

## Lutte contre le tabagisme

Depuis quelques années la lutte contre le tabagisme est entrée dans une nouvelle phase.

Au niveau international, l'adoption de la CCLAT (Convention cadre de l'OMS), a donné un cadre pour lutter plus efficacement contre l'industrie du tabac, même si ce combat n'est pas gagné, loin s'en faut. En France, les progrès sont considérables depuis la loi Veil de 1976. Le tabac commence enfin à être « dénormalisé », c'est-à-dire moins accepté socialement. Les deux premiers articles de ce dossier *thema*, proposés par les éminents professionnels que sont Jean Perriot et Gérard Dubois, nous rappellent ce long et difficile processus.

Le développement des consultations de tabacologie depuis 2000 s'avère une étape majeure pour la prise en charge, enfin avec des moyens significatifs puisque l'on comptait 426 consultations en 2004. Paule Kassis et Christelle Dutheil de la DHOS dressent un premier bilan de leur activité, lequel est complété par l'analyse du profil des patients par Anne Laurence le Faou et Olivier Scemama à partir d'un recueil informatisé. L'évolution montre un niveau élevé de consommation et de dépendance tabagique avec une morbidité somatique et de santé mentale nettement plus élevée que dans la population générale.

Dans ce contexte, la diversification des stratégies thérapeutiques est essentielle. Grand précurseur de la tabacologie, Gilbert Lagrue illustre cette tendance en décrivant les objectifs et les méthodes de la réduction du risque tabagique, c'est-à-dire de la réduction prolongée du nombre de cigarettes fumées comme alternative au sevrage total. Qui aurait osé miser sur pareille stratégie il y a seulement quelques années ?

Les temps changent vraiment pour la lutte contre le tabagisme.

Ce dossier a été coordonné par Gilbert Lagrue et Thomas Rouault.

# Histoire de la lutte contre le tabagisme et du dispositif de soins en tabacologie en France

Jean Perriot\*

La découverte de l'Amérique, et de façon concomitante celle du tabac, marquent le début de l'ère moderne. Si l'origine du tabac se perd dans la nuit des temps, son usage le pare de toute une fonction symbolique. Ainsi D. Nourrisson [1] souligne-t-il « l'histoire et la sociologie nous apprennent que les conduites de la consommation individuelle ne trouvent leur sens qu'au sein de la collectivité. Sa fonction symbolique ou inconsciente fait toute la complexité du produit de consommation ». La généralisation du tabagisme et la difficulté à s'arrêter de fumer se chargeront de faire de cette conduite de consommation, un comportement de dépendance. En effet, si le tabagisme est « intention finale du sujet vers l'objet », il se révèle autant être « intention finale du sujet obligé par l'objet » [2], à ce titre, la tabacologie appartient au vaste champ de l'addictologie. L'importante morbi-mortalité induite par cette consommation, tardivement identifiée, a nécessité le développement de la lutte contre le tabagisme et une organisation des soins en tabacologie.

\* Docteur, dispensaire Émile Roux, Clermont-Ferrand  
E-mail : jean.perriot@cg63.fr

## La découverte du tabac et l'expansion du tabagisme

L'usage du tabac s'est répandu [3-6] en Europe après la découverte des Amériques par Christophe Colomb en 1492. Deux de ses compagnons, Luis de Torres et Rodrigo de Jerez, décrivirent le plaisir pris par les indigènes à fumer des cigares rudimentaires constitués de feuilles séchées d'une plante inconnue : le tabac (ce mot tirerait son origine de l'île dont il est issu : Tobago). Pourtant, on estime qu'il était déjà utilisé, il y a deux mille ans, en Amérique Centrale lors des fêtes religieuses.

Au-delà de l'utilisation cérémonielle du tabac, les fumigations furent en usage dès la plus haute Antiquité sur tout le pourtour de la Méditerranée. En s'élevant de la terre vers le ciel, la fumée véhiculait la relation entre Indicible et manifesté... La Pythie de Delphes rendait ses oracles en inhalant la fumée d'encens ou de *jusquiame*<sup>1</sup>, les habitants des contrées situées entre

Moyen-Orient et Asie Centrale brûlaient et humaient le cannabis. De nos jours, on brûle toujours l'encens dans les édifices sacrés...

Jehan Nicot de Villemain, ambassadeur de France à Lisbonne, introduisit le tabac à la Cour de France en 1560 dans le but de soulager les migraines de Catherine de Médicis et si l'Histoire ne garde pas souvenir de l'activité du diplomate, ce dernier légua son nom à l'alcaloïde principal du tabac : la nicotine. Pourtant, c'est André Thevet, moine cordelier et aventurier qui, en 1557, ramena le premier la plante près d'Angoulême et l'appela herbe *angoumoisine*. Pour les Anglais, c'est F. Drake qui, le premier, ramena le tabac de Virginie en Europe.

1 - Jusquiame : plante des décombres aux effets toxiques appartenant à la famille des solanacées comme le tabac.

D. Nourrisson souligne la pluralité des substantifs désignant le tabac à cette époque, qu'ils relèvent d'une tradition historique (*herbe à la reine, herbe médicée*), ou onomastique (*petum, butum*). Très vite,

son usage se répandit vers l'Europe Centrale et l'Empire Ottoman ; il fut introduit au Japon et en Chine par les navigateurs tandis que les conquistadores lui faisaient traverser les Andes.

Le tabac fut vite adopté par nos gouvernants. Richelieu instaura les premières taxes sur le tabac en 1621, Colbert fit de sa fabrication et de son commerce un monopole royal, Napoléon plaça ces derniers sous l'autorité du Ministère des Finances... Cette attention ne se démentit pas à l'époque moderne et si la Seita fut privatisée en 1995, l'État n'a jamais cessé de s'intéresser au tabac ; les taxes représentant 75 % de son prix de vente nous rappellent que Necker voyait déjà en lui une « belle et indolore invention fiscale » ! Jusqu'à une époque récente, les augmentations du prix des tabacs ont plus eu comme objectif de combler les déficits budgétaires que de limiter l'accès au produit ; ainsi que de soutirer de l'argent même aux plus pauvres.

## La controverse autour de tabac et tabagisme

Jean Gohory le cultiva à Paris en 1572 et en fit la description. Le médecin Baillard, alias Jean Royer de La Prade, parmi d'autres, souligne vers 1660 ses vertus thérapeutiques énumérées dans *L'histoire générale des drogues* de Pomet. Utilisé en applications, décoctions, infusions, mélangé à l'huile ou au vin, il est : détersif, vomitif, purgatif, efficace pour : maladies de peau, goutte, rhumatismes, migraines, apoplexie, léthargie, toux et asthme ! Au XVIII<sup>e</sup> siècle, on propose même d'introduire la fumée de tabac dans le « fondement des noyés » pour les réanimer.

D'abord attribut des navigateurs marchands ou militaires, le tabac sera vite adopté par les écrivains : Molière fait dire à Sganarelle que fumer est « la passion des honnêtes gens, et qui vit sans tabac n'est pas digne de vivre » ; Alfred de Musset, Gérard de Nerval, Baudelaire ou Rimbaud fumaient... Balzac en faisait un hallucinatoire supérieur à l'alcool, Tolstoï le mettait au même rang que l'opium et, si Victor Hugo vouait aux gémonies la « plante à jouir », Georges Sand, femme moderne,

en usait. Ajoutons que le conditionnement réciproque du tabagisme et de l'alcoolisme a été souligné dès le début du développement des théories hygiénistes à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. Charcot, comme le rapporte R. Molimard, trouvait pourtant que les mœurs s'étaient radoucies depuis l'introduction du tabac et de l'alcool, pour peu que leur usage restât modéré...

## La lutte contre tabagisme

### Des origines à 1950

Les modalités de la lutte relevèrent d'abord de décisions personnelles et sommaières : le Sultan Mourad IV interdisait son usage et faisait couper les mains des fumeurs, le Tzar Alexis déportait ces derniers après leur avoir fait couper nez et lèvres supérieures, le pape Urbain VIII excommuniait ceux qui fumaient dans les églises, Jacques I<sup>er</sup> fit décapiter Sir W. Raleigh, aussi grand navigateur et librepenseur que célèbre fumeur de pipe. On décapitait les fumeurs au Japon ou en Chine.

La lutte contre le tabagisme commença à se structurer en 1868 lorsque le Vétérinaire en Premier (titre en vigueur dans la cavalerie) de l'armée française, E. Decroix, constatant que « le soldat français fumeur (...) ne vaut pas le soldat non fumeur » créa l'Association française contre le tabac, devenue plus tard la Société française contre l'abus du tabac, ancêtre de l'actuel Comité de lutte contre le tabagisme (CNTC) qui lança la première de multiples mises en garde...

En Allemagne, les épidémiologistes F. H. Müller, E. Schairer, E. Schöninger [7] ont les premiers constaté la morbi-mortalité induite par le tabagisme notamment sur la sphère cardiovasculaire ce qui conduisit sans succès à de vastes campagnes anti-tabagiques dans l'Allemagne hitlérienne et dans l'Italie mussolinienne.

### L'époque moderne

En 1950, le Britannique R. Doll mit en évidence le lien entre cancer et tabagisme, en particulier du fait de l'ancienneté de la consommation de tabac.

En 1957, l'OMS fit de cette consommation une toxicomanie, mais il fallut attendre 1971 pour qu'elle lance le premier programme international de lutte contre le tabagisme. En France, le CNCT, le Comité national de lutte contre les maladies respiratoires et la tuberculose (CNMRT), la Ligue contre le cancer développèrent les premiers des campagnes d'information.

L'engagement de personnalités éminentes du monde médical telles que J. Bernard et M. Tubiana [8] aboutit aux lois Veil (1976), puis Evin (1991) qui donnèrent un cadre juridique permettant de développer une politique de lutte contre le tabagisme.

Par la suite, une succession de conférences de consensus et de recommandations permirent d'avancer en matière de compréhension des mécanismes de la dépendance tabagique : le rapport du Surgeon General, *Nicotine Addiction* (1988), qui fit de la nicotine l'égal de l'alcool et de l'héroïne [8], l'expertise collective Inserm *Tabac : comprendre la dépendance pour agir* [9] (2004) qui souligne le caractère à composantes multiples de cette addiction et la nécessité de développer la recherche en tabacologie.

Carte postale affranchie en 1908





Couverture du Journal de la société contre l'abus de tabac, juin 1906. Le journal était alors dans sa trentième année de parution...

On constate le même développement en matière de codification de la prise en charge du sevrage tabagique avec les conférences de consensus américaines (1996), française [10] (1998), suivies par les recommandations de l'Afssaps [11] (2003),

## État des lieux du dispositif de soins

La politique de lutte contre le tabagisme est globale associant mesures législatives, réglementaires, politique des prix, prévention et enfin aide à l'arrêt. L'ensemble est marqué d'acquis positifs et de déficits persistants. Dans la description de la situation actuelle [13-16], sera souligné ce qui relève de l'organisation des soins.

### Acquis positifs

La loi Évin du 10 janvier 1991 (livre V du Code de la santé publique) représente le volet législatif d'une politique de santé publique renforcée (loi de santé publique du 9 août 2004) qui place la prévention et l'éducation pour la santé au cœur des politiques de santé publique.

Le problème du tabagisme relève du Ministère de la santé dans le cadre de la Direction générale de la santé (DGS) qui comporte un bureau « Pratiques addictives tabac-alcool ». L'élargissement des attri-

butions de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) au tabac à permis, à partir de 1999, de développer des plans gouvernementaux de lutte.

Le Plan Cancer (2003) prend en compte la gravité du tabagisme et la nécessité de le rendre socialement inacceptable. Il augmente les prix du tabac et favorise le sevrage tabagique dans des populations ciblées. Il reprend la plupart des points proposés par le plan de mobilisation nationale contre le tabac (2003).

Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues Tabac-alcool (MILDT 2004-2008) vise à renforcer l'application de la loi Évin, retarder l'initiation au tabagisme, aider les fumeurs à s'arrêter (des cibles prioritaires sont définies : jeunes en milieu scolaire, femmes, fumeurs en situation de précarité : incarcérés ou bénéficiant des minima sociaux).

