



TABAC & LIBERTÉ

LETTRE TRIMESTRIELLE D'INFORMATION

ANNÉE 4 - NUMÉRO 16

SEPTEMBRE 1998

Premières Rencontres Nationales des Réseaux de Praticiens et d'Hospitaliers sur le Tabagisme

Toulouse les 25 et 26 septembre 1998

Editorial

Le Tabac : au cœur de la prévention cardiovasculaire

Les 24, 25 et 26 septembre 1998 s'est tenu à Toulouse le 3^e Congrès d'Epidémiologie et prévention des maladies cardiovasculaires de la Fédération française de Cardiologie. A la même date étaient également organisées à Toulouse les Premières Rencontres Nationales des réseaux de praticiens et d'Hospitaliers sur le tabagisme (Tabac & Liberté et Réseau Hôpital Sans Tabac). Ce fut l'occasion privilégiée de rassembler tabacologues et cardiologues dans une importante session commune consacrée au tabagisme.

Le tabac pourtant reconnu de longue date comme facteur de risque cardiovasculaire majeur, responsable d'accidents coronaires précoces et graves, était resté jusqu'à récemment relativement négligé par les cardiologues. Depuis quelques années de nombreux travaux fondamentaux concernant les effets physiopathologiques du tabac, ainsi qu'un certain nombre d'études épidémiologiques ont fait très sensiblement évoluer l'intérêt porté à ce facteur de risque. Les

revues scientifiques cardiologiques commencent à en faire largement écho. En 1997 la Fédération Française de Cardiologie en avait fait son thème de campagne, axée sur la prévention du tabagisme des jeunes. Ce thème se devait d'être largement abordé lors de son 3^e Congrès de Prévention.

L'intérêt porté par tous à cette session, la qualité des interventions ainsi que la richesse des échanges entre tabacologues et cardiologues en ont fait certainement le temps fort de chacune de ces réunions. Cela nous a permis d'encore mieux nous connaître pour être plus efficace dans notre lutte contre le tabagisme et dans l'aide que nous pouvons et devons apporter aux fumeurs tant en prévention primaire que secondaire.

Nous avons vécu une expérience forte et de qualité dans cette réunion commune... à refaire !

Professeur Daniel Thomas

Vice-Président de la Fédération Française de Cardiologie

Compte rendu des Premières Rencontres Nationales des Réseaux de Praticiens et d'Hospitaliers sur le Tabagisme

Sous la présidence du Professeur G. Brücker, les réseaux « Tabac & Liberté » et « Hôpital Sans Tabac » ont uni leurs efforts pour rassembler celles et ceux qui, dans leur pratique quotidienne, sont confrontés à ce fléau responsable de la mort de 60.000 personnes par an : le tabac.

Echanger les points de vue et les expériences, déterminer les stratégies et les actions, furent la tâche des participants durant les deux journées.

Une session de travail commune réunissant 500 praticiens membres de la Fédération Française de Cardiologie, présidée par le professeur J. Delaye et les Praticiens des Rencontres, confirma, s'il en était besoin, les dangers du tabagisme et fit l'objet de réflexions sur les moyens de lutte à adopter.

L'objectif à atteindre, il est vrai, n'est pas sans difficultés. Si l'on compare les investissements consentis par les pouvoirs publics dans la prévention contre les accidents de la route - qui tuent moins de 10.000 personnes par an - et ceux qui sont destinés à lutter contre le tabagisme, la distorsion est considérable et sans commune mesure. Certes, le fracas des véhicules et le sang répandu sur les routes sont plus spectaculaires que la lente agonie d'un cancéreux dans la solitude de son lit d'hôpital. Certes, la comparaison des coûts sociaux éco-

nomiques des deux fléaux, ne sont pas clairement établis, d'autant que les accidentés de la route sont en moyenne plus jeunes que les victimes du tabac. Mais aussi, et surtout, les moyens financiers mis en œuvre par les industriels du tabac sont sans limite pour la promotion de leurs produits et l'énorme chiffre d'affaires qu'ils réalisent tempèrent les ardeurs des gouvernants. Le monde entier subit leur pression sans foi, ni loi, notamment dans les pays les moins avancés et plus précisément en direction des très jeunes.

En outre, les subventions allouées par l'Europe aux producteurs de tabac sont bien supérieures à celles qui sont consacrées à la lutte contre le tabagisme. Devant cet illogisme et dans ce contexte très défavorable, les praticiens et les hospitaliers n'ont d'autre alternative que d'unir leurs efforts pour atteindre un minimum d'efficacité en France, en concertation avec leurs homologues européens, et tenter de « dissiper les fumées », celles qui cachent les agissements des uns et celles qui tuent les autres.

Aussi pendant les rencontres toulousaines, les réseaux nationaux des praticiens de « Tabac et Liberté » et les hospitaliers du « Réseau Hôpital Sans Tabac » ont démontré leur volonté et leur capacité à travailler ensemble tout en conser-



vant leur spécificité. La réussite de la session commune avec les cardiologues encourage à renouveler l'expérience et, peut-être à l'élargir à d'autres disciplines (pneumologie, médecine du travail, etc.).

Les Premières Rencontres Nationales des réseaux de praticiens et d'Hospitaliers sur le tabagisme ont adopté trois axes de réflexions répartis comme suit :

- les ateliers des réseaux,
- la session commune avec la Fédération Française de Cardiologie,
- les échanges et communications des membres des deux réseaux.

I - TRAVAIL EN ATELIER

Atelier 1 : Le Réseau Hôpital Sans Tabac

Association « Hôpital Sans Tabac »

Modérateurs: G. Brücker, Y. Lemarié, A. Borgne

1 - Législation, réglementation, prévention des incendies

- M. LEMARIE présente le rappel historique et réglementaire sur le tabagisme : avant même la Loi Evin, la Loi Veil de 1976 visait très largement l'ensemble des lieux publics et en 1988, la Circulaire Barzac incitait à créer des comités informels.

Le progrès des connaissances sur le tabagisme, son développement spectaculaire chez les femmes et les jeunes, conduisent aujourd'hui les gestionnaires d'Hôpitaux les plus avertis à s'interroger sur les conséquences d'une mise en cause judiciaire de leurs responsabilités dans une non application des textes.

- Le risque incendie dû au tabac, illustré par l'exemple de l'AP-HP, confirmé par le centre hospitalier Universitaire de Toulouse, montre bien le coût matériel et humain que le public est de moins en moins prêt à accepter venant d'un établissement de soins. Les cigarettes mal éteintes constituaient en 1997 près de 40% des causes de départ d'incendie au sein de l'AP-HP.

Au-delà, le respect de la réglementation et la prévention des incendies doivent être vus à la fois comme un impératif professionnel fort, mais aussi comme un levier vers une prise en charge plus active des fumeurs en vue de l'arrêt du tabac, dont un objectif global.

- La signalétique : l'exemple de l'Hôpital Saint-Antoine montre que la signalétique peut aussi être utilisée de façon active. Par son ton nouveau, elle préfigure le développement d'actions à long terme, renforçant lors de l'hospitalisation l'ensemble des informations mises à disposition et communiquées au grand public. C'est un moment privilégié qui est ainsi mis à profit à la fois en direction des personnes hospitalisées, mais aussi du public fréquentant les services.

2 - Prise en charge active du fumeur, aide au sevrage, réseau Ville/Hôpital

- M. VIGOUROUX, Directeur de l'Hôpital de Montargis, décrit l'action menée avec l'appui de la MNH, des médecins généralistes, de la Municipalité d'Amilly et des enseignants.

