



NUMÉRO SPÉCIAL JOURNÉE MONDIALE SANS TABAC, 31 MAI

Éditorial

Revoilà le 31 mai, avec la journée mondiale de lutte contre le tabagisme, occasion de revoir les progrès accomplis depuis un an, et les actions prioritaires qu'il faut renforcer.

Sans conteste depuis quelques années, nous progressons dans la maîtrise, difficile, de cette dépendance.

Tout d'abord, la place absolument prioritaire de cette lutte dans les programmes de santé publique n'est contestée par personne. Je voudrais à ce sujet souligner le rôle majeur joué par l'OMS depuis quelques années pour ériger la lutte contre le tabagisme comme une priorité planétaire.

Mais nous devons également mesurer, en France, le chemin parcouru grâce à l'engagement des pouvoirs publics. Ainsi 10 ans après les 1^{ers} décrets d'application de la loi Evin, la lutte contre le tabagisme a intégré les politiques de santé publique ; elle fait notamment partie des programmes d'enseignement dans les facultés de médecine et dans les écoles d'infirmières.

De jeunes médecins, internistes et généralistes, pneumologues, cardiologues, mais également obstétriciens, pédiatres, sans oublier ceux de la santé publique reconnaissent, dans la prise en charge du tabagisme, une nécessité quotidienne de leur pratique. Cette mobilisation concerne également les infirmières, les sages femmes, les dentistes, tant de professions de santé...

Des formations à la lutte contre le tabagisme, et plus généralement contre les addictions, incluant alcool, autres drogues, médicaments, ont mis en évidence les besoins et les attentes.

Il faut aller plus loin. Il faut ainsi une véritable mobilisation de chacun pour le respect de l'environnement. La lutte contre le tabagisme est aussi une question de citoyenneté.

Il faut renforcer nos actions de formation d'autant que la lutte contre le tabagisme doit savoir prendre en compte la spécificité de chaque fumeur, son niveau de dépendance certes, mais aussi le contexte psychosocial de son comportement.

L'an passé le thème de réflexion portait sur le tabagisme passif. Nous avons progressé (un peu) dans la prise de conscience. Mais le progrès décisif ici attendu est le respect de la loi Evin sur le lieu de travail. L'inscription, désormais acquise, de cette réglementation dans le code du travail permettra enfin un contrôle possible par l'Inspection du travail.

C'est ici mettre en avant la responsabilité de l'employeur dans les questions de santé.

C'est aussi souligner la responsabilité des pouvoirs publics face à ce risque majeur. Il faut absolument que les moyens consacrés à la prévention du tabagisme (actif ou passif) soient à la hauteur des risques encourus.

Enfin, ce 31 mai est marqué par le thème « Tabac et Sport ». Belle antinomie le jour même de l'ouverture du Mondial !

Le sport endure, lui aussi, les dures épreuves de la dépendance, de la drogue, du dopage, de la triche.

Là encore les images de citoyenneté, du respect de l'autre, de l'adversaire, et de soi-même surtout, doivent être celles de l'espoir. La victoire est belle, surtout celle sur soi-même.

Pr Gilles Brucker,

Directeur général de l'Institut de veille sanitaire,
directeur de la publication.

SOMMAIRE

Editorial	p. 93
Usages de tabac à 18 ans : principaux résultats de l'enquête Escapad 2001	p. 94
La consommation de tabac chez les jeunes de 12-25 ans dans quatre régions de France	p.95
Le tabagisme des élèves infirmières et sages-femmes de l'AP-HP	p. 96
Evolution de l'activité des consultations hospitalières de tabacologie durant la période triennale 2000-2002	p. 98
Evolution de l'activité des consultations non-hospitalières de tabacologie durant le plan triennal tabac 1999-2001	p. 100
Etude pilote de mesure du CO expiré chez les fumeurs et non-fumeurs à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac 2001	p. 101
Effets des campagnes de prévention du tabagisme sur Tabac Info Service, une ligne téléphonique d'aide à l'arrêt du tabac	p. 102

Usages de tabac à 18 ans : principaux résultats de l'enquête Escapad 2001

F. Beck, S. Legleye, P. Peretti-Watel, Observatoire français des drogues et toxicomanies, Paris

INTRODUCTION

En 2000, l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) a mis en place, avec le soutien de la Direction centrale du service national (DCSN), l'enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (Escapad). Elle interroge tous les adolescents qui passent leur Journée d'appel de préparation à la défense (JAPD) le mercredi et le samedi d'une semaine donnée. Cette enquête annuelle se substitue à celles menées jusqu'en 1996 par le Service de santé des armées sur les usages de substances psychoactives. Elle offre des résultats précis pour une tranche d'âge réduite sur les usages de drogues illicites et licites et notamment le tabac, dont il est question ici. Le second exercice ayant eu lieu dix mois seulement après la première enquête de 2000, il n'est pas encore question d'observer de tendances. En revanche, il consolide les résultats du premier et permet notamment, en agrégeant les bases des deux enquêtes, d'obtenir un échantillon de grande taille autorisant une approche régionale.

MÉTHODE

Escapad repose sur un questionnaire auto-administré strictement anonyme concernant la santé, le mode de vie (sorties et sociabilité) et les usages de produits psychoactifs. La passation a été confiée à un des deux intervenants encadrant les appelés. Elle consistait à présenter succinctement l'enquête (en rappelant les conditions de garantie de l'anonymat, l'intérêt d'une telle étude et l'importance d'obtenir des réponses exactes et fiables), à distribuer et à collecter les questionnaires. Après 25 minutes, l'intervenant remplissait un rapport de passation décrivant le déroulement de l'enquête, puis ramassait les questionnaires et envoyait le tout directement à l'organisme chargé de la saisie.

L'échantillon contient des jeunes non scolarisés tout en bénéficiant d'un mode de collecte similaire à celui des enquêtes en milieu scolaire ; par ailleurs, la procédure de convocation, qui limite les chances que les jeunes convoqués résidant dans une même commune se retrouvent dans la même salle, garantit une très bonne confidentialité. Le questionnaire a été élaboré pour qu'un consommateur mette à peu près le même temps à le renseigner qu'un non-consommateur, afin d'éviter d'ostensibles différences dans la durée de remplissage.

Les dates de la passation ont été choisies en concertation avec la DCSN, de façon à éviter les examens scolaires et le recrutement d'un nombre anormalement important de jeunes dont les situations scolaires ou professionnelles seraient particulières. Les 24 et 28 mars 2001, 245 centres JAPD ont été mobilisés pour recevoir 15 582 jeunes. Les 293 questionnaires pour lesquels le sexe ou l'année de naissance n'étaient pas renseignés ont été écartés de l'analyse, et 100 autres questionnaires ont été exclus parce que l'enquête n'y avait donné aucune réponse dans au moins deux des trois modules de questions portant sur le tabac, l'alcool et le cannabis. Après ce filtrage, l'échantillon exploitable atteint pour la métropole 15 189 adolescents. Les résultats présentés ici concernent uniquement la métropole, les jeunes nés en 1983 (n=12 512, appelés par la suite les 18 ans) qui constituent l'essentiel de l'échantillon. L'outil statistique utilisé ici pour mesurer le degré de significativité de la différence entre deux pourcentages est le test du Chi2 de Pearson.

Escapad a reçu l'avis d'opportunité du Conseil national de l'information statistique (CNIS) et le label d'intérêt général de la statistique publique du Comité du label, ainsi que l'avis favorable de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Expérimentation et consommation actuelle de tabac

À 18 ans, l'expérimentation du tabac est courante : environ quatre individus sur cinq déclarent avoir déjà fumé au moins une cigarette. Les filles sont un peu plus fréquemment expérimentatrices (80,7 %, contre 78,7 % pour les garçons ; p<0,05), mais elles sont un peu moins souvent devenues fumeuses et ont un peu plus souvent abandonné la consommation de tabac. Inversement, l'usage quotidien se révèle être un comportement légèrement plus masculin. Les écarts entre les sexes observés sont toutefois minimes, le tabac restant le produit psychoactif pour lequel les usages sont les moins sexuellement différenciés.

Tableau 1

Usage actuel de tabac à 18 ans						
	n'a jamais fumé	a juste essayé	ancien fumeur	fumeur occasionnel	fumeur quotidien	total
Filles	19,3 %	23,3 %	5,8 %	10,5 %	41,1 %	100 %
Garçons	21,3 %	21,6 %	4,1 %	10,2 %	42,8 %	100 %
Ensemble	20,3 %	22,5 %	4,9 %	10,3 %	42,0 %	100 %

Source : Escapad 2001, OFDT

Les chiffres d'expérimentation obtenus en 2000 étaient très proches (moins d'un point d'écart pour les garçons comme pour les filles). Que ce soit pour la consommation occasionnelle ou pour la consommation régulière, les filles déclaraient en 2000 des niveaux d'usage tout à fait similaires. Pour les garçons, il y avait en 2000 autant de fumeurs actuels, mais avec une plus grande proportion de fumeurs quotidiens parmi eux.

Moins de la moitié des jeunes (47,6 %) n'ont pas fumé au cours des 30 derniers jours, et 7,8 % ont fumé moins d'une cigarette par jour, sans distinction de sexe. Parmi les 44,6 % de jeunes qui se déclarent fumeurs quotidiens au cours de cette période, un tiers a fumé plus de dix cigarettes par jour. Parmi ces derniers figurent un peu plus souvent des garçons (34,2 % contre 31,1 % parmi les filles ; p<0,05).

Tableau 2

Nombre de cigarettes fumées au cours des 30 derniers jours à 18 ans parmi les fumeurs quotidiens					
	1 à 5	6 à 10	11 à 20	plus de 20/jour	total
Filles	30,5 %	38,4 %	25,0 %	6,1 %	100 %
Garçons	27,9 %	38,0 %	26,3 %	7,8 %	100 %
Ensemble	29,2 %	38,2 %	25,6 %	7,0 %	100 %

Source : Escapad 2001, OFDT

Age à l'expérimentation et âge d'entrée dans le tabagisme régulier

En moyenne, les enquêtés ont fumé leur première cigarette à 13,7 ans environ (13,8 ans pour les filles et 13,6 ans pour les garçons). La question sur l'âge à l'expérimentation permet de retracer, à 18 ans, la diffusion de tabagisme en cumulant les proportions d'année en année. Cette reconstruction montre que les garçons ont été un peu plus précoces que les filles pour fumer leur première cigarette. Ils l'ont plus fréquemment fumée avant l'âge de 12 ans (13,4 % vs 9,0 % ; p<0,001). Les filles sont particulièrement nombreuses (41,6 %) à avoir expérimenté le tabac à 13 ou 14 ans, de sorte que l'écart entre les sexes s'avère quasi nul après 14 ans. Pour les garçons comme pour les filles, les prévalences augmentent plus rapidement entre 13 et 15 ans : bien que se situant déjà à des niveaux assez élevés, les prévalences font plus que doubler entre ces deux âges. En revanche, après 15 ans, l'augmentation des prévalences se ralentit.

En moyenne, les adolescents de 18 ans sont entrés dans le tabagisme quotidien juste avant 15 ans, 14,8 ans pour les filles et 14,9 ans pour les garçons. La prévalence du tabagisme quotidien suit quasiment la même progression pour les deux sexes, avec une forte augmentation entre 14 et 16 ans.