On ne peut oublier le rôle capital de Robert Molimard et Gilbert Lagrue, pionniers de la tabacologie en France qui fondèrent la Société de tabacologie - devenue Société française de tabacologie en 2005 - et qui, par la pertinence de leurs réflexions et travaux, firent de la tabacologie une discipline authentique à l'intérieur du vaste champ de l'addictologie. Restructurée et présidée par le Dr I. Berlin, la Société française de tabacologie s'engage résolument dans des projets innovants qui répondent à ses vocations : le développement de la recherche sur la dépendance tabagique (mécanismes neurobiologiques, psychologiques, sociologiques) et les modalités d'aide à l'arrêt du tabagisme. Elle attribue des bourses de recherche dans le domaine de la tabacologie, organise des réunions scientifiques et participe, aux côtés d'autres sociétés savantes, aux réunions d'expertise ou de synthèse ainsi que plus largement à la lutte contre le tabagisme.

L'importante augmentation des prix du tabac a eu un réel impact sur les ventes de cigarettes manufacturées (la diminution ayant été en partie obérée par l'augmentation des ventes de tabac à rouler et le développement de la contrebande de tabac qui impose une coopération entre les services de douane, police et gendarmerie à l'échelle au moins européenne).

La codification de la prise en charge de l'aide à l'arrêt du tabagisme s'est accompagnée de la création et du développement des consultations hospitalières de tabacologie [17-18] dont le renforcement fait actuellement l'objet d'une réflexion au sein de la Direction de l'hospitalisation et de l'Organisation des soins au ministère de la santé.

Auparavant avaient été créées des Unités de coordination en tabacologie dans les hôpitaux (circulaire DH/EO2/DGS/2000 du 3 avril 2000), tandis qu'étaient mises en place les Unités de liaison en addictologie (circulaire DH/EO2/DGS/SD6B/2000/460 du 8 septembre 2000) à l'intérieur desquelles elles s'intègrent. Rappelons que c'est la perception d'ensemble du P<sup>r</sup> M. Reynaud qui a été à l'origine de l'implantation du concept d'addictologie au sein de l'hôpital. L'activité de ces consultations et le profil des patients sont présentés dans les autres articles de ce dossier *thema* de la revue Toxibase.

L'effort de structuration des soins a été servi par la formation de spécialistes en tabacologie (DIU de tabacologie et d'aide au sevrage tabagique) - le Conseil national de l'Ordre des médecins a récemment reconnu ce diplôme (2003) - ainsi que de *spécialiste en addictologie* (DIU, DESC, capacité en addictologie). Les omnipraticiens ont bénéficié ces dernières années de plans de formation minimum en tabacologie (projets Nicomède ou autres) relevant d'organismes divers dont les associations de Formation médicale continue (FMC) ou autres associations telles que Tabac & Liberté. Un effort de formation des pharmaciens a été aussi réel à l'initiative de leurs organismes de formation et de l'Ordre des pharmaciens.

Par ailleurs, la prévention du tabagisme a été renforcée en direction des consommateurs et non-consommateurs avec l'édition de documents pédagogiques d'information, d'adresses des consultations de tabacologie, d'aide à l'arrêt, ceci à l'initiative de l'Office français de prévention du taba-

## De la parole au GEST ! Le Groupe d'étude sur le sevrage tabagique

La dynamique professionnelle sur la tabacologie en France s'est construite lentement. Si l'on assiste, depuis 2000, à l'émergence d'une spécialité médicale avec le développement des centres de tabacologie et du diplôme universitaire, il faut rappeler que, jusqu'à la naissance de la Société française de tabacologie au début des années 80, aucune société savante ne permettait la rencontre des professionnels.

Le Gest s'est constitué en 1992 à l'initiative de médecins souhaitant échanger à partir de leur pratique. Il a bénéficié du soutien des laboratoires Ciba-Geigy (timbre nicotinique), puis Novartis-Santé familiale dont une des priorités est la cancérologie.

La principale activité du Gest est l'organisation de rencontres annuelles qui comportent toujours deux parties : la première sur les données biologiques de base et la seconde sur les pratiques médicales. La 14<sup>e</sup> rencontre a notamment permis de faire le point sur les causes et les mécanismes neurobiologiques dans la dépendance tabagique (Dr Florence Noble du laboratoire du Prof. Bernard Roques), sur les troubles bipolaires psychiatriques (Jacques Bouchez, Renaud de Beaurepaire, Gilbert Iagrué), sur l'évolution des systèmes de prise en charge dans le monde (Anne-Laurence Le Faou) ainsi que sur divers autres sujets.

Les prochaines rencontres du Gest auront lieu les 12 et 13 janvier 2006 avec deux sessions sur la neurobiologie (apport des nouvelles techniques d'imagerie médicale dans la dépendance tabagique par J. L. Martinot) et sur le tabagisme des adolescents (M. Choquet, G. Lalande et C. Courtois, Mme Purper-Ouakil).

Pour en savoir plus :  
[www.societe-de-tabacologie.fr/](http://www.societe-de-tabacologie.fr/)

gisme (OFPT) ou de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) qui, sous forme d'un établissement public administratif aux missions élargies, a succédé au CFES le 3 mai 2002. Les Centres d'information et de ressources sur les drogues et dépendances (CIRDD), relevant de la MILDT, effectuant un indispensable travail de recherche documentaire.

Enfin, d'indéniables progrès en matière d'analyses épidémiologiques et enquêtes a été acquis grâce au travail de l'Inpes et de l'OFPT. La mise à disposition d'une ligne

Tabac Info Service permet d'apporter information, conseil d'aide à l'arrêt ou d'orienter les fumeurs appelant vers les centres habilités à réaliser leur prise en charge.

### Des déficits persistants

La recherche en tabacologie reste désespérément insuffisante faute de moyens, elle est pourtant essentielle comme le souligne l'expertise collective Inserm (2004). La Société française de tabacologie restructurée paraît à même de développer des projets de recherches innovants pour peu que des subventions lui soient allouées.

L'implication des hôpitaux (directeurs, chefs de service) est trop souvent timorée en matière de tabacologie et ce, malgré le support méthodologique que peut apporter le Réseau hôpital sans tabac (RHST). En

France, on préfère toujours soigner les maladies induites par le tabac plutôt que de traiter les malades dépendants du tabac ! La mise en œuvre de collaborations loco-régionales autour d'actions concertées en tabacologie reste difficile du fait de la diversité des intervenants, d'un déficit de culture de travail en commun et d'une course des différentes structures aux subventions qui, plutôt que de développer l'aide à l'arrêt, ont trop souvent pour objectif d'assurer leur pérennité, indépendamment de la faiblesse de formation en tabacologie des bailleurs de fonds et décideurs.

Enfin, au travers d'acteurs sanitaires aux pratiques qualitativement disparates, se dessine la nécessité d'optimiser la coordination des soins en tabacologie.

## Les axes d'optimisation des soins en tabacologie

• **Certes développer et renforcer les acquis positifs** du dispositif de lutte contre le tabagisme et de l'organisation des soins en tabacologie.

• **Compenser les déficits persistants.**

La recherche en tabacologie doit être développée et la Société française de tabacologie doit en devenir le moteur.

Le fait de rendre le tabagisme moins acceptable socialement et l'augmentation des prix ne peuvent suffire à résoudre le problème des patients fortement dépendants (*heavy chronic smokers*) qui cherchent désespérément à s'arrêter, ainsi que celui de ceux issus des couches sociales les plus humbles qui n'en ont pas l'idée ou l'intention (*hard core smokers*) alors qu'ils sont le plus souvent fortement dépendants. Il faut dans ce cas développer prévention, communication autour du tabagisme et aider l'arrêt.

Compte tenu de l'évolution de cette épidémie et des conséquences en terme de morbi-mortalité (doublement des décès, en France, en 2025), les cibles prioritaires sont les fumeurs fortement dépendants (25% des fumeurs), les jeunes, les femmes et les personnes en situation de précarité, ce qui pose le problème de l'absence de remboursement par la sécurité sociale des produits d'aide à l'arrêt.

Il faut également insister sur la prise en charge globale puisque, s'il existe des spécificités dans l'aide à l'arrêt du tabagisme, la plupart des fumeurs fortement dépen-

dants, sont co-dépendants ou présentent une psychopathologie et/ou une pathologie somatique, l'aide à l'arrêt du tabagisme ne peut donc représenter « un tout en soi ».

Ainsi, des collaborations doivent-elles se développer entre les différents acteurs de santé. Les omnipraticiens ont les moyens de prendre en charge la plupart des fumeurs [19-21] ; les autres acteurs sanitaires (médecins du travail ou scolaires, pharmaciens, sages-femmes, infirmières) ont vocation à s'impliquer dans la prévention, le repérage des fumeurs, l'aide à l'arrêt, ainsi que le soutien après sevrage ou l'orientation des fumeurs « difficiles » [22-25] ; les centres spécialisés en tabacologie ou addictologie ont vocation à prendre en charge, dans des protocoles lourds, les fumeurs les plus fortement dépendants [26].

Dans tous les cas, une collaboration entre les différents intervenants est nécessaire et permettra d'optimiser l'aide à l'arrêt du tabagisme. On se réjouira de l'implication nouvelle des médecins des Centres d'examen de santé (CES) et des alcoologues exerçant dans les Centres de cure ambulatoire en addictologie (CCAA) [27].

Il faut souligner la pertinence du concept de réduction du risque du tabagisme [28-29] en particulier pour préparer l'arrêt définitif et des thérapies de groupes dont l'efficacité est démontrée [30].

Enfin, la collaboration dans les régions doivent tirer partie des expériences positives des réseaux ECLAT<sup>3</sup> dans le nord de la

France (P<sup>r</sup> C. Voisin), IRAT<sup>3</sup> dans la région Rhône-Alpes-Auvergne (P<sup>r</sup> P. Delormas) ou du réseau de médecins impliqués en tabacologie Tabac & Liberté<sup>4</sup> (D<sup>r</sup> J. Daver).

La récente création de l'Alliance française pour la santé, coalition contre le tabagisme, permet de renforcer le discours et l'action de chaque intervenant comme il est indispensable de développer la lutte contre le tabagisme à l'échelle planétaire [31] (les pays en voie de développement paraissent être une proie facile pour les manufacturiers de tabac). La signature de la *Convention cadre de lutte anti-tabagique* (CCLAT) à l'instigation de l'OMS par 112 pays dont la France, va dans le bon sens, comme sont utiles les actions de collaboration au sein des pays francophones.

## Conclusion

Avec Robert Molimard, on ne peut qu'être stupéfait de la vitesse avec laquelle « l'épidémie » s'est répandue depuis 1492. Faut-il chercher dans l'inconscient des hommes l'origine de leur attirance pour le tabac ? Freud, fondateur de la psychanalyse et qui mourut, malgré de multiples interventions chirurgicales, d'un cancer du voile du palais, doutait lui-même de l'implication des nombreux cigares qu'il fumait quotidiennement. Il est vrai que, sans cette « substance de travail », toute création intellectuelle lui était impossible... comme le souligne P. Grimbart [32].

La lutte contre le tabagisme semble être entrée dans une phase décisive au-delà des progrès médicamenteux en matière d'aide à l'arrêt du tabagisme, par une prise en charge globale et une meilleure codification du sevrage tabagique. Un effort de coordination dans l'offre de soins paraît susceptible d'améliorer la réponse à la demande croissante du public ainsi que le taux de réussite des tentatives d'arrêt. La lutte contre le tabagisme, devenue enjeu planétaire, se pare d'éthique : *Homo sum humani nihil a me alienum puto* (Je suis un homme, rien de ce qui est humain ne m'est étranger !).

