

Avec la participation



Conférence de consensus

Arrêt de la consommation du tabac

8 et 9 octobre 1998

Hôpital Pitié-Salpêtrière - Amphithéâtre Charcot

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

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

COMITE 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 Vilette, 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 HOUZEC : 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
P. 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
Tabacco, 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'Evaluation 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.

Les questions posées

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

2 — Comment prendre en compte les caractéristiques individuelles du fumeur pour réussir l'arrêt de la consommation du tabac ?

3 — Quelles sont les méthodes utilisées pour aider les fumeurs à arrêter leur consommation du tabac et quelles sont celles qui ont une efficacité scientifiquement établie ?

4 — Quelles sont les conditions à mettre en place permettant aux professionnels de santé de dispenser au plus grand nombre de fumeurs, demandeurs ou non, une aide efficace à l'arrêt de la consommation du tabac ?

INTRODUCTION

En 1998, il n'y a plus d'incertitude sur les méfaits de la consommation du tabac et les bénéfices de son arrêt. Dans tous les pays de niveau sanitaire comparable au nôtre, la diminution de la consommation du 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. On impute à la consommation du tabac 60 000 décès prématurés par an. 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. Au total, aucun facteur de risque n'est aussi lourdement impliqué que l'usage du tabac dans la survenue de maladies et la perte d'espérance de vie chez les français. 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. L'extrême banalisation du comportement à risque qu'est l'usage de tabac en masque les dangers et retire aux chiffres le poids de l'évidence. 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 du tabac sont restées jusqu'ici d'efficacité limitée. Parfois, leur légitimité même est contestée, au nom de principes touchant aux libertés individuelles.

Pourtant, il existe dans la société française d'aujourd'hui, tant chez les usagers du tabac que chez les divers acteurs du corps de santé, un souhait profond de voir évoluer la situation. Plus de la moitié des consommateurs réguliers de tabac - dont beaucoup de jeunes - se déclarent désireux de "sortir du tabagisme", mais très peu réussissent durablement. Quant aux membres des professions de santé, ils paraissent s'éloigner d'une attitude attentiste et dubitative pour s'engager plus clairement dans la mise en œuvre d'aides à l'arrêt de la consommation. Pour autant, cette évolution positive des attitudes est peu suivie d'effets. La majorité des médecins s'estiment encore peu formés, démunis d'outils adaptés, et n'utilisent guère les moyens disponibles. Les structures spécialisées, trop peu nombreuses, n'ont pas encore eu, en termes de santé publique, l'impact souhaité.

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 fixé 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

Au début du siècle, la consommation du tabac en France, déjà importante, prenait la forme de tabac à chiquer, cigares, pipes et cigarettes à rouler. La production industrielle des cigarettes augmente sensiblement à partir des années 20, 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.

Au cours du dernier quart de siècle, deux dispositifs législatifs ont fortement marqué l'évolution des ventes de tabac, en France. La loi Veil (9/07/1976) qui réglementait la publicité pour le tabac dans les lieux publics et la presse s'est accompagnée d'une première forte inflexion même si, de moins en moins respectée, elle a vu son effet s'amoinrir avec le temps. La loi Evin (10/01/1991) a eu un effet décisif, en étendant l'interdiction de la publicité, en engageant un mouvement d'augmentation sensible du prix du tabac (+62 % entre 1991 et 1996 par rapport à l'indice INSEE du coût de la vie, mais seulement 2 % l'an actuellement), et par l'interdiction de fumer dans les lieux ouverts au public. 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). La consommation de cigarettes de contrebande semble demeurer tout à fait marginale en France (de l'ordre de 2 %).

Entrées plus tardivement "en tabagie" que les hommes (en 1950, plus des deux tiers des hommes fumaient contre moins d'un cinquième des femmes), les femmes voient leur consommation rejoindre progressivement celle des hommes. Le phénomène est particulièrement alarmant chez les très jeunes femmes dont la consommation excède dorénavant celle des hommes. Seule la quantité fumée diffère : 12,6 cigarettes par jour en moyenne chez les garçons et 8,7 chez les filles de 18-19 ans.

Au total, 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 (plus d'un jeune de 18 —19 ans sur deux était consommateur régulier de tabac, en 1997 contre 8% à 12 —13 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, malgré leur connaissance des risques encourus. Pour les autres professionnels de santé, les données sont très lacunaires.

Les statistiques sur la consommation du tabac dans divers sous-groupes de population (variations sociales, géographiques, professionnelles) sont encore relativement pauvres en France, et un effort sérieux doit être fait pour en accroître la quantité et la qualité. Seules les enquêtes auto-déclaratives permettent de décrire de manière fine ces profils de consommation ; elles commencent à être sujettes à un phénomène de sous-déclaration dans certains groupes particuliers (parents fumeurs, femmes enceintes, professionnels de santé...), qui témoigne de la dégradation de l'image sociale du fumeur. Des études sont à conduire pour en apprécier l'ampleur, notamment en confrontant les dires à des marqueurs biologiques de consommation.

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 du tabac. La responsabilité en incombe au premier chef aux pouvoirs publics. Des études sur l'intérêt de différencier certaines modalités de cette action selon le sexe devraient être engagées, avec pour but de toucher de manière efficace les publics des jeunes filles et des jeunes femmes.
2. Il importe de renforcer considérablement notre capacité à décrire les profils de consommation du tabac dans la population, en engageant des études épidémiologiques et sociologiques dans divers segments de la population, notamment parmi les professionnels de santé.

L'IMPACT SUR LA SANTÉ

Il est considérable. Le tabac est en France la cause de 60 000 décès annuels, 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 56000 décès alors que dans la population féminine, ils causent aujourd'hui un peu plus de 3000 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.

Chez les hommes, le pourcentage des cas de cancers du poumon, des bronches, de la trachée et du larynx dus au tabac est d'environ 85 %, cette proportion étant à ce jour, plus faible chez les femmes, inférieure à 30 %. Le même phénomène est observé pour les maladies cardio-vasculaires dont une part importante, environ 40% chez les hommes et 11% chez les femmes, est attribuable au tabac.

Il n'est pas difficile de comprendre que 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. Jusqu'à maintenant, ils n'ont pas fait suffisamment l'objet de recherches en France.

Chez la femme enceinte, la consommation du tabac a un retentissement très important sur le fœtus, le nouveau né, le nourrisson et l'enfant. Le tabagisme durant la grossesse augmente le risque de retard de croissance intra-utérin, le poids de naissance étant d'autant plus faible que la quantité fumée est importante. Le tabac, durant la grossesse et après l'accouchement double le risque de mort subite du nourrisson et accroît le risque d'apparition d'un asthme durant l'enfance.

