paris

« Pour un cerveau sain, pas de tabac ! »

L'AVC est-il une pathologie fréquente ?

On estime à 130 000 le nombre de Français victimes chaque année d'accident vasculaire cérébral. Supérieure à celle des infarctus du myocarde, la fréquence des AVC augmente chaque année malgré les efforts réalisés en matière de prévention et d'amélioration des prises en charge, essentiellement du fait du vieillissement de la population et d'un risque de récurrence d'autant plus élevé que les facteurs de risque persistent. On distingue 2 types d'AVC : l'infarctus cérébral (80 % des cas), dû à une oblitération d'un vaisseau par un caillot, et l'hémorragie cérébrale (20 % des cas), liée à un saignement.

Est-ce une pathologie grave ?

Oui : 20 % des personnes victimes d'un AVC décèdent à un mois, 25 à 40 % à un an et 60 % à 3 ans. Parmi les survivants, 70 % gardent des séquelles, souvent très handicapantes ; 20 % d'entre eux vont développer une démence et 30 % ont une récurrence dans les 5 ans ! L'AVC n'est pas une maladie de la seule personne âgée. Si l'âge moyen des patients concernés est de 73 ans, 25 % des AVC surviennent avant 65 ans, et parfois même chez l'enfant.

Quels sont les facteurs de risque d'AVC ?

En tout premier lieu, l'hypertension artérielle, présente dans 60 % des cas au moins ; le retour à une pression artérielle normale a un effet très positif au niveau vasculaire cérébral, plus marqué qu'au niveau cardiaque. Tabac, hypercholestérolémie et diabète viennent en deuxième position. Le tabac représente donc le principal facteur de risque environnemental,

auquel il convient d'ajouter l'alcool à forte dose, l'obésité et la sédentarité. Chez la femme jeune, la contraception orale constitue un facteur de risque supplémentaire. La coexistence de plusieurs facteurs de risque multiplie la probabilité de survenue d'un infarctus cérébral. Ainsi, chez la femme, si le tabac à lui tout seul multiplie le risque par 3, l'association pilule-tabac le multiplie par 4,4 et le trio pilule-tabac-hypertension par 16,6 !

Comment expliquer le rôle délétère du tabac ?

Le tabac favorise les lésions athéromateuses et agit sur la coagulation du sang. Cette capacité à rendre le flux sanguin moins fluide joue de manière importante dans la constitution des infarctus cérébraux. Seuls 25 % ont pour origine une plaque d'athérome, contre 95 % dans le cas des infarctus du myocarde. Cette action du tabac sur la coagulation explique aussi que l'arrêt du tabac soit si bénéfique, avec un risque d'AVC qui décroît rapidement au fil des ans.

Quel est votre message principal ?

La lutte contre les facteurs de risque est primordiale pour éviter la survenue du premier AVC, puis d'une récurrence chez les survivants. La prévention primaire passe par l'incitation à ne jamais commencer à fumer ou à s'arrêter le plus tôt possible, surtout lorsqu'on est une jeune femme, et qui plus est lorsqu'on est une jeune femme sous pilule. Enfin, le sevrage est indispensable après un premier infarctus cérébral ; malheureusement, la très grande majorité des personnes concernées continuent de fumer...

→ AIDE AU SEVRAGE

« Et si c'était mieux sans ? »

AUTRES BROCHURES

Sept autres thèmes sont disponibles :

- indétermination ;
- intention ;
- préparation ;
- action ;
- consolidation ;
- rechutes ;
- additifs du tabac.



Le site de l'Université de Genève : stop-tabac.ch propose parmi ses 8 brochures d'information un document dédié à la problématique des femmes et du tabac, intitulé : *Et si c'était mieux sans ?* Disponible en ligne, en format PDF ou HTML, mais aussi par courrier, cette brochure de 28 pages illustrées explique très clairement et avec des arguments scientifiques le bénéfice pour les femmes de l'arrêt du tabagisme et les manières possibles de s'y prendre ⁽¹⁾. Avec un accueil encourageant : « Environ 440 000 Suissesses et 3,7 millions de Françaises sont aujourd'hui des ex-fumeuses. Vous êtes tout aussi capable qu'elles d'arrêter de fumer ! »

Le début du livret est essentiellement consacré à l'information sur la cigarette et ses conséquences, notamment ses risques sur la santé. « C'est en prenant conscience des risques que l'on augmente sa motivation à en finir avec la dépendance au tabac. Et là où finit la dépendance, commence la liberté ! », estiment les auteurs, Jean-François Etter, maître d'enseignement et de recherche et responsable du programme Stop-tabac.ch, et Suzy Soumaille, journaliste médicale. Sont ensuite développés les bénéfices de l'ar-