## Bibliographie de l'auteur

1. Nourrisson D : *Le tabac en son temps. De la séduction à la répulsion* - Rennes : Éditions Insep, 1999
2. Baudrillard J : « La genèse idéologique des besoins », in *Pour une critique de l'économie politique du signe* - Paris : Gallimard, 1976
3. Lemaire JF : *Le tabagisme* - Paris : PUF, 1992
4. Nourrisson D : *Histoire sociale du tabac* - Paris : Éditions Christian, 1999
5. Perriot J : *Tabacologie* - Paris : Masson, 1995
6. Dautzenberg B : *Le tabagisme*. Toulouse : Éditions Privat, 1996
7. Proctor RN : « The antitobacco campaigns of the Nazis : a little known aspect of public health in Germany », in *BMJ* 313 : 1450-3, 1996
8. Lagrue G : *Arrêter de fumer* - Paris : Odile Jacob, 2001
9. \*\*\* *Tabac : comprendre la dépendance pour agir* - Paris : Éditions Inserm, 2004. Voir aussi : <http://ist.inserm.fr/basisrap-ports/tabac-dependance.html>
10. \*\*\* *L'arrêt de la consommation de tabac*. Conférence de consensus, Paris 8-9 octobre 1998 - Paris : EDK, 1998
11. Afssaps : « Recommandations de bonne pratique », in *Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac - Alcool Addictol* 25 (2 suppl) 1S-44S, 2003. Voir aussi : <http://afssaps.sante.fr/htm/10/tabac/sommaire.htm#>
12. \*\*\* « Grossesse et tabac. Conférence de consensus » in *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 34 (HS n°1) : 3S1-3S480, 2005. Voir aussi : [www.splf.org/s/IMG/pdf/reco-2.pdf](http://www.splf.org/s/IMG/pdf/reco-2.pdf)
13. Martinet Y, Bohadana A : *Le tabagisme*. Paris : Masson, 2004
14. Slama K, Karsenty S, Hirsch A : *La lutte contre le tabagisme est-elle efficace ?* - Paris : Inserm, La Documentation française, 1992
15. Perriot J, Llorca PM, Boussiron D, Schwan R : *Tabacologie et sevrage tabagique* - Paris : John Libbey Eurotext, 2003
16. Aubin HJ, Dupont P, Lagrue G : *Comment arrêter de fumer ?* - Paris : Odile Jacob, 2003
17. Jean François M, Fernandes E, Dautzenberg B, Ménard J : « Évolution de l'activité des consultations hospitalières de tabacologie durant la période triennale 2000-2002 », in *BEH* 22 : 98-9, 2002
18. Dautzenberg B, Jossier L, Borgne A, Moreau A, Jean-François M : « Évolution de l'activité des consultations non hospitalières de tabacologie durant la période triennale 2000-2002 - In *BEH* 22 : 100-1, 1999
19. Slama K : « Le conseil minimal anti-tabac en médecine générale », in *Médecine d'aujourd'hui* 4 : 135-9, 2003
20. Perriot J : « La consultation de tabacologie en médecine générale : ses modalités pratiques », in *Médecine d'aujourd'hui* 9 : 289-4, 2003
21. Lagrue G : « Rôle du médecin généraliste dans l'arrêt du tabac », in *Encycl Med Chir AKOS Encyclopedie Pratique de Médecine* (Elsevier, Paris), 6 p. 2001
22. Perrier C : *Accompagnement au sevrage tabagique : moyens actuels, rôle du pharmacien et enquête auprès des pharmaciens d'office de Grenoble* - Thèse pour le diplôme de Docteur en pharmacie, Grenoble, 2001
23. Dautzenberg B : *La lutte contre le tabac en entreprise : le guide* - Paris : Margaux Orange, 2000
24. Gillespie A, Stanton W, Lowe JP, Hunter B : « Feasibility of school-based smoking cessation programs », in *J Sch Health* 65(10) : 432-7, 1995
25. Lancaster T, Dobbie W, Vos K, Yudkin P, Murphy M, Fowler G : « Randomised trial of nurse-assisted strategies for smoking cessation in primary care », in *Br J Gen Pract* 49(440) : 191-4, 1999
26. Lagrue G. « Mission et organisation des centres de tabacologie », in *OPA Pratique* 150 : 8-10, 2001
27. Gillet C. « Sevrage alcoolique et tabagisme », in *Alcoologie* 21 : 127S-32S, 1999
28. Bolliger CT, Zellweger JP, Danielsson T, Van Biljon X, Robidou A, Westin A, Perruchoud AD, Saïve U : « Influence of long-term smoking reduction on health risk markers and quality of life », in *Nicotine Tob Res* 4(4) : 433-9, 2002
29. Bolliger CT, Zellweger JP, Danielsson T, Van Biljon X, Robidou A, Westin A, Perruchoud AD, Saïve U : « Smoking reduction with oral nicotine inhalers : a double blind, randomized clinical trial of efficacy and safety », in *BMJ* 321(7257) : 329-33, 2000
30. Perriot J : « Approches collectives d'aide au sevrage tabagique », in *Le tabagisme*, de Martinet Y, Bohadana A - Paris : Masson, 2004
31. Le Maitre B, Ratte S, Stoebner-Delbarr A : *Sevrage tabagique des clefs pour les praticiens* - Paris : Doin, 2005
32. Grimbart P : *Pas de fumée dans Freud* - Paris : Armand Colin, 1999

2 - ECLAT : Espace de concertation et de liaison des actions contre le tabagisme, e-mail : [contact@eclat5962.org](mailto:contact@eclat5962.org)

3 - IRAT : (Institut Rhône Alpes de Tabacologie e-mail : [iratlyon@wanadoo.fr](mailto:iratlyon@wanadoo.fr))

4 - Association Tabac & Liberté : [www.tabac-liberte.com](http://www.tabac-liberte.com)

# Efficacité des politiques de contrôle internationales et de l'évolution des législations nationales

Gérard Dubois\*

**Le développement de la lutte contre le tabagisme au niveau international n'est possible que grâce au volontarisme de certains États, à la dynamique et au courage de certains experts et de celui des organisations internationales. L'adoption de la Convention cadre de lutte contre le tabagisme (CCLAT) de l'OMS illustre parfaitement cette problématique. L'Union européenne s'est également dotée d'un arsenal de directives et de réglementations contraignantes qui permettent de commencer à réduire l'acceptabilité sociale du tabac et à protéger la santé publique. Mais ces acquis ne suffisent pas pour gagner la guerre contre le tabac.**

\* Président de  
l'Alliance contre le tabac  
E-mail : [dubois.gerard@chu-amiens.fr](mailto:dubois.gerard@chu-amiens.fr)

**L**E TABAC est le seul produit de consommation courante qui, utilisé de manière adéquate, tue la moitié de ses consommateurs réguliers. Comme le montre l'article de J. Perriot dans ce dossier *thema* de Toxibase, vendu, promu et consommé partout dans le monde, il est à l'origine de la pire pandémie de l'histoire de l'humanité.

Débutée au XIX<sup>e</sup> siècle, elle prend véritablement son élan au XX<sup>e</sup> siècle (100 millions de morts dans sa seconde moitié) pour éclater au XXI<sup>e</sup> au cours duquel un milliard de fumeurs mourront de leur tabagisme si rien ne change. De part sa banalité (jusqu'à 70% des hommes et 40% des femmes ont été fumeurs dans les pays développés), l'action néfaste et délétère de l'industrie du tabac, le mépris ou le sentiment d'impuissance affiché pendant des décennies par les milieux scientifiques et médicaux tant français qu'internationaux, la complicité d'hommes politiques, de médias et des publicitaires, cette tragédie a été niée ou sous-estimée pendant cette période.

Il a fallu l'action courageuse de quelques uns, médecins, scientifiques, politiques ou militants, pour que les États mettent en œuvre des législations contenant des réponses partielles, toujours vivement contestées par l'industrie du tabac. Le résultat catastrophique est qu'en 2002, sur 7 millions de décès annuels par drogues dans le monde, 5 le sont par le tabac, 1,8 par l'alcool, 0,2 par les drogues illégales (respectivement 4,1%, 4,0% et 0,8% des DALYS ou *disability-adjusted life years* ou encore *années de vie perdue en bonne santé*).

La prise de conscience fut particulièrement lente. Les toutes premières études, faites juste avant ou pendant la Seconde guerre mondiale, ne sont véritablement connues que depuis qu'elles ont été à nouveau publiées. C'est en fait Richard Doll pour l'épidémiologie et E. Wynder pour l'expérimentation qui attirent utilement l'attention sur les dangers du tabac au milieu des années 1950. La pandémie a déjà débuté depuis un siècle. Il faudra encore vingt ans pour qu'une législation de protection sanitaire voie le jour en France en 1976, grâce à la clairvoyance scientifique du Prof. Maurice Tubiana et au courage politique de Mme Simone Veil. C'est politiquement une loi en avance sur son temps mais elle est historiquement et scientifiquement bien tardive. Elle

ralentit la progression du tabagisme parce que sa portée est insuffisante mais surtout parce qu'elle est contournée. C'est l'apprentissage qu'en ce qui concerne le tabac, aucun degré de liberté ne doit être laissé à l'industrie du tabac qui, de manière constante, tente de contourner les lois. Il en résultera la loi Evin qui fait enfin baisser la consommation de tabac en France.

Le tabac est aujourd'hui consommé partout dans le monde, y compris dans les endroits les plus reculés. L'épidémie étant mondiale, il s'agit par définition d'une pandémie. Il reste à tenter d'organiser une réponse internationale et si possible mondiale. On peut alors, pour simplifier, s'intéresser à deux situations : l'Union européenne et l'Organisation mondiale de la santé.

## L'Union européenne

Bien qu'ayant toujours eu un statut fiscal particulier, jusqu'à être produits et distribués par un monopole, les produits du tabac font l'objet d'échanges commerciaux internationaux. Pendant longtemps les traités européens n'ont pas donné de compétence à la Commission européenne dans le domaine de la santé ce qui n'empêche pas que toute publicité télévisée directe ou indirecte pour le tabac (et pour les médicaments) ait été interdite dès 1989. C'est grâce au programme *Europe contre le cancer* (à nouveau sur une idée du Prof. Maurice Tubiana), que des campagnes

annuelles sont mises en place en ce qui concerne la lutte contre le tabagisme. C'est le traité de Maastricht qui permet enfin la mise en place et le développement d'une législation européenne contraignante (directive) ou indicative (résolutions).

### Les directives

• 16/06/1986 86/246/CEE

Directive du Conseil modifiant la directive 72/464/CEE concernant les impôts autres que les taxes sur le chiffre d'affaires frappant la consommation des tabacs manufacturés.

• 03/10/1989 89/552/CEE (révisée le 23/06/97) dite *Télévision sans frontières* qui interdit la publicité pour le tabac et les médicaments.

• 13/11/1989 89/622/CEE

Directive du Conseil concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière d'étiquetage des produits à base de tabac modifiée par la directive 92/41/CEE 15/05/1992 JO/L158/30.

• 17/05/1990 90/239/CEE

Directive du Conseil relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres concernant la teneur maximale en goudron des cigarettes.

• 28/06/1990 90/394/CEE

Directive du Conseil concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents cancérogènes au travail

• 06/07/1998 98/43/CE

Directive 98/43/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 juillet 1998 concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de publicité et de parrainage en faveur des produits du tabac. La Cour de Justice Européenne a, dans un arrêt du 5 Octobre 2000, annulé cette directive.

• 05/06/2001. Directive du parlement européen et du conseil relative au rapprochement en matière de fabrication, présentation et vente des produits du tabac

• 05/09/03. Décision de la Commission sur l'utilisation de photographies en couleurs ou d'autres illustrations comme avertissements relatifs à la santé à faire figurer sur les conditionnements des produits du tabac.

• 06/05/2003. Directive concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de publicité et de parrainage en faveur des produits du tabac.

### Les résolutions ou recommandations

• 18/07/1989 89/C/189/01

Résolution du conseil et des Ministres de la santé des États membres, concernant l'interdiction de fumer dans les lieux accueillant le public.

• 17/05/1990 90/238/Eur CECA, CEE JO/L137/31. Décision du Conseil et des repré-

sentants des gouvernements des Etats membres adoptant un plan d'action 90/94 dans le cadre du programme *L'Europe contre le cancer*.

• 30/06/1992 92/2077/CEE JO/L215/80

Règlement relatif aux organisations et accords interprofessionnels dans le secteur du tabac.

• 26/11/96 96/C37/4/04. Résolution du Conseil du 26 novembre 1996 concernant la réduction du tabagisme dans la Communauté européenne.

• 02/12/2002. Recommandation relative à la prévention du tabagisme et à des initiatives visant à renforcer la lutte antitabac.

### En résumé

Dans l'Union européenne, toute publicité transfrontalière (TV, radio, presse), quelle soit directe ou indirecte est interdite depuis le 31 juillet 2005. Il est conseillé aux États d'en faire de même pour ce qui

n'est pas transnational comme les panneaux publicitaires. Les produits eux-mêmes font l'objet d'une réglementation (rendements limités pour les goudrons, la nicotine, le CO), avertissements sanitaires qui peuvent même être sous la forme d'images. Une liste commune d'ingrédients autorisés est prévue mais les informations fournies aux États par les cigarettiers n'étant pas sous le même format, cette procédure est retardée. En ce qui concerne l'exposition passive à la fumée de tabac pour laquelle la Commission a une compétence, l'attitude reste prudente malgré les prises de position successives de trois Commissaires européens en charge de la santé. Tout au niveau européen demande du temps et de la constance (l'interdiction de la publicité a demandé plus de dix ans à cause de l'attitude hostile d'une minorité d'États parmi lesquels l'Allemagne est une constante, longtemps alliée à la Grande-Bretagne).