L'impact du tabac sur la santé se juge à moyen et long terme. Ce sont les fumeurs d'aujourd'hui qui auront les cancers et les maladies cardio-vasculaires de demain.

L'incidence actuelle du cancer du poumon reflète la consommation passée. Etant donné l'évolution de la consommation du 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 recherchées.

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. Cette réduction est mesurable dès les premières années d'abstinence. Plus l'ancienneté de l'arrêt est grande, plus le risque de maladie liée au tabac est faible. On estime qu'après 5 et 10 ans d'arrêt, le risque de décès prématuré par maladie ischémique du cœur est diminué de moitié par rapport à celui d'un fumeur qui aurait continué. L'effet sur la mortalité est plus lent pour le cancer du poumon mais tout aussi important.

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. En effet, les résultats de la grande cohorte des médecins britanniques suivie sur plus de quarante ans montrent :

- qu'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 ;
- plus l'arrêt est tardif, moins la diminution de la mortalité est importante mais ce gain demeure à tous les âges, même lorsque l'on arrête après 65 ans. Ainsi, si 40 % d'une cohorte de fumeurs est décédée à 70 ans contre un peu moins de 20 % chez les non fumeurs, les personnes qui auront cessé de fumer entre 45 et 54 ans connaîtront un risque d'être décédées à 70 ans égal à 30 % ;
- cette diminution de mortalité prématurée est observée tant pour les décès de cause cardiovasculaire que pour ceux liés au cancer du poumon ;
- ces bénéfices de l'arrêt du tabac doivent sans doute se retrouver aussi sur l'ensemble des aspects liés à la morbidité du tabac bien que dans ce domaine, on manque d'études satisfaisantes permettant de le démontrer.

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 un 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. Lorsque l'un ou l'autre des parents est fumeur, cette augmentation est d'environ 70 % lorsque c'est la mère et d'environ 30 % pour le père ;
- le risque de cancers du poumon est augmenté de 26% et que ce risque est d'autant plus grand que l'exposition au tabagisme passif a été plus longue. Cette relation est également démontrée lorsque l'on s'intéresse à l'exposition au tabagisme passif sur le lieu du travail avec un accroissement du risque de plus de 20 % ;
- au total, on estime aujourd'hui, en France qu'une centaine de décès par cancer du poumon sont imputables au tabagisme passif ;
- le risque d'accident ischémique est augmenté de 30% chez les non-fumeurs vivant chez les fumeurs.

L'importance des maladies imputables au tabac tant pour l'individu lui-même que pour son entourage, justifie pleinement une politique d'aide à l'arrêt de cette consommation dans la population française.

Recommandations

L'arrêt de la consommation tabagique doit intervenir le plus tôt possible. C'est l'arrêt et l'abstinence durable qui doivent être recherchées. 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 SANTE VIS A VIS DE L'ARRET DU TABAC

Le médecin et son patient fumeur : des occasions manquées. Les médecins, comme les autres professionnels de santé, sont bien conscients des dangers de la fumée de tabac et des risques encourus par les fumeurs. Ils connaissent, quoique de manière moins précise, les conséquences sanitaires de l'exposition passive à la fumée. Ils affichent en très grande majorité leur disponibilité pour prendre en charge leurs patients fumeurs et revendiquent un rôle pivot à cet égard. Et pourtant, peu le font. Très peu de fumeurs, en France, bénéficient de l'aide de leur médecin pour le sevrage tabagique, notamment avec recours aux substituts nicotiniques. De l'ordre de 10 % seulement des fumeurs ayant tenté d'arrêter de fumer en 1997, et ayant souffert de symptômes de sevrage, ont consommé, au cours de cette même année, un substitut nicotinique. Moins d'un médecin sur deux déclare avoir vu au moins un patient dans le cadre d'un tel soutien au cours de la semaine écoulée, alors qu'au moins un tiers de leurs patients sont fumeurs, dont une bonne part nicotino-dépendants; un fumeur sur trois a tenté d'arrêter au cours de l'année passée, le plus souvent tout seul.

Pourquoi ces écarts entre les intentions et les faits ? Les raisons invoquées sont variées mais les données sont insuffisantes pour en évaluer l'importance réelle. La résistance du patient à aborder son tabagisme est mise en avant, avec le manque de temps pour prendre en charge un suivi jugé lourd ; le manque de formation sur les modalités et techniques de cette prise en charge est également proposé comme facteur limitant. Enfin, certains médecins revendiquent une valorisation, avec une rémunération appropriée, de cette tâche préventive, mal reconnue aujourd'hui. De plus, les médecins manifestent un réel scepticisme sur l'efficacité de leur action sur le tabagisme de leurs patients.

Malgré les difficultés de l'exercice, les médecins et, avec eux, les autres professionnels de santé ne doivent-ils pas aller au devant de l'un des problèmes de Santé les plus importants au sein de leur clientèle ? Si la moitié des fumeurs sont capables, par leur seule volonté, et - en cas de besoin - avec l'aide de substituts nicotiniques disponibles en pharmacie, de mettre fin à leur dépendance à la cigarette, beaucoup ont besoin de conseils, de soutien et d'aide médicamenteuse ; tous sont en danger : un patient fumeur sur cinq mourra de manière prématurée d'une affection contractée du fait de son tabagisme.

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. Ceux-ci, en retour, leur demandent moins souvent assistance pour sortir de leur dépendance. Les femmes sous pilule, les parents fumeurs ayant des enfants en bas âge souffrent ainsi, parmi maints autres patients dont ces médecins fumeurs ont la charge, d'une perte de chance pour réduire leurs risques personnels ou ceux de leurs proches. Les données manquent, en France, pour apprécier le taux plus ou moins grand de réussite de la prise en charge de patients tabagiques par les médecins fumeurs, à partir du moment où les uns et les autres ont fait le pas pour traverser l'écran de fumée qui les sépare.

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 . Dans certains pays, notamment en Europe du Nord, les dentistes ont montré une réelle efficacité dans la sensibilisation de leurs patients fumeurs, dans le cadre de programmes mis en place par les professionnels. Par leur disponibilité auprès des personnes, les pharmaciens peuvent jouer un rôle important, mais les études disponibles en France sont rares. L'exemple - différent - des programmes de substitution aux drogues illicites témoigne cependant de l'intérêt de leur

intégration dans de telles actions. La délivrance de substituts nicotiques leur confère un rôle important pour assurer le suivi des fumeurs.

