

ENQUÊTE

LES CONSULTATIONS D'AIDE À L'ARRÊT DU TABAC EN FRANCE

B. Dautzenberg^{1, 2}, D. Youssi^{1, 2}, P. Mélihan Cheinin², P. Combret¹

INTRODUCTION

L'arrêt du tabac peut se faire sans aucun recours médical, en particulier chez les personnes peu dépendantes de la nicotine. Le médecin généraliste et les autres médecins traitant ou de prévention jouent un rôle essentiel comme l'a rappelé la dernière conférence de consensus sur l'arrêt du tabac [1]. Cependant, pour les fumeurs les plus dépendants, qui sont aussi les plus à risque, les consultations de tabacologie sont utiles. Ces consultations servent également de références pour l'animation du sevrage tabagique et pour la mise au point de nouvelles techniques.

La place exacte de ces centres dans l'arrêt du tabac reste toutefois insuffisamment connue.

Le but de ce travail est d'analyser les renseignements obtenus sur les structures spécialisées qui déclarent prendre en charge l'aide à l'arrêt du tabac, à travers les renseignements recueillis lors de la constitution d'un annuaire des consultations. Cet annuaire a été réalisé par l'Association Paris Sans Tabac (PST) et l'Office Français du Tabagisme (OFT), à la demande de la DGS, de la CNAMTS et du CFES pour la ligne téléphonique Tabac-Info-Service en service depuis début 1999 (0 803 309 310) dont le lancement s'est appuyé sur une campagne télévisée puis radiophonique.

MÉTHODES

Les consultations de sevrage tabagiques ont été identifiées à partir des fichiers de différents organismes (Paris Sans Tabac, Office Français du Tabagisme, Comité Français d'Éducation et de Santé, Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, Réseau Hôpital Sans Tabac, Comité National Contre les Maladies Respiratoires et la Tuberculose, Ligue Nationale Contre le Cancer, ECLAT, laboratoires pharmaceutiques, etc) en juin 1998. L'annuaire est actuellement disponible à tous (consultable en particulier sur www-tabac-net.ap-hop-paris.fr) et sur le 3615 Tabac-info. Cet annuaire est évolutif car plus que pour d'autres consultations, les départs, les congés de maternité ne sont pas remplacés et de nouvelles consultations sont créées très régulièrement. Les consultations qui n'avaient pas une fréquence régulière ont été exclues, ce qui élimine les actions ponctuelles et, en particulier les Plans de 5 Jours de la Ligue Vie et Santé, ainsi que les consultations mises à disposition momentanément dans le cadre de programmes en entreprise.

De décembre 1998 à mai 1999, un questionnaire comprenant l'identification de la consultation et 23 questions descriptives sur son fonctionnement a été complété par relances successives jusqu'à l'exhaustivité.

Définitions utilisées

Pour ce travail, nous parlerons de :

- Lieu de consultation pour désigner le siège d'une consultation d'aide au sevrage tabagique quelle que soit la technique utilisée.
- Consultation d'aide à l'arrêt du tabac pour désigner l'ensemble des consultations où un fumeur peut être accueilli selon une procédure spécifique en vue d'un arrêt du tabac, quelle que soit la prise en charge effectuée.
- Consultation de tabacologie pour désigner une consultation d'aide au sevrage qui a recours à la prise en charge recommandée par la conférence de consensus, en particulier la substitution nicotinique [1].
- Vacation pour désigner une demi journée (ou une soirée) consacrée au sevrage tabagique.

Densité des consultations par rapport à la population

La population française par département en 1990 fournie par l'INSEE a été prise comme référence pour calculer l'offre d'aide à l'arrêt du tabac par rapport à la population de chaque département ou région.

RÉSULTATS

Au 1^{er} juillet 1999, 321 fiches concernant un lieu de consultation d'aide à l'arrêt du tabac ont été recueillies et validées. Parmi ces adresses, 207 sont des consultations de tabacologie qui répondent aux critères retenus pour cette étude.

Implantation géographique

Neuf départements : Allier (3), Alpes-de-Haute-Provence (4), Ardennes (8), Ariège (9), Corrèze (19), Eure (27), Gers (32), Lozère (48), Yonne (89) n'ont aucune structure d'accueil des fumeurs qui désirent s'arrêter. Dix neuf départements n'ont pas de consultations de tabacologie mettant en œuvre les techniques recommandées par la conférence de consensus : Allier (3), Alpes-de-Haute-Provence (4), Ardennes (8), Ariège (9), Aude (11), Cher (18), Corrèze (19), Corse (20B), Dordogne (24), Eure (27), Gers (32), Ille et Vilaine (35), Lot (46), Lozère (48), Meuse (55), Moselle (57), Nièvre (58), Hautes Pyrénées (65), Yonne (89).