## L'Organisation mondiale de la santé (Oms)

L'idée d'un traité international est née en mai 1995. En 1997, l'Assemblée mondiale de la santé confie officiellement cette mission au Directeur général. C'est son successeur, le Dr Gro Harlem Brundtland qui mènera à bien cette mission à partir de 1998 après en avoir fait une de ses deux priorités (l'autre étant le paludisme).

Une équipe spécifique est mise en place (*Tobacco Free Initiative* ou Initiative pour un monde sans tabac). Une collaboration intense est mise en place avec les États, les organisations régionales de l'OMS, les autres agences de l'Onu, les associations et des experts. Il faut remarquer que si les cigarettiers ont été auditionnés, ils n'ont pas été associés au processus. Ils ont même été persona non grata. Un groupe de travail a élaboré un texte provisoire de 1999 à 2000.

Le processus diplomatique a évolué à partir de 2000 jusque 2003. Le 21 mai, l'Assemblée mondiale adopte à l'unanimité la *Convention cadre pour la lutte antitabac*. Au 13 septembre 2005, 168 pays l'ont signée (gouvernements) et 79 l'ont ratifiée (pouvoirs législatifs). Le texte est devenu applicable aux États qui ont ratifié le texte depuis le 27 février 2005. La France a été le premier pays de l'Union européenne à ratifier la *Convention cadre*

qui comporte un certain nombre de principes directeurs :

- Information de chacun sur les conséquences pour la santé, le caractère addictif et mortel de la fumée de tabac,
- Il existe des mesures efficaces qui doivent être mises en œuvre en association,
- L'engagement politique est nécessaire,
- de même que la coopération internationale,

et comporte les éléments suivants :

- mesures fiscales de prix élevés,
- protection contre la fumée de tabac,
- réglementation de la composition des produits du tabac,
- réglementation des informations sur les produits du tabac à communiquer,
- conditionnement et étiquetage des produits du tabac,
- éducation, communication, formation et sensibilisation du public,
- interdiction globale de la publicité, de la promotion et du parrainage pour réduire la consommation des produits du tabac,
- promotion du sevrage tabagique,
- élimination du commerce illicite du tabac (contrebande, contrefaçon),
- interdiction de vente aux mineurs,
- aide au remplacement de la culture du tabac,

Suivre l'évolution du tabagisme en France  
à partir du tableau de bord mensuel tabac de l'OFDT :

www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt\_pres.shtml (© OFDT)

• coopération scientifique, recherche, surveillance, échanges d'informations.

La *Convention cadre* est donc un texte complet, cohérent et ambitieux qui a résisté aux tentatives des États-Unis, de l'Allemagne et du Japon pour l'affaiblir. Son application sera suivie régulièrement, à partir de février 2006 par une *Conférence des parties* (ceux qui ont ratifié) qui consulte les associations réunies au sein de la *Framework Convention Alliance* (dont l'*Alliance contre le tabac* qui réunit en France 32 associations et organismes). Son rôle est de créer une reconnaissance diplomatique des modalités efficaces d'action contre le tabagisme, d'en favoriser et d'en évaluer l'application.

En conclusion, il est certain que la lutte contre le tabac nécessite des mesures législatives et réglementaires (interdiction de la publicité, augmentation des prix, protection des non-fumeurs, interdiction de vente aux mineurs...) et que ces modalités nécessitent une mise en commun au niveaux international et mondial. La *Convention cadre* de l'OMS constitue une victoire que l'on doit à une femme courageuse et exemplaire. Les progrès sont certains, mais la route est encore longue.

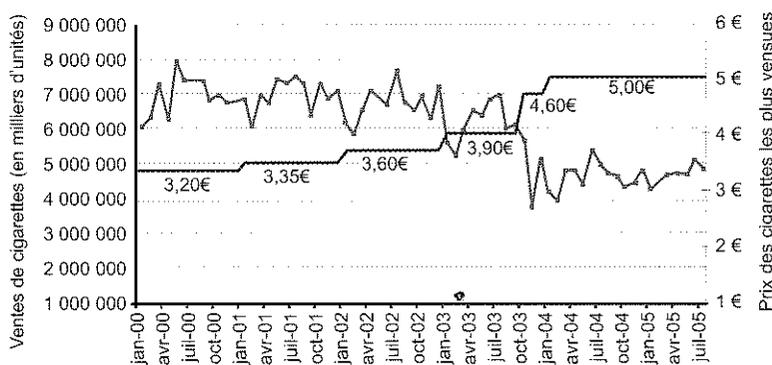
**Bibliographie de l'auteur**

1. Doll R., Peto R *et al* : « Mortality in relation to smoking : 50 years' observation on male British doctors » in *BMJ* 328 (7455) : 1507, Jun 26, 2004
2. *Curbing the epidemic: Governments and the economics of tobacco control* - The World Bank Group, 1999  
www1.worldbank.org/tobacco/reports.htm
3. Dubois G : *Le Rideau de fumée* - Paris, Le Seuil, 2003
4. *Rapport sur la santé dans le monde : Réduire les risques et promouvoir une vie saine* - OMS, 2002
5. Dubois G, Got C, Gremy F, Hirsch A, Tubiana M : *L'action politique dans le domaine de la santé publique et de la prévention. Rapport au ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale* - Paris, 1989. Santé Publique 4, 3-30, 1992
6. Dubois G : « La nécessaire internationalisation de la lutte contre le tabagisme », in *Bull. Acad. Natle Méd* 182, 939-953, 1998
7. WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC)  
www.who.int/tobacco/framework/en

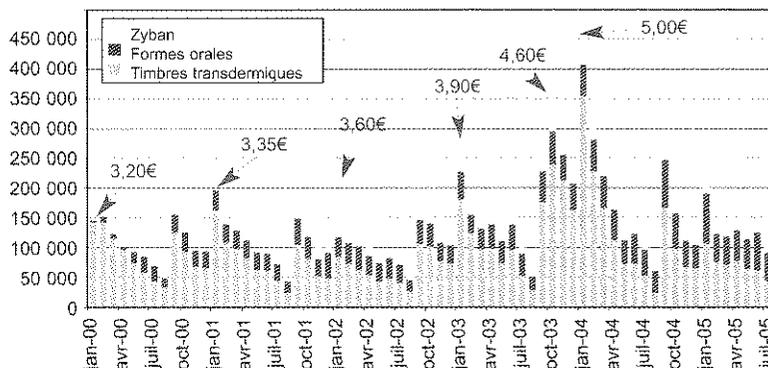
Depuis 2004, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies met à jour des données précises à la demande de la MILDT. Elles permettent de suivre l'actualité de l'évolution de la consommation et de la prise en charge à partir de données d'origine diverses. Les indicateurs disponibles sont :

► **Les chiffres du mois comparés au mois précédent et au mois de l'année précédente** : • vente de cigarettes et prix de vente moyen • vente de tabac à rouler et prix de vente moyen • nombre et quantité de saisies • vente de substituts nicotiniques • nombre moyen de consultations (sur la base d'un échantillon d'une vingtaine de centre de tabacologie) • nombre d'appels traités par Tabac-Info-Service (TIS)

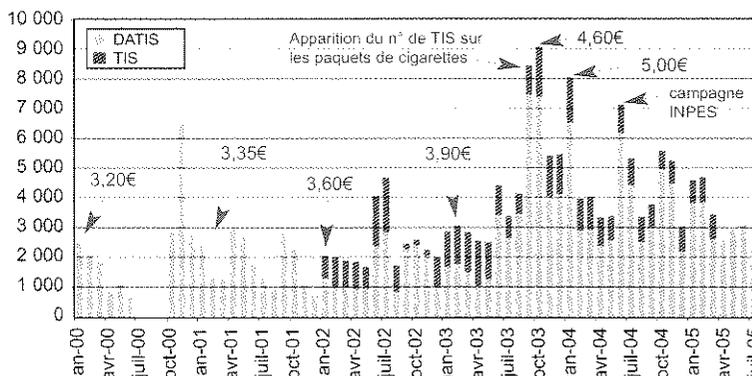
► **Vente et prix des cigarettes** de la classe la plus vendue (source Altadis pour tous les débits de tabac de France continentale, Marlboro en paquet de 20 et Interval blond 40g pour le tabac à rouler). Cet indicateur permet ainsi nettement de constater la baisse de la vente en fonction de l'augmentation du prix de vente, en particulier depuis le début 2003.



► **Vente de substituts nicotiniques** en équivalent « nombre de patients traités » : ce tableau distingue le Zyban®, les timbres transdermiques, les formes orales (gommages...)



► **Nombre d'appels traités par les deux lignes d'aide téléphoniques nationales** : DATIS et Tabac-Info-Service, dont la consultation a fortement augmenté avec la mention du numéro d'appel de TIS en octobre 2003.



# Évolution des centres hospitaliers de tabacologie depuis 2000

Paule Kassis\* et Christelle Duteil\*\*

Le développement des consultations de tabacologie est une évolution majeure de la politique de soins en France. Cet article présente un bilan statistique de leur activité depuis leur création en 2000, réalisé à partir d'une enquête de type « une semaine donnée ».

On constate une baisse du nombre de patients entre 2004 et 2005 avec une diversité des volumes d'activité allant du simple au triple suivant les centres. Cette baisse est due en partie au fait que l'augmentation des prix des cigarettes a, dans un premier temps, provoqué un afflux des consultations.

Le suivi du sevrage reste la première activité (57%) et le délai d'attente de rendez-vous a nettement diminué.

L'utilisation d'outils diagnostic et cliniques est en augmentation.

Des progrès sont constatés pour une approche plus globale du patient et une coordination des services.

Enfin, le développement de séances de consultation collective est décrit.

LA LOI 91-32 DU 10 JANVIER 1991, dite *Loi Evin*, a profondément marqué la lutte contre le tabagisme en l'inscrivant dans une politique de santé publique qui se décline en plusieurs temps :

• **Le premier plan**, « cohérent et transversal de lutte contre le tabagisme », présenté le 26 mai 1999 par le Secrétaire d'État à la santé et à l'action sociale, fait du sevrage tabagique **une priorité de santé publique** et annonce la création de « 150 centres de sevrage ».

• En rappelant aux établissements de santé l'obligation du plein respect de la loi Evin, **priorité hospitalière**, la circulaire DGS/DP3/DH99/330 du 8 juin 1999 insiste sur « l'interdiction de fumer dans tous les locaux de soins et tous les lieux recevant du public, y compris les espaces ouverts situés sur le passage du public et des patients » et donne à l'hôpital, « qui n'est pas un lieu ordinaire », sa valeur d'exemplarité. Elle inclut dans les référentiels d'accréditation les missions de « sensibilisation, prévention et information des soignants, des malades et des visiteurs ».

• **Le plan triennal de lutte contre la drogue et la prévention des dépendances**, adopté le 16 juin 1999, préconise « des réponses coordonnées au sein de l'hôpital » et, surtout, incite au « regroupement des structures chargées des différentes conduites addictives au sein d'une même entité fonctionnelle ».

Ainsi renforcées, les consultations « d'aide aux fumeurs » ou « d'aide à l'arrêt » qui existaient depuis les années soixante-dix, le plus souvent rattachées aux services de pneumologie ou de médecine générale, se redéfinissent en « consultations de tabacologie » et prennent place à l'intérieur de structures d'addictologie. La dynamique est définitivement lancée, qui sera précisée par plusieurs mesures ultérieures.

\* Attachée, Ministère de la santé et des solidarités, DHOS 02

E-mail : Paule.KASSIS@sante.gouv.fr

\*\* Gestionnaire d'enquêtes, Ministère de la santé et des solidarités, DHOS 02

E-mail : Christelle.DUTEIL@sante.gouv.fr

C'est la circulaire DH/E02/DGS/2000/182 du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé qui - en mettant en place un ensemble de mesures visant à favoriser l'accueil et la prise en charge de personnes dépendantes du tabac et développer une politique de prévention du tabagisme - va induire la création de nouvelles consultations hospitalières de tabacologie et surtout affirmer et structurer le concept d'unités de coordination de tabacologie (UCT).

