

Rôles et actions efficaces des médecins généralistes dans le sevrage tabagique

Anne Stoebner-Delbarre¹, François Letourmy², Hélène Sancho-Garnier¹

¹Centre régional de lutte contre le cancer, Montpellier ²CHU Toulouse

INTRODUCTION

Plus de 65 % des fumeurs souhaitent arrêter de fumer, dont les deux tiers dans un avenir proche allant de moins d'un mois à un an [1]. Cependant, peu de fumeurs s'arrêtent spontanément sans sollicitation et beaucoup méconnaissent les techniques de sevrage efficaces.

Il est donc nécessaire de promouvoir des actions individuelles et collectives de façon à accompagner les fumeurs dans leur démarche de sevrage. Dans ce contexte, les médecins généralistes occupent une place privilégiée d'autant plus importante que les études internationales ont montré qu'ils pouvaient être efficaces à condition d'être impliqués et formés [2].

Cet article propose une revue des actions recommandées afin que les médecins généralistes puissent aider efficacement les fumeurs à arrêter le tabac. Certaines de ces actions sont à réaliser lors de consultation en cabinet libéral ou à l'hôpital, d'autres font partie des stratégies collectives nécessaires pour accroître l'arrêt du tabagisme en France.

ACTIONS EFFICACES A RÉALISER EN CONSULTATION

Les actions que peut réaliser le médecin vis-à-vis de ses patients sont : le conseil minimal, la distribution de brochure, l'aide et le soutien à l'arrêt du tabac (figure 1). Il peut aussi s'appuyer sur une mesure du monoxyde de carbone expiré.

Figure 1

Stratégie d'aide à l'arrêt du tabac d'après la méthode des 5 A [2,11]

Interroger sur la consommation de tabac : Ask < 1 minute	
Fumez-vous	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Réponse non : félicitations. Conseils pour éviter l'exposition au tabagisme passif social et à la maison.	
Réponse oui : mesurer le Monoxyde de carbone expiré puis passer à la 2 ^{ème} étape.	
Conseiller l'arrêt : Advise < 1 minute	
Conseil clair, ferme et personnalisé d'aide à l'arrêt « En tant que médecin, je dois vous informer qu'arrêter de fumer est la meilleure chose que vous puissiez faire pour votre santé ».	<input type="checkbox"/>
Information sur les risques	<input type="checkbox"/>
Vérifier la motivation à l'arrêt du tabac : Assess < 1 minute	
« Souhaitez-vous arrêter de fumer ? »	<input type="checkbox"/>
Si réponse oui : passer à l'étape suivante.	
Si réponse non : renforcer les motivations à l'arrêt, donner une brochure d'aide à l'arrêt.	
Aider au sevrage tabagique : Assist > 3 minutes	
Mesurer le CO expiré	<input type="checkbox"/>
Proposer un traitement adapté à la dépendance.	
Encourager le fumeur à avoir un soutien et à ne pas être exposé au tabagisme passif social et familial. Eventuellement l'adresser à une consultation de tabacologie.	
Organiser le suivi : Arrange follow up	
Mesurer le CO expiré, féliciter, valoriser les bénéfices en cas d'arrêt, assurer le suivi	<input type="checkbox"/>

Conseil minimal et interventions brèves

Les conseils brefs et les encouragements à l'arrêt (de l'ordre d'une minute) par les professionnels de la santé sont des méthodes efficaces, reconnues pour augmenter significativement les sevrages tabagiques réussis [2]. Un conseil rapide systématique d'arrêt du tabac donné par un médecin de famille entraîne une augmentation de 2 % de sevrages à long terme auprès de sa clientèle de fumeurs [3]. Une autre étude réalisée en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur par Slama et coll. a montré que les patients des médecins généralistes ont des taux d'abstinence continue à 12 mois quatre fois plus importants s'ils ont bénéficié des conseils d'arrêt même brefs de la part de leur médecin [4].

Le statut fumeur du médecin généraliste ne semble pas affecter ses résultats. A partir du moment où il est volontaire pour participer à un programme, le médecin fumeur est aussi performant que son collègue non fumeur et les taux de sevrage de ses patients ne sont pas différents de ceux des patients suivis par des médecins non fumeurs [5].