Il s'agit à la fois de faire connaître l'existence d'un centre de sevrage et d'asseoir sur sa zone de rayonnement, l'idée que l'Hôpital est en matière de tabagisme, un lieu de prévention et d'actions à long terme.

M. VIGOUROUX déplore l'appui réduit, voire inexistant, de la tutelle vis-à-vis de ce type d'action.

- L'Hôpital de DAX expose tout l'intérêt d'une démarche partant, avec la participation de toutes les équipes soi-

gnantes, de la rédaction du projet d'établissement. C'est l'ensemble de l'Hôpital qui se trouve ainsi mobilisé et non quelques bonnes volontés isolées.

- Mise en œuvre à BÉZIERS de la Charte du Réseau Hôpital Sans Tabac, pour structurer la démarche dans un cadre ensuite élargi, en partenariat avec l'IFSI.

- Le rôle de la médecine du travail est rappelé. Il se situe dans une complémentarité avec les autres intervenants institutionnels.

L'ensemble des débats de cet atelier montre que le regroupement des établissements de soins dans le Réseau Hôpital Sans Tabac permettra de :

- > fédérer les efforts et mettre en commun les acquis,
- > convaincre et entraîner les réticents,
- > présenter vis-à-vis des Pouvoirs Publics et de la Tutelle, un interlocuteur de référence,
- > formaliser la réponse des établissements de soins à la demande du public qui s'affirme de plus en plus (aspect judiciaire notamment),
- > construire le volet français du Réseau Européen Hôpital Sans Tabac et maintenir ainsi la FRANCE dans le peloton de tête au niveau communautaire.

L'atelier pourrait emprunter sa conclusion au Pr. BRÜCKER : « L'Hôpital est un lieu de santé et ne peut ni ne doit être ou demeurer un lieu de tabagisme ».

Il s'agit d'une perspective, certes, à moyen et long terme, mais qui ne semble plus aujourd'hui hors de portée.

Georges QUINQUIS

Atelier 2 : « Politique du réseau Tabac & Liberté »

Association « Tabac et Liberté »

Modérateurs B. Dautzenberg, J. Daver.

Une cinquantaine de personnes assistait le vendredi 25 septembre à l'atelier « Politique du Réseau Tabac & Liberté ».

LE RÉSEAU TABAC & LIBERTÉ ET SES 2 000 PARTICIPANTS ONT ÉTÉ PRÉSENTÉS PAR JEAN DAVER. Il met en évidence qu'un petit nombre de membres travaille en consultation de sevrage tabagique et que la majorité des membres fait un sevrage tabagique au sein de consultations ordinaires publiques ou privées.

B. DAUTZENBERG indique dans un recueil qu'il a fait des consultations de sevrage tabagique que sur 294 centres prenant plus ou moins en charge le sevrage tabagique, seuls 174 correspondent à une définition de consultation de sevrage tabagique et une cinquantaine sont des centres privés pratiquant en majorité l'acupuncture. On peut donc estimer à moins de 200, le nombre de consultations de sevrage tabagique, qui prennent en charge de l'ordre de 15 000 malades conduisant ainsi à 4 000 sevrages tabagiques. Les consultations de sevrage tabagique prennent en charge moins de 1,5% des personnes qui vont s'arrêter de fumer dans l'année. **Ceci justifie totalement les réseaux de médecins afin de démultiplier les outils mis au point dans les centres spécialisés.**

Dans cette optique, un cahier d'observation clinique est proposé et discuté. Il est retenu d'avoir un petit cahier avec une explication sur la méthode de sevrage comprenant :

- un questionnaire à remplir par le médecin (le plus court possible). Ce questionnaire a été corrigé en séance,



- un questionnaire pour le patient qui devra comporter notamment le test de Fagerström à 6 questions et le test H.A.D.

Le test simplifié en deux questions du Pr LEBEAU et du Dr DE L'HOMME doit être proposé si le test de Fagerström n'est pas rempli. Six consultations sont prévues dans le cahier avec un suivi simple. Lors de la discussion, de nombreuses propositions de correction sont faites. Il apparaît également que le CFES, comme le confirme François LETOURMY, prépare un document similaire, d'autres documents existent également. Il sera donc nécessaire de faire une synthèse des documents existants, d'aboutir à la création d'un document simple, qui sera un document signé Tabac & Liberté ou co-signé par Tabac & Liberté. Eventuellement, d'autres structures existantes aussi devront être mises à disposition des médecins généralistes et des spécialistes en dehors des consultations de sevrage tabagique.

LA POLITIQUE EUROPÉENNE EN TERME DE RÉSEAU HOPITAL SANS TABAC ET RÉSEAUX DE MÉDECINS EST PRÉSENTÉE.

Le réseau européen des travailleurs de santé ENSP a décidé de clairement séparer le réseau Europe Sans Tabac d'une part et le réseau des généralistes contre le tabac d'autre part. Le réseau Hôpital Sans Tabac participe activement à ce réseau européen dont la France a la maîtrise d'œuvre pour l'année 1998 et a proposé un projet pour l'an prochain avec 10 pays européens.

Le réseau Tabac & Liberté est en négociation avec les danois en charge du programme européen des médecins généralistes afin de pouvoir monter un réseau dans les mois qui viennent. A noter qu'au niveau européen, il existe également des réseaux très actifs d'infirmières contre le tabac, alors qu'en France, les paramédicaux sont modérément impliqués dans la lutte contre le tabac, si ce n'est peut être les sages femmes.

Professeur Bertrand DAUTZENBERG

Atelier 3 : La formation des médecins généralistes à l'aide au sevrage tabagique

Modérateurs E. André, G. Demigneux, F. Letourmy.

Les préalables sont nombreux : une formation médicale initiale (FMI) disparate dans son organisation et son contenu, une formation médicale continue (FMC), non définie, une absence de reconnaissance statutaire de l'acte.

PROPOSITION POUR LA FORMATION MÉDICALE INITIALE

- 1 - Réaliser un bilan de la FMI en Tabacologie puis définir les modalités d'organisation de la Tabacologie dans le programme universitaire,
- 2 - Définir un contenu en s'appuyant sur la Conférence de Consensus, en associant le tabagisme à la pollution, aux autres addictions, à l'exercice du travail, en réalisant une formation en sciences humaines et relations d'aide,
- 3 - Imaginer une formation introductive sur les concepts de santé, d'équilibre de vie, prenant en compte les concepts de prévention et facteurs de risques,

- 4 - Apprendre la relation avec les autres professions de santé : **complémentarité, réseau.**

PROPOSITION POUR LA FORMATION MÉDICALE CONTINUE

- 1 - Maintenir le thème Tabac dans les priorités FMC, associé ou non aux autres dépendances,
- 2 - Cibler les FMC, compte tenu de l'étendue du sujet,
- 3 - Développer les diplômes inter-universitaires, fort appréciés,
- 4 - Associer officiellement la Tabacologie à la capacité Alcoologie et Toxicomanie.

MOTIVER LES PROFESSIONS DE SANTÉ

- 1 - Rappeler que l'aide à l'arrêt du tabac est un **acte médical**,
- 2 - Confirmer que la consultation est un acte remboursé (homogénéisation des attitudes des Caisses Primaires d'Assurance Maladie),
- 3 - Appliquer à la prise en charge des fumeurs les modalités de fonctionnement des réseaux Ville-Hôpital,
- 4 - Améliorer l'**articulation** des campagnes nationales avec une bonne information des médecins,
- 5 - Renforcer la possibilité, pour les **médecins du travail**, d'être des acteurs de la prévention et de l'aide au sevrage tabagique.

