

Evolution de l'activité des consultations de tabacologie hospitalières entre 2000 et 2001	p 101
Evolution de l'activité des consultations de tabacologie non-hospitalières entre 2000 et 2001	p 104
Estimation du nombre de fumeurs traités avant et après délistage des substituts nicotiniques	p 105
Evaluation de la prise en charge gratuite des substituts nicotiniques dans le sevrage tabagique proposée à des populations en situation de précarité dans les centres d'exams de santé	p 107

ÉTUDE

ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ DES CONSULTATIONS DE TABACOLOGIE HOSPITALIÈRES ENTRE 2000 ET 2001.

M. Jeanfrançois¹, E. Fernandes¹, B. Dautzenberg²

Le plan national de lutte contre le tabagisme mis en place en 1999 ainsi que le plan triennal 1999-2001 de lutte contre les drogues et la prévention de la dépendance, ont mis l'accent sur l'importance de l'information des possibilités de sevrage tabagique et de l'aide à apporter aux personnes souhaitant s'arrêter de fumer. Les substituts nicotiniques sont maintenant en vente libre, sans ordonnance médicale depuis novembre 1999. La vente de ces substituts a doublé depuis cette date. Parallèlement à ce délistage, la politique de lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé, précisée par la circulaire DH/EO2/DGS/2000/182 du 3 avril 2000, préconise le renforcement ou la création de consultations hospitalières de tabacologie ainsi que d'unités de coordination de tabacologie.

Ces consultations sont destinées à prendre en charge de façon prioritaire les personnes les plus dépendantes ou les plus difficiles à assister du fait de problèmes psychologiques, socio-professionnels ou familiaux, ainsi que les femmes enceintes. L'objectif à terme est de doter chaque département d'au moins une consultation de tabacologie hospitalière et de mettre en place des consultations avancées au sein des maternités. A cinq ans, tous les établissements de santé de plus de 500 lits devront disposer d'une consultation de tabacologie.

Afin de mettre en œuvre cette politique, des dotations nationales spécifiques « tabac » de 26,2 MF en 2000 et de 25 MF en 2001 ont ainsi été attribuées aux hôpitaux.

L'évaluation fait partie intégrante des actions de lutte contre le tabagisme. Cette évaluation comporte deux volets. Le premier volet est constitué par l'enquête sur une semaine donnée des centres de consultations, en termes d'activité, de personnels et de méthodes. La première enquête a ainsi été réalisée du 17 au 22 janvier 2000, et reconduite dans la période du 15 au 20 janvier 2001 en utilisant la même méthodologie (2).

Le deuxième volet est constitué par l'étude de la clientèle des consultations de tabacologie, avec un recueil minimal standardisé, utilisant soit sur support papier, soit un dossier médical informatisé. Ces paramètres permettent de décrire la clientèle de chaque consultation de tabacologie et le suivi des consultants. Par ailleurs, les renseignements recueillis permettent de structurer la consultation individuelle autour de quatre axes : l'intensité des dépendances et des dépendances associées, l'état psychologique, l'état organique et les co-morbidités, la situation socio-professionnelle.

Les données de l'enquête sur une semaine donnée d'une part, et l'étude de la clientèle des consultations de tabacologie d'autre part, fournissent des indicateurs et une base de données permettant de suivre dans le temps, l'impact de la politique de lutte contre le tabagisme dans la population.

1. Ministère de la Santé, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins Bureau 02

2. Office Français de Prévention du Tabagisme (OFT)

1. MÉTHODOLOGIE

L'enquête est de type transversal, réalisée « une semaine donnée » du 15 au 20 janvier 2001 dans les consultations de tabacologie des établissements de santé publics et privés. Ont été inclus dans cette enquête, toutes les consultations de tabacologie ayant au moins une vacation hebdomadaire, recensées par l'Office français de prévention du tabagisme. Afin de tenir compte des nouvelles ouvertures, cette liste a été complétée par les médecins inspecteurs de santé publique de chaque département concerné.

Un questionnaire a été adressé à toutes les consultations hospitalières de tabacologie. Il était demandé :

- Le nombre total de patients venus pendant la semaine donnée en consultation de tabacologie en distinguant les premières consultations, le suivi de sevrage, les femmes enceintes et les patients hospitalisés.
- Le délai d'attente pour obtenir un rendez vous.
- Les outils utilisés lors de la première consultation :
 - * analyseur de CO et cotinine urinaire qui sont des marqueurs biologiques de la dépendance au tabac ;
 - * test de Fagerström (3) qui est un questionnaire d'évaluation de l'intensité de la dépendance tabagique ;
 - * test HAD (4) qui est un questionnaire pour dépister les troubles dépressifs actuels du patient, et score de Beck (5) si le test HAD est anormal pour quantifier les aspects subjectifs de la dépression.

- L'utilisation du dossier de consultation de tabacologie du CFES/RHST
- Des informations sur les consultations de tabacologie : type d'établissement de rattachement, année de création de la consultation, nombre de professionnels participant aux consultations, nombre de vacations médicales et non médicales réalisées par semaines, utilisation d'un dossier médical informatisé et souhait d'informatisation du dossier de consultation.

Autant de fiches qu'il existe de consultations dans un établissement ont été renseignées ; en revanche, dans un même lieu de consultation, une seule fiche a été remplie pour l'ensemble des médecins ou des personnels para médicaux consultants.

2. RÉSULTATS

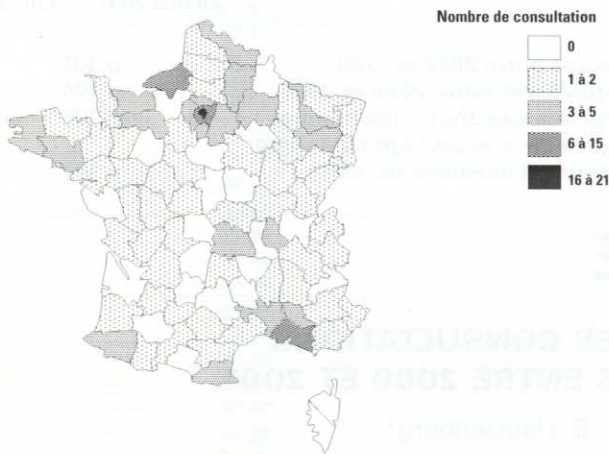
Les actions impulsées par le Ministère de la santé - Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ont été suivies d'effets positifs pour la plupart des paramètres étudiées.

- Le nombre total de centres de consultations de tabacologie hospitalières recensées en 2001 en France métropolitaine et dans les DOM est de 261, implantées dans 251 établissements hospitaliers. En 2000, le nombre de consultations recensées était de 214, soit une création de 47 centres.