La répartition dans les régions est inégale, d'une vacation pour le sevrage tabagique pour 20 000 habitants dans le Nord Pas-de-Calais à une vacation pour 250 000 habitants en Haute Normandie

Pour l'ensemble de l'Île-de-France, il y a ainsi 98 lieux de consultation qui offrent une aide au sevrage tabagique, soit 31 % du nombre global de lieux de consultation d'aide au sevrage tabagique ouverts en France, soit encore une vacation pour 31 000 habitants.

1. Paris Sans Tabac - 7, rue du château d'Eau, 75010 Paris.

2. Office Français du Tabagisme - 66, bd Saint Michel, 75006 Paris.

Correspondance : Pr Bertrand Dautzenberg, Paris Sans Tabac, 7, rue du Château d'Eau, 75010 Paris, <mailto:tabac@psl-ap-hop-paris.fr>

Nombre de vacations dans les lieux de consultations (demi-journée avec accueil de fumeurs)

Dans les 321 lieux de consultations, sont proposées au total 1 076 vacations d'aide au sevrage tabagique chaque semaine. Le nombre moyen de vacations par lieu de consultation est de 3,3 avec une médiane de 2. Seuls 134 centres (42 %) ont au moins 3 vacations par semaine.

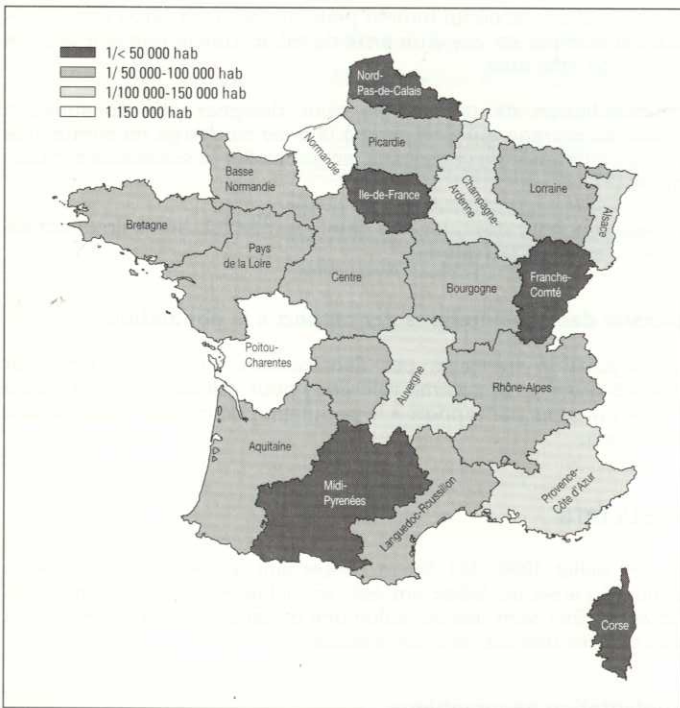
Dans 72 lieux de consultation, il n'y a pas de rendez-vous spécifique hebdomadaire d'aide à l'arrêt du tabac puisque les fumeurs sont directement pris en charge dans le cadre des spécialités qui traitent les maladies engendrées par le tabagisme.

Le nombre de consultations est inégalement réparti en fonction du jour de la semaine. Le jour le moins proposé est le samedi (57) ; les plus proposés sont le lundi (214) et le jeudi (196). Le nombre de consultations proposées après 18 heures est faible (21).

Les consultations de tabacologie qui utilisent les techniques recommandées par la conférence de consensus offrent 588 vacations par semaine dans 207 lieux.

La répartition du nombre de vacations de tabacologie par région est donnée sur la figure 1.

Figure 1. Répartition par région du nombre d'habitants pour une vacation d'aide à l'arrêt du tabac



Les institutions qui abritent les consultations

Les consultations d'aide à l'arrêt du tabac sont principalement implantées dans des hôpitaux (CHU ou hôpitaux généraux), mais aussi dans des structures privées ou assimilées et dans des structures de prévention publiques (Fig. 2).

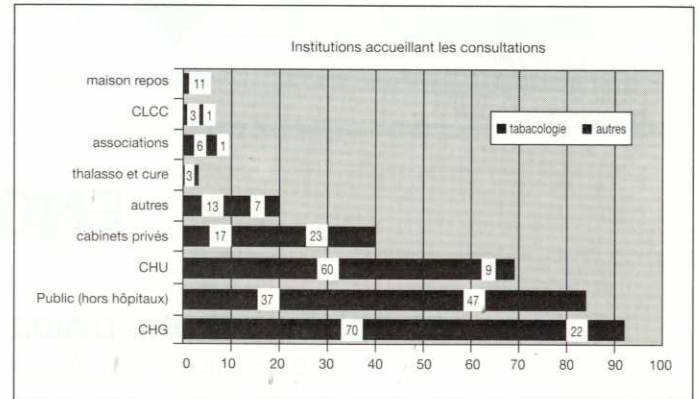
Parmi les 69 consultations de CHU, 19 sont à Paris, 13 en banlieue parisienne et 37 en province.