Docteur Etienne ANDRE

II - SESSION COMMUNE AVEC LA FEDERATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

Deux temps forts se sont dégagés de cette session :

Le professeur G. Dubois stigmatise, preuves à l'appui le caractère agressif et dénué de scrupules des cigarettiers dans leur volonté d'incitation à la consommation. En effet depuis trente ans et suite à des études classées « top secret », ces industriels connaissent la dangerosité du tabac. malgré cela, pour renforcer le caractère addictif et l'envie de fumer, ils ont doublé la teneur en nicotine. Plus grave encore, leurs actions s'orientent délibérément en direction des jeunes dès l'âge de 12 ans.

Pour contrecarrer ces agressions, le professeur A. Hirsch rappelle les divers moyens les plus efficaces dont disposent les populations menacées.

Ensuite les autres communications ont permis de faire un tour d'horizon sur:

- la possibilité d'une thérapeutique complémentaire au niveau du sevrage et l'étude comportementale du fumeur,
- la préconisation de produits de substitution, après évaluation du niveau de dépendance nicotinique,
- le danger du tabagisme passif,
- les mesures indispensables à prendre quant à l'augmentation constante du tabagisme chez la femme,
- les études particulières des risques encourus par les patients atteints de maladies cardiovasculaires,
- évaluer le rôle du médecin généraliste dans la pratique du sevrage au quotidien.



III - ECHANGES ET COMMUNICATIONS DES MEMBRES DES DEUX RESEAUX

Ces échanges ont permis la mise en commun des expériences vécues, des actions menées et des projets de chacun.

C'est ainsi que des études épidémiologiques ont fait l'objet d'un rapport sur :

- la relation cancer-tabac en Ile-de-France,
- les jeunes et le tabac: enquête de l'OMS menée en Midi-Pyrénées,
- le bilan de la démarche qualité au sein des établissements publics.

Dans le même temps des posters destinés à illustrer les mémoires des candidats au D.I.U. de tabacologie de l'Aquitaine, Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon ont été présentés pendant que se déroulaient les épreuves de l'oral.

Les « Secondes Rencontres Nationales des Réseaux de Praticiens et d'Hospitaliers sur le Tabagisme » sont prévues dans deux ans et de nouveau une session commune avec la Fédération Française de Cardiologie est envisagée.

Le succès des premières Rencontres est une récompense pour le travail effectué depuis la création de nos associations.

MOT DU PRÉSIDENT

Les Premières Rencontres Nationales des réseaux de praticiens et d'hospitaliers sur le tabagisme ont représenté un moment important de la vie de notre association. Nous avons montré par le nombre de participants et la qualité des travaux, notamment des ateliers, que le réseau est maintenant fonctionnel et dynamique. A la suite de cette réunion nous pouvons affirmer que le réseau Tabac & Liberté a atteint une taille respectable. Maintenant notre association est assez forte pour jouer pleinement son rôle dans la lutte contre le tabagisme en France et en Europe. Ce rôle doit au premier chef porter sur le sevrage qui est devenu notre priorité sans pour autant délaissier les actions de prévention.

Les membres de l'association doivent aujourd'hui faire un effort pour aider leurs patients à s'arrêter de fumer. Il faudra savoir les motiver, les prendre en charge et les accompagner afin de faire en sorte que ces sevrages soient un succès. Si chaque membre de l'association entreprend et réussit 5 sevrage par mois, c'est à la fin de l'année 120.000 fumeurs que nous aurons aidé à ne plus fumer. Nous pouvons vraiment aujourd'hui peser d'un poids considérable dans la lutte contre le tabagisme. Il faut que chacun d'entre nous en prenne conscience et relève le défi. Faute de temps de préparation j'ai assuré les retombées de la campagne anti-tabac de la Sécurité Sociale et du CFES à la télévision. Pratiquement tous les appels reçus font état d'échecs répétés dans leurs tentatives de sevrage, mais on remarque que leur thérapeute leur a fait des recommandations accompagnées ou non de prescriptions diverses mais sans jamais les prendre en charge, ni assurer de suivi. Nous devons donc plus nous investir dans les actions de sevrage si nous voulons réussir. Je sais que cela demande du temps en consultation, mais nous espérons que la promesse faite à Toulouse par le secrétaire d'Etat à la Santé, Bernard Kouchner, d'un remboursement des actes de prévention dans un proche avenir sera rapidement tenue.

Dès que l'association a été opérationnelle un effort particulier a été fait pour développer des formations au sevrage tabagique des membres de l'association (plus de 300 confrères ont déjà bénéficié de cette formation). Aujourd'hui pour répondre au développement de notre réseau et pouvoir multiplier ces actions de formation nous avons organisé avec l'aide des laboratoires Pierre Fabre Santé des formations de formateurs pour que les confrères ayant participé à cette formation puissent à leur tour assurer la formation au sevrage tabagique de leurs confrères de l'association. Ces formations de proximité doivent se développer tout au long de l'année 1999 pour nous permettre d'espérer atteindre en l'an 2000 nos objectifs de 120.000 sevrages par an.

L'association a élaboré un modèle de fiche d'observation clinique de sevrage tabagique qui a été présenté et amendé aux Premières Rencontres Nationales des réseaux de praticiens et d'hospitaliers sur le tabagisme de Toulouse et ont été revues en fonctions des données de la conférence de Consensus de Paris. Ces fiches d'observation seront distribuées aux membres de l'association au début de l'année prochaine grâce aux Laboratoires Pierre Fabre Santé que nous remercions. Nous devons tous ensuite les utiliser afin que nos efforts en terme de sevrage tabagique puisse être évalués et notre efficacité mesurée.

Les Premières Rencontres Nationales des réseaux de praticiens et d'hospitaliers sur le tabagisme organisées par Tabac & Liberté et le Réseau Hôpital Sans Tabac à Toulouse et présidées par le Pr G. Brücker ont fait la preuve de l'efficacité de notre collaboration, puisque nous avons le même but et le même type de fonctionnement. Travailler ensemble nous a permis d'amplifier nos actions et de montrer que l'organisation et le fonctionnement en réseau est particulièrement adapté à la lutte contre les méfaits du tabagisme. Devant le succès de cette manifestation organisée en commun, les participants ont clairement exprimé leur souhait de voir ces rencontres se tenir périodiquement avec une périodicité de deux ans. Ils ont en effet trouvé qu'elles étaient l'occasion de riches échanges d'expérience entre les praticiens. Nous devons déjà en pratique quotidienne multiplier les échanges et les actions communes entre nos deux réseaux pour amplifier les résultats de nos actions.

L'association Tabac & Liberté développe aussi des collaborations très fructueuses avec d'autres organisations agissant dans le domaine du tabac comme la Fédération Française de Cardiologie (Pdt Pr J. Delaye), Paris Sans Tabac (Pr B. Dautzenberg) etc. et des institutions comme le CFES et l'Alliance pour la Santé. Nous pensons que la multiplication des collaborations permet de développer et d'amplifier un très fort courant d'opinion en faveur de la lutte contre le tabagisme.

Enfin Tabac & Liberté, comme Hôpital sans tabac, développe des projets au niveau européen que nous espérons pouvoir mener à leur terme avec l'aide de tous les membres de l'association.