- 206 centres de consultations ont répondu à l'enquête, soit une augmentation du taux de réponse de + 37 % par rapport à 2000 ($p < 0,005$)
 Parmi ces 206 centres de consultations, 202 sont implantés dans 73 départements de France métropolitaine et 4 dans les DOM. (cf. carte)

Figure 1

Répartition du nombre de consultation de tabacologie par département



2.1. Plus de 2 000 patients par semaine fréquentent les consultations de tabacologie hospitalière.

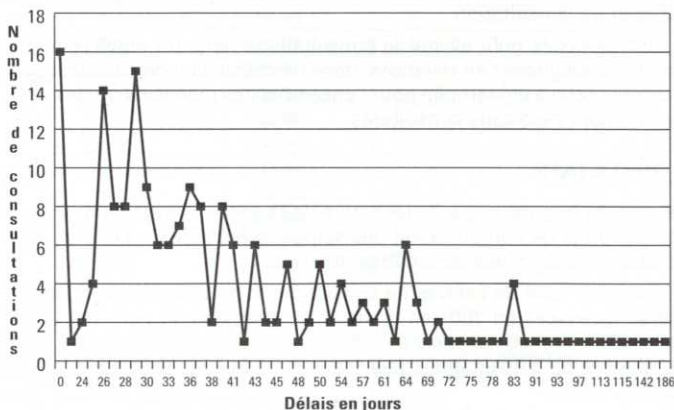
- le nombre total de patients pris en charge dans les consultations de tabacologie durant la semaine retenue pour l'enquête a augmenté de 1 903 à 2 397, soit + 26 %.
- le nombre moyen de patients par consultation est stable : 12 patients.
- Il en est de même pour le nombre moyen de patients par vacation : 4,6 en 2000 et 5,2 en 2001.
- les patients venus pour une première consultation, qui représentaient 44 % de l'ensemble des consultants en 2000, ont diminué à 36 % en 2001. A l'inverse, les patients venus pour suivi de consultation, qui représentaient 56 % de l'ensemble des consultants en 2000 ont augmenté significativement à 64 % en 2001 ($p < 0,001$).
- le dépistage des patients hospitalisés pour des motifs autres que le tabagisme a également progressé. Ainsi, en 2001, 404 patients étaient hospitalisés dans l'établissement et ont été adressés en consultation de tabacologie ou vus au lit du malade, alors qu'il n'était que 231 en 2000, soit une augmentation de 75 % par rapport à 2000.
- les femmes enceintes représentent le groupe qui a le moins bénéficié de l'effort entrepris par les établissements de santé dans la lutte contre le tabagisme. Leur nombre est de 59 en 2000 et de 63 en 2001, soit un pourcentage stable de 3 % de l'ensemble des patients.

2.2. Le délai d'attente pour l'obtention d'un rendez vous a augmenté en 2001.

La médiane de délai de prise de rendez vous pour une première consultation est allongée de 21 jours en 2000 à 37 jours en 2001. Le délai minimum est de 19 jours, un maximum de 6 mois a été déclaré pour l'une des consultations. (graphique 1)

Graphique 1

Délai (jours) d'obtention d'un premier rendez-vous de consultation hospitalière de tabacologie en 2001

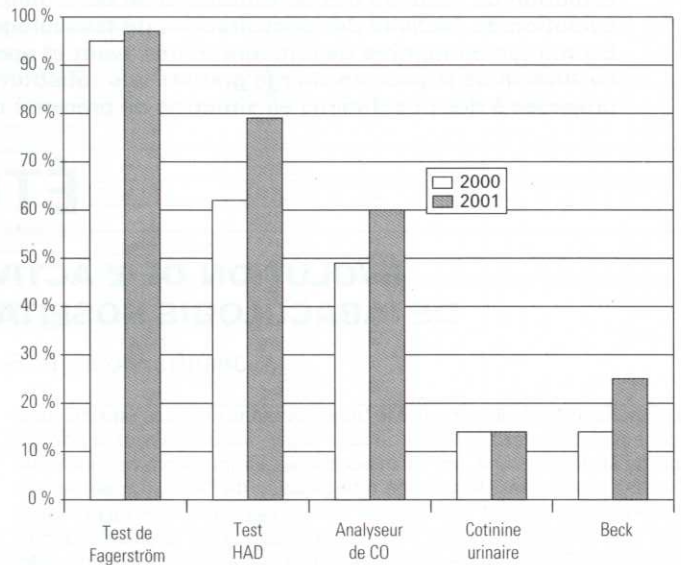


2.3. L'utilisation des outils de diagnostic clinique et biologique s'améliore.

Au cours de la première consultation, les outils de diagnostic clinique et biologique qui sont « utilisés souvent ou toujours » sont en augmentation, sauf pour le test de Fagerström qui était déjà utilisé dans presque tous les cas en 2000.

Graphique 2

Outils de diagnostic utilisés souvent ou toujours en 2000 et en 2001



- l'utilisation du test de Fagerström est stable mais très élevé en 2000 (95 %) et en 2001 (97 %) .(NS)
- l'HAD est en progression : 62 % en 2000 et 79 % en 2001 ($p < 0,005$)
- il en est de même pour le score de Beck (utilisé quand l'HAD est anormal) : 14 % en 2000 contre 25 % en 2001 ($p < 0,05$)
- l'analyseur de CO a augmenté de 50 % à 60 % (NS)
- par contre le dosage de cotinine urinaire reste stable et à un taux relativement bas à 14 %
- enfin, le nombre de consultations où les quatre outils (test de Fagerström, HAD, dosage de CO et de cotinine urinaire) sont utilisés systématiquement et simultanément est stable à 10 %.

2.4. Une forte demande pour le dossier informatisé.

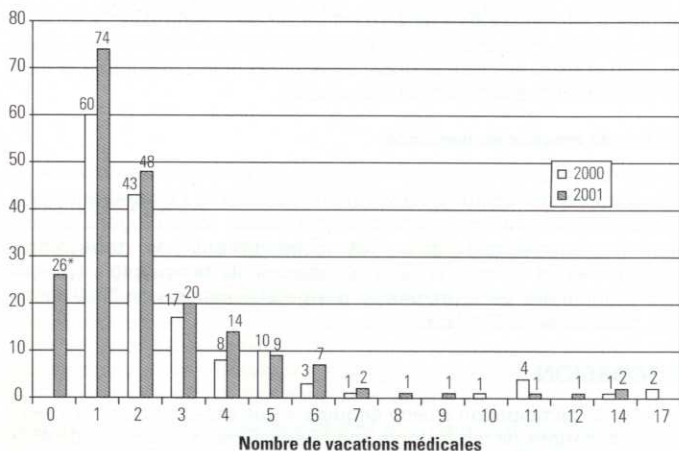
- le pourcentage de consultations de tabacologie qui utilisent le dossier de consultation du CFES/RHST a augmenté de façon importante de 30 % à 51 %.
- ceci contraste avec le pourcentage de ceux qui utilisent un dossier médical informatisé qui a relativement peu augmenté (9 % en 2000 et 11 % en 2001), alors même que les consultations volontaires pour la mise en place d'un dossier médical informatisé sont passées de 70 % à 85 % (+ 15 %), mais on est en phase de mise en place du système.

2.5. Des moyens en personnel encore insuffisants.

- le nombre total de vacations médicales a augmenté de 405 à 455 (+12 %). Cette augmentation s'explique par l'augmentation du nombre de centres de consultations de tabacologie. En effet, l'activité des centres de consultations reste stable comme en témoigne le nombre moyen de vacations par consultation durant la période enquêtée qui est de 2,7 en 2000 et 2,2 en 2001.
- par ailleurs, en 2001 comme en 2000, 40 % de ces centres de consultations ne fonctionnent qu'avec une vacation médicale, alors que le souhait est d'avoir des centres comportant un minimum de 3 vacations par semaine. Ceci n'est le cas que pour 10 % des consultations en 2001. (graphique 3)
- le nombre de professionnels de santé dans les centres de consultations de tabacologie a augmenté aussi bien pour les médecins, qui sont passés de 37 équivalents temps plein à 45 équivalents temps plein (+ 21 %), que pour les autres professionnels de santé (infirmières, sage femmes, psychologues...), qui sont passés de 59 équivalents temps plein à 70 équivalents temps plein (+ 18 %).