Influence de la précocité de l'usage sur la consommation actuelle

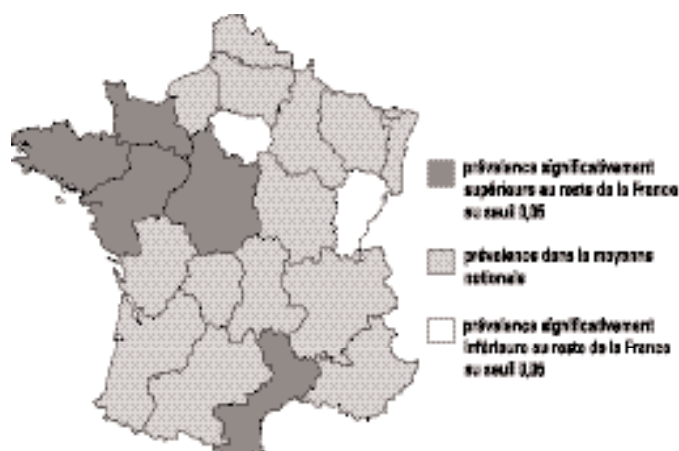
La précocité dans l'expérimentation apparaît très corrélée au passage à une consommation régulière, en particulier à une consommation forte (plus de 10 cigarettes par jour). Ainsi, si un tiers (34,6 %) des garçons qui ont déjà fumé du tabac mais ne sont pas des fumeurs quotidiens ont fumé leur première cigarette avant l'âge de 14 ans, c'est le cas de 40,9 % des fumeurs quotidiens de moins de 10 cigarettes par jour, et de 59,2 % des gros fumeurs. Les différences sont encore plus nettes pour les filles avec des pourcentages atteignant respectivement 31,6 %, 39,3 % et 60,7 %.

La précocité de l'entrée dans l'usage quotidien est également un puissant prédicteur de l'usage intensif de tabac, dans la mesure où pour environ la moitié (49,1 % pour les garçons et 52,2 % pour les filles) des gros fumeurs cette entrée se situe avant 14 ans, alors que ce n'est le cas que d'un quart (25,2 % pour les garçons et 27,2 % pour les filles) des fumeurs quotidiens consommant moins de 10 cigarettes par jour.

Répartition géographique de l'usage de tabac

La question des variations géographiques des usages de substances psychoactives à l'adolescence a déjà été soulevée dans de nombreux travaux, notamment à partir des données des deux enquêtes Espad 1999 et Escapad 2000, mais ces analyses restaient cantonnées à des niveaux suprarégionaux. En effet, afin de travailler sur des échantillons de taille suffisante dans chaque unité géographique considérée, la première enquête apportait une information sur huit zones correspondant à des regroupements d'académies scolaires et la seconde sur huit zones construites par agrégation de régions administratives.

Usage quotidien de tabac par région (en %)



Source : Escapad 2001/2002, OFDT

Grâce à la constitution d'une base de données réunissant les 25 697 individus âgés de 17 et 18 ans interrogés lors des deux premiers exercices d'Escapad, en 2000 et 2001, il est possible de proposer des résultats au niveau régional pour la métropole, puisque chaque région possède un effectif conséquent. Seules trois régions ont un effectif inférieur à 500 : la Franche-

Comté (n= 484), le Limousin (n= 261) et la Corse (n= 97). Dans le cas particulier de la Corse, les valeurs ne sont pas données car les éventuels écarts constatés seraient sujets à caution. En revanche, les effectifs atteignent, dans les plus grandes régions, 4 074 pour l'Ile-de-France et 2 394 pour la région Rhône-Alpes. En moyenne, on compte 934 individus par région.

A 17-18 ans, l'expérimentation du tabac s'avère plus fréquente dans l'Ouest (respectivement 86 % pour les filles et 82 % pour les garçons en Bretagne, 85 % et 80 % dans les Pays-de-la-Loire). Dans la région Languedoc-Roussillon, ce sont les filles qui se distinguent (86 %) et dans la région Midi-Pyrénées, ce sont les garçons (81 %). Pour les deux sexes, cette expérimentation s'avère plus rare en Ile-de-France (76 % et 74 %), ainsi que, pour les seuls garçons, dans les régions Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Limousin et Nord-Pas-de-Calais. L'écart entre les deux sexes est faible dans la plupart des régions et n'excède cinq points que dans le Nord-Pas-de-Calais, le Limousin et le Languedoc-Roussillon (toujours en faveur des filles).

A 17-18 ans, l'usage quotidien du tabac est plus fréquent dans une petite portion ouest du territoire : Basse-Normandie (50 %), Bretagne (47 %), Pays-de-la-Loire (45 %) mais aussi dans le Centre (45 %) et en Languedoc-Roussillon (45 %). L'Ile-de-France (34 %) et la Franche-Comté (37 %) sont les seules régions où cet usage est significativement plus rare qu'ailleurs. L'écart entre les sexes reste faible et n'excède jamais six points. Cet écart est soit au profit des garçons, comme en Basse-Normandie (44 % des filles et 50 % des garçons de 17-18 ans y fument quotidiennement), soit au profit des filles, comme en Languedoc-Roussillon (42 % des garçons et 48 % des filles).

Ces résultats confirment et affinent ceux obtenus lors d'enquêtes réalisées en 1997 et 1999 en milieu scolaire [1] [2] mais s'avèrent très différents de ceux observés pour les 15-75 ans ou de ceux obtenus à partir des ventes de cigarettes [3]. L'analyse de cette répartition géographique se révèle donc délicate, d'autant que les hypothèses susceptibles d'être formulées pour les adultes (zone touristique ou frontalière expliquant la différence entre données de vente et de consommation déclarée par exemple) ne tiennent pas forcément à 17-18 ans. Il peut toutefois être souligné qu'il existe à cet âge une certaine cohérence entre les usages des différentes substances psychoactives, licites ou illicites : la Bretagne et le Languedoc-Roussillon se retrouvent, pour l'alcool et les drogues illicites, dans les régions de fortes consommations, alors que l'Ile-de-France présente des prévalences d'usage souvent plus faibles que sur le reste du territoire [4] [5].

RÉFÉRENCES

- [1] Ballion R., Les conduites déviantes des lycéens, CADIS, Rapport OFDT, 1998, 243 p.
- [2] Peretti-Watel P., Beynet A., Beck F., Legleye S. « La diffusion géographique des usages de produits psychoactifs à l'adolescence », *Alcoologie et Addictologie* (à paraître en 2002).
- [3] Oddoux K, Peretti-Watel P. Baudier F. 2001. Tabac. In Guilbert P., Baudier F., Gautier A. (dir.) *Baromètre santé 2000*. Vanves, Les éditions du CFES, 2001.
- [4] Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P. Regards sur la fin de l'adolescence: consommation de produits psychoactifs dans l'enquête Escapad 2000, 2000, rapport OFDT, 220 p.
- [5] Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P. Santé, mode de vie et usages de drogues à 18 ans : les résultats de l'enquête Escapad 2001, 2002, rapport OFDT, 198 p.

La consommation de tabac chez les jeunes de 12-25 ans dans quatre régions de France

Observatoires régionaux de la santé (ORS) d'Alsace, du Nord-Pas-de-Calais, des Pays-de-la-Loire et de Picardie, Fédération nationale des ORS, Paris
Comité français d'éducation pour la santé, Vanves

DES BAROMÈTRES SANTÉ JEUNES RÉGIONALISÉS

Afin de mieux appréhender les connaissances, attitudes et comportements des Français concernant la santé, le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) a mis en place, depuis 1992, la série des Baromètres santé, en partenariat avec le ministère de l'Emploi et de la Solidarité, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) le Haut comité de la santé publique (HCSP), la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies (Mildt), l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), la Mutualité française. En 1999, le CFES a réalisé un nouveau baromètre national couvrant la population de 12 à 75 ans (échantillon de 13 685 personnes).

Parallèlement, à la demande de nombreux acteurs locaux, les Baromètres régionaux ont été mis en place en Alsace, Nord-Pas-de-Calais, Pays-de-la-Loire, Picardie et Poitou-Charentes. Dans cette dernière région, l'enquête a concerné les 12-75 ans, alors que, dans les quatre autres régions, elle ciblait les jeunes de 12-25 ans.

Les Baromètres santé jeunes réalisés en Alsace, Nord-Pas-de-Calais, Pays-de-la-Loire et Picardie ont été réalisés selon la même méthode et en même temps que le Baromètre santé national du CFES. Il s'agit d'enquêtes téléphoniques réalisées auprès d'échantillons de 1 200 jeunes par région, représentatifs des 12-25 ans de chaque région (méthode aléatoire). L'institut BVA a effectué l'enquête entre octobre et décembre 1999, par téléphone en utilisant le système CATI (Computer Assisted Telephone Interview) et après une lettre annonce. L'anonymat et le respect de la confidentialité étaient garantis et l'enquête avait reçu l'aval de la Commission nationale informatique et liberté (CNIL). Le questionnaire durait en moyenne 25 minutes. Il avait été élaboré à partir des questionnaires utilisés dans les baromètres précédents, grâce à la collaboration de nombreuses équipes nationales et régionales.

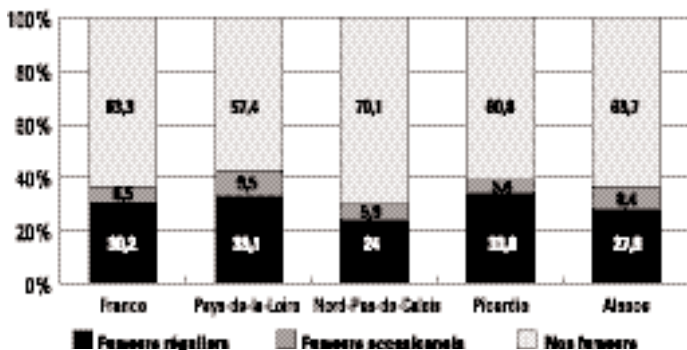
Les comparaisons présentées ici entre les quatre régions et l'échantillon national ont été réalisées sur des données standardisées, avec comme population de référence la population française au recensement de 1999. Toutes les différences mentionnées entre deux résultats sont statistiquement significatives ($p < 0,05$ au test du Chi2 ou de Student).

QUELQUES RÉSULTATS CONCERNANT LE TABAGISME

Les fumeurs réguliers

Graphique 1

Statut tabagique déclaré (deux sexes confondus)

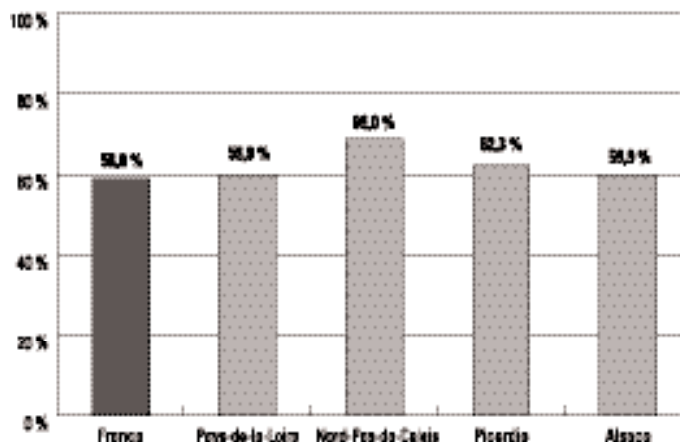


Source : Baromètre santé, ORS, CFES

Selon les résultats du Baromètre santé national, en France, 36,7 % des jeunes de 12-25 ans déclarent fumer régulièrement* ou occasionnellement* (respectivement 30,2 % et 6,5 %). Si la proportion de fumeurs réguliers est équivalente dans les Pays-de-la-Loire et en Picardie (33 %) et légèrement supérieure à la moyenne nationale, elle est en revanche plus faible en Alsace et dans le Nord-Pas-de-Calais, cette dernière région présentant la proportion la plus faible des quatre régions (24 %) (Graphique 1).