En revanche, l'effet du conseil d'arrêt est variable en fonction de sa durée [2]. Au-delà d'une heure et demi (durée totale au cours de plusieurs contacts), il existe un effet de saturation et aucune conséquence bénéfique supplémentaire n'est mise en évidence (tableau 1).

Tableau 1

Saturation de l'efficacité des conseils d'arrêt du tabac en fonction du temps total de contact avec le fumeur (Méta-analyse n = 35 essais, [2]), 2000

Temps total de contact	Taux de sevrage estimés à six mois	IC 95 %
0	11,0	
1 - 3 minutes	14,4	11,3 - 17,5
4 - 30 minutes	18,8	15,6 - 22,0
31 - 90 minutes	26,5	21,5 - 31,4
91 - 300 minutes	28,4	21,3 - 35,5
> 300 minutes	25,5	19,2 - 31,7

Malheureusement ces recommandations sont rarement mises en pratique et peu de médecins conseillent l'arrêt. Plus de 50 % des femmes enceintes fumeuses interrogées par Blanchon et al, ont dit que leur médecin ne les avait pas incitées à arrêter de fumer [6]. Ceci est d'autant plus dommage, qu'elles sont en attente « d'un discours vrai, ni infantilisant ni culpabilisant, ... prônant une interdiction formelle » [6].

Distribution de brochure

Les brochures d'information ou de conseils d'arrêt sont aussi des outils efficaces pour les médecins. Les fumeurs qui en reçoivent ont un peu plus de chance de s'arrêter de fumer que ceux qui n'en ont pas (OR 1,23 [IC 95 % 1,02-1,49]) [7]. Ces résultats peuvent mésestimer l'impact des brochures car ils n'ont pas pris en compte les essais réalisés chez les femmes enceintes. De plus, 76 % des participants inclus dans la première analyse de Lancaster et Stead ont reçu des brochures de 28 à 50 pages ce qui peut être un facteur décourageant à la lecture. Il est à noter également qu'un document peut être efficace dans une région mais pas dans une autre comme l'illustre le cas du manuel Windsor. Ce dernier a eu un impact important auprès de la population pour laquelle il avait été réalisé à Birmingham en Alabama. En revanche, son efficacité a été moindre à Baltimore et quasi nulle à Brisbane en Australie où il a été mal accepté. Enfin, certains documents dits grand public, ont des scores de lisibilité faibles ce qui nuit à leur compréhension. Ces résultats suggèrent que l'impact de la

brochure peut être d'autant plus important que le contenu est adapté aux capacités de lecture, à la motivation, à la compréhension et aux caractéristiques de la population ciblée.

Outre leur potentielle efficacité, les brochures présentent plusieurs avantages. Le médecin généraliste peut avoir à sa disposition des exemplaires gratuits et adaptés à ses populations spécifiques (jeunes, personnes prêtes à l'arrêt...). Il peut laisser les brochures en salle d'attente ou s'en servir comme support au cours de la consultation et pour le suivi. Pour le médecin, la brochure permet de passer le temps disponible sur les points les plus importants seulement, les informations complémentaires se trouvant dans le document. Certaines brochures permettent au fumeur de l'utiliser en fonction de ses besoins, d'analyser et de prendre du recul vis-à-vis de son habitude, ou de revoir, à son rythme, des éléments abordés au cours de la consultation. Elles ne remplacent cependant pas le dialogue.

Aide et soutien à l'arrêt du tabac

Les médecins généralistes peuvent aider, soutenir et prescrire des traitements adaptés aux dépendances pour augmenter les chances de sevrage réussis de leurs patients motivés. Cette prise en charge nécessite de pouvoir réaliser des consultations spécifiques longues et répétées. En pratique, trois traitements sont actuellement recommandés : les substituts nicotiques, le bupropion et les thérapies cognitivo-comportementales.

Substituts nicotiques

Toutes les formes de substituts nicotiques (SN) disponibles sont efficaces et multiplient par 1,5 à 2 les chances d'arrêter de fumer (tableau 2) [8]. Le choix entre les différentes formes galéniques dépend des préférences et de la susceptibilité aux effets secondaires du patient. L'association de patch à d'autres SN pourrait augmenter les taux de sevrages réussis [8]. Pour les fumeurs les plus dépendants les gommes à 4 mg entraînent davantage de succès que les gommes à 2 mg (OR 2,20 [IC 95 % 1,85-3,25]) [8].