Graphique 3

Répartition des consultations hospitalières de tabacologie selon le nombre de vacances médicales en 2000 et en 2001



3. DISCUSSION

Les enquêtes « une semaine donnée » menées en 2000 et 2001 ont permis de mettre en exergue les points suivants :

- 1) les orientations définies par la circulaire du 3 avril 2000 assorties de moyens financiers spécifiques pour les hôpitaux ont permis de renforcer l'activité des ces derniers dans la lutte contre le tabagisme, comme en témoignent l'augmentation du nombre de centres de consultations hospitalières de tabacologie, leur dotation en personnels médicaux et paramédicaux et le nombre de patients pris en charge.
- 2) l'objectif de toucher en priorité les personnes les plus dépendantes et les plus difficiles à assister et de les fidéliser a été atteint puisque les patients vus dans les consultations de tabacologie hospitalière sont principalement ceux qui reviennent pour le suivi de sevrage, plus que pour une première consultation .
- 3) de même les recommandations pour le dépistage des patients hospitalisés pour les motifs autres que le tabagisme ont été suivies puisque leur nombre a augmenté de façon significative entre 2000 et 2001.
- 4) par contre, un groupe jugé prioritaire représenté par les femmes enceintes n'a pas bénéficié d'une attention suffisante malgré les re-

commandations de la circulaire du 3 avril 2000. En effet, leur nombre est resté stable alors que le nombre global de patients a augmenté. Sachant que 25 % d'entre elles fument pendant leur grossesse, des programmes spécifiques visant ce groupe de population devront être au centre des activités des centres de tabacologie programmées pour 2001-2002.

5) l'effort devra également porter sur le délai de rendez vous pour une première consultation d'aide au sevrage tabagique, qui a augmenté entre les deux années d'enquête pour atteindre une médiane de 37 jours, alors que l'objectif fixé est de ne pas dépasser un mois.

6) l'utilisation du dossier médical informatisé dans les centres de tabacologie hospitalière reste faible, contrastant avec une demande élevée de centres volontaires pour participer à la mise en place d'un dossier médical informatisé. Cette demande, exprimée en 2000, est encore plus prononcée dans l'enquête 2001. Un effort pour répondre à cette attente mérite d'être pris en compte par les responsables des établissements de santé .

4. CONCLUSION

Les résultats de l'enquête de janvier 2001 montrent que les actions de lutte contre le tabagisme menées par les établissements de santé sont en nette progression. Les résultats obtenus sont encourageants et démontrent une réactivité des professionnels de santé par rapport à un problème de santé publique majeur. Le travail des unités de coordination de tabacologie vers les patients hospitalisés commence à apparaître dans cette enquête. Cependant, l'effort doit être maintenu et poursuivi, notamment en direction des 22 départements encore dépourvus de consultation tabacologique hospitalière et en ciblant davantage sur des groupes sensibles tels que les femmes enceintes.

RÉFÉRENCES

- (1) B. Dautzenberg et al. Les consultations d'aide à l'arrêt du tabac en France- BEH 51/1999
- (2) J.M. Nadal, F. Bourdillon, B. Dautzenberg, J. Ménard. L'activité des consultations hospitalières de tabacologie en 1999. BEH 43/2000.
- (3) J.F. Etter, T.V. Duc, T.V. Perneger- Validity of the Fagerström test for nicotine dependence and of the heaviness of smoking index among relatively light smokers- Addiction 1999 ; 99 (2) : 269-81.
- (4) J.D. Guelfi et al. L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie - Editions médicales Pierre fabre 1992 :373-4
- (5) L. Collet, J. Cohraux - Inventaire abrégé de la dépression de Beck. Etude de la validité - Encéphale 1986 ; 12 (2) :77-9.
- (6) Conférence de consensus « l'arrêt de la consommation du tabac », Paris Edimark 1998: 413p.

ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ DES CONSULTATIONS NON-HOSPITALIÈRES DE TABACOLOGIE ENTRE 2000 ET 2001

B. Dautzenberg¹, G. Brücker¹, A. Borgne¹, L. Josseran¹, S. Dragos¹, C. Fernandez², M. Jeanfrançois²

En parallèle avec l'enquête « une semaine donnée » de la Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins (1) sur l'activité des consultations de tabacologie hospitalières, une enquête a été conduite la même semaine pour les consultations non hospitalières par l'Office Français de Prévention du Tabagisme (OFT) en Janvier 2000 (2) et 2001.

Les consultations de tabacologie accueillent les patients désirant un sevrage tabagique. Suite aux décisions du plan tabac 1999-2001, ces consultations ont vu leurs moyens renforcés fin 2000. Compte tenu des délais de mise en place des moyens correspondants aux financements attribués, l'enquête de janvier 2001 ne reflète que le début de la mise en place du nouveau dispositif.

1. MÉTHODE

Deux enquêtes de type transversal ont été réalisées « une semaine donnée » du 17 au 22 janvier 2000 (1,2) et du 15 au 20 janvier 2001,

1. Office Français de Prévention du Tabagisme - 66Bd Saint Michel Paris oftabac@ifrance.com,

2. Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins.

avec un questionnaire identique adressé par courrier dans les consultations de tabacologie recensées par l'OFT et n'appartenant pas à des établissements hospitaliers.

Alors que le nombre total de lieux de consultations de tabacologie non-hospitaliers est passé de 153 à 148 (-3 %) ; le nombre de dispensaires et de centres médico-sociaux a augmenté de 83 à 91, le nombre de cabinets privés ayant demandé à être identifiés en tabacologie a baissé de 45 à 37. Le nombre de centres de cure et de thalasso-thérapie est resté stable (6 à 5) , ainsi que celui des associations (8 à 7) et des « autres » structures (10 à 8). Le taux de réponse s'est amélioré : 45 % en 2000 à 57 % en 2001 (p<0,03).

2. RÉSULTATS

2.1 Plus de 900 patients par semaine se rendent dans une consultation de tabacologie non hospitalière

Le nombre de patients reporté par les centres est passé de 645 en 2000 à 955 en 2001.

Le nombre de fumeurs pris en charge par lieu de consultation dans la semaine n'est que de 11 par centre et 2,5 par vacation médicale, mais

les activités de prévention et d'organisation associées ne sont pas prises en compte.

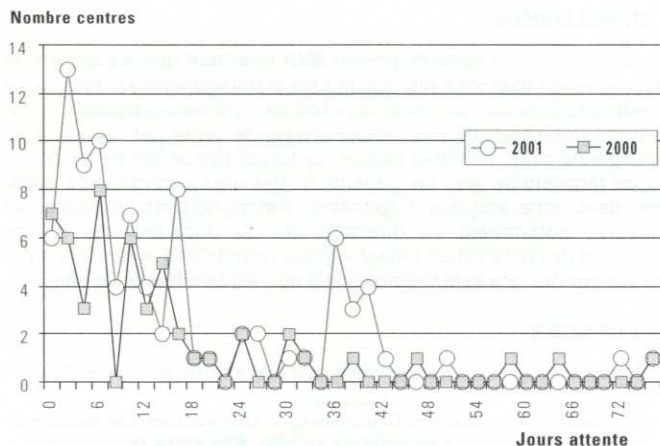
En 2000, 238 (37 %) patients sont venus pour une première consultation, en 2001 409 (43 %). Pour les autres, il s'agissait d'un suivi de consultation qui a significativement augmenté ($p < 0,001$).