Graphique 2

Fumeurs ou anciens fumeurs déclarant avoir commencé à fumer avant 15 ans (deux sexes confondus)



Source : Baromètre Santé Jeunes, ORS, CFES

En France, 6 jeunes fumeurs ou anciens fumeurs sur 10 déclarent avoir commencé à fumer avant l'âge de 15 ans. La différence entre les quatre régions et le niveau national est très peu marquée, sauf pour le Nord-Pas-de-Calais où le tabagisme précoce concerne 7 fumeurs ou anciens fumeurs sur 10 (Graphique 2). En Picardie, comme au niveau national, le tabagisme masculin est plus précoce que le tabagisme féminin, alors qu'on observe l'inverse dans les Pays-de-la-Loire, et qu'il n'y a pas de différence pour l'Alsace et le Nord-Pas-de-Calais.

Le nombre de cigarettes fumées

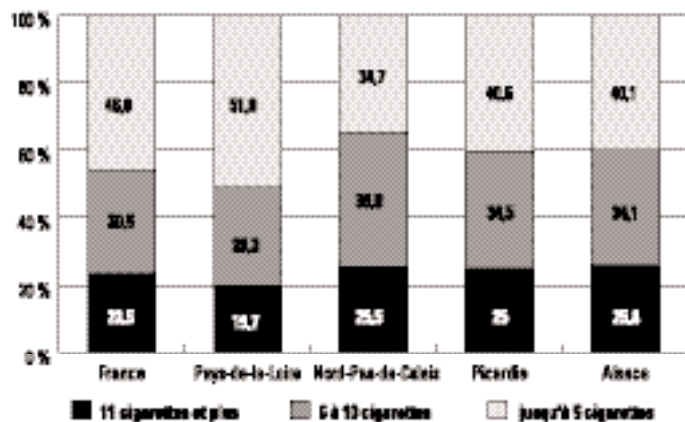
Au plan national, 54,0 % des fumeurs réguliers ont une consommation déclarée de tabac supérieure à cinq cigarettes par jour (dont 23,5 % plus de 10). Cette proportion est sensiblement moins élevée dans les Pays-de-la-Loire qu'en Picardie, Alsace ou Nord-Pas-de-Calais. Mais c'est également dans cette dernière région que la proportion de fumeurs réguliers dont la consommation de tabac dépasse cinq cigarettes/jour est la plus importante. (Graphique 3).

Ce résultat semble assez logique lorsque l'on sait que la consommation de tabac, chez les fumeurs réguliers en particulier, augmente avec l'âge. Ainsi, c'est parce qu'ils commencent à fumer plus précocement que les jeunes fumeurs réguliers du Nord-Pas-de-Calais consomment en moyenne davantage de cigarettes que les fumeurs réguliers des autres régions.

Toutefois, en dehors des Pays-de-la-Loire, la proportion de jeunes fumeurs réguliers déclarant consommer plus de 10 cigarettes par jour est équivalente entre les régions.

Graphique 3

Nombre de cigarettes fumées par jour par les fumeurs réguliers (deux sexes confondus)



Sources : Baromètre Santé Jeunes, ORS, CRES

Le désir d'arrêter

En France, 57,0 %** des jeunes fumeurs déclarent vouloir s'arrêter de fumer. Sur ce point, les Pays-de-la-Loire (57,2 %) sont identiques à la moyenne nationale, alors qu'en Nord-Pas-de-Calais les jeunes fumeurs déclarent plus fréquemment avoir envie d'arrêter de fumer (60,9 %). A l'inverse, 52,7 % des jeunes Picards et 52,6 % des jeunes Alsaciens affirment avoir envie de s'arrêter de fumer, taux inférieur à la moyenne nationale.

Le respect des zones non-fumeurs

Les zones non-fumeurs les plus couramment respectées par les jeunes Français sont celles des transports en commun : 8,7 % des jeunes disent qu'il leur arrive d'y fumer. Viennent ensuite les restaurants (9,4 %), le lieu de travail (15,5 %), les lieux publics couverts (23,4 %), les bars et cafés (24,7 %), et les lieux d'enseignement (27,1 %). Cette hiérarchie est globalement la même pour les quatre régions. Néanmoins, pour les bars et cafés et pour les lieux publics couverts, elle est plus élevée dans le Nord-Pas-de-Calais (33 % dans chaque cas) que dans les autres régions. Pour les lieux de travail, c'est en Picardie et en Alsace que les taux sont les plus élevés (16,4 % et 17,4 %).

La perception de la dangerosité du tabac

Sur le plan national, 48,6 % des jeunes estiment qu'il est dangereux pour la santé de fumer quotidiennement, taux proche de celui de l'Alsace (50,8 %) et des Pays-de-la-Loire (49,3 %). En Picardie (44,6 %) et Nord-Pas-de-Calais (40,1 %) ces taux sont significativement moins élevés, les jeunes de ces régions ayant davantage répondu que le tabac était dangereux pour la santé dès que l'on devient fumeur occasionnel.

La crainte des maladies liées au tabac

En France, la crainte des maladies liées au tabac est partagée par une majorité de jeunes fumeurs (53,9 %). Ce taux est sensiblement équivalent pour l'ensemble des quatre régions,

sans différence significative entre elles. Les non-fumeurs craignent beaucoup moins ces maladies (18,1 %). Si ces résultats n'ont rien de surprenant, la proportion de non-fumeurs qui ont peur des maladies liées au tabac n'est pas négligeable, ce qui pourrait refléter leur crainte du tabagisme passif.

LE BAROMÈTRE SANTÉ JEUNES : UNE VISION GLOBALE DE LA SANTÉ DES JEUNES QUI APPORTE SON LOT DE SURPRISES

Le Baromètre Santé Jeunes régionalisé présente une grande avancée dans la connaissance des réalités sanitaires des quatre régions concernées. Complétant les sources de données régionales, parcellaires et hétérogènes, le Baromètre Santé Jeunes permet de présenter la situation sanitaire des 12-25 ans et clarifie des points encore mal connus.

Si l'on se réfère aux données de mortalité retenues dans la base de données SCORE-santé, le Nord-Pas-de-Calais présente la situation la plus défavorable de l'ensemble du territoire métropolitain (en 1995-1997) pour ce qui est des décès par cancer de la trachée, des bronches et du poumon chez les hommes (surmortalité de 40 % chez les hommes, par rapport à la moyenne France), et des décès par bronchite chronique (surmortalité de 67 %). Les positions de la Picardie et de l'Alsace ne sont guère plus enviables : pour le cancer de la trachée, des bronches et du poumon chez les hommes, ces deux régions se situent respectivement au 6^e et 7^e rang des régions les moins bien classées (et aux 3^e et 4^e pour la bronchite chronique masculine). Quant aux Pays-de-la-Loire, leur situation est nettement moins défavorable, puisque la région présente une sous-mortalité de l'ordre de 20 % pour les deux types de causes citées.

Le nouvel éclairage apporté par les données des Baromètres Santé Jeunes régionalisés s'accompagne de confirmations sur des situations déjà connues, mais apporte aussi quelques surprises.

L'exemple du tabac est de ce point de vue démonstratif. Si l'on s'en tient aux données de mortalité par cancers de la trachée, des bronches et du poumon, la situation du Nord-Pas-de-Calais et, dans une moindre mesure, celles de la Picardie et de l'Alsace sont tout à fait préoccupantes. Ces trois régions enregistrent pour les hommes des taux de mortalité significativement supérieurs à la moyenne française alors qu'à l'inverse, la mortalité des Pays-de-la-Loire est l'une des plus faibles de France.

Force est de constater qu'en matière de consommation des 12-25 ans la situation est sensiblement différente. En effet, si l'on prend en référence la proportion de jeunes consommant quotidiennement du tabac, le Nord-Pas-de-Calais est, des quatre régions enquêtées, celle qui présente les taux de consommation les plus faibles, inférieurs même à la moyenne nationale, alors que la consommation dans les Pays-de-la-Loire se situe sensiblement au-dessus de cette moyenne. La Picardie est, à peu de choses près, au niveau des Pays-de-la-Loire.

Il n'est pas possible d'en conclure que d'ici à quelques décennies la hiérarchie des régions en matière de mortalité liée à la consommation de tabac ou d'alcool se trouvera profondément bouleversée. En revanche, il apparaît clairement que fixer des priorités de santé à partir des seules données de mortalité peut parfois conduire à décider ce qui doit être fait aujourd'hui en se référant à des constats qui ne sont, en partie au moins, déjà plus d'actualité.

* Définitions utilisées dans l'enquête :

Fumeur occasionnel : personne déclarant fumer moins d'une cigarette par jour

Fumeur régulier : personne déclarant fumer au moins une cigarette par jour

** Ce pourcentage est le résultat d'une standardisation année par année d'âge sur le recensement de 1999.

Le tabagisme des élèves infirmières et sages-femmes de l'AP-HP

R. Molimard R, B. Dautzenberg, D. Youssi, L. Josseran, AM. Schoelcher, A. Deveau,

Comité central de prévention du tabagisme et Délégation à la promotion de la santé et à l'action sociale, Assistance publique-Hôpitaux de Paris

Le statut tabagique des professionnels de santé influence leur aptitude à prendre en compte la prévention tabagique lors de leur pratique quotidienne [1-3]. L'hôpital et les lieux de soins sont, selon la loi, des lieux non-fumeurs et la charte hôpital sans tabac édictée dans son article 4 que doit être mise en place une aide à l'arrêt du personnel hospitalier fumeur [1]. Dans ce cadre l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) a voulu établir un état du statut tabagique initial des étudiants en soins infirmiers et des élèves sages-femmes afin de pouvoir mesurer dans l'avenir l'efficacité des actions mis en œuvre.

Nous rapportons ici une enquête exhaustive conduite en 2000 sur l'ensemble des élèves de première année des instituts de soins infirmiers (IFSI) et des élèves des quatre années des écoles de sages-femmes de l'AP-HP.

MÉTHODE

Une enquête a été conduite auprès de trois sous-groupes d'étudiants : les étudiants de première année des Instituts de formation aux soins infirmiers (IFSI) de l'AP-HP lors de la rentrée de première année de février 2000 (9 IFSI, 896 étudiantes) et d'octobre 2000 (10 IFSI, 1 068 étudiants) et l'ensemble des étudiants des deux écoles de sages-femmes de l'AP-HP (201 étudiants sur quatre années d'études) soit un effectif total de 2 165 étudiants. L'étude a porté sur les élèves des quatre années d'étude chez les sages-femmes afin d'obtenir un effectif suffisant dans ce sous-groupe.

Un auto-questionnaire anonyme a été distribué dans chacune des classes durant les heures régulières de cours et aussitôt récupérés.

Pour cette enquête un *fumeur régulier* a été défini comme un étudiant fumant au moins une cigarette de tabac par jour, et un *fumeur occasionnel* comme un fumeur ne fumant pas quotidiennement de cigarettes. Le test de Fagerström utilisé pour calculer la dépendance à la nicotine des fumeurs est le test à six questions, dont le score maximum est de 10, repris dans la conférence de consensus sur l'arrêt du tabac [4-5].

RÉSULTATS

Population

Sur un effectif théorique de 2 165 étudiants, un total de 1 981 questionnaires a été récupéré dont 1 972 sont exploitables, soit 91,2 % de réponses exploitables parmi l'effectif théorique. La majorité des non-réponses est liée à l'absence de l'étudiant le jour de l'enquête.

Les principales caractéristiques démographiques des étudiants de l'étude sont portées dans le tableau 1. Les caractères démographiques varient selon les sous-groupes d'étudiants. L'âge moyen est de 23,1±4, ans. Les élèves sages-femmes constituent le groupe le plus jeune (22,7 ± 2,6 ans) alors que l'effectif porte sur les quatre années d'étude.

La féminisation est très forte avec 84,4 % de femmes, mais sa répartition est différente dans les trois groupes : elle est quasi totale pour les sages-femmes (1 seul étudiant) alors que la proportion d'hommes a été plus importante à la rentrée d'octobre des IFSI (16,7 % qu'à la rentrée de février (13,5 %) (p<0,01) (Tableau I).