Les infirmières libérales ou hospitalières devraient aussi avoir une place clé à tenir pour améliorer l'efficacité du sevrage, lorsqu'elles sont associées au suivi à long terme des fumeurs, suivi qui est un facteur important de non rechute.

Recommandations

L'objectif fixé en 1994 par le Haut Comité de la Santé Publique, concernant le tabagisme des professionnels de santé, reste pleinement justifié. Sa mise en œuvre a connu un retard considérable. Il faut organiser des actions spécifiques nationales. Ce n'est qu'en réduisant leur consommation que les professionnels de santé 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. De cet aspect découle des potentialités d'approches thérapeutiques complémentaires chez les fumeurs, pharmacologiques et comportementales.

Critères de dépendance au tabac. La nicotine est actuellement le seul facteur dont le rôle dans la dépendance tabagique est établi. Des arguments expérimentaux attestant de cette dépendance renforcent les preuves cliniques qui montrent la capacité du fumeur à réguler sa nicotémie et l'atténuation du syndrome de sevrage par la substitution nicotinique. Cette capacité explique que l'utilisation de cigarettes dites légères conduit habituellement à une modification du comportement tabagique qui pourrait majorer le risque lié au tabac : pour maintenir sa nicotémie le fumeur aspire plus fortement sur une cigarette dite légère augmentant l'absorption des substances toxiques.

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 mais il en existe diverses versions et traductions françaises. Pour une bonne pratique, il semble nécessaire d'utiliser la traduction admise de la version la plus récente (1991).

Plusieurs évaluations du test de Fagerström ont montré une bonne corrélation entre les scores obtenus et les dosages de la cotinine plasmatique et urinaire de même qu'une bonne valeur pronostique, permettant d'estimer le résultat d'un traitement de sevrage tabagique à base de substitut nicotinique : plus le score est élevé, plus le fumeur est dépendant et moins grande est la probabilité d'obtenir un arrêt. Pour certains auteurs, la première question du test serait la plus importante à considérer : plus le délai entre le réveil et la première cigarette est court, plus forte serait la dépendance.

En fixant le niveau de dépendance à la nicotine, ce test a une utilité dans l'appréciation du mode du sevrage, notamment dans la nécessité de recourir à un substitut nicotinique.

• **Questionnaire de dépendance de Fagerström**

Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?	- moins de 5 minutes	3
	- 6 à 30 minutes	2
	- 31 à 60 minutes	1
	- après 60 minutes	0
Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?	- oui	1
	- non	0
Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?	- la première	1
	- une autre	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	- 10 ou moins	0
	- 11 à 20	1
	- 21 à 30	2
	- 31 ou plus	3
Fumez-vous de façon plus rapprochée dans la première heure après le réveil que pendant le reste de la journée ?	- oui	1
	- non	0
Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?	- oui	1
	- non	0
Score total	
	0-2	pas de dépendance
	3-4	dépendance faible
Interprétation	5-6	dépendance
	7-8	moyenne
	9-10	dépendance forte
		dépendance très forte

• **Le DSM-IV**

Les questionnaires des classifications diagnostiques de l'Association Psychiatrique Américaine peuvent être utilisés mais s'appliquent à toute dépendance et ne sont pas spécifiques de la dépendance au tabac. 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. Le dosage de la cotinine urinaire est reconnu comme le meilleur marqueur disponible de la consommation du tabac. Il donne une indication fiable de la consommation du tabac permettant de vérifier la validité des déclarations des sujets sur le comportement tabagique en particulier dans les évaluations thérapeutiques. Il permet d'approcher la posologie de nicotine à utiliser lors du sevrage. Une large utilisation de ces marqueurs nécessiterait une méthodologie simple type bandelettes urinaires, fiable et de coût faible.

Selon les critères retenus par les sociétés psychiatriques, le tabagisme entraîne ou peut entraîner une dépendance comportementale. La littérature existante décrit largement des mécanismes potentiels mais semble dépourvue d'outils sensibles et spécifiques pour évaluer tant l'existence que l'importance de ce type de dépendance.

Enjeux de la reconnaissance de critères de dépendance

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

- une faible dépendance pharmacologique et non pharmacologique relèverait de moyens simples de sevrage dont l'application pourrait être large, notamment au niveau de la médecine générale voire de structures paramédicales ;
- une forte dépendance pharmacologique et non pharmacologique relèverait d'une prise en charge spécialisée multidisciplinaire dans des structures spécialisées ;
- une faible dépendance pharmacologique et une forte dépendance non pharmacologique pourrait préférentiellement être prise en charge par des thérapeutiques comportementales ;
- une forte dépendance pharmacologique et une faible dépendance non pharmacologique relèverait essentiellement de l'utilisation de substituts nicotiques utilisables à large échelle.

Cette approche non validée fait abstraction des conditions environnementales et des comorbidités.

Recommandations

- L'existence d'une dépendance pharmacologique à la nicotine est avérée et reconnaît un moyen d'évaluation clinique simple : le questionnaire de dépendance de Fagerström dont l'utilisation est nécessaire dans la prise en charge du fumeur souhaitant arrêter de fumer.
- Reconnaître la dépendance nicotinique et son intensité par le test de Fagerström permet d'évaluer les probabilités du succès initial et de la durée du sevrage et 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 DU TABAC ?

Le diagnostic d'une maladie liée à la consommation du 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 une disparité 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.

Les conséquences d'un arrêt gradué chez les malades ayant de grosses difficultés au sevrage sont en cours d'évaluation. Les avantages en termes de réduction globale de consommation ou de renforcement positif pour un sevrage définitif ultérieur ne sont pas connus. Sauf exception, la poursuite du tabagisme et le maintien d'un patch nicotinique sont déconseillés.

Concernant les maladies cardio-vasculaires, après un accident coronaire, en France 25 % des malades continuent de fumer à 6 mois et 50 % fument à un an. L'aide au sevrage peut nécessiter un avis spécialisé.

Contrairement à une idée reçue chez les médecins, les substituts nicotiques ne sont pas contre-indiqués chez les coronariens, ils n'augmentent ni le risque de rechute ni celui d'apparition d'infarctus du myocarde. Dans tous les cas, la substitution nicotinique est moins dangereuse que le maintien du tabagisme. La substitution doit être adaptée au besoin en assurant une couverture en plateau (patch) et des variations de pics dans la journée (pastille, gomme, spray). Le contrôle du taux de cotinine peut être utile pour l'adaptation individuelle à la substitution. Certains auteurs vont jusqu'à conseiller l'introduction précoce de substituts nicotiques en cas d'infarctus du myocarde comme aide au sevrage.