En effet, partant de la mise en œuvre du dispositif de formation, d'information et de prévention, les UCT vont, soit constituer le noyau d'une équipe en addictologie (incluant la prise en charge de l'alcool, de la toxicomanie et de la dépendance au tabac) lorsque l'établissement en est dépourvu, soit être intégrées à une équipe de liaison préexistante. De fait, elles feront pleinement partie du dispositif de **liaison hospitalière** de prise en charge des dépendances.

Enfin la circulaire prévoit l'évaluation annuelle des consultations et des consultants.

En 2000, une enveloppe nationale de 26,2 millions de francs (4M€), a été engagée pour la création et le développement d'unités de coordination de tabacologie ou de consultations hospitalières de tabacologie. Cet effort financier a été poursuivi en 2001.

## Évaluation des consultations (2000-2005)

Une première évaluation des consultations existantes avait été faite en janvier 2000 par enquête de type transversal portant sur une semaine donnée. Elle portait sur la typologie et le fonctionnement des consultations hospitalières et privées recensées dans l'annuaire de l'OFT. 198 consultations ont été recensées, dont 45 créées avant 1990 et 153 entre 1990 et 1999.

Depuis cette date, l'enquête « une semaine donnée » a lieu annuellement. Le bilan des cinq premières années (2000-2004) paru dans le *Bulletin Épidémiologique Hospitalière* (BHE) du 31 mai 2004 indiquait que 51% (soit 206) des centres de consultations de tabacologie avaient été créés depuis 2000. En 2004, ils étaient 426.

L'enquête 2005 menée dans les consultations hospitalières de tabacologie a montré les résultats suivants.

### Méthodologie

Un questionnaire d'enquête adressé à toutes les consultations a porté sur :

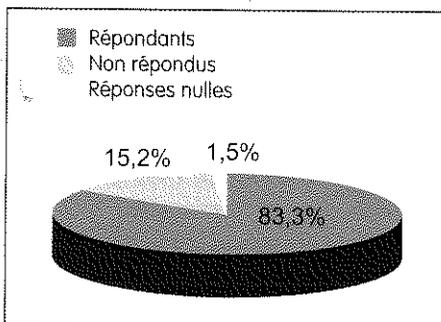
- le nombre total de patients venus dans la semaine donnée ;
- le type de consultation : premières consultations, suivi de sevrage, femmes enceintes et patients hospitalisés ; consultations ou accueil de groupe ;

- le délai d'attente du premier rendez-vous ;
- les outils utilisés lors de la consultation (analyseur de CO, test de Fagerstrom, test HAD)
- l'utilisation du dossier standardisé de consultation Inpes/RHST ;
- l'utilisation du dossier médical informatisé.

### Résultats

1. Sur 270 questionnaires envoyés, 229 consultations hospitalières de tabacologie ont répondu, 41 n'ont pas donné suite et 4 réponses n'étaient pas exploitables. Le nombre de réponses exploitables a été de 225 (tabl. 1), soit un taux de 83%. 221 répondants sont en France métropolitaine et 4 dans les DOM.

**1. En 2005, le nombre de questionnaires traités (225) est similaire à celui de 2004 (228).**



2. Le nombre de patients est passé de 4 332 en 2004 à 3 448 en 2005 (tabl. 2). Cette baisse peut s'expliquer en partie par les actions gouvernementales impulsées en 2004. En effet, l'augmentation du prix des cigarettes a, dans un premier temps, créé un afflux de demandes de consultations, qui se sont stabilisées et traduites à terme par la baisse notée au début de l'année 2005. Le type d'activité - première consultation, suivi de sevrage - reste le même.

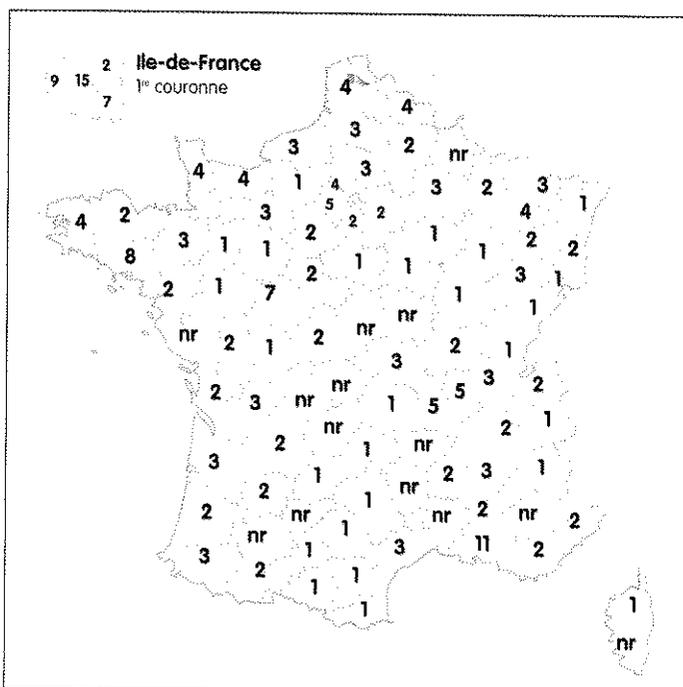
Le critère visant à connaître le nombre de patients concernés ou non par l'accueil de groupe a été pris en compte dans l'analyse des activités des consultations. Le suivi de sevrage au-delà de la première consultation représente la principale activité des consultations hospitalières de tabacologie (57%).

• La proportion de premières consultations reste stable à près d'un tiers (31%).

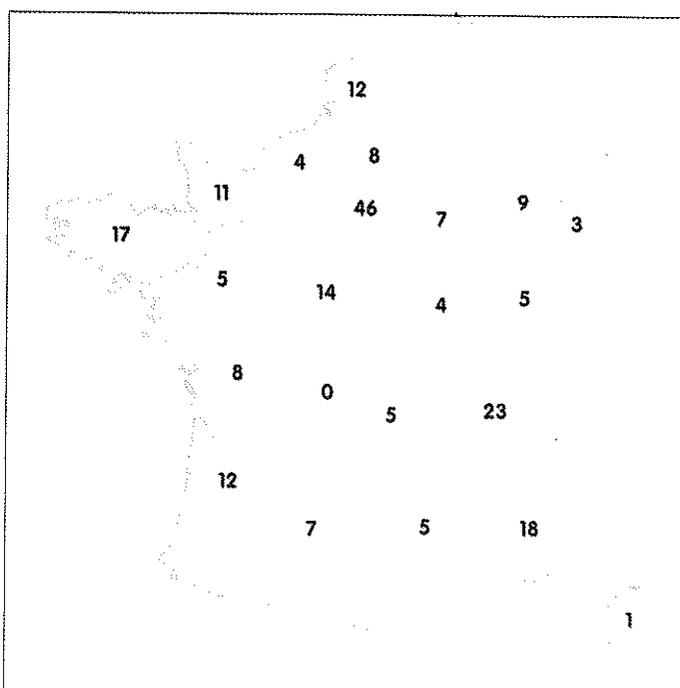
• Le nombre des « patients hospitalisés dans l'établissement, adressés en consultation de tabacologie ou vus au lit du malade » augmente passant de 520 en 2004 à 600 en 2005.

• L'accueil en groupe des fumeurs lors de leur première consultation existe dans 25% des établissements (soit 56 établissements sur 225).

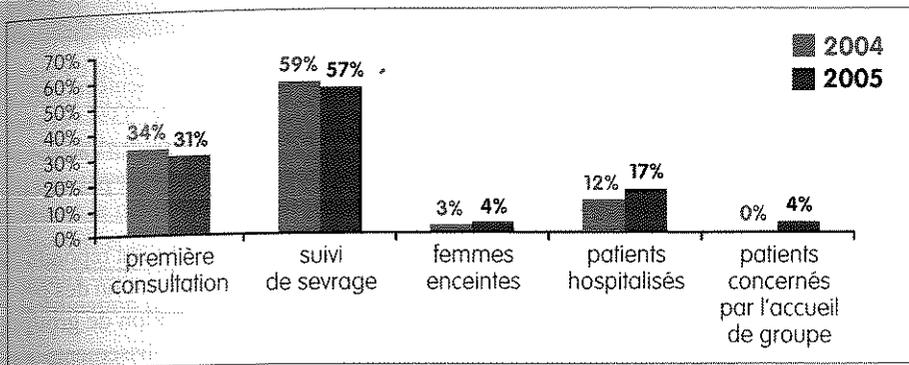
Répartition départementale en France métropolitaine des 221 consultations hospitalières ayant répondu à l'enquête



Répartition régionale des 221 consultations en France métropolitaine ayant répondu à l'enquête



## 2. Comparaison 2004/2005 des activités des consultations de tabacologie ayant répondu



• Enfin, du fait d'actions spécifiques d'information menées en direction des femmes enceintes fumeuses, le nombre des consultantes augmente très légèrement en 2005 passant à 134 contre 114 en 2004.

**3. Les personnels** des consultations de tabacologie (tabl. 3) sont principalement des non médicaux, les médecins représentant moins de 40% en équivalent temps plein.

**4. Le délai d'attente** de rendez-vous pour une première consultation de tabacologie (tabl. 4) a nettement diminué puisqu'il est inférieur à 1 mois pour 66% des établissements (au lieu de 47% en 2004). De plus, le délai maximum d'attente est de 2 mois et demi contre 5 mois en 2004.

La médiane est de 15 jours, soit quasiment deux fois moins qu'en 2004 (29 jours). Cette valeur tient compte de la diminution du nombre de personnes venues consulter en 2005. (graphique sur délais d'attente)

**5. L'utilisation des outils de diagnostic clinique et biologique** (tabl. 5) est en augmentation régulière les 5 dernières années. En outre, on peut noter que 61% des établissements utilisent toujours les trois outils à la fois, contre 53% en 2004.

**6. Le pourcentage** des consultations de tabacologie utilisant le dossier Inpes/RHST<sup>2</sup> (tabl. 6) croît régulièrement, passant de 31% en 2001 à 67% en 2004 et 70% en 2005<sup>3</sup>.

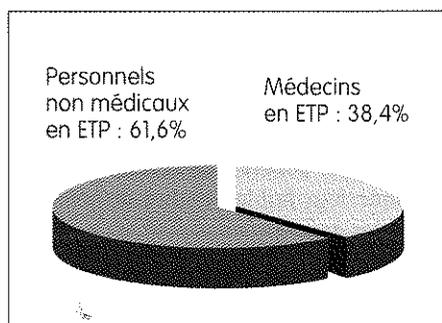
L'utilisation d'un dossier médical informatisé reste faible, bien que la proportion ait doublé en 5 ans, passant de 11% en 2001 à 27% en 2005.

1 - Rappelons que l'Office français de prévention du tabagisme mène une enquête identique, utilisant la même méthodologie auprès des consultations non hospitalières.

2 - Institut national de prévention et d'éducation pour la santé/Réseau hôpital sans tabac.

3 - Cf. article de L. Le Faou et O. Scemama dans ce dossier *thema* de la revue *Toxibase*.

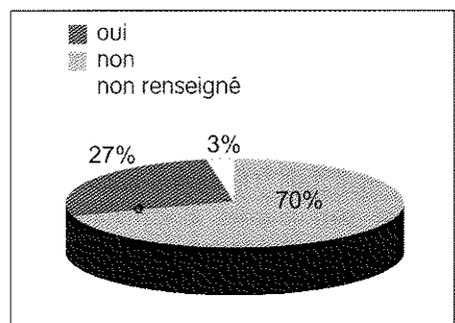
### 3. Les personnels des consultations de tabacologie



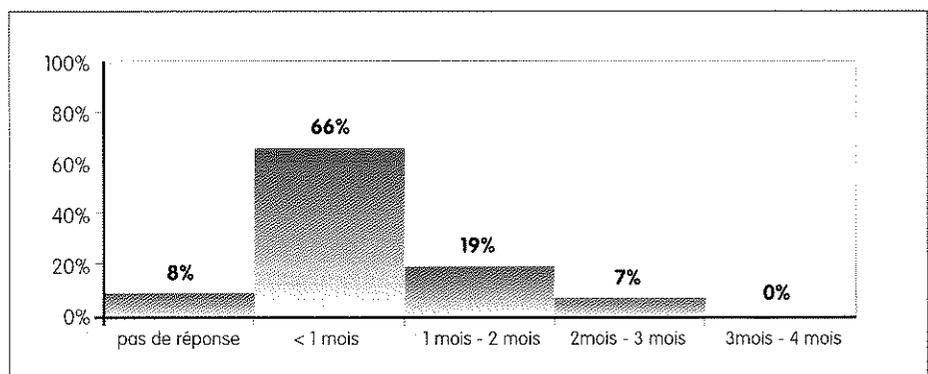
## Conclusion

Cette dernière enquête a mis à jour une évolution notable dans les modalités de fonctionnement des consultations de tabacologie et dans la prise en charge des personnes souhaitant arrêter de fumer. On remarque en effet l'utilisation quasi généralisée des outils de diagnostic clinique et biologique et une meilleure organisation autour de la demande. Mais surtout, on note dans les commentaires une approche plus globale du patient et les premières coordinations entre les services.