Après les Rencontres de Toulouse, la Conférence de Consensus à Paris a été l'occasion d'une évaluation des moyens de lutte contre les méfaits du tabac et les recommandations qui ont faites sont publiées dans cette lettre afin que chaque membre de l'association puisse réaliser que notre action se situe dans le droit fil des réflexions nationales et internationales. (cf. en particulier le 2^e paragraphe des questions 3 et 4).

Pour terminer sur une note optimiste, j'ai l'honneur et le plaisir de vous annoncer la naissance de l'Office Français du Tabagisme, présidé par notre ami, le Pr Gilles Brücker. Cet Office créé avec l'accord de l'Alliance Française pour la Santé - Coalition contre le Tabagisme sera amené à jouer un rôle prépondérant dans la lutte contre le tabagisme.

Chers collègues, je souhaite que chacun d'entre vous soit convaincu que les actions de sevrage qu'il entreprend sont très importantes. Je vous rappelle que le réseau vit de l'action de chacun. Nous comptons sur vous pour développer des actions de sevrage et convaincre de nombreux confrères de rejoindre notre association.

Dr Jean Daver Président



Conférence de consensus

Arrêt de la consommation du tabac

8 et 9 octobre 1998

Hôpital Pitié-Salpêtrière - Amphithéâtre Charcot

TEXTE COURT

PARTENAIRES :

Secrétariat d'état à la santé
Ministère de l'éducation nationale, de la recherche
et de la technologie
Comité français d'éducation pour la santé
Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
Ordre national des médecins
Ordre national des pharmaciens
Ordre national des chirurgiens dentistes
Association française de thérapie comportementale et cognitive
Association française d'urologie
Collège français de pathologie vasculaire
Collège national des gynécologues et obstétriciens français
Comité national contre les maladies respiratoires et la tuberculose
Confédération nationale des syndicats dentaires
Fédération française de cardiologie
Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer
Groupement des sociétés scientifiques odonto-stomatologiques
Société de pneumologie de langue française
Société française d'ORL et de pathologie cervico-faciale
Société française de cardiologie
Société française de gynécologie obstétrique
Société française d'hypertension artérielle
Société française de médecine générale
Société française de microcirculation
Société française de pédiatrie
Société française de santé publique
Société française du cancer
Alliance française pour la santé-coalition contre le tabagisme
Association pour la recherche sur le cancer
Comité national contre le tabagisme
Ligue nationale contre le cancer
Association tabac et liberté
Réseau hôpital sans tabac

AVEC L'AIDE DE :

Direction générale de la santé
Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
Association pour la recherche sur le cancer
Ligue nationale contre le cancer
Bayer Pharma
Laboratoires Hoechst-Houdé
Produits Roche

COMITÉ D'ORGANISATION

M. TUBIANA, Président d'honneur : Cancérologue,
Alliance Française pour la Santé
Coalition contre le tabagisme, Paris

D. THOMAS, Président du comité : Cardiologue,
Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris

E. ANDRÉ : Médecin de Santé Publique, Grenoble
F. BAUDIER : Médecin de la Caisse Nationale de l'Assurance
Maladie des Travailleurs Salariés, Paris
F. BEAUFILS : Pédiatre, Hôpital Robert Debré, Paris
F. BONNAUD : Pneumologue, Comité National
contre les Maladies Respiratoires et la Tuberculose, Paris
A. BORGNE : Tabacologue, Réseau Hôpital sans tabac, Paris
JP. BROUSTET : Cardiologue, Groupe Hospitalier Sud, Pessac
G. BRÜCKER : Médecin de Santé Publique, A.P.-H.P., Paris
F. CARPENTIER : Méthodologie, ANAES, Paris
P. DOSQUET : Méthodologie, ANAES, Paris
A. DUROCHER : Méthodologie, ANAES, Paris
G. ERRIEU : Médecin Généraliste, Paris
A. HIRSCH : Pneumologue, Hôpital Saint-Louis, Paris
F. LAVERGNE : Pneumologue, Hôpital Saint-Louis, Paris
B. LEBEAU : Pneumologue, Hôpital Saint-Antoine, Paris
M. LEGRAIN : Président du jury, Néphrologue, Paris
C. MATHIOT : Cancérologue, Institut Curie, Paris
HJ. PHILIPPE : Gynécologue-obstétricien CHI Poissy -
Saint-Germain-en-Laye, Poissy
E. RUSCH : Médecin de santé Publique,
Hôpital Fernand Widal, Paris
AM. SCHOELCHER : Coordinatrice Prévention,
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

JURY

M. LEGRAIN : Président, Néphrologue, Paris

M. COLETTI : Médecin Généraliste, Viroflay
J. CHWALLOW : Psychosociologue, Inserm U341, Villejuif
S. DALLY : Toxicologue, Hôpital Fernand Vidal, Paris
M. DETILLEUX : Médecin Interniste, Hôpital Cochin, Paris
F. DIEVART : Cardiologue, Clinique Villette, Dunkerque
I. GREMY : Médecin de Santé Publique, ORS, Paris
G. KANTOR : Cancérologue, Institut Bergonié, Bordeaux
R. KNOCKAERT : Médecin Généraliste, Paris
JJ. LARZUL : Pneumologue, CH de Cornouaille, Quimper
M. VIGY : Journaliste, Le Figaro, Paris
D. ZMIROU : Médecin de Santé Publique,
Faculté de Médecine, Grenoble



EXPERTS

- K. ABDENNBI : Cardiologue, Centre Cardiologique du Nord, Saint-Denis
- C. ANDRÉ : Psychiatre, CH Saint-Anne, Paris
- HJ. AUBIN : Psychiatre, CH Émile Roux, Limeil Brevannes
- M. BASTIDE : Immunologiste, Faculté de Pharmacie, Montpellier
- J. BECCHIO : Médecin Généraliste, Hôpital Paul Brousse, Villejuif
- Ph. CASTERA : Médecin Généraliste, Bordeaux
- AM. CLAUZEL : Tabacologue, Pneumologue CHU, Montpellier
- JC. COLAU : Gynécologue-Obstétricien, CMC Foch, Suresnes
- G. DEMIGNEUX : Médecin Généraliste, Blois
- C. GILLET : Alcoologue, Hôpital Villemin, Nancy
- D. GRIZEAU : Démographe, Comité Français d'Éducation pour la Santé, Vanves
- C. HILL : Epidémiologiste, Institut Gustave Roussy, Villejuif
- S. KARSENTY : Sociologue, CNRS, Maison des Sciences de l'Homme Ange Guepin, Nantes
- G. LAGRUE : Tabacologue, Hôpital Henri Mondor, Créteil
- JM. LEDER : Pharmacien, Paris
- J. LE HOUEZEC : Consultant en Neuro Sciences et Psycho pharmacologie, Paris
- G. PEIFFER : Pneumologue, CHR Bon Secours, Metz
- O. POMERLEAU : Psychologue, Université de Michigan, États-Unis
- J. PRIGNOT : Pneumologue, Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Éducation de la santé, Bruxelles
- P. RAVAUD : Médecin de Santé Publique, Hôpital Cochin, Paris
- H. SANCHO-GARNIER : Médecin de Santé Publique, CHU Montpellier, Nîmes
- S. SARETTO : Pneumologue, Archée, Aix en Provence
- K. SLAMA : Psycho-Sociologue, Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires, Paris
- J. TICHET : Médecin de Santé Publique, Institut Régional pour la Santé, Tours
- J. TREDANIEL : Pneumologue, Hôpital Saint-Louis, Paris
- A. WALTER : Médecin Généraliste, Beaumont

GROUPE BIBLIOGRAPHIQUE

- B. DAUTZENBERG : Coordonnateur, Pneumologue, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris
- ARWIDSON : Démographe, Comité Français d'Éducation pour la Santé, Vanves
- K. BISSELL : Chargé de projet et communication, Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires et The International non Governmental Coalition against Tobacco, Paris
- P. MELIHAN-CHEININ : Chargé de mission, Comité National Contre le Tabagisme, Paris
- A. VELTER : Démographe, Comité Français d'Éducation pour la Santé, Vanves.