Les fumeurs atteints d'une maladie non liée au tabac peuvent être victimes d'un syndrome de sevrage du fait d'une hospitalisation et d'une perte temporaire de l'autonomie. Une substitution nicotinique doit leur être proposée le plus précocement possible ainsi qu'une incitation à l'arrêt du tabac renouvelée.

Recommandations

- Les bénéfices attendus à l'arrêt du tabac sont réels pour les maladies qui lui sont imputables et doivent être systématiquement rappelés.
- Les substituts nicotiques constitue une aide au sevrage pour les pathologies liées au tabac et ne sont pas contre-indiqués chez les coronariens

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

L'association d'un tabagisme avec des troubles psychiatriques tels qu'anxiété et dépression ou avec d'autres dépendances, notamment, à l'alcool est fréquente. De plus de nombreux

fumeurs indiquent la crainte d'une prise de poids lors d'une tentative d'arrêt du tabac. Il semble que les fumeurs qui associent ces pathologies soient, plus que les autres, "réfractaires" au sevrage tabagique. Aussi, ces pathologies nécessitent-elles d'être prise en compte pour réussir l'arrêt du tabac.

Troubles anxio-dépressifs. Plusieurs études ont montré l'existence d'une association entre anxiété et consommation du 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. Réciproquement les fumeurs ont une prévalence des troubles dépressifs deux fois plus importante que celle des non fumeurs. En outre les fumeurs qui souffrent de dépression majeure 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 .

En cas de dépression caractérisée concomitante à la demande d'arrêt du malade, il peut être nécessaire de traiter la dépression de façon préalable au sevrage.

Dans la suite du sevrage, la survenue de symptômes dépressifs doit être recherchée.

Le recours aux produits psychotropes, anxiolytiques et/ou antidépresseurs, lors de l'arrêt du tabac a été proposé par plusieurs auteurs. Toutefois il importe de bien distinguer l'indication de ces traitements pour traiter un trouble psychiatrique patent dont l'intérêt est reconnu, d'une éventuelle indication au cours du sevrage, en dehors de toute pathologie psychiatrique. Dans ce dernier cas les données actuelles nécessitent d'être confirmées.

Prise de poids. La crainte d'une prise de poids constitue un frein au sevrage tabagique, souvent sous-estimée, en particulier chez la femme. L'arrêt du tabac est fréquemment suivi d'une prise de poids. Celle-ci est observée dans les deux sexes mais la modification du comportement alimentaire semble, après sevrage, plus durable chez la femme. Chez la majorité d'entre elles, la prise de poids reste cependant inférieure à 6 kg.

Le désir d'éviter toute prise de poids d'une personne souhaitant arrêter de fumer doit être considéré avec respect même si il s'avère que cette prise de poids constitue un facteur de risque bien moins grave que la persistance de l'intoxication tabagique .

Des antécédents de troubles du comportement alimentaire doivent être recherchés et mis en relation avec d'autres troubles psychiatriques éventuels.

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.

Les substituts nicotiques sont un moyen utile pour freiner la prise de poids .

Dépendance à l'alcool éthylique. Les données de la littérature concernent essentiellement les sujets alcoolo-dépendants et beaucoup moins la connaissance des liens entre les consommations d'alcool et de tabac en population générale non alcoolo-dépendante. On a cependant noté une corrélation positive entre la consommation d'alcool et de tabac.

La consommation du tabac chez les sujets alcoolo-dépendants constituerait la cause principale de mortalité. Dans un groupe de sujets alcooliques suivi de 10 à 20 ans, le tabac était responsable de 51% des décès alors que seulement 34 % pouvaient être attribués à l'alcool.

Chez les patients alcoolo-dépendants, la prévalence du tabagisme dépasse 80 %. Inversement la fréquence d'une dépendance alcoolique est multipliée par deux lorsque la consommation de tabac dépasse 20 cigarettes par jour. D'autre part, les sujets alcoolo-dépendants ont une consommation du tabac et un degré de dépendance tabagique particulièrement élevé et des difficultés d'arrêt importantes.

La nécessité d'arrêt du tabac ne doit pas être occultée chez les patients alcoolo-dépendants même si celui-ci s'avère plus difficile que chez les autres patients. Par contre il ne semble pas que le sevrage tabagique induise une augmentation de la consommation d'alcool.

Les modalités de sevrage ne diffèrent pas de celles utilisées chez les autres patients ; par contre, le choix du moment ou le sevrage tabagique doit être proposé est délicat : sevrage simultané ou séquentiel ? Faute de pouvoir proposer une stratégie dont l'efficacité serait clairement établie, le mieux semble être de respecter le choix du patient.

D'autre part il est important de recommander une limitation de la consommation d'alcool chez un fumeur sevré non alcoolo-dépendant dans la mesure où la consommation d'alcool augmente l'envie de fumer et constitue une cause de rechute tabagique.

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

Un certain nombre de déterminants socio-économiques influencent la consommation du tabac. Un lien entre statut socio-économique, tabagisme et facteurs de risque cardio-vasculaire a été établi. Le risque est plus élevé dans les catégories les plus défavorisées. Toutefois ce lien n'apparaît pas univoque ; ainsi, en France, il n'est observé que pour les hommes. A l'inverse, chez les femmes, la prévalence du tabagisme est plus élevée dans les catégories les plus favorisées. Dans certains groupes, comme les agriculteurs, la prévalence du tabagisme est faible : 18%. En revanche, le fait de tenter d'arrêter ne serait pas lié à un caractère socio-démographique.

L'ambiance professionnelle et la réglementation concernant la consommation du tabac semble, par contre, avoir un effet sur la motivation de sevrage. Aussi, le chômage prive-t-il d'un contexte favorable au sevrage qui peut exister dans certaines entreprises.

Le tabagisme chez les sujets en situation de précarité a fait l'objet d'études qui ont montré sa grande prévalence dans ces groupes.

Aux Etats-Unis, la prévalence du tabagisme dans ces groupes est élevée chez les sujets vivant en deçà du seuil de pauvreté et une plus faible proportion de fumeurs cessent leur consommation. En France une relation entre tabagisme et précarité a été bien établie. Elle commence dès l'âge de 20 ans et se maintient à tous les âges. Le coût financier de la consommation du tabac est important et préjudiciable à d'autres consommations, d'autant qu'il existe parfois une surconsommation d'alcool associée. D'autre part, une consommation de psychotropes est retrouvée avec une particulière fréquence chez les femmes fumeuses en situation de précarité.