Tableau 1

Tabagisme dans les trois enquêtes des écoles de santé de l'AP-HP.

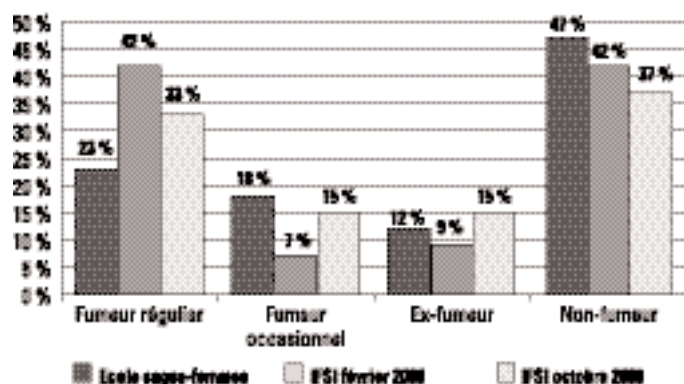
	Ecole sages-femmes	IFSI fév. 2000	IFSI oct.2000	Total
Effectif théorique (n)	201	896	1 068	2 165
Réponses exploitables (n)	196	858	918	1972
Taux de réponse (%)	97,5 %	95,8 %	86,0 %	91,1 %
Âge (années) (m ± sd)	22,7±2,6	23,2±4,7	23,1±4,8	23,1±4,6
Homme (%)	0,5 %	16,7 %	13,5 %	13,6 %
Fumeur régulier (%)	23,0 %	42,4 %	32,9 %	36,0 %
Fumeur occasionnel (%)	17,9 %	6,8 %	15,1 %	11,7 %
Ex-fumeur (%)	12,2 %	8,5 %	15,5 %	11,7 %
Non-fumeur (%)	46,9 %	42,3 %	36,6 %	40,5 %
Nombre cig/j (m ± sd)	7,7±4,9	10,6±6,5	11,0±6,7	10,6±6,5
Âge initiation (ans) (m ± sd)	15,1±2,1	15,0±2,2	14,7±2,6	14,8±2,4
Âge tabagisme régulier (ans) (m ± sd)	17,1±3,4	16,8±2,2	16,6±2,7	16,7±2,6
Tentative d'arrêt (%)	64,0 %	88,4 %	80,0 %	76,0 %
Nombre tentative arrêt (mediane, maxi-mini)	3 (0-12)	2 (0,10)	2 (0,11)	2 (0,12)
Durée tentative arrêt (jours) (mediane, maxi-mini)	55 (10-280)	58 (14-365)	42 (7-210)	51 (7-365)
Score de Fagerström (mediane, maxi-mini)	0,8±1,9 (1 (0-6))	2,2±2,1 (2 (0-7))	2,1±2,2 (2 (0-8))	2,1±2,2 (2 (0-8))
Non ou pas dépendant	89,7 %	76,2 %	76,1 %	73,4 %
Dépendance	4,4 %	19,2 %	18,0 %	20,8 %
Dépendance forte ou très forte	5,9 %	4,6 %	5,9 %	5,9 %

Tabagisme

Sur l'ensemble des écoles, le taux de tabagisme régulier est de 36,0 %, celui des fumeurs occasionnels de 11,7 %. Ainsi 47,7 % de cette population est composée de fumeurs occasionnels ou réguliers. Le taux de non-fumeurs est de 40,5 % et celui d'ex-fumeurs de 11,7 %, ainsi 52,2 % de cette population d'étudiants en matière de santé ne consomme pas actuellement de tabac (Figure 1). Les données par école (non présentées) montrent des variations importantes d'une école à l'autre, mais les effectifs sont le plus souvent faibles, ce qui rend ces variations ininterprétables.

Figure 1

Statut tabagique dans les trois sous-groupes d'enquête (n= 1972)

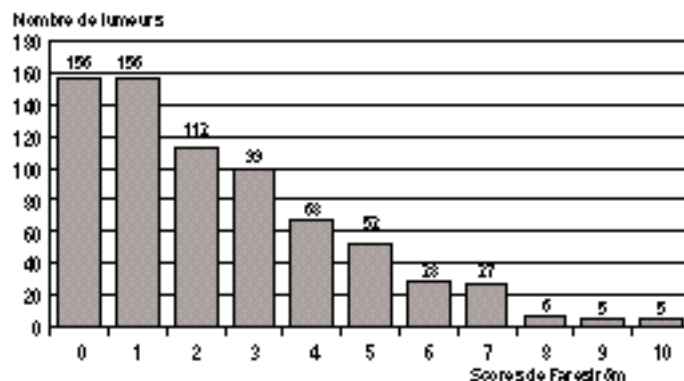


Dépendance

Un questionnaire de Fagerström à six questions a été complété par tous les fumeurs. Le score de Fagerström correspond à une absence de dépendance ou une dépendance faible chez 358 fumeurs (50,2 %), à une dépendance moyenne (score de 4 à 6) chez 310 fumeurs (43,5 %) et une dépendance forte ou très forte chez 45 fumeurs (6,3 %) (Figure 2).

Figure 2

Répartition des scores de Fagerström (0 à 10) (n=713)



Ex-fumeur

La prévalence des ex-fumeurs varie de 8,5 à 15,5 % selon les groupes d'enquête.

Le taux d'ex-fumeurs est plus élevé chez les hommes (14,2 %) que chez les femmes (11,8 %).

L'âge moyen des ex-fumeurs est plus élevé (24,5 ± 4,4 ans) que chez celui de la population des fumeurs (23,2 ± 4,1 ans) ou de la population des non-fumeurs (23,1 ± 4,8 ans) (p<0,01).

Tentative d'arrêt

Parmi les fumeurs, les tentatives d'arrêt ont été nombreuses. Elles sont moins nombreuses chez les étudiants sages-femmes (qui fument moins et sont plus jeunes) mais plus de la moitié des fumeurs (tableau 1) a déjà essayé d'arrêter de fumer. La durée médiane de ces arrêts du tabagisme rapportés varie de 42 à 58 jours selon les sous-groupes. Les fumeurs réguliers n'ayant jamais fait de tentative d'arrêt sont minoritaires parmi la population étudiée (24,0 %). Ces fumeurs n'ayant pas fait de tentatives de sevrage préalable ont un score de Fagerström élevé : 3,32 ± 2,45 (Figure 4).

Figure 3

Nombre de tentatives d'arrêt du tabac chez les fumeurs

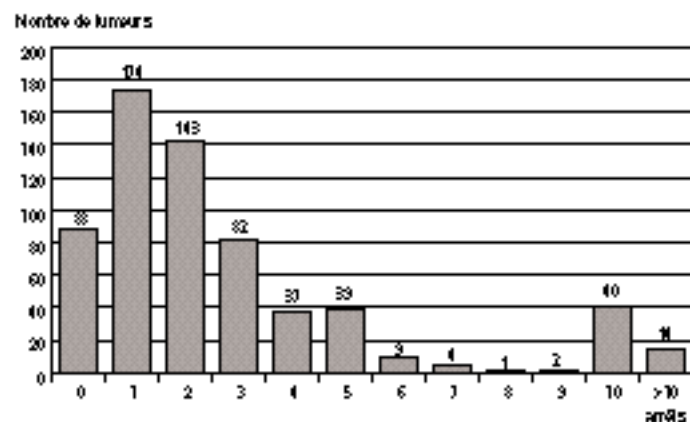
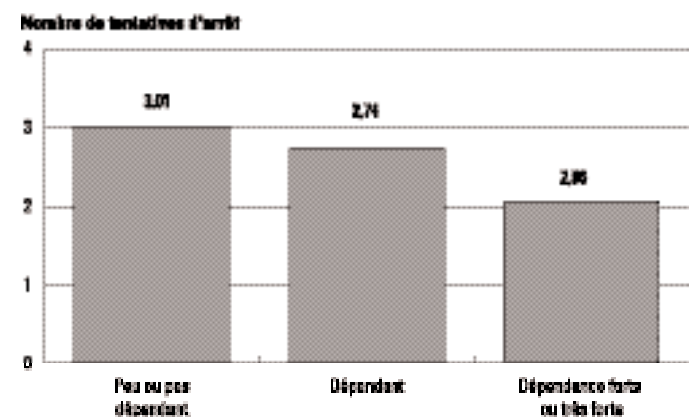


Figure 4

Nombre de tentatives d'arrêt du tabac selon la dépendance à la nicotine (classé selon les classes de score de Fagerström)



Répartition des habitudes tabagiques par sexe

Les étudiants ont en moyenne deux ans de plus que les étudiantes. Ils sont plus souvent fumeurs que les étudiantes (48,7 % contre 34,1 %) (p<0,05) alors qu'ils ont commencé au même âge (14,8 ± 2,7 ans et 14,8 ± 2,4 ans). Les étudiants fument plus de cigarettes par jour que les étudiantes (13,6 ± 8,1 contre 9,9 ± 6,0) (p<0,01) et ont un score de Fagerström plus élevé (3,5 ± 2,5 contre 2,1 ± 2,0) (p<0,01). De plus, ils rapportent plus d'arrêts que les étudiantes (4,9 ± 3,42 contre 2,7 ± 4,5 arrêts) (p<0,01). La différence de sexe n'explique que très partiellement la différence de taux de tabagisme et de dépendance observée entre les IFSI et les écoles de sages-femmes.

DISCUSSION

L'anonymat du questionnaire rend vraisemblablement compte du taux élevé (supérieur à 90 %) des réponses à cette enquête exhaustive sur un groupe de population ciblé. Il est vraisemblablement garant de leur sincérité. Le tabagisme régulier de cette population de professionnels de santé en formation est de 36,0 % soit un taux inférieur à celui de la population française féminine de même classe d'âge [4]. Le « Baromètre Santé » du Comité français d'éducation pour la santé rapportant ainsi un tabagisme de 48,5 % à 43,4 % entre 18-19 ans et 20-25 ans chez les filles et 45,8 % à 51,6 % chez les garçons pour les mêmes classes d'âges [6]. Il existe peu de travaux internationaux récents publiés sur les infirmières ou élèves infirmières [7]. Toutefois une étude anglaise de 1999 a mis en évidence dans une école de soins infirmiers une prévalence globale de 46 % de fumeurs, variant entre 52 % en première année à 43 % en troisième année. Ces chiffres sont supérieurs à ce qui est observée dans la population générale [8]. Hors Europe, une étude canadienne de 1991 montre

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

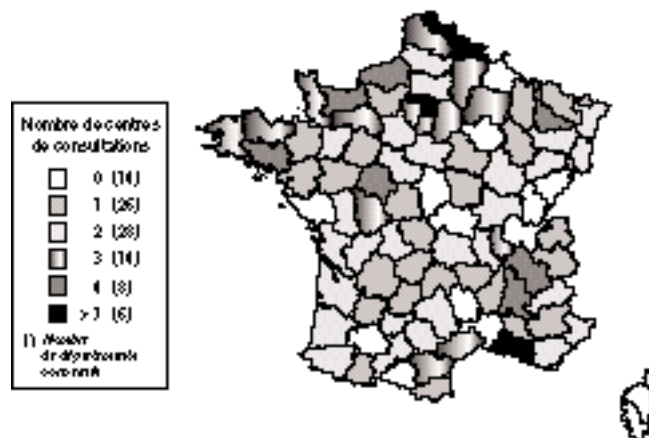
Le nombre total des centres de consultations de tabacologie hospitalières recensés en 2002 par l'Office français de prévention du tabagisme est de 260 en France métropolitaine et dans les DOM, soit une création de 46 centres de consultation durant ces trois dernières années.

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.