2.2 Le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous augmente légèrement

La médiane du délai de prise de rendez-vous (entre la demande téléphonique et le rendez-vous) pour une première consultation a tendance à augmenter (9 jours en 2000 à 11 jours en 2001 (NS)) et le nombre de rendez-vous donnés dans le mois a tendance à baisser (86 % des cas à 78 % NS). (figure 1).

Figure 1

Délai (jours) d'obtention d'un rendez-vous de consultation de tabacologie dans les centres non-hospitaliers.



2.3 Les outils classiques de diagnostic clinique et biologique sont mieux utilisés

L'utilisation des outils s'est améliorée.

L'utilisation du test de dépendance à la nicotine de Fagerström est passée de 90 % à 93 % des cas (NS).

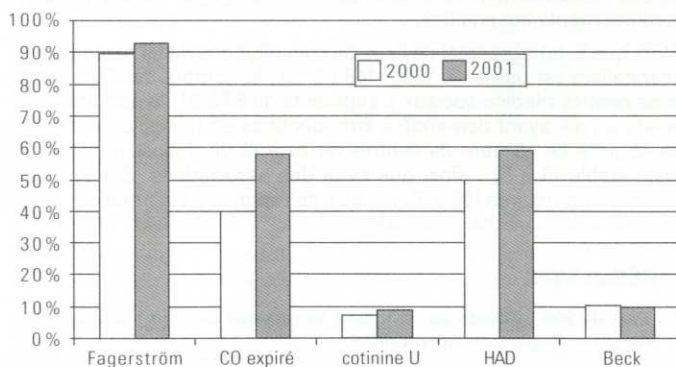
L'utilisation du test HAD (Anxiété/dépression) est passée de 50 % à 58 % des cas (NS). Si l'HAD est anormal, l'utilisation du score de Beck est passée de 10 % à 20 % des cas ($p < 0,001$).

L'analyseur de CO expiré est utilisé par 59 % des consultations en 2001 contre 40 % en 2000 ($p < 0,001$).

L'utilisation du dosage de la cotinine urinaire est passée de 7 % à 9 % des cas entre 2000 et 2001 (NS), (figure 2).

Figure 2

Outils diagnostics souvent et toujours utilisés par les 58 centres de tabacologie non-hospitaliers répondant à l'étude.



2.4 Des volontaires pour le dossier informatisé

La moitié des consultations utilise le dossier de consultation de tabacologie du CFES-RHST (54 % en 2001)

Le taux d'informatisation déclaré est passé de 7 % en 2000 à 23 % en 2001 ($p < 0,01$). Près des 2/3 des consultations non-hospitalières (64 % en 2000 et 63 % en 2001) seraient volontaires pour participer à la mise en place d'un dossier médical informatisé.

2.5 Peu de moyens en personnel

Le nombre total de vacations médicales est passé d'une moyenne de 2,1 vacations par centre à 2,5 vacations par centre. Le nombre de professionnels de santé non-médecins (infirmières, psychologues, diététiciennes, secrétaires) dans les consultations de tabacologie répondantes est passé de 30 à 42 équivalents temps plein (chaque équivalent temps plein prenant en charge 21,5 patients en 2000 contre 22,7 patients en 2001) (NS).

DISCUSSION

Le taux de participation à cette enquête « une semaine donnée » pour les consultations de tabacologie non hospitalières a augmenté de 45 % à 57 % entre 2000 et 2001 ($P < 0,001$).

La différence d'exhaustivité entre ces deux études, doit faire considérer certains résultats avec prudence. Néanmoins, tous ces chiffres nous donnent une vision plus proche de la réalité de la prise en charge du tabagisme en France.

Le nombre total de patients pris en charge dans les consultations de tabacologie répondantes est passé de 645 en 2000 à 955 en 2001 pendant la semaine considérée. Le taux de première consultation reste élevé. Rapporté à l'année entière et en considérant que l'activité est comparable dans les centres non-répondants, le nombre estimé de malades pris en charge par l'ensemble de ces structures non-hospitalières est passé de 26 000 patients par an en 2000 à 34 000 en 2001. Toutefois comme le suggère l'évolution des délais d'attente, la demande reste supérieure à l'offre.

CONCLUSION

Comparées aux structures hospitalières (1), les consultations de tabacologie non-hospitalières prennent en charge 3 fois moins de patients. Si le nombre de fumeurs pris en charge progresse, le nombre de structures et les moyens pour cette prise en charge ne progressent pas dans ce secteur non hospitalier.

Cette étude souligne que les centres de tabacologie non-hospitaliers ne peuvent, pas plus que les consultations hospitalières, répondre à la demande de sevrage tabagique des français qui est potentiellement 10 fois supérieure à l'offre de soins. Ceci justifie de renforcer les consultations de tabacologie mais également de rendre tous les professionnels de santé compétents en terme d'aide à l'arrêt du tabac pour les cas les plus fréquents. Les centres de tabacologie doivent être réservés aux cas les plus graves, à l'évaluation de nouvelles techniques et à la formation des autres professionnels de santé.

RÉFÉRENCES

- 1 J-M. Nadal, F. Bourdillon, B. Dautzenberg, J. Ménard. L'activité des consultations hospitalières de tabacologie en 2000. BEH 43/2000.
- 2 B. Dautzenberg, G. Brücker, A. Borgne, J-M. Nadal, F. Bourdillon. L'activité des consultations non-hospitalières de tabacologie en 2000. BEH 43/2000.

ESTIMATION DU NOMBRE DE FUMEURS TRAITÉS AVANT ET APRÈS DÉLISTAGE DES SUBSTITUTS NICOTINIQUES

S. Dragos, B. Dautzenberg

Office français de prévention du tabagisme, 66 Bd Saint Michel, Paris

Les substituts nicotiniques sont vendus sans ordonnance (délistés) depuis fin 1999. Ce délistage a été conduit dans le cadre d'une politique globale lancée par le Ministère de la santé pour 1999-2001, visant à favoriser le sevrage tabagique. Les autres mesures prises : campagnes d'information, formation des professionnels de santé, etc. ont pu également modifier le marché des substituts nicotiniques, mais il est hautement probable que le délistage a joué un rôle direct majeur et un rôle indirect (en relançant le marketing des laboratoires pharmaceutiques distribuant des substituts).

Pour être efficace, il fallait que cette augmentation des ventes attendues des substituts nicotiniques ne soit pas contrebalancée par une diminution de l'activité des consultations de tabacologie ou de la prise en charge du tabagisme par les médecins spécialistes et généralistes, ni par une dégradation des performances du sevrage.

Il est donc important de vérifier :

1. que le délistage s'est finalement accompagné d'une augmentation significative et persistante des ventes des substituts nicotiniques,
2. l'importance de la baisse de la prescription de substituts attendue avec le délistage des substituts,
3. que le délistage s'est accompagné d'une augmentation du nombre des personnes sevrées du tabac.

Les données disponibles permettent de répondre à la première question et de faire des hypothèses raisonnables sur les deux suivantes qui demanderont à être confirmées par des études plus sophistiquées dont certaines déjà en cours.