L'accès aux soins est limité dans cette population. Ainsi la probabilité pour un fumeur en situation de précarité de rentrer dans une démarche de sevrage tabagique apparaît-elle réduite par rapport au reste de la société.

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. A noter que le non remboursement des substituts nicotiques constitue, particulièrement pour ces personnes, un obstacle important à une bonne compliance thérapeutique.

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

Bien que les efforts se soient, jusqu'à présent, concentrés sur une prévention de l'initiation au tabagisme des jeunes, une proportion croissante d'adolescents fume, aussi est-il nécessaire, en complément, de développer chez eux des modalités de sevrage tabagique.

Le tabagisme des adolescents comporte des similitudes avec celui des adultes :

- la fréquence de la dépendance nicotinique est élevée, la moitié d'entre eux admettent des difficultés à l'arrêt du tabac, troubles corrélés avec les indicateurs habituels de dépendance ;
- les représentations liées au tabac, chez les adolescents, ne diffèrent pas fondamentalement de celle des adultes : beaucoup considèrent le tabac comme une drogue et souhaitent arrêter de fumer ;
- les préoccupations de santé ne sont pas absentes chez les jeunes fumeurs réguliers. La rencontre avec une personne malade ou le désir de se maintenir en bonne santé constitue un argument plus souvent avancé dans la décision d'arrêt des jeunes fumeurs. De même, reconnaissent-ils le rôle néfaste du tabac sur les performances sportives.

Toutefois, les réponses des adolescents varient en fonctions de critères tels que la consommation d'autres substances ou un niveau socio-économique défavorisé. Ainsi, les jeunes les plus à risques pourraient-ils être sous-représentés dans les études.

Un certain nombre de différences existe, par contre, entre l'attitude des adolescents à l'égard du tabac et celles des adultes :

- l'identification à des modèles est très importante à cet âge. 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 ;
- la prise en compte de critères économiques semble importante. 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. Les praticiens des consultations spécialisées reconnaissent que les jeunes ne fréquentent que très rarement leurs structures.

Actuellement, les actes menés auprès des adolescents l'ont surtout été dans le cadre de programmes communautaires qui ont montré leur efficacité : programme développé par le National Cancer Institute aux Etats-Unis à l'usage des 13-20 ans, concours de "classes non fumeur" proposés dans divers pays dont la France, programme d'auto-assistance.

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. Les professionnels de santé auxquels s'adressent les adolescents : dentistes, orthodontistes, gynécologues pourraient constituer des interlocuteurs privilégiés pour proposer aux adolescents un programme d'intervention minimal. Des programmes d'auto-assistance devraient être réalisés à l'intention des adolescents qui envisagent une réduction ou l'arrêt de leur consommation.

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

Les risques délétères du tabac pour le fœtus et l'enfant sont réels et importants et doivent être régulièrement rappelés. Le bénéfice attendu de l'arrêt du tabac avant et pendant la grossesse est établi tant pour la femme que pour son enfant.

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 2ème ou 3ème 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 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 rôle des sage femmes et des infirmières est indissociable de celui des obstétriciens. Les interventions doivent privilégier une action éducative avec des conseils et des contacts réguliers pendant toute la grossesse. En cas de nécessité d'une substitution nicotinique, les gommes sont proposées plutôt que les patchs qui induisent une diffusion continue de nicotine dans le liquide amniotique.

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. Après l'accouchement le risque de rechute survient surtout dans les six premiers mois (40%). Le statut tabagique du conjoint est déterminant pour l'arrêt et le maintien de 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 sage-femmes et des autres partenaires de santé .
- Le risque foetal 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 du 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.

L'arrêt de la consommation est qualifié de récent (cessation continue pendant moins de 6 mois), de persistant (cessation continue pendant plus de 6 mois), de confirmé (cessation continue au delà de 24 mois).

- Lors d'études destinées à évaluer l'efficacité des méthodes d'aide à l'arrêt, il est nécessaire de disposer de critères d'arrêt de la consommation du tabac. Des évaluations sont effectuées à intervalles réguliers comparant un groupe d'intervention à un groupe témoin. Ces évaluations utilisent des marqueurs de validation de statut tabagique. 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).
- En dehors des études contrôlées, l'utilisation de ces marqueurs biologiques peut donner une idée quantitative de l'imprégnation tabagique, ce qui permet d'adapter les posologies des substituts nicotiques. 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 ; On peut même, en s'en tenant à la réponse à la question n°1 de ce test, avoir une première approximation du degré de dépendance à la nicotine.
- 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. Cette méthode, rapide, mérite d'être largement utilisée.

L'action du médecin consistera toujours à se renseigner systématiquement sur le statut tabagique du patient, son désir d'arrêter, et à lui exprimer de façon claire et sans équivoque son opinion. Ensuite, en fonction du temps disponible et du patient, le conseil minimal peut être suivi d'un conseil bref (voir tableau 1) et éventuellement, d'une discussion plus approfondie. Beaucoup de fumeurs sont hostiles ou au mieux ambivalents par rapport à l'arrêt. Les patients apprécient dans cette situation l'empathie du médecin, son écoute, et son absence de jugement moral. Il s'agit d'utiliser une méthode de négociation, qui énonce aussi bien les désavantages que les avantages du tabagisme.

Le conseil minimal pour tous (tableau 1) 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 quel que soit 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'arrêt soutenu. Quoique bas, ces taux sont significativement meilleurs que l'inaction dans l'attente d'une demande spécifique du patient. En France, une étude dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur a permis à plus de 5000 patients de recevoir un conseil minimal standard de la part de 300 médecins. 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. Dans cet essai, les patients qui répondaient qu'ils ne voulaient pas arrêter ne recevaient pas de brochure, le médecin disant simplement qu'il serait bon d'y réfléchir, et qu'ils pourraient en parler la prochaine fois.

Un conseil minimal à tous les fumeurs ne prend pas beaucoup de temps et concerne la grande majorité de fumeurs. Il déclenche 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 un médecin voit en une semaine 150 patients dont le tiers sont fumeurs (n=50), 2 % d'arrêt soutenu signifie que ce médecin n'aura en théorie qu'un seul succès par semaine. Il remarquera plus fréquemment tous ceux qui ne s'arrêtent pas de fumer ou qui rechutent, mais 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.

TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

Il n'y a pas de médicament qui soit capable à lui seul de supprimer l'envie de fumer, mais on dispose de substituts nicotiques pour l'aide à l'arrêt du tabac pendant la phase initiale de sevrage chez les fumeurs très nicotino-dépendants.