AVANT PROPOS

Cette conférence a été organisée et s'est déroulée conformément aux règles méthodologiques préconisées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES).

Les conclusions et recommandations présentées dans ce document ont été rédigées par le jury de la conférence, en toute indépendance. Leur teneur n'engage en aucune manière la responsabilité de l'ANAES.

INTRODUCTION

En 1998, il n'y a plus d'incertitude sur les méfaits de la consommation de tabac et les bénéfices de son arrêt. La diminution de la consommation de tabac est de loin le plus important de tous les facteurs susceptibles d'agir favorablement sur la morbidité et la mortalité prématurée.

En France, environ un tiers de la population adulte fume régulièrement et le pourcentage atteint 50 % chez les jeunes adultes entre 18 et 24 ans. Le tabac est en cause dans la survenue d'un tiers des cancers, toutes localisations confondues et son poids est considérable dans la morbidité pulmonaire, cardiaque, vasculaire. La consommation du tabac est dans notre pays un problème de santé publique prioritaire.

Face à ces réalités, notre société se comporte de façon paradoxale. Pour l'immense majorité des individus fumeurs, l'agrément immédiat procuré par l'effet psychotrope du tabac tend à l'emporter sur les préoccupations relatives aux risques à long terme pour la santé. Cette attitude ne peut être que renforcée par les difficultés éprouvées lors des tentatives de sevrage, ces difficultés résultant notamment du potentiel addictif de la nicotine.

Les mesures individuelles et collectives de lutte contre la consommation de tabac sont restées jusqu'ici d'efficacité limitée. La « Conférence de consensus sur l'aide à l'arrêt de la consommation du tabac » réunie à Paris les 8 et 9 octobre 1998 s'est fixée des objectifs pragmatiques. Les recommandations élaborées visent donc à informer tous les acteurs du corps de santé sur les thérapies médicamenteuses et non-médicamenteuses, leurs avantages, leurs limites, les difficultés de leur mise en œuvre, les voies d'une meilleure organisation professionnelle; elles veulent aussi atteindre à travers les professionnels de santé l'opinion publique elle-même, en contribuant à lutter contre le découragement et la désillusion de beaucoup de fumeurs; elles s'adressent enfin aux autorités de santé publique dont il est attendu la mise en place d'une politique nationale favorisant l'arrêt de la consommation du tabac.



QUESTION 1 : Données concernant la consommation du tabac, les risques qui lui sont imputables et les conséquences attendues d'un arrêt de la consommation

LA CONSOMMATION

La production industrielle des cigarettes explose au sortir de la Seconde Guerre mondiale, pour représenter aujourd'hui de l'ordre de 95 % de la quantité totale de tabac consommée. Le pic de vente de tabac en France a été atteint en 1991.

De 1991 à 1997, rapportée aux personnes de plus de 15 ans, la vente de tabac a baissé de 11 %. Sur la période la plus récente, cependant, on observe un palier dans cette chute de la consommation, voire une légère reprise (+ 1 % sur un an).

Les femmes voient leur consommation rejoindre progressivement celle des hommes et chez les très jeunes femmes la consommation excède dorénavant celle des hommes.

La proportion de fumeurs dans la population française s'est globalement stabilisée au voisinage de 34 % (42 % chez les hommes, dont la consommation diminue légèrement, et 31 % chez les femmes, chiffre en forte et constante augmentation).

Trois phénomènes sont à souligner :

- une proportion toujours très élevée, quoique légèrement décroissante, de jeunes fumeurs, avec une montée vertigineuse à partir de 15 ans. L'âge moyen de l'initiation se situe à 14 ans.
- une augmentation de la proportion des femmes enceintes continuant à fumer lors de leur grossesse (15% en 1981, passée à 25 % en 1995).
- un profil de consommation des médecins voisin de celui de la population générale.

Recommandations

1. Le meilleur moyen d'obtenir une baisse de la proportion de fumeurs dans la population étant d'éviter que les personnes commencent à fumer, un accent particulier doit être mis sur les diverses mesures (éducatives, fiscales, réglementaires,...) permettant de réduire le nombre de jeunes s'engageant dans la consommation de tabac.
2. Il importe de renforcer considérablement notre capacité à décrire les profils de consommation de tabac dans la population, en engageant des études épidémiologiques et sociologiques spécifiques.

L'IMPACT SUR LA SANTÉ

Il est considérable. Le tabac est en France la cause de 60.000 décès prématurés par an, soit un décès sur neuf. Un fumeur régulier sur deux ayant commencé à fumer à l'adolescence mourra victime du tabac. Parmi ces fumeurs 50 % décéderont avant 69 ans.

Du fait de l'ancienneté de sa consommation, les effets du tabac sont aujourd'hui beaucoup plus importants dans la population masculine, avec une estimation de 56 000 décès alors que dans la population féminine, ils causent aujourd'hui un peu plus de 3 000 décès. C'est dans la tranche d'âge de 45 à 64 ans que le poids de la mortalité due au tabac est le plus important puisque près de 30% des décès masculins (et 4% des décès féminins) lui sont attribuables.

Les effets du tabac sur la morbidité en terme non seulement d'années de vie perdues mais aussi d'incapacité, de souffrance, de dépendance et de qualité de vie sont considérables. Chez la femme enceinte, la consommation de tabac a un retentissement très important sur le fœtus, le nouveau-né, le nourrisson et l'enfant.

L'impact du tabac sur la santé se juge à moyen et à long terme.

Etant donné l'évolution de la consommation de tabac au cours des décennies précédentes, notamment chez les femmes, l'épidémie des maladies liées au tabac est à venir : des projections à 2025 prévoient 165 000 décès prématurés annuels directement imputables au tabac avec une multiplication par deux des décès masculins et par dix des décès féminins par rapport à la situation actuelle.

L'impact du tabac dépend surtout de l'ancienneté de la consommation journalière.

Ainsi, pour le risque de cancer bronchique, qui a été le plus étudié, doubler la quantité journalière de tabac multiplie le risque par deux tandis que doubler la durée de consommation multiplie le risque par vingt. Au regard de cette constatation c'est l'arrêt et l'abstinence durable qui doivent être recherchés.

LES BÉNÉFICES DE L'ARRÊT DU TABAC

L'arrêt du tabac réduit la mortalité et la morbidité de l'ensemble des maladies liées au tabac, notamment les maladies cardio-vasculaires et le cancer du poumon.

Plus l'âge est jeune à l'arrêt de la consommation du tabac, plus la réduction des risques liés au tabac est importante. Toutefois, il n'est jamais trop tard pour arrêter.

Un arrêt avant l'âge de 44 ans permet de faire progressivement décroître le risque de décès prématuré au niveau de la mortalité des non fumeurs tant pour les décès de causes cardio-vasculaires que pour ceux liés au cancer du poumon.