MÉTHODES

Ventes et nombre de malades traités

A partir des sources disponibles sur l'approvisionnement des pharmacies et de la vente aux clients (données de la surveillance des marchés des médicaments pour l'industrie pharmaceutique par le GERS et l'IMS 1998-2000) et du comportement de l'acheteur moyen défini lors d'une réunion à l'OFT où étaient invités les 4 laboratoires commercialisant les substituts nicotiniques en France, il a été estimé le nombre de patients traités en faisant les hypothèses suivantes :

- un timbre (patch) quelle que soit la dose = un jour de traitement,
- 10 gommes ou 10 comprimés sublinguaux = un jour de traitement,
- durée moyenne de traitement = 30 jours (durée moyenne compte tenu des abandons précoces),
- taux de succès du traitement 1/3 en fin de traitement (il n'y a pas de données permettant de faire une hypothèse différente avant et après délistage).

Évolution de la prise en charge médicale

Les études disponibles ont été utilisées pour conforter ces hypothèses.

- Enquête IMS Healthcare : Durant 2 semaines, du 22 mai au 8 juin 2000, tous les clients se présentant dans les officines participantes pour acheter un substitut nicotinique ont été sollicités pour répondre à un questionnaire sur le type d'achat et ce qui les avait conduit à faire cet achat de substituts nicotiniques.

200 officines ont collaboré à l'étude (0,9 % des officines françaises) ; la répartition géographique et le chiffre d'affaire sont représentatifs des officines françaises. 580 clients ont répondu au questionnaire (sans que l'on sache combien ont refusé).

- Une autre enquête avec un questionnaire différent a été conduite par la DRASS de Stasbourg sur un petit échantillon de 61 candidats au sevrage (1).

- Des enquêtes « une semaine donnée » ont été conduites en janvier 2000 et janvier 2001 sur toutes les consultations de tabacologie par la DHOS et l'OFT².

Estimation du nombre d'arrêt supplémentaire du tabac

Les données sur les ventes de substituts nicotiniques et l'estimation du nombre de sevrages ont été comparées à la consommation de tabac en France à partir des données fournies par le CDIT (représentant l'industrie du tabac). La stabilité de la consommation de tabac des jeunes a été vérifiée à partir des enquêtes 1998, 1999, 2000 et 2001 de Paris Sans Tabac.

RÉSULTATS

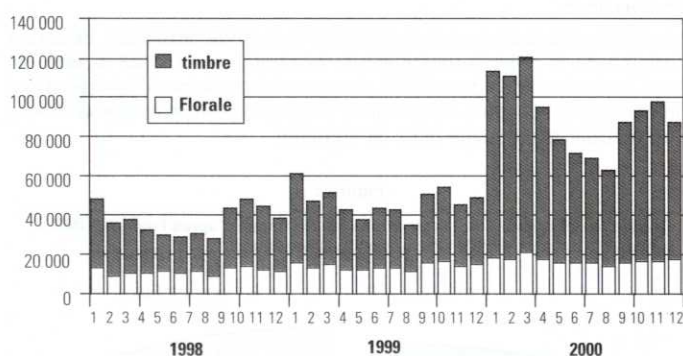
Ventes et nombre de malades traités

Les ventes de substituts nicotiniques estimées en jours de traitement ont augmenté de 180 % en janvier 2000 après le délistage et les campagnes de publicité grand public, en particulier à la télévision par rapport à janvier 1999. Les données du GERS et de l'IMS sont très cohérentes. L'augmentation a été très significativement supérieure pour la marque qui avait le plus investi en publicité et qui occupe en fin d'année 2000 50 % du marché. Les ventes sont progressivement redescendues en particulier durant l'été 2000 pour terminer l'année 2000 avec une nouvelle augmentation. Globalement, sur l'année, les ventes ont augmenté de 94 % en 2000 par rapport à 1999, alors que l'année 1999 était déjà en augmentation de 26 % par rapport à 1998.

Exprimé en nombre de malades traités dans les conditions standard décrites, ce nombre est passé de 0,44 million en 1998 à 0,56 million en 1999 et à 1,08 million en 2000 (figure 1).

Figure 1

Évolution de l'estimation du nombre de patients mis sous substituts nicotiniques (Calculée à partir des données de vente IMS et des hypothèses de consommation faites dans le chapitre méthode).



La croissance s'est faite essentiellement pour les traitements par timbre. La croissance des formes orales a été plus faible (figure 1), ce qui est explicable car la forme la plus populaire des formes orales, la gomme 2 mg était déjà délistée depuis plusieurs années.

Évolution de la prise en charge médicale

Prise en charge par les consultations de tabacologie

La fréquentation des consultations de tabacologie mesurée juste après le délistage en janvier 2000 et un an après en janvier 2001 montre une

1. IMS Healthcare

2. Voir ce numéro du BEH

augmentation du nombre de malades pris en charge par les consultations de tabacologie³, passant de 973 à 1 126 nouveaux patients ambulatoires sur la semaine étudiée (+16 %) pour l'ensemble des consultations hospitalières et non hospitalières. L'activité des consultations de tabacologie a donc augmentée malgré le délistage des substituts nicotiques, montrant ainsi que l'année 2000 est non seulement caractérisée par une augmentation des ventes des substituts nicotiques avec le délistage, mais aussi par un renforcement de la prise en charge lourde du sevrage tabagique. Si l'on estime que 60 % des patients venus pour la première fois en consultation de tabacologie seront mis sous substituts nicotiques, cela représente en moyenne 28 000 patients au moment du délistage et 32 000 après, soit 5 % des prescriptions de substituts au moment du délistage et 3 % un an après.

L'enquête conduite par IMS⁴ en juillet 2000 dans les pharmacies montre que les prescriptions de substituts nicotiques provenant des consultations de tabacologie représentent environ 1 % des ventes, soit un chiffre plus faible que l'estimation précédente mais calculé sur un petit échantillon.

On peut donc conclure que le délistage n'a pas diminué l'activité des consultations de tabacologie, mais que celles-ci ne prennent en charge qu'un tout petit nombre de fumeurs en cours de sevrage (de 1 à 5 % des prescriptions).

Prescriptions par les médecins non-spécialistes.

Les données sont actuellement trop limitées pour juger de la variation de cette prescription.

L'enquête IMS de juin 2000⁴ permet cependant d'estimer le pourcentage de prescriptions (qui était obligatoire avant décembre 1999). Les prescriptions sont passées de 100 % à 17 % des achats. Malgré l'augmentation des ventes, le nombre de prescriptions a baissé de 559 224 en 1999 à 184 088 en 2000 soit 33 % du total des prescriptions qui existaient avant le délistage. Le délistage a diminué dans des proportions importantes les prescriptions sans que l'on sache si les médecins continuent à prendre en charge les fumeurs sans prescrire ou s'ils ont diminué leur activité d'aide au sevrage tabagique.