Les 207 consultations de tabacologie qui utilisent les techniques recommandées par la conférence de consensus sont essentiellement dans les hôpitaux publics, 60 en CHU et 70 en CHG.

Spécialité des services qui accueillent le sevrage tabagique

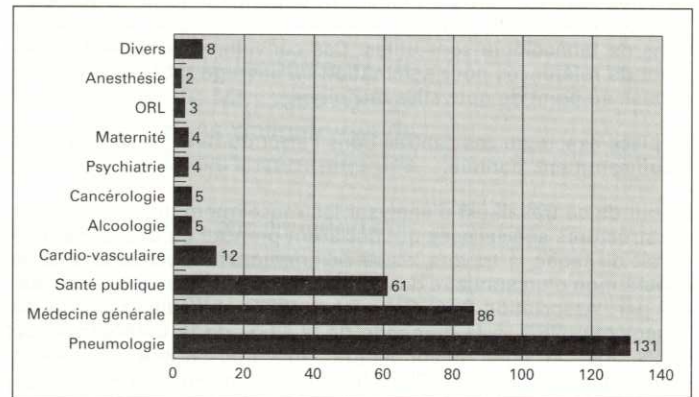
Les consultations sont essentiellement accueillies en pneumologie et médecine (Fig. 3).

Figure 2. Type d'institutions abritant les consultations d'aide à l'arrêt du tabac, dont les consultations de tabacologie respectant les critères de la conférence de consensus



CLCC = centre de lutte contre le cancer, CHU = Centre hospitalo-universitaire, CHG = centre hospitalier général.

Figure 3. Les spécialités des services où sont effectuées les consultations d'aide à l'arrêt du tabac



Soixante trois des 92 consultations de CHG (68%) et 33 des 63 consultations de CHU (52%) sont rattachées à des services de pneumologie.

Les 207 centres de consultation de tabacologie publics utilisant les techniques recommandées par la conférence de consensus sont rattachés 103 fois à des structures de pneumologie (50%).

Les médecins

Il a été identifié 361 médecins dans les 323 consultations d'aide au sevrage tabagique, soit en moyenne 1,1 médecin par lieu de consultation. Cette moyenne recouvre en fait des réalités très différentes puisque 37 médecins ont 2, 3 voire 5 sites de consultations, alors que des consultations ont 2, 3 voire 7 médecins différents.

Les médecins sont surtout des hommes (66%), plus rarement des femmes (33%).

Les médecins qui assurent les consultations d'aide à l'arrêt du tabac ont essentiellement une formation de pneumologue (126 = 36%) et de médecine générale (125 = 36%). Certaines spécialités prenant en charge de nombreux patients atteints de maladies liées au tabac ne sont que très peu impliquées dans ces consultations. C'est le cas des cardiologues (11 = 3,2%) et des cancérologues 3 (0,8%). Dans 57 cas, la spécialité des médecins n'a pas été précisée. Un sondage téléphonique sur 20 d'entre eux montre une très grande majorité de médecins généralistes (18) (exerçant éventuellement sous un mode spécifique, acupuncture, homéopathie...).

ÉTUDE

LES TENTATIVES DE SUICIDE EXAMINÉES DANS LES SERVICES D'URGENCES EN FRANCE

Résultats d'une étude multicentrique

F. Staikowsky, N. Describes et le Groupe d'Etude sur les Tentatives de Suicide dans les Services d'Urgences (GETSSU)

La prévention du suicide est une des dix priorités de santé publique du pays. En France, l'incidence des décès par suicide est de 23,9 pour 100 000 habitants [1]. Le suicide est la première cause de mortalité chez les 25-34 ans et la deuxième chez les 15-24 ans mais ce taux de décès évolue de manière inquiétante chez les 35-44 ans [2]. Quant aux tentatives de suicide, elles s'élèvent à 150 000 environ par an mais ces chiffres sont probablement sous-estimés ; on considère qu'environ 30 % des rescapés sont maintenus au domicile. Chaque médecin généraliste est confronté en moyenne à 2,6 tentatives de suicide par an dans sa clientèle et le psychiatre à 4,2 [3]. Le but de ce travail est de connaître l'incidence et le profil des tentatives de suicide examinées dans les services d'urgences.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude prospective menée sur une période d'une semaine dans des services d'urgences générales de centres hospitaliers de taille variable, situés sur tout le territoire français. Elle a été réalisée à l'aide d'un questionnaire rempli au lit du patient ; les données concernaient le patient, la chronologie et les modalités du geste suicidaire, enfin le devenir du patient.