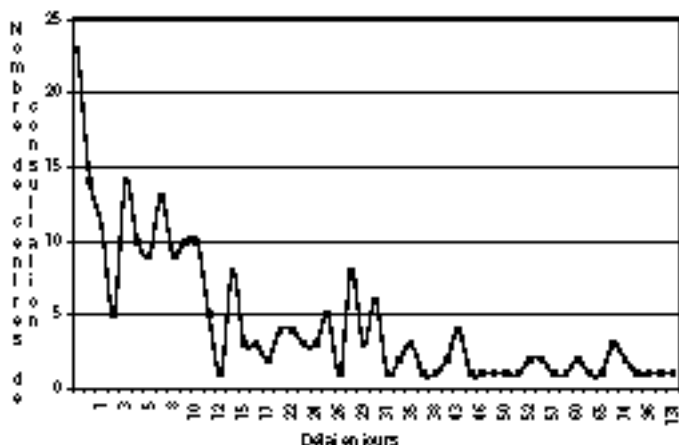
Enfin, le pourcentage des femmes enceintes prises en charge pour tabagisme est en progression de 17 % par rapport aux deux années antérieures. Leur nombre reste cependant faible, 69 patientes en 2002, soit 2,3 % de l'ensemble des personnes ayant consulté pendant la semaine de l'enquête.

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.

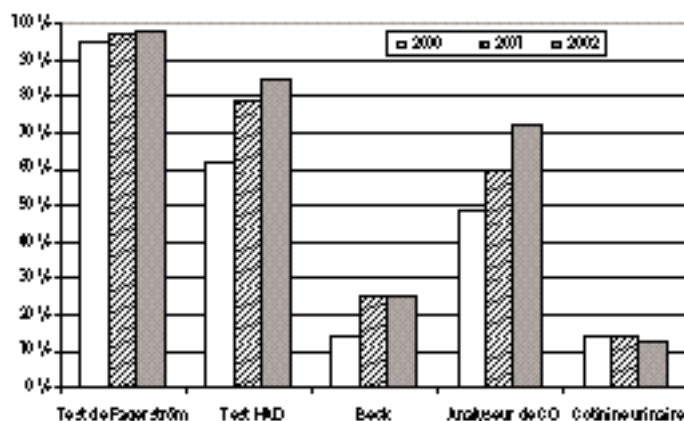
L'utilisation du questionnaire HAD est en progression (85 % en 2002 contre 62 % en 2000).

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

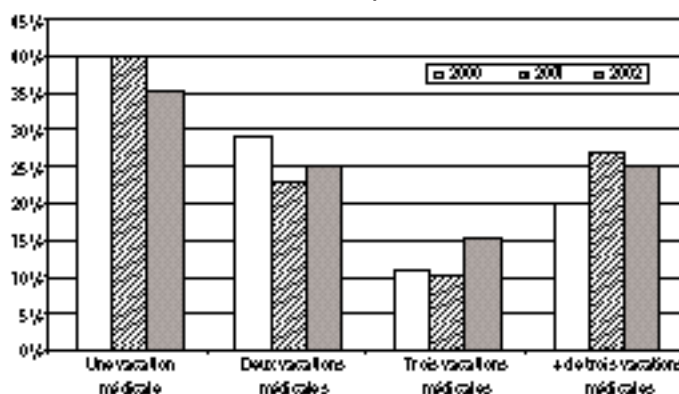
Le nombre moyen de vacations médicales par centre de consultation reste stationnaire, à 2,7 pour les trois années enquêtées.

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. Jossereau, S. Dragos, C. Fernandez, M. Jean-françois. Evolution de l'activité des consultations non-hospitalières de tabacologie entre 2000 et 2001. *BEH* 22-23/2001.

Evolution de l'activité des consultations non-hospitalières de tabacologie durant le Plan triennal tabac 1999-2001

B. Dautzenberg, L. Josseran, A. Borgne, A. Moreau, Office français de prévention du tabagisme, Paris, S. Ratte, Réseau hôpital sans tabac, Paris
M. Jeanfrançois, Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins, Paris

Le Plan tabac 1999-2001 du gouvernement prévoyait, entre autres mesures, un renforcement des consultations de tabacologie hospitalières par l'attribution de moyens spécifiques.

Afin de vérifier que le renforcement de la tabacologie hospitalière n'avait pas d'effet négatif sur les consultations non-hospitalières, qui n'ont pas bénéficié de ces mesures de renforcement, une enquête annuelle a été conduite. Celle-ci a été menée en parallèle de l'enquête « une semaine donnée » de la Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins (DHOS) [1] sur l'activité des consultations de tabacologie hospitalières.

Les résultats des deux premières années ont déjà été publiés [2-3]. La présente publication résume les résultats des trois enquêtes et les tendances évolutives.

MÉTHODE

Trois enquêtes transversales par questionnaire postal, non anonyme, avec relance ont été réalisées sur l'activité des consultations de tabacologie non-hospitalières « une semaine donnée » du 17 au 22 janvier 2000, du 15 au 20 janvier 2001 et du 13 au 19 janvier 2002. Le questionnaire a été identique les trois années d'étude et est identique à celui utilisé par la DHOS pour l'étude des consultations hospitalières, sauf en ce qui concerne l'identification des centres. Les questions fermées portent sur les effectifs médicaux et para-médicaux, la typologie des malades, les outils utilisés et la date du prochain rendez-vous libre. Les trois enquêtes ont été conduites chaque année la même semaine que celles concernant les consultations hospitalières.

MATÉRIEL

Le questionnaire a été adressé chaque année à tous les centres de consultations identifiés comme non hospitaliers par l'annuaire des consultations de tabacologie de l'Office français de prévention du Tabagisme (OFT). Cet annuaire est régulièrement actualisé et expurgé des consultations ayant comme pratique principale des méthodes non reconnues par la conférence de consensus de 1998 sur le sevrage tabagique [4].

Ainsi en 2002, les consultations utilisant en traitement principal des méthodes non reconnues (homéopathie, acupuncture) ont disparu de l'annuaire de l'OFT. Le nombre des consultations de tabacologie non-hospitalières a légèrement diminué au cours du plan triennal avec le renforcement de la sévérité des critères d'inclusion dans l'annuaire de l'OFT : le nombre de centre est ainsi passé de 153 à 126. Cette variation globale résulte de créations et de disparitions de consultations. Six mutuelles, dix centres d'alcoologie ont ouvert des consultations de tabacologie. A l'inverse, certains médecins privés ont intégré la prise en charge du tabagisme dans la prise en charge globale de leurs patients et ne s'affichent plus comme consultation de tabacologie. Enfin, 23 % des consultations qui ont précisé en 2002, la date de leur ouverture n'existaient pas lors de la première enquête de début janvier 2000.

RÉSULTATS

Le taux de réponse a été de 38 % en 2000, 57 % en 2001 et 67 % en 2002 (Tableau 1).

Tableau 1

Caractéristiques des consultations non-hospitalières interrogées et répondantes.			
	Enquête Janv. 2000	Enquête Janv. 2001	Enquête Janv. 2002
Dates	17 au 22 janv. 2000	15 au 20 janv. 2001	13 au 16 janv. 2002
Centres de l'annuaire OFT 2002 enquêtés			
Nombre de centres	152	148	126
Dispensaire	83	91	49
Cabinets privés	45	37	42
Cure et thalassothérapie	6	5	1
Associations	8	7	21
Autres	10	8	13
Centres répondants			
Réponse (N)	58 (37,9 %)	84 (57,0 %)	84 (66,7 %)
Vacations médicales	123	210	223
Vacations médicales /centre	2,1	2,5	2,7
Personnel non médical (etp)	30	42	37
Patients	645	955	849
Vacations	123		223
Nombre maximum de patient / centre	55	60	65
Première consultation	238 (39 %)	409 (43 %)	268 (32 %)
Délai médian d'attente (jours)	9	11	13
Rendez-vous dans le mois	86 %	78 %	87 %
Utilisation du score de Fagerström	90 %	93 %	93 %
Utilisation analyseur de CO	40 %	59 %	71 %
Utilisation dosage cotinine	7 %	9 %	11 %
Utilisation questionnaire HAD	10 %	20 %	72 %
Utilisation questionnaire de Beck	10 %	12 %	17 %
Utilisation dossier CFES RHST	49 %	54 %	65 %
Consultation informatisée	7 %	23 %	32 %
Volontaire informatisation	64 %	63 %	58 %
Patients/etp non-médecins	21,5	22,7	23,6
Nbre total estimé de fumeurs	26 000	34 000	19 000

Nombre et organisation des consultations de tabacologie non hospitalières

Parmi les centres ayant répondu, le nombre de vacations médicales (demi-journée de présence du médecin) a plus augmenté (123 à 223) que le nombre de centres ; ainsi le nombre de vacations hebdomadaires par centre est passé en trois ans de 2,1 à 2,6. Le nombre de professionnels de santé non-médecins (essentiellement infirmières, plus rarement diététiciennes et psychologues-cliniciens) est resté stable (37 équivalents temps pleins en 2002 versus 42 en 2001 et 30 en 2000 (Tableau 1), ce qui traduit une légère diminution du personnel par centre.

Qualité des consultations

La qualité des consultations, par rapport à la description qui en était faite dans la circulaire renforçant les consultations non-hospitalières, s'est améliorée durant les trois années du plan triennal tabac.

Le nombre moyen de vacations par semaine dans les centres se rapproche de trois, ce qui était le chiffre minimum recommandé dans la circulaire pour les consultations hospitalières, afin que la continuité des soins puisse être assurée.

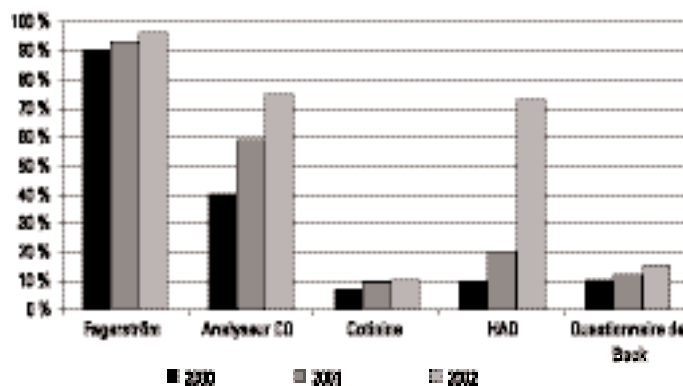
Le nombre de centres de consultations utilisant « toujours » ou « très souvent » le test de dépendance à la nicotine de Fagerström est passé de 90 à 93 % (Figure 1).

Le nombre de consultations utilisant le test HAD (score d'anxiété et de dépression) pour dépister une dépression toujours ou très souvent est passé de 10 % à 72 % (p<0,001). Le taux de consultations ayant à leur disposition un analyseur de CO (monoxyde de carbone) a presque doublé passant de 40 % à 71 % (p<0,001). Le dosage de la cotinine urinaire reste peu utilisé, mais cet examen n'est toujours ni normalisé, ni inscrit à la nomenclature des actes médicaux.

Plus de 2/3 des centres utilisent le dossier standard du CFES, CNAMTS, DGS, RHST (Tableau 1). L'informatisation progresse lentement puisque le pourcentage de centres utilisant un dossier informatisé est passé de 7 % à 32 % (p<0,001). Le nombre de volontaires pour l'informatisation reste élevé parmi les centres non équipés (2/3 des centres).

Figure 1

Pourcentage des consultations non-hospitalières de tabacologie ayant répondu aux trois études utilisant « souvent » et « presque toujours » un des outils diagnostiques suivants



Les fumeurs traités

Le nombre total de fumeurs pris en charge pendant la semaine dans les consultations de tabacologie non-hospitalières ayant répondu à l'enquête était de 645 en 2000, 955 en 2001 et 849 en 2002.