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.

Ces médicaments ont été évalués : ils ont fait la preuve de leur efficacité, notamment dans le cadre de plusieurs méta-analyses, dont celle portant sur près de 18 000 sujets, réalisée pour la conférence de consensus de l'Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR).

Les médicaments de substitution nicotique sont vendus en France sous deux présentations : la gomme à mâcher et le timbre transdermique. Trois autres ne sont pas commercialisés à ce jour dans notre pays : le spray nasal, l'inhalateur et les pastilles sublinguales. La mise sur le marché de ces deux dernières présentations est en cours de discussion.

La gomme à mâcher. La gomme est disponible dosée à 2 mg (vendue sans ordonnance) et à 4 mg sur prescription médicale. Une méta-analyse de 47 essais randomisés contrôlés a montré

que le taux d'abstinents à un an est de 19 % parmi les utilisateurs de la gomme, significativement supérieur à celui des groupes contrôle. Le bon usage de la gomme nécessite le respect de quelques règles d'utilisation qui peuvent être données par le médecin, le pharmacien ou par une notice d'information.

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.

Une méta-analyse de 22 essais randomisés contrôlés sur le timbre transdermique, dans une population de gros fumeurs démontre le bénéfice de ces traitements, 16% des sujets traités étaient abstinents à un an.

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 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.

Parfois, en réponse à une demande forte du patient, les substituts peuvent être associés à diverses méthodes non médicamenteuses dont l'efficacité reste à établir.

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.

Certains auteurs admettent l'administration de substituts nicotiques à des patients qui continuent de fumer ("arrêt non brutal", alias "réduction des risques").

TRAITEMENT COMPORTEMENTAL

Le traitement comportemental n'est qu'un élément de l'ensemble des approches éducatives et psychosociales. La plupart des thérapies comportementales qui ont cours sont apparues dans les années 60 et 70.

Les thérapies comportementales se prêtent moins aisément que les méthodes pharmacologiques à la méthodologie d'évaluation médicale (randomisation, double insu, groupe témoin, mesures biologiques). Il est difficile d'isoler l'agent actif et de recueillir des données homogènes en raison de la diversité des pratiques et de leur contingence. Néanmoins certaines études contrôlées plaident en faveur de cette méthode.

En France, le nombre des thérapeutes comportementalistes est faible et la plupart d'entre eux sont peu concernés par le sevrage tabagique. Il pourrait être éventuellement nécessaire de développer une formation sur cette pratique. La recherche sur l'utilisation des thérapies comportementales pour l'aide à l'arrêt du tabac semble en déclin, surtout en comparaison avec le développement des études sur les méthodes pharmacologiques.

Le traitement comportemental peut être éventuellement mis en œuvre dans le cadre de thérapie de groupe ou de thérapies individuelles.

Parmi les thérapies de groupe, le plan dit "de 5 jours" figure parmi les plus anciennes méthodes d'aide à l'arrêt. Il n'existe pas d'étude randomisée en double insu biologiquement contrôlée sur les plans de 5 jours permettant de valider les résultats obtenus.

AUTRES MÉTHODES : ACUPUNCTURE, HOMÉOPATHIE, MÉSOTHÉRAPIE, HYPNOSE

L'acupuncture et l'homéopathie ont été évaluées mais la faible qualité méthodologique de nombreux essais et les résultats contradictoires ne permettent pas d'en tirer des conclusions fiables. Pour ces quatre méthodes, il est particulièrement difficile de dissocier le rôle de l'empathie délivrée au patient de l'effet spécifique propre à chaque méthode. De nouvelles évaluations d'efficacité conduites selon les critères spécifiques habituels et prenant en compte les divers facteurs en cause paraissent souhaitables.

Recommandations

- le conseil minimal a un impact individuel faible mais la généralisation de son application laisse espérer une multiplication des sevrages réussis. Il est nécessaire de sensibiliser les professionnels de santé à l'intérêt de sa mise en œuvre.
- la gamme des traitements de substitution nicotinique s'est étoffée, leur efficacité et leur sécurité d'emploi sont largement confirmés. Leur meilleur mode de distribution est un problème actuellement en débat.

Considération éthique. L'incapacité et les échecs d'une majorité de fumeurs à se désaccoutumer, a fait émerger un marché géré par des centres prétendument spécialisés dans l'aide à l'arrêt. Plusieurs d'entre eux ont fait l'objet d'enquêtes de la direction générale de la consommation et de la concurrence et de la répression des fraudes (DGCCRF). Des condamnations pour escroquerie ont été prononcées.

TABLEAU 1. Conseil minimal et conseil bref anti tabac

1)	Est-ce que vous fumez ?
2)	Pourquoi ?
3)	Voulez- vous arrêter?
4)	Que n'aimez-vous pas dans le fait de fumer?
5)	Comparez (raisons pour continuer/arrêter)?
6)	*Quelle est votre motivation pour arrêter dans le mois?
7)	*Jusqu'à quel point avez-vous confiance en votre capacité à arrêter?
8)	Que pouvons-nous faire ensemble pour augmenter votre motivation et / ou confiance?
9)	Suivi : à chaque rencontre, parler du tabac

* Pour les questions 6 et 7 : de 0 = aucune à 10 = totale

Question 4 : quelles sont les conditions à mettre en place permettant aux professionnels de santé de dispenser au plus grand nombre de fumeurs, demandeurs ou non, une aide efficace à l'arrêt de la consommation du tabac ?

LE STATUT RÉGLEMENTAIRE DES SUBSTITUTS NICOTINIQUES

L'ensemble de la gamme des timbres à la nicotine est actuellement en liste I c'est à dire que ces médicaments substitutifs ne peuvent être délivrés par le pharmacien que sur prescription d'un médecin. Il en va de même pour les gommes dosées à 4 mg, alors que les gommes dosées à 2mg peuvent être achetées sans ordonnance, en pharmacie seulement. Aucune des spécialités n'est remboursable par l'Assurance maladie.

Au regard de la publicité, les substituts nicotiques - même réservés à la délivrance sur ordonnance - jouissent d'un statut particulier : leur promotion auprès du grand public est autorisée, conformément aux exceptions prévues par la directive européenne sur la publicité en faveur des médicaments, alors que la règle habituelle est l'interdiction de publicité grand public pour tous les médicaments inscrits sur la liste I.