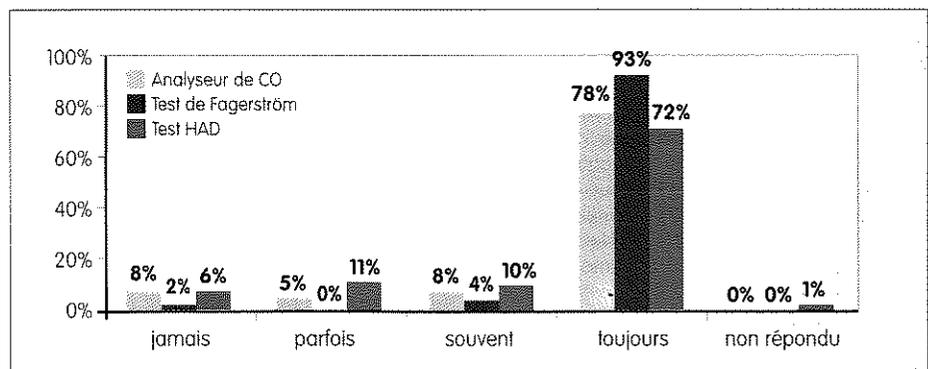
### 6. Les consultations de tabacologie d'après le dossier Inpes/RHST



### 4. Délai d'attente du premier rendez-vous dans les établissements ayant répondu en 2005



### 5. Fréquence d'utilisation des outils lors de la première consultation



## Évaluation des consultations de groupe

En mars 2004, le renforcement des consultations hospitalières de tabacologie a été inscrit dans les mesures nouvelles du plan gouvernemental de lutte contre le cancer et un montant de 1M€ dégage pour la création de 8 consultations dans les départements non pourvus et le financement de 20 consultations expérimentales de groupe sans rendez-vous dans dix régions : Paris-IDF (6), Nord-Pas-de-Calais (Lille), Basse-Normandie et Haute-Normandie, Bretagne, Rhône-Alpes(2), Lorraine, Alsace, Languedoc Roussillon (2), Provence-Alpes-Côte-d'Azur (2).

En juin 2005, afin d'évaluer l'impact de cette mesure, une enquête a été effectuée portant sur le fonctionnement de ces consultations de groupe sans rendez-vous et sur une période allant du 1er juin 2004 au 31 mai 2005. Un questionnaire a été adressé par courrier électronique aux responsables des services ayant bénéficié de cette mesure dans les 20 établissements hospitaliers sélectionnés<sup>3</sup>.

### Méthodologie

Le questionnaire comportait des questions quantitatives, qualitatives et des questions ouvertes portant sur :

- le nombre de séances de consultations collectives organisées sur la période ;
- le nombre de personnes ayant consulté en groupe sur la période ;
- les activités en terme d'informations et de supports utilisés ;
- la pratique du test de Fagerström et du dosage de CO expiré ;
- l'orientation des personnes ;
- le suivi des personnes ;
- l'effectif du personnel en équivalent temps plein (ETP) ;

3 - Il s'agit des établissements suivants : Hôpital Calmette-CHRU de Lille (59), Hôpital Pitié Salpêtrière (75), Hôpital Jean Verdier (93), CHU de Montpellier -Hôpital A. de Villeneuve (34), CHU de Bordeaux (33), Hôpital Michallon - CHU de Grenoble (38), Hôpital Tenon (75), Hôpital Pasteur- CHU Nice (06), Hôpital Foch (92), Hôpital A. Chenevrièr (94), CHU Côte de Nacre (14), Hôpital Sainte Marguerite + La Timone (13), Hôpital de Hautepierre - CHRU de Strasbourg (67), Hôpital E. Herriot (69), CHU de Rennes (35), CHU de Brest (29), CHU de Nancy (54), Hôpital Bichat (75), CHU de Rouen (76).

- l'intérêt de la consultation de groupe pour le personnel ;
- l'évaluation du degré de satisfaction des personnes suivies ;
- les remarques particulières à la consultation de groupe, portant sur les consultants ainsi que sur le fonctionnement et le personnel.

### Résultats

Sur 20 établissements enquêtés, 18 ont répondu et 14 réponses ont été exploitables.

• **452 séances de consultations collectives** ont été organisées entre le 01-06/04 et le 31/05/05. La moyenne est de 32 séances par établissement et la médiane de 25. Certaines consultations de tabacologie de groupe sont encore très récentes, ce qui explique leur faible nombre de séances. Ainsi, les dernières consultations mises en place en avril 2005 ont peu de séances, le minimum étant de 3 et le maximum de 129.

• **2 860 personnes** ont bénéficié de consultations collectives hospitalières de tabacologie. La moyenne est de 204 personnes par établissement, la médiane étant de 143.

Une séance regroupe en moyenne 6 personnes, avec un minimum 1,3 personne (consultation ouverte en janvier 2005) et un maximum de 13 personnes.

**En terme d'activités, l'information** sur les modalités de sevrage est présente dans 93% des consultations et celle sur les risques liés à l'usage du tabac à 86%. On note 14% d'autres informations sur la dépendance, le comportement, les effets indésirables du sevrage, etc.

**Le recours au débat et à la discussion** est systématique, complété dans 86% des cas par des dépliants, l'audiovisuel étant relativement peu utilisé (36%). Le paperboard et les questionnaires sont utilisés dans 21% des consultations.

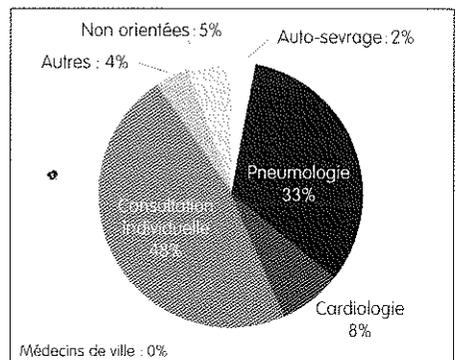
• **100% des établissements** utilisent le test de Fagerström et le dosage du CO expiré. Un établissement pratique en outre le dosage de la cotinine urinaire.

• **L'orientation des personnes** (tabl. 7 & 8), 4 établissements n'ont pas répondu à cette question. Les taux sont donc calculés sur 10 réponses représentant 1 602 personnes (sur un total de 2 860).

• 95% des personnes sont orientées : 48% en consultation individuelle, 33% vers un service de pneumologie, 8% en cardiologie. 5% des personnes ne sont pas orientées.

• **13 établissements sur 14** ont répondu à la question relative à l'orientation des personnes venues en consultation de groupe (tabl. 9). De même, 13 établissements sur 14 ont répondu à la question de savoir si les personnes venues consulter revenaient pour une prise en charge en groupe.

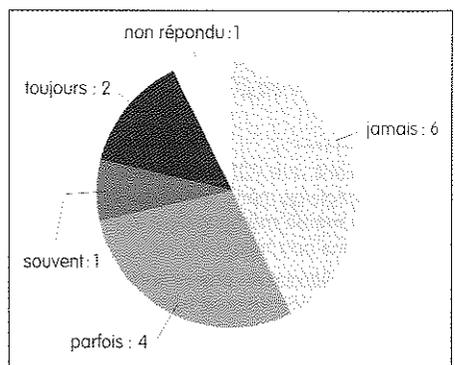
### 7. L'orientation des personnes



### 8. Réponses des établissements sur l'orientation des personnes

Orientation	Nombre d'établissements concernés	Nombre de personnes concernées
jamais	1	103
parfois	4	840
souvent	2	176
toujours	6	1 726
non répondu	1	15
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>2 860</b>

### 9. Prise en charge en groupe dans les 14 consultations



On remarque que des personnes venues consulter en groupe pour la première fois peuvent revenir pour une prise en charge en groupe en vue d'un sevrage ultérieur, mais en général les consultants préfèrent revenir en consultation individuelle.

Comme le montre le tableau ci-dessous, la consultation de groupe permet de raccourcir le délai d'attente du premier rendez-vous et introduit échanges et mises en réseaux dans l'organisation du travail et la coordination professionnelle.

	oui	non	non répondu
Raccourci le délai d'attente du premier RDV	93%	7%	0%
Réorganisation du travail	93%	7%	0%
Coordination entre services	64%	29%	7%
Dialogue/échange entre professionnels	57%	43%	0%
Mise en réseau	71%	29%	0%

• **43% des répondants** n'ont pas prévu d'évaluer la satisfaction des personnes ayant consulté et pour les 57% autres, l'évaluation est principalement prévue au travers d'un questionnaire écrit ou téléphonique.

• **Les remarques** liées à la consultation de groupe sont de deux ordres :

**Les consultants** (ressenti du personnel) : 5 établissements, soit près de 36% n'ont pas de remarques particulières. Pour les 9 autres, la principale observation porte sur le refus ou la réticence de certains patients à venir au groupe ou à s'exprimer devant les autres membres du groupe.

Enfin, le manque d'homogénéité des groupes et la fixation des dates communes de réunion sont sources de difficultés.

**Le fonctionnement et le personnel** : 4 établissements, soit près de 29%, n'émettent aucune remarque particulière en matière de personnel. 10 établissements font état de la difficulté à trouver des locaux adaptés ou disponibles.

## Conclusion

Dans la pratique, cette enquête a révélé une très grande diversité des volumes d'activité allant du simple au triple, alors que le fonctionnement, les outils et supports utilisés restent sensiblement plus homogènes.

Elle indique une très grande détermination des responsables des établissements agissant en coordination avec les responsables des consultations engageant des initiatives et des réponses multiples face aux besoins et aux réalités du terrain, d'où une dynamique plus efficace.

Elle a surtout permis de constater la mise en place de nouvelles méthodes de travail et de nouvelles relations entre les professionnels notamment d'autres consultations spécialisées, engageant une réelle coordination et un fonctionnement en interdisciplinarité et lançant une réflexion plus large entre les responsables des différentes disciplines.

## La lutte contre le tabagisme d'aujourd'hui à 2008

En 2005, le programme engagé dans le cadre du plan cancer se poursuit afin de consolider et renforcer le dispositif existant en tabacologie, avec l'inscription dans le PLFSS 2005 de mesures nouvelles d'un montant global de 2M€ dont l'utilisation est confiée aux régions. Toutes les régions de la France métropolitaine et des DOM bénéficient de crédits du plan cancer.

Un « **groupe d'appui pour le renforcement de la tabacologie dans le cadre du plan cancer** » a été mis en place. Il est composé des représentants de l'administration et de professionnels. Il a pour mission de faire des propositions sur l'évolution des consultations de tabacologie et l'amélioration de la prise en charge des personnes souhaitant arrêter de fumer.

Dans un avenir très proche, la lutte contre le tabagisme en s'orientant vers des popu-

lations spécifiques va évoluer selon trois axes :

• Une prise en compte des personnes dépendantes en situation de précarité et d'exclusion : dans le cadre du **plan de cohésion sociale** du gouvernement, le thème *précarité, exclusion et addictologie* a fait l'objet d'une mesure spécifique. L'objectif consiste à faciliter le sevrage tabagique de personnes en situation de précarité et de permettre la gratuité des consultations hospitalières de tabacologie et des substituts nicotiniques.

• Une prise en charge des **femmes enceintes** fumeuses ou exposées à la fumée. En effet, le **tabagisme actif et passif** pendant la grossesse représente un facteur de risques non négligeable pour la mère et l'enfant. La prise en charge de la mère et du père fumeurs pendant le temps lié à la grossesse s'inscrit donc dans

un champ large de prévention et de soins.

• Enfin, plus en amont, notamment chez **les jeunes**, il s'agira d'induire de profonds changements dans les représentations sociales du tabac et la perception du risque tabagique, en jouant un rôle dissuasif sur **l'initiation**.

## Conclusion

En matière de lutte contre le tabagisme, le renforcement de l'application de la loi Evin s'impose pour réduire le **tabagisme passif**, encourager la motivation à l'arrêt et soutenir les personnes dépendantes dans leur tentative de sevrage.

C'est le développement de la coordination des services et des équipes dans le cadre des **réseaux** qui devrait permettre une meilleure sensibilisation et prise en charge des personnes concernées.