Tableau 2

Efficacité des substituts nicotiques dans l'arrêt du tabac (revue de 123 essais et méta-analyse [8]), 2004

Substituts Nicotiques	Odds Ratio d'abstinence estimé à 6 mois	IC 95 %
Placebo ou absence de traitement	1	
Gomme à mâcher	1,7	1,5 - 1,8
Patch	2,3	1,6 - 2,0
Inhaleur	2,1	1,4 - 3,2
Comprimé sublingual	2,1	1,6 - 2,6
Total	1,8	1,7 - 1,9

Bupropion

Le bupropion LP est un médicament recommandé dans l'aide à l'arrêt du tabac de fumeurs dépendants car il augmente les chances d'abstinence tabagique à six mois [2,9]. Prescrit à 300 mg par jour, il peut multiplier par 2 à 3 les chances d'arrêt à six mois d'un fumeur motivé par rapport à un placebo (OR 2,49 [IC 95 % 2,06-3,00]) [10]. Avant toute prescription, l'Afssaps recommande aux médecins de respecter scrupuleusement les contre-indications (trouble convulsif, sevrage d'alcool ou de benzodiazépine en cours, anorexie, boulimie, trouble bipolaire, insuffisance hépatique sévère, tumeur du système nerveux central), de rechercher les situations pouvant abaisser le seuil épileptogène et de se référer au résumé des caractéristiques du produit [9].

Thérapies cognitivo-comportementales

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) peuvent multiplier par 2 le taux d'abstinence tabagique à six mois par rapport aux groupes témoins [2]. Elles ont essentiellement pour but de traiter la dépendance psychologique et comportementale en aidant le fumeur à faire face aux situations à risque et aux envies de fumer, à prévenir les rechutes et à gérer éventuellement les faux pas. Elles ont pour effet d'augmenter la confiance

que le patient a en ses capacités à atteindre son objectif. Leur utilisation nécessite une formation spécifique qui n'est actuellement pas incluse dans la formation initiale des médecins généralistes. Cependant des formations médicales continues se développent et quelques techniques issues des TCC sont appliquées aisément dans la pratique quotidienne.

D'autres méthodes thérapeutiques ont été évaluées dans l'aide à l'arrêt du tabac mais n'ont pas fait la preuve de leur efficacité (hypnose, homéopathie, auriculothérapie, laser, mésothérapie, désensibilisation...). L'acupuncture pourrait entraîner une amélioration des taux d'abstinence à six mois par rapport à une méthode « d'acupuncture placebo ». Mais elle n'est pas recommandée par l'Afssaps car les résultats des méta-analyses ne sont pas uniformes et les effets observés ne persistent pas sur le long terme.

Quel que soit le traitement choisi, un suivi et un soutien au cours du sevrage doivent être proposés par le médecin généraliste lorsqu'il prend en charge le sevrage de ses patients fumeurs.

Mesure du monoxyde de carbone expiré

La mesure du monoxyde de carbone (CO) expiré fait partie des méthodes recommandées par la conférence de consensus « Grossesse et tabac » de 2004. C'est l'indicateur d'intoxication tabagique le moins cher et le plus facilement utilisable par un médecin au cours d'une consultation ou d'une hospitalisation.

La mesure du CO expiré permet d'objectiver immédiatement le niveau d'exposition à la fumée du tabac. Elle permet également d'avoir un indice de l'exposition et de la toxicité fœtale chez la femme enceinte. Les résultats peuvent servir de point de départ pour un dialogue constructif et être un facteur poussant à l'arrêt. La mesure du CO expiré présente également l'avantage de se normaliser très rapidement après l'arrêt du tabagisme. Le résultat objectivé par un taux de CO expiré inférieur à 5 ppm est « visible ». Il constitue un facteur motivant important et renforce la démarche de sevrage.

Ces conseils d'utilisation proviennent d'un consensus d'experts (médecins généralistes, tabacologues, pneumologues, gynécologues, sages-femmes...) mais n'ont pas fait l'objet à ce jour et à notre connaissance, d'expérimentation contrôlée.