LES AVANTAGES « FÉMININS » D'UNE VIE SANS FUMÉE

- Les femmes qui arrêtent de fumer avant l'âge de 50 ans ont deux fois moins de risque de décéder dans les 15 années suivantes que celles qui continuent à fumer.
- Le risque de développer un cancer du col de l'utérus décroît lui aussi.
- Les risques de maladies cardio-vasculaires (infarctus, attaques cérébrales) et d'infections respiratoires (bronchites, pneumonies) diminuent également.
- Les fumeuses atteintes d'ulcères de l'estomac qui renoncent à la cigarette guérissent plus vite.
- Celles qui arrêtent de fumer avant la grossesse donnent naissance à des enfants de même poids que celui des enfants nés de femmes non-fumeuses.



rêt du tabac et les moyens de parvenir à un sevrage réussi. Si les informations de la brochure s'appuient sur les connaissances scientifiques les plus récentes, elles tiennent également compte du vécu de fumeuses et ex-fumeuses ayant participé à des enquêtes de l'Université de Genève sur les comportements face au tabac et à ses programmes d'aide à l'arrêt du tabac. Les femmes y trouvent donc, dans un langage qui leur est approprié, nombre d'informations sur des problématiques qui leur sont particulières : le tabac et la prise de poids, le cancer, les

maladies cardio-vasculaires, la pilule, la grossesse, l'allaitement, les enfants, la ménopause, le vieillissement, les cigarettes légères, la dépendance et le stress. La partie arrêt du tabagisme développe le retour à la liberté, les bénéfices à court, moyen et long termes, les substituts nicotiques, le bupropion et des « conseils d'amies ». Enfin, sont répertoriés les consultations antitabac, les associations utiles dans une démarche de sevrage et les livres sur le sujet. ●

Référence

1. www.stop-tabac.ch/pdf/Et_si.pdf

→ LUTTE ANTITABAC

Bill Gates s'engage aux côtés de Michael Bloomberg

Michael Bloomberg et Bill Gates conjuguent leurs efforts pour lutter contre le tabagisme mondial. Un investissement commun de 500 millions de dollars aidera les gouvernements des pays en voie de développement à mettre en œuvre des politiques efficaces et à accroître les fonds destinés à la lutte contre le tabagisme.

La Fondation Bill et Melinda Gates investira 125 millions de dollars sur 5 ans à ce combat, parmi lesquels 24 millions dédiés à l'initiative Bloomberg. Parallèlement,

Michael Bloomberg, maire de New York, a augmenté son engagement financier (initialement 125 millions de dollars) d'un nouvel apport de 250 millions de dollars sur 4 ans.

Mise en place dès 2002 par l'actuel maire de New York, qui a fait de la lutte contre le tabagisme une priorité, l'initiative Bloomberg soutient les projets qui augmentent les taxes sur le tabac, modifient l'image du tabac, protègent les non-fumeurs du tabagisme passif et aident les personnes à arrêter de fumer. Elle conforte les efforts du secteur public pour

éduquer et conseiller le changement vers un monde sans tabac. Les fonds de la Fondation Bill et Melinda Gates vont contribuer à la réalisation du plan MPOWER, mettant en œuvre des stratégies de contrôle du tabagisme. Ce plan repose sur la mise en place de programmes structurés de lutte contre le tabagisme, l'augmentation des taxes sur le tabac, la diffusion de campagnes d'information, la création d'espaces publics non fumeurs et l'interdiction de la publicité.

Outre le don à Michael Bloomberg, la Fondation Gates soutiendra les efforts complémentaires pour réduire la consommation de tabac dans les pays en voie de dévelop-

REPÈRES

Tableau de bord mensuel des indicateurs tabac

→ Pas de baisse de vente des cigarettes en juillet 2008

Par rapport au même mois en 2007, juillet 2008 s'est distingué par :

- une augmentation des ventes de paquets de cigarettes de 3,4 % (5 141 millions d'unités vendues). Le cumul depuis le début 2008 montre cependant une variation à la baisse de 3,8 % par rapport à la même période en 2007 ;
- une croissance des ventes de tabac à rouler de 12,8 % ;
- une baisse de 10,5 % des ventes de médicaments d'aide à l'arrêt et de 9 % du nombre de forfaits versés par la CNAMTS ;
- une hausse de 14,6 % des appels traités par Tabac info service.

Référence

Altadis/DGDDI (livraisons de tabac par la filière distribution d'Altadis en France métropolitaine ; hors Corse).
www.ofdt.fr

pement tels que la Chine et l'Inde et pour éviter que le tabagisme ne s'étende en Afrique. ●

Un don de 375 millions de dollars

LE PLAN MPOWER

L'OMS recommande aux pays concernés par la lutte antitabac « d'augmenter considérablement les taxes sur le tabac », et par voie de conséquence le prix de vente des produits en question (cigarette, cigare, pipe, chicha, chique, bidi...).