Si l'arrêt de la consommation du tabac est bénéfique pour l'individu lui même, il l'est aussi, sans aucun doute possible, pour son entourage. Les études sur le tabagisme passif (c'est-à-dire l'inhalation involontaire par un sujet non fumeur de la fumée dégagée dans son voisinage par un ou plusieurs sujets fumeurs) montrent que :

- l'enfant exposé au tabagisme passif a une augmentation de près de 60 % du risque d'infection des voies aériennes supérieures et inférieures.
- le risque estimé de cancers du poumon est augmenté d'un quart environ et est d'autant plus grand que l'exposition au tabagisme passif a été plus longue.
- le risque d'accident ischémique est augmenté de 30% chez les non-fumeurs vivant chez les fumeurs.

Recommandation

L'arrêt de la consommation tabagique doit intervenir le plus tôt possible. C'est l'arrêt et l'abstinence durable qui doivent être recherchés. Cependant, quel que soit l'âge, encourager et inciter à l'arrêt permet d'obtenir des bénéfices mesurables pour la santé.

OPINIONS ET PRATIQUES ACTUELLES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ VIS-A-VIS DE L'ARRÊT DU TABAC

Le médecin et les patients fumeurs : des occasions manquées. Un tiers de la population fume et un fumeur sur trois a tenté d'arrêter au cours de l'année précédente, seul, le plus souvent. Si les médecins désirent jouer un rôle dans l'arrêt du tabac de leurs patients, en réalité moins d'un médecin sur deux déclare avoir vu un patient dans le cadre d'un tel soutien au cours de la semaine écoulée.



Pourquoi ces écarts entre les intentions et les faits ?

Les raisons invoquées sont : le manque de temps, la résistance du patient à aborder son tabagisme, le manque de formation sur les modalités de prise en charge et la revendication d'une rémunération spécifique pour les actes de prévention. De plus, les médecins manifestent un réel scepticisme sur l'efficacité de leur action sur le tabagisme de leurs patients.

Les médecins fumeurs : exemplarité et crédibilité du professionnel. Plus d'un tiers des médecins sont fumeurs. Leur compétence pour soigner leurs malades ne peut être mise en doute, mais leur crédit en est sérieusement affecté, face à leurs patients fumeurs. Plus encore que leurs confrères non fumeurs, ils hésitent à s'enquérir des habitudes tabagiques de leur consultants.

Les autres professionnels de la santé. La réussite d'un programme visant à l'arrêt de la consommation du tabac appelle la participation d'un grand nombre d'acteurs. L'intégration de différents acteurs tels que les dentistes, les infirmières libérales et hospitalières, les pharmaciens, etc., ont montré dans certains pays une réelle efficacité dans la sensibilisation de leurs patients fumeurs.

Recommandation

L'objectif fixé en 1994 par le Haut Comité de la Santé Publique, concernant le tabagisme des professionnels de santé, reste pleinement justifié ; mais sa mise en œuvre a connu un retard considérable. Il faut organiser des actions spécifiques nationales pour réduire à moins de 10 % la proportion de professionnels de santé fumeurs. Ils y gagneront en efficacité, notamment par la force de leur exemplarité.

QUESTION 2 : comment prendre en compte les caractéristiques individuelles du fumeur pour réussir l'arrêt de la consommation du tabac ?

LA DÉPENDANCE AU TABAC

Le tabagisme peut être défini comme un comportement renforcé par une dépendance pharmacologique dont la nicotine est responsable. Si l'entrée dans le tabagisme est la conséquence de pressions sociologiques et culturelles, sa persistance est favorisée par le développement d'une double dépendance :

- pharmacologique : la dépendance au tabac est authentifiée par l'apparition d'une tolérance et des symptômes de sevrage;
- non pharmacologique : le fumeur continue de fumer malgré le risque reconnu de sa pratique et une pression sociale et environnementale négative.

Ces deux dépendances peuvent ou non coexister chez un même sujet, voire être absentes chez certains.

Critères de dépendance au tabac

Deux types de méthodes sont proposés pour évaluer la dépendance à la nicotine : des questionnaires spécifiques et des marqueurs biologiques.

Le questionnaire de dépendance de Fagerström repose sur des questions simples permettant d'établir un score en relation avec l'intensité de la dépendance :

- score < 4 : dépendance faible
- score entre 4 et 7 : dépendance moyenne
- score > 7 : dépendance forte

Ce test est l'outil le plus utilisé pour mesurer l'intensité de la dépendance à la nicotine.

Questionnaire de dépendance de Fagerström

Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> moins de 5 minutes | 3 |
| <input type="checkbox"/> 6 à 30 minutes | 2 |
| <input type="checkbox"/> 31 à 60 minutes | 1 |
| <input type="checkbox"/> après 60 minutes | 0 |

Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?

- | | |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> oui | 1 |
| <input type="checkbox"/> non | 0 |

Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> la première | 1 |
| <input type="checkbox"/> une autre | 0 |

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 10 ou moins | 0 |
| <input type="checkbox"/> 11 à 20 | 1 |
| <input type="checkbox"/> 21 à 30 | 2 |
| <input type="checkbox"/> 31 ou plus | 3 |

Fumez-vous de façon plus rapprochée dans la première heure après le réveil que pendant le reste de la journée ?

- | | |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> oui | 1 |
| <input type="checkbox"/> non | 0 |

Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?

- | | |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> oui | 1 |
| <input type="checkbox"/> non | 0 |

Score total

Interprétation	pas de dépendance	0-2
	dépendance faible	3-4
	dépendance moyenne	5-6
	dépendance forte	7-8
	dépendance très forte	9-10

• Le DSM-IV

Le DSM-IV récent comporte une grille spécifique pour apprécier l'existence d'une dépendance au tabac dont les items 1 et 2 indiquent la dépendance physique.

Critères de dépendance à la nicotine selon le DSM-IV

- 1) tolérance : manifestée par le besoin d'accroître les doses consommées pour obtenir une intoxication ou un effet désiré ou une diminution des effets à dose consommée constante
- 2) symptômes de sevrage à la suite d'une période d'abstinence
- 3) fumer plus ou plus longtemps que prévu
- 4) un désir persistant de fumer et des efforts infructueux de diminution ou de contrôle de la consommation
- 5) beaucoup de temps passé à fumer ou à se procurer du tabac
- 6) abandonner ou réduire ses activités sociales, professionnelles ou de loisir à cause du tabac
- 7) continuer à fumer malgré la connaissance des risques pour la santé



• Les marqueurs biologiques

CO expiré, cotinine urinaire et plasmatique, sont intéressants pour quantifier le tabagisme dans diverses circonstances mais sont faiblement corrélés à la dépendance et restent d'accès limité.

Recommandations

L'évaluation de l'état de dépendance au tabac et de ses types contribue à distinguer les stratégies à mettre en place pour obtenir un sevrage fiable et durable :

- L'existence d'une dépendance pharmacologique à la nicotine reconnaît un moyen d'évaluation clinique simple : le questionnaire de dépendance de Fagerström qui permet d'orienter les moyens à mettre en œuvre pour le sevrage;
- Le recours aux marqueurs biologiques n'est pas indispensable dans l'appréciation de la dépendance dans les conditions cliniques habituelles.

L'EXISTENCE D'UNE MALADIE LIÉE AU TABAC INFLUENCE-T-ELLE LES MODALITÉS DE L'AIDE À L'ARRÊT DE LA CONSOMMATION DE TABAC ?