STRATÉGIES POUR ACCROÎTRE LE NOMBRE DES SEVRAGES TABAGIQUES

Les médecins généralistes peuvent aussi participer à d'autres actions qui font partie des stratégies collectives nécessaires pour accroître l'aide à l'arrêt du tabac en France. Ces actions sont la participation à des formations et le soutien des mesures nationales.

Participation à des formations

Les professionnels de santé formés sont plus efficaces que ceux qui n'ont pas suivi de formation adaptée. Ils « entraînent » de l'ordre de deux fois plus de patients dans la démarche de sevrage [11]. De plus, les patients qu'ils suivent peuvent avoir entre 2 et 3 fois plus de chances de réussir leur sevrage à un an que les patients suivis par des professionnels non formés [11].

Les programmes de formation les plus efficaces utilisent l'influence des pairs et emploient une pédagogie interactive pour obtenir des changements de comportement professionnel [11]. Ils permettent également d'aller au-delà de certaines barrières ou croyances qui freinent l'implication dans le soutien à l'arrêt du tabac.

Soutien des mesures nationales de prévention

En France, le sevrage tabagique réalisé par le médecin est intégré au sein du Plan cancer dont un des objectifs est de réduire le tabagisme de 30 % chez les jeunes et de 20 % chez les adultes. Mais le sevrage n'est utile que si tous les autres éléments du plan global de lutte contre le tabac sont aussi réalisés. C'est ainsi que l'application de la loi d'interdiction de fumer dans les lieux publics facilite les sevrages des fumeurs car elle limite les tentations. La « dénormalisation » de l'image du tabagisme entraîne, elle, une augmentation des demandes de sevrages. Il est donc important que les médecins soutiennent l'ensemble de ces mesures nationales en tant que professionnel mais aussi en tant qu'individu et qu'ils les appliquent aussi à leur vie quotidienne.

CONCLUSION

Les médecins généralistes ont un rôle majeur à jouer pour favoriser la démarche et prendre en charge les fumeurs et les accompagner au cours de leur sevrage.

De nombreuses études ont prouvé l'efficacité de leur conseil, même bref, à l'arrêt du tabac. L'augmentation des sevrages tabagiques ainsi obtenue varie selon les sources et l'intensité des conseils entre 2 et 8 %. Cet effet d'apparence modeste doit cependant être replacé dans un contexte de santé publique. Ainsi, par un conseil bref, les professionnels de la santé pourraient potentiellement entraîner un arrêt du tabac chez plus d'un million de fumeurs en France.

D'autres actions efficaces peuvent être menées par les médecins généralistes au cours de leur pratique quotidienne. Certaines sont rapides comme la distribution de brochures assistée de la mesure du CO expiré. D'autres nécessitent plus de temps comme l'aide et l'accompagnement à l'arrêt du tabac. En complément, les études montrent aussi que les médecins doivent participer à des actions de formation pour améliorer leurs performances et modifier certaines de leurs croyances limitant leur implication dans le sevrage tabagique.

Ces actions interindividuelles menées dans le cadre d'un exercice libéral ou hospitalier, doivent être associées à la participation et au soutien des programmes collectifs comme ceux inclus dans le Plan cancer et ceux des associations de lutte contre le tabagisme. Ces engagements sont indispensables pour améliorer la santé de demain.

RÉFÉRENCES

[1] Arwidson P, Léon C, Lydié N, Wilquin JL, Guilbert P. Évolutions récentes de la consommation de tabac en France. BEH 2004; 22-23:95-6.

- [2] Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ. Treating tobacco use and dependence: a clinical practice guideline. Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services. A Public Health Service report. May, 2000. http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use.pdf
- [3] Silagy C. Physician advice for smoking cessation. Cochrane database Syst Rev 2002; 1.
- [4] 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.
- [5] Slama K, Karsenty S, Hirsch A. French general practitioners' attitudes and reported practices in relation to their participation and effectiveness in a minimal smoking cessation programme for patients. Addiction 1999; 94(1):125-32.
- [6] Blanchon B, Parmentier M, Colau JC, Dautzenberg B, Blum-Boisgard C. Tabac et grossesse. Etude de l'Assurance maladie des professions indépendantes en Ile-de-France. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004; (33):21-9.
- [7] Lancaster T, Stead LF. Self-Help interventions for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Oxford, Update Software 2002; 1:1-51.
- [8] Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine Replacement therapy for smoking cessation. Cochrane database Syst Rec 2004; 3.
- [9] Afssaps. Recommandation de Bonnes Pratiques. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Argumentaire. Afssaps 2003: 70 p.
- [10] Scharf D, Shiffman S. Are there gender differences in smoking cessation, with or without bupropion ? Pooled-and meta-analysis of clinical trials of Bupropion SR. Addiction 2004; 99(11):1462-9.
- [11] Stoebner-Delbarre A, Letourmy F. Quelles sont les mesures de santé publique à proposer ou à valider pour réduire le tabagisme féminin : Rôles des professionnels de santé. J Gynecol Obstet Biol Reprod H série 2005 (sous presse).