Pour l'Organisation, cette « approche est de loin la plus efficace » pour diminuer la consommation mais aussi pour disposer d'une source de financement durable en support de stratégies contre le tabagisme, comme celle que préconise l'OMS, sous le nom MPOWER :

- **M comme Monitor** : surveiller l'usage du tabac et les politiques de prévention
- **P comme Protect** : protéger les individus de la fumée du tabac
- **O comme Offer** : offrir une aide aux fumeurs souhaitant s'arrêter
- **W comme Warn** : alerter des dangers du tabac
- **E comme Enforce** : renforcer l'interdiction de la publicité et de la promotion du tabac
- **R comme Releve** : relever les taxes sur le tabac

→ COMPORTEMENT

La deuxième phase de l'étude ITC actuellement en cours de réalisation

Destinée à évaluer l'efficacité des politiques de lutte contre le tabagisme – au travers d'enquêtes méthodologiquement identiques menées dans un certain nombre de pays (dix-sept actuellement) – l'étude *International Tobacco Control Survey*⁽¹⁾ vient en France d'entrer dans sa seconde phase.

Cette deuxième étape a pour objectif de faire le point sur les comportements et attitudes quelques mois **après** l'entrée en vigueur des deux étapes de l'interdiction totale de fumer dans les lieux ouverts au public. Les résultats seront comparés à ceux des interviews menées en décembre 2006 et janvier 2007 **avant** l'entrée en vigueur de ces deux mesures qui, après les hausses de prix de 2003 – 2004, ont constitué une nouvelle étape essentielle de la lutte contre le tabagisme. Cette comparaison « avant – après » ainsi que celles entre les différents pays concernés constitueront de précieux outils pour évaluer chacun des leviers de la lutte contre le tabagisme.

Les 1 735 fumeurs et 525 non-fumeurs interrogés au cours de la première phase sont donc actuellement recontactés pour répondre à un questionnaire de 45 minutes en moyenne, reprenant un certain nombre des thèmes abordés lors de la première interview et posant de nouvelles questions en liaison directe avec les changements de réglementation intervenus. Une première analyse a été effectuée sur les résultats de la première phase, incluant en particulier une comparaison avec les résultats obtenus en République d'Irlande, en Écosse et au Royaume-Uni hors Écosse⁽²⁾ avant l'entrée en vigueur de l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Elle a montré un niveau de dépendance des fumeurs français un peu moindre, une meilleure connaissance des méfaits du tabac sur la santé, et une plus grande inquiétude vis-à-vis des dommages à venir du fait de leur tabagisme. Ce dernier point est à rapprocher d'une déclaration significativement supérieure à celle des autres pays quant au

fait que les avertissements sanitaires sur les paquets de cigarettes leur rappellent ces risques. Et si le regret déclaré d'avoir commencé à fumer n'est pas plus grand en France que dans les 3 autres pays cités, c'est qu'il est partout à un niveau impressionnant : près de 90 % des fumeurs interrogés répondent qu'ils sont d'accord avec la proposition : « si vous pouviez revenir en arrière, vous ne commenceriez pas à fumer »...

La plupart des participants à la première enquête ont pu être recontactés et ont accepté de répondre à nouveau. Le suivi ainsi réalisé, condition nécessaire à une validité optimale de la méthodologie d'enquête, contribuera sans nul doute à une évaluation précise de chacun des leviers à la disposition des autorités sanitaires pour optimiser les arrêts et limiter les initiations. ●

Références

1. Voir *Tabac Actualités* n° 75
2. Pour des résultats plus détaillés, voir la lettre « Évolutions » n° 13 de mai 2008 sur <http://www.inpes.sante.fr/>

Ont participé à ce numéro de *Tabac Actualités* : Céline Buhler, Céline Giraud, Albert Hirsch, Sylviane Ratte, Jean-Louis Wilquin et France Woimant.

Les articles de *Tabac Actualités* sont libres de droits et disponibles en version électronique.

ÉDITEUR DÉLÉGUÉ

Global Média Santé – 114, avenue Charles-de-Gaulle – 92522 Neuilly-sur-Seine Cedex
Tél. : 01 55 62 68 00 – E-mail : contact@huveaux.fr
Imprimé par RAS, Villiers-le-Bel (95)

inpes
www.inpes.sante.fr

CONTACT PRESSE

Tél. : 01 49 33 23 06
Fax : 01 49 33 23 90

E-mail : relations.medias@inpes.sante.fr