# Profil des patients en tabacologie

## Résultats du programme Consultation de tabacologie (CDT)

Anne-Laurence Le Faou et Olivier Scemama\*

Le programme CDT permet le recueil informatisé de données sur le profil des consultations de tabacologie. Sur la période 2001-2003, 14 574 patients ont été vus une première fois, dont 51,4% de femmes. Leur âge moyen est de 42,8 ans ce qui est comparable aux rares données issues de la littérature. Le niveau de consommation est élevé et presque la moitié présentent une dépendance contre 16,5% dans la population générale. Cette population est marquée par une forte morbidité de troubles anxio-dépressifs, plus accentuée chez les femmes, et des antécédents somatiques importants. On retrouve ici un tableau clinique connu qui caractérise le noyau dur des fumeurs ou « hard core smokers ».

\* Centre de tabacologie,  
Hôpital européen Georges Pompidou  
et Université René Descartes,  
Faculté de médecine de Paris 5  
e-mail : Anne-Laurence.Le-Faou@spim.jussieu.fr

**D**EPUIS LA LOI VEIL en 1976, une politique de lutte contre le tabagisme a été progressivement déployée en France. En 1999, les mesures adoptées ont privilégié l'aide individuelle à l'arrêt du tabac chez les fumeurs en proposant la vente libre en pharmacie des Traitements de substitution nicotinique (TSN), en élaborant des programmes de formation à destination des médecins généralistes et des pharmaciens et en encourageant le développement des consultations de tabacologie dans les 24 régions françaises. La circulaire du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé a ainsi prévu l'ouverture de consultations hospitalières de tabacologie au sein de tous les établissements de santé de plus de 500 lits sur une période de cinq ans.

Depuis 2000, le développement des consultations de tabacologie a été soutenu par une enveloppe financière de 3,5 millions d'euros sur trois ans, distribuée au niveau régional. L'évaluation de cette politique, élaborée en 1999, a comporté deux volets.

D'une part, une analyse de l'activité de l'ensemble des consultations de tabacologie a été réalisée quatre années consécutives par le moyen d'une enquête transversale une semaine donnée [1], celle-ci étant présentée dans ce dossier *thema* de Toxibase par P. Kassis et C. Duteil de la DHOS.

D'autre part, un dossier standardisé informatisé a été élaboré pour décrire le profil des personnes s'adressant à ces consultations. Les caractéristiques socio-démographiques, médicales et de consommation tabagique de ces fumeurs ont été, dans cette perspective, enregistrées de façon systématique à l'aide du dossier patient électronique, spécifiquement conçu pour les consultations de tabacologie en 2000.

Le but principal du dossier était de standardiser la prise en charge des consultants et de vérifier que les consultations de tabacologie recevaient bien en priorité les fumeurs les plus malades et les plus dépendants du tabac. L'objectif de cet article est d'analyser le profil des fumeurs qui se sont adressés aux consultations de tabacologie participant au programme Consultation de tabacologie (CDT) en France entre 2001 et 2003.

### Le programme CDT

Le programme CDT permet le recueil informatisé de données systématiques sur le profil des consultants. Il a été conçu à partir du dossier de consultation de tabacologie élaboré par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), le Réseau hôpital sans tabac et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam-TS), en collaboration avec un comité d'experts en taba-

cologie, et à l'initiative de la Direction Générale de la Santé. Il a été validé par la Société de tabacologie.

Un premier prototype a été réalisé sur la base d'une version papier, comportant plus de 100 items. Il a fait l'objet d'une évaluation pendant six mois dans une consultation de tabacologie à l'hôpital Albert Chenevier de Créteil (P<sup>r</sup> G. Lagrue). Il s'agissait de déterminer les items réellement renseignés et pertinents dans le cadre d'une pratique courante. À l'issue d'une analyse quantitative et qualitative des taux de remplissage de chacun des items du dossier, 37 variables ont été finalement retenues. Sur ce total, 17 variables couvraient les trois axes principaux d'investigation et de prise en charge en matière d'aide au sevrage tabagique : la dépendance au tabac (trois items), le profil psychologique (six items) et le statut médical (huit items).

Les caractéristiques initiales de chaque fumeur, recueillies à la première consultation au moyen du dossier papier auto-administré, comprennent des variables socio-démographiques : sexe, âge, niveau d'éducation (pas de diplôme, CAP-BEP, lycée, baccalauréat, bac+2 et plus) et statut professionnel (actif, retraité, chômeur ou bénéficiaire du Revenu minimum d'insertion, sans activité, en formation). L'origine de la consultation est précisée (hospitalisation, démarche personnelle, conseils

d'un pharmacien, d'un médecin libéral ou d'un médecin du travail, autre).

Le statut tabagique est apprécié à partir de plusieurs items : la consommation quotidienne de cigarettes, le nombre de tentatives antérieures d'arrêt d'une durée supérieure ou égale à sept jours et le test de Fagerström qui permet d'évaluer le niveau de dépendance physique au tabac (entre 0 et 4, dépendance faible ou nulle ; 5 à 6, dépendance moyenne ; 7 à 10, dépendance élevée) [2]. Les niveaux de consommation tabagique rapportés par le sujet sont complétés par la mesure du taux de monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré.

Le test *Hospital Anxiety Depression* (HAD) est également systématiquement rempli afin d'identifier les individus présentant des troubles anxio-dépressifs [3]. Les fumeurs sont également interrogés sur l'utilisation habituelle de psychotropes et les épisodes de dépression ayant occasionné un arrêt total ou partiel de l'activité.

Les caractéristiques recueillies lors de la consultation initiale portent enfin sur les antécédents médicaux (cardio-vasculaires et respiratoires), la consommation d'alcool (nombre de verres/jour et test DETA [4]), et enfin sur l'existence d'autres addictions.

À l'issue de la consultation initiale, l'utilisateur doit préciser le type de prise en charge proposé : prescription de substituts nicotiques, de psychotropes ou prise en charge comportementale.

Le dossier informatisé CDT inclut également le recueil systématique d'un certain nombre de variables au cours des consultations de suivi : le statut tabagique (avec mesure du taux de CO expiré), le poids, les symptômes anxio-dépressifs (score HAD) et la consommation d'alcool.

Enfin, un système de rappel des patients comporte l'édition automatique d'une lettre de rappel personnalisée pour chaque patient, six mois et un an après la première consultation. Il permet de recueillir le statut tabagique déclaré par le patient.

Outre l'utilisation d'un dossier informatique standardisé, l'originalité du programme CDT repose sur le mode de transmission des données adopté. Deux systèmes ont été développés afin de répondre aux différentes attentes et contraintes des utilisateurs.

• Le premier système correspond au projet initial et se présente sous la forme d'un site Internet (CDTnet). Le consultant se

connecte et enregistre les données anonymes du fumeur directement dans la base de données centrale. Les informations du dossier sont accessibles en permanence après identification de l'utilisateur.

• Le second système répond à la volonté du ministère de la Santé d'atteindre toutes les consultations de tabacologie et de ne pas limiter l'accès du dossier informatisé aux centres ayant une connexion permanente à Internet. Il se présente sous la forme d'un logiciel de recueil et de consultation des données (CDTlog®). Les dossiers anonymisés et cryptés font l'objet d'une transmission périodique vers le serveur central. Ce second système a été interrompu en février 2004 afin d'éviter des transferts trop importants de données et de faciliter la gestion quotidienne du système.

Enfin, outre sa fonction de dossier patient électronique, le système permet de suivre en permanence l'évolution du profil des consultants grâce à un module statistique

d'accès personnalisé pour les équipes de tabacologie sur le site Internet du programme.

## Le programme profil des fumeurs enregistrés dans CDT

Au cours de la période 2001-2003, 14 574 patients ont été vus une première fois dans le cadre d'une consultation de tabacologie.

• Les femmes représentaient 51,4 % du total (tableau 1). Ce résultat a aussi été retrouvé dans la littérature anglo-saxonne [5-7].

• L'âge moyen des consultants était de 42,8 ans, ce qui concordait avec les rares données publiées dans la littérature, notamment en Espagne pour une série de fumeurs consultant un service hospitalo-universitaire d'aide au sevrage tabagique [8].

• Les femmes étaient, de façon statistiquement significative, plus jeunes que les hommes ( $p < 10^{-4}$ ).

**Tableau 1 - Caractéristiques socio-démographiques des fumeurs de la base nationale CDT en fonction du sexe** (source [19])

	Hommes	Femmes	Total
<b>Age moyen (ET)</b>	44,7 (11,6)	40,9 (11,4)	42,6 (11,7)
<b>Classes d'âge (%)</b>			
≤ 24 ans	273 (3,8)	477 (6,4)	750 (5,1)
25 - 34 ans	1 167 (16,5)	1 816 (24,2)	2 983 (20,5)
35 - 44 ans	2 008 (28,4)	2 472 (33,0)	4 480 (30,7)
45 - 54 ans	2 218 (31,3)	1 857 (24,8)	4 075 (28,0)
55 - 64 ans	1 084 (15,3)	634 (8,5)	1 718 (11,8)
≥ 65 ans	334 (4,7)	233 (3,1)	567 (3,9)
<b>Statut professionnel (%)</b>			
Actif	4 808 (67,9)	5 101 (68,1)	9 909 (68,0)
Retraité	813 (11,5)	485 (6,5)	1 298 (8,9)
Chômeur - RM1ste	682 (9,6)	676 (9,0)	1 358 (9,3)
Sans activité	592 (8,4)	916 (12,2)	1 508 (10,4)
En formation	189 (2,7)	311 (4,2)	500 (3,4)
<b>Niveau d'éducation (%)</b>			
Sans diplôme	1 412 (19,9)	1 220 (16,3)	2 632 (18,1)
CAP - BEP	2 141 (30,2)	1 516 (20,2)	3 657 (25,1)
lycée	617 (8,7)	747 (10,0)	1 364 (9,4)
Baccalauréat	801 (11,3)	1 109 (14,8)	1 910 (13,1)
Bac + 2	792 (11,2)	1 168 (15,6)	1 960 (13,4)
> Bac + 2	1 321 (18,7)	1 729 (23,1)	3 050 (20,9)
<b>Total (%)</b>	<b>7 084 (100,0)</b>	<b>7 489 (100,0)</b>	<b>14 573 (100,0)</b>

Figure 1 - Comparaison de la distribution par âge des fumeurs en population générale et de la population CDT en fonction du sexe

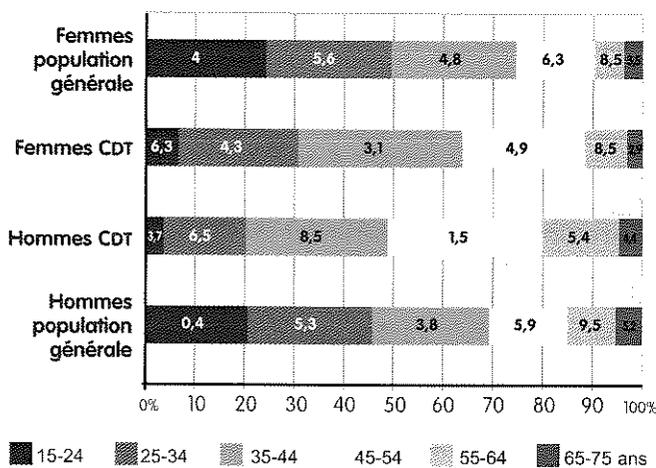
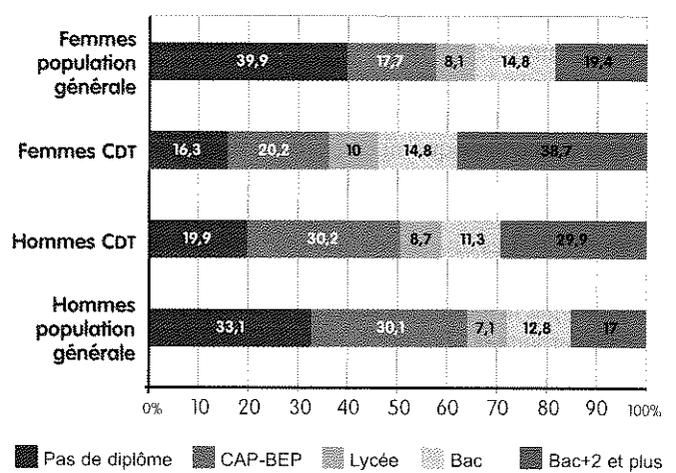