Les indicateurs du tabagisme

Catherine Hill, Agnès Laplanche

Institut Gustave Roussy, Villejuif

Il existe deux sources de données sur la consommation de tabac en France : les données de ventes et les données des sondages. Ces informations ont été rassemblées récemment dans un livre [1]. Les données de ventes fournissent uniquement une estimation de la consommation totale, et non par sexe et par âge. Les sondages permettent aussi d'estimer une consommation totale de tabac ; cependant cette dernière estimation est, en règle générale, assez différente de celle fournie par les données de ventes. Nous proposons de corriger les données des sondages pour les rendre compatibles avec les données de ventes. Une fois cette correction effectuée, les données des sondages qui sont disponibles par sexe et par âge, permettent de répartir les ventes par sexe et par âge [2].

Nous passerons en revue l'ensemble des problèmes que ces données posent.

LES DONNÉES DE VENTES

Le tableau 1 présente les données de ventes disponibles pour les années 2000 à 2004. Les données de ventes de cigarettes et de tabac total se trouvent par mois jusqu'en mars 2005 sur le site de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (www.ofdt.fr). Ce site considère qu'une cigarette, un cigare et un cigarillo contiennent un gramme de tabac. Les données détaillées par produits sont obtenues chaque année auprès d'Altadis qui a le monopole de la distribution.

Le tableau 2 résume les indicateurs que l'on peut tirer de ces données de ventes. Nous pensons qu'il vaut mieux présenter les ventes rapportées à l'effectif de la population adulte, définie comme âgée de 15 ans et plus, plutôt que les ventes totales. En effet, si les ventes augmentent comme la population, le nombre de personnes malades augmente parallèlement à la population, mais les risques à taille de population et à âge égal restent stables.

On peut s'intéresser à l'ensemble des produits du tabac, il faut alors additionner les différents produits, ce qui ne peut se faire qu'en connaissant le poids en gramme de tabac des cigarettes (0,8 en 2003), des cigares et des cigarillos.

Tableau 1

Données de ventes disponibles en France depuis 2000

Année	Cigarettes (millions)	Tabac à rouler (tonnes)	Tabac à pipe (tonnes)	Cigares de 3 g ou plus (millions)	Petits cigares et cigarillos (millions)	Prise (tonnes)	Chique (tonnes)
2000	82 514	5 581	1 589	80	1 632	39	319
2001	83 464	5 633	1 454	85	1 645	38	333
2002	80 529	5 721	1 236	83	1 625	34	332
2003	69 649	5 954	1 041	29	1 701	352	
2004	54 924	6 970	891	25	1 866	30	318

On vend en France, en 2004, 3 cigarettes par adulte et par jour (3,06 exactement), alors qu'on en vendait presque 4 en 2003. Ces chiffres sont parlants et faciles à retenir. Ceci correspond à 54 924 millions de cigarettes vendues en 2004, qui est une donnée bien plus abstraite. On passe de l'un à l'autre en divisant 54 924 par 49,2 (population adulte en millions en 2004) et par 365 jours.

Ces données de ventes donnent une mesure exacte de la consommation en France, à la contrebande et aux achats transfrontaliers près. La contrebande était estimée être de l'ordre de 3 % en 2003 (estimation réalisée en multipliant par 10 les quantités saisies [3]), et la plupart des cigarettes saisies étaient destinées à la Grande-Bretagne.

LES DONNÉES DES SONDAGES

Base et taille des sondages

Pour étudier la consommation de tabac de la population française, il est essentiel d'interroger un échantillon représentatif de la population dans son ensemble. De tels sondages sont