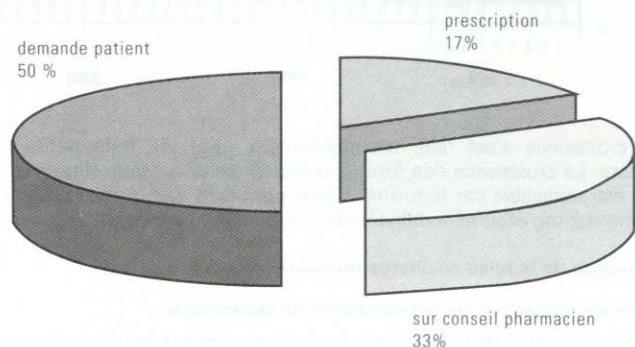
Une enquête conduite par la DRASS de Strasbourg en officine fait apparaître que 16 % des fumeurs achetant des substituts le font sur prescription de leur médecin (1), chiffre très voisin des 17 % de l'enquête IMS. Parallèlement, 25 % des fumeurs en sevrage de cette enquête déclarent être suivis par leur médecin pour ce sevrage ce qui signifierait qu'un tiers des médecins qui prennent en charge un patient pour un sevrage tabagique conseillent les substituts nicotiques sans les prescrire. Ces données demandent à être confirmées.

Pharmaciens

Les pharmaciens se sont engagés dans le sevrage tabagique. Ils sont à l'origine de la mise sous substituts nicotiques dans 33 % des cas dans l'enquête IMS (dans 50 % des cas c'est le fumeur lui-même qui demandait le substitut nicotique) (Figure 2). Une enquête en cours doit préciser leur activité dans ce domaine.

Figure 2

Origine des demandes de prescriptions nicotiques (d'après l'enquête IMS juillet 2001) auprès de 500 officines pharmaceutiques



Estimation du nombre de fumeurs ayant arrêté du fait du délistage des substituts nicotiques.

Il n'existe pas de méthodologie, compte-tenu des résultats disponibles, permettant de mesurer précisément le nombre de fumeurs ayant arrêté de fumer grâce au délistage des substituts nicotiques.

On peut cependant estimer à partir des données IMS qu'environ un demi million de fumeurs de plus qu'en 1999 ont utilisé des substituts nicotiques pour arrêter de fumer en 2000. Si l'on admet l'hypothèse d'un taux de succès de 33 % en fin de traitement, on peut estimer que 160 000 fumeurs de plus qu'en 1999 se sont arrêtés de fumer en 2000 avec des substituts nicotiques.

En faisant l'hypothèse d'une entrée stable dans le tabagisme des jeunes, de l'existence de 15 millions de fumeurs, et d'un arrêt stable au cours des 12 mois de l'année, les 1,4 % de diminution de consommation de tabac constatés en 2000 par le CDIT pourraient correspondre à plus de 400 000 arrêts de tabac réussis en 2000, dont le délistage des substituts pourrait être responsable pour 40 % soit 160 000 arrêts supplémentaires. Les études en cours doivent permettre de vérifier le degré de stabilité de l'efficacité du sevrage avec le délistage.

Sachant qu'un fumeur sur 2 meurt d'une maladie liée au tabac et perd en moyenne 18 ans de vie, cela correspond à des milliers de vies gagnées chaque année par cette mesure. Le seul point négatif est qu'avec le délistage, on a noté une diminution importante des prescriptions qui justifie de renforcer la mobilisation du corps médical dans le sevrage tabagique.

DISCUSSION

Les données présentées ne permettent que d'apporter une réponse incomplète aux 3 questions posées concernant l'évolution des ventes des substituts nicotiques et de ses conséquences.

- 1- Il est possible d'affirmer que le délistage s'est accompagné d'un doublement des ventes de substituts nicotiques sur l'année par effet direct de l'accès facilité en pharmacie et par l'effet indirect de la publicité des laboratoires pharmaceutiques pour accompagner ce délistage.
- 2- Il est possible d'affirmer que le délistage ne s'est pas accompagné d'une diminution de l'activité des centres de tabacologie mais qu'il s'est accompagné en revanche d'une diminution de plus de moitié des prescriptions par les médecins non spécialistes du tabac.
- 3- Seules des hypothèses reposant sur de nombreuses incertitudes sont possibles pour calculer le nombre d'arrêts supplémentaires liés à ces mesures. La meilleure estimation est de 160 000 arrêts supplémentaires du tabagisme obtenus grâce à la mesure de délistage.

RÉFÉRENCES

- 1- Gerard S, Le Louarn A. Les « volontaires au sevrage tabagique » clients des officines d'Alsace: Etude descriptive de 61 cas. Rev Mal Repir 2001 IS154.

3. Cf ce numéro du BEH

4. IMS Heatheare

ÉVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE GRATUITE DES SUBSTITUTS NICOTINIQUES DANS LE SEVRAGE TABAGIQUE PROPOSÉE À DES POPULATIONS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ DANS LES CENTRES D'EXAMENS DE SANTÉ

C Kuntz¹, Y Spyckerelle¹, JP Giordanella², F Baudier²

INTRODUCTION

Le tabagisme constitue l'un des problèmes majeurs de santé publique en France. Chaque année, le tabac est responsable de la mort prématurée d'un fumeur sur quatre, à qui il fait perdre en moyenne 20 ans d'espérance de vie [1]. En 1990, on estimait à 60 000 le nombre des décès attribuables au tabac [2]. Un tiers de la population adulte fume régulièrement et la prévalence du tabagisme atteint voire dépasse les 50 % chez les jeunes adultes entre 18 et 25 ans [3].

C'est dans la tranche d'âge des 45 à 64 ans, dans laquelle l'ancienneté du tabagisme est la plus grande, que la mortalité prématurée liée au tabac est la plus forte avec 30 % des décès chez les hommes et 4 % chez les femmes.

L'arrêt et l'abstinence durable quel que soit l'âge permettent de réduire notablement la mortalité et la morbidité des maladies liées au tabac, en particulier les maladies cardiovasculaires et le cancer du poumon [4]. Outre les facteurs sociaux et culturels, le tabagisme est entretenu par une dépendance pharmacologique à la nicotine qui rend difficile toute tentative de sevrage.

L'utilisation de substituts nicotiques pour l'aide à l'arrêt du tabac (gomme à mâcher, timbres transdermiques ou patchs) a fait preuve de son efficacité lorsqu'elle est associée à une prise en charge globale du sevrage avec soutien psychologique et accompagnement dans la démarche par les professionnels de santé [5]. Toutefois, un des obstacles au sevrage tient au coût représenté par ces traitements et la nécessité d'un suivi médicalisé, en particulier pour les populations en situation de précarité.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité d'une mesure de prise en charge gratuite des substituts nicotiques dans le but de favoriser la démarche de sevrage tabagique en particulier vers des populations en situation de précarité examinées dans les Centres d'examens de santé (CES).

POPULATION ET MÉTHODES

Il s'agit de l'évaluation d'une intervention proposant une démarche de sevrage tabagique avec prescription et prise en charge gratuite des substituts nicotiques, comparée à une incitation à l'arrêt du tabac par une information minimale sur les méfaits du tabagisme et les moyens d'arrêter.

Population étudiée

Les CES volontaires pour participer à l'étude ont été répartis en 2 groupes par tirage au sort après stratification sur le taux de la fréquentation, en groupe « intervention » et en groupe « témoin ».

Elle était proposée aux consultants âgés de 16 à 50 ans inclus, hommes et femmes, fumeurs de 10 cigarettes et plus par jour, en situation de précarité sociale (chômeurs, demandeurs d'emploi ; bénéficiaires du RMI, jeunes de 16 à 25 ans en stage d'insertion, inactifs) et bénéficiant d'un examen périodique de santé. Tous ont été interrogés au préalable sur leur dépendance au tabagisme et sur leur motivation pour entreprendre un sevrage tabagique et sollicités pour participer à l'étude. Les consultants volontaires devaient répondre à un auto-questionnaire à domicile 6 mois plus tard. L'étude s'est déroulée d'octobre 1999 à mars 2000 pour les inclusions et jusqu'en septembre 2000 pour le suivi à 6 mois par questionnaire.