RÉSULTATS

Sur la période d'étude, 640 tentatives de suicide ont été colligées dans 57 services d'urgences dont 21 en CHU, situés dans 43 départements français différents, soit un taux moyen par centre de $11,2 \pm 9$ patients (extrêmes 0-51). Pour 75,4 % des centres, le nombre de patient était égal ou supérieur à 7.

Sauf pour les moins de 15 ans, la prédominance féminine était nette avec 64,5 % de femmes. L'âge moyen était de $34,8 \pm 13,6$ ans ($34,6 \pm 14$ ans pour les femmes et $35,3 \pm 13$ ans pour les hommes ; extrêmes 12-95 ans). Seuls 21 patients étaient âgés de 65 ans ou plus, la grande majorité des suicidants (77 %) ayant entre 15-44 ans (15-24 ans : 23,3 % ; 25-34 ans : 27,5 % ; 35-44 ans : 26,2 %). La situation familiale précisait que 35,5 % des patients étaient célibataires, 36,7 % mariés dont près d'un quart séparés du conjoint, 8,3 % divorcés, 3,1 % veufs et 13,6 % en concubinage. Vingt-deux patients étaient sans domicile fixe. Une activité professionnelle était rapportée pour 51,5 % des patients. Près de 45,3 % des femmes étaient inactives contre 41,4 % des hommes ; en dehors des plus de 64 ans, les tranches d'âge les plus concernées par l'inactivité étaient les 35-44 ans pour les femmes, les 25-34 ans pour les hommes, et les 55-64 ans dans les 2 sexes (Fig. 1) ; les retraités regroupaient 4,8 % des patients. Les employés, les étudiants, collégiens ou lycéens, et les fonctionnaires rassemblaient près de 78 % des professions (Tab. 1).

Un passé psychiatrique sous forme d'une tentative de suicide, d'une hospitalisation ou d'une consultation était noté chez 69 % des femmes et 62 % des hommes. Il a été impossible, dans cette enquête d'individualiser avec précision les maladies mentales. Une maladie organique était signalée chez 91 patients (14,2 %), les pathologies cardio-vasculaires et endocriniennes étant les plus citées. Une toxicomanie, une séropositivité pour le VIH ou un

Figure 1. Tentatives de suicides dans les services d'urgences. Nombre de patients et activité professionnelle par sexe et tranches d'âge.

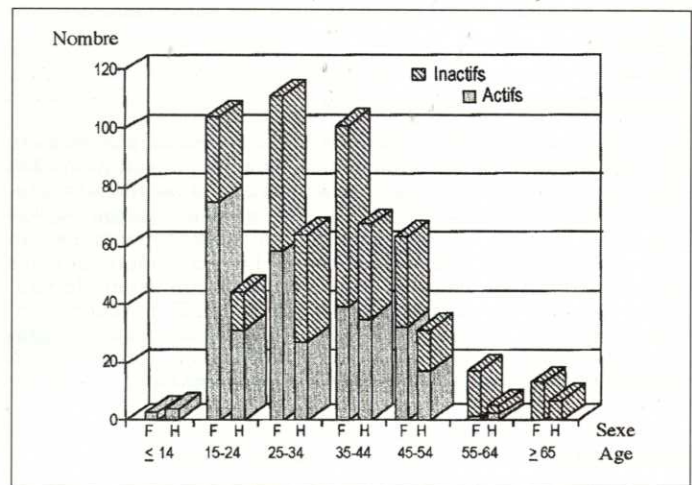


Tableau 1. Tentatives de suicides dans les services d'urgences. Profession des patients actifs.

Profession (n = 298)	pour cent
- employés	35,6
- étudiants, collégiens, lycéens	27,2
- fonctionnaires	15,1
- ouvriers	7,4
- commerçants	4,4
- artisans	2,7
- contrat emploi solidarité, centre d'aide par le travail	1,7
- cadres supérieurs	1,7
- divers	1,7
- professions libérales, chefs d'entreprise	1
- agriculteurs	0,7

alcoolisme chronique touchaient respectivement 6,7, 1,1 et 12,8 % des patients, et étaient significativement plus fréquents chez l'homme.

Un médecin ou un psychiatre avaient été consultés par 40,5 % des patients dans le mois (153 patients) ou la semaine (129 patients) précédant l'acte suicidaire. Cent quatre vingt un patients (28,3 %) étaient adressés aux urgences par un médecin. Le délai moyen entre la tentative de suicide et le passage aux urgences était de 332 ± 550 minutes (extrêmes : 15 minutes à 4 jours) ; les pics concernaient les délais entre 30 et 90 minutes (23,6 % des patients), 90 et 150 minutes (21,1 %). 150 et 210 minutes (13 %). Le nombre moyen de suicidants par jour sur l'ensemble des centres était de $91 \pm 7,5$, le samedi étant le jour de la semaine le moins concerné. Près de 70 % des patients arrivaient aux urgences entre 12 et 24 heures, les pics de passage se situant entre 20 et 24 heures.