La situation réglementaire des substituts nicotiques est aujourd'hui soumise à discussion. Le débat porte sur deux points : le passage de toutes les formes (timbres et gommes) au statut de médicament délivrable sans ordonnance, et le remboursement. Ces deux questions touchent à un problème majeur, celui de l'accessibilité à ces produits.

A l'appui de la **délivrance sans ordonnance** viennent les arguments suivants :

- l'innocuité aujourd'hui admise des substituts nicotiques n'impose plus, pour des raisons de sécurité, l'intervention d'un médecin préalablement à toute délivrance ;
- la vente sans ordonnance rend le produit plus accessible, ce qui permettrait à un plus grand nombre de fumeurs de tenter un sevrage et de se responsabiliser ;
- la médicalisation systématique du sevrage (par substituts nicotiques en l'occurrence) ne serait pas justifiée ;
- l'absence d'ordonnance n'exclut pas d'accompagner la vente par les conseils du pharmacien ;
- enfin on fait valoir que la France est un des rares pays européens à continuer de réserver les substituts nicotiques à la prescription, en soulignant que dans les pays où la délivrance sans ordonnance a été autorisée, les ventes de ces produits ont sensiblement augmenté alors qu'elles stagnent en France.

Les arguments à l'encontre de la délivrance sans ordonnance ne manquent pas non plus :

- il n'est pas montré, à l'heure actuelle, que dans les pays où l'augmentation des ventes a suivi le changement de statut des substituts nicotiques, il en est résulté une augmentation sensible du nombre de sevrages réussis ;
- l'accès sans ordonnance à toute la gamme des substituts nicotiques pourrait être de nature à démobiliser le corps médical au moment où l'on s'apprête à le solliciter pour s'engager fermement dans l'aide à l'arrêt du tabac .

La question du **remboursement** est cruciale :

- il n'est pas discutable qu'arithmétiquement le coût du traitement substitutif reste inférieur aux sommes que consacre à sa dépendance (et à son agrément) un fumeur nicotino-dépendant. Cependant, les intéressés ne ressentent pas les choses ainsi. On peut, avec eux, juger anormal que le coût d'une "action de santé publique prioritaire" reste à leur charge ;
- le tabagisme reflète et accuse de graves inégalités sociales. Les catégories défavorisées sont celles qui payent le plus lourd tribut au tabac. La lutte contre cette inégalité doit passer semble-t-il par le remboursement des substituts nicotiques.

Au total on ne saurait approuver une décision de " délistage " si celle-ci devait rester isolée.

La solution retenue devrait permettre à la fois :

- la prescription médicale de substituts nicotiques remboursables ; à un taux à discuter ;
- la dispensation sous contrôle pharmaceutique sans prescription médicale mais aussi sans remboursement.

L'IMPLICATION DES PROFESSIONNELS

Les professionnels impliqués ne sont pas seulement les soignants, mais tous ceux qui, avec eux, interviennent dans le domaine de la santé.

Le **médecin généraliste** est souvent le premier intervenant. Il l'est en répondant à la demande explicite d'un fumeur de mettre un terme à sa consommation du tabac. Il l'est aussi en interrogeant ses consultants sur leur situation par rapport au tabac.

Tous les **autres médecins**, quel que soit leur mode d'exercice (spécialistes, médecins du travail et médecins scolaires) doivent s'impliquer dans la lutte contre le tabagisme. Il en est de même pour les **dentistes**.

Du fait de la forte prévalence du tabagisme chez les femmes enceintes, les **obstétriciens** et les **sages-femmes** doivent occuper une place privilégiée dans la lutte contre le tabac et l'aide à l'arrêt.

Le **pharmacien**, professionnel facilement accessible, conseiller du public, est un agent de diffusion des informations et des produits de santé. Il peut jouer un rôle stratégique dans la lutte contre le tabagisme.

Les **autres professionnels de santé**, et tout particulièrement les infirmières, proches de la population et de ses difficultés, peuvent identifier les personnes à risque, les conseiller et les accompagner .

Les assistantes sociales et tous les autres **travailleurs sociaux** ont un rôle important de sensibilisation, d'information et d'orientation vers les structures de prise en charge du tabagisme .

Les **enseignants** peuvent également jouer un rôle éminent dans la prévention et l'aide au sevrage tabagique .

LES OBJECTIFS DES PROFESSIONNELS

Les objectifs de l'ensemble des professionnels concernés par le sevrage tabagique sont :

- l'amélioration de l'accès aux informations, aux moyens et aux structures susceptibles de prendre en charge une aide à l'arrêt de consommation du tabac ;
- l'optimisation de la prise en charge, quelque soit le niveau d'intervention, la gravité de la dépendance tabagique ;
- l'accompagnement du fumeur.

Le **médecin généraliste** doit être reconnu comme un véritable partenaire d'une politique de Santé.

Dans ce sens ses actions dans le sevrage tabagique doivent être valorisées. Le tabagisme représente une cause majeure de mortalité. Pourtant il suscite peu de mobilisation de la part du corps médical. La conviction du fumeur de s'arrêter de fumer saura d'autant mieux s'affirmer qu'elle trouvera un interlocuteur crédible comme le médecin généraliste.

L'investissement du médecin dans le sevrage tabagique présuppose un cheminement personnel et professionnel :

- concernant son propre comportement à l'égard du tabac
- son investissement professionnel
- sa position envers le sevrage tabagique

Il apparaît que les médecins généralistes, partenaires de terrain efficaces, ne peuvent s'inscrire dans ces actions que s'il existe une mobilisation sociale, affirmée par des campagnes de sensibilisation.

La légitimité de leur action de santé publique, et particulièrement du sevrage tabagique, doit être affirmée par :

- une formation initiale et continue
- une mise à disposition des techniques et moyens adaptés ;
- une disponibilité et une rémunération spécifique
- la participation éventuelle de nouvelles formes de collaboration notamment au sein de réseaux.

Tous les **autres médecins** doivent également :

- développer une sensibilité à l'égard du problème de la consommation du tabac. La connaissance des conséquences du tabagisme, tant actif que passif, doit être transmise de façon simple aux patients, à leur entourage, aux autres partenaires, à la moindre occasion.
- faire passer des messages clairs en cohérence avec une politique de santé publique.
- avoir le souci de développer des collaborations professionnelles.

Les **pharmaciens**.

Leurs objectifs s'inscrivent dans le devoir particulier de conseil lorsque le pharmacien est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale.

Ils se doivent de souligner les risques importants de fumer, d'encourager l'abstention tabagique, de conseiller et d'accompagner le fumeur qui cesse de fumer.