Méthode

Dans les 22 CES du groupe « intervention », une prise en charge gratuite du sevrage par substituts nicotiques était proposée par le médecin du CES aux personnes désireuses d'arrêter de fumer, après information sur le tabagisme et ses conséquences et sur les moyens de sevrage possibles. Le consultant acceptant la démarche de sevrage recevait alors un bordereau de prise en charge gratuite du traitement par substituts nicotiques (patchs cutanés ou gomme) pour une prescription d'une durée maximale de 3 mois et suivi à l'initiative du médecin traitant. Le bordereau permettait au patient d'obtenir le produit auprès du pharmacien, le coût étant pris en charge par la Caisse primaire d'Assurance maladie dont dépend le CES.

Dans les 25 CES du groupe « témoin », une incitation au sevrage tabagique était dispensée par le médecin du CES sous la forme du conseil minimal présentant les méfaits du tabac et les moyens d'arrêter.

Le recueil d'information a été réalisé essentiellement par questionnaires :

- un auto-questionnaire initial, rempli lors de l'examen de santé, renseigne sur le consultant et sur son tabagisme :
 - l'âge et le sexe
 - l'ancienneté du tabagisme
 - le degré de dépendance vis-à-vis du tabac évalué par le score de Fagerström, établi à partir d'un questionnaire sur les habitudes du fumeur et donnant 3 niveaux de dépendance à la nicotine : nulle ou légère, moyenne et forte
 - le degré de motivation pour arrêter de fumer apprécié subjectivement sur une échelle graduée de 0 (pas envie d'arrêter) à 10 (fermement décidé à arrêter)
 - les tentatives de sevrage antérieures
- un auto-questionnaire à 6 mois envoyé au domicile de tous les consultants participants pour connaître le devenir de leur démarche : réussite, rechute, abandon et les circonstances qui ont favorisé le succès ou provoqué l'échec du sevrage. Une relance systématique par courrier ou téléphone était faite un mois plus tard en l'absence de réponse.

Analyse statistique

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel BMDP version Dynamic (BMDP Statistical Software, Ltd Cork, Ireland). Les tests du Chi² et de Student-Fisher ont été utilisés pour la comparaison des variables qualitatives et quantitatives. Ensuite, un modèle de régression logistique a été construit pour l'analyse des variables associées à la réussite du sevrage tabagique.

RÉSULTATS

Participation à l'étude

Sur l'ensemble des CES, la proportion des fumeurs de plus de 10 cigarettes par jour est de 41 % dans les populations en situation de précarité. Dans les CES du groupe « intervention », 1 585 fumeurs (38,0 % des consultants fumeurs incluables) ont accepté la démarche de sevrage, et 2 597 (45,9 %) dans les CES du groupe « témoin » ont accepté de participer à l'enquête (tableau 1).

1. Centre d'appui de formation des Centres d'examens de santé, CeTAF, 54500 Vandœuvre Lès Nancy

2. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, CNAMTS, 75000 Paris

Tableau 1

Acceptabilité de l'étude dans les CES			
	Groupe « intervention » 22 CES	Groupe « témoin » 25 CES	TOTAL
Consultants			
de 16 à 50 ans	9 976	13 628	23 604
Fumeurs	4 121	5 652	9 773
>10 cigarettes/j	41,3 %	41,5 %	41,4 %
Refus	2 536	3 055	5 591
de participation	62,0 %	54,1 %	57,2 %
Inclusions	1 585	2 597	4 182
	38,0 %	45,9 %	42,8 %

Les caractéristiques et les comportements des fumeurs dans les 2 groupes de CES sont décrits dans le tableau 2.

Les fumeurs hommes sont plus nombreux (53,3 %-NS) et significativement plus âgés (33,3 vs 30,5 ans - $p < 10^{-6}$) que les fumeuses. Les femmes de moins de 25 ans se montrent plus intéressées que les hommes à la démarche de sevrage dans les 2 groupes de CES, à l'inverse des plus de 45 ans. Mais ce sont les 35-44 ans qui se manifestent majoritairement dans les CES du groupe « intervention ».

Le niveau de dépendance, d'après le test de dépendance de Fagerström, ainsi que la motivation au sevrage sont significativement plus élevés dans le groupe « intervention » que dans le groupe « témoin » ($p < 10^{-6}$) et ne diffèrent pas selon le sexe. Un tiers des fumeurs n'avaient jamais entrepris de tentative de sevrage auparavant.

Tableau 2

Description des consultants fumeurs dans les 2 groupes de CES				
	Variables	Groupe « intervention » n (%)	Groupe « témoins » n (%)	
Sexe	Hommes	834 (52,6)	1 397 (53,8)	NS
	Femmes	751 (47,4)	1 200 (47,2)	
Age	16 - 24 ans	400 (25,2)	917 (35,3)	$p < 10^{-6}$
	25 - 34 ans	453 (28,6)	775 (29,8)	
	35 - 44 ans	479 (30,2)	601 (23,1)	
	45 - 50 ans	253 (16,0)	304 (11,7)	
Dépendance forte à la nicotine	forte	472 (32,2)	497 (19,9)	$p < 10^{-6}$
	moyenne	655 (44,7)	1 087 (43,6)	
	faible	337 (23,0)	909 (36,5)	
Motivation à l'arrêt	forte	1 055 (67,2)	775 (27,4)	$p < 10^{-6}$
	modérée	470 (30,0)	1 085 (43,3)	
	faible	44 (2,8)	702 (27,4)	
Tentatives de sevrages	aucune	470 (30,4)	894 (36,4)	$p < 3 \cdot 10^{-4}$
	de 1 à 2	801 (51,7)	1 131 (46,0)	
	> 2	277 (17,9)	431 (17,5)	
Nombre d'années de tabagisme	< 5	234 (14,8)	584 (22,7)	$p < 10^{-6}$
	de 5 à 9	350 (22,2)	680 (26,5)	
	de 10 à 20	605 (38,3)	836 (32,5)	
	≥ 20	390 (24,7)	470 (18,3)	

L'auto-questionnaire à domicile à 6 mois

Le questionnaire à domicile a été adressé 6 mois plus tard aux 4 182 participants et renseigne sur la réussite ou non à court terme d'un sevrage tabagique. Sur les 1 102 questionnaires retournés dans les CES (26,4 % des envois), 193 consultants (17,5 % des répondants soit 4,6 % des inclus) ont arrêté de fumer à 6 mois. La proportion de sujets ayant arrêté de fumer est 3 fois plus élevée dans le groupe « intervention » (29,9 %) que dans le groupe « témoin » (10,3 %).

Tableau 3

Auto-questionnaire à domicile à 6 mois			
	Groupe "intervention" n (%)	Groupe "témoin" n (%)	Total n (%)
Nombre de questionnaires retournés	405 (25,6)	697 (26,8)	1 102 (26,4)
Arrêt du tabac	121 (29,9)	72 (10,3)	193 (17,5)
Poursuite du tabagisme	284 (70,1)	625 (89,7)	909 (82,5)

Il y a autant d'hommes que de femmes qui ont arrêté de fumer. Les fumeurs qui ont arrêté sont plus âgés mais ont un niveau de dépendance plus faible par rapport à ceux qui continuent à fumer.