La modalité suicidaire était le plus souvent unique (73,3 % des cas) ; quand 2 moyens différents étaient employés, il s'agissait essentiellement d'une association avec l'ingestion d'alcool

(n = 160). Pour 2 % des suicidants, 3 modalités différentes étaient utilisées. L'ingestion de médicaments était employée 580 fois (90,6 %), associée 143 fois à une prise d'alcool et/ou 27 fois à d'autres gestes suicidaires. Les autres modalités suicidaires étaient plus rares : automutilation par phlébotomie (5 %) ou à l'arme blanche (0,8 %), intoxication par drogues (1,9 %) ou alcool (1,4 %), pendaison (1,7 %), ingestion de produits ménagers (0,9 %) ou de verre de bouteille (0,16 %), inhalation de gaz (0,6 %), noyade (0,6 %), accident de la route (0,5 %), arme à feu (0,3 %), précipitation (0,16 %), électrocution (0,16 %), immolation (0,16 %).

Cent patients n'ont pas été admis après décision médicale et psychiatrique (14,1 %) ou médicale seule (1,6 %), les autres étaient hospitalisés au « porte » (28,3 %), dans des services de médecine (19,8 %), en réanimation (14,7 %), en psychiatrie (11,2 %), en chirurgie (3,3 %). Trois patients (0,5 %) décédaient aux urgences (suicides par arme à feu, pendaison, intoxication médicamenteuse).

COMMENTAIRES

Ce travail souligne le rôle joué par les services d'urgences dans l'accueil des suicidants et leur prise en charge dans les unités d'hospitalisation de courte durée ou services « porte ». A flux constant plus de 33 000 patients seraient adressés annuellement pour tentative de suicide dans ces 57 sites d'urgences, en sachant qu'en France le nombre de services d'urgences publics recensés est de l'ordre de 400, on peut supposer, en extrapolant que près de 200 000 suicidants seraient examinés dans ces structures ce qui place ces services au premier plan dans l'accueil de ces patients. Toutefois, nous ne savons pas si ces 57 services d'urgences dont 21 sont hospitalo-universitaires, répartis dans 43 départements français différents, sont un échantillon représentatif des services d'urgences français. Les sources permettant un recueil du nombre de tentatives de suicides sont variées et reflètent la diversité des réseaux de soins : services d'urgences, de réanimation, de psychiatrie, structures privées, médecins libéraux... sans oublier les patients exclus des réseaux de soins. Seul un registre national ou un réseau sentinelle permettrait une approche chiffrée du nombre de tentative de suicide.

Notre enquête ne fait que préciser un profil connu des suicidants où se mêlent la prédominance féminine, l'inactivité professionnelle, l'isolement familial et l'importance des antécédents psychiatriques en particulier de tentatives de suicide (48,4 % de nos patients). Cependant, plus d'un suicidant sur deux avait entre 25 et 44 ans, tranche d'âge particulièrement affectée par le poids professionnel et familial. Si de nombreuses actions sont entreprises pour la prévention du suicide des adolescents, l'inquiétante évolution du nombre de suicides et de tentatives de suicide chez les 35-44 ans incite à élargir ces actions vers cette population [2]. Près d'un patient sur deux avait consulté un médecin généraliste et/ou un psychiatre dans le mois précédent le geste suicidaire or il est estimé que de 40 à 70 % des patients s'étant suicidés avaient fait part de leurs idées suicidaires à un médecin avant le passage à l'acte. C'est dire l'importance de mener un programme d'amélioration de la reconnaissance des signes avant-coureurs et de prévention du suicide auprès du corps médical.

La modalité suicidaire la plus utilisée est l'absorption de médicaments, associée ou non à une ingestion d'alcool, les intoxications médicamenteuses volontaires représentent entre 4 et 8,5 % des consultations dans les services d'urgences. Leur incidence est passée de 1-1,5 pour 1 000 habitants par an avant 1970 à 3-3,5 dans les années 1980 ; à Nancy, elle s'élevait à 5 pour 1 000 habitants par an en 1992 [4]. La mortalité, dans notre série, est faible et seul un patient décédait suite à une absorption de médicaments ; la mortalité hospitalière des intoxications médicamenteuses volontaires se situe entre 1,2 et 1,4% [5] ; elle est plus élevée en extra-hospitalier, de l'ordre de 6,4 %.

