

une prévalence du tabagisme de 30 % parmi les étudiantes de 33 écoles de soins infirmiers. Ce résultat est identique à la prévalence dans la population générale à classe d'âge égale (29 %) [9]. Une étude japonaise de 1995 montre également une prévalence chez les étudiants très proches de celui de la population générale (18,6 % dans les écoles de soins et 15 % en population générale) [10]. Même si ces résultats obtenus à l'AP-HP mettent en évidence un taux de tabagisme des élèves infirmières inférieur à celui de la population générale, ces chiffres restent néanmoins élevés en valeur absolue. Ce qui doit amener les écoles de soins à réfléchir à la mise en place de programmes de prévention qui soit spécifiques aux élèves infirmières.

Les études de la prévalence du tabagisme sur les infirmières diplômées sont plus nombreuses et permettent de constater un phénomène identique : les infirmières fument d'une façon très proche de celle de la population générale à classe d'âge égale. Il existe toutefois certaines exceptions comme l'Espagne où 68 % des infirmières fument ce qui est très supérieur à la consommation féminine de la population générale [11].

Ces résultats publiés chez les infirmiers vont à l'encontre de la déclaration du Conseil international des infirmières (CII) qui, à l'occasion des audiences publiques de l'OMS sur la Convention cadre pour le contrôle du tabac 12 octobre 2000, dit que les infirmières ne sont que 18 % à fumer dans les pays développés, sans citer ses sources.¹

Le tabagisme des sages-femmes est inférieur à celui des élèves infirmières. Cette différence n'est expliquée ni par une différence d'âge, ni par une variation importante du taux de tabagisme au cours des quatre années d'études. L'explication tient peut-être au fait que les sages-femmes ont un travail plus médical. Leur taux de tabagisme se rapproche de celui des internes de médecine de Paris qui est de 23 % de fumeurs réguliers (12). Il semble aussi que chez les professionnels de santé, en formation longue et médicalisée, le taux de tabagisme, par rapport à la population générale, soit moindre que celui observé chez les étudiants en formations plus courtes. Nous n'avons malheureusement pu réaliser de comparaison internationale car il n'existe pas de données publiées sur le tabagisme des élèves sages-femmes ou des sages-femmes diplômées.

CONCLUSION

Les infirmières peuvent jouer un rôle important dans la prise en charge du sevrage tabagique. La Cochrane Library montre que leur intervention augmente de 50 % les chances de sevrage

¹ <http://www.inc.ch.tabacco-statmentf.htm>

dans 16 études prospectives [2]. Indépendamment de cette aide apportée par l'infirmière ou la sage-femme, il est démontré que les soignants non-fumeurs sont plus crédibles quand ils prennent en charge leurs patients fumeurs. Ainsi un soignant non-fumeur augmente de 50 % son efficacité dans l'initiation et le maintien de l'arrêt du tabac [2].

Il est donc justifié d'agir auprès de ces professionnels pour les former à la prise en charge du tabagisme des patients, mais aussi d'aider les élèves fumeurs et fumeuses à arrêter de fumer durant leurs études. Il est nécessaire de savoir mobiliser l'ensemble des étudiants et d'aider la minorité des plus dépendants par une prise en charge spécifique. Cet arrêt du tabac leur permettra de vivre sans frustration dans l'ambiance non fumeuse des hôpitaux et lieux de santé non-fumeurs.