Les non répondants à l'auto-questionnaire à 6 mois ne se différencient pas des répondants en ce qui concerne la répartition par âge et sexe. Leur motivation à l'arrêt est comparable mais la dépendance est plus forte que chez les répondants.

Pour prendre en compte les différences entre les 2 groupes à l'égard du tabac, une analyse par régression logistique identifie les facteurs qui sont statistiquement reliés à la réussite du sevrage à 6 mois (tableau 4). La probabilité d'arrêt du tabagisme est 2,8 fois supérieure dans le groupe « intervention » comparé au groupe « témoin ». Le taux de réussite augmente avec l'âge, une forte motivation et une faible dépendance. Le message informatif délivré lors de l'examen de santé est perçu comme utile pour la réussite du sevrage.

Tableau 4

Facteurs associés à la réussite d'un sevrage tabagique à 6 mois			
	Déterminants	Odds ratio*	IC (95 %)
Groupe	Témoin	1	
	Intervention	2,79	1,84 - 4,20
Age	16-24 ans	1	
	25-34 ans	1,44	0,84 - 2,48
	35-44 ans	1,88	1,11 - 3,19
	45-50 ans	2,36	1,25 - 4,43
Motivation	faible	1	
	moyenne	2,10	0,98 - 4,50
	forte	3,79	1,74 - 7,94
Dépendance au tabac (Fagerström)	forte	1	
	moyenne	1,52	0,99 - 2,33
	faible	2,00	1,18 - 3,45
Utilité de l'information	Non	1	
	Oui	1,85	1,03 - 3,32
Constante : -1,99			

* Odds ratio estimés à partir d'un modèle de régression logistique incluant le groupe de CES, l'âge, l'âge de début du tabagisme, la motivation à l'arrêt, la dépendance, l'utilité de l'information

DISCUSSION

Le désir d'arrêter de fumer concerne plus de la moitié des fumeurs, mais souvent en l'absence d'échéance précise [6]. Le passage à l'acte se révèle difficile. Il nécessite de trouver une motivation obtenue après un long cheminement et de disposer au moment voulu des aides, soutiens et accompagnements nécessaires, qu'ils soient médicaux, psychologiques, familiaux, voire matériels.

Parmi les aides apportées au sevrage tabagique, outre l'efficacité du conseil minimal [7] qui a conduit à 10 % d'arrêt à 6 mois, les substituts nicotiques ont un rôle reconnu pour contrer la dépendance au tabac et favoriser l'arrêt.

Dans le groupe « intervention », la prise de décision immédiate, favorisée par la mesure de gratuité des substituts, n'a intéressé que les fumeurs prêts à ce moment là à entreprendre le sevrage, ce qui explique l'importance du désintérêt initial à la démarche (62 % dans le groupe « intervention »). Dans le groupe « témoin », le taux de refus se révèle moindre (54 %) car les fumeurs n'étaient pas incités à un véritable engagement, comme le confirment les scores de dépendance et de motivation plus faibles chez les fumeurs du groupe « témoin » par rapport à ceux du groupe « intervention ».

D'après le questionnaire à 6 mois et malgré son faible rendement, près d'un tiers des fumeurs du groupe « intervention » ont arrêté de fumer grâce aux substituts prescrits par leur médecin pour 67 % d'entre eux. Ils sont plus âgés, plus motivés et moins dépendants que les 10 % seulement des fumeurs du groupe « témoin » qui ont cessé de fumer (2/3 par arrêt volontaire et sans aide et 17 % ayant eu recours aux substituts nicotiniques à leur charge). Dans les 2 groupes, moins de 3 % des fumeurs ont cessé de fumer grâce à une action collective.

Les causes d'échec au sevrage diffèrent entre les 2 groupes. Les pré-occupations sociales ou familiales ainsi que le manque de préparation prédominent chez les fumeurs du groupe « témoin » et ne favorisent pas la démarche. L'impossibilité d'arrêter malgré l'envie se retrouve à près de 40 % dans les 2 groupes. L'information délivrée lors de l'examen de santé leur a permis d'envisager une démarche de sevrage, même si celle-ci n'a pu aboutir.

Il n'est pas possible de prédire qui réussira ou qui échouera dans la démarche de sevrage. Les probabilités de succès dépendent de nombreux facteurs et en premier lieu du désir de vouloir arrêter. La mise à disposition gratuite des substituts nicotiniques en est un lorsque cette mesure intervient au bon moment dans le parcours du sevrage. Un accompagnement par le médecin traitant et/ou par d'autres structures peut se révéler alors indispensable. Mais ce constat précoce à 6 mois ne peut préjuger de la réussite définitive du sevrage tabagique ainsi que des facteurs pouvant prédisposer à une rechute ultérieure. Une inconnue réside cependant dans la forte proportion des non répondants, tant il est vrai que la population précaire est difficilement mobilisable et peu compliant, la non-réponse pouvant être aussi la traduction d'un échec au sevrage.

CONCLUSION

L'examen périodique de santé a été l'occasion pour tous les fumeurs de recevoir une information personnalisée sur les méfaits du tabac. Le coût des substituts nicotiniques, la durée du traitement, la nécessité d'un accompagnement sont très certainement des freins importants au sevrage, en particulier pour les populations en situation de précarité. Dès lors, la mise à disposition gratuite de ces produits est un argument supplémentaire pour mieux sensibiliser le fumeur, l'engager dans une démarche de sevrage et faciliter sa prise en charge avec une réelle probabilité de réussite sur le court terme.

RÉFÉRENCES

- [1] Haut Comité de santé publique. La Santé en France. La Documentation française, Paris 1998:309p
- [2] Hill C. Trends in Tobacco Smoking and Consequences on Health in France. *Preventive Med* 1998;27:514-9
- [3] Arènes J, Janvrin MP, Baudier F. Baromètre santé 97/98 jeunes. CFES, Paris 1998:328p
- [4] Conférence de consensus. Arrêt de la consommation de tabac. Paris, 8-9 octobre 1998. Anaes;1998. Site internet : <http://www.anaes.fr>
- [5] Fiore M, Smith S, Jorenby D, Baker T. The Effectiveness of the Nicotine Patch for Smoking Cessation. A Meta-analysis. *JAMA* 1994;271:1940-7
- [6] Baudier F, Orlandini C, Oddoux K, Guilbert P. Les français et le tabac. *Concours Med* 2000;122:1538-42
- [7] Slama K, Karsenty S, Hirsch A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients : a randomised controlled trial in France. *Tobacco Control* 1995;4:162-9

REMERCIEMENTS

Nous remercions pour leur participation les personnels des Centres d'examen de santé de : Agen-Boé, Albi, Amiens, Angoulême, Annecy, Auxerre, Belfort, Bourg-en-Bresse, Brest, Cahors, Cambrai, Chalon-sur-Saône, Charleville, Chartres, Clermont-Ferrand, Dijon, Douai, Gap, Grenoble, Guéret, La Roche/Yon, Lille, Limoges, Lyon, Marseille, Melun, Montargis, Montluçon, Moulins, Orléans, Paris-CPAM, Pau, Périgueux, Poitiers, Rennes, Roanne, Roubaix, Saint-Dizier, Saint-Étienne, Sélestat, Tarbes, Toulon, Tourcoing, Tulle, Vandoeuvre, Verdun, Villenoy.

Etude menée grâce à une subvention de la Caisse nationale d'Assurance maladie.