La plupart des patients ont été hospitalisés. Dans un service d'urgences parisien, 65 % des ingestions médicamenteuses n'étaient pas hospitalisées, ce qui n'est pas une pratique forcément habituelle ailleurs [4] ; cette prise en charge aux urgences est d'autant

plus facilitée que le lavage gastrique est souvent remplacé par l'administration orale de charbon activé aux contraintes de réalisation moindres pour le personnel. De plus, les durées de séjour hospitalier sont courtes, 1 jour dans 78 % des cas [5]. Quant au suivi des suicidants à leur sortie de l'hôpital, il n'existe pratiquement pas de données. Or le bien fondé de structures rompant l'isolement d'écoute et de suivi est indéniable : en Norvège, le taux de suicide a diminué de 25 % de 1988 à 1994 par la mise en place d'un réseau éducatif ; au Royaume-Uni où le taux de suicide est l'un des plus bas en Europe (7,9 pour 100 000 habitants en 1991), la baisse est régulière depuis une dizaine d'années pour des raisons comparables. Le rapport sur le suicide de M. Debout insiste sur la nécessité de lieux de « réveil psychologique », comme il existe des lits de réveil somatique, ce réveil psychologique correspondant à une période post critique de récupération. En fait sur le terrain, les réponses à l'urgence suicidaire sont souvent hétérogènes.

La prévention du suicide est actuellement l'une des priorités de santé publique. En raison de leur importance, la tranche d'âges 25-44 ans méritent une attention particulière et nécessitent une prévention primaire pour laquelle la médecine générale a un rôle fondamental. Le développement d'unités médico-psychologiques en relation directe avec les services d'urgences permettrait de répondre au but de prévention des récurrences dont on connaît le risque élevé de mortalité à court terme.

RÉFÉRENCES

- [1] Hatton F, Facy F, Letoullec A. Evolution récente de la mortalité par suicide en France. *BEH* 1996; n° 30,1-2.
- [2] Debout M. Le suicide. Rapport du Conseil Economique et Social, 1993.
- [3] Ploin M. Tentatives de suicide et suicides à Paris. In « Gros plan sur le suicide, en pratique quotidienne de ville », *La gazette médicale* (n° spécial) 1993 ; 3-10.
- [4] Lambert H, Manel J, Bellou A, El Kouch S. Morbidité et mortalité par intoxications médicamenteuses aiguës en France. *Rev Prat* 1997 ; 47 : 716-20.
- [5] Staikowsky F, Uzan D, Grillon N et al. Intoxications médicamenteuses volontaires reçues dans un service d'accueil des urgences. *Presse Med* 1995 ; 24 : 1296-300.

Centres participants au Groupe d'Etude sur les Tentatives de Suicide dans les Services d'Urgences (GETSSU).

Aix en Provence (Dr Kiegel P, Dr Meppen S), Albi (Dr Vialas M), Altkirch (Dr Kieffer P), Annecy (Dr Bernard M, Dr Bissuel JP), Avignon (Dr Valon P, Dr Imperatori J), Bondy (Dr Pateron D), Bordeaux (Dr Gardere JJ), Boulogne sur Mer (Dr Bultel J), Bry sur Marne (Dr Lebrin P), Caen (Dr Lechevalier B), Chartres (Dr Sorin G), Chateauroux (Dr Dardalhon S), Clichy (Dr Bouvier AM), Colombes (Dr Brun P), Compiègne (Dr Ducastel Ph), Dijon (Pr Blettery, Dr Ebrahim L), Dreux (Dr Alibert M), Elbeuf (Dr Lemarchand P), Epinal (Dr Claudel N), Evreux (Dr Plat A, Dr Toutain M), Gap (Dr Berthet J), Grenoble (Pr Carpentier F), Gueret (Dr Denoyer M, Dr Fressard D), Lagny (Dr Rigot P), Limoges (Dr Michel-Buono M), Lomme (Dr Cabaret Ph), Longjumeau (Dr Selcer D), Macon (Dr Mangola B), Melun (Dr Cerfontaine C), Montpellier (Dr Bisset M), Montreuil (Dr Jordy C, Dr Miquel C), Nancy (Pr Lambert H, Dr El kouch S), Nantes (Dr Touzé MD), Nice (Dr Fournier JP), Orthez (Dr Mazou JM), Paris : Bichat (Dr Staikowsky F), Boucicault (Dr Brochen J), La Pitié (Dr Sembach N, Dr Davido A), Rothschild (Dr Zanker C), Saint-Antoine (Dr Hericord P), Saint-Joseph (Dr Sidaine, Dr Entrecanales), Ploërmel (Dr Ferrandiz D), Poissy (Dr Boulet N), Rennes (Dr Baert A), Roanne (Dr Cannamela A), Sablé sur Sarthe (Dr Audeguy TH), Saintes (Dr Bousquet A, Halfi H), Saint-Malo (Dr Kolb J), Soissons (Dr Lallement PY), Strasbourg (Pr Kopferschmitt J), Thonon les Bains (Dr Piot P), Toulouse (Dr Labatut A), Tourcoing (Dr Jacquier JM), Tours (Dr Lanotte R), Vendôme (Dr Ijaouane B), Vesoul (Dr Lancrenon C), Vienne (Dr Françon M).

