

Avec la participation de



Agence **N**ationale
d'**A**ccréditation et
d'**É**valuation en **S**anté

ARRÊT DE LA CONSOMMATION DU TABAC

CONFÉRENCE DE CONSENSUS

TEXTE COURT

Hôpital Pitié-Salpêtrière - Amphithéâtre Charcot
8 et 9 Octobre 1998

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
Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en 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

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

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

Dr. E. ANDRÉ : Médecin de Santé Publique , Grenoble

Dr. F. BAUDIER : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, Paris

Pr. BEAUFILS : Pédiatre , Hôpital Robert Debré, Paris

Pr. F. BONNAUD : Pneumologue, Comité National contre les maladies respiratoires et de la Tuberculose, Paris

Dr. A. BORGNE : Tabacologue, Réseau Hôpital sans tabac, Paris

Pr. JP. BROUSTET : Cardiologue, Groupe Hospitalier Sud, Pessac

Pr. G. BRÜCKER : Bureau du comité, Médecin de Santé Publique, A.P.-H.P., Paris

Pr. F. CARPENTIER : Méthodologie, ANAES, Paris

Dr. P. DOSQUET : Méthodologie, ANAES, Paris

Pr. A. DUROCHER : Méthodologie, ANAES, Paris

Dr. G. ERRIEAU : Médecin Généraliste, Paris

Pr. A. HIRSCH : Pneumologue, Hôpital Saint-Louis, Paris

Dr. F. LAVERGNE : Pneumologue, Hôpital Saint-Louis, Paris

Pr. B. LEBEAU : Pneumologue, Hôpital Saint-Antoine, Paris

Pr. M. LEGRAIN : Président du jury, Néphrologue, Paris

Dr. C. MATHIOT : Cancérologue, Institut Curie, Paris

Dr. H-J. PHILIPPE : Gynécologue, obstétricien CHI Poissy - Saint-Germain-en-Laye, Poissy

AM. SCHOELCHER : Prévention, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Dr. E. RUSCH : Médecin de santé Publique, Hôpital Fernand Widal, Paris

JURY

Pr. M. LEGRAIN : Président, Néphrologue , Paris

Dr. M. COLETTI : Médecin Généraliste, Viroflay

J. CHWALLOW : Psychosociologue, Inserm U341, Villejuif

Pr.S. DALLY :Toxicologue, Hôpital Fernand vidal, Paris

Pr .M. DETILLEUX : Médecin Interniste, Hôpital Cochin, Paris

Dr .F. DIEVART : Cardiologue, Clinique Vilette, Dunkerque

Dr. I. GREMY : Médecin de Santé Publique, ORS, Paris

Pr. G. KANTOR : Cancérologue, Institut Bergonié, Bordeaux

Dr. R. KNOCKAERT : Médecin Généraliste, Paris

Dr. J-J. LARZUL : Pneumologue, CH de Cornouaille, Quimper

Pr. D. ZMIROU : Médecin de Santé Publique, Faculté de Médecine, Grenoble

Dr. M. VIGY : Journaliste, Le Figaro, Paris

EXPERTS

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

GROUPE BIBLIOGRAPHIQUE

- P. ARWIDSON : Démographe, CFES, Vanves
K. BISSELL : SLUICTMR et INGCAT, Paris
Pr. B. DAUTZENBERG : Coordonateur, Pneumologue, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris
P. MELIHAN-CHEININ : CNCT, Paris
A. VELTER : Démographe, CFES , 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.

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 pallier 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 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.

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 10 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 20. 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, 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 première cigarette ?	- moins de 5 minutes 3 - 6 à 30 minutes 2 - 31 à 60 minutes 1 - après 30 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
Interprétation	0-2 pas de dépendance 3-4 dépendance faible 5-6 dépendance moyenne 7-8 dépendance forte 9-10 dépendance très forte

• **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 oeuvre 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 alcoolodépendants. Il existe une corrélation positive entre la consommation d'alcool et de tabac.

Chez les patients alcoolodépendants, 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 cardio-vasculaire imputable au tabagisme est plus élevé dans les catégories les plus défavorisées, mais uniquement chez les hommes. A 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 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, 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 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.

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 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. 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 nicotique 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 discontinue 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.

TRAITEMENT COMPORTEMENTAL

Le traitement comportemental n'est qu'un élément de l'ensemble des approches éducatives et psychosociales.

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.

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.

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 confirmées.

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 de tabac ?

LE STATUT RÉGLEMENTAIRE DES SUBSTITUTS NICOTINIQUES

La gamme des timbres à la nicotine ne peut être délivrée par le pharmacien que sur prescription d'un médecin. Il en va de même pour les gommes à 4 mg, alors que les gommes à 2 mg peuvent être achetées sans ordonnance, en pharmacie seulement. Aucune des spécialités n'est remboursable par l'assurance maladie.

Il existe actuellement un débat concernant la modalité de délivrance la plus efficace et la plus sûre et l'opportunité du remboursement. Entre libre accès en pharmacie et la prescription médicale obligatoire, une solution intermédiaire pourrait être adoptée. Elle permettrait à la fois :

la prescription médicale de substitution nicotinique remboursable ;

le libre accès à ces substituts en pharmacie sans prescription mais aussi sans remboursement.

IMPLICATION ET 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. La conviction du fumeur de s'arrêter pourra d'autant mieux s'affirmer qu'elle trouvera un interlocuteur crédible comme le médecin généraliste.

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.

faire passer des messages clairs en cohérence avec une politique de santé publique.

avoir le souci de développer des collaborations professionnelles.

Les **objectifs du pharmacien** sont clairs :

rôle d'exemplarité

respect de l'interdiction de fumer dans les pharmacies

souligner les risques importants de fumer

encourager l'abstention tabagique

conseiller, aider et 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 .

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.

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

Information et action collective

La connaissance des modalités de prise en charge du sevrage tabagique est le plus souvent inconnue 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 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'Education 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'Evaluation en Santé
Service Communication et Diffusion
159, rue Nationale – 75640 PARIS cedex 13

L'organisation de cette conférence de consensus a été rendue possible grâce à l'aide de : Bayer Pharma,
Laboratoires Hoechst-Houdé, Produits Roche.