Les **enseignants**, les **travailleurs sociaux** ont la capacité de diffuser des informations sur les effets du tabac, de mettre en place des actions susceptibles de déclencher une prise de conscience de ce problème. Certaines actions éducatives sont de véritables actes de formation et contribuent à favoriser l'aide au sevrage tabagique.

Les objectifs des **centres de tabacologie** sont multiples :

- assurer la prise en charge des formes graves de dépendance tabagique, qu'il s'agisse de sujets motivés pour l'arrêt, mais ayant échoué ou rechuté, ou de fumeurs victimes de maladies liées au tabac. Ceci comporte les phases successives suivantes, qui s'étendent sur plusieurs mois : évaluer et renforcer la motivation, analyser la nature et l'intensité des dépendances, rechercher les comorbidités éventuelles, mettre en place l'arrêt et le suivi à court terme, assurer la prévention des rechutes ;
- promouvoir l'enseignement (médecins, personnel soignant) et la formation continue ;
- mettre en place un réseau d'aide à l'arrêt du tabac ;
- 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. Au cours des décennies passées, l'organisation des études médicales ne faisait guère de place au tabagisme. L'arrêté du 4/03/1997 réorganise le second cycle et complète l'enseignement par certificats par des enseignements transversaux organisés en séminaires dont l'un doit être consacré aux addictions. Ces nouvelles orientations permettent de penser que les futurs médecins auront été formés à la prise en charge du tabagisme.

Quelle que soit la place de la tabacologie dans le second cycle, elle 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.

Il existe désormais une "capacité toxicomanies, alcoologie". Il serait souhaitable que les facultés de médecine qui préparent à ce diplôme incluent le tabac dans les toxicomanies. Cet enseignement ne fait pas double emploi avec les diplômes universitaires de tabacologie ou avec les divers diplômes consacrés aux toxicomanies ou à l'alcoologie qui font une place à la tabacologie et qui sont souvent ouverts à tous les autres professionnels de santé.

Ces recommandations sur l'enseignement initial des médecins doivent s'appliquer à celui des autres professionnels de santé, et particulièrement aux infirmières, aux dentistes et aux pharmaciens.

La formation continue. Il ne sera possible d'engager le plus grand nombre possible de professionnels de santé dans la lutte contre le tabagisme que si celui-ci devient un thème permanent de formation, dans le cadre actuel de la formation conventionnelle des professions de santé. Mais le financement en est exclusivement réservé à chacune des professions et ne permet pas de formation mixte, par exemple, médecins/infirmières. A l'exemple de ce qui se fait dans le domaine du SIDA et des toxicomanies, on pourrait envisager un financement ad hoc, public (DGS), ou privé permettant de réunir dans une formation commune tous les acteurs concernés par le sevrage tabagique. Le contenu de ces formations concernerait sans doute tout particulièrement le savoir-faire et la communication.

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. Tels peuvent être par exemple les "formations-action" du type des campagnes de "conseil minimal"

déjà évoquées, menées à l'échelon régional ou départemental. Ces campagnes ont l'avantage de sensibiliser et de mobiliser un grand nombre de professionnels de santé et de pouvoir faire l'objet d'une véritable évaluation. Les Unions Professionnelles de médecins exerçant à titre libéral pourrait en prendre l'initiative.

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 sans doute, particulièrement dans le cas des populations en état de précarité, les travailleurs sociaux. A ce premier niveau qui concerne tous les demandeurs d'aide sans distinction, 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. Ceci donne au pharmacien une opportunité idéale pour discuter et aider le fumeur en cours de sevrage. Il peut servir d'éducateur pour la prévention primaire (jeunes, femmes enceintes, grand public...) mais aussi d'accompagnateur dans le suivi du sevrage. Il a également la possibilité de diffuser des informations en divers lieux en collaboration avec les médecins du travail et scolaire, les enseignants etc..

- **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. Des consultations plus nombreuses dotées d'une véritable autonomie et disposant de moyens supplémentaires pourraient entreprendre des études comparatives dans lesquelles les professionnels de santé engagés trouveraient gratification morale et matérielle.

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 généralement plus longues que les consultations habituelles soient reconnus et rémunérés. Une voie pourrait être, dans le cadre des expériences prévues par les ordonnances d'Avril 1996, d'accorder une rémunération forfaitaire spécifique par des interventions effectuées, au sein d'un réseau centralisé dans le cadre de cette mission de santé publique. On pourrait aussi, à l'exemple de ce qui s'est fait pour certains réseaux ville-hôpital, attribuer des fonds fléchés permettant d'accorder à des généralistes des vacations dans les consultations spécialisées de tabacologie. Cette option aurait l'avantage de renforcer en personnel compétent les centres existants et de favoriser la création de centres nouveaux dans les nombreuses régions qui en sont démunies.

Information et action collective

Les compétences, 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'informations sur tous les moyens disponibles d'aide au sevrage tabagique. La reconnaissance du médecin généraliste comme coordonnateur possible des actions d'information est sous-estimée.

Le soutien médiatique à l'action du pharmacien est indispensable. Son rôle d'informateur en direction des médecins, des consultations de sevrage tabagique peut être un élément déterminant dans la décision des fumeurs.

Les informations (références, adresses, téléphones) des structures d'aide au sevrage doivent être diffusées largement et régulièrement.

Des efforts ont été accomplis dans le domaine de l'éducation pour la santé, notamment par le Comité Français d'Éducation pour la Santé (CFES). On peut citer par exemple le cahier "Tabac : ouvrons le dialogue " qui contient des documents d'information remis par le médecin à ses patients et qui constitue le support d'un échange. Cet outil est édité grâce au partenariat CFES - Caisse Nationale d'Assurance Maladie ; Il faudrait cependant améliorer le mode de diffusion de ces documents. Peut être trouveraient-ils plus facilement leur destinataire habituel si cette diffusion était annoncée et suivie par les organisations professionnelles à l'échelon départemental et régional : Ordre, Syndicat de toutes tendances confondues, Unions Professionnelles de médecins exerçant à titre libéral. Un frein à l'impact des campagnes menées jusqu'ici a été l'absence d'intérêt mais aussi de formation des professionnels de santé à la prévention et à l'éducation sanitaire. Un autre obstacle a sans doute été aussi le fait qu'ils n'ont été utilisés que comme relais et non comme acteurs d'éducation pour la santé. Ils devraient désormais être largement associés, à l'échelon régional à la préparation des campagnes et des documents. Ces actions de proximité permettraient peut être le développement d'actions de formation mieux adaptées aux contingences et aux populations locales, et sans doute d'en assurer un meilleur impact. 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