Parmi les médecins, 36% se disent être tabacologues, 31% non tabacologue et 33% ne répondent pas à cette question. Il est à noter qu'il y a 15 ans aucun médecin n'avait aucune formation spécifique à l'aide à l'arrêt du tabac, de nombreux se sont formés sur le terrain ou au sein de leur spécialité ou de FMC [2, 3].

Le nombre de médecins qui se disent tabacologues est plus élevé parmi les généralistes (48%) que parmi les spécialistes.

Techniques proposées

Les 321 consultations proposent essentiellement la substitution nicotinique comme technique principale (287 fois), l'acupuncture est proposé par 47 consultations et la dynamique de groupe par 20. Thalasso-thérapie, cure, homéopathie et hypnose ne sont que très accessoirement proposés dans les consultations médicalisées.

Les patients

Une information sur le nombre de patients pris en charge a été donnée par près de deux tiers des lieux de consultation (209 des lieux de consultations d'aide à l'arrêt du tabac (64 %) représentent 696 vacations (65 %)). Ils prennent en charge 36 494 nouveaux patients par an, soit 81 nouveaux patients par an pour une vacation hebdomadaire. Si l'on considère que les non-répondants sur ce point ont un nombre équivalent de nouveaux patients, les consultations d'aide à l'arrêt du tabac prendraient alors en charge 54 898 fumeurs dont un quart s'arrêteraient de fumer chaque année soit 13 500. Ceci représente 3 % des 350 000 fumeurs qui s'arrêtent chaque année¹.

DISCUSSION

Les enseignements de cette enquête paraissent, pour le moins, contrastés.

A partir d'un échantillon quasi exhaustif, la couverture médicale de la prise en charge de la dépendance tabagique apparaît particulièrement faible. En effet, en France métropolitaine, les 321 lieux de consultation d'aide à l'arrêt du tabac identifiés ne proposent que 1 076 vacations par semaine, à comparer aux 15 millions de fumeurs que compte l'hexagone [4, 5]. Plus de deux tiers des fumeurs adultes déclarent vouloir s'arrêter de fumer. Pour parvenir à accueillir 10% de ces fumeurs qui déclarent vouloir s'arrêter, la mise en place d'une consultation pour 10 000 fumeurs (ou pour 30 000 habitants) serait nécessaire. Actuellement, seule la région Nord-Pas-de-Calais atteint ce seuil, grâce à un fort réseau local. La Haute-Normandie, Poitou-Charentes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Auvergne, Alsace et Champagne-Ardenne n'atteignent pas le tiers de cet objectif.

En revanche, la comparaison avec des données antérieures permet de souligner les progrès importants réalisés dans les techniques utilisées. Le recours à l'acupuncture, qui restait le principal traitement proposé avant la mise à disposition d'une aide médicamenteuse efficace, est ainsi en diminution. Cette technique n'est plus présentée comme aide principale que par environ 10% des lieux de consultation. La prescription nicotinique (timbres, gommes) et la prise en charge psychologique sont le plus souvent proposées. La diffusion des recommandations de la conférence de consensus [1] et l'accroissement de l'offre médicamenteuse devraient accentuer cette évolution positive.

¹ On peut estimer que :

- le nombre de fumeurs en France est de 31 % de la population des adultes, soit 15 millions.
- le nombre de nouveaux jeunes qui sortent fumeurs de l'adolescence est de 300 000 (40 % de 750 000).
- le nombre de décès de fumeurs en France est de 250 000 (35 % de 700 000).
- la diminution du tabagisme est depuis 1992 de 2,3 % par an ce qui correspond à 350 000 fumeurs de moins.

Il est à souligner qu'à ce jour, aucune évaluation du processus de fonctionnement de ces consultations, ni de leur impact auprès des patients n'a été entreprise en France.

Cependant, le développement d'une pratique libérale est entravée [7] par l'absence de reconnaissance des actes longs (qui restent nécessaires pour la prise en charge des fumeurs dépendants) et de cotation des examens biologiques utiles (monoxyde de carbone expiré, cotinine urinaire, etc.), ainsi que par l'impossibilité de faire connaître leur mode d'exercice particulier en apparaissant, par exemple, dans la liste des consultations citées par ligne téléphonique Tabac-Info-Service du CFES et de la CNAMTS.

CONCLUSION

La prise en charge de la dépendance tabagique reste, dans notre pays, très insuffisante en comparaison de l'enjeu de santé publique que constitue l'épidémie tabagique.