Figure 2 - Comparaison de la distribution par niveau d'éducation des fumeurs en population générale et de la population CDT en fonction du sexe



Sources : Baromètre santé 2000 et CDT

- On a observé une sous-représentation des jeunes adultes de 15 à 34 ans, sans doute en raison du degré insuffisant de la motivation à l'arrêt à cet âge (figures 1 et 2).
- Plus de 34% des consultants avait un niveau d'éducation supérieur au baccalauréat : 38,7% des femmes étaient titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur vs 29,9% des hommes.
- Les fumeurs étaient très majoritairement actifs (68,0%, quel que soit le sexe). Seulement 9,3% des consultants étaient au chômage ou bénéficiaient du RMI : les hommes au chômage ou bénéficiant du RMI représentaient 9% de la population de CDT alors que les chômeurs fumeurs correspondent à 12% des fumeurs dans la population générale [9]. Ce résultat est encore plus marqué chez les femmes : 9% de chômeuses dans la base CDT vs 15,2% dans la population générale des femmes fumeuses [9]. Les inégalités socio-économiques observées chez les fumeurs ne sont donc pas compensées par l'offre d'aide au sevrage tabagique.
- La population de fumeurs de la base nationale CDT était caractérisée par des niveaux élevés de consommation tabagique et de dépendance physique au tabac. Presque la moitié de la population présentait une dépendance physique élevée au tabac vs 16,5% dans la population générale des fumeurs [9]. La différence de niveau de dépendance physique au tabac entre les fumeurs de la population générale et les fumeurs consultant dans les centres d'aide au sevrage tabagique avait été évoquée dans une étude de Fagerström et al., notamment à partir de données françaises [10]. Cette étude rapportait les travaux de

- Lagruie *et al.* sur le niveau de dépendance nicotinique mesuré pour trois catégories de fumeurs en France : un échantillon représentatif de la population générale, un échantillon de professionnels de santé et la clientèle d'une consultation de tabacologie [11]. Dans cette étude, les fumeurs présentant une dépendance élevée au tabac représentaient 19% dans la population générale, 38% dans l'échantillon des professionnels de santé et 58% pour les consultants du centre de tabacologie.
- Pour près d'un tiers des consultants enregistrés dans CDT, la consultation n'avait jamais été précédée d'une tentative sérieuse d'arrêt du tabac. Les fumeurs ayant une dépendance physique élevée avaient tendance à avoir fait moins de tentatives antérieures d'arrêt : le nombre moyen de tentatives d'arrêt parmi les fumeurs ayant déjà essayé d'arrêter de fumer était significativement plus faible dans cette catégorie de fumeurs (2,1 vs 2,5 en cas de dépendance faible). Dans l'échantillon représentatif du Baromètre santé 2000, 8,6 tentatives d'arrêt antérieures étaient répertoriées en moyenne, ce qui pourrait être partiellement expliqué par le fait que la population du Baromètre santé est moins dépendante physiquement au tabac.
- Presque un quart de la population de la base CDT connaissait des difficultés avec l'alcool. Les hommes étaient deux fois plus souvent touchés que les femmes par ce mésusage de l'alcool (31% vs 15,6%).
- La population des fumeurs ayant recours aux consultations de tabacologie se caractérisait par des symptômes anxio-dépressifs sur lesquels Lagruie avait déjà attiré l'attention [12]. Cet auteur observait 34%

- de troubles anxio-dépressifs chez les fumeurs fortement dépendants dans une consultation hospitalo-universitaire de tabacologie. Dans la base nationale CDT, un antécédent d'épisode dépressif était retrouvé chez près d'un tiers des fumeurs consultants. Cette fréquence atteignait 38% parmi les femmes, qui étaient significativement plus nombreuses que les hommes (24,5%) à déclarer un tel antécédent.
- Plus d'un quart des consultants déclarait consommer un ou plusieurs médicaments psychotropes de façon habituelle. Ils étaient respectivement 20,2% et 17,6% à utiliser des anxiolytiques et des antidépresseurs. La prédominance féminine était particulièrement nette en ce qui concerne la consommation d'antidépresseurs (20,1% chez les femmes vs 15% chez les hommes). Enfin, des symptômes d'anxiété étaient retrouvés chez près de 40% des fumeurs, surtout parmi les femmes, puisque quasiment la moitié d'entre elles présentait un score initial d'anxiété HAD supérieur ou égal à 11. La nature de ces symptômes anxieux et dépressifs devrait être précisée par un entretien psychologique et éventuellement, l'utilisation d'autres questionnaires. Ainsi, la prévalence élevée des symptômes dépressifs dans la population CDT pourrait justifier le dépistage et l'exploration des troubles bipolaires chez les fumeurs s'adressant aux consultations de tabacologie [13, 14].
- La population des fumeurs enregistrés dans la base nationale CDT présentait des antécédents somatiques sévères. Les antécédents cardio-vasculaires et respiratoires étaient particulièrement fréquents : 34% des fumeurs avaient au moins un antécé-

dent cardio-vasculaire ou pulmonaire. La pathologie la plus fréquente était la bronchite chronique, rencontrée chez 17% de la population.

- Les antécédents cardio-vasculaires étaient beaucoup plus fréquents chez les hommes que chez les femmes : ceci était particulièrement vrai pour les infarctus du myocarde et cardiopathies ischémiques, quatre fois plus souvent rencontrés chez les hommes (10,1% vs 2,7%).

- Chez les fumeurs malades, l'arrêt du tabac est toujours bénéfique. Ainsi, les résultats d'une méta-analyse portant sur l'effet du sevrage tabagique sur la mortalité après la survenue d'un infarctus du myocarde ont mis en évidence une réduction du risque relatif de décès s'échelonnant de 15% à 61% en fonction des études [15]. Pour les antécédents pulmonaires, qui concernent un quart des fumeurs enregistrés dans la base nationale CDT, les données de la littérature ont montré que le sevrage tabagique améliore les résultats des explorations fonctionnelles des bronchitiques chroniques. Ainsi, pour la Lung Health Study, les patients atteints de broncho-pneumopathies chroniques obstructives d'intensité faible ou modérée ayant bénéficié d'une intervention d'aide au sevrage tabagique présentaient une amélioration fonctionnelle respiratoire dans l'année suivant l'arrêt du tabac [16].

- Les résultats concernant les fumeurs enregistrés dans la base nationale CDT ont montré qu'il s'agissait de fumeurs particuliers, présentant des maladies liées au tabac, des symptômes anxio-dépressifs et une dépendance forte au tabac. Ces données tendent à conforter l'hypothèse d'un noyau dur de fumeurs, les *hard-core smokers*, défini par Emery [17]. Ils sont identifiés dans la population de CDT par trois critères de gravité : une forte dépendance tabagique, un antécédent médical cardio-vasculaire ou respiratoire et des symptômes dépressifs actuels ou un antécédent de dépression. Cette association de trois critères de gravité est retrouvée chez 9,2% des hommes et chez 10,2% des femmes.

Pour mieux prendre en considération les besoins des fumeurs dans les consultations de tabacologie, un certain nombre de nouvelles variables pourraient être recueillies, notamment la consommation de cannabis. En effet, celle-ci n'a pas pu être appréciée au moyen de la variable « autres dépendances » alors qu'elle constitue un facteur de difficulté du sevrage, notamment chez les fumeurs de moins de 45 ans [18].

D'autres variables présentes dans le dossier-papier de tabacologie pourraient aussi faire l'objet d'une saisie obligatoire dans le système CDT, en particulier l'âge de début du tabagisme et la motivation à l'arrêt du tabac. Il s'agit en effet de facteurs pronostiques importants du sevrage tabagique et de l'évaluation des risques somatiques.

## Conclusion

Le programme CDT est un système unique, original et permanent, permettant de décrire de façon détaillée l'activité des consultations de tabacologie en France.

## Bibliographie de l'auteur

1. Jean-François M, Fernandes E, Dautzenberg B, Dupont P, Ruelland A : « Évolution de l'activité des consultations de tabacologie 2000-2003 », in *BEH* 22-23 : 108, 2003
2. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO : « The Fagerstrom test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom tolerance questionnaire », in *Br J Addict* 86 : 1119-27, 1991
3. Zigmond AS, Snaith RP : « The Hospital Anxiety and depression Scale », in *Acta Psychiatr Scand* 67 : 361-370, 1983
4. Ewing JA : « Detecting alcoholism : the CAGE questionnaire », in *JAMA* 252 : 1905-7, 1984
5. Department of Health : « Statistics on smoking cessation services in England, April 2002 to March 2003 », in (UK) National statistics, *Statistical Bulletin* 25, 2003. [www.publications.doh.gov.uk/public/work\\_public\\_health.htm#top](http://www.publications.doh.gov.uk/public/work_public_health.htm#top) (accessed 06 sept 2005)
6. McGovern PG, Lando HA, Roski J, Pirie PL, Sprafka JM : « A comparison of smoking cessation clinic participants with smokers in the general population », in *Tob Control* 3 : 329-333, 1994
7. US Department of Health & Human Services : « Women and smoking : A report of the Surgeon General », Atlanta, GA: Centers for Disease Control (CDC). National Center for Chronic Disease Prevention & Health Promotion. Office on Smoking and Health, 2001. [www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr\\_forwomen/sgr\\_women\\_chapters.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_forwomen/sgr_women_chapters.htm) (assessed 06 Sept. 2005)
8. Nerin I, Crucefaegui A, Mas A, Guillen D : « Profile of smokers who seek treatment at a smoking cessation clinic », in *Arch Bronconeumol* 39 : 298-302, 2003
9. Oddoux K, Peretti-Watel P, Baudier F. : « Tabac », in *Baromètre Santé 2000. Résultats*, Éd. CFES : 77-122, 2001. [www.cfes.sante.fr/Barometres/Baro2000/pdf/tabac.pdf](http://www.cfes.sante.fr/Barometres/Baro2000/pdf/tabac.pdf)
10. Fagerstrom KO, Kunze M, Schoberberger R, Breslau N, Hughes JR, Hurt RD, Puska P, Ramstrom L, Zatonski W : « Nicotine

À notre connaissance, un tel système n'existe nulle part ailleurs. Il permet à chaque consultation de suivre l'évolution du profil de ses consultants. Il est aussi un outil d'aide à la décision pour guider les tutelles dans leur politique d'aide au sevrage tabagique. Il a montré que les consultations de tabacologie recevaient les fumeurs les plus malades et dépendants, confirmant le bien-fondé de ce dispositif auprès des autorités sanitaires. Enfin, il peut servir de support à des recherches évaluant l'intérêt de nouvelles stratégies thérapeutiques.

dependence versus smoking prevalence: comparisons among countries and categories of smokers», in *Tob Control* 5: 52-6, 1996

11. Lagrue G, Grimaldi B, Demaria C, Loufrani E, Levaillant C : « Epidémiologie de la dépendance physique à la nicotine (test de Fagerström), Résultats d'une enquête IFOP », in *J Depend Tabag* 40: 2448-50, 1989

12. Lagrue G, Dupont P, Fakhfakh R : « Troubles anxieux et dépressifs dans la dépendance tabagique », in *Encephale* 28: 374-77, 2002

13. Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J, Post R, Moller H, Hirschfeld R : « Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders », in *J Affect Disord* 59, Suppl 1: S5-S30, 2000

14. Lagrue G, Cormier S, Mautrait C : « Troubles de l'humeur et dépendance tabagique », in *Encephale* 30: 500-1, 2004

15. Wilson K, Gibson N, Willan A, Cook D : « Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction: meta-analysis of cohort studies », in *Arch Intern Med* 160: 939-44, 2000

16. Scanlon PD, Connett JE, Waller LA *et al.* : « Smoking cessation and lung function in mild-to-moderate chronic obstructive pulmonary disease. The Lung Health Study », in *Am J Respir Crit Care Med* 161: 381-90, 2000

17. Emery S, Gilpin EA, Ake C, Farkas AJ, Pierce JP : « Characterizing and identifying "hard-core" smokers: implications for further reducing smoking prevalence », in *Am J Public Health* 90: 387-94, 2000

18. Ford DE, Vu HT, Anthony JC : « Marijuana use and cessation of tobacco smoking in adults from a community sample », in *Drug Alcohol Depend* 67: 243-8, 2002

19. Le Faou AL, Scémama O, Ruelland A, Ménard J : « Caractéristiques des fumeurs s'adressant aux Consultations de Tabacologie », in *Rev Mal Respir*, sous presse