Le diagnostic d'une maladie liée à la consommation de tabac ou la survenue d'une complication aiguë sont des occasions privilégiées de motivation pour l'arrêt du tabac. Le maintien prolongé de la motivation est aussi nécessaire à moyen et long terme. Il est constaté des différences dans le taux d'arrêt du tabagisme en fonction de la maladie liée au tabac.

Le bénéfice de l'arrêt du tabac concernant l'amélioration des fonctions et la diminution des risques cardio-respiratoires est rapide. La dépendance au tabac pourrait expliquer que, malgré la connaissance de cette information, qui n'est toutefois pas toujours apportée, les fumeurs ont une grande difficulté au sevrage. Une substitution nicotinique précoce et adaptée est une aide importante au sevrage.

UN ÉTAT ANXIO-DÉPRESSIF, LA CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL, LA CRAINTE D'UNE PRISE DE POIDS INFLUENCENT-ELLES LES MODALITÉS D'ARRÊT D'AIDE À LA CONSOMMATION DE TABAC ?

Ces situations doivent être prises en compte pour réussir l'arrêt du tabac.

Troubles anxio-dépressifs. Plusieurs études ont montré l'existence d'une association entre anxiété et consommation de tabac. Le lien semble net avec l'agoraphobie, la phobie simple et le trouble panique, moins prononcé avec la phobie sociale et l'anxiété généralisée. La proportion de fumeurs est élevée chez les sujets atteints de dépression caractérisée et ceux-ci ont moins de chance d'arrêter de fumer.

La survenue d'un trouble dépressif chez les fumeurs qui cessent de fumer est essentiellement à craindre chez ceux qui ont des antécédents dépressifs.

La recherche d'antécédents dépressifs ou de troubles anxieux doit être systématique avant toute tentative de sevrage afin d'anticiper un risque de réapparition des troubles et le recours aux produits psychotropes, anxiolytiques et/ou antidépresseurs, lors de l'arrêt du tabac, doit être discuté cas par cas.

Dépendance à l'alcool éthylique. Les données de la littérature concernent essentiellement les sujets alcoolo-dépendants. Il existe une corrélation positive entre la consommation d'alcool et de tabac.

Chez les patients alcoolo-dépendants, la prévalence du tabagisme dépasse 80% et chez eux le degré de dépendance est particulièrement élevé avec des difficultés d'arrêt importantes.

Prise de poids. La crainte d'une prise de poids constitue un frein au sevrage tabagique, souvent sous-estimé, en particulier chez la femme. L'arrêt du tabac est fréquemment suivi d'une prise de poids qui, chez la majorité d'entre elles, reste cependant inférieure à 6 kg.

Un encouragement psychologique, sans rigueur excessive, visant à valoriser l'image corporelle par l'arrêt du tabac, est important. De même la pratique du sport mérite d'être encouragée.

Des substituts nicotiniques sont un moyen utile pour freiner la prise de poids.

UNE SITUATION SOCIALE PARTICULIÈRE (PRÉCARITÉ, CATÉGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE, NIVEAU D'ÉDUCATION) INFLUENCE-T-ELLE LES MODALITÉS D'ARRÊT DE LA CONSOMMATION DE TABAC ?

Un certain nombre de déterminants socio-économiques influencent la consommation de tabac. Le risque cardiovasculaire imputable au tabagisme est plus élevé dans les catégories les plus défavorisées, mais uniquement chez les hommes. À l'inverse, chez les femmes, la prévalence du tabagisme est plus élevée dans les catégories les plus favorisées. En revanche, le fait de tenter d'arrêter ne serait pas lié à un caractère socio-démographique.

Recommandations

Il ne semble pas judicieux de mettre en place des programmes spécifiques de sevrage à l'intention des sujets en situation de précarité, démarche qui aboutirait à renforcer leur situation d'exclusion sociale ; en contrepartie, l'accessibilité au dispositif de soins devrait leur être facilitée, ainsi que l'accès au remboursement des substituts nicotiniques.

L'ADOLESCENCE INFLUENCE-T-ELLE LES MODALITÉS D'ARRÊT DE LA CONSOMMATION DU TABAC ?

Un certain nombre de différences existe, dans l'attitude des adolescents à l'égard du tabac par rapport à celle des adultes :

- l'identification à des modèles est très importante. Ainsi, le comportement à l'égard du tabac des proches : famille, camarades, enseignants détermine-t-il celui des adolescents, le tabac pouvant être perçu comme un rite de passage à l'âge adulte.
- le désir de faire des économies est le motif d'arrêt le plus fréquemment cité.
- le recours au dispositif de soins est rarement envisagé par l'adolescent.

Il apparaît, que l'offre de soins actuelle est spécifiquement orientée vers les adultes et qu'elle s'avère peu adaptée au cas des adolescents. Aussi conviendrait-il de développer des programmes d'intervention à leur intention.



LA GROSSESSE INFLUENCE-T-ELLE LES MODALITÉS DE L'AIDE À L'ARRÊT DE LA CONSOMMATION DE TABAC ?

D'après les enquêtes françaises, 25% des femmes enceintes fument, 40% d'entre elles vont arrêter de fumer en début de grossesse et 5% au 2^e ou 3^e trimestre. Un grand nombre de femmes ont de grandes difficultés pour arrêter pendant leur grossesse et pour rester non fumeuses après l'accouchement. Pour ces femmes des interventions d'aide à l'arrêt du tabac, avant, pendant et après l'accouchement augmentent le taux de sevrage qui reste modeste (6 à 20%). Une intervention individualisée, personnalisée, centrée sur le tabagisme, accompagnée d'explications, d'informations et éventuellement d'une mesure du CO expiré est plus efficace qu'une information minimale (individuelle ou collective) sans suivi.

Le désir de conception et les suites de grossesse sont aussi des circonstances pouvant motiver et devant conduire à des actions d'aide à l'arrêt du tabac.

Recommandations

Les services de gynécologie-obstétrique constituent des structures privilégiées pour susciter une aide à l'arrêt du tabac impliquant la collaboration des médecins, des sages-femmes et des autres partenaires de santé.

Le risque fœtal et infantile du tabagisme des parents doit être connu et rappelé.

QUESTION 3 : quelles sont les méthodes utilisées pour aider les fumeurs à arrêter leur consommation de tabac et quelles sont celles qui ont une efficacité scientifiquement établie ?

CRITÈRES PERMETTANT DE JUGER DE L'ARRÊT DE LA CONSOMMATION DU TABAC

L'objectif principal des méthodes d'aide à l'arrêt est l'obtention de l'abstinence.

- Trois marqueurs sont utilisés : la cotinine (sensible et spécifique), le CO expiré et les thiocyanates (moins sensibles, moins spécifiques, mais non influencés par la nicotine prise en thérapeutique de substitution).
- Toutefois, en raison de leur coût et de leur faible accessibilité, ces méthodes n'ont d'indication que dans le cadre de prise en charge lourde, dans des unités spécialisées. Le questionnaire de Fagerström est une autre façon nettement plus simple d'apprécier assez bien la dépendance.
- En pratique courante, et en première intention, on peut le plus souvent se contenter de demander au patient où il en est de sa consommation.

LE CONSEIL MINIMAL D'AIDE À L'ARRÊT DU TABAC

Il consiste à demander systématiquement à chaque patient s'il est fumeur et s'il a envisagé la possibilité de s'arrêter de fumer.