Pourtant, ce bilan des consultations d'aide à l'arrêt du tabac a été dressé à un moment charnière pour l'évolution de la prise en charge de la dépendance tabagique. En octobre 1998, s'est tenue la première conférence de consensus sur ce thème dans l'Union Européenne [1], et des recommandations européennes sont présentées à Londres fin novembre 1999 à l'occasion de la deuxième conférence européenne de la Society for Research on Nicotine & Tobacco (SRNT). Les substituts nicotiniques, qui viennent d'être admis par les hôpitaux, seront disponibles sans ordonnance en pharmacie à partir de janvier 2000 et, ainsi, accessibles au plus grand nombre. En matière de formation de médecins généralistes, un programme national de formation des médecins généralistes est en cours, à l'initiative du Secrétariat d'Etat à la Santé et avec le concours de la Ligue Nationale Contre le Cancer. L'enjeu est de taille : avec une efficacité individuelle minime [1], les généralistes peuvent toucher une vaste population, bien plus large que celle des consultations spécialisées.

Il demeure que pour répondre aux besoins des fumeurs les plus en danger et pour améliorer la formation des professionnels de santé, le maillage des structures qui assurent une prise en charge validée de la dépendance au tabac devrait être resserré, comme l'avait souhaité le Secrétaire d'Etat à la Santé lors de la dernière Journée Mondiale sans Tabac.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Conférence de Consensus « l'arrêt de la consommation du tabac », Paris Edimark 1998 413pp.
- [2] CROFTON J.W. - TESSIER J.F. - FREOUR P.P. - PILATT. - European Medical Schools and Tobacco Méd Educ 1996 ; 30:424-7.
- [3] FIORE M.C. - EPPS R.P. - MAULEY M.N. - A missed opportunity teaching medical student to help their patients successfully quit smoking. JAMA 1994 ; 271:624-6.
- [4] BAUDIER F. - ARENE J. - Baromètre Santé Adulte 95/96 CFES, Paris, 1997 ; 300 p.
- [5] MARTINET Y. - BOHADANA A. - Le tabagisme : de la prévention au sevrage. Paris MASSON abrégés 1997 ; 22-2.
- [6] LAGRUE G. - PORTA CORMIER S. et al. - Pronostic à long terme de l'aide à l'arrêt du tabac - Intérêt d'un suivi prolongé. *Alcoologie* 1997 ; 19:165 p.
- [7] DAUTZENBERG B. et al. - « le sevrage tabagique », *Impact médecin* 1999 ; 432 : 1-24.

REMERCIEMENTS

Nous remercions l'ensemble des médecins et des personnels des consultations d'aide au sevrage tabagique qui nous ont permis de réaliser ce travail, et la CNAMTS, le CFES et la DGS pour l'aide apportée.

Du fait de mouvements de protestation des médecins inspecteurs de santé publique et d'autres catégories de personnel du Ministère chargé de la santé, les relevés hebdomadaires de déclarations obligatoires de maladies ne sont pas transmises par les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales.

Dans ces conditions, la publication des données relatives à la situation épidémiologique hebdomadaire des maladies transmissibles est momentanément suspendue.

Directeur de la publication : P^r J. DRUCKER – **Rédactrice en chef :** D^r Corinne LE GOASTER – **Présidente du comité de lecture :** P^r Elisabeth BOUVET – **Rédaction :** D^{rs} Rosemary ANCELLE-PARK, Ellen IMBERNON, Martine LE QUELLEC-NATHAN, Daniel LEVY-BRUHL, Florence LOT, Véronique VAILLANT.

Secrétariat de rédaction : Sonia ORTIZ – Institut de Veille Sanitaire 12, rue de Val d'Osne, 94415 Saint-Maurice Cedex Tél. : 01 41 79 67 18 – Fax. : 01 41 79 68 40 – e-mail : s.ortiz@invs.sante.fr – N° CPP : 2015 AD – N° INPI : 1 732 278 – ISSN 0245-7466

Diffusion : LA DOCUMENTATION FRANÇAISE – Service abonnements
124, rue Henri-Barbusse, 93308 AUBERVILLIERS CEDEX (France)
Tél. : 01 40 15 70 00 – Télécopie : 01 40 15 68 00

Tarif 1999 – France : 46,00 € – 301,74 FF TTC, Europe : 51,50 € – 337,82 FF TTC
DOM/TOM et Pays R.P. (Régime Particulier : Pays de la Zone francophone de l'Afrique
[hors Maghreb] et de l'Océan Indien), avion économique : 50,00 € – 327,98 FF HT
Autres pays, avion économique : 53,00 € – 347,66 FF HT ; suppl. par avion rapide : 3,80 € – 24,93 FF HT.