En moyenne 10 à 12 patients sont pris en charge par chaque centre, chaque semaine. Le maximum de patients pris en charge pour un centre non-hospitalier est passé de 55 patients à 65. Parmi ceux-ci, le nombre de patients venant pour la première fois a tendance à diminuer et celui des patients revenant pour des consultations ultérieures à augmenter, témoignant d'une augmentation du suivi, chaque patient était en moyenne vu plus de trois fois en consultation dans l'enquête 2002.

Le taux de femmes enceintes venant consulter dans les consultations non-hospitalières est faible (4,4 % des consultants soit 36 femmes enceintes). 65 malades pris en charge sont en institutions privées pour rééducation ou réhabilitation.

Le délai pour obtenir une consultation est acceptable. En effet si le délai moyen augmente légèrement de 9 à 13 jours, le pourcentage de centres ayant un rendez-vous disponible dans le mois suivant est quasiment identique en 2000 et 2002 (86 % et 87 %).

DISCUSSION

Alors que l'on pouvait craindre au début de ce plan triennal que le délistage des substituts nicotiques et le renforcement des consultations hospitalières ne diminuent fortement le nombre et l'activité des consultations non-hospitalières de tabacologie, il n'en a rien été. Leur nombre a peu diminué, et la diminution semble plus liée aux facteurs exigés pour

figurer dans l'annuaire des consultations de tabacologie de l'OFT qu'à une diminution réelle. Le nombre de vacations par centre a lui augmenté.

A côté de ces données, on peut aussi souligner l'amélioration de la qualité des consultations de tabacologie non-hospitalières qui, dans leur grande majorité, utilisent maintenant les outils recommandés par la conférence de consensus sur l'arrêt du tabac. Il n'en était pas ainsi en janvier 2000, année de début d'enquête, où la mesure du CO et le test HAD en particulier étaient peu utilisés (10% des centres en 2000 contre 72 % en 2002).

On estime qu'il y a 15 millions de fumeurs en France dont 10 % font chaque année une tentative d'arrêt avec recours au corps de santé. En extrapolant les données de la semaine donnée à l'ensemble de l'année (sur 48 semaines) et en estimant en première approximation que les centres non-répondants ont une fréquentation identique, on peut penser que, selon les années, entre 20 000 à 30 000 fumeurs font appel à ces structures chaque année.

Le délai moyen d'attente d'un rendez-vous pour ces consultations est de 10 jours, ce qui est satisfaisant. Moins de 15 % des consultations ont un délai d'attente d'un mois ou plus. Toutefois, comparativement aux structures hospitalières [1], les consultations de tabacologie non-hospitalières prennent en charge trois fois moins de fumeurs.

Etude pilote de mesure du CO expiré chez les fumeurs et non-fumeurs à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac 2001

B. Dautzenberg, A. Ruelland, L. Josseran, AM. Schoelcher, A. Deveau, Assistance publique-Hôpitaux de Paris

INTRODUCTION

Le monoxyde de carbone (CO) est produit lors de la combustion incomplète d'une substance organique (essence, bois, feuille de tabac) sous atmosphère faiblement oxygénée. En absence d'autres sources d'intoxication identifiées, le taux de CO dans l'air expiré ou le sang est un marqueur de l'exposition à la fumée du tabac. Les fumeurs de cigarettes, de pipes ou de cigares sont régulièrement exposés à des taux de CO qui dépassent les valeurs admises sur le lieu de travail (VME ou valeur moyenne d'exposition = 50 parties par million ou ppm¹), pour les parkings souterrains (valeur limite = 35 ppm) ou pour la qualité de l'air des villes (actuellement 14,5 ppm devant descendre à 8,5 ppm d'ici 2005 selon la directive européenne benzène et CO transposée dans le droit français il y a 18 mois).

Le CO est facilement mesuré par un dispositif médical simple, l'analyseur de CO. Cet appareil mesure le monoxyde de carbone (CO) dans l'air rejeté du poumon en fin d'expiration (comme l'alcoolotest pour l'alcool). Les relations entre les taux de CO expiré et le nombre de cigarettes fumées sont encore mal connues [1-3].

A l'occasion du 31 mai 2001, Journée mondiale sans tabac, une étude pilote a été réalisée par l'Assistance publique-hôpitaux de Paris sur un grand nombre de volontaires venant sur les stands d'animation ou participant aux autres manifestations organisées dans les hôpitaux.

MÉTHODES

Tous les établissements de l'AP-HP ont été sollicités pour participer à l'opération. Certains hôpitaux hors AP-HP ont demandé à s'associer à cette action pilote.

La semaine précédant la Journée mondiale sans tabac, les hôpitaux volontaires étaient invités à s'inscrire sur un site Internet en précisant le type de population qu'ils allaient étudier, la marque et le type de l'appareil qu'ils utiliseraient. Ils recevaient des consignes pour étalonner les appareils et recueillir les données.

Durant la Journée mondiale sans tabac, tous les visiteurs des sites d'animation, malades, visiteurs, personnels hospitaliers, fumeurs ou non-fumeurs étaient invités à mesurer leur CO expiré. Outre l'heure de la mesure, deux paramètres étaient relevés concernant le type et le niveau d'exposition. Le type d'exposition à la fumée du tabac était classé entre 5 modalités par la personne participant au test : aucune (0), consommation de cigarettes (1), consommation de cigares (2), consommation de pipes (3), exposition passive (4). Le niveau d'exposition était quantifié : nombre d'items (cigarette, cigare ou pipe) fumés dans les dernières 24 heures ou, pour les non-fumeurs, nombre d'heures passées dans des locaux fermés où l'on fumait et un score de 0 était attribué aux non-fumeurs, non-exposés.

A chaque fois qu'un formulaire papier comprenant 20 mesures de CO expiré et les paramètres d'exposition associés était complété, les données étaient transmises de façon anonyme à un serveur central, via Internet. En retour, chaque centre disposait en temps réel de ses données cumulatives traitées sur le site Internet, ainsi que des données regroupées de l'ensemble des participants à l'opération.

RÉSULTATS

Population

Ont participé à l'étude 41 hôpitaux volontaires, appartenant pour les deux tiers à l'AP-HP, avec un total de 50 points de recueil de mesure du CO. Soixante cinq appareils de mesure ont été utilisés lors de l'opération. Les appareils étaient de marque FIM (n=35), Tosco (n=14) et Eolys (n=16). Chaque centre ayant effectué entre 10 et 500 mesures, 6 930 mesures ont ainsi été enregistrées, incluant 35,2 % de non-fumeurs non-exposés, 21,5 % de non-fumeurs exposés à la fumée du tabac, 42 % de fumeurs de cigarettes, 1 % de fumeurs de cigares et 0,35 % de fumeurs de pipe.

Cette étude souligne que les centres de tabacologie non-hospitaliers répondent, malgré l'absence de nouveau financement, à une partie de la demande de sevrage tabagique de la population.

La prise en charge des fumeurs en centres spécialisés est importante en termes de recherche, d'évaluation, de formation et de prise en charge des patients les plus dépendants. Cette prise en charge reste très marginale, ne représentant qu'entre 1 à 2% de la population des fumeurs qui essaient de s'arrêter de fumeur. Il faut donc que les fumeurs puissent bénéficier d'une prise en charge non spécialisée au cours de toute consultation médicale ou paramédicale et qu'ils utilisent l'automédication. Ceci justifie les efforts conduits pour rendre tous les professionnels de santé compétents en terme d'aide à l'arrêt du tabac.

RÉFÉRENCE

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

CO expiré

Le taux moyen de CO expiré est de 3,3 ppm (écart-type = 3,4 ppm) chez les non-exposés à la fumée du tabac (Figure 1), de 4,4 ppm (écart-type = 2 ppm) chez les non-fumeurs exposés à la fumée du tabac des autres. Ce chiffre varie avec la durée d'exposition au tabagisme passif, mais l'échantillon ne comprend que 87 personnes disant avoir été exposées plus de 6 heures, limitant l'interprétation de cette étude pilote. On observe cependant une relation dose/réponse (Figure 2).

Figure 1

Moyenne du taux de CO expiré (en ppm) selon l'exposition à la fumée du tabac mesurée en nombre de cigarettes fumées (passif = non-fumeur exposé passivement à la fumée du tabac)

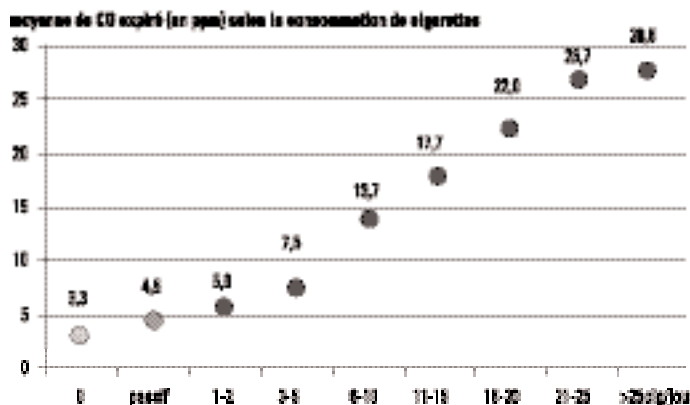
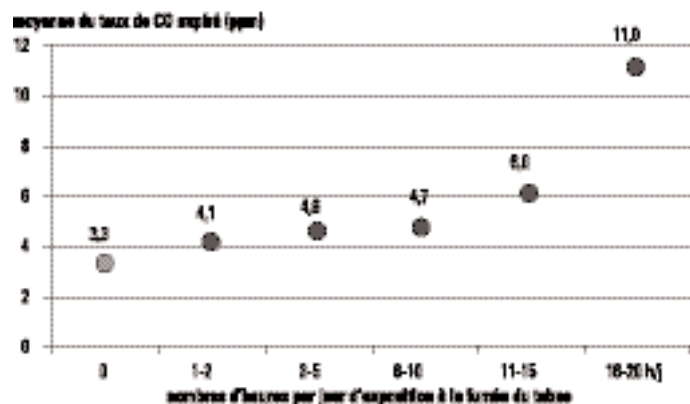


Figure 2

Moyenne du taux de CO expiré (en ppm) chez les non-fumeurs selon la durée d'exposition au tabagisme passif



Chez les fumeurs, le taux de CO augmente avec la quantité de cigarettes fumées, passant de 5,6 ± 5,3 pour les fumeurs de 1-2 cig/j, à 28,6 ± 14,4 pour les fumeurs de plus de 25 cig/j (figure 1).

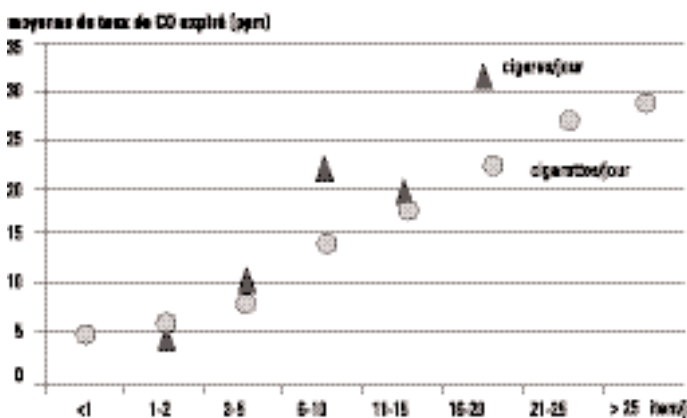
¹ La concentration de CO doit officiellement être exprimée microgramme par m³. Mais tous les appareils de mesure vendus en France (dispositifs médicaux marqués CE), expriment les résultats en une autre unité de mesure : « le ppm » ou « partie par million ». La correspondance entre les deux unités pour le CO est la suivante : 1 ppm (une partie par million) = 1,15 microgramme par m³.

Chez les fumeurs de cigares, le CO expiré est identique ou plus élevé que chez les fumeurs de cigarettes pour un même nombre déclaré d'unités fumées (Figure 3), mais là encore l'effet est faible (5,6 ppm, écart-type = 5,3 ppm) pour 1-2 cigares, 21,9 ppm (écart-type = 12,2 ppm) pour 6-10 cigares.