RÉFÉRENCES

- [1] Guide Hôpital sans tabac. RHST- CFES Vanves, 2000
- [2] Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation (Cochrane Review). Cochrane Database Syst Rev. 2001;3:CD001188
- [3] Vadasz I. Smoking habits of doctors and nurses and their attitudes towards smoking habits of patients. *Bull Int Union Tuberc Lung Dis* 1990; 65:100
- [4] Conférence de consensus sur l'arrêt du tabac, ANAES- AP-HP Edimark Paris 1998
- [5] Fagerström KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence. *J Behav Med* 1989; 12:159-82
- [6] Baromètre santé 2000, CFES, Vanves, 2000
- [7] Rowe K, Macleod Clark J. Why nurses smoke: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*. 2000;37:173-81
- [8] Rowe K, Macleod Clark J. Evaluating the effectiveness of a smoking cessation intervention for nurses. *International Journal of Nursing Studies*. 1991;36:301-11
- [9] Harisson MB, O'Connor AM, Weaver LA. Canadian nurses and smoking. *The Canadian Nurse* 1991;8:28-31
- [10] Ohida T, Osaki Y, Kobayashi Y, et al. Smoking prevalence of female nurses in the national hospitals of Japan. *Tob Control* 1999;8:192-5
- [11] Heras Tebar A. Tabaquismo en enfermería. Rol de Enfermería. *Rev Enferm*. 1997;20:57-60
- [12] Salomon L, Levu S, Steffen C et al. Les internes et le tabagisme : connaissances et pratiques. *BEH* n°40/2001

Remerciements aux directrices, enseignantes et étudiantes d'IFSI et d'Ecole de Sage-femmes de l'ensemble des écoles de l'AP-HP qui ont collaboré au questionnaire et au recueil des données.

Evolution de l'activité des consultations hospitalières de tabacologie durant la période triennale 2000-2002

M. Jeanfrançois, E. Fernandes, Ministère de la santé, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Paris
B. Dautzenberg, Office français de prévention du tabagisme, Paris, J. Ménard, Faculté de médecine Broussais - Hôtel-Dieu, Paris

Le plan national de lutte contre le tabagisme mis en place en 1999, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et la prévention de la dépendance 1999-2001 ont mis la priorité sur l'information du public des dangers du tabagisme, les possibilités de sevrage tabagique ainsi que sur l'aide à apporter aux personnes souhaitant arrêter de fumer.

L'un des volets de mise en œuvre de cette politique est la création et le renforcement de consultations hospitalières de tabacologie ainsi que d'unités de coordination de tabacologie (circulaire DGS/EO2/DGS/2000/182 du 3 avril 2000). Des dotations nationales spécifiques « tabac », de 26,2 MF en 2000, de 25 MF en 2001 et de 14 MF en 2002 ont été attribuées aux hôpitaux. Leur utilisation au service des objectifs fixés est en cours d'évaluation.

Les résultats des activités des consultations hospitalières de tabacologie ont fait l'objet d'enquêtes annuelles qui ont été publiées en 2000 et 2001.

Nous présentons dans cet article les résultats de l'enquête 2002 et les tendances évolutives durant la période triennale 2000-2002.

MÉTHODE

La méthode utilisée en 2002 est exactement celle des enquêtes de 2000 et 2001.

L'enquête est de type transversal, réalisée sur une semaine donnée du 14 au 19 janvier auprès des établissements de santé publics et privés. Ont été incluses dans cette enquête, toutes les consultations ayant au moins une vacation hebdomadaire, recensées par l'Office français de prévention du tabagisme. Le questionnaire adressé à ces consultations est identique à celui des deux années précédentes. Il a porté sur le nombre des consultations, leurs activités, les outils utilisés et les ressources en personnel.

RÉSULTATS

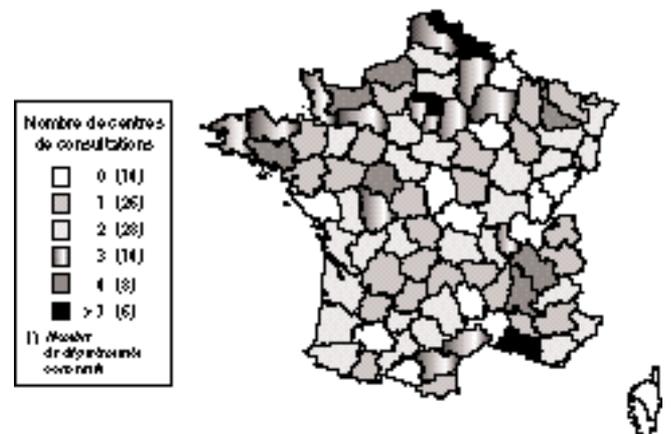
Le nombre total des centres de consultations de tabacologie hospitalières recensés en 2002 par l'Office français de prévention du tabagisme est de 260 en France métropolitaine et dans les DOM, soit une création de 46 centres de consultation durant ces trois dernières années.

Le taux de réponse à l'enquête est passé en trois ans de 70 % à 87 %. L'exploitation pour l'année 2002 porte donc sur 225 centres de consultations hospitalières de tabacologie.

Seize départements sont encore dépourvus de toute consultation de tabacologie hospitalières, soit 14 pour la métropole et 2 pour les DOM. En 2001, le nombre de départements dépourvus de consultations de tabacologie était de 22. Les données au niveau départemental ne sont pas disponibles pour 2000.

Figure 1

Répartition, par départements, des 225 centres de consultations de tabacologie hospitalières pour 2002



Nombre de patients, par semaine, fréquentant les consultations hospitalières de tabacologie

Le nombre total de patients pris en charge dans les consultations de tabacologie durant la semaine d'enquête est passé de 1 903 à 2 947, soit une augmentation de 55 % en trois ans.

Le nombre de patients vus par centre de consultation est resté stable, avec une médiane de neuf patients.

Le nombre moyen de patients examinés par vacation reste stationnaire, autour de cinq.

Le nombre de nouveaux consultants pendant la semaine enquêtée a baissé de 44 % à 36 % (- 8 %). Le nombre d'anciens consultants a augmenté de 56 % à 64 % (+ 8 %), ce qui indique un suivi plus prolongé des premiers consultants.

Le dépistage des patients hospitalisés pour des motifs autres que le tabagisme a également progressé. Ainsi, en 2002, 439 patients étaient hospitalisés dans l'établissement et ont été adressés en consultation de tabacologie ou vus au lit du malade, ce qui représente une augmentation de 90 % par rapport à 2000.

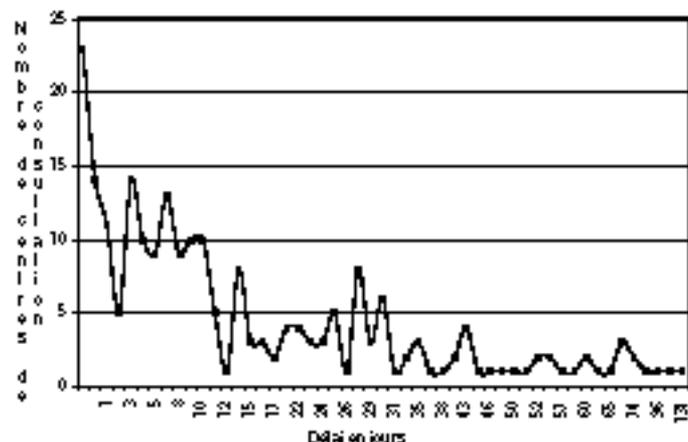
Enfin, le pourcentage des femmes enceintes prises en charge pour tabagisme est en progression de 17 % par rapport aux deux années antérieures. Leur nombre reste cependant faible, 69 patientes en 2002, soit 2,3 % de l'ensemble des personnes ayant consulté pendant la semaine de l'enquête.

Délai d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous

La médiane de délai de prise de rendez-vous pour une première consultation est de 10 jours alors qu'elle était de 21 jours en 2000. Le délai minimum est de un jour, un maximum de 4,5 mois a été déclaré par l'une des consultations.

Graphique 1

Délai d'attente de rendez-vous pour 2002



Utilisation des outils de diagnostic clinique et biologique

L'utilisation du test de Fagerström est très élevée (97,8 %) mais n'atteint pas encore les 100 %.

A l'exception du dosage de la cotinine urinaire qui reste peu pratiqué (12,5 % en 2002 contre 14 % en 2000), l'utilisation des outils de diagnostic clinique et biologique continue de s'améliorer.

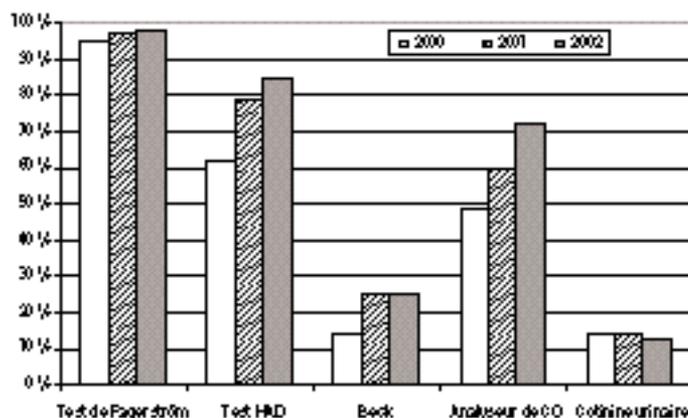
L'utilisation du questionnaire HAD est en progression (85 % en 2002 contre 62 % en 2000).

Il en est de même du score de Beck qui est passé de 24,5 % en 2002 contre 14 % en 2000 (utilisé quand l'HAD est anormal).

L'analyseur de CO est de plus en plus fréquemment utilisé : 72 % en 2002 contre 50 % en 2000.

Graphique 2

Outils de diagnostic clinique et biologique utilisés « souvent » ou « toujours »



Utilisation du dossier CFES/RHST et de l'informatique

En 2002, 64,5 % des consultations de tabacologie utilisent le dossier CFES/RHST soit une augmentation de 34,5 % en trois ans. 21 % des consultations de tabacologie utilisent un dossier médical informatisé, soit une augmentation de 12,5 %.

Les consultations maintiennent une forte demande pour participer à la mise en place d'un dossier médical informatisé (75 % de celles enquêtées).

Moyens en personnels

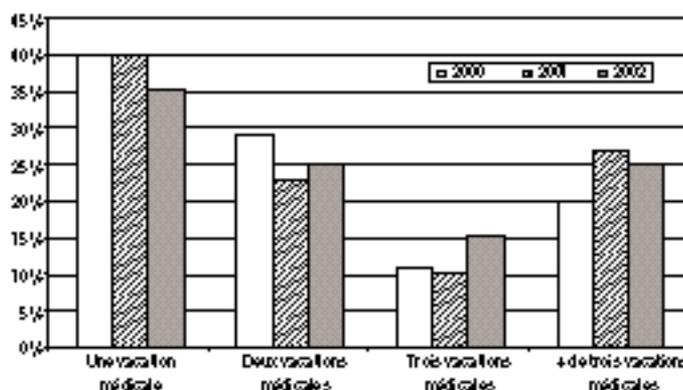
Le nombre moyen de vacations médicales par centre de consultation reste stationnaire, à 2,7 pour les trois années enquêtées.

Le nombre de vacations varie selon les centres : 35 % des centres de consultation fonctionnent encore avec une vacation médicale, 25 % avec deux vacations médicales et 40 % avec trois vacations médicales et plus.

Le nombre de professionnels de santé est en augmentation. Les médecins sont passés de 37 à 66 équivalents temps plein en trois ans. Les autres professionnels de santé (infirmières, psychologues, sages-femmes...) sont en revanche en nombre stationnaire, autour de 60 équivalents temps plein.