Le conseil minimal pour tous s'adresse à tous les patients : fumeurs qui ne sont pas venus consulter pour cela, fumeurs heureux de l'être, fumeurs pas encore prêts pour l'arrêt, fumeurs qui ne demandent pas d'aide. Il devrait être donné par tous les médecins quels que soient leur statut professionnel, leur spécialité et leurs conditions d'exercice.

Le conseil minimal est efficace. Les résultats des études randomisées et contrôlées en médecine générale montrent 2% à 5% d'arrêts soutenus. Quoique bas, ces taux sont significativement meilleurs que l'inaction dans l'attente d'une demande spécifique du patient. L'évaluation a montré que poser deux questions, « est-ce que vous fumez ? » puis « Voulez-vous arrêter de fumer ? » et offrir une brochure à ceux qui répondraient « oui » à la deuxième question doublait le taux de succès de l'arrêt à long terme par rapport à l'arrêt spontané dans le groupe témoin.

Un conseil minimal déclenchera peut-être la discussion avec le petit nombre de fumeurs qui se posent des questions, et pourra provoquer une demande de prise en charge plus importante.

Si ces questions sont posées systématiquement par les médecins, un gain de 2 % d'arrêt dans la population des fumeurs vus par un médecin se traduit par un supplément d'au moins 200 000 fumeurs qui arrêteraient chaque année, dans l'ensemble de la France.

TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

On dispose de substituts nicotiques, pour l'aide à l'arrêt du tabac pendant le sevrage, qui ont fait la preuve de leur efficacité. Il est souhaitable que **l'utilisation de ces médicaments s'intègre dans le cadre d'une prise en charge globale** comportant un soutien psychologique et un accompagnement du fumeur dans son cheminement vers l'arrêt du tabac.

Les médicaments de substitution nicotinique sont vendus en France sous deux présentations :

La gomme à mâcher. La gomme est disponible dosée à 2 mg vendue sans ordonnance et à 4 mg sur prescription médicale.

Le timbre transdermique. Il existe sous deux formes : pour administration continue pendant 24 heures ou discontinuée pendant 16 heures; ces formes sont respectivement dosées à 7, 14, 21 mg et à 5, 10, 15 mg. Ces deux formes sont délivrées sur prescriptions médicales.

La gomme à mâcher et le timbre transdermique semblent avoir une efficacité comparable.

Modalités d'administration. Plusieurs sont possibles. Elles permettent de tenir compte des particularités de chaque fumeur. Si la dépendance est importante, la gomme à 2 mg ne permet pas d'apporter les doses de nicotine suffisantes. Il faut alors recourir soit à la gomme 4 mg ou soit au timbre. Avec les timbres, des apports peuvent être plus importants, plus réguliers et modulés en fonction des besoins. L'existence de deux formes galéniques est utile en cas d'intolérance ou de difficulté pratique d'utilisation avec l'une d'entre elles.

Sécurité d'emploi. Elle est admise dans les conditions normales d'utilisation. Toutefois, les substituts nicotiques ne peuvent pas toujours supprimer la dépendance à la nicotine.

Les risques cardio-vasculaires attachés à l'utilisation de substituts nicotiques semblent faibles, tout particulièrement en comparaison avec les bénéfices attendus d'un sevrage.



- développer la recherche en liaison avec les autres services spécialisés et les médecins généralistes
- participer aux actions politiques de lutte contre le tabagisme.

LA FORMATION

La formation initiale. Dans le cadre des enseignements transversaux organisés en séminaire au cours du deuxième cycle, les futurs médecins doivent être formés à la prise en charge du tabagisme.

L'enseignement de la tabacologie commencé dans le second cycle, doit à nouveau apparaître au cours du troisième cycle de médecine générale et des spécialités les plus concernées, avec participation de spécialistes de sciences humaines et d'intervenants de terrain.

Cet enseignement initial des médecins doit s'appliquer à tous les autres professionnels de santé, et particulièrement aux infirmières, aux dentistes et aux pharmaciens.

La formation continue. A l'exemple de ce qui se fait dans le domaine du sida et des toxicomanies, on doit pouvoir engager un financement ad hoc, public ou privé, permettant de réunir dans une formation commune tous les acteurs concernés par le sevrage tabagique.

La participation des médecins et autres professionnels de santé à des actions de promotion de la santé est une autre modalité, peut être la plus efficace de formation permanente.

L'ACTION

La prise en charge individuelle

On peut considérer que les personnels dûment formés interviennent à deux niveaux.

- **Le premier niveau** est celui du dépistage du tabagisme par les médecins généralistes et spécialistes libéraux et hospitaliers, dans le cadre de leur activité de soins. C'est aussi celui du conseil au sevrage en dehors même de toute demande explicite; y sont impliqués aussi les médecins du travail, les médecins scolaires, les autres professionnels de santé et les travailleurs sociaux. A ce premier niveau, c'est le médecin généraliste qui peut assurer l'évaluation de la dépendance, proposer le traitement et assurer le suivi jusqu'au sevrage.

Une place particulière doit être faite au pharmacien. Quelles que soient les modalités de vente des produits substitutifs à base de nicotine, le point de vente sera toujours la pharmacie.

- **Le second niveau** est celui des structures spécialisées qui, outre leur mission d'enseignement et de recherche, ont pour premier objectif d'assurer la prise en charge des formes graves de dépendance tabagique. Il revient aux pouvoirs publics la responsabilité d'assurer par des crédits spécifiques, la couverture du territoire par ces structures.

La participation d'un nombre significatif de médecins généralistes au sevrage tabagique suppose que les efforts de formation qu'il consentent et que le temps qu'ils passent dans des consultations généra-

lement plus longues que les consultations habituelles soient reconnus et rémunérés de façon spécifique.

Information et action collective

Les modalités de prise en charge du sevrage tabagique sont le plus souvent inconnues du grand public. Il apparaît nécessaire d'entreprendre une politique nationale, mais aussi régionale, d'information sur tous les moyens disponibles d'aide au sevrage tabagique en faisant largement appel aux médecins généralistes et aux pharmaciens.

Un frein à l'impact des campagnes menées jusqu'ici, notamment par le Comité Français d'Éducation pour la Santé a été l'absence d'intérêt mais aussi de formation des professionnels de santé à la prévention et à l'éducation sanitaire. Ceux-ci devraient désormais être largement associés, à l'échelon régional, à la préparation des campagnes et des documents.

Dans cette perspective, il paraît également important de développer une politique d'éducation auprès des élèves de l'enseignement primaire des collèges et des lycées.

En conclusion, l'arrêt de la consommation du tabac est un problème majeur et prioritaire de santé publique. Il justifie une nouvelle politique. Il concerne tous les citoyens fumeurs et non fumeurs, l'ensemble du personnel de santé, les autorités administratives et politiques qui ont à collaborer dans le respect de l'autre pour la meilleure santé de tous.

Le texte intégral est disponible sur demande écrite auprès de :

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
Service Communication et Diffusion
159, rue Nationale - 75640 PARIS cedex 13

Editeur :

Association Tabac & Liberté

Siège Social : 36, rue Alsace-Lorraine, 31000 Toulouse
Tél. 05 61 22 61 55 - Fax 05 61 22 83 07

Directeur de la publication : Docteur DAVER

Dépôt légal : 3^e trimestre 1998 - ISSN 1260-2469

Conception et composition : Pastel Créations - 81500 LAVAUZ

Impression : SIA - 81500 LAVAUZ