L'effectif des fumeurs de pipe étudiés (n = 25) ne permet pas une analyse satisfaisante.

Figure 3

Moyenne du taux de CO expiré (en ppm) selon le type de tabac fumé : cigarettes (n= 2 820) ou cigares (n=75) et la quantité (en nombre d'items/24 h)



Effets des campagnes de prévention du tabagisme sur Tabac Info Service, une ligne téléphonique d'aide à l'arrêt du tabac

S. Pin et P. Arwidson, Comité français d'éducation pour la santé, Vanves

Instruments de santé publique indispensables, les campagnes de communication nécessitent néanmoins des évaluations précises afin d'adapter les messages et les médias aux populations ciblées. Des études menées directement après la période de campagne permettent de mesurer son impact auprès d'un échantillon du groupe destinataire, d'établir le degré de diffusion et de compréhension du message. Une autre dimension de l'évaluation peut s'intéresser aux changements de comportement induits par les campagnes de communication. Les populations concernées par ces messages préventifs sont-elles réellement incitées à modifier leurs habitudes tabagiques ? Font-elles plus de tentatives d'arrêt ou de démarches dans ce sens après avoir été confrontées à une campagne de communication sur la prévention du tabagisme ?

Nous nous proposons d'examiner les effets des campagnes sur l'activité de Tabac Info Service (TIS). Cette ligne téléphonique (0 325 309 310) a été mise en place en septembre 1998 à l'initiative de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) et du Comité français d'éducation pour la santé (CFES). S'inspirant des expériences étrangères, où des lignes téléphoniques complètent avec succès le dispositif de prévention du tabagisme national ou local [1,2], elle est destinée à répondre aux demandes d'information et de soutien autour de l'arrêt au tabac. Depuis sa mise en place, TIS gère chaque année 25 000 appels environ.

MÉTHODE

Tabac Info Service

TIS répond à toute question concernant la dépendance tabagique, les méfaits du tabac, les produits et les substances pour arrêter de fumer. Une plate-forme téléphonique située à Amiens et regroupant une vingtaine de téléconseillers est à la disposition de la population tous les jours de 8 heures à 22 heures. Contrairement à d'autres systèmes de téléphonie sociale, la ligne TIS est payante (0.15 euro la minute), ce qui élimine une partie des appels périphériques (erreurs de numéro, faux appels, plaisanterie) dont sont souvent victimes les services téléphoniques gratuits.

Pour chaque appel, les téléconseillers relèvent la provenance de l'appel (radio, télévision, presse, brochure ou autre), le sexe des appelants, le profil des appelants (fumeur, non-fumeur, ex-fumeur, professionnel de la santé ou autre), la consommation journalière de cigarettes des appelants fumeurs, leur âge. Ils codent également le thème principal de l'entretien téléphonique. On dispose en outre du nombre d'appels reçus tous les jours par la plate-forme téléphonique, et du nombre d'appels réellement pris en charge par les téléconseillers.

Deux campagnes de prévention du tabagisme

Nous examinerons les données issues de la ligne TIS pour l'année 2001, en tenant compte des deux campagnes de communication sur la prévention du tabagisme menées au printemps et en automne par le CFES et la Cnamts (Tableau 1). Ces campagnes alliaient des diffusions à la télévision et à la radio de spots destinées à des personnes de 15 à 49 ans. L'axe principal des campagnes était l'arrêt du tabac ; chaque spot renvoyait au numéro de TIS.

DISCUSSION

L'étude effectuée n'est qu'une étude pilote mais aucun travail portant sur une grande série de mesures de monoxyde de carbone expiré en population générale n'a jamais été publié jusqu'ici.

Cette étude de masse en population générale est rudimentaire. Elle repose sur l'autodéclaration de personnes volontaires pour participer à l'événement. Elle ne prend pas en compte par exemple le délai entre le moment de la mesure et la consommation de la dernière cigarette. Or le taux de CO augmente de 10 à 20 ppm après chaque cigarette pour redescendre de façon exponentielle jusqu'à un niveau voisin du niveau observé avant la prise de la cigarette.

Lors de cette opération le changement d'opinion des personnes mesurant leur CO expiré, en particulier des gros fumeurs, n'a pas fait l'objet d'un relevé. Mais pour de nombreux fumeurs, la vue des résultats modifiait leur avis et augmentait leur désir d'arrêt.

Malgré les limitations importantes des conditions de mesures, la mesure du CO expiré sur cette étude pilote faite en population générale permet de montrer une relation dose effet entre le taux de CO expiré et le tabagisme ou la durée d'exposition au tabagisme passif déclaré. Pour le 31 mai 2002, Journée mondiale sans tabac, l'opération doit être reconduite au niveau national avec des études complémentaires évaluant en particulier les désirs de changement des habitudes tabagiques, avant et après avoir mesuré le CO expiré.

RÉFÉRENCES

- [1] Middleton ET, Morice AH. Breath carbon monoxide as an indication of smoking habit. *Chest* 2000 ; 117 : 758-63.
- [2] Benowitz NL, Jacob P 3rd. Effects of cigarette smoking and carbon monoxide on nicotine and cotinine metabolism. *Clin Pharmacol Ther.* 2000 ; 67 : 653-9.
- [3] Berlin I, Radzius A, Henningfield JE, Moolchan ET. Correlates of expired air carbon monoxide: effect of ethnicity and relationship with saliva cotinine and nicotine. *Nicotine Tob Res.* 2001 ; 3 : 325-31.

Remerciements aux IFSI de l'AP-HP, aux comités locaux de prévention du tabagisme de l'AP-HP et à tous ceux qui se sont mobilisés pour cette opération.

Tableau 1

Dates des périodes de campagnes de communication sur la prévention du tabagisme en 2001

	Télévision	Radio
Printemps	6 avril - 7 mai	21 avril - 9 mai
Automne	3 septembre - 30 septembre	22 septembre - 10 octobre

Pour la télévision hertzienne (TF1, France 2, France 3, Canal plus et M6) et par satellite (MTV, MCM, AB1, Game1 et Comédie), trois spots ont été proposés qui présentaient de manière positive des personnes ayant arrêté de fumer (un entraîneur de basket, une hôtesse de caisse, une jeune femme au karaoké). Les spots se terminaient avec la signature suivante : « Aujourd'hui, c'est peut-être le bon jour pour vous arrêter de fumer ». Ils ont été diffusés du 6 avril au 7 mai 2001, ainsi que du 3 au 30 septembre 2001.

La campagne radio de printemps 2001 se présentait sous la forme d'un entretien avec le Dr. Anne Borgne, tabacologue. Entre le 21 avril et le 9 mai 2001, cinq messages différents visant à développer une pédagogie de l'arrêt ont été diffusés sur Chérie FM, France Inter, Fun Radio, Nostalgie, NRJ, Rires et chansons, RTL 2, MFM, DOM, les indépendants RTL, France Inter. En automne, la campagne radio abordait la question de l'arrêt avec un autre tabacologue, le Dr. Aubin. Quatre spots ont été diffusés sur les mêmes ondes que pour la campagne de printemps, du 22 septembre au 10 octobre.

RÉSULTATS

Appels lors des campagnes et hors campagne

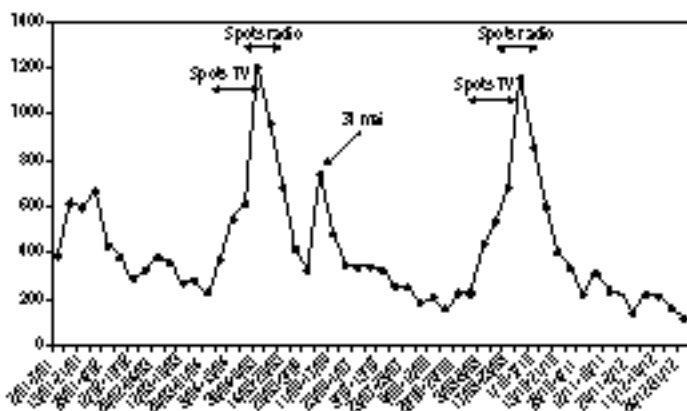
En 2001, la ligne TIS a reçu 23 416 appels et en a effectivement traité 21 775. Les téléconseillers répondent à environ 1800 appels par mois, une soixantaine d'appels par jour.

Quand on examine le flux des appels à TIS durant l'année 2001 (Graphique 1), trois pics se détachent d'une courbe oscillant entre 200 et 400 appels par semaine : à la fin du mois d'avril, à la fin mai et à la fin septembre, correspondant aux deux périodes de campagne de communication et à la Journée mondiale sans tabac du 31 mai. Lors de ces événements, le nombre d'appels reçus et traités par la ligne téléphonique a doublé : entre le 6 avril et le 9 mai, TIS a enregistré 4 790 appels, soit une moyenne de 117 appels par jour ; entre le 3 septembre et le 10 octobre, 4 831 appels (environ 107 appels par jour) ont été reçus. Et la seule journée du 31 mai 2001 comptabilise 400 appels. Globalement, ces événements ont drainé la moitié des appels de l'année 2001 (49,7 %).

Si l'on examine plus finement la répartition des appels durant les campagnes, on constate que le nombre d'appels se fait nettement plus important dans la seconde partie de la période. Pour la communication du printemps (Graphique 2), le début de la campagne radio s'accompagne d'un accroissement brutal des appels ; les deux tiers des appels reçus par TIS durant la campagne se situent en effet après le 21 avril. Le même effet s'observe également pour la campagne de communication de l'automne (Graphique 3) : lors de la diffusion des spots à la télévision, 80 appels sont reçus en moyenne par jour. Cette moyenne double lors de la diffusion conjointe des messages publicitaires à la télévision et à la radio. Durant la dernière partie de la période, où le seul média utilisé est la radio, 132 appels en moyenne parviennent chaque jour à TIS.

Graphique 1

Nombre d'appels traités hebdomadairement par TIS durant l'année 2001



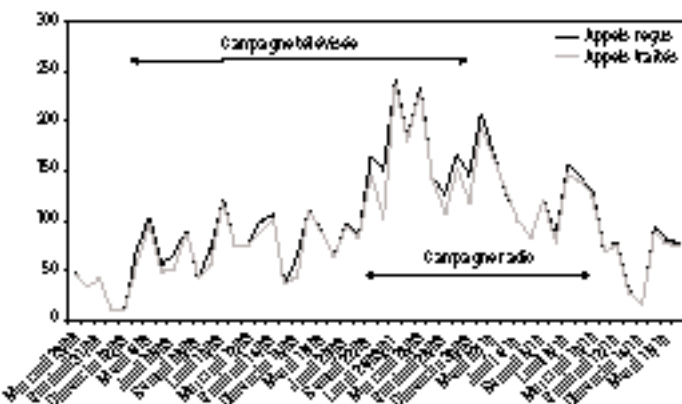
Graphique 2

Nombre d'appels reçus et traités par TIS durant la campagne de communication du printemps 2001



Graphique 3

Nombre d'appels reçus et traités par TIS durant la campagne de communication de l'automne 2001



Profil des appelants lors des campagnes et hors campagne

En 2001, de manière globale (Tableau 2), les informations demandées aux téléconseillers de TIS concernent surtout les produits et les méthodes de l'arrêt (38,6 %) et des informations générales (30,7 %). Les appels proviennent, pour 60 % d'entre eux, de femmes. Environ les deux tiers des appelants (62,4 % des appels) sont des fumeurs réguliers, dont la consommation tabagique est importante puisqu'ils fument, pour 55,7 % d'entre eux, plus d'un paquet par jour (plus de 20 cigarettes). Enfin, plus de la moitié de ces fumeurs ont entre 30 et 49 ans. Les personnes très jeunes et les plus âgés sont en revanche très faiblement représentés parmi les appelants fumeurs.