Graphique 3

Répartition en % des centres de consultations de tabacologie hospitalières selon le nombre de vacations médicales, par semaine



DISCUSSION

Le bilan triennal 2000-2002 de l'effort du Ministère de la santé en faveur de l'aide au sevrage tabagique dans les établissements hospitaliers est globalement positif pour la plupart des paramètres étudiés. Il montre une augmentation du nombre de centres de consultations de tabacologie pour la France métropolitaine et les DOM. Cependant, il faut noter que 16 départements restent encore dépourvus de toute consultation hospitalière de tabacologie. Par ailleurs, l'interprétation de cette évolution doit tenir compte de la fusion au sein d'un même établissement de plusieurs centres de consultation, auparavant éclatés entre plusieurs services (pneumologie, médecine interne, maternité...).

L'attention des professionnels de santé à la prise en charge des femmes enceintes dépendantes du tabac commence à s'affirmer. Les efforts doivent être poursuivis en ce qui concerne la formation du personnel soignant, l'information des futures mères et leur accompagnement vers le sevrage tabagique.

Le raccourcissement notable du délai d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous s'explique en partie par l'augmentation des centres de consultation. C'est un facteur très positif qui contribue à favoriser l'aide au sevrage tabagique grâce à un accès plus facile au moment de la motivation, tandis que l'accompagnement plus prolongé est un facteur d'amélioration des résultats pour les personnes dépendantes au tabac.

La demande d'informatisation des centres de consultation de tabacologie demeure très élevée durant les trois années enquêtées. Un effort pour répondre à cette attente mérite d'être pris en compte par les responsables des établissements de santé pour résoudre les difficultés locales d'équipement informatique et d'accès à l'internet.

Les moyens en personnels restent faibles. Certes les professionnels de santé médicaux ont augmenté avec la création de nouveaux centres de consultations. Mais la stabilité du nombre des professionnels de santé non médicaux (infirmières, psychologues, sages-femmes...) équivaut de fait à une baisse de leur effectif, compte tenu de la charge de travail.

CONCLUSION

Le bilan triennal du plan gouvernemental de lutte contre les dépendances et plus particulièrement contre le tabagisme montre des résultats extrêmement encourageants, dans un domaine qui constitue un enjeu de santé publique majeur. La prise en charge des fumeurs a été fortement améliorée, quantitativement (nombre de consultants) et qualitativement (utilisation des méthodes validées de prise en charge). L'analyse du profil des consultants et les résultats obtenus à six mois sont en cours d'exploitation. Sur une base provisoire de 25 % de succès, on démontre qu'une offre accrue et mieux organisée peut avoir un impact positif à court et à moyen terme.

Les efforts entrepris doivent être poursuivis pour accroître et adapter l'offre de soins et mieux évaluer les procédés et les résultats.

Les points faibles repérés grâce à ce suivi annuel sont les suivants :

- la répartition des consultations sur l'ensemble du territoire français est encore inégale. L'effort doit être poursuivi afin qu'à terme chaque département soit doté d'au moins une consultation hospitalière de tabacologie ;
- la concentration des moyens sur des centres ayant au moins une activité de trois demi-journées par semaine est en cours, mais elle est loin d'être achevée ;
- le recueil structuré et informatisé des informations médicales minimales décrivant la clientèle et les résultats nécessite d'être encouragé. L'objectif à atteindre est d'informatiser 100 % des centres de consultation d'aide au sevrage tabagique des établissements hospitaliers.

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] Conférence de consensus « l'arrêt de la consommation du tabac » Anaes, Paris Edimark 1998
- [4] B. Dautzenberg, G. Brucker, A. Borgne, J.M. Nadal, F. Bourdillon. L'activité des consultations non hospitalières de tabacologie en 2000. *BEH* 43/2000
- [5] M. Jean François, E. Fernandes, B. Dautzenberg. Evolution de l'activité des consultations de tabacologie hospitalières entre 2000 et 2001. *BEH* 22-23/2001
- [6] B. Dautzenberg, G. Brucker, A. Borgne, L. Jossesan, S. Dragos, C. Fernandez, M. Jeanfrançois. Evolution de l'activité des consultations non-hospitalières de tabacologie entre 2000 et 2001. *BEH* 22-23/2001.