Le profil des appelants et le type d'information délivrée diffèrent significativement selon les périodes de l'année (Tableau 2). On observe en effet, lors des campagnes de communication de printemps et d'automne, une augmentation du pourcentage d'hommes (43 % contre 37 % hors campagne) et de fumeurs (66,2 % contre 58,7 %) parmi les appelants. Pour les fumeurs, on constate un renforcement de la catégorie des 30 à 49 ans (61,9 % contre 59,4 %) ; la proportion des fumeurs consommant plus d'un paquet par jour augmente également (55,9 % contre 52,8 %). Enfin, les thèmes abordés durant les entretiens téléphoniques se rapportent plus sur les produits et les méthodes pour arrêter de fumer (41,5 % contre 35,7 %) et moins sur des informations générales (29,2 % contre 32,0 %).

Tableau 2

Type d'informations délivrées par TIS et caractéristiques des appelants durant l'année 2001, pendant les périodes de campagne et hors campagne

Type d'informations ¹	Type d'informations et caractéristiques des appelants (en %)		
	Durant les campagnes	Hors campagnes	Année 2001
Générales	29,2	32,0	30,7
Sur les risques liés au tabac	1,6	3,8	2,6
Sur les conséquences de l'arrêt	3,8	3,7	3,7
Sur les produits et méthodes d'arrêt	41,5	35,7	38,6
Autres informations	23,9	24,8	24,4
Profil¹			
Fumeur	66,2	58,7	62,4
Non-fumeur	16,6	19,8	18,2
Professionnels de santé	7,9	10,8	9,4
Autres	9,3	10,7	10,0
Sexe¹			
Homme	43,0	37,0	40,0
Femme	57,0	63,0	60,0
Age²			
< 20 ans	2,0	1,9	2,0
20 à 29 ans	18,5	23,6	20,9
30 à 39 ans	36,1	34,1	35,1
40 à 49 ans	25,8	25,3	25,5
50 à 59 ans	13,7	11,9	12,9
> 60 ans	3,9	3,2	3,6
Consommation tabagique² (cig./jour)			
1 à 10	10,7	11,0	10,8
11 à 20	33,4	36,2	34,8
21 à 30	31,9	34,7	33,2
31 à 40	14,5	10,4	12,5
>40	9,5	7,7	8,6

Notes ¹ Ces indicateurs ont été relevés pour chaque appel (n = 21 775).

² Ces indicateurs ont été relevés pour chaque appelant fumeur (n = 13 586)

³ Significativité au test d'indépendance du Chi² : ns = non significatif ; * = p < 0,05 ; ** = p < 0,01 ; *** = p < 0,001

DISCUSSION

Ligne téléphonique complétant le dispositif de prévention du tabagisme, TIS a été créée pour répondre aux questions relatives au tabac et encourager les démarches d'arrêt.

L'exploitation des données d'une année de fonctionnement de la ligne téléphonique a permis de mettre en évidence tout d'abord les relations étroites existant entre le flux d'appels et la diffusion, à la télévision et à la radio, de messages sur l'arrêt du tabac. Si le nombre d'appels atteint son maximum lorsque radio et télévision sont utilisés conjointement, l'effet des campagnes semble pourtant plus important lorsque la radio, plutôt que la télévision, sert de média. Peut-être est-ce dû à une meilleure mémorisation du numéro de TIS lors d'un message radio ? Quel que soit le média utilisé, l'existence et le succès de TIS, tout comme les autres systèmes de téléphonie sociale [3,4], dépend de la valorisation effectuée autour de la ligne, que celle-ci soit directe comme lors de campagnes de communication inscrivant le numéro dans leur slogan, ou indirecte : le recours à la ligne téléphonique peut en effet augmenter lors d'événements marquants (Journée mondiale sans tabac 31 mai) ou de la parution d'articles sur le thème du tabac (par exemple sur la commercialisation ou les risques du Zyban).

L'effet des campagnes de communication, centrées autour de l'arrêt du tabac et s'adressant aux personnes de 15 à 49 ans, se ressent également sur le type d'information délivrée et le profil des appelants. La campagne semble ainsi inciter une plus grande proportion de fumeurs, surtout ceux qui fument le plus, à appeler la ligne TIS : plus âgés que les appelants hors campagne, ils appartiennent à cette catégorie de fumeurs plus enclins à interrompre leur consommation tabagique [5]. Les informations demandées se rapportent d'ailleurs plus souvent qu'en période ordinaire aux produits et aux méthodes pour arrêter de fumer.

Les relations entre le trafic de la ligne et les actions médiatiques étant établies, l'évaluation des campagnes de prévention pourrait donc s'enrichir d'une analyse du flux d'appels à TIS durant les périodes concernées : cette démarche permettrait de mesurer l'impact des campagnes sur les populations ciblées, d'évaluer l'efficacité relative des différents médias utilisés. Pourtant, si on décèle ainsi les réactions immédiates du public face à un message préventif, une seconde étape est nécessaire pour évaluer l'efficacité à long terme à la fois de l'action de communication et du dispositif téléphonique : il s'agit en effet de vérifier dans quelle mesure les fumeurs ont diminué ou arrêté leur consommation tabagique, ou ont décidé d'arrêter, après avoir eu recours à TIS.

RÉFÉRENCES

- [1] Platt, S., Tannahill, A., Watson, J. et Fraser, E. (1997), « Effectiveness of antimoking telephone helpline : follow up survey » in *BMJ*, vol. 314, pp.1371-1375.
- [2] Zhu, S.H., Anderson, C.M., Johnson, C.E., Tedeschi, G. et Roesler, A. (2000), « A centralised telephone service for tobacco cessation : the California Experience » in *Tobacco Control*, vol. 9, pp. 48-55.
- [3] Pierce, J.P., Anderson, D.M., Romano, R.M., Meissner, H. et Odenkirchen, J.C. (1992), « Promoting smoking cessation in the United States : effect of public service announcements on the Cancer information service telephone line » in *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 84, n°9, pp.677-683.
- [4] Simon, M.-O. (2001), « Les deux tiers de la population prêts à faire appel à la téléphonie sociale » in *Publication du CREDOC*, n°154.
- [5] Guilbert P., Baudier F., Gautier A. (sous la dir.) (2001), *Baromètre santé 2000. Résultats* (Volume 2), Vanves : CFES, pp.77-118.

Cas déclarés pour certaines maladies transmissibles

Données provisoires non validées

RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1999	Typho./Paratypho.	SIDA	Inf. à méningo.	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	T.I.A.C.	Botulisme	Légionellose	Listériose	RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1999	Typho./Paratypho.	SIDA	Inf. à méningo.	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	T.I.A.C.	Botulisme	Légionellose	Listériose	
ALSACE	67 Rhin (Bas-)	1 026 100	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	MIDI-PYRÉNÉES	09 Ariège	137 200	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	68 Rhin (Haut-)	708 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		12 Aveyron	263 800	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Total	1 734 100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	31 Garonne (Hte-)	1 046 300	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
AQUITAINE	24 Dordogne	388 300	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	NORD-PAS-DE-CALAIS	32 Gers	172 300	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	33 Gironde	1 287 300	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		46 Lot	160 200	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	40 Landes	327 300	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		65 Pyrénées (Htes-)	222 400	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	47 Lot-et-Garonne	305 400	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		81 Tarn	343 400	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
	64 Pyrénées-Atlant.	600 000	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		82 Tarn-et-Gar.	206 000	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Total	2 908 300	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	Total	2 551 600	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
AUVERGNE	03 Allier	344 700	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	NORMANDIE (BASSE-)	59 Nord	2 555 000	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	
	15 Cantal	150 800	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		62 Pas-de-Calais	1 441 600	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	43 Loire (Haute-)	209 100	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		Total	3 996 600	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	
	63 Puy-de-Dôme	604 300	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		14 Calvados	648 400	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Total	1 308 900	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Total	1 422 200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
BOURGOGNE	21 Côte-d'Or	506 800	0	1	0	0	0	10	1	0	0	0	NORMANDIE (HAUTE-)	50 Manche	481 500	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	58 Nièvre	225 200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		61 Orne	292 300	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
	71 Saône-et-Loire	544 900	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0		Total	1 422 200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	89 Yonne	333 200	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		27 Eure	541 100	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Total	1 610 100	0	1	0	0	0	11	1	0	0	0	Total	1 780 200	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0		
BRETAGNE	22 Côtes-d'Armor	542 400	0	0	1	0	0	6	0	0	0	0	PAYS DE LA LOIRE	44 Loire-Atlant.	1 134 300	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	
	29 Finistère	852 400	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0		49 Maine-et-Loire	732 900	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
	35 Ille-et-Vilaine	867 500	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		53 Mayenne	285 300	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
	56 Morbihan	643 900	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		72 Sarthe	529 900	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Total	2 906 200	0	0	1	0	0	10	0	0	0	0	Total	3 222 100	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0		
CENTRE	18 Cher	314 400	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	PICARDIE	02 Aisne	535 500	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	28 Eure-et-Loir	407 700	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		60 Oise	766 400	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
	36 Indre	231 100	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		80 Somme	555 600	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
	37 Indre-et-Loire	554 000	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		Total	1 857 500	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	41 Loir-et-Cher	315 000	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		16 Charente	339 600	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	
45 Loiret	618 100	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Total	1 640 000	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0		
Total	2 440 300	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	POITOU-CHARENTES	17 Charente-Mar.	557 000	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
08 Ardennes	290 100	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		79 Sévres (Deux-)	344 400	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
10 Aube	292 100	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		86 Vienne	399 000	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
51 Marne	565 200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		Total	1 640 000	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0		
52 Marne (Haute-)	194 900	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		04 Alpes-Hte-Prov.	139 600	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Total	1 342 300	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	05 Alpes (Hautes-)	121 400	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
09 Corse-du-Sud	118 600	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		06 Alpes-Marit.	1 011 300	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
2 B Corse (Haute-)	141 600	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		13 B.-du-Rhône	1 835 700	0	0	1	0	0	9	1	0	2	1		
Total	260 200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		83 Var	898 400	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0		
25 Doubs	499 100	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0		84 Vaucluse	499 700	0	0	0	0	0	4	0	0	1	0		
39 Jura	250 900	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	Total	4 506 100	0	0	2	0	0	13	1	0	3	1			
70 Saône (Haute-)	229 700	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	RHÔNE-ALPES	01 Ain	515 300	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
90 Terr. de Belfort	137 400	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		07 Ardèche	286 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Total	1 117 100	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0		26 Drôme	437 800	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
75 Paris (Ville)	2 125 200	0	1	0	0	0	12	0	0	0	1		38 Isère	1 094 000	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0		
77 Seine-et-Marne	1 193 800	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		42 Loire	728 500	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0		
78 Yvelines	1 354 300	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	69 Rhône	1 578 900	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
91 Essonne	1 134 200	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	73 Savoie	373 300	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
92 Hauts-de-Seine	1 428 900	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	74 Savoie (Haute-)	313 700	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0			
93 Seine St-Denis	1 382 900	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Total	5 645 500	1	0	0	0	0	0	2	1	0	1	0		
94 Val-de-Marne	1 227 300	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	FRANCE OUTRE-MER	971 Guadeloupe	422 500	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0		
95 Val d'Oise	1 105 500	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		972 Martinique	381 400	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
Total	10 952 100	0	3	1	0	0	14	0	0	0	0		973 Guyane	157 200	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0		
11 Aude	309 800	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		974 Réunion	706 300	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0		
30 Gard	623 100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0		Total	1 667 400	0	9	0	0	0	0	3	0	0	0		
34 Hérault	896 400	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	TOTAL DE LA SEMAINE FRANCE MÉTROPOLITAINE	1	4	6	0	0	0	63	6	0	5	2			
